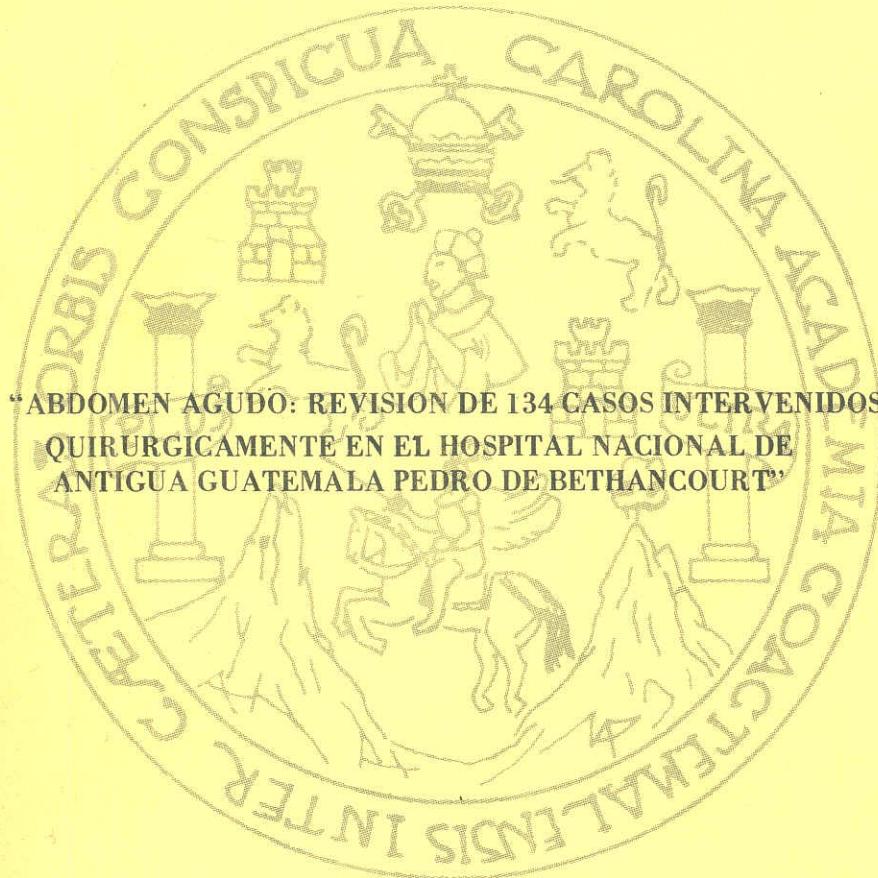


13  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CARLOS RAFAEL GARCIA SOTO

Guatemala, Noviembre de 1973

## PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) ANTECEDENTES
- III) OBJETIVOS
- IV) MATERIAL Y METODOS
- V) RESULTADOS
- VI) CONCLUSIONES
- VII) BIBLIOGRAFIA

## I.) INTRODUCCION

### HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tengo el honor de presentar a vuestra consideración mi trabajo de Tesis, previo a optar al título de Médico y Cirujano titulado:

### **“ABDOMEN AGUDO, REVISION DE 134 CASOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA, PEDRO DE BETHANCOURT”**

El objetivo principal de este trabajo es de señalar las limitaciones de nuestros Hospitales Regionales con que se desenvuelven los médicos que colaboran en ellos ya que es un gran porcentaje de pacientes que no se les puede practicar los más elementales exámenes complementarios de Laboratorio, Rx. etc., por carecer de material y personal entrenado.

Quiero agradecer públicamente la expontánea colaboración del Dr. ARTURO CARRANZA HERNANDEZ, Asesor de ésta Tesis y al Dr. CARLOS FRANCISCO CONTRERAS PACHECO, Revisor de la misma, por la colaboración prestada para la elaboración de éste trabajo.

Y vosotros, Miembros del Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi consideración y respeto.

HE DICHO.

## II.) ANTECEDENTES

Hemos revisado la bibliografía, relacionada con el tema y señalamos que la Literatura Nacional es escasa; ya que ciertas publicaciones presentan uno u otro caso, sin llegar a formar una conciencia sólida que describa la realidad médico-quirúrgica hospitalaria del interior de nuestro país.

Indiscutiblemente en el plano general el tema se presta a consultar bibliografía numerosa y extensa, pero la finalidad de este trabajo como ya se dijo anteriormente es dar a conocer el medio como se desenvuelve el médico en un hospital regional y al respecto poco se puede encontrar, seleccionando cinco publicaciones guatemaltecas, cuatro de ellas son trabajos de tesis de egresados de nuestra Facultad y una revista publicada por el IGSS No. 8, las cuales fueron la base para la Orientación del presente estudio y que serán reforzados o complementados por el nuestro.

La atención hospitalaria médico-quirúrgica de Guatemala se remonta a los días de la Colonia cuando se iniciaron con las Casas de Caridad y la Asistencia Conventual de la época Colonial.

Debido a la emigración constante a los centros urbanos grandes en la evolución progresista de los pueblos, se margina los centros del interior, los cuales hasta en la época actual han contado con el apoyo estatal para mejorar sus equipos y sus medios de asistencia. Esta ha sido siempre impulsada en la mayor parte de los seres por médicos quijotes y vecinos de las comunidades que han conjugado su humanismo y su deseo de superación para que el progreso de todos los órdenes llegue a todos los medios.

El Hospital Nacional de Antigua Pedro de Bethancourt es uno de los hospitales más antiguos de Guatemala, que al traslado de la ciudad en 1773 por destrucción que sufriera por efectos telúricos la ciudad capital, decíamos pues que el Hospital de Antigua pasó a convertirse en un Hospital Departamental ya que

con la emigración del estado administrativo, emigró también su incipiente vagaje técnico y elemental. A partir de esa fecha participa de todas las penurias que adolecen todos los centros asistenciales del interior de la república.

La Literatura Nacional, como dijimos anteriormente es escasa y en lo que respecta a patología médico-quirúrgica hemos consultado las obras clásicas que nos han orientado en los aspectos eminentemente científicos.

### III.) OBJETIVOS

El tema en sí fue escogido para tener una idea en la forma como se desenvuelve el médico en un Hospital Regional, en donde se nota claramente el déficit de los recursos físicos, técnicos y humanos que nos guían a un buen diagnóstico médico-quirúrgico, complementos que solo se pueden ver en nuestros hospitales de la capital y que el médico joven lleva en su mente como escudo de protección para favorecer al paciente quirúrgico, no tomando en cuenta que al llegar a ese medio tiene que desarrollar y agotar su agudeza clínica para tomar la desición máxima: INTERVENCION QUIRURGICA.

Con el tiempo se llega a la difícil tarea de alcanzar una madurez profesional que complementa la formación quirúrgica obtenida en esos centros hospitalarios que si son capaces hasta de mejorar esa triada de recursos físicos, técnicos y humanos. Por lo tanto ésta experiencia es UNICA, pues el medio difícil en que se desenvuelve el médico obliga a despertar al máximo la capacidad de improvisación y utilizar los recursos disponibles para afinar el CRITERIO QUIRURGICO.

Además dadas las condiciones socio-económicas de las comunidades a las que pertenecen los pacientes, en un porcentaje alto hay que convencer (si no suplicar) a los mismos, para que acepten un tratamiento quirúrgico en éstas latitudes ya que hablar de traslados a centros hospitalarios especializados es recibir un NO categórico. Esto, en tiempo retrasa el procedimiento y por ende, dadas las condiciones, aumenta la morbilidad si no la mortalidad.

Ha sido objeto por consiguiente con el presente trabajo analizar la situación prevaleciente aun en ésta época en algunos hospitales del Interior de la República de Guatemala y mostrar las debilidades del mismo y analizar esa situación para que se tomen medidas de acuerdo con las normas modernas de asistencia Hospitalaria que redundaran en beneficio del Desarrollo Médico de Guatemala en estrecha colaboración con nuestra casa de estudios.

#### IV.) MATERIAL Y METODO

En la estructuración de la presente tesis, comprende un análisis del total de intervenciones quirúrgicas efectuadas en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt", realizadas en el período comprendido del 1o. de Julio de 1971 al 31 de julio de 1973 siendo el total de 1,371 operaciones y ese total se estudió específicamente ABDOMEN AGUDO, el cual suman 134 casos, o sea el 9.77o/o.

Al revisar las papeletas (fichas clínicas) encontramos diferentes patologías que iniciaron o desencadenaron el cuadro que obligó a los pacientes a consultar el hospital. (4)

Para la realización del presente trabajo se analizó lo siguiente:

1. Diagnóstico Definitivo
2. Edad
3. Sexo
4. Raza
5. Procedencia
6. Período Pre-Operatorio
7. Exámenes de Laboratorio efectuados
8. Operaciones efectuadas
9. Anestesia
10. Mortalidad.

Del primer parámetro o sea el Diagnóstico, hemos hecho la división de ABDOMEN AGUDO de acuerdo con la clasificación más conocida del mismo o sea: Inflamatorio, Obstructivo, Traumático y Perforativo, poniendo el Sub-Orden de acuerdo a lo que encontramos al revisar las fichas clínicas y es como sigue:

#### I. SINDROME DE ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO-INFECCIOSO.

- a) Apendicitis
- b) Embarazo Ectópico
- c) Peritonitis
- d) T.B.C.

#### II. SINDROME DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO.

- a) Hernia Estrangulada
- b) Volvulus
- c) Bridas
- d) Ascaris
- e) Ca. de Colon

#### III. SINDROME DE ABDOMEN AGUDO TRAUMATICO.

- a) Contusión Abdominal
- b) Heridas Penetrantes

#### IV. SINDROME DE ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO.

- a) Perforación Intestinal (típica)
- b) Perforación Vesicular y Empiema (1-5-8).

Y para finalizar hemos analizado y comentado los casos más importantes de cada uno de nuestros grupos arriba enumerados.

### V.) RESULTADOS

#### PRIMERO: DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

De la revisión de las 134 fichas clínicas, 9 entidades patológicas causaron ABDOMEN AGUDO, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente en un lapso de tiempo determinado, analizando más adelante datos importantes de cada uno de los diagnósticos, siendo los siguientes:

I) PATOLOGIA GENERAL		No. DE CASOS	PORCENTAJE
1.	Apendicitis	63	47.00/o
2.	Obstrucción Intestinal:		
a)	Hernia Estrangulada	11	
b)	Volvulus	2	
c)	Bridas	4	
d)	T.B.C.	2	
e)	Ascaris	3	
f)	Ca. de Colon	1	
g)	Invaginación	3	
		26	19.4 "
3.	Perforación Intestinal (típica)	11	8.2 "
4.	Contusión Abdominal	10	7.4 "
5.	Heridas Penetrantes	08	5.9 "
6.	Peritonitis Secundaria	02	1.4 "
7.	Perforación Vesicular y Empiema	02	1.4 "
II) PATOLOGIA GINECOLOGICA:			
8.	Quiste Retorcido del Ovario	08	5.9 "
9.	Embarazo Ectópico	04	2.9 "
	<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>134</b>	<b>100.00/o</b>

#### VER GRAFICA No. 1

#### SEGUNDO: EDAD.

Los cuadros abdominales estudiados, nos mostraron pacientes que oscilaron desde 8 meses y 65 años. Observándose que la mayor parte de los casos correspondieron a la década de los 20 a 30 años, luego en orden decreciente, 1a. 3a. 5a. y 6a. década.

### TERCERO: SEXO.

De las fichas clínicas revisadas sacamos la conclusión que el sexo masculino corresponde a un 55.50% o sean 74 casos y el resto correspondió al sexo femenino o sea el 44.40%. Se hace notar que los casos especialmente de tipo traumático es más frecuente en hombres, por su trabajo o causas predisponentes, tales como el etilismo, que indirectamente nos envía heridas penetrantes (con arma blanca, de fuego, etc.).

Las afecciones ginecológicas ocuparon un porcentaje de 8.95% o sean 12 casos. (VER GRAFICA No. 2).

### CUARTO: RAZA.

En nuestro estudio se presentaron pacientes que correspondían a la Raza Mestiza (Ladina-Indígena). La diferencia fue relativamente poca; el primer grupo fue de 70 pacientes o sean 52.22% y al segundo grupo o sea —indígena— 64 que nos dí el 47.76%. (VER GRAFICA No. 3).

### QUINTO: PROCEDENCIA.

Se hizo énfasis en éste punto para analizar la distancia que tuvo que vencer el paciente para buscar el hospital, tomando en cuenta que éste se encuentra en el municipio de Antigua, correspondiente al departamento de Sacatepéquez, dándole asistencia médica a 16 Municipios de Chimaltenango y a 16 Municipios de Sacatepéquez, pero un porcentaje de los pacientes viven en caseríos, varios de ellos tienen que caminar a pie o a caballo y/o en camillas improvisadas, para llegar a la carretera o esperar la ambulancia o carro particular, perdiéndose así tiempo para su curación ya sea médica o quirúrgica. En la revisión encontramos lo siguiente:

Del Departamento de Chimaltenango, tuvimos un total de 70 pacientes que consultaron por tener sintomatología abdominal aguda, de ellos únicamente 13 fueron de la cabecera departamental y el resto de los lejanos municipios del mismo.

Al Departamento de Sacatepéquez llegaron 63 pacientes con la misma sintomatología, correspondiéndole especialmente a sus municipios un grupo de 31 pacientes y que hacen un 50% del total y el resto a los residentes en la cabecera.

Para completar los 134 casos, se tuvo 1 (uno) paciente de Tapachula, México, quién estaba de paseo, pero cuando consultó al hospital iba en muy malas condiciones y falleció en el post-operatorio.

En resumen, Chimaltenango tuvo el 52% de pacientes con Abdomen Agudo. Sacatepéquez, presentó el 47% (Antigua le correspondió el 23.8%) y Tapachula, México el 1%.

VER GRAFICA No. 4

### SEXTO: PERIODO PRE-OPERATORIO.

En éste parámetro se clasificó de la siguiente manera:

TIEMPO	PACIENTES	PORCENTAJE
De 0 a 6 horas	62	46.28%
De 6 a 12 horas	40	29.83%
De 12 en adelante	32	23.89%

En el primer grupo, fue el tiempo necesario para ingreso y estudio clínico, incluyendo exámenes de laboratorio; teniendo además un Diagnóstico definido y estando sus condiciones generales aceptables para tener un buen riesgo quirúrgico.

En el segundo grupo, se retrazó la conducta quirúrgica o en algunos casos con la intención de mejorar las condiciones del paciente ya que de por sí la mayoría de los mismos tienen asociadas una serie de enfermedades tales como: Desnutrición, discreta o mala en un porcentaje muy alto; anemias de intensidad variable, muy común en la gente de clase baja; además

del Parasitismo Intestinal a veces masivo. Y con el objeto primordial de tratar las complicaciones del cuadro abdominal como: Desequilibrio Hidroelectrolítico, Hemorragias severas, Hipotensión, Shock y otras patologías extra-abdominales (Politraumatizados).

Y el tercer grupo a pacientes que han ingresado con otros diagnósticos a Salas de Medicina, ejemplo Gastroenterocolitis, Cólico Intestinal, etc., y que el ABDOMEN AGUDO lo presentan días después de su ingreso, (Obstrucción o Perforación Intestinal), o que se ha hecho el diagnóstico quirúrgico tardíamente por circunstancias que no es el momento de enumerar.

#### SEPTIMO: EXAMENES DE LABORATORIO EFECTUADOS.

Por la escases de material y de personal entrenado y como ocurre en la mayor parte de Hospitales Regionales, únicamente se hacen exámenes hematológicos rutinarios: Conteo de Glóbulos Rojos y Blancos, Sedimentación, Hemoglobina, Tiempo de Coagulación y Sangría, únicamente, y finalmente Heces y Orina. Los estudios Radiológicos son difíciles de obtener por el Poco Tiempo que tiene asignado el Técnico de Rayos X como se verá a continuación.

El Hospital Nacional de Antigua, Pedro de Bethancourt, es un hospital que adolece las mismas enfermedades de los Hospitales del Interior de la República. En hematología únicamente se efectúan los exámenes arriba indicados. Hasta el momento actual no se ha podido efectuar una Química Sanguínea a los pacientes pre-operatoriamente, siendo su balance Hidroelectrolítico efectuado clínicamente, con muy raras excepciones con asistencia de Laboratorio Clínico Privado por la carencia de medios económicos, tanto del Hospital como de los mismos pacientes. Por consiguiente en lo que a hematología se refiere los pacientes de ABDOMEN AGUDO únicamente cuentan con los exámenes antes apuntados. En la mayoría de los casos intervenidos los médicos se han conformado con la clínica en este aspecto. Radiológicamente únicamente se cuenta con Rayos X

los días hábiles de 8 a 12 A.M. Por consiguiente únicamente tenemos Rayos X 24 horas a la semana o sea 52 días del año y a esos días hay que descontarles los días de Feriado Oficial. Muy excepcionalmente el Técnico de Rayos X vá al hospital de noche o en feriados por un paciente muy especial.

Por consiguiente, en un porcentaje que pasa del 70% el paciente quirúrgico de ABDOMEN AGUDO no tiene Rayos X y su hematología es muy pobre.

#### OCTAVO: OPERACIONES EFECTUADAS.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	TIPO DE OPERACION	No. CASOS
1. Apendicitis	Apendicectomía	63
2. Obstrucción Intestinal.		
a) Ernia Estrangulada	Reducción y Hernioplastía Resección y Anastomosis Intestinal y Hernioplastia	3 8 11
b) Volvulus	Laparatomía Exploradora Destorción	2
c) Bridas	Laparatomía Exploradora a) Liberación de Bridas b) Resección y Anastomosis Intestinal	2 2 4
d) T.B.C.	Laparatomía Exploradora a) Resección y Anastomosis b) Biopsia de Ganglio	1 1 2
e) Ascaris	Laparatomía Exploradora Ileotomía	3
f) Ca. de Cílon	Laparatomía Exploradora Biopsia	1
g) Invaginación	Laparatomía Exploradora a) Reducción b) Resección-Anastomosis	2 1 3
3. Perforación Intestinal	Laparatomía Exploradora Cierre de Perforación	26 11

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	TIPO DE OPERACION	No. CASOS
4. Contusión Abdominal	Laparatomía Exploradora Resección y Anastomosis	4
	Laparatomía Exploradora Nefrectomía Izquierda	1
	Laparatomía Exploradora Cierre de Hea	3
	Laparatomía Exploradora	2
		<u>10</u>
5. Heridas Penetrantes		
a) Arma Blanca	Laparatomía Exploradora Resección y Anastomosis	2
	Laparatomía Exploradora Cierre de Herida	2
b) Arma Fuego	Laparatomía Exploradora Resección y Anastomosis	2
	Laparatomía Exploradora Cierre de herida	1
	Laparatomía Exploradora	1
		<u>8</u>
6. Peritonitis Secundaria	Drenaje Peritoneal	2
7. Perforación Vesicular y Empiema	Colecistectomía	2
8. Quiste Retorcido Ovario	Salingooforectomía D. Salingooforectomía I. Oforectomía	3 2 3
		<u>8</u>
9. Embarazo Ectópico	Salpingectomía Plastia Tubárica	3 1
		<u>4</u>
<b>TOTAL DE OPERACIONES</b>		<b><u>134</u></b>

## NOVENO: ANESTESIA.

Rutinariamente la medicación pre-anestésica a base de Meperidina y Atropina. Propiamente anestesia se usó:

1.- LOCAL (Xilocaina) en 1 caso, dadas las malas condiciones del Paciente.

2.- RAQUIDEA (Xilocaina pesada), la que más se usó, no por ser la mejor, sino por no contar con personal adiestrado en anestesia. Correspondiendo un total de 82 casos.

3.- GENERAL CON ETER-CICLOPROPANO-OXIGENO, encontramos un total de 37 casos.

4.- GENERAL CON THALAMONAL-OXIDO NITROSO-OXIGENO, encontramos un total de 14 casos.

Estas dos últimas anestesias generales fueron bien conducidas y fueron dadas al tercer grupo del cuadro; Período Pre-Operatorio, punto sexto.

VER GRAFICA No. 5

## DECIMO: MORTALIDAD.

Nombre	Edad	Raza	Sexo	Diagnóstico	Causas de Muerte
J.C.O.	1a.6m.	L	M	Obstrucción Intestinal	Mal Estado Gral. D.H.E., Shock
M.L.G.	4a.	L	F	Obstrucción Intestinal por T.B.C. Intestinal	Shock, Mal Estado General.
J.M.Z.	24a.	I	M	Contusión Abdominal Ruptura de Intestino	Shock Séptico
F.M.	16a.	I	M	Perforación Típica	Shock, Mal Estado Gral. D.H.E.
E.L.B.	10a.	I	F	Obstrucción Intestinal por T.B.C.	Mal Estado Gral. Paro Card. I. A.Q.
E.V.deM.	35a.	I	F	Hernia Crural Estrangulada	Shock Séptico, Paro Card. en A.Q. *
F.S.S.	65a.	L	F	Apendicitis y Peritonitis	B.N.M.
M.D.M.C.	18a.	L	F	Politraumatizado, Ruptura Duodeno	Shock, Mal Estado Gral.
R.G.	65a.	L	M	Obstrucción Intestinal por Ca. de Colon ?	Shock, Mal Estado Gral.
H.V.C.B.	8m.	I	M	Obstrucción Intestinal	Mal Estado Gral. y B.N.M.
J.A.C.S.	30a.	L	F	Peritonitis	Mal Estado Gral. y Shock Séptico.
J.A.C.S.	2a.	I	M	Obstrucción Intestinal por adherencias	Mal Estado Gral. y B.N.M.
J.L.T.C.	65a.	L	M	Hernia Inguinal Recidivante Estrangulada	Mal Estado Gral. y D.H.E.
C.M.	28a.	I	M	Gran Invaginación Ileocólica	Mal Estado Gral. y Shock Séptico.

Analizando el cuadro anterior, encontramos que de los 134 casos estudiados de ABDOMEN AGUDO, 14 pacientes fallecieron, dándonos un porcentaje de 10.44o/o.

El Cuadro de Mortalidad se elaboró de la siguiente manera:

- NOMBRE: Poniendo solamente las iniciales del paciente.
  - EDAD: El más pequeño fue de 1a.6m. y el de más edad fue de 65 años.
  - RAZA: De los 14 pacientes, se encontró 7 para la Raza Ladina y 7 para la Indígena.
  - SEXO: Igual al anterior, 7 del sexo femenino y 7 para el masculino.
  - DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Dió el siguiente resultado.
- |                            |                 |                 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Obstrucción Intestinal  | 9 casos         | 6.67o/o         |
| 2. Traumatismo             | 2 casos         | 1.50o/o         |
| 3. Perforación Típica      | 1 casos         | 0.75o/o         |
| 4. Peritonitis Secundaria  | 1 casos         | 0.75o/o         |
| 5. Apendicitis             | 1 casos         | 0.75o/o         |
| <b>TOTAL DE FALLECIDOS</b> | <b>14 casos</b> | <b>10.44o/o</b> |
- CAUSAS DE MUERTE: Predominó el SHOCK que no respondió por LAS MALAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE, y las enfermedades concomitantes.

VER GRAFICA No. 6

Del Cuadro de ABDOMEN AGUDO que describimos anteriormente o sea Inflamatorio, Obstructivo, Traumático y Perforativo, se describirán los casos más importantes que encontramos, poniendo énfasis a la Edad, Raza, Sexo, Diagnóstico de ingreso, Laboratorio, Operación efectuada, Hallazgos Diagnóstico Definitivo. En algunos casos encontramos diagnósticos asociados a otra entidad patológica que simula ABDOMEN AGUDO o que ambos desencadenan dicha sintomatología, los casos son los siguientes:

#### I. S I N D R O M E D E A B D O M E N A G U D O INFLAMATORIO-INFECTIOSO.

##### a) APENDICITIS:

Como se escribió anteriormente, encontramos 63 casos de los 134 pacientes estudiados o sea el 47%. Se seleccionó el siguiente caso por tener una sintomatología muy diferente en comparación a los síntomas y signos encontrados clásicamente en dicha patología.

##### PRIMER CASO:

R.A.T.R. de 11 años, Sexo femenino, Escolar, Ladino; HISTORIA: Vómitos constantes, diarrea líquida, dolor abdominal un día antes y que se exacerba por momentos. SIGNOS VITALES: T.O: 37.3, T.R.: 37.9°C. EXAMEN FISICO: Datos Positivos: Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación, masa peritoneal móvil dolorosa, ruidos intestinales presentes. Dx. OBSTRUCCION INTESTINAL POR ASCARIS. Tratamiento Médico para mejorar su estado, RESULTADOS DE HEMATOLOGIA: G.B: 6.200, Ht. 37%, Hb. 12.5 mg. E.S. 2mm x 1 hora, a las 14 horas de ingreso se efectuó Laparatomía Exploradora, se encontró: Apendicitis Aguda y Ascaris, se efectuó apendicectomía e Ileostomía. POST-OPERATORIO: satisfactorio. DIAGNOSTICO DEFINITIVO: APENDICITIS AGUDA Y OBSTRUCCION INTESTINAL POR ASCARIS.

##### b) PERITONITIS SECUNDARIA:

##### SEGUNDO CASO.

Paciente extranjera, (Tapachula, México), de paso en esta ciudad y que consultó este hospital con una historia muy diferente y que no tiene ninguna relación con lo que se encontró en el Acto Quirúrgico y es el siguiente: M.R.A. de 30 años, de sexo femenino, ladina y originaria de Tapachula, México. HISTORIA: Refiere paciente que ese día por la mañana se tomó dos huevos con jugo y posteriormente empezó con náuseas, vómitos en número de cuatro, amarillentos y decaimiento general. SIGNOS VITALES: T.O. 36.8°C, P/A. 100/60. EXAMEN FISICO: Pálida, agudamente enferma. Cardiopulmonar normal. Abdomen: Dolor moderado en todo el abdomen, con ligera defensa. Dx. de ingreso INTOXICACION ALIMENTICIA, b) D.H.E. c) Proceso Anexial ?, ?, TRATAMIENTO MEDICO. Soluciones IV. antieméticos. Evaluada por Jefe de Sala, Dx. Absceso Pélvico, se agregan antibióticos, hipertensores, oxígeno; resultado de hematología: G.B.: 15.500, Ht. 21%, Hb. 7 grs. V.S. 80 mm x 1 hora. a las 27 horas de ingreso se le efectuó drenaje por Peritonitis Generalizada, único caso en la que se administró Anestesia Local para efectuar el Drenaje. Falleció a las 3 hrs. de Post-Operatorio. Dx. Definitivo: PERITONITIS, SHOCK SEPTICO POR PROCESO ANEXIAL.

##### TERCER CASO

A.X. de 45 años, sexo masculino, indígena. HISTORIA: Paciente se queja de padecer de dolor abdominal más localizado en hemi-abdomen inferior, no puede obrar, náuseas y vómitos. SIGNOS VITALES: T.O. 38°C, P/A. 100/60. EXAMEN FISICO: Palidez, deshidratado, Cardiopulmonar normal, Abdomen: Distensión moderada, dolor abdominal, defensa muscular, irritación peritoneal. Dx. de ingreso: OBSTRUCCION INTESTINAL. Tratamiento médico para mejorar estado y dos horas después se efectuó Laparatomía Exploradora, hallazgos: exudado sanguinolento en gran cantidad, edema retroperitoneal, se le hace solamente drenaje de la cavidad. Evolución

satisfactoria, egresa a los 8 días. Dx. Definitivo: PERITONITIS SECUNDARIA, VOLVULUS ?

e) T.B.C.

En este sub-grupo encontramos dos casos, en los cuales nos llama la atención que fueron ambos del sexo femenino, comprendidos en la 1a. década de edad, con una historia relativamente corta del aparecimiento de los síntomas, de 3 días de evolución y ambas fallecen, la más pequeña al 7o. días post-operatorio y la mayor en el Acto Quirúrgico, describiéndose a continuación cada caso.

CUARTO CASO:

M.L.G. de 4 años de edad, sexo femenino, ladina, originaria de Antigua. HISTORIA: Madre indica que la niña tiene 3 días de estar con dolor abdominal, fiebre moderada y no ha evacuado. EXAMEN FISICO. Datos positivos: deshidratada, abdomen: Distendido, doloroso, ruidos intestinales aumentados, defensa moderada. Dx. de ingreso: SEUDO-OBSTRUCCION INTESTINAL? Tratamiento médico para mejorar su estado, placa simple de abdomen a las 48 hrs. resultados de hematología: G.B. 3.380, Hb. 13 grs. suponemos que encontraron niveles líquidos en Rayos X., que fueron factores determinantes para la Laparatomía Exploradora, hallazgos: Proceso Obstructivo a nivel de Ileo, masas ganglionares y engrosamiento de todo el ileo, se efectuó biopsia de intestino y de ganglio. Post-operatorio complicado; fiebre de 38oC, edema facial, hemorragia rectal, expulsión de 3 áscaris por vía oral, y fallece al 7o. día post-operatorio. Dx. Definitivo: OBSTRUCCION INTESTINAL POR TBC. MESENTERICA.

QUINTO CASO:

E.L.B. de 10 años de edad, sexo femenino, indígena, escolar, originario de San Martín Jilotepeque. HISTORIA: Hace 3 días principió con fiebre alta no controlada, dolor abdominal,

constipación y distención abdominal. SIGNOS VITALES: T.O. 38oC, Pulso: 120 x minuto, P/A. 90/60. EXAMEN FISICO: Datos positivos; Abdomen: Distendido, doloroso, ruidos intestinales aumentados. Dx. ingreso: OBSTRUCCION INTESTINAL, PERFORACION TIFICA ???, Tratamiento médico para mejorar estado, Resultados de Hematología: G.B. 10.700, Hb. 10.5 g., Ht. 29o/o, V.S. 2 mm x 1 hora. A las 3 horas de ingreso se hace Laparatomía Exploradora, hallazgos: Obstrucción por TBC. hay proceso granulomatoso crónico, se efectuaron 2 resecciones de Intestino Delgado de No. 30cc. cada uno y anastomosis de los mismos, presentó Paro Cardiorespiratorio, fallece en el Acto Quirúrgico. Dx. Definitivo: OBSTRUCCION INTESTINAL POR TBC. PERITONEAL.

II) SINDROME DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO.

Ca. DE COLON. Unico caso encontrado y es el siguiente:

SEXTO CASO:

A.R.S. de 42 años, masculino, indígena, originario de Patzún. HISTORIA: Dolor abdominal agudo de 2 días de evolución, con fiebre, diarrea y anorexia. ANTECEDENTES: Ictericia de 1 mes de evolución hospitalizado hace 8 años por el mismo cuadro. SIGNOS VITALES: T.O. 37oC. Pulso 80 x minuto. P/A 140/100. EXAMEN FISICO: Datos positivos. Abdomen: Tenso, plano, doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos intestinales ausentes, masa en epigastrio, timpánico, no organomegalia. Dx. de ingreso: ABDOMEN AGUDO, b) Pancreatitis, c) Obstrucción Intestinal? d) Hernia Epigástrica ?, Tratamiento médico para mejorar estado, placa simple de abdomen a las 24 hrs. suponemos que encontraron niveles líquidos porque ordenan Laparatomía Exploradora. Hallazgos: se encontró bastante líquido ???, epiplón congestionado, edematizado y masa que abarca, desde borde hepático hasta angulo esplénico, siguiendo trayecto de Cíolon transverso, se tomó biopsia. Fallece en Acto Quirúrgico. Dx. Definitivo: OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIA A CA DE COLON.

### III) ABDOMEN AGUDO TRAUMATICO.

CONTUSION ABDOMINAL. Hubo varios casos pero solo tomamos uno por el hallazgo en el Acto Quirúrgico, y es el siguiente:

#### SEPTIMO CASO:

F.R.B.T. de 8 años de edad, sexo masculino, indígena y originario de Patzicia, Chimaltenango. HISTORIA: Refiere paciente que se cayó de un árbol, se queja de mucho dolor abdominal, vómitos, no hubo pérdida del conocimiento. SIGNOS VITALES: T.O. 37°C, P/A, 90/70. EXAMEN FISICO: Datos Positivos, Palides, Abdomen: Dolor abdominal especialmente lado izquierdo, defensa e irritación peritoneal. Dx. de Ingreso: CONTUSION ABDOMINAL. b) RUPTURA INTESTINAL. Resultados, Ht. 250/o. Presentó hematuria. Se efectuó Laparatomía Exploradora, Hallazgos: Ruptura Renal Izquierda, con desprendimiento casi total del lóbulo inferior izquierdo, hematoma retroperitoneal gigante, por lo que se efectuó otra incisión sub-costal oblicua posterior izquierda y se practicó Nefrectomía Izquierda, en el Acto Quirúrgico presentó hipotensión, (o/o por 20 min.). El post-operatorio satisfactorio y egresa al 28 días, hubo infección de la herida.

### IV) SINDROME DE ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO.

PERFORACION VESICULAR Y EMPIEMA. Solamente se encontró dos casos y el que se describe es el más importante.

#### OCTAVO CASO:

J.de.D.H. de 57 años de edad, sexo masculino, ladino. HISTORIA: Dolor abdominal localizado en flanco derecho de varios días de evolución, fiebre elevada. SIGNOS VITALES: T.O. 36.3°C. P/A. 90/60. EXAMEN FISICO: Datos Positivo, Hemiabdomen derecho tenso, murphy +++ dolor en hipocondrio derecho, más exquisito en fosa ilíaca, derecha, defensa e irritación peritoneal, McBurney ++ Dx. de Ingreso: APENDICITIS

AGUDA CON PLASTRON. EMPIEMA ?? COLECISTITIS ??, Tratamiento médico para mejorar su estado, Resultado de Hematología: G.B. 11.500, Hb. 13.5 g. a las 4 horas de ingreso se ordena Laparatomía Exploradora: Hallazgos: cuadro séptico abdominal, debido a Empiema Biliar, la vesícula perforada en el extremo proximal. Presentó Paro Cardiaco en intermedio de la operación, se trató de reaccionar con resultados negativos, fallece. Dx. Definitivo PERFORACION VESICULAR Y EMPIEMA BILIAR, PERITONITIS, PARO CARDIACO.

## VI.) CONCLUSIONES

**Primero:** Se estudiaron 134 casos, intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Antigua, Pedro de Bethancourt, exponiendo someramente los casos más interesantes y analizando otros factores relacionados con los pacientes, tales como: diagnóstico definitivo, edad, sexo, raza, procedencia, período pre-operatorio, exámenes de laboratorio efectuados, operaciones efectuadas, anestesia, y mortalidad.

**Segundo:** Por lo general vemos que todos nuestros pacientes ingresan en pésimas condiciones generales y dado el carácter urgente con que son tratados, la mayor parte de las veces son llevados al acto quirúrgico en las condiciones no óptimas.

**Tercero:** Desde su ingreso al hospital el paciente debería ser visto y manejado en una sala adecuada de observación con todo el equipo para-clínico completo para su mejor preparación y estudio previo a cirugía.

**Cuarto:** En vista de que más del 70o/o van a sala de operaciones únicamente con el diagnóstico clínico, por carencia de laboratorio adecuado para químicas y estudios especiales y otro alto porcentaje sin Rayos X por deficiencias puramente administrativas y económicas, y siendo el Hospital Nacional de Antigua un espejo mejorado de lo que se vive en el interior de la república, las autoridades gubernamentales no deberían recortar presupuestos sino al contrario aumentarlos ya que la población hospitalaria se ha densificado en un 30o/o en los últimos 10 años y los hospitales tienen los mismos presupuestos de hace 20 años.

**Quinto:** A pesar de las condiciones enumeradas, nuestra mortalidad es baja, dentro del porcentaje general de otros trabajos.

**Sexto:** Instar a la Universidad nacional para que en sus programas de extensión contemple oficialmente en todos los hospitales nacionales el entrenamiento de Post-Grado, en todas las ramas universitarias en las que intervienen los conocimientos

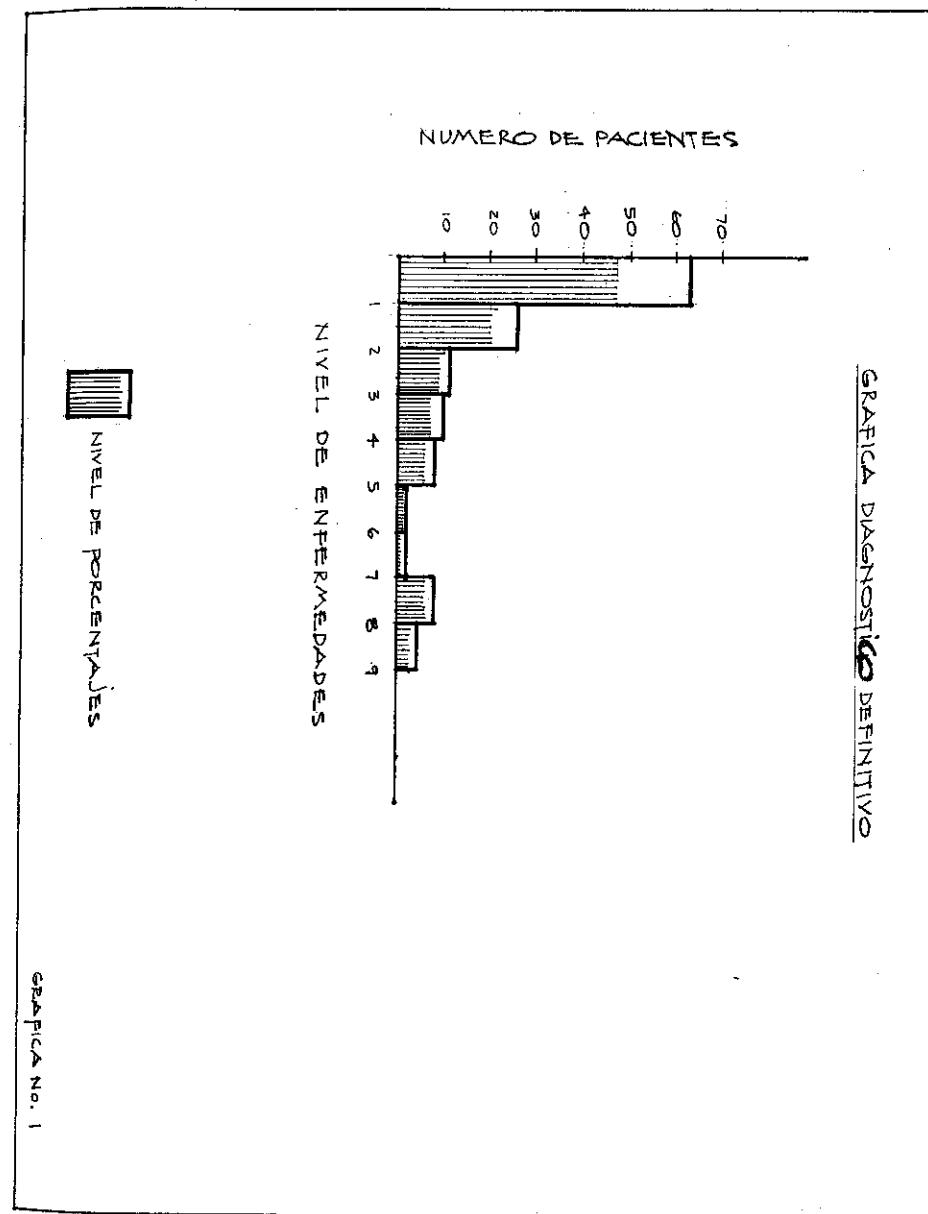
dedicados a la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud. Ya que el equipo humano que proporciona viene a colaborar estrechamente en la solución de los problemas que debilitan la asistencia médica de Guatemala.

**Séptimo:** En un alto porcentaje de anestesias se usó la raquídea a la cual no se debió ninguna complicación. Siendo ésta anestesia todavía un gran recurso en las salas de emergencia de los hospitales nacionales por la escases de personal entrenado en los mismos y teniendo ésta anestesia raquídea el mínimo de personal (el médico que opera) y mínimo de complicaciones.

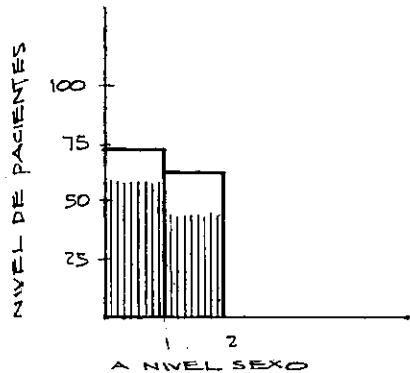
**Octavo:** La tardanza relativa en que se intervinieron quirúrgicamente a algunos pacientes, responden a los resultados satisfactorios, perdiéndose solamente casos cuya patología no hubiese respondido a ninguna clase de recursos terapéuticos.

**Noveno:** Nuestras conclusiones van con fin crítico, de que con el tiempo nuestros hospitales del interior de la república cuenten con equipo humano y material para solucionar los grandes problemas que aquejan a estos pacientes, sin recurrir a solución con los traslados tormentosos y peligrosos por lo lejano, por las condiciones inherentes a los pacientes.

**Décimo:** En la revisión de Operaciones efectuadas nos damos cuenta que solamente se atendieron las causas de ABDOMEN AGUDO, no efectuándose ninguna otra operación que complementara el tratamiento por otros hallazgos quirúrgicos.

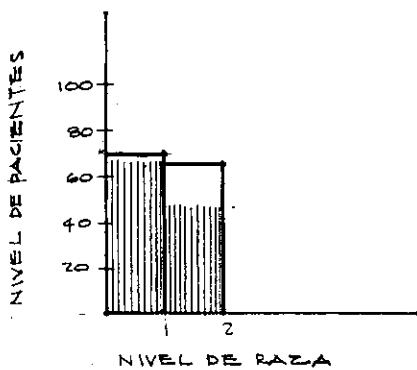


GRAFICA DE SEXO



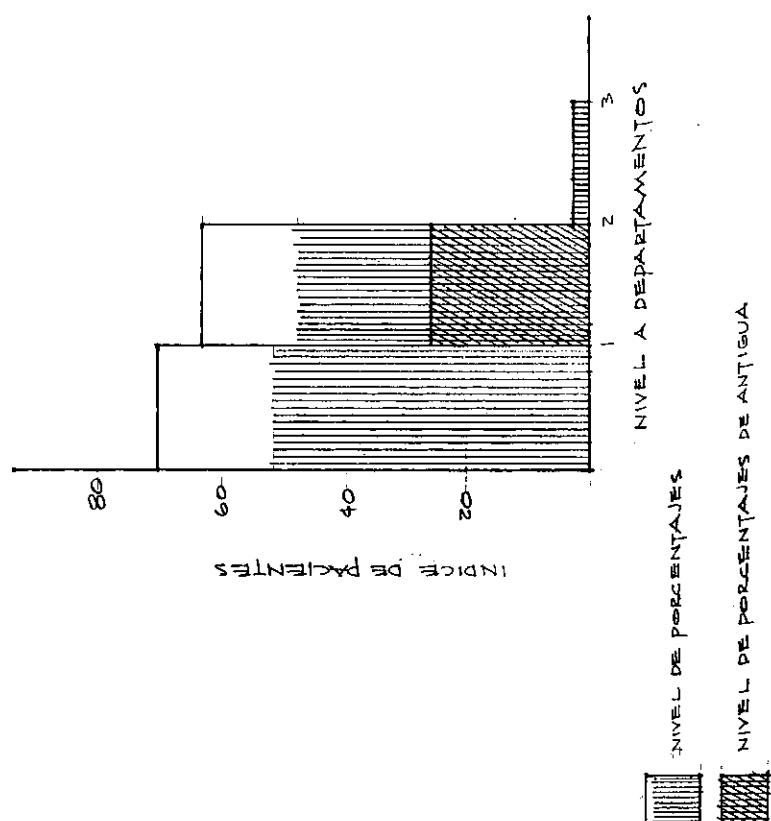
GRAFICA NO. 2

GRAFICA DE RAZA



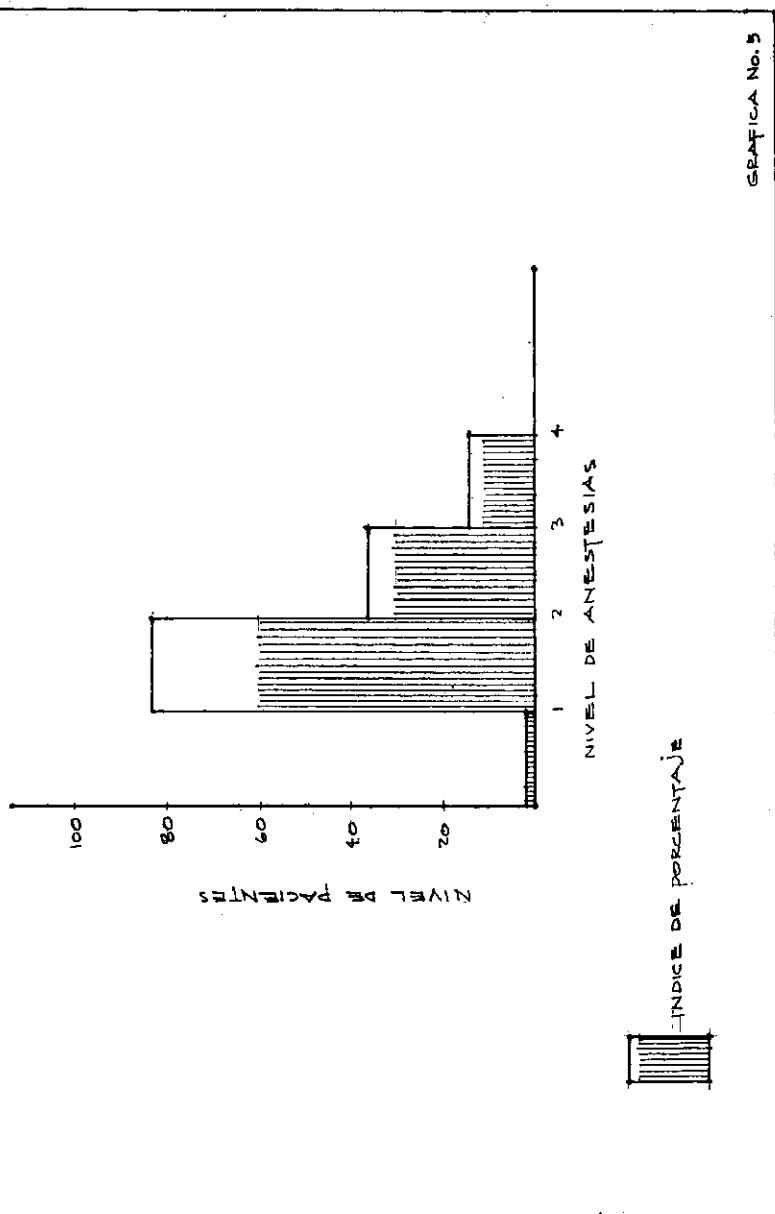
GRAFICA NO. 3

GRAFICA DE PROCEDENCIA

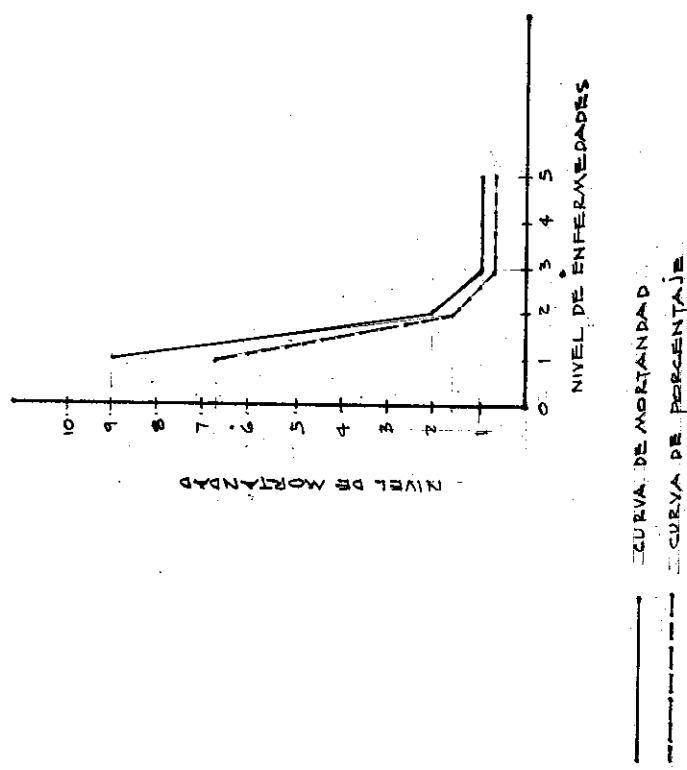


GRAFICA N.º 4

GRAFICA DE ANESTESIA



GRAFICA DE MORTALIDAD



GRAFICA NO. 6

## VII.) BIBLIOGRAFIA

1. Cope, Zacarías. Diagnóstico precoz del abdomen agudo. Barcelona. Manuel Marín, Editor. 1949. pp 1-200.
2. Cruz, José. Abdomen agudo. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1953. 36 p.
3. García Guilloli, Ramiro. Breves consideraciones sobre el sindrome oclusión intestinal. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1954. 78 p.
4. Guatemala, Antigua Guatemala, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt; Archivos de Hospital; 1o. de Julio 1971 al 31 de Julio 1973.
5. Leiva Santos, Manuel Octavio. Abdomen agudo en el niño, patología congénita. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 60 p.
6. Mayo Charles W. Cirugía intestinal, traducido al español por Alberto Folch. México. Editorial Interamericana, 1956. pp. 40-330.
7. Mendoza Gálvez, José de Jesús. Obstrucción intestinal. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1966. 110 p.
8. Pastor Lepe, Amilcar Arnoldo. Abdomen agudo. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1972. 53 p.
9. Paz Carranza, Julio. Apendicitis aguda. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1953. 58 p.

10. Saravia M., Jorge Alberto. Apuntes sobre nuestra experiencia en la práctica de la cirugía en la ciudad de Mazatenango. Boletín Médico. (IGSS). 3 (8): pp. 3-10. Abril 1973.
11. Saravia M., Jorge Alberto. Apuntes sobre nuestra experiencia en la práctica de la cirugía en la ciudad de Mazatenango. Boletín Médico. (IGSS) 3 (9): pp. 2-16. Mayo 1973.
12. Welch, Claude E. Obstrucción intestinal. Traducido al español por Alberto Folch y PI. México, Editorial Interamericana. 1959. pp. 49-349.

Br. Carlos Rafael García Soto.

Dr. Arturo Carranza Hernández  
Asesor

Dr. Carlos F. Contreras Pacheco.  
Revisor

Vo. Bo.

Sra. Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

Dr. Julio De León Méndez.  
Dirrector de Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard R.  
Secretario

Vo.Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.  
Decano.