

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



LAPAROTOMIA EXPLORADORA
(Revisión de 65 casos durante el año
1977 en el Hospital Nacional de Jalapa)

GUSTAVO ADOLFO QUIÑONEZ MALDONADO

Guatemala, C. A.

1978

SUMARIO

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. CONSIDERACIONES GENERALES DEL TEMA
- V. RESULTADOS
- VI. ANALISIS GENERAL
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

1

Ninguna idea es completamente Nueva. Lo que es nuevo es gente que lo adopte y trabaje en ella.

Cushing.

En este trabajo hago la revisión de 65 casos donde se efectuó procedimiento de LAPAROTOMIA EXPLORADORA, durante el año de 1977 en el Hospital Nacional "Nicolasa Cruz" de Jalapa.

La LAPAROTOMIA EXPLORADORA es una técnica quirúrgica indispensable para todo cirujano general, dadas las circunstancias tanto ambientales, como recursos limitados con que se trabaja en un Hospital departamental, el cirujano tiene que actuar con habilidad y destreza para salvaguardar la vida del paciente ya que carece de ayuda diagnóstica para desenvolverse en mejor forma.

Este procedimiento consiste en insición y abertura de la pared abdominal en cualquiera de sus puntos, como primer tiempo de muchas intervenciones quirúrgicas sobre órganos internos, con el objeto de examinarlos y decidir el tratamiento correcto.

En la revisión de casos se hizo caso omiso por el sentido etimológico de la palabra de otro tipo de Laparotomía, como ejemplo Hernio Plastias y Cesáreas, por carecer de importancia según los objetivos tratados en este estudio tratando de dar énfasis a casos en los cuales el motivo de efectuar dicho procedimiento fue por heridas penetrantes de Abdomen, entendiéndose como tal heridas por arma de fuego y arma Blanca, siendo esto el resultado final de la mala estructura social Imperante.

*Según es nuestra Patología
Así es nuestra Terapéutica.*

Osler.

II. OBJETIVOS

El Objetivo del presente trabajo es conocer las causas que motivaron a facultativos a realizar Laparotomía Exploradora, recalcando la importancia del papel que juega El Médico Departamental en estos procedimientos, ya que conociendo tanto los medios materiales, humanos, paramédico, y la ayuda diagnóstica conque se trabaja en estos centros asistenciales el Galeno tendrá que actuar con seguridad y habilidad para tener una mayor probabilidad de éxito en las intervenciones que verifique, ya que son casos de urgencias médicas en buen número de pacientes, y la situación donde se desenvuelve es limitada.

Otro de los objetivos perseguidos, es para tener conciencia de gran cantidad de casos que sufren heridas penetrantes de Abdomen, producto de las condiciones ambientales y estructurales donde vive la comunidad, que aunque no son problema-diagnóstico ponen en apremio al cirujano general, y la vida del paciente. Además se observarán los datos obtenidos de los casos anteriores respecto al total de procedimientos realizados que incluyen: Apendicitis aguda y perforada, abdomen agudo, perforación tífica, exploración ginecológica y de vías biliares.

III. MATERIAL Y METODO

HOSPITAL NACIONAL NICOLASA CRUZ DE JALAPA
ARCHIVO GENERAL DEL HOSPITAL Y RESPECTIVAS
PAPELETAS

OFICINA MEDICO LEGAL DE LA LOCALIDAD

REGISTRO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS
realizadas a partir del primero de Enero de 1977 al 31 de
Diciembre de 1977, prestando especial atención a los casos de
heridas penetrantes de abdomen, traumatismo abdominal,
abdomen agudo, apendicitis aguda y perforada, obstrucción
intestinal, colecistitis.

El método utilizado fue el científico en forma retrospectiva,
analizando cuadros que incluyen sexo, edad, síntomas, signos,
diagnóstico pre-operatorio, hallazgos, diagnóstico post-operatorio,
uso de antibióticos, prescripción de intervención quirúrgica en casos
de urgencia, tipo de anestesia y mortalidad.

Además se revisó bibliografía internacional pero se puso
mayor dedicación a literatura nacional, Tesis de los Doctores:
Antonio López Villa, 1885. Ricardo Novales Gonzáles, 1964.
Hernán Conrado Ortiz, 1976.

Mientras nuestras deficiencias no se superen dentro de los límites de lo razonable, no podremos usar el término para hacer justicia que "Error es de Humanos"

IV.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL TEMA

HISTORIA: En el siglo pasado, antes del advenimiento de la antisepsia, efectuar una Laparotomia Exploradora era catalogada como "un asesinato". En 1842 WALNE practica la abertura de la cavidad Abdominal. PHILIPS en 1846 considera este procedimiento sin problemas y le da su respectivo Auge. SPENCER, WELLS, BIRD, BARKER, BROWN, sugieren efectuar el procedimiento previa Ovariectomia y en 1864 Pean interviene el primer caso con buen resultado, posteriormente Lister, y Le Ford descubren la Antisepsia por lo que se hace el procedimiento con mejores resultados.

Historicamente en Guatemala en 1885 a 1886 efectúan una operación Cesárea sin conocer los resultados, pero hay noticia que el Dr. Fernández Padilla interviene dos pacientes por quiste de Ovario las cuales fallecen al tercero y quinceavo días respectivamente. En la actualidad se efectuan intervenciones del tipo Laparotomías con fin diagnóstico y cuando es posible con fin terapéutico.

En el presente estudio en la mayor parte de casos se utilizó con fin terapéutico.

El cirujano puso de manifiesto el conocimiento básico y específico sobre anatomía, fisiología y técnica quirúrgica para decidir con criterio, según la impresión clínica de la entidad patológica, el momento oportuno de la intervención y el tipo de incisión conveniente.

INCISIONES ABDOMINALES:

Una incisión localizada con acierto, y cerrada de manera satisfactoria es de máxima importancia en toda intervención abdominal.

TIPOS DE INCISION:

1. Verticales
2. Transversas u oblicuas
3. Combinación de verticales y transversas u oblicuas
4. Toracoabdominales.

Cada una de las anteriores incisiones tiene sus ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

1. **VERTICALES:** son las más rápidas en realizar, no hay lesiones de nervios cuando se hacen cerca de la línea media, y el cierre es rápido y seguro pueden alargarse en toda longitud incluso hasta torax. Se dividen en:
 - a. Medianas: son las que atraviesan la pared abdominal por la línea media anterior, encima o debajo del ombligo.
 - b. Paramedianas: se hacen sobre la vaina del recto, en la unión del tercio más interno del recto con los otros 2/3 externos. Esto suele ser a 2 ó 4 cms. de la línea media, se continúa en profundidad hasta la vaina anterior del recto, que se abre en la línea con la piel.
 - c. Incisión Transrecta: difiere de la paramediana únicamente en que el tercio interno del recto, se abre en sentido longitudinal en vez de separarse.
 - d. Incisión Pararrectal: se práctica en la zona lateral del músculo recto abdominal a través de la línea semilunar, o a través de la zona lateral de la vaina anterior y posterior del recto.
2. **TRANSVERSAS U OBLICUAS:**
 1. Transperitoneales: Subcostal de Kocher, Mc Burney,

Phannenstiel

2. Extraperitoneales
3. Retroperitoneales: Lumbares, Fosa Iliaca.

3. **TORACOABDOMINALES:** incisión que proporciona exposición del abdomen superior, área retroperitoneal y vísceras torácicas más bajas.

En resumen los tipos de Laparotomía son los siguientes:

1. LAPAROTOMIA MEDIANA SUPRAUMBILICAL
2. LAPAROTOMIA MEDIANA INFRAUMBILICAL
3. LAPAROTOMIA PARAMEDIANA que puede ser: TRANSRECTAL, PARARRECTAL EXTERNA ó INTERNA
4. LAPAROTOMIA TRANSVERSAL
5. LAPAROTOMIA MEDIOLATERAL INFRAUMBILICAL
6. LAPAROTOMIAS DIVERSAS como por eje.: Pean, Mayo, Kerh, etc.

Los objetivos que se persiguen con la intervención quirúrgica son:

- a. Explorar órganos de la cavidad abdominal
- b. Tratamiento de cualquier lesión existente
- c. Tratamiento definitivo de la lesión siempre y cuando sea posible
- d. Operar con criterio, habilidad y destrezas, para prevenir complicaciones como las siguientes: Infecciones, Fístulas, Complicaciones tardías: flebitis etc.

V. RESULTADOS

APENDICITIS:

La apendicitis representa el mayor número de casos en los cuales se efectuó laparotomía exploradora. De los sesenta y cinco observaciones, veinte fueron por proceso apendicular, o sea el 30.7o/o.

Se presentó más en hombres que en mujeres, aunque en forma muy relativa.

En el cuadro referente a esta afección se han incluido los casos de apendicitis perforada.

La edad más afectada es entre los 16 y 30 años.

SINTOMAS: El principal es dolor en fosa ilíaca derecha, permanente, iniciado en la mayor parte de casos en epigastrio, aunque no en todos. La evolución de los casos revisados no tardó más de tres días. Se acompañó el dolor de náuseas y vómitos, aunque no en todos los casos; el proceso febril no aparece referido en casi todas las observaciones.

SIGNOS: El 45o/o de los casos presentó fiebre. Hay dolor en fosa ilíaca derecha a la palpación superficial y profunda con signo de rebote positivo, defensa muscular, ruidos normales y tacto rectal con dolor en fosa ilíaca derecha. Respecto al diagnóstico fueron utilizados como exámenes siguientes: hematología en énfasis en recuento fórmula y velocidad de sedimentación, examen de orina y prácticamente se hizo caso omiso del estudio radiológico.

El error diagnóstico de los casos intervenidos como apendicitis fue del 10o/o, y de la totalidad de los casos intervenidos como laparotomía fue del 3o/o. En comparación con la revista del colegio de Médicos de Guatemala de septiembre de 1969, sobre errores diagnósticos en Abdomen Agudo, la apendicitis constituyó

1. Heridas no penetrantes (lesiones sólo de pared)
2. Heridas penetrantes, que pueden ser:

- a. Simples
- b. Con lesión visceral
- c. Con lesión vascular

ETIOLOGIA:

El traumatismo abdominal, representa el segundo lugar de incidencia del número de casos de Laparotomía Exploradora realizados. De las 65 observaciones: 17 fueron por traumatismo abdominal, o sea el 26o/o. Se catalogaron a las heridas penetrantes de abdomen en este rubro, las heridas por Arma de Fuego constituyeron 10 casos o sea el 15.38o/o del total de casos revisados, y las heridas por Arma Blanca, 4 casos, o sea el 6.1o/o, y los otros 3 casos fueron producidos por otra clase de traumatismo abdominal, o sea el 4.6o/o de los casos revisados.

Sin embargo, al hacer comparaciones con otras instituciones del país como por ejemplo, en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt en una revisión de casos durante los años de 1970 al 75 efectuado por el Dr. Hernan Conrado Ortiz donde refiere que del total de Laparotomías efectuadas 4557, únicamente el 3.9o/o corresponde a heridas penetrantes de abdomen, en cambio en nuestra investigación este dato asciende al 21o/o.

Al analizar los datos anteriores, la diferencia estriba en las siguientes causas: En la región donde se ejecutó este trabajo, los individuos varones por cosas de tradición y arraigo portan arma de fuego ó arma blanca, agregado ésto al mal llamado "machismo" y al consumo de bebidas alcohólicas, por carecer de fuentes recreativas la localidad, el problema de la violencia imperante en el territorio nacional se agrava aún más. Otro factor de importancia que incide en estos casos sobre la salud del individuo, es la carencia de educación que no es más que reflejo de la estructura social en que vivimos y que es no funcionante.

FRECUENCIA: se presentó más en hombres que en mujeres.

Edad:

Se presentó un caso de una niña de 4 años, y el mayor de edad fue de 52 años. La edad más afectada es entre 21 a 30 años.

SINTOMAS: El principal síntoma encontrado en las observaciones es el dolor, que generalmente es referido a la zona de entrada provocado por la herida penetrante. En los casos de traumatismo abdominal de otra etiología dolor con características de fuerte, difuso, permanente.

SIGNOS: Palides, hipotensión, taquicardia, en ocasiones con pérdida del conocimiento, a veces difícil de establecer, ya que varios pacientes ingresan a sala de urgencia con diferentes grados de alcohol en organismo pero por laboratorio no se pueden obtener.

Dolor Abdominal: En la mayoría de los casos presentan dolor en zona de entrada en el cual el cuerpo extraño produjo la lesión inicial, en algunos casos hace falta el dolor abdominal en las primeras horas de ocurrido el suceso. Es más fuerte cuando se lesionan órganos como hígado y estómago.

HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL: localizada en las dos primeras horas dependiendo del área sensitiva de la viscera lesionada, posteriormente tiende a difundirse por todo el abdomen.

Defensa Muscular: presente en los casos donde hubo penetración del peritoneo, o cuando hay ruptura de viscera hueca.

Ruidos Intestinales: en las observaciones, no aparecen reportados en buen número de casos, sabiendo la importancia que se les da, aunque su presencia no descarta en absoluto ausencia de lesión visceral, ni la penetración abdominal.

CONDUCTA SEGUIDA: De los 17 casos intervenidos por

Laparotomía, 14 de ellos, o sea el 81o/o fueron operados en las primeras 24 hrs. de haber ingresado a sala de emergencia, los 3 casos restantes fueron dejados en observación, e intervenidos después de 24 hrs. de estancia.

PREPARACION PREOPERATORIA: En realidad depende de cada caso en particular, ya que no existen normas standard; pero en general se dejaron a los pacientes con restricción completa de alimentos por boca, sonda nasogástrica para el vaciamiento del contenido intestinal, hidratación y como rutina solución Hartman para canalización de vena, sonda vesical permanente, y transfusiones si se considera necesario. Uso de atropina dependiendo tipo de anestesia a utilizar, fue necesaria en tres casos el resto intervenido bajo anestesia raquídea.

CLASE DE ANESTESIA UTILIZADA

Raquídea	13 casos	76.47o/o
General	3 casos	17.64o/o
Combinadas	1 caso	5.09o/o

Hubo necesidad de utilizar anestesia combinada debido a que se inició laparotomía exploradora con anestesia raquídea pero el efecto desapareció ya que la intervención fue prolongada, por lo que el procedimiento se completó con anestesia general, no hubo complicaciones.

Es de notar el alto índice del uso de anestesia raquídea, debido a que en dicho centro asistencial únicamente hay una anestesta, y aunque en nuestros días es preferible el uso de anestesia general, en los hospitales departamentales sin tener los medios adecuados es justificable proceder en la forma como se hace en este estudio.

EXAMENES DE LABORATORIO: En todos los casos se tomó Hb, Ht, Eritrosedimentación, grupo Rh, compatibilidad. Radiografía en muy pocos casos, ya que se trataba en la mayor parte de veces de ser intervenidos en forma inmediata.

Las operaciones efectuadas fueron las siguientes:

TABLA II
CAUSAS DE TRAUMATISMO ABDOMINAL

ARMA DE FUEGO	HALLAZGOS	TRATAMIENTO QUIRURGICO
1.	herida lóbulo derecho del hígado	sutura simple hígado
2.	herida diafragma izquierdo, epiplón mayor, hematoma retroperitoneal izquierdo	cierre primario diafragma, sutura epiplon
3.	perforación de colon descendente, herida peritoneo parietal posterior, fx cresta iliaca izquierda	cierre primario
4.	perforación intestino delgado	cierre primario intestino,
5.	perforación riñón derecho	nefrectomía derecha
6.	hematoma retroperitoneal derecho	cierre por planos de incision op.
7.	3 perforaciones de colon descendente, colon transversal y diafragma izq.	cierre primario
8.	perforación de ileon terminal	cierre primario
9.	herida lóbulo medio del hígado	compresión a nivel de herida
10.	perforación colon ascendente	cierre primario
	perforación yeyunal, estomago cara anterior y posterior e ileon	cierre primario
ARMA BLANCA		
1.	no interesó peritoneo	cierre incision op.
2.	herida peritoneo parietal posterior con protrusion de epiplon	movilización epiplon, cierre peritoneo
3.	no interesó cavidad abdominal	cierre incision op.
4.	herida peritoneo visceral y protrusion epiplon mayor	cierre peritoneo
TRAUMA ABDOMEN OTRA ETIOLOGIA		
1.	perforación intestinal, peritonitis generalizada	cierre primario, lavado y drenaje

Continuación de la Tabla No. II

TRAUMA ABDOMEN

OTRA ETIOLOGIA

2.	seccion arteria y vena isquiaticas lado derecho, fx. multifragmentaria de pubis e isquion derechos	anastamosis termino terminal cierre primario
3.	ruptura ileon terminal	

Las complicaciones post-operatorias no se pudieron determinar, ya que no aparece anotado en las observaciones.

La mortalidad respecto a la totalidad de los casos es del 60/o.

En todos los casos se usó antibióticos del tipo penicilia, y en 15 casos se agrego cloranfenicol, al inicio vía endovenosa después IM ó PO. respectivamente ya cuando era necesario.

El promedio de días de estancia hospitalarios fue de 14.

AFECCIONES GINECOLOGICAS:

Las causas ginecológicas ocupan el tercer lugar en los casos presentados de los 65 casos, fueron de ésta, 16 observaciones o sea el 24.60/o del total de intervenciones efectuadas.

La causa más frecuente de afección ginecológica fue el quiste del ovario dado en el 200/o de los casos, y el resto fue por problemas de la región uterina, o sea 3 observaciones de las cuales el 4.60/o corresponden a histerectomía abdominal por fibromatosis uterina como diagnóstico preoperatorio.

La edad más frecuentemente afectada es entre 16 a 30 años, aunque la edad en la cual se intervino por histerectomía abdominal fue entre 35 a 45 años.

SINTOMAS: Dolor en fosa ilíaca derecho o izquierda,

dependiendo de la región afectada. Amenorrea e irregularidad menstrual fue un síntoma presente en la mayoría de los casos, además se refirió dolor irradiado hacia región lumbar o región de piernas.

SIGNOS: por examen físico en la palpación de abdomen hubo dolor en varios casos de fosa ilíaca derecha o izquierda según región ginecológica afectada, en el examen físico por palpación ginecológica se sintió la presencia de tumefacción o masa en anexos. En 4 casos hubo presencia de proceso febril al ingreso.

CONDUCTA SEGUIDA: en ningún caso hubo necesidad de actuar como emergencia ya que la mayoría de casos fue estudiado el paciente, y efectuada la intervención tanto como procedimiento diagnóstico como procedimiento terapéutico a la vez.

CLASE DE ANESTESIA UTILIZADA:

Raquídea	16 casos	1000/o
General	0 casos	00/o

El tipo de anestesia utilizado fue la Raquídea, y en ningún caso hubo necesidad de anestesia tipo general. Más sin embargo la mayoría de casos la anestesia raquídea utilizada fue del tipo Pontocaína.

TABLA III
CAUSAS GINECOLOGICAS

Dx PREOPERATORIO	HALLAZGOS	Tx QUIRURGICO
Quiste de Ovario derecho	Idem	Ooforectomía parcial derecha
Quiste de Ovario derecho	Idem	Salpingooforectomía derecha, apendicectomía profiláctica
Quiste de Ovario derecho	salpingitis derecha	Salpingectomía derecha
Quiste de Ovario derecho	Idem	Salpingectomía derecha, apendicectomía profiláctica
Quiste de Ovario derecho	Idem	Ooforectomía derecha
Quiste de Ovario derecho	Salpingitis derecha	Salpingectomía derecha, ooforectomía izquierda
Quiste de Ovario derecho	Salpingitis derecha	Salpingectomía derecha
Quista de Ovario derecho	Idem, salpingitis derecha	Salpingooforectomía derecha, apendicectomía, profiláctica
Quiste de Ovario derecho	Idem	Ooforectomía parcial derecha
Quiste de Ovario derecho e Izquierdo	Quiste de Ovario Derecho	Ooforectomía parcial derecha
Quiste de Ovario izquierdo	derecho	
Quiste de Ovario izquierdo	Absceso peritoneal	Drenaje de absceso
Quiste de Ovario izquierdo	Piosalpingitis	Salpingooforectomía izquierda
Quiste de Ovario izquierdo	Idem	Ooforectomía izquierda, apendicectomía profiláctica
Fibromatosis Uterina	Idem	Histerectomía abdominal
Metrorragia	C. A. endometrio	Histerectomía abdominal
Fibromatosis Uterina	Idem	Histerectomía abdominal

El error diagnóstico fue del 70/o en total de todos los casos.

La mortalidad es del 00/o de los casos intervenidos.

Todos los casos fueron diagnosticados preoperatoriamente sólo por examen clínico y en estos casos fue necesaria la Laparotomía Exploradora como un recurso tanto diagnóstico como terapéutico a la vez.

La totalidad de los casos fueron curados.

En todos los casos se utilizó antibioticoterapia no se encontró reportada complicación postoperatoria.

El total de días de estancia promedio es de 9 días.

ABDOMEN AGUDO:

El abdomen agudo le corresponde el 12.30/o de los casos revisados, ya que fueron 8 casos los encontrados.

El sexo mas afectado fue el masculino.

La edad mas atacada es entre 20 a 40 años.

SINTOMAS: Dolor abdominal difuso moderado-severo, fiebre no cuantificada por termómetro, náuseas, vómitos y diarrea, procesos nunca ocurrieron en forma aguda, ya que tenían más de 3 días de evolución según observaciones revisadas.

SIGNOS: Fiebre en el 550/o de los casos, pacientes que lucieron agudamente enfermos, quejumbrosos, con dolor en todos los casos a palpación superficial y profunda, abdomen en tabla, reportados los ruidos como metálicos en algunos casos y ausentes en otros.

La causa mas frecuente de abdomen agudo fue la apendicitis aguda perforada, y en segundo lugar la perforación tífica.

La mayor parte de casos fue intervenida quirúrgicamente de urgencia.

CLASE DE ANESTESIA UTILIZADA:

Raquídea	5 casos	62.5o/o
General	3 casos	37.5o/o

O sea que siempre sigue prevalenciando el uso de anestesia raquídea en los hospitales departamentales.

TABLA IV
CAUSAS ABDOMEN AGUDO

Dx PREOPERATORIO	HALLAZGOS	Tx QUIRURGICO
Abdomen Agudo	(fiebre tifoidea perforada)	Perforación tífica en Ileon terminal
Abdomen Agudo	(fiebre tifoidea perforada)	Perforación en Ileon Terminal
Abdomen Agudo	(obstrucción intestinal)	Perforación Intestinal
Abdomen Agudo	(apendicitis perforada)	Adherencias Múltiples, peritoneo a epiploon, apéndice perforada
Abdomen Agudo	(obstrucción intestinal)	Peritonitis, apéndice perforada
Abdomen Agudo		Perforación de Apéndice
Abdomen Agudo	(embarazo ectópico)	Embarazo ectópico roto, ampullar Izq.
Abdomen Agudo	(apendicitis perforada)	Perforación de Apéndice

La mortalidad es del 5o/o de todos los casos estudiados.

En todos los casos se utilizaron antibióticos, penicilina cristalina las primeras 48 horas, acompañado de cloranfenicol que al inicio fue administrado por vía endovenosa y luego administrado por vía oral cuando fue necesario.

El promedio en días de estancia es de nueve.

No se comprobaron las complicaciones postoperatorias por no estar anotadas en las observaciones.

COLECISTITIS AGUDA:

La colecistitis aguda ocupa el quinto lugar de los casos revisados como Laparotomía exploradora, siendo estos en número de cuatro, o sea el 6.2o/o del total de observaciones.

Mas frecuente en mujeres que en hombres. No se encontro un sólo caso en el sexo masculino. Fueron exploradas a pacientes por dicho proceso, pero únicamente fueron tomadas en cuenta 4 intervenciones ya que las otras observaciones no aparecieron en archivo.

El grupo más afectado es de la cuarta decada en adelante.

SINTOMAS: Dolor fuerte en Hipocondrio derecho, tipo cólico, intolerancia comidas grasas, nauseas, vómitos, dolor en todos los casos se ha repetido con anterioridad con igual forma y a cedido con tratamiento médico no descrito.

SIGNOS: Dolor a palpación profunda en Hipocondrio derecho severo, rebote positivo, en dos casos refieren masa palpable.

CONDUCTA SEGUIDA: En todos los casos se ingresan a pacientes con succión continua, nada por boca, penicilina procaína y antiespasmódicos, si no hay demasiada ictericia se programa un colecistograma con medio de contraste por boca. No se hacen bilirrubinas por carecer de material en laboratorio.

ANESTESIA UTILIZADA:

Raquídea	0 casos
General	4 casos

Se observa que en este aspecto la anestesia utilizada fue la general.

TABLA V
CAUSAS VIAS BILIARES

Dx. PREOPERATORIO	HALLAZGOS	Tx QUIRURGICO
Colecistitis Crónica Calculosa Colecistitis Aguda	litiasis biliar múltiples calculos en vesícula	Colecistectomía Colecistectomía
Colecistitis Crónica Calculosa Colecistitis Crónica Calculosa	Idem Coledocolitisis	Colecistectomía Colecistectomía, Coledocostomía

En todos los casos se utilizó vías antibióticos tipo penicilina procaína.

El promedio de estancia en Hospital por paciente es de 15 días.

La mortalidad es del cero por ciento.

En observaciones revisadas, aparecieron 6 casos por problema de vías biliares, pero únicamente cuatro fueron tomadas en consideración ya que los otros 2 casos no aparecen en archivo general, quizás por equivocación en el nombre de las pacientes.

VI. ANALISIS GENERAL

Como resultado de nuestra experiencia, observé, que el 30.7o/o de los casos fue intervenido como Laparotomía Exploradora por problema apendicular, al igual que el estudio presentado por el Dr. José Roberto Cruz Aguila sobre 326 casos de Abdomen Agudo observados en la emergencia del Hospital General de Guatemala, en 1953 que aunque no fue el mismo porcentaje siempre prevaleció en primer termino el problema de apendicitis aguda. Siendo tan frecuente ésta entidad el cirujano general departamental debe estar preparado para solventar tales problemas.

Observé además, frecuentemente en esta investigación a los pacientes que consultan por presentar problema de Traumatismo Abdominal, siendo éste el 26o/o del total de casos revisados, catalogandose en este rubro los heridos por arma de Fuego, o sea, 15.38o/o de las observaciones y los heridos por arma Blanca el 6.1o/o, cuadros que aunque no son problema diagnóstico son producto de los factores siguientes: Primero. A través de los años en la localidad, al igual que en el oriente del País, es costumbre utilización por parte de los individuos del sexo masculino de portar Armas de Fuego, cosa que se a vuleto en la actualidad una tradición, acompañado a esto es importante tomar en consideración el concepto de "Machismo" que salta a la vista aún más cuando ingieren bebidas alcohólicas, repercutiendo directamente contra la salud de los individuos, suscitandose debido a la carencia de lugares de recreación tan importante para la salud mental de las personas. Segundo: El factor educacional juega un papel importante en este problema, ya que aunque no se pudo determinar en grado de analfabetismo en los pacientes, es sabido que el 65o/o de la población Guatemalteca es analfabeta y corresponde un buen número de casos al oriente del País. Al respecto de los heridos por Arma Blanca, como por ejemplo el machete no sólo es utilizado como instrumento de trabajo si no también como un instrumento, según refieren las personas, para defensa personal por las condiciones ambientales conque se desenvuelve la población.

Analizando lo anteriormente expuesto, desde el punto de vista de salud esto puede ser prevenible, pero no es posible por el sistema estructural en que vivimos.

Al respecto del uso de anestesia es importante observar que en el Hospital departamento estudiado no hay Médico Anestésista, únicamente una persona Técnica en Anestesia, es por eso que el 78.50/o de los casos se utilizó Raquianestesia no habiendo complicaciones Transoperatorias de importancia. Aunque los Médicos están de acuerdo que es preferible el uso de anestesia General pero, es imprescindible de una persona experta en tal rama con el objeto de dar mayor seguridad a la vida del paciente, se puede deducir que es justificable el uso de anestesia Raquídea en los lugares departamentales por los medios con que se desenvuelven los Médicos Generales, que carecen de Médicos Anestésistas.

En la mayor parte de casos se utilizó antibioticoterapia, administrándose según la entidad clínica presentada. La combinación más utilizada para problemas de cavidad abdominal es la penicilina cristalina las primeras 48 horas por vía endovenosa, y el cloranfenicol también por vía endovenosa, posteriormente se administra la penicilina procaina por vía intramuscular y el cloranfenicol por vía oral cuando se considera necesario. No se puede determinar si hubo uso indiscriminado de antibióticos ya que no aparecen las complicaciones postoperatorias en las observaciones que pudieron ser la causa del uso de los mismos.

Las complicaciones postoperatorias no fueron determinadas por no aparecer anotadas en las observaciones. Sin embargo este aspecto es de importancia tanto para el paciente como para el cirujano general, con el objeto que en futuras ocasiones se tomen en consideración en forma científica para una mejor atención médica de los pacientes.

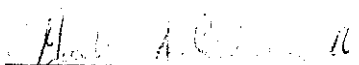
VII. CONCLUSIONES

1. La causa más frecuente de Laparotomía Exploradora es por apendicitis aguda en el 30.70/o de los casos, siguiéndole en orden de frecuencia las heridas Penetrantes de Abdomen, Afecciones Ginecológicas, Abdomen Agudo, Patología de Vías Biliares y por último Traumatismo Abdominal de otra etiología.
2. Las condiciones estructurales, sociales, culturales, educacionales presentes actualmente en la región estudiada repercuten directamente sobre la salud de los individuos en los casos de Heridas Penetrantes de Abdomen.
3. La Técnica de Laparotomía Exploradora es utilizada para comprobar una entidad clínica, pero la mayoría de veces con finalidad terapéutica en los casos observados de Trauma Abdomen, Apendicitis Aguda y Perforada, Abdomen Agudo por Perforación Tífica y por Ruptura de viscera Hueca por lo que el cirujano general debe imponer su criterio quirúrgico para ofrecer un buen margen de sobrevida al paciente.
4. El tipo de anestesia más utilizado es la raquídea en el 78.50/o de los casos, justificable por la carencia de Médico Anestésista en el Hospital estudiado.
5. La mayoría de los casos fue intervenido en condiciones de urgencia Médica por la clase de patología presentada.
6. La combinación de antibióticos utilizado para problemas infecciosos de cavidad abdominal fue la Penicilina y el Cloranfenicol.
7. Los Hospitales departamentales no están dotados de suficientes recursos materiales y humanos, para que el cirujano general se desenvuelva en mejores condiciones para salvaguardar la vida de los pacientes.

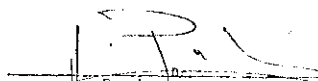
BIBLIOGRAFIA

1. López Villa, Antonio. Algo sobre la Laparotomía en Guatemala. Tesis. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Mayo 1896.
2. Ortiz Paz, Hernán Conrado. Laparotomía Exploratoria. Revisión de seis años comprendidos de 1970 a 1975 en el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Septiembre, 1976.
3. Morales, Eduardo Alfonso. Heridas penetrantes del abdomen. Tesis. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1971.
4. Novales González, Ricardo. Heridas penetrantes del abdomen. Tesis. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964.
5. De Gandarias García, J. Sergio. Errores de Diagnóstico y Clasificación de Cirugía de Urgencia, Hospital General San Juan de Dios. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1971.
6. Cardenal, L. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat. 1954.
7. Finochietto, Enrique y Ricardo. Técnica Quirúrgica. Buenos Aires Argentina.
8. Nora, Paul F., Cirugía General. Editorial Salvat. 1975.
9. Thorek, Max. Técnica Quirúrgica Moderna. Editorial Salvat. 1953.
10. Sabiston, de Davis-Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. Editorial Interamericana. Décima Edición.

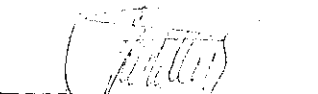
11. Dres. Durán Rodolfo y Vargas Efraín. Errores de Diagnóstico en Abdomen Agudo. Revista Colegio Médico de Guatemala, Septiembre, 1969.
12. Cerezo, Francisco F. Consideraciones sobre la incisión transversal en la apendicectomía de urgencia. Guatemala, 1950.


Dr. Gustavo Adolfo Quinones Maldonado

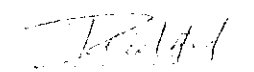

Dr. Felipe Antonio Casas


Revisor Jorge Palma Moya


Director de Fase III
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl Castillo

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Cantillo Montalvo