

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**CIRUGIA ABDOMINAL ELECTIVA Y DE  
URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD  
DE LA UNION**

*(EN 10 MESES DE SERVICIO SOCIAL)*

**TESIS DOCTORAL**

**PRESENTADA POR**

**MARIO FRANCISCO INTERIANO**

**PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**JUNIO DE 1965**

+  
617.55  
I61c  
1965  
F.med.  
aj.1

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124728

52266

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

RECTOR:

*Dr. Fabio Castillo Figueroa*

SECRETARIO GENERAL:

*Dr. Mario Flores Macall*

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

DECAÑO:

*Dr. Juan José Fernández h.*

SECRETARIO INTERINO:

*Dr. Romeo Fortín Magaña h.*

JURADOS QUE PRACTICARON

EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA

*Dr. Roberto Orellana Valdez*

*Dr. Antonio Matheu Llort*

*Dr. Armando Vaquerano Nuila*

CLINICA MEDICA

*Dr. Juan José Fernández h.*

*Dr. Donalddo Moreno Bulnes*

*Dr. Gustavo Oriani h.*

CLINICA QUIRURGICA

*Dr. Salvador Infante Díaz*

*Dr. Mario Reni Roldán*

*Dr. Ricardo Hernández Suárez*

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

*Dr. Alejandro Gamero Orellana*

*Dr. Nasif Juan Hasbún*

*Dr. Francisco Guillermo Rodríguez P.*

DEDICATORIA

*A Dios Omnipotente*

*por permitirme terminar mi carrera*

*A mis padres*

*Angel Ovidio Interiano*

*Rafaela Salguero de Interiano*

*a quienes debo y dedico mi triunfo*

*En memoria de mis abuelos*

*Francisco Salguero H.*

*Reyes H. de Salguero*

*Adán R. Barrientos*

*A mis abuelitas*

*Cecilia Interiano*

*Vicenta v. de Barrientos*

*A mis hermanos*

*Angel Ovidio*

*Ana Ismenia*

*Myrna Consuelo*

*Ricardo José*

*A mis tíos*

*Dr. Ricardo Planas A.*

*Ismenia B. de Planas*

*con gratitud*

*A mi novia*

*María Antonia Tobar*

*con todo mi amor*

*A todos mis familiares*

P L A N      D E      T R A B A J O

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

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

Con el ánimo de recalcar la labor quirúrgica que se lleva a cabo en los Centros de Salud de la República, y mi interés en esta rama de la Medicina, he decidido hacer un somero estudio sobre la Cirugía Abdominal, Electiva y de Urgencia, en la que tuve ocasión de intervenir durante los primeros 10 meses de mi Servicio Social, en el Centro de Salud de la Unión, algunas veces como cirujano y en otras como primer ayudante.

Los casos referidos en el presente trabajo de tesis, no representan nada nuevo, sino más bien son exponentes de la patología más frecuente en la población salvadoreña. Aunque hay algunos pocos casos que salen de lo común, todos juntos dejan siempre una gran enseñanza para quien tiene ocasión de manejarlos, sobre todo en las circunstancias antes dichas.

Es también mi intención hacer que las Autoridades de Salud Pública aprecien las deficiencias con respecto al suministro de medicamentos y material quirúrgico a los Centros de Salud, ya que, aunque pequeños, en ellos se desarrolla un intenso trabajo, y faltó algunas veces aun lo más indispensable para hacer un tratamiento adecuado. Resalta también la ausencia de exámenes de laboratorio indispensables para toda intervención quirúrgica (hemoglobina, hematócrito, leucograma) y de gabinete (Rayos X, Electrocardiograma). En ninguna ocasión contamos con el auxilio de ellos, lo cual hace que la labor realizada sea, hasta cierto punto, empírica, aunque no por ello, importante y necesaria.

Como se nota, son grandes y numerosas las dificultades que hay que salvar; pero, y gracias a la Voluntad Divina, las hemos vencido, dándonos una morbilidad y mortalidad bastante aceptable, dadas las circunstancias en que fueron realizadas.

*Espero que el presente trabajo contribuya en algo para el mejor estudio de la patología quirúrgica de nuestro paciente, para poder ofrecerle a éste la atención que se merece, lo cual es nuestro máximo objetivo.*



II.- C O N S I D E R A C I O N E S      G E N E R A L E S

1.- EL DEPARTAMENTO DE LA UNION.

El Departamento de La Unión fue creado por Decreto Ejecutivo, el 22 de Junio de 1865. Está situado en la Zona Oriental de la República, y sus límites son: al Norte, con Honduras; al Este, con Honduras y el Golfo de Fonseca; al Sur, con el Océano Pacífico; y al Oeste, con los Departamentos de Morazán y San Miguel.

Su extensión geográfica es de 1995.25 Km<sup>2</sup> y la población, según el Tercer Censo Nacional (1961) es de 148 108 habitantes, correspondiendo 74.2 habitantes por kilómetro cuadrado.

Los municipios que comprende el Departamento, son los siguientes: Anamorós, Bolívar, Concepción de Oriente, Conchagua, El Carmen, El Sauce, Intipucá, La Unión, Lislique, Meanguera del Golfo, Nueva Esparta, Passequina, Polorós, San Alejo, San José, Santa Rosa de Lima, Yayantique y Yucuaiquín.

La población, según el Censo mencionado, está distribuida así:

DEPARTAMENTO DE LA UNION

T O T A L			U R B A N A			R U R A L		
Ambos Sexos	Masc.	Fem.	Amb.Sexos	Masc.	Fem.	Amb.Sexos	Masc.	Fem.
148.108	73.784	74.324	35.237	16.892	18.345	112.871	56.892	55.979

De todos los municipios del Departamento acuden al Centro de Salud, en demanda de asistencia médica, pero la mayor afluencia de pacientes es de los cantones que comprende el Municipio de La Unión, y que son: Agua Escondida, Amapalita, La Quezadilla, Agua Caliente, Tihuilotal, El Júcaro, Islas del Golfo, Sirama y El Valle El Volcancillo.

La población <sup>(1)</sup> del municipio de la Unión, está distribuida así:

T O T A L			U R B A N A			R U R A L		
Ambos sexos	Masc.	Fem.	Ambos sexos	Masc.	Fem.	Ambos Sexos	Masc.	Fem.
21.556	10.644	10.912	11.432	5.508	5.924	10.124	5.136	4.988

(1) TERCER Censo Nacional de Población 1961.-

Hay 3 médicos que residen en la ciudad, más el médico en Servicio Social, para atender la población del municipio de La Unión, correspondiéndole a cada uno, más de 5000 pacientes.

## 2.- EL CENTRO DE SALUD.

A) Descripción.- El Centro de Salud de La Unión fue terminado de construir a mediados del año 1951, y estrenado el 23 de Octubre del mismo año. Fue construido a un costo total de 750.000 colones, de los cuales el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud aportó un tercio del valor y el Gobierno de la República los dos tercios restantes.

Está situado en el Noroeste de la ciudad, a orillas de la Bahía. Está dividido en dos secciones: Hospital y Sanidad.

En el lado de Sanidad, situado en la porción Sur del edificio, se encuentran: la sala de espera, con varias bancas; el archivo, con algunos ficheros modernos, pero insuficientes; el gabinete dental, la oficina de enfermeras, la sala de vacunaciones y curaciones, y tres consultorios para médicos; la farmacia, con escasas medicinas; salas destinadas para el laboratorio y gabinete de Rayos X, pero que, por no haber, en la actualidad sirven de bodegas de medicinas. En esta sección está también la Dirección-Administración, la oficina de Inspectores, el comedor y la cocina.

En el Hospital, lado Norte del edificio, están los servicios para -  
hombres y mujeres, distribuidos de la siguiente manera:

HOMBRES	. . . . .	24 camas
MUJERES	. . . . .	23 camas
PENSIONADO ECONOMICO	. . . . .	4 camas
PENSIONADO ESPECIAL	. . . . .	<u>2 camas</u>
T O T A L		54 camas

Aunque las salas tienen nombres de "Cirugía", "Medicina" y "Maternidad", no existe una división neta entre sí, pues los pacientes se admiten en las camas que están disponibles. En el lado de mujeres se atiende Medicina, Cirugía, Maternidad y Pediatría, que por carecer de sala propia, están mezclados con el resto de las pacientes, lo cual, a mi modo de ver, es inconveniente para la salud de los niños. Como también se carece de cunas, las madres tienen que quedarse cuidando a los niños. De manera que en la sección de mujeres no es raro ver en una misma sala, pacientes de medicina, cirugía, maternidad y pediatría. La demanda de asistencia médica hospitalaria es abundante, de tal modo que hemos llegado a tener dos pacientes en cada cama, y cuando es en pediatría, incluyendo a sus respectivas madres, 4 personas en una cama. Influye esto, en la poca duración de las medicinas, pues cuotas asignadas para tres meses, si acaso duren mes y medio, cuando no menos. Ya ha llegado a faltar la aspiri-na, y en otras ocasiones ha sido lo único que se ha tenido disponible.

En esta porción del Hospital, está también el arsenal, con el siguieñte material quirúrgico: 2 cajas de laparctomía; 2 cajas de legrado; 1 caja de apéndice; 1 equipo de forceps; 1 equipo de punción lumbar; 1 juego de dilatadores; 1 juego de bcniqués; 1 equipo de garfios; 3 equipos de -pequeña cirugía; 3 espéculos y 1 pinza de biopsia. La sala de operaciones

con una mesa y lámpara modernas; un aparato de anestesia de gases que no se usa; un resucitador y un aspirador; está la sala de partos, con 3 camas que son insuficientes dada la demanda de asistencia. Las salas de operaciones y partos, cuentan con aire acondicionado.

En el segundo piso se encuentran los dormitorios del médico interno, odontólogo, enfermeras graduadas y las auxiliares.

El Centro posee su propia bomba de agua, que la proporciona las 24 horas del día, lo cual no sucede en el resto de la ciudad, sino que en ésta se verifica por zonas y por horas. Además, una planta de energía eléctrica, para los casos de emergencia cuando falta la suministrada a la ciudad.

B) Sistema de trabajo.— El Centro de Salud cuenta con el siguiente personal para el desarrollo de sus funciones: Un Médico Director a tiempo parcial, un Residente a tiempo parcial y un Médico Interno (Médico en Servicio Social) a tiempo integral; una Supervisora, 4 enfermeras graduadas; dos enfermeras en Servicio Social, y 7 enfermeras auxiliares.

La consulta se atiende de la siguiente manera: Director, 12 consultas de Pre-natal y de Higiene Infantil; Residente, 12 consultas asistenciales; Médico Interno, 12 consultas de Pre-natal y de Higiene Infantil y en la tarde, 12 consultas asistenciales, más todas las emergencias durante las 24 horas del día. Los servicios están a cargo del Residente y del Médico Interno, rotando cada mes por los servicios de hombres y mujeres. Cuando uno de ellos falta por algún motivo, el Director es quien pasa la visita.

Las enfermeras trabajan así: en el lado de Sanidad una Jefe, graduada o en Servicio Social, para la selección de pacientes; una auxiliar -

para tomar los signos vitales, y el peso y la talla de las Pre-natales o los niños; una auxiliar para las curaciones, vacunaciones e inyecciones. En el Hospital una Jefe de 7 a.m. a 3 p.m. y dos auxiliares, una para cada servicio, encargadas de dar las medicinas y hacer las curaciones necesarias. Una Jefe de 3 p.m. a 11 p.m., con obligación además, de ayudar a atender las emergencias que se presentaren durante la noche, y una auxiliar para los dos servicios, y de 11 p.m. a 7 a.m. una auxiliar para todo el hospital.

Las operaciones electivas, por no disponer de tiempo en la mañana, se acostumbró a hacerlas a partir de las 7 de la noche, no así los casos de emergencia, que se atendían en el momento que lo requerían. Las anestias, con éter abierto la mayoría, estaban a cargo del Director o de una enfermera. Las raquianalgias, a cargo del Médico Interno. La cirugía menor y la asistencia de partos normales, son atendidos por las enfermeras; partos difíciles, por el Médico Interno o el Residente según el caso, lo mismo que legrados, reducciones de fracturas, amputaciones de miembros, aplicación de forceps, extracción manual de placentas, versiones, extirpaciones de quistes, etc.-

Los turnos de fin de semana se hacen alternadamente con el médico Residente.-

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 111 casos que fueron intervenidos por nosotros en este Centro. El orden es cronológico, es decir, que el primer caso corresponde a la intervención realizada el día primero de junio de 1964, y la última que aparece, la efectuada el día 27 de marzo de 1965, cerrando el período comprendido en el presente estudio. Todos los casos fueron preparados debidamente, hidratánolos y cubriéndolos con antibióticos, cuando así lo requerían. La premedicación previa a la anestesia consistió en Scconal, 0.10 gm. y/o Atropina en dosis de 1, 0.50, ó 0.25 mg., según el caso.*

REG.	NOMB	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP. REALI.	ANEST Eter	EVOLUCION
3379-64	LMD	26a	F	Dolores de parto desde hace tres días.	T 36.8°C. P. 80/m. TA 110/70 Primigesta Contracción débil. Dilat. 2 cm.	No	Inercia uterina	Lap. med. infraumb. Se practica cesárea clásica. Feto vivo en buenas condiciones.	Inercia uterina Cesárea clásica.	Eter	Postoperatorio normal con el uso de antibióticos. Estancia 7 días.
3527-64	TGF	16a	M	24 hs. antes, dolor epigástrico y luego en FID.	T 37.8°C. P 100/70 Sensibilidad en FID. Signo del rebote (↓). Defensa muscular.	No	Absceso apendicular.	Lap. p-med. der. Cavidad con pus y placas de peritonitis. No se reseca apéndice. Se deja drenado blando.	Absceso apendicular. Drenaje absceso apendicular.	Eter	Operación 16 ds. después del Dx correcto de apendicitis ag. Febril por 9 ds. no obstante uso antibióticos. Estancia 13 ds.
3915-64	AVG	45a	M	Dificultad para la micción desde hace 2 ds.	T 36.6°C. P 72/m. TA 120/70 Presenta globo vesical. Tacto rectal, Próstata normal.	No.	Estrechez uretral.	Incisión infraumb. Se abre vejiga. Más de dos litros de orina. Sonda de Pezer en permanencia.	Estrechez uretral. Cistostomía.	Eter	Se retiró la sonda a los 14 ds. Luego dilataciones uretrales,
2225-64	EE de V	38a	F	Dolores de parto G XI P X Viv. X	T 37°C. P 80/m. TA 100/60 Embarazo a término	No	Multiparidad Post-p.	Lap. med. infraumb. Se ligan ambas trompas, según técnica de Pomeroy.	Multiparidad Esterilización.	Eter	Afebril sin antibióticos. Estancia 7 ds.

REG.	NOMB	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP. REALI.	ANEST	EVOLUCION
2696-64	AGT	22a	M	Desde hace tres años padece de hernia i ing. derecha. Presenta hernia inguinal derecha reducible.	T 37°C. P 80/m. TA 120/80	No	Hernia inguinal derecha.	Inc. der. paralela al Poupart. El saco herniario contiene epiplón que es res-tituido a la cavi-dad.	Hernia in-guinal derecha. Cura de hernia in-guinal.	Eter	Postoperatorio afebril, sin anti-bióticos. Estancia 7 días.
3495-64	SPS	19a	M	Desde hace un año padece de hernia ing. que aumenta con esfuerzos.	T 36.80C. P 72/m. TA 110/80	No	Hernia in-guinal de-recha.	Incisión clásica. El saco únicamente contiene epiplón.	Hernia in-guinal de-recha. Cura de her-nia ingui-nal.	Eter	Evolución afebril sin antibióticos. Estancia 7 días.
3594-64	BF de V	33a.	F	Padece de hernia umbilical desde un año. Le duele últimamente.	T 36.90C. P 80/m. TA 100/60	No	Hernia umbi-lical redu-cible.	Incisión semilunar infraumb. Se reseca grasa epiploica adherida al saco. Se traslapa la aponeurosis.	Hernia umbi-lical. Cura de her-nia umbili-cal.	Eter	Buena evolución con antibióticos. Estancia 7 días.
2007-64	MIMB	15a	F	Tres días suaves dolores de parto. Cifosis y embarazo de 32	T 37.20C. P 72/m. TA 110/60	No	Cifosis	Incisión med. infraumb. Se practica cesárea clásica. Feto nace vivo, pero falleció horas después.	Cifosis. Cesárea. clásica.	Eter	Tuvo dolores fuertes y fue intervenida un día después del ingreso. Evolución buena, sin antibióticos.



REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA NALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
3474-64	EMC	16a	F	Desde 6 meses tumoración abd. que crece. No cámaras normales. Dolor abdom. de 6 días.	T 37.8°C. P 100/m. TA 110/70 Sensibilidad abdom. Tumor hasta el ombligo. T.R. doloroso. Heces acin-tadas.	No	Quiste retorcido del ovario.	Lap. med. infraumb. Megacolon con heces duras que se extraen por colotomía. Quiste del ligamento ancho. Líq. claro. Se marsupializa y deja un drenado blando. Había compresión del sigmoide.	Quiste del lig. ancho izquierdo. Oclusión intestinal. baja crónica. Laparot. explorad. Colotomía.	Eter	Fue intervenida el mismo día de su consulta. Por 10 días fue afebril y tratada con antibióticos. Hasta el momento del alta estuvo drenando. Exigió alta. Estancia 31 ds.
3614-64	JPV	31a	M	Hace dos horas fue corneado por toro en el abdomen.	T 37°C. P 80/m. TA 100/80 Microcefálico, con herida en FII que da salida a epiplón No resistencia abdominal.	No	Herida penetrante del abdomen.	Se prolonga la herida transversalmente. Se reseca el epiplón procidente. No se encuentra daño a órganos.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad.	Eter	Evolución excelente. Se usó antibióticos. Estancia 8 días.
2110-64-	RAM	73a	M	Hace 4 meses le drenaron absceso apendicular.	T 36.9°C. P 72/m. TA 120/80 Buen estado general.	No	Apendicitis crónica.	Inc. p-med. der. Se reseca cicatriz ant. Se localiza el apéndice, se liga e infundibuliza el muñón.	Apendicitis crónica. Apendicectomía.	Suri-tal só dico ↓ Eter	Febril los dos primeros días. Se usó antibióticos. Estancia 4 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
3642-64	MGL	28a	F	Desde ayer dolores de parto. Gr. XI Pa. X Viv. VI	T 37.0C. P 76-m. TA 110/60 Presenta embarazo a término	No	Multiparidad Post partum.	Inc. med. infraumb. Según la técnica de Pomeroy se ligan las dos trompas.	Multiparidad.	Eter	Buena evolución sin antibióticos. Estancia 5 días.
2117-64	OAH	4a	M	Desde muy pequeño padece de lota en testículo derecho.	T 37.20C. P 92/m. Presente hernia inguinal derecha.	No	Hernia inguinal derecha.	Incisión de unos 6 cm. Se aísla el saco que contiene epiplón. Se liga por transfixión.	Hernia inguinal derecha.	Eter	Sin antibióticos, buena evolución. Estancia 3 días.
3499-64	EA de V	17a	F	Desde hace 4 días dolor abdominal. Le ha crecido el abdomen. Embarazo de 6 meses. No hemorragia.	T 36.90C. P 104/m. TA 100/60 Primigesta. Abdomen duro. Utero tensado. No se oye foco ni se palpan partes fetales. Alt. uterina 28 cm.	No	Abruptio placentae	Incisión med. infraumb.- Se practica cesárea clásica. Se encuentra feto muerto con enorme hidrocefalia. No hay hematoma retroplacentario.	Hidrocefalia intrauterina aguda. Cesárea clásica.	Eter	Intervenida el mismo día de la sospecha diagnóstica. Se usó antibióticos. Estancia 9 días.

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
3682-64	MU de Z	39a F Dos hs. antes de dolor en FID, con tinuo, y mareos. No vómitos. FUR hace 49 días.	T 37.20C. P 120/m. TA 100/60 Sentada se pone pálida y el pulso se vuelve filiforme. Signo del rebote (+) T.V. dolor.	No	Embarazo ectópico derecho roto.	Lap. med. infraumb. Cavidad con sangre. Se encuentra embarazo en la trompa derecha roto. Se liga y cede la hemorragia. Sube la TA.	Embarazo ectópico derecho roto. Salpingectomía der.	Eter	Intervenida 1 hora después del diagnóstico. Buena evolución con antibióticos. Estancia 9 días.
3934-64	VFH 20a M	Anoche fue herido en el ombligo. Hoy no pudo que al ir se le sale por la herida.	T 36.80C. P 90/m. TA 100/70 Pequeña herida en el ombligo por la que se sale epiplón. No resist. abd.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. p-med. der. s-infraumbilical. No hay daño a órganos. Se sutura la herida peritoneal.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad.	Burital sódico - Eter	Al quitar los puntos el 7o día, se descubrió absceso de la herida operatoria. Se drenó y trató con antibióticos. Estancia 15 días.
1944-64	TGG 25a F	Hace un año, cesárea. Hoy viene con dolores fuertes.	T 37.0C. P 80/m. TA 100/60 Emb. a término. Cicatriz de cesárea ant. Dilat. cervix 3 cm.	No	Cesárea anterior	Inc. med. infraumb. para cesárea clásica. Feto vivo en buenas condiciones. Se cierra útero en dos planos.	Cesárea anterior. Cesárea clásica.	Eter	Buena evolución sin antibióticos. Estancia 7 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
3726-64	FCG	60a	M	Hace dos horas fue herido con arma de fuego en el abdomen.	T 36°C. P 120/m. TA 0 Frio. Pulso filiforme. Orificio de entrada en hipocondrio der. sin salida. Poca hemorragia externa.	No	Herida penetrante del abdomen por arma de fuego.	Inc. subcostal der. Cavidad con sangre. Hay dos heridas yunales, 2 del colon asc. y su meso. Una, cara sup. higado, dificil de suturar, por lo que se deja tamponamiento y dreno blando. Sutura de herida intest.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad. Suturas intest.	Eter	Se intervino con 500 cc. de sangre. TA 100 x70. La temp. 20. día fue 39.4°C. Le hemo rragia externa cedió pero estuvo drenando bilis. Falleció el 20. día.
3939-64	SS	35a	F	Anorexia desde un día antes. Dolor en FID. Vomitos, no fiebre. FUR hace 8 meses.	T 37.8°C. P 104/m. TA 100/70 McBurney y Blumberg - - Alt. Ut. 28 cm. T.V. neg. T.R. do- loroso.	No	Apendicitis aguda. Emb. de 28 sem.	Inc. p-med. der. en el flanco. Al abrir la cavidad se encuentra con pus. Apéndice adherido y difcil de extirpar. Se deja un dreno blando.	Absceso apendicular. Drenaje de absceso apendic.	Eter	Se retiró el drenó el 40. día y fue febril. Se usó antibióticos. Estancia 9 días.
4148-64	MAC	30a	M	Hace dos horas fue agredido con arma cortante en el abdomen.	T 36.8°C. P 80/m. TA 120-80 Herida de 3 cm. en el hipogastrio que da salida a epiplón.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. p-med. der. infraumb. Se reseca epiplón procedente. Se suturan dos heridas ileales. Se deja drenó.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad. Suturas intest.	Eter	Fue febril por 4 días, pero cedió con uso de antibióticos. Estancia 15 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
Extr.	CIA	3a F	Desde que nació se le salta el ombligo.	T 37oC. P 100/m. Presenta hernia umbilical, reducible.	No	Hernia umbilical.	Inc. semilunar infraumb. El saco contiene epiplón que se restituye a la cavidad. Se cierra el anillo y traslapa la aponeurosis.	Hernia umbilical. Cura de hernia.	Eter	Buena evolución sin antibióticos. Estancia 3 días.
4091-64	AHE	81a M	Desde hace un año se ha formado hernia operada hace 28, lado izq.	T 36.8oC. P 86/m. TA 120/70 Cicatriz de op. ant. Hernia ing. escrotal izqda., reducible.	No	Hernia inguino-escrotal izq. recidivada.	Se reseca cicatriz ant. se encuentra saco que contiene intestino adherido pero viable. Se libera y devuelve a la cavidad.	Hernia inguino-escrotal izq. Cura de hernia.	Eter	Se operó por presentar enorme hernia. No obstante la edad, la evolución fue excelente. Estancia 10 días.
4183-64	AAM	39a M	No sabe a qué hora ni cómo fue herido en el abdomen.	T 36.5oC. P 120/m. TA 100/60 Ebrio con herida de 1 cm., en el epigastrio, sangra moderadamente.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. p-med. der. Herida del lób. izq. hígado. Se sutura, lo mismo que herida en sedal cara ant. estómago. Herida vesícula biliar con coágulos. Se extirpa. Se dejan drenos.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad. Colecistectomía.	Eter	Febril los primeros 4 días, luego afebril con el uso de antibióticos. Estancia 18 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION	
3735-64	FTL	94a	M	Desde hace 24 horas no puede orinar.	T 36.90C P 72/m. TA 110-60 Presenta enorme globo vesical sensible.	No	Retención aguda de orina.	Inc. med; infraumb. Se abre la vejiga y extraen cerca de 3 lts. de orina. Se deja sonda de Pezer.	Retención aguda de orina. Cistostomía.	Eter	Se retiró la sonda a los 10 días, pero se formó fistula vesicocutánea y cerró a los 66 días. Se usó antibióticos. Estancia 69 días.
3691-64	MFM	40a	F	Desde hace 3 años padece de prolapso en la ingle después de un esfuerzo.	T 370C. P 72/m. TA 100/70 Presenta hernia inguinal derecha reducible.	No	Hernia inguinal derecha	Inc. de unos 8 cm. Se encuentra saco que únicamente contiene epiplón, que se devuelve a la cavidad.	Hernia inguinal derecha. Cura de hernia.	Eter	Afebril, sin antibióticos. Estancia 8 días.
4241-64	RGC	7a	F	Se hirió en el abdomen tras pelaba fruta.	T 36.80C. P 96/m. Herida de 2 cm. en el hipogastrio.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. med. infraumb. Se exploran los órganos abdominales y no se encuentra daño.	Herida penetrante del abdomen. Laparotomía explorada.	Eter	Presentó fiebre terciaria intermitente. Tratada con <u>antibióticos</u> . No antibióticos. Estancia 8 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB.	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
4334-64	ACM	25a	M	Desde hace dos años padece <u>her</u> nia que au <u>menta</u> con esfuerzos.	T 37°C. P 80/m. TA 120/80 Presenta <u>her</u> nia inguino-escrotal der. reducible.	No	Hernia inguinal derecha.	Incisión de 10cm. Se aísla el saco que contiene intestino viable y se vuelve a la cavidad.	Hernia inguinal derecha.  Cura de hernia.	Eter	Buena evolución sin el uso de antibi <u>o</u> ticos. Estancia 4 días.
4599-64	JPT	38a	M	Hace 24 horas fue atacado a balazos, hiriéndolo en el abd <u>o</u> men.	T 37.9°C. P 100/m. TA 110/70 Abd. rígido. Matidez hepá <u>tica</u> ausente. Orificio por encima del -pubis. Bala palpable en reg. lumbar.	No	Herida <u>pe</u> netrante del abdomen, por arma de -fuego.  Peritoni <u>ti</u> s.	Lap. p-med. <u>infra</u> umb. der. Se encuentran placas de peritonitis. Herida del colon asc. que se sutura. Hematoma retroperit <u>o</u> neal que no se explora. Se deja dre no blando.	Herida <u>pe</u> netrante del abdomen.  Laparot. explorad.  Sutura intestinal.	Eter	Régimen perit <u>o</u> neal por 5 ds. que fueron febriles. Con an <u>tibi</u> óticos afebril el resto. Al 8o. día se extrajo la bala (subcut.). Estancia 18 días.
5196-64	MS	42a	F	Hace 10hs. fuerte dolor abdom <u>i</u> nal y cayó desmayada. EUR hace 7 meses. Gr. IX PA VII Viv. VI	T 36°C. P 80/m. TA 130/90 Edema cara y m. inf. Abd. sensible Utero tetanizado. No palpables partes feto.	No	Pre-eclampsia.  Abruptio placentae	Lap. med. <u>infra</u> umb. Se practica cesárea clásica. Se encuentra el feto muerto y un hematoma retroplacentario. Se ligan ambas trompas.	Abruptio placentae  Cesárea clásica.  Esteriliza <u>ci</u> ón.	Suri-tal s <u>o</u> dico + Eter	Se transfundieron 1500 ml. de sangre pre y transoperat. Evolución tormentosa, por muchos vómitos postop. y se abrió la herida. Se reinter <u>vi</u> no. Estancia 45 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
3529-64	LMM	25a	F	Desde 3 años, dolor en FID. Desde 24 horas se ha acentuado.	T 36.90C. P 72/m. TA 110/80 Sensibilidad en FID. No rebote.	No	Apendicitis crónica.	Incisión de Roux. Se encuentra apén dice aumentado de tamaño y muy vascularizado. Se reseca e invagina el muñón.	Apendicitis crónica.	Suri-tal sódico + Eter	Subfebril, evolucionó bien. Sin antibióticos. Estancia 3 días.
4627-64	CBV	33a	F	Desde 3 días, dolores de parto. Fuertes desde hace 24 horas.	T 36.80C. P 80/m. TA 120/70 Primigesta con emb. a término. Dilat. del cervix 3cm. Foco reg.	No	Inercia uterina.	Lap. med. infra umb.. Se practica cesárea clásica. Nace niño varón vivo.	Inercia uterina. Cesárea clásica.	Eter	Postoperatorio normal con el uso de antibióticos. Estancia 9 días.
4589-64	RAM	50a	M	Un año de padecer hernia inguinal izquierda.	T 36.60C. P 72/m. TA 120-70 Hernia ing. izq. reducida.	No	Hernia inguinal izquierda.	Incisión de unos 10 cm. Se encuentra saco que solamente contiene epiplón, adherido que se libera.	Hernia inguinal izquierda.	Suri-tal sódico + Eter	Excelente evolución sin antibióticos. Estancia 7 días.
4437-64	MRS	17a	F	Desde 3 años, dolor en la FID, que últimamente es mayor.	T 370C. P 80/m. TA 110/70 Ligera sensibilidad en FID.	No	Apendicitis crónica.	Incisión de Jalaguier. Apéndice de tamaño y aspecto normales. Se liga e invagina el muñón.	Apendicitis crónica. Apéndice de tamaño y aspecto normales. Se liga e invagina el muñón.	Suri-tal sódico + Eter	Buena evolución sin antibióticos. Control fuera del Centro. Estancia 2 días.



REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
4588-64	EUR 46 a	M		Hace unos 15 minutos fue herido en el abdomen y brazo der. con arma de fuego.	T 36.8°C. P 84/m. TA 120/80 Orif. de entrada 3cm. fuera L.M. a nivel del ombligo, lado izq. Orif. de salida flanco derecho.	No	Herida perforante del abdomen.	Lap. p-med. der. s-infraumb. Se encuentra hematoma de los músculos ants. del abdomen. La bala no dañó el peritoneo, se incinde para explorar. no hay daño a órganos. Dreno desde el plano muscular.	Herida no penetrante del abdomen.	Suri-tal sódico + Eter	Buena evolución con el uso de antibióticos. Se retiró el drenaje a los 4 días. Estancia 5 días.
1150-64	GV de A	21a	F	Desde 3 días, dolores fuertes de parto.	T 37.2°C. P 84/m. TA 110/60 Emb. a término. Foco casi inaudible. Dilat. 2 cm.	No	Sufrimiento fetal	Lap. med. infraumb. Se practica cesárea clásica. Nace feto vivo en regulares condiciones. Abundante meconio.	Sufrimiento fetal  Cesárea clásica.	Eter	Febрил por 4 días (38°-40°) Se usó antibióticos de amplio espectro. Estancia 7 días.
4659-64	ORC	39a	F	Hace 5 horas subita hemorragia vag. y dolor abdominal. Ha crecido el abdomen. FUR 5 m.	T 36.5°C. P 120/m. TA 60/50 Hemorragia vag. Utero como 7 m. de emb. Abd. duro, sensible.	No	Abruptio placentae	Inc. med. infraumb. Cesárea clásica. Se encuentra feto muerto y gran hematoma retroplacentario.	Abruptio placentae  Cesárea clásica.	Eter	Transfusión de 500 m. sangre pre y transop. La TA subió; se usó antibióticos. Estancia 7 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB.	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
4559-64	RLB	45a	M	Hace 24 horas súbito dolor abdominal. Desentonces se ha distendido el abdomen. No cámaras o vómitos.	T 37.20C. P 92/m. TA 110/60 Quejumbroso con gran distensión abdominal. Sensible. Peristaltismo ausente.	No	Oclusión intestinal baja.	Lap. med. sin fraumb. Se encuentra enorme distensión del estómago que se vacía son sonda nasogástrica, sacando líquido. Peritoneo y gas. Intestino delgado distendido. Se explora. No hay lesiones.	Probable vómitos y yeyuno alto.  Laparot. explorad.	Eter	Se intervino en malas condiciones. Se trató con tónicos cardiorrespiratorios. La TA bajó en varias ocasiones, y cuando se suturaba piel, entró en shock y falleció.
4840-64	EBH	24a	M	Desde dos días antes, dolor en la FID Náuseas, vómitos, anorexia.	T 37.6°C. P 84/m. TA 120/70 Subfebril. McBurney y Blumberg (+) T.R. doloroso.	No	Apendicitis aguda.	Incisión de Jalaquier. Cavidad con pus. Ciego adherido. Apéndice esfacelado. No se reseca. Se deja drenar por ojal en la FID.	Absceso apendicular.  Drenaje apendicular.	Eter	Febre por 7 días. Se retiró el drenaje los 4 días, pero la herida siguió supurando. Se usó antibiostático. Estancia 15 días.
4766-64	TRU	86a	M	6 años de padecer hernia inguinal de derecha.	T 36.80C. P 72/m. TA 120/70 Hernia inguinal derecha reducible.	No	Hernia inguinal derecha,	Incisión paralela al Poupart. Se aísla el saco que contiene únicamente epiplón. Se libera el saco y se liga.	Hernia inguinal derecha.  Cura de hernia.	Eter	Buena evolución con antibiostáticos. Estancia 10 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
4807-64	Msa	15a	F	Dolor abdominal desde hace 4 días Anorexia. Náuseas, no vómitos. Niega contacto sexual.	T 37.6°C. P 100/m. TA 110/60 Sensibilidad abdominal. Masas redondeadas. Niégale contacto sexual.	No	Tumor ovárico retorcido.  Descartar embarazo ectópico roto.	Lap. med. infraumb. Se encuentra tumoración blanda rojiza, como una naranja con anexo izquierdo con su pedículo retorcido. Se extirpa.	Tumor sólido ovárico retorcido.  Laparot. explorad.  Extirp. tumor ovárico.	Eter	Evolucionó sin novedad con el uso de antibióticos. Estancia 10 días.
5196-64	MS de B	42a	F	Hace 14ds. cesárea por abruplacentae Se abrió la herida por muchos vómitos.	T 36.9°C. P 84/m. TA 100/60 Herida op. con labios separados, hasta el peritoneo.	No	Disrupción herida operatoria.	Se avivan los bordes de la herida. se diseccionan los planos, y se procede al cierre. Se dejan puntos de refuerzo.	Disrupción herida operatoria.  Cura de disrupción herida operatoria.	Eter	En esta ocasión el postoperatorio fue normal. Debido a gran anemia, permaneció 25 días más. Estancia total 45 días.
5086-64	IZR	56a	M	Dificultad para micción desde 4 días.	T 37°C. P 80/m. TA 120/80 Globo vesical sensible. T.R. Hipertrofia prostática.	No	Hipertrofia prostática.	Incisión med. infraumb. Se encuentra vejiga llena de orina. Por disección digital se extraen lóbulos próstata. Se deja sonda y Pezer.	Hipertrofia prostática.  Prostatactomía suprapúbica.	Raquianalgesia.	Se intervino 6 días después de ingreso con 750cc. de sangre. Se retiraron, mecha a los 4 días y sonda a los 10 días. Afebril con antibióticos. Estancia 14 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOL
4953-64	AAL	56a	M	Varios años de padecer hernia izq.	T 36.8°C. P 72/m. TA 110/80 Hernia inguinal izq. reducible.	No	Hernia inguinal izquierda.	Incisión de unos 10 cm.- Se encuentra saco que contiene grasa pre-peritoneal, la cual se reseca.	Hernia inguinal izq. Cura de hernia.	Raquim analgesia.	Febre el día 2. Se usó el día 3. Estancia.
2695-64	MAT	32a	M	Hace 4 meses tuvo apendicitis aguda tratada conservadoramente.	T 37°C. P 72/m. TA 110/80 Afebril, tranquilo, abdomen negativo.	No	Apendicitis crónica.	Incisión de Jala guier. Se encuentra apéndice muy aumentado de tamaño y bastante vascularizado. No hay adherencias.	Apendicitis crónica. Apendicectomía.	Raquim analgesia.	Febre el día 1. Estancia 8 días.
5241-64	FAV	66a	M	Desde hace varios años, padece de hernia - ing. Hace 6 días se encarceró y fue reducida.	T 37°C. P 72/m. TA 120/70 Disneico, roncus y sibilancias Hernia inguinal izquierda.	No	Hernia inguinal izq.	Incisión a la izquierda. Se dice el saco herniario que contiene intestino viable. Se restituye a la cavidad.	Hernia inguinal izq. Cura de hernia.	Raquim analgesia.	Subfebril días. Se usó el antiestanc 6 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
5390-64	RGM	22a M	Hace una hora fue herido en el abdomen, con arma cortante. <u>He</u> da salida <u>matemesis</u> . a epiplón.	T 37°C. P 72/m. TA 110/80 Herida de 2 cm. 10ª E.I.I. que da salida a epiplón.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. p-med.izq. s-infraumb. Se encuentra herida de la curvatura mayor del estómago, y del hemidiafragma izqdo. que se sutura.	Herida penetrante del abdomen. Lap. expl. Sutura del estómago y diafragma.	Eter	Con el uso de antibióticos evolucionó satisfactoriamente. Estancia 8 días.
4187-64	MFR	39a F	Tiene dolores de parto. Gr. VII Pr. VI VI vivos. término.	T 37°C. P 72/m. TA 110-60 Presenta embarazo a término.	No	Multiparidad postpartum.	Inc. med. infraumb. Se ligan las trompas según técnica de Pomeroy.	Multiparidad Esterilización.	Eter	Afebril sin antibióticos. Estancia 7 días.
5353-64	DM de A	28a F	Dolores de parto. Gr. VI Pa. V Viv. IV	T 37°C. P 80/m. TA 110/70 Embarazo a término.	No	Multiparidad postpartum.	Inc. med. infraumb. Se ligan ambas trompas según técnica de Pomeroy	Multiparidad Esterilización.	Eter	Excelente evolución sin antibióticos. Estancia 3 días.
4946-64	MCA	75a M	Padece de hernia de 6 años de evol. Le duele desde 15 ds. Incarcerada y reduce hace 5ds.	T 36.9°C. P 80/m. TA 100/60 Hernia inguinoescrotales grande. Ascitis libre Cirrualeción com-plement.	No	Hernia inguinal derecha. Cirrosis hepática.	Inc. derecha. El El saco contiene intestino delgado viable. Restitúyese a la cavidad. Por el anillo interno sale líquido amarillo citrino.	Hernia inguinal derecha. Cure de hernia.	Local	Se formó hidrocele y mejoró con punción y diuréticos. Se usó antibióticos. Estancia 17 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	IAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
974-64	TFA	20a F	6 horas antes, dolores de parto. Ha ce dos años, cesárea.	T 37°C. P 72/m. TA 100/70 Embarazo a término. Cicatriz cesárea anterior.	No	Cesárea anterior.	Incisión para resear cicatriz anterior. Cesárea clásica. Nace feto vivo.	Cesárea anterior. Cesárea clásica.	Eter	Evolución afebril con el uso de antibióticos. Estancia 7 días.
5746-64	FLR	22a F	Hace una hora se hirió en el abdomen, pelando una ranja.	T 37°C. P 80/m. TA 110/70 Peq. herida hipogástrica que da salida a epiplón.	No	Herida penetrante del abdomen.	Lap. p-med. infraumb. Se explora y no se encuentra daño a órganos. Se sutura herida peritoneal.	Herida penetrante del abdomen. Lap. explorad.	Eter	Sin ninguna complicación. Se usó antibióticos. Estancia 7 días.
5844-64	AMM	29a F	Le duele tumora- ción del ombligo desde hace 3 ds.	T 37.2°C. P 72/m. TA 110/70 Hernia umbilical, irreducible y sensible.	No	Hernia umbilical incarcerada.	Inc. semilunar infraumb. El saco contiene epiplón viable, que se restituye a la cavidad después de ampliar el anillo.	Hernia umbilical incarcerada. Cura de hernia.	Eter	Evolucionó afebril con el uso de antibióticos. Estancia 7 días.
3527-64	TGF	16a M	Hace 4 m. drenaje absceso apendicular.	T 37°C. P 78/m. TA 110/80 Cicatriz op. ant.	No	Apendicitis crónica.	Resección de la cicatriz anterior; apéndice libre, se reseca infundib. muñón.	Apendicitis crónica. Apendicectomía.	Eter	Afebril, sin antibióticos. Estancia 7 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	IAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANTEST	EVOLUCION
5918-64	JAB	17a F	Fue herida hace una hora en el abdomen y espalda.	T 36.50C. P 120/m. TA 60/40 Herida en hipocondrio izqdo. por el que sale epiplón e intestino. Herida en la espalda.	No	Herida penetrante del abdomen. Herida penetrante de tórax.	Inc. p-med. supra-infraumb. izqda.- Previa a sepsis se resituyen asas delgadas y epiplón. Se explora No daño a órganos. Bazo intacto. Previamente se había suturado herida del tórax.	Herida penetrante del abdomen. Laparot. explorad.	Eter	Se transfundieron 500 cc. de sangre y dext. 5% 1 lt. ev. Febril por 3 días, pero cedió con antibióticos. Estancia 8 días.
5725-64	JMO	43a M	Desde 4 meses padece hernia asintomática.	T 370C. P 72/m. TA 120/80 Hernia inguinal derecha, reductible.	No	Hernia inguinal derecha.	Incisión de unos 10 cm. a la der. Se disecciona el saco que contiene epiplón solamente, el cual se devuelve a la cavidad.	Hernia inguinal derecha. Cura de hernia	Eter	Evolucionó afebril. No se usó antibióticos. Estancia 8 días.
5989-64	TDA	18a F	24 hs, antes en la FID No vómitos Anorexia. No fiebre.	an P 80/m. TA 110/70 Afebril. McBurney y Blumberg son (+).	No	Apendicitis aguda.	Incisión de McBurney. se encuentra apéndice inflamado y libre de adherencias. Se seca e infundibuliza el muñón.	Apendicitis aguda.	Eter	Subfebril. con antibióticos, evolucionó bien. Estancia 4 días.

REG. NOMB. E S HISTORIA EX. FISICO LAB DX PRE-OP TECNICA DX POSTOP ANEST EVOLUCION  
OP REALI.

6589-65 SmU 700 M Desde 15 días, he- morragia genital. Hoy, súb- to dolor abdo. y cayó des- mayada. Amenorrea 2 m.

T 37°C. P 90/m. TA 120/70 Tacto rec- tal revela hipertrofia prostática.

No hipertro- fia prostá- tica.

Incisión med. infraumbilical, se abre la vej- ga y con disec- ción digital se separan lóbulos prostáticos. Se deja mecha y sonda de Pezer

Hipertrofia prostática.

Eter

Se intervino con 750 cc. de sangre. Primeros 8 días afebril, luego fie- bre alta debido absceso de her. op. Se drenó y quedó fístula ves- cocutánea. Antibió- ticos. Estancia 36 días.

6288-64 MCh 25a F Desde 15 días, he- morragia genital. Hoy, súb- to dolor abdo. y cayó des- mayada. Amenorrea 2 m.

T 37.5°C. P 100/m. TA 100/60 Sensibili- dad abomi- nal. Tacto vag. dolor Secreción pu- rulenta fé- tida.

No Embarazo extreuteri- no roto.

Lap. med. infra umb. La cavidad se encuentra con sangre fes- ca roja. Embara- zo ectópico en trompa derecha roto. Se reseca. Se extrae más de 1 lt. de sangre.

Embarazo ectópico derecho roto

Eter

Transfusión Macro- dez. Operac. 12 hs. después. Al siguién- te día 500 cc. san- gre y 250 cl llo. día. Se usó anti- bióticos. Estancia 16 días.

6143-64 JR 32a F Dolores de parto Gr. VI Pa. V Viv. V

T 37°C. P 80/m. TA 110/60 Embarazo a término.

No Multipari- dad post- partum.

Inc. med. infra- umb. Se ligan las trompas se- gún la técnica Pomeroy modifi- cada.

Multiparidad Eter

Postoperatorio afebril con el uso de antibióticos. Estancia 7 días.



REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
6072-64	PRY	34a M	Hace 48hs fue atacado a balazos por la espalda. Ha tenido vómitos.	T 38.8° C. P 112/m TA 100/60. Fiebre, deshidratado; vómitos porráceos. Herida de <u>ba</u> la reg. <u>lum</u> bar y ca <u>de</u> ra izqda.- Signos peritoneales.	No	Herida penetrante del abdomen.  Peritonitis.	Lap. p-med. izq. infraumbilical. Peritonitis. Hay 4 perforaciones colon desc. y materia fecal libre. Se suturan las heridas y se lava la cavidad con suero tibio. Se dejan dos drenos blandos.	Herida penetrante del abdomen	Eter	Debido a la peritonitis, el paciente no reaccionó a la operación falleciendo 12 horas después de la intervención.
6338-64	NMF	32a M	Dificultad para orinar de 48hs evol. Imposible cateterismo. Dos cistostomías ant.	T 36.6° C. P 96/ m. TA 120/80 Globo vesical sensible. Atrofia ms. sups. e inf.	No	Retención de orina	Se resecan cicatrices anteriores. Se extreen 2 Lts. orina. No hay obstrucción. Se deja sonda de Pezer.	Retención de orina.  Cistostomía	Eter	Completamente afebril con antibióticos. Estancia 20 días.
6308-64	SLL	28a M	Anorexia, náuseas y vómitos desde dos días Dolor abdo. hipogástrico.	T. 38° C. P 88/m. TA 100/80 McBurney Blumberg y Rovsing(+) Tacto rect. doloroso.	No	Apendicitis aguda	Incisión de Jalaguier. Apéndice inflamado y adherido. Se liga la base y se reseca, dejando libre el muñón. Se deja drenos.	Apendicitis aguda.  Apendicectomía.	Eter	Afebril con uso de antibióticos. Estancia 9 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX	FR.-OP	TECNICA	HALLAZGOS	DX	POSTOP	ANEST	EVOLUCION
6268-64	BM de R	28a	F	Dolores de parto hace dos años le practica cesárea. T 37°C P 80/m TA 110/70 Emb. a término. Cicatriz cesárea ant.	No	Cesárea anterior	Incisión de Ja-laguier. Se encuentra apéndice inflamado y con pus. Se ligan y se reseca e infundibuliza el muñón.	Incisión de Ja-laguier. Se encuentra apéndice inflamado y con pus. Se ligan y se reseca e infundibuliza el muñón.	lap. med. resecano cicatriz de operación ant. Se practica cesárea clásica. Feto vivo en buenos condiciones.	Cesárea anterior	Cesárea clásica	Raqui-analgésica	afebril con el uso de antibióticos. Estancia 4 días.	
6359-64	RMM	6a	M	Hoy a las 6 am. se inició dolor abdominal. Vómitos y fiebre. T. 38.5°C P 112/m. Febril. McBurney, Blumberg y Rovsing (+)	No	Apendicitis aguda	Incisión de Ja-laguier. Se encuentra apéndice inflamado y con pus. Se ligan y se reseca e infundibuliza el muñón.	Incisión de Ja-laguier. Se encuentra apéndice inflamado y con pus. Se ligan y se reseca e infundibuliza el muñón.		Apendicitis aguda.	Apendicectomía	Eter	Subfebril el siguiente día. Estancia 1 día. Control clínica particular. excelente.	
6492-64	MH de H	35a	F	Dolores de parto. Gr. VI Pa. V Viv. V	No	Multiparidad Post partum	Inc. med. infraumbilical. Se ligan ambas trompas según técnica de Pomeroy modificada.	Inc. med. infraumbilical. Se ligan ambas trompas según técnica de Pomeroy modificada.		Multiparidad.	Esterilización.	Eter	Febril el siguiente día. Luego afebril sin antibióticos. Estancia 8 días.	
5135-64	LD de R	30a	F	Dolores de parto Gr. VI Pa V Viv. V	No	Multiparidad Post partum	Incisión media infraumb. Se ligan ambas trompas, según técnica de Pomeroy modificada.	Incisión media infraumb. Se ligan ambas trompas, según técnica de Pomeroy modificada.		Multiparidad.	Esterilización	Eter	Excelente evolución sin antibióticos. Estancia 7 d.	

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX. FISICO	IAB	DX PRE-OP	TÉCNICA HALLAZGOS	DX postop OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
6619-64	GGA	28a F	Hace 48hs fuerte dolor abdominal y cayó desmayada. Amenorrea de 2 meses Gráv. VII Pa VI Viv. VI	T 37° C. P 88/m TA 100/60 Abdomen sensible. Masa dolorosa en hipogastrio T.V. dolor fondo de saco, No hemorragia.	No	Embarazo ectópico roto	Laparotomía infraumb. media. Sangre en la cavidad, con coágulos. Emb. ístmico izq. roto. Se extirpa y luego se liga la otra trompa.	Embarazo ectópico roto Salpingectomía Esterilización.	Eter	Se intervino con 750cc de sangre. Febril los dos siguientes días. Se usó antibióticos. Estancia 9 días.
6596-64	KLH	18a F	Tiene dolores de parto desde hace 3 días. Primigrávida	T 37° C. P 80/m TA 100/76 Cuello dilatado y borrado. No progresa el parto.	No	Inercia uterina	Lap. med. infraumb. Se practica cesárea clásica. Nace feto vivo en buenas condiciones.	Inercia uterina Cesárea clásica	Eter	Buena evolución con el uso de antibióticos. Estancia 8 días.
6221-64	DHS	50a M	Tiene hernia desde hace varios años	T 37,2° C. P 80/m TA 120/80 hernia inguinoescrotal derecha reducible.	No	Hernia inguinal derecha	Incisión a la derecha. Se encuentra saco herniario que únicamente contiene epiplón. Otro bolsa con líquido, independiente, y preherniaria.	Hernia inguinal derecha Cura de hernia	Eter	Postoperatorio afebril con antibióticos. Desarrolló edema de testículo y escroto. Estancia 15 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA.	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
6715-64	ECR	22a	M	Tiene her- nia desde dos años. Hace 12hs fuerte do- lor en e- se sitio. No cáma-- ras.	T.37° C. P 84/m. TA 120/70 Se logra reducir la hernia que se ha bía incai- cerado.	No	Hernia in- guinal de- recha.	Incisión derecha.Se aisla el saco que contiene epiplón ad herido, el cual se libera y se devuel- ve a la cavidad.	Hernia inguinal derecha. Cura de hernia	Eter	Febril.Se usó antibióticos y la fiebre. ce- dió al 40.día. Estancia 10 días.
6699-64	RFL	25a	M	No sabe cuándo ni cómo fue herido.	T 38.2° C P 104/m TA 120/80 Herida en hipocondrio derecho que da salida a epiplón.	No	Herida in- guinal de- recha.	Lap. p-med. supra- umb. derecha. Sola- mente se encuentra +laceración de la cara anterior del estómago la cual se sutura.	Herida penetran- te del abdomen Lap. expl. Sutura del estómago	Eter	Cubierto con an- tibióticos.Fe- bril del 40. al 80.día. Al qui- tar los puntos se nota herida infectada en parte superior. Estancia 12 días.
6702-64	ICG	31a	F	Padece de her- nia des- de hace seis a- ños.Hoy le duele	T.36.7° C. P 80/m TA 110/60 Hernia ing. der.de pie y con los esfuerzos.	No	Hernia in- guinal derecha	Incisión derecha. Se encuentra el sa- co herniario vacío. Se liga y se prac- tica la maniobra de Barker.	Hernia inguinal derecha Cura de hernia	Eter.	Buena evolu- ción con anti- bióticos. Es- tancia 8 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
553-64	SV de R	29a	F	Desde dos días. Dolores de parto. Gravidencia de VII. Pa. la mano izq. IV. Viv. Dilat. 3cm. IV.	T 37° C. P 80/m. TA 100/60. Procidencia de la mano izq. Dilat. 3cm.	No	Presentación de hombros	Lap.med.infraumb. Cesárea clásica, extrayendo feto vivo en buenas condiciones. Se ligan trompas según Pomeroy.	Presentación de hombros. Cesárea clásica Esterilización.	Eter	Buena evolución afebril con el uso de antibióticos. Estancia 8 días.
6737-64	BGN	26a	F	Desde anoche dolor abdominal, localizado, en cm. Blumberg FID. Anorexia y vómitos. FUR no recuerda.	T 37.4° C. P 96/m TA 100/70 Alt. Ut. 20 zado ya en cm. Blumberg FID. Anorexia y vómitos. FUR no recuerda.	No	Apendicitis aguda Embarazo de 20 semanas	Incisión de Jalgulier. El útero difulta la búsqueda. Apéndice inflamado y adherido. Se reseca, y se infundibuliza el muñón, y se peritoniza. No se deja drenar.	Apendicitis aguda Apéndicectomía	Eter	Evolucionó afebril con el uso de antibióticos. Estancia 10 días.
102-65	MCR	37a	F	FUR hace 5 meses. Dolores lumbopélvicos y hemorragia vaginal. Gráv. VII. Pa. VI Viv.	T 37° C. P 88/m TA 180/110 Abd, duro y sensible. Útero tetanizado. No se oye foco Hem. vag.	No	Abruptio placentae Pre-eclampsia	Lap.med.infraumb. Cesárea clásica. Feto muerto como 20-22 sem. Hematoma retro-placentario de 1 1/2 lits. sangre. Se ligan las dos trompas según técnica Pomeroy mod.	Abruptio placentae Cesárea clásica Esterilización.	Raqui analgesia	La TA descendió a 140/90 Afebril con el uso de antibióticos. Estancia 11 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
6790-64	ARG	17a	M	Hace 3 hs fue baleado en la cadera izquierda.	T 37° C. P 80/m TA 110/70 Orif. de entrada en la cadera izq. Defensa muscular. Blumberg (+)	No	Herida penetrante del abdomen	Laparotomía. Se encuentran 7 perforaciones en el yeyuno-ileon. Abundante materia fecal en la cavidad. Se lava y se deja drenando.	Herida penetrante del abdomen	Eter	Febril por dos días y luego afebril, con anti-bióticos. Al retirar el drenaje, quedó drenando pus por el orificio. Est. 25 días.
6772-64	CGF	28a	F	Hace dos días subió dolor abdominal. Se puso pálida y sudorosa. No aménorrea. El dolor persiste.	T 37,5° C P 92/m TA 90/70 Marcada sensibilidad en hipogastrio. Blumberg (+) T.V. doloroso al mover cervix.	No	Embarazo ectópico roto	Lap. med. infraumbilical. Al abrir cavidad se encuentra sangre negra. Hay embarazo en la trompa izq., que se reseca.	Embarazo ectópico roto	Suri-tal sódico + eter	El diag. se hizo el mismo día de los síntomas, pero la paciente se negó a la operación. Con anti-bióticos, afebril. Estancia 4 días.
120-65	ESR	66a	M	Dolor en tumora- ción ing. con retención de materias fecales y gases.	T 37° C. P 80/m TA 100/60 Hernia ing. escrotal de recha estrangulada.	No	Hernia inguinal de recha estrangulada.	Incisión a la derecha. Intestino cianótico y ligeramente esfacelado, pero que responde al calor. No se practica resección.	Hernia inguinal derecha estrangulada. Cura de hernia.	Eter	Excelente evolución. Afebril, con el uso de antibióticos. Estancia 8 días.

REG.	NOMB	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
217--65	OS de P	27a	F	Hace 3 días dió a luz en su casa. GR V Pa. V Viv. V	T 37° C. P 80/m. TA 120/80 Afebril tranquila	No	Multipari dad Post partum	Inc.med. infraumbilical. Se practica ligadura de ambas trompas según la técnica de Pomeroy.	Multiparidad Esterilización	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 10 días.
176--65	RZR	45a	F	Un año de padecer hernia umbilical a veces dolorosa.	T 37° C. P 80/m. TA 110/70 Obesa con hernia umbilical - reducible.	No	Hernia umbilical	Inc.semilunar infraumb. Se libera el saco; se abre, secciona y se cierra en bolsa de tabaco. Se traslapa la aponeurosis	Hernia umbilical Cura de hernia	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 7 días.
205--65	MEG	25a	F	Dolores de parto. Gr. VII Pa. VI Viv. VI	T 37° C. P 94/m TA 110/70 Embarazo a término	No	Multipari dad Post partum	Inc.med.infraumb. Se ligan las dos trompas según técnica de Pomeroy.	Multiparidad Esterilización	Eter	Febril el 3er. día que se prececió de frío. Trat. Cloroquina. Est. 7 días
247--65	ERF	32a	F	FUR hace 4 meses y hace 2, hemorragia. Ayer súbito dolor abd. Lipo timia.	T. 37.3° C. P 110/m. TA 100/60 Blumberg + TV doloroso. Tumoración fondo de saco d.	No	Embarazo extrauterino roto	Lap.med. infraumb Cavidad con sangre. Embarazo de la fimbria deroto y sangrante. Se liga la trompa. Feto como de 12 semanas, con movimientos.	Embarazo ectópico roto. Salpingectomía derecha.	Eter	Transfusión de 500 cc sangre preoperatorio. Febril por dos días que cedió con antibiót. Estancia 7 días.

REG.	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX O.R.E-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
211--65	CAV	7a	M	Tiene 4 meses de padecer hernia inguinal derecha.	T 36°C. P 84/m TA 110/70 Hernia ing. der. reducible	No	Hernia inguinal derecha	Inc. de 6 cm. Se aísla el saco que contiene epiplón y se devuelve a la cavidad. Se cierra el saco. Maniobra de Barker.	Hernia inguinal derecha Cura de hernia	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 3 días
313--65	SAM	34a	F	Dolores de parto Gr. XII Pa. VIII Viv. VIII	T 36.5°C. P 84/m. TA 110/70 Embarazo a término	No	Multiplicidad	Inc. Med. infraumbilical. Se ligaron las trompas según técnica de Pomeroy.	Multiplicidad Esterilización	Eter	Afebril sin antibióticos Estancia 8 días.
148--65	APG	64a	M	Un año de tener tumoración inguinal derecha.	T 36.5°C. P 80/m; TA 110/70 Hernia ing. derecha reducible.	No	Hernia inguinal derecha	Incisión Incisión derecha. Saco dependiente del cordón. Se liga y practica manobra de Barker. Traslape de aponeurosis.	Hernia inguinal derecha Cura de hernia	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 8 días.
336--65	SPH	45a	M	Hoy 0 hs fue herido en el abdomen	T. 37.5°C P 120/m TA 110/80 Herida en flanco izq. que da salida a epiplón.	No	Herida penetrante del abdomen	Incisión para mediana izq. su prainfaumbilical. Se explora y no hay daño a órganos. Se sutura herida peritoneal.	Herida penetrante del abdomen Laparot. explorad.	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 7 días.





REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALIZ.	ANEST	EVOLUCION
385--65	FBP	20a	M	Hoy 1 am. fue lesionado en el abdomen	T 37.5° C. P 120/m. TA 110/70 Feg. herida en epigastrio. Se ex plora y es penetrante.	No	Herida penetrante del abdomen	Lap. med. supraumb. Heridas del hígado, cara superior; cara posterior; estómago y ligam. gastrohepático. Se suturan. Sangre en cavidad. Se dejados drenos.	Herida penetrante del abdomen	Eter	Fue febril y tratado con antibióticos. Vómitos biliosos 20. d. Succión. Líquidos parenterales. No toleró dietalíqu. Siempre vomitando falleció 90. d.
310--65	F&S	5a	M	Desde que nació, hernia izquierda. Ha sido dolorosa, pero ya no.	T 37.2° C. P 112/m. hernia inguinal izquierda reducible	No	Hernia inguinal izquierda	Incisión de 6 cm. Saco libre que se secciona y liga en su base. Manobra de Barker.	Hernia inguinal izquierda.	Eter	Subfebril, sin antibióticos. Control en su casa excelente Estancia 2 días.
384--65	AP de V	54a	F	Desde hace 5 años padecede hernia umbilical	T 37° C. P 90/m TA 130/80 Obesa con enorme hernia umbilical reduci ble.	No	Hernia umbilical	Inc. semilunar infraumb. Se encuentra saco que contiene epiplón adherido. Se resecan las adherencias. Se cierra el saco en bolsa de tabaco.	Hernia umbilical Cura de hernia	Eter	Afebril, sin antibióticos. Control clínico particular satisfactorio. Estancia 1 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX. FISICO	L.A.B.	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
								RELLAZGOS	OP REALI.		
349--65	DAP	9a	M	Desde pe- queño pe- dece de hernia umbilical	T 37° C. P 84/m TA 100/60 Peg. her- nia umbi- lical. Ani- llo permi- te entra- da del de do índice	No	Hernia umbilical	Incisión semilu- nar infraumb. Se curo pequeño, se cictra en bolsa de tabaco, y se traslepe la apo- neurosis.	Hernia Umbilical	Eter	Fue llevado de la Sala de Op. a clínica particular. Control satisfactorio. Estancia 4 horas.
350--65	CT de R	25a	F	Dolores de par- to; dos cesáreas anterio- res	T 37° C. P 88/m. TA 120/80 Embarazo a término. Cicatriz de cesá- rea ant.	No	Cesárea anterior	Incisión para resecar cica- triz anterior. Cesárea clási- ca. Se extrae feto vivo en buenas condi- ciones. Se li- gan los tron- pas.	Cesárea anterior	Kaqui- anal- gesia	Afebril con antibióticos Estancia 3 días.
294--65	IE de A	39a	F	Desde ha- ce dos d. dolores de parto después de caída. Hace dos años, cesá- rea.	T 37° C. P 80/m TA 130/80 Emb. a tér- mino. Cica- triz de cesárea anterior.	No	Cesárea anterior	Inc. resecano cicatriz ante- rior. Cesárea clásica. Nace feto vivo en buenas condi- ciones.	Cesárea anterior	Eter	Afebril con antibióticos Estancia 3 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
								HALLAZGOS	OP REALI.		
187--65	RMR	51a	M	Padece de hernia y cuando to- se aumenta de tamaño	T 36.5° C. P 84/m. TA 110/70 Presenta hernia ing.der. reducible	No	Hernia inguinal derecha	Inc.Oblícu der. Se encuentra sa- co independiente del cordón.Se li- ga y cierra pa- red post con pun- tos separados;se traslapa la apo- neurosis.	Hernia inguinal directa	Eter	Febril únicamente el 3er. día. No se usó antibióticos. Estancia 7 días.
634--65	MMC	22a	F	Varios días de dolor en el punto apendicu lar. No fiebre	T 37.5° C. P 100/m TA 100/60 Sensibili- dad en la F. I. D.	No	Apendici- tis agu- da	Incisión de Mc Burney.Apéndice aumentado de ta- maño e inflamado. Se liga y el mu- ñon se invagina.	Apendici- tis agu- da	Suri- tal sódi- co + Eter	Febril el siguiente día; luego afebril con el uso de anti- bióticos Estancia 3 días.
622--65	MAS	26a	M	Varios a- ños de te- ner her- nia umbi- lical.	T 37° C. P 88/m TA 120/80 Peq. her- nia umbi- lical.	No	Hernia umbili- cal	Inc.semilunar in- fraumb.Se encuen- tra seco;se dise- ca y liga.Cierre del anillo; tras- lapa aponeurosis	Hernia umbilical	Suri- tal sódi- co + Eter	Febril sólo el si- guiente día luego afebril con anti- bióticos- Estancia 4 días.
4348-64	CA de M	36a	F	Dolores de parto Gr. VI Pa. V Viv. VI	T 37° C P 96/m TA 110/60 Embarazo a término	No	Multip- lidad	Inc. med. infre- umb. Se ligan las trompas según técnica de Pome- roy.	Multipa- ridad	Eter	Febril el sgte.día; antibióticos, luego afebril. Estancia 8 días.

REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX PRE-OP	TECNICA	DX POSTOP	ANEST	EVOLUCION
839-65	BRC	46a M	Desde hace 10 años padece hernia últimamente molesta.	T 36.7° C P 88/m TA 120/80 Hernia ing derecha directa	No	Hernia inguinal derecha directa	Inc.oblicua. Se encuentra saca independiente del cordón.Crip-torquidia de recha.Se re-seca el testículo.Se liga el saco y se traslapa la aponeurosis.	Hernia inguinal directa Cura de hernia Orquiecotomía	Raqui-analgésia	Completamente afebril, sin usar antibióticos. Estancia 7 días.
1060-65	MJF	19a F	Dolores de parto desde 3 días.Primigesta	T 37° C. P 90/m TA 110/60 Hay anillo de retracción patológico.Estrechez pélvis.Sufrimiento fetal.	No	Estrechchez pélvica Sufrimiento fetal	Inc.med.infrumb.al abrir útero sale meconio fétido y gas. Feto muerto. Segmento muy adelgazado. Se cicrra por planos.No se deja drenar.	Estrechchez pélvica. Cesárea clásica	Eter	Desde el 30 al 13° día, fiebre hética. Antibióticos amplio espectro. Supuración herida operatoria. Secreción vaginal fétida. Estancia 33 d.
767--65	CVB	54a M	Desde hace 10 años padece hernia.	T 37° C. P 80/m TA 110/80 Hernia inguinal derecha reducible	No	Hernia inguinal derecha	Inc.der.Se encuentra gran saco que contiene epiplón. Se liga y se practica manobra de Barker.	Hernia inguinal derecha sin antibióticos. Estancia 7 días.	Eter	Febril los dos primeros días luego afebril sin antibióticos. Estancia 7 días.

REG.	NOMB.	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
916--65	JEH	2a M	Desde la edad de un mes padece de hernia	T 37.5°C P 90/m Hernia grande inguinoecrotal - izq.	No	Hernia inguinal derecha	Inc. vertical izquierda. Se encuentra sacro enorme que contiene intestino viable. Maniobra de Barker.	Hernia inguinal izquierda Cura de hernia	Eter	Febril los 3 primeros días afebril luego, con antibióticos estancia 7 días.
934--65	CVL	66a M	Muchos años de padecer hernia ing. bils. tercl. Izquierda la mayor.	T 37°C. P 88/m TA 110/80 Presenta hernia ing. izqdt. mayor que la derecha,	No	Hernia inguinal izquierda	Incisión oblicua. Saco con tiene epiplón. Se liga. Maniobra de Barker. Se traslapa la aponeurosis.	Hernia inguinal izquierda Cura de hernia	Eter	Afebril sin el uso de antibióticos. Estancia 7 días.
Extr.	GBA	26a M	Dos años de padecer hernia ing. Hace dos meses se incerceró pero fue reducida.	T 37°C P 80/m TA 120/80 Hernia inguinal derecha reducible	No	Hernia inguinal derecha	Inc. oblicua der. Se encuentra saco que contiene intestino en Buenas condiciones. Maniobra de Berker	Hernia inguinal derecha Cura de hernia	Requir analgesia	Afebril son el uso de antibióticos. Desarrolló edema testicular. Estancia 13 días.

REG.	NOM	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
3951-64	FEM	26a	F	Dolores de parto desde hace 3 días	T 36.5° C P 80/m. TA 100/70 Cuello dilatado 3 cm. Abundante meconio por la vagina.	No	Prolongación período. Sufrimiento fetal	Inc. med. infraumb. clásica. Abundante meconio. Feto vivo en buenas condiciones.	Sufrimiento fetal Cesárea clásica	Eter	Febril los dos primeros días; luego afebril con antibióticos. Estancia 8 días.
1246-65	BCL	45a	F	Siete años de llevar hernia inguinal izquierda.	T 37° C P 80/m. TA 110/70 Hernia inguinal izquierda reducible	No	Hernia inguinal izquierda	Inc. izqdc. Saco libre. Hay grasa pre-herniaria. Se reparó la pared posterior.	Hernia inguinal izquierda Cura de hernia	Eter	Febril del 30. al 130. día. Se usó antibióticos. Resto afebril. Desarrolló edema testicular. Estancia 29 días.
1167-65	ABR	45a	F	Cesárea hace 3 años. Dolores desde 3 días.	T 37° C. P 120/m. TA 110/90 Meconio fétido. Cuello 1cm Foco reg??	No	Cesárea anterior	Inc. med. infraumb., para cesárea clásica. Se extrae feto vivo en buenas condiciones.	Cesárea anterior Cesárea clásica	Requisia	Febril desde el 20. al 110. d. Luego afebril con antibióticos. Estancia 8 días.

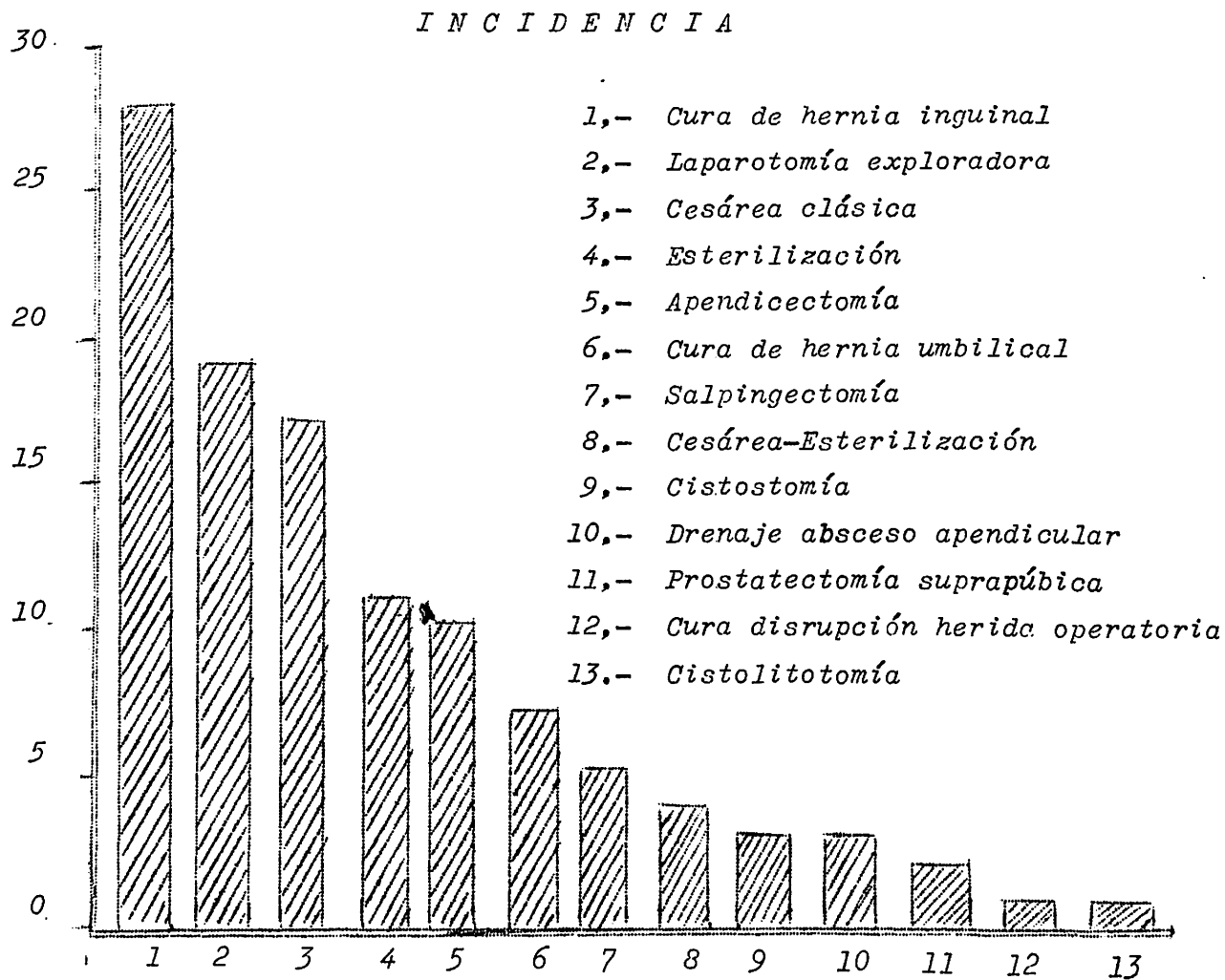
REG.	NOMB.	E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
1229-65	ARB	32a M	Dificultad para la micción de 15d. Súbitamente se interrumpió a los 6 años le extrajeron cálculo de 90 gm. de la vejiga.	T. 37° C P 80/m TA 120/80 Globo vesical muy sensible. Dificil el cateteris- yo. Hace 6 años le extrajeron cálculo de 90 gm. de la vejiga.	No	Calculosis vesical	Inc.med.infrumb. Se abre la vejiga y se encuentra cálculo único, que se extrae con dificultad por la incisión, y que mide 8x5cm y pesa 200 gramos. Se cierra completamente la vejiga.	Calculosis vesical Cistolitotomía	Eter	Subfebril los primeros 5 ds. después de febril, con el uso de antibióticos. Micciones normales. Estancia 15 ds.
Extr.	MLM	25a F	Hemorragia genital indolora. Embarazo de 8 meses.	T 36.9° C P 84/m TA 110/60 Emb. de 32 sem. Foco reg. Hemo- rragia vaginal moderada.	No	Placenta previa	Lap.med.infrumbilical, para cesárea clásica. Feto vivo en buenas condiciones.	Placenta previa Cesárea clásica	Eter	Se intervino el 5o. día del ingreso por aumento de la hemorragia. Afebril sin antibióticos. Estancia 9 días.
1306-65	RVH	18m M	Hernia inguinal de la edad de un mes.	T 36° C P 120/m Enorme hernia inguinal que aumenta con los esfuerzos	No	Hernia inguinal derecha	Inc.der.de 6cm. Ileon, ciego y apéndice, adheridos al saco. Se liberan las adherencias. Apéndice mide más de 10 cm. por lo que se reseca.	Hernia inguinal derecha Cura de hernia Apéndice	Eter	Febril los dos primeros días, luego afebril. Sin antibióticos. Ligero edema testicular. Estancia 9 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX PRE-OP	TECNICA HALLAZGOS	DX POSTOP OP REALI.	ANEST	EVOLUCION
Extr.	TMR	72a	M	Hernia inguinal derecha desde hace doce años.	T 37°C P 88/m TA 120/80 Presenta hernia inguinal de recha re-ducible.	No	Hernia inguinal derecha, re-ducible.	Inc. obl. der. Saco únicamente contiene e- <u>piplón</u> . Se próc tica manobra de Barker.	Hernia inguinal derecha. Cura de hernia.	Raqui analge sia	Afebril con uso de antibióticos. Estancia 7 días.
1242-64	AHA	45a	F	Dolores de parto. Antes del emba rzo Dx Fibroma uterino	T 37°C P 88/m TA 110/70 Cuello di latado 2 cm. recha zado a la izda. Tu moración derecha, dura.	No	Fibroma uterino.	Lap. med. infra-umb. para cesá-rea clásica. Se extrae feto vi vo en buenas condiciones. Tu moración subpe ritoneal dura, en el istmo u-terino, tamaño de una cabeza fetal.	Fibroma uterino. Cesárea clásica.	Eter	Febril lo y 20 días, luego afe bril. Se usó antibióticos. Estancia 9 días.
1502-65	AGS	37a	F	Desde hoy 6am dolor abdominal con tinuo y hemorre gia ge-nital.	T. 36.5°C P 110/m. TA 60/40 Pálida, fría Abdomen du ro. Utero tetanizado. Foco no se oye.	No	Abruptio placentae	Inc. med, infra-umb. para cesá-rea clásica. Fe to muerto. Hema toma retropla-centario. Se li gan las trom pas.	Abruptio Placentae Cesárea clásica Esterili-zación.	Eter	Se intervino con 500 cc. de sangre y la TA llegó a 95/60. La tensión en las 12 horas fué 45/50/0. Lue go fue mejorando. Afebril, sin anti bióticos. 50.d. 500 cc. sangre in fec. her. op. Estancia 15 días



IV.- ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS

En la gráfica #1, se puede apreciar la incidencia de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante los diez meses de Servicio Social en el Centro de Salud de La Unión. El mayor número corresponde a las curas de hernia inguinal, 28, con un 25.22% del total. De éstas, solamente una fue de urgencia por estar estrangulada, en la que no hubo sección intestinal, por haber recobrado el color normal el intestino, es decir, no había necrosis. Una fue realizada en una mujer. En otra, se extirpó el apéndice herniado, y durante la intervención en otra, se hizo orquitectomía, por criptorquidia. Dos fueron catalogadas como hernias directas, en las cuales se traslapó la aponeurosis; en el resto, la técnica fue la cura clásica de Bassini. El paciente de menor edad tenía 18 meses y el de mayor edad, 86 años.



GRAFICA # 1

El segundo lugar en frecuencia corresponde a las laparotomías exploradoras, 19, con un 17.10%. De éstas, 15 fueron por heridas penetrantes del abdomen; 3 por arma de fuego y 11 por arma cortante, y una por cornada de toro. En 6 no se encontró daño a órganos internos, suturando únicamente la herida abdominal. En el resto predominaron heridas del intestino delgado y colon; 3 del estómago, 2 del hígado y una del diafragma. Las suturas intestinales se hicieron únicamente con seda intestinal, por carecer de catgut crómico intestinal. En algunos, los dos primeros días tuvieron succión nasogástrica y dieta parenteral, y en otros, únicamente — la última por no considerar necesaria la succión.

Una herida por arma de fuego, catalogada como penetrante, no penetró el peritoneo, por lo que sólo se abrió para explorar. En otro caso, que ingresó como quiste retorcido del ovario, resultó ser uno del ligamento ancho izquierdo, que comprimía el sigmoide, dando un cuadro de obstrucción crónica. Se drenó el quiste y se practicó colotomía para extraer abundantes heces duras, que hacían aparecer al colon, como un megacolon. Otra laparotomía realizada fue por un quiste retorcido del ovario, que resultó serlo por lo cual fue extirpado. La última, ingresó con el diagnóstico de obstrucción intestinal baja, pero no se encontró obstáculo mecánico. Sin embargo, el estómago estaba lleno de líquidos y gases, y no había habido vómitos. Se catalogó como probable vólvulos del yeyuno, alto. El paciente de menor edad tenía 7 años, y el de mayor edad, 60 años.

El siguiente grupo corresponde a las cesáreas, que fueron 21, 19.90%. En cuatro se practicó, además, esterilización. Se intervino en 6 ocasiones por cesárea anterior; 4 por abruptio placentae; 3 por inercia uterina; 2 por sufrimiento fetal, y en una ocasión cada vez, por cifosis, por hidrocefalia intrauterina aguda; por presentación de hombros; por estre-

chez pélvica, por placenta previa y por fibroma uterino que obstruía el canal del parto. Se empleó siempre la técnica para la cesárea clásica. La paciente de menor edad contaba con 15 años, y la de mayor edad 45 años.

Las esterilizaciones fueron 11, 9.98%, y se llevaron a cabo en pacientes que tenían 5 hijos o más, incluyendo el actual. La técnica usada en la mayoría fue la Pomeroy, y en pocas ocasiones, la Pomeroy modificada.

Se llevaron a cabo diez apendicectomías, para un 9%, 5 de las cuales fueron por apendicitis aguda, y 5 por apendicitis crónica. En las primeras, 2 fueron realizadas en pacientes del sexo masculino, y 3 en el femenino; en las crónicas, 3 en masculinos y 3 en femeninos. Además, tres casos de apendicitis aguda, en los que no se pudo resecar el apéndice por haberse formado un absceso, por lo que solamente se drenó éste. De los 8 casos de apendicitis aguda, 4 fueron en el sexo masculino, y 4, en el femenino, no habiendo predominio de sexo, como se reporta en otras series. Ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino en las apendicitis crónicas. Dos casos de apendicitis aguda se presentaron en mujeres con embarazo de 20 a 28 semanas, respectivamente. En una se logró extirpar el apéndice, pese a las dificultades que ofrecía el útero gestante; en la otra solamente se drenó por haber ya, formación de absceso. En ninguno de los dos casos se precipitó el parto. De las 13 intervenciones, en 10 se practicó incisión de Jalaguier; en 2, la de McBurney, y en una, la de Roux. El paciente de menor edad tenía 7 años, y el de mayor edad, 37 años.

Las curas de hernias umbilicales se realizaron en 7 pacientes, 6.3%. La mayoría, 5, en pacientes del sexo femenino, y 2 en pacientes del sexo masculino. Una paciente se presentó con una hernia incarcerada. En todas se empleó la misma técnica, incisión semilunar infraumbilical. La paciente de menor edad tenía 3 años, y la de mayor edad, 54 años.

Salpingectomías, 5, 4.5%, se llevaron a cabo por embarazos ectópicos rotos. El diagnóstico fue correcto en los 5 casos, y las intervenciones, inmediatas, excepto en una paciente que se intervino 48 hs. después del diagnóstico, porque se negaba a ser operada. En un caso se ligó la otra trompa. Los post-operatorios fueron normales.

En 3 pacientes (2.70% se realizaron cistostomías, todos del sexo masculino, quienes presentaban retención aguda de orina, y en quienes el cateterismo vesical fue imposible. En un caso se comprobó estrechez uretral, y a quien posteriormente se le practicaron dilataciones uretrales, mejorando bastante. En otro caso, probablemente debido a una hipertrofia prostática, y en el cual no se indicaba la prostatectomía, por ofrecer pobre riesgo quirúrgico (94 años). En el otro caso, la causa probable fue trastorno nervioso en la vejiga, pues el paciente presentaba parálisis facial y atrofia de los miembros superiores. Ya había sido intervenido en dos ocasiones anteriores por la misma razón.

Prostatectomía suprapúbica, 2, (1.80%) se realizaron en pacientes que presentaban hipertrofia prostática. Uno se complicó con fístula vesicocutánea.

En un caso se practicó cura disrupción de la herida operatoria, siendo una paciente a quien 14 días antes se le había practicado una cesárea por abrupcio placentae, y quien padeció vómitos frecuentes postoperatorios; habiéndosele abierto la herida 4 días después de la intervención. Se intervino a los 10 días, pues fue necesario mejorar el estado general, por padecer severa anemia, teniendo un buen postoperatorio.

La única cistolitotomía de la serie, fue llevada a cabo en un paciente a quien 4 años antes se le había extraído un cálculo vesical, que pesó

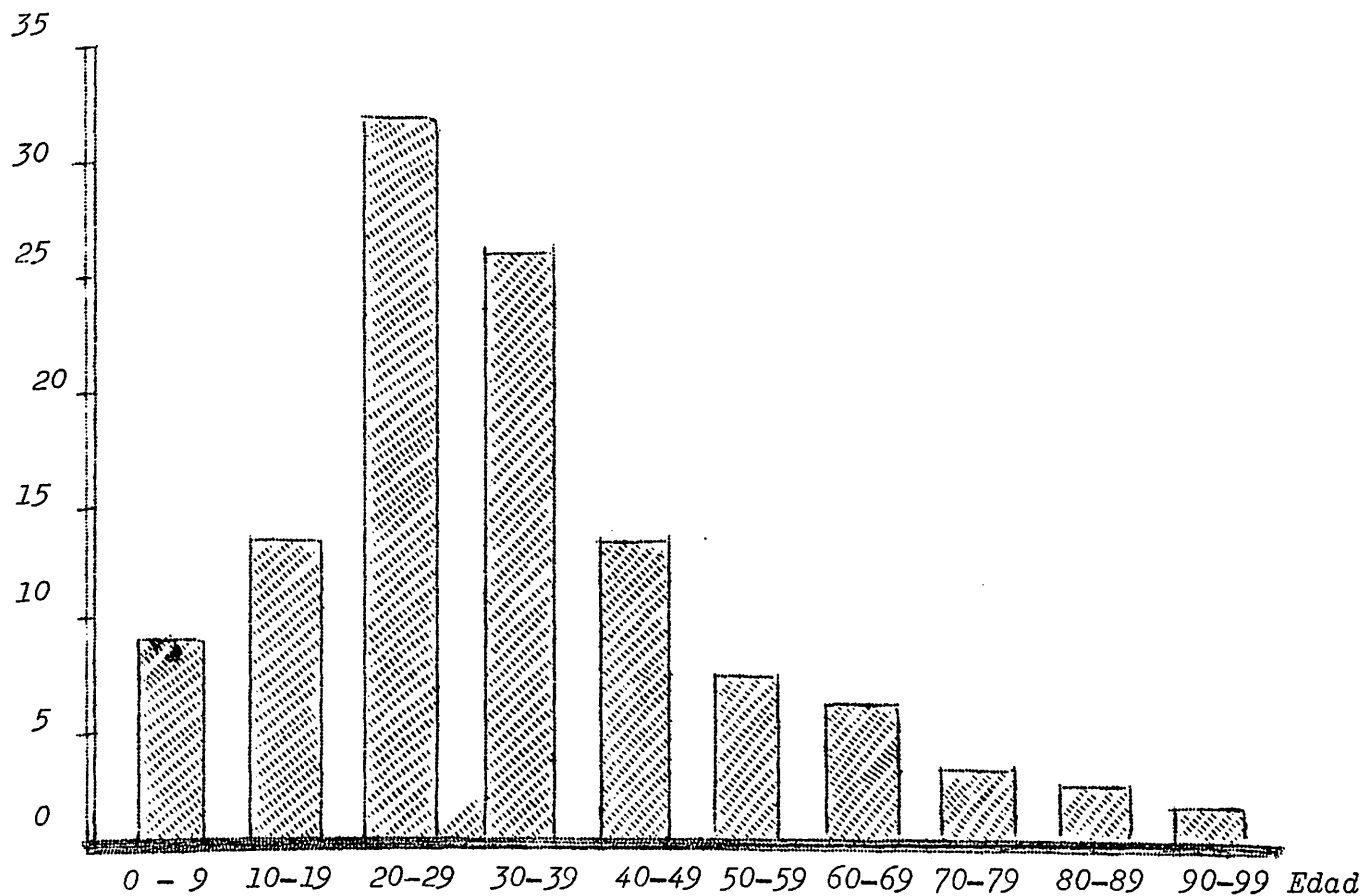
90 gramos. En esta ocasión se le extrajo otro que pesó 200 gramos y que medía 5x 8 cm.- Es de notar la recidiva de calculosis en este paciente. Tuvo micciones normales y un buen postoperatorio.

En la gráfica #2, están representados los grupos etarios. Como se nota, la mayor incidencia de pacientes que fueron sometidos a las intervenciones en este Centro de Salud, estuvo entre las décadas tercera y cuarta, y con igual incidencia, las décadas 2a. y 5a.

El cuadro #1, nos muestra la distribución de las intervenciones según los sexos. Casi no hay predominio de uno sobre otro.

En el cuadro #2, podemos apreciar la clasificación según las intervenciones que hayan sido consideradas como de urgencia o como electivas. Hay ligero predominio de las intervenciones de urgencia.

G R U P O S      E T A R I O S



GRAFICA # 2

DISTRIBUCION DE INTERVENCIONES SEGUN SEXO

Cuadro # 1

		Cura de hernia inguinal	27
		Laparotomía exploradora	14
	GENERAL	Apendicectomía	5
MASCULINO		Drenaje absceso apendicular	2
		Cura de hernia umbilical	2
TOTAL= 56			
		Cistostomía	3
	UROLOGIA	Prostatectomía suprapúbica	2
		Cistolitotomía	1
		Laparotomía exploradora	5
		Apendicectomía	5
	GENERAL	Cura de hernia umbilical	5
		Cura de hernia inguinal	1
		Drenaje absceso apendicular	1
FEMENINO,		Cura de disrupción de herida operatoria	1
TOTAL= 55			
		Cesárea clásica	17
	GINECOLOGIA	Esterilización	11
		Salpingectomía	5
		Cesárea-Esterilización	4

DISTRIBUCION DE LAS INTERVENCIONES CATALOGADAS  
COMO ELECTIVAS O DE URGENCIA

Cuadro #2

		Cesárea	21
		Laparotomía exploradora	19
		Salpingectomía (por embarazo ectópico)	5
DE URGENCIA		Apendicectomía (por apendicitis aguda)	5
		Drenaje de Absceso apendicular	3
TOTAL= 59		Cistostomía	3
		Cura hernia inguinal estrangulada	1
		Cura hernia umbilical incarcerada	1
		Cistolitotomía	1
		Cura de hernia inguinal	27
		Esterilización	11
ELECTIVAS		Cura de hernia umbilical	6
		Apendicectomía (por apendicitis crónica)	5
TOTAL= 52		Prostatectomía suprapúbica	2
		Cura de disrupción por herida operatoria	1

En el cuadro #3, se presenta el número de anestésias dadas durante las intervenciones quirúrgicas. Así tenemos que 97 fueron llevadas a cabo con éter abierto, 11 de las cuales fueron inducidas con surital sódico. En ninguna de ellas se presentó accidente anestésico, lo que hace recomendar este método, sobre todo en los niños. Las raquianalgesias únicamente fueron 12, y esto debido a que al principio no contamos con el anestésico adecuado (Pontocaïne) sino hasta hace muy poco tiempo. Con anestesia local se realizaron dos intervenciones, en un paciente por ser pobre riesgo quirúrgico (edad avanzada, cirrosis hepática) y en otro por presentar defectos nerviosos (Parálisis facial).

CUADRO #3

A N E S T E S I A S

Eter abierto	97
Raquianalgesias	12
Local	2
Inducción con surital sódico	11

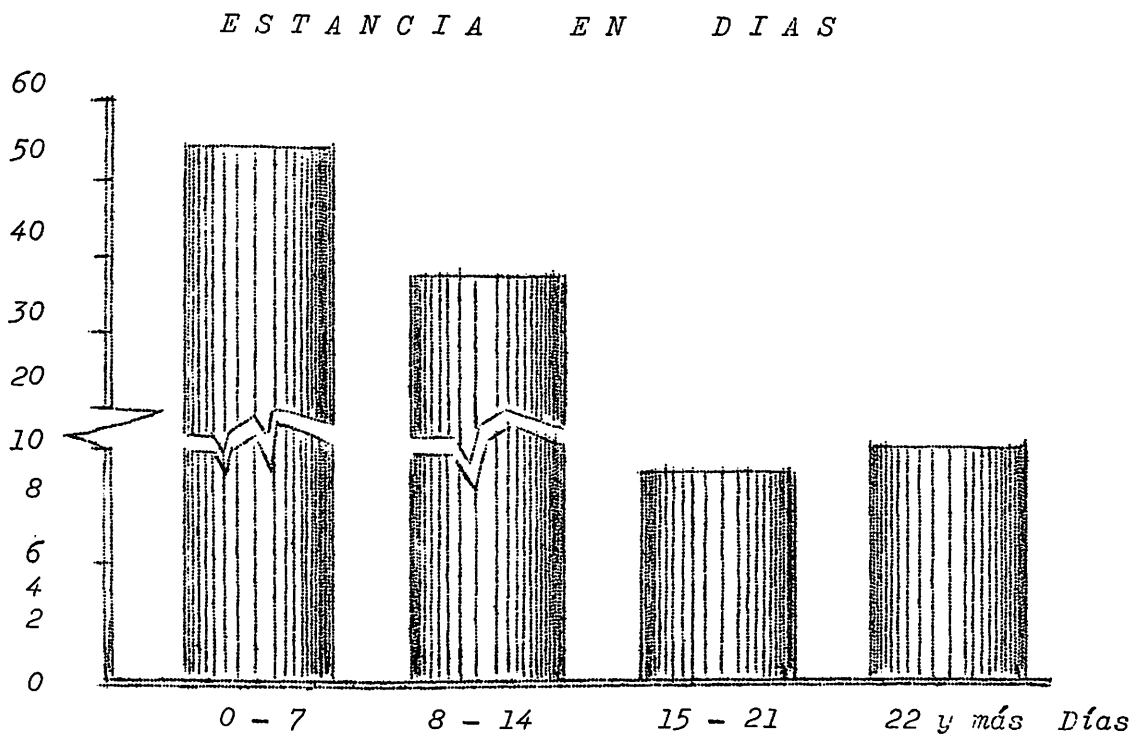
El cuadro #4 nos muestra la evolución de las heridas operatorias, según hayan sido tratadas con antibióticos o no. Así tenemos que de las que recibieron antibióticos, no infectadas fueron 70, mientras que infectadas fueron 8. Esto es explicable, pues como se consideraban potencialmente infectadas, recibieron antibióticos. Entre ellas están: apendicitis aguda, heridas penetrantes del abdomen, etc.- Entre las que no reci-

Cuadro #4

EVOLUCION DE LA HERIDA OPERATORIA

Con antibióticos	No infectadas	70
	Infectadas	8
Sin antibióticos	No infectadas	32
	Infectadas	1

bieron antibióticos, (donde no se especifica es que sí recibieron) no infectadas fueron 32, y únicamente se infectó una. Las que no se infectaron fueron en su mayoría, intervenciones electivas, hernias, esterilizaciones, etc., lo que viene a confirmar que una buena asepsia del cirujano y del campo operatorio, son suficientes para evitar la infección de las heridas, sin necesidad de usar antibióticos, siempre que se considere que no hay infección en potencia. La herida que se infectó fue la de una cesárea.



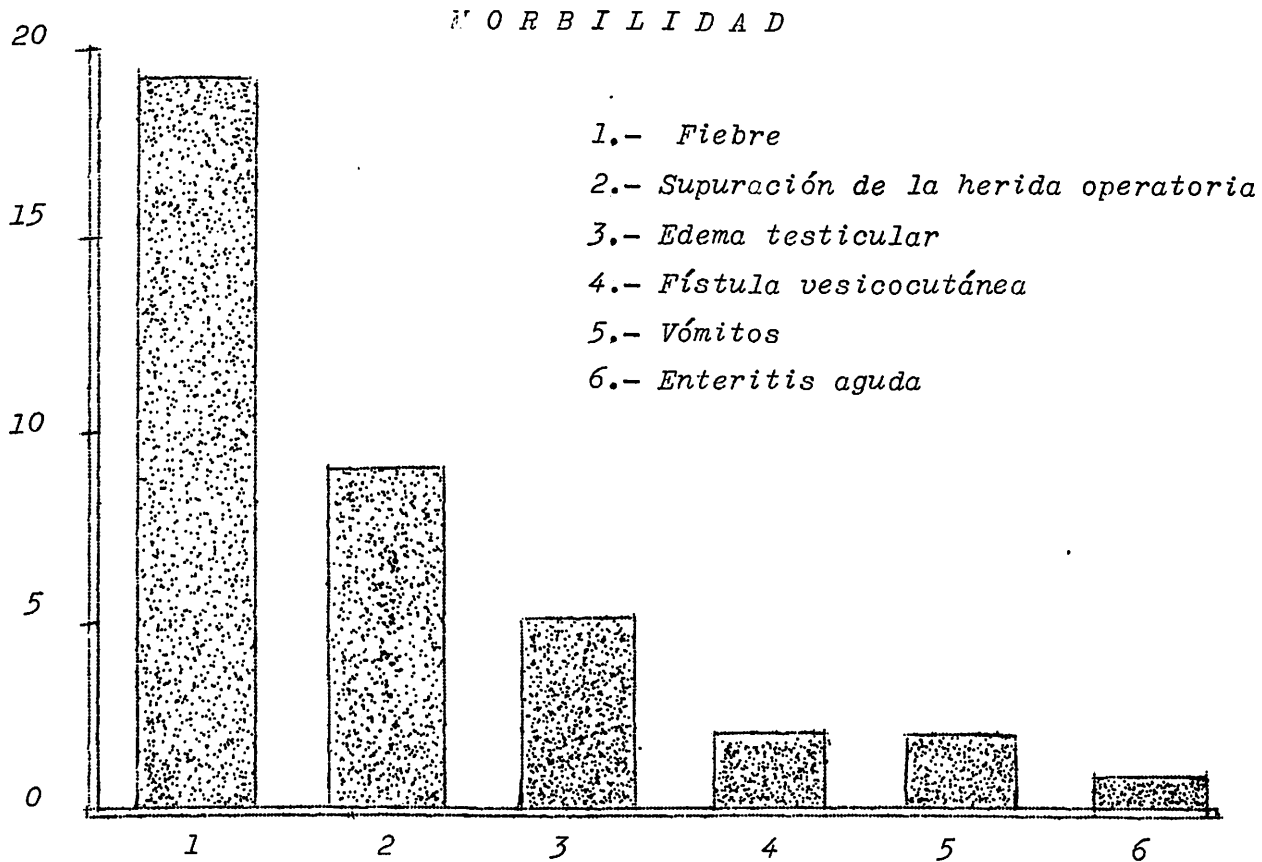
GRAFICA # 3

La gráfica #3 nos muestra la estancia en el hospital, en días, después de la intervención quirúrgica. La mayor frecuencia fue de 0-7 días, que es la estancia normal después de una intervención en condiciones óp-



timas. Sigue el grupo de 8-14, que se ve aumentado debido a que pacientes que pudieron haber dejado el hospital a los 7 días o antes, no lo hicieron así por vivir muy lejos en los cantones (mujeres sobre todo) y quienes tenían que esperar a los familiares el día de visita, alargando la estancia en 2 ó 3 días.

En este grupo están también los que tuvieron complicaciones como fiebre, edema testicular, y en los dos grupos restantes, los de las complicaciones como supuración de la herida operatoria, fístulas, etc.-



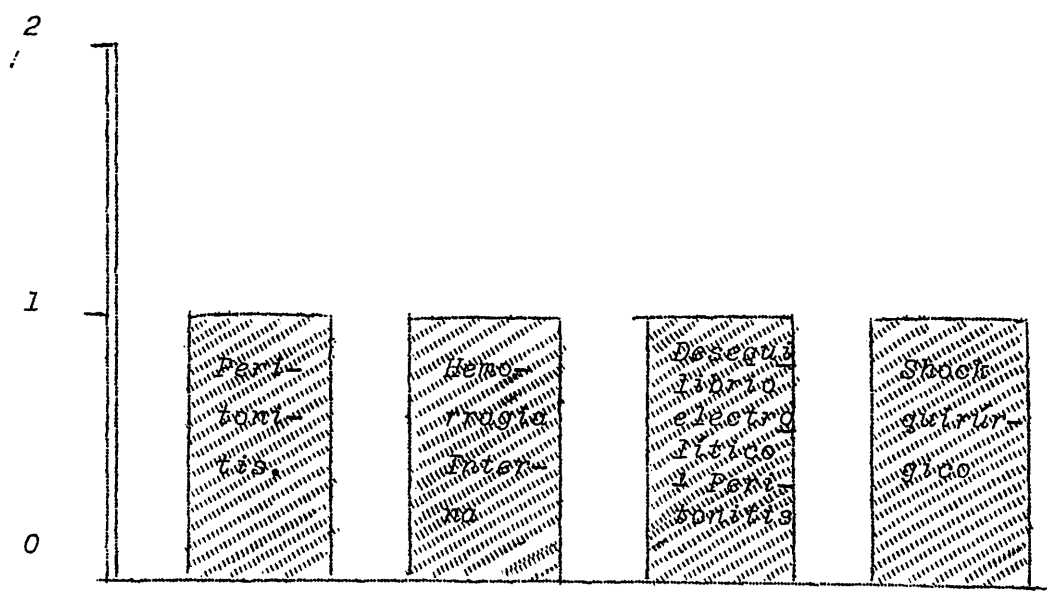
GRAFICA # 4

La gráfica #4 nos muestra la morbilidad. En primer lugar fiebre, en 19 casos. Se ha tomado los casos en los que la fiebre de 38°C ó más, duró más de 2 días período que se ha considerado como una reacción normal del

o cuerpo humano al trauma quirúrgico. La infección y supuración de las heridas operatorias, se presentaron en 9 casos, en intervenciones por apendicitis aguda, laparotomías exploradoras, etc.— El edema testicular, 5 casos; se presentó después de las curas de hernia inguinales. Se presentaron dos casos de fistulas vesicocutáneas, una después de una cistostomía, y la otra después de una prostatectomía. Una cerró completamente, y la otra estaba por cerrar, al momento del alta. Vómitos hubo en dos casos, dando lugar, en uno a disrupción de la herida operatoria, y en otro a desequilibrio hidroelectrolítico. Enteritis aguda, se presentó en un caso.

En la gráfica #5 podemos apreciar las muertes quirúrgicas habidas en la serie. En un caso la muerte se debió a peritonitis fulminante, en un paciente que fue herido con arma de fuego, y quien se presentó al Centro casi 48 horas después. Presentaba heridas intestinales que habían

M O R T A L I D A D

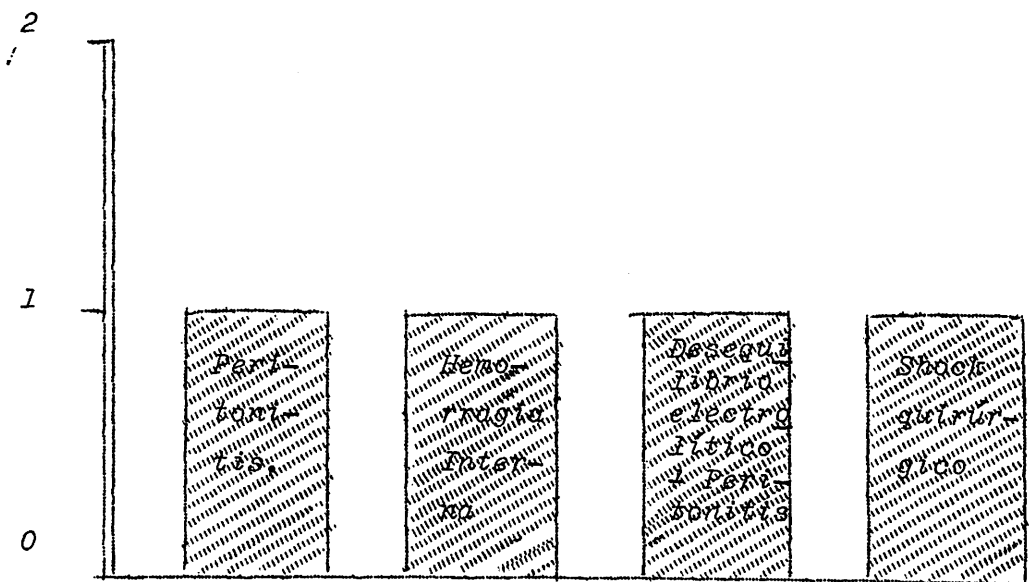


GRAFICA # 5

cuerpo humano al trauma quirúrgico. La infección y supuración de las heridas operatorias, se presentaron en 9 casos, en intervenciones por apendicitis aguda, laparotomías exploradoras, etc.- El edema testicular, 5 casos; se presentó después de las curas de hernia inguinales. Se presentaron dos casos de fístulas vesicocutáneas, una después de una cistostomía, y la otra después de una prostatectomía. Una cerró completamente, y la otra estaba por cerrar, al momento del alta. Vómitos hubo en dos casos, dando lugar, en uno a disrupción de la herida operatoria, y en otro a desequilibrio hidroelectrolítico. Enteritis aguda, se presentó en un caso.

En la gráfica #5 podemos apreciar las muertes quirúrgicas habidas en la serie. En un caso la muerte se debió a peritonitis fulminante, en un paciente que fue herido con arma de fuego, y quien se presentó al Centro casi 48 horas después. Presentaba heridas intestinales que habían

M O R T A L I D A D



GRAFICA # 5

dado salida a heces. Falleció 12 horas después de la intervención. En el segundo caso, hemorragia interna. El paciente recibió herida de bala en el hígado, difícil de suturar. Durante el postoperatorio estuvo drenando sangre, y después bilis. Es probable que la hemorragia interna haya sido mayor. Falleció 36 horas después de intervenido. El tercer caso debido a íleo paralítico. El paciente tuvo muchos vómitos que mejoraban con la succión, pero al retirarla, volvían. Nunca se escuchó peristaltismo. Presentó marcado desequilibrio hidroelectrolítico, a pesar de la alimentación parenteral. Por carecer de laboratorio, no se pudo hacer determinación de electrólitos. Falleció a los 9 días de la intervención. En el cuarto caso, el paciente durante el acto operatorio, tuvo varias hipotensiones, falleciendo cuando se suturaba la piel. Esto nos da una mortalidad total de 3.60%. Si se toma en cuenta únicamente la mortalidad en las intervenciones de urgencia, se eleva a 6.77%, que es inferior aún, a las reportadas por otras series y en Centros mejor dotados.

dato salida a heces. Falleció 12 horas después de la intervención. En el segundo caso, hemorragia interna. El paciente recibió herida de bala en el hígado, difícil de suturar. Durante el postoperatorio estuvo drenando sangre, y después bilis. Es probable que la hemorragia interna haya sido mayor. Falleció 36 horas después de intervenido. El tercer caso debido a íleo paralítico. El paciente tuvo muchos vómitos que mejoraban con la succión, pero al retirarla, volvían. Nunca se escuchó peristaltismo. Presentó marcado desequilibrio hidroelectrolítico, a pesar de la alimentación parenteral. Por carecer de laboratorio, no se pudo hacer determinación de electrólitos. Falleció a los 9 días de la intervención. En el cuarto caso, el paciente durante el acto operatorio, tuvo varias hipotensiones, falleciendo cuando se suturaba la piel. Esto nos da una mortalidad total de 3.60%. Si se toma en cuenta únicamente la mortalidad en las intervenciones de urgencia, se eleva a 6.77%, que es inferior aún, a las reportadas por otras series y en Centros mejor dotados.