

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EVALUACION CRITICA DEL DIAGNOSTICO, PREPARACION, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERTROFIA PROSTATICA, DURANTE LOS AÑOS 1978, 1979 EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN".

WALTER ANTONIO REYES AREVALO

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Objetivos
3. Hipótesis
4. Material y Métodos
5. Fisiopatología Prostática
6. Anatomía de la Próstata
7. Prostatectomía Suprapúbica
8. Técnica Operatoria
9. Revisión de los casos e interpretación Estadística
0. Gráficas
1. Conclusiones
2. Recomendaciones
3. Bibliografía.

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis, tiene por objeto presentar el estudio de un cuadro de enfermedad muy frecuente de la edad adulta, su tratamiento y sus complicaciones a nivel de un hospital que no escapa a la problemática de la red hospitalaria nacional, pero que algunas veces se torna más agudo el problema, por irresponsabilidad puesta de manifiesto so pretexto de la escasez de recursos, pero que no es nada más que la mala atención en la preparación previa a una intervención quirúrgica. Lleva también como objetivo principal dejar las bases en el entendido que todo estudiante conozca los principios básicos en la atención pre-operatoria, técnica operatoria y seguimiento ideal del paciente en su post-operatorio mediato, inmediato y tardío.

Que el aspecto filosófico, la mística y la vocación debe continuar a nivel de nuestros hospitales en beneficio de los que demandan atención para restablecer su salud.

Considerar y señalar los errores, en que se ha incurrido consciente o inconscientemente, en el manejo de esta patología llamada enfermedad y considerar la conveniencia para que en una forma ordenada y sistemática se prepare al paciente previo a una intervención quirúrgica.

El presente trabajo, es el estudio retrospectivo de 50 casos atendidos en el Hospital Nacional de Amatitlán durante el período comprendido de 1978 a 1979.

Si las consideraciones antes apuntadas a través de esta tesis pueda cambiar la forma equivocada en la cual ha sido atendido el paciente, y lo evaluado en el presente trabajo para que no escape a lo realizado en años anteriores, será de mucha satisfacción dejar los lineamientos que vayan a mejorar todo lo equivoco e inexacto en que se ha incurrido hasta la fecha.

OBJETIVOS

1. Determinar la forma en que se ha evaluado al paciente previo a su intervención quirúrgica.
2. Determinar si los exámenes que se exigen previamente son los necesarios para dar el margen de seguridad al paciente previo a decidir la conducta a seguir.
3. Considerar si los profesionales que intervienen a los candidatos de esta patología, proceden precipitadamente, sin considerar los riesgos a los cuales puedan conducir al enfermo de esta dolencia.
4. Para determinar comparativamente, con un estudio de trabajo de tesis previo a éste, en el Hospital de Amatlán y los elaborados anteriormente en otros hospitales, para considerar el entendimiento de los conceptos vertidos.
5. Dejar un trabajo que permita al estudiante de medicina que asiste a los hospitales nacionales, en calidad de externo o de interno, la conducta más apropiada a fin de establecer los mecanismos de normalización en la preparación preoperatoria; el conocimiento de la técnica quirúrgica, la conducta a seguir el post-operatorio mediano, inmediato y tardío, establecer el tiempo adecuado para retirar las sondas de Pezzar, sonda de Foley y establecer el tiempo que transcurre para el cierre de la fístula cisto-cutánea.-
6. Dejar establecida la conducta a seguir en cuanto al tratamiento de las infecciones urinarias, teniendo en cuenta el recurso del laboratorio, no sólo desde el examen corriente de orina, sino a nivel de Bacterioscopía (Urocultivo).
7. Hacer conciencia de la importancia que tiene un examen tan importante como la determinación N. Urea y de la creatinina

para evaluar el filtrado glomerular, previo a efectuar un pielograma que puede significar un grave daño para el paciente que no es enfocado desde este punto de vista.

8. Que la utilización de un instrumento al alcance de cualquier hospital como lo es el separador de Gosset, debiera ser utilizado en la técnica quirúrgica para hacer una buena evaluación sobre el lecho prostático donde se ha trabajado y así evitar las intervenciones innecesarias por causas de hemorragias profusas que tapan las sondas que se han dejado.
9. Resaltar la importancia que tiene la ayuda del personal para-médico, estudiantes, médicos para evaluar constantemente a estos pacientes en su post-operatorio mediato.
10. Evaluar la morbi-mortalidad del procedimiento quirúrgico, permitiendo con esto establecer lo importante que constituye proseguir adecuada o inadecuadamente tratando a estos pacientes.

HIPOTESIS

1. La forma de preparación del paciente con Hipertrofia Prostática, en el Hospital Nacional de Amatitlán, es inadecuada?
2. La mortalidad del paciente al cual se le efectuó Prostatectomía Suprapúbica, en el Hospital Nacional de Amatitlán, es baja en relación a su mala preparación y evaluación pre-operatoria?.

MATERIAL Y METODOS

- A. Edificio del Hospital Nacional de Amatlán.
- B. Archivo General del Hospital Nacional de Amatlán.
- C. Revisión Bibliográfica, de libros de texto y de tesis de médicos sobre el tema a tratar.
- D. Papeletas de Archivo del Hospital Nacional de Amatlán, - previamente seleccionadas en No. de 50 casos.
- E. Recurso Humano: Dr. Edgar William Reyes.
- F. Método Utilizado: Fue el análisis retrospectivo de los 50 casos encontrados durante los años de 1978 y 1979.
- G. Se establece un patrón que permite, encaminar con facilidad los errores en que se ha incurrido.

Para efectuar el análisis del estudio llevado a cabo, fue necesario, elaborar un cuestionario, para recabar los datos exactos de los 50 casos estudiados, los cuales son:

1. Edad
2. Procedencia
3. Exámenes de Laboratorio
4. Medicamentos pre-operatorios
5. Motivo de Consulta
6. Tratamiento de Alivio para la Sintomatología
7. Grado de Hipertrofia Prostática
8. Tipo de Anestesia
9. Complicaciones Pre, Trans y post-operatoria
10. Diagnóstico Patológico

11. Seguimiento del Paciente
12. Tratamiento Post-operatorio
13. Antibióticos
14. Dieta
15. Traslados a Urología
16. Diagnóstico de Egreso

ASPECTOS NORMALES Y PATOLOGIA PROSTATICA

En el adulto normal, la próstata pesa alrededor de 20 gramos. Es un órgano extraperitoneal, que rodea el cuello de la vejiga y la uretra, y carece de cápsula definida, posee cinco lóbulos, los que se les atribuye significación peculiar en la aparición de tumefacciones y tumores benignos. Estos cinco lóbulos: Anterior, medio, posterior y laterales, aunque muchos doctores niegan la delimitación exacta de los lóbulos y los clasifican como únicamente dos laterales y un medio.

Se han señalado anatómicamente definida la próstata. En la región externa se observan glándulas de gran longitud, que describen una curva hacia la base de la próstata, para desembocar en los surcos posterolaterales de la uretra. La masa interna consiste en glándulas arbóreas que desembocan en forma directa en la uretra.

La histología de la próstata no persiste, inmutablemente durante toda la vida, después de los 45 años se descubren cambios atribuibles al envejecimiento. Consisten principalmente en atrofia del músculo liso de la estroma, acompañada del aumento relativo del tejido colágeno fibroso, sin embargo la atrofia tiene distribución irregular y no afecta por igual a todas las regiones de la próstata. Después de los 60 años, la próstata experimenta atrofias más lentas, pero más uniformes, junto con mayor producción de pequeñas concreciones concéntricas (cuerpos amiláceos) que se suponen corresponden a la secreción espesa.

La próstata es regulada por las glándulas endocrinas, en consecuencia en cierto sentido podría considerarse equivalente a la glándula mamaria. Sin embargo, los conocimientos acerca de las relaciones endocrinas, son fragmentarios y confusos. Es evidente que la castración origina disminución del volumen de la próstata y que en los animales la hipofisectomía, va seguida de atrofia semejante. Sin embargo en animales hipofisectomizados la atrofia prostática se previene administrando testosterona; además en ratones y ratas inmaduros, la hormona gonadotrófica hipofisiaria produce con rapidez tumefacción difusa de la próstata. De esta observación se deduce que el desarrollo de la próstata depende de la elaboración de hormonas andrógenas, y que posiblemente la hipófisis actúa al estimular la secreción endógena testicular.

Otras investigaciones han demostrado que los estrógenos pueden producir aumento del volumen de la próstata en animales castrados, y lo que es más, que el estrógeno pueda retrasar la atrofia de la castración. Estos datos hacen pensar que los estrógenos estimulan la próstata. Con el propósito de resolver esta paradoja, se ha sugerido la posibilidad que la zona glandular externa reaccione a los andrógenos y la masa prostática a los estrógenos. Esta hipótesis aún no comprobada ayudaría a explicar la aparición de hiperplasia anormal de la próstata, por lo regular de la masa central, en sujetos de edad avanzada, es en quienes disminuye progresivamente la secreción de andrógeno y en consecuencia presenta aumentos relativos del estrógeno.

ANATOMIA DE LA PROSTATA

Es un órgano glandular que envaina la porción inicial o prostática de la uretra.

Está situada debajo de la vejiga, encima del suelo perineal, delante del recto y detrás de la sínfisis púbica, tiene la forma de un cono, ligeramente aplastado de delante, atrás, de base superior, de vértice inferior.

Se distinguen en la próstata una cara posterior, una cara anterior, dos laterales, una base y un vértice.

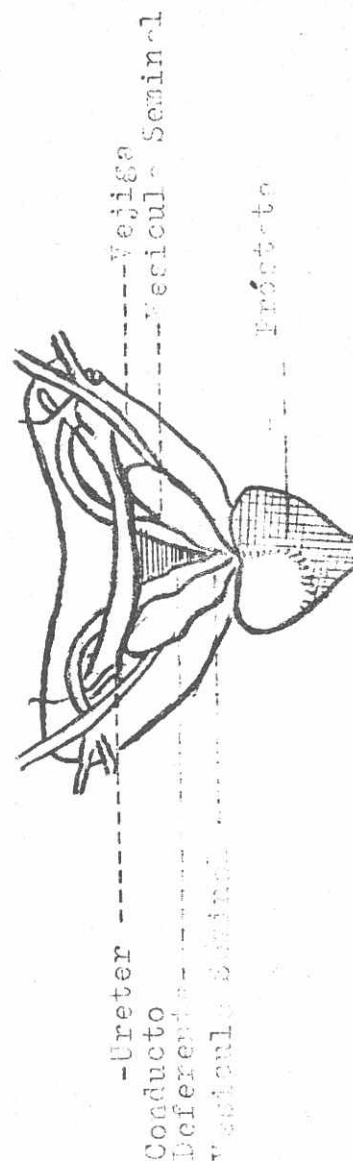
COMPORTAMIENTO PROSTATICO

La descripción que precede, muestra que la próstata, está contenida en su compartimiento cuya pared superior está formada por la vejiga, la pared inferior, por la aponeurosis media del perineo, la pared posterior, por la aponeurosis prostatoperitoneal; la pared anterior, por la expansión pre-prostática de la aponeurosis media del perineo; las paredes laterales, por la aponeurosis laterales de la próstata.

ESTRUCTURAS Y RELACIONES EXTRINSECAS

La próstata, tal como se describe, no comprende solamente el tejido glandular prostático. Este engloba una serie de órganos que forman parte de la masa prostática, son: la porción inicial de la uretra, el esfínter liso y el esfínter estriado de la uretra, el utrículo prostático y los conductos eyaculadores.

El esfínter liso de la uretra es un músculo anular que rodea la parte superior de la uretra prostática, inmediatamente por debajo del cuello de la vejiga.



El esfínter estriado rodea la porción membranosa de la uretra y se prolonga sobre la cara anterior de la próstata en una delgada capa muscular.

Los conductos eyaculadores, que nacen en el punto de las vesículas seminales y de los conductos deferentes, penetran en la próstata, a la que atraviesan y desembocan en la uretra en el verum montanun, a cada lado del utrículo.

El utrículo prostático es un conducto membranoso abierto por su extremo anterior del vértice del verum montanun. De aquí se dirige hacia arriba y atrás, a través del tejido prostático, entre los conductos eyaculadores, hasta un punto más o menos próximo a la base de la próstata, en donde termina el fondo del saco.

Tejido prostático propiamente dicho, está formado de tejido glandular, y de un estroma fibromuscular. Está formada alrededor de la glándula, una cápsula de donde parten trabéculas, que divide las glándulas en lóbulos. Se distinguen en la glándula propiamente dicho, un lóbulo anterior, situado delante de la uretra, dos lóbulos lateroposteriores, situados detrás de este conducto, y un lóbulo medio, situado como una cuña entre la uretra por delante y los conductos eyaculadores por detrás.

VASOS Y NERVIOS

Las arterias vienen de la vesícula inferior y de la hemorroidal-media.

Las venas desembocan en los plexos venenosos periprostáticos. - Estos se distinguen en plexo anterior o de Santorini y plexos laterales. Estos últimos están situados en el espesor de la aponeurosis laterales de próstata.

Los linfáticos van a los ganglios ilíacos externos e hipogástricos.

Los nervios vienen del plexo hipogástrico.

PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA

CONSIDERACIONES GENERALES:

No obstante que la resección transuretral de la próstata, ha reducido el número de indicaciones de prostatectomía suprapúbica, hay ocasiones en que la operación, de preferencia es la enucleación de la glándula, como sucede, por ejemplo cuando es preciso extirpar una próstata hipertrófica cuyos lóbulos medio y laterales están muy crecidos.

PELIGROS Y MANERAS DE EVITARLOS:

Es desde todo punto de vista necesario hacer el estudio minucioso del estado general de todos los pacientes a quienes haya de efectuarse la prostatectomía, ya que, siendo de edad avanzada, padecen con frecuencia, cardiopatías, nefropatía, bronquitis crónica, asma, enfisema o hipertensión. En ocasiones es necesario prescribir un tratamiento preoperatorio prolongado. La mortalidad de la prostatectomía no debe ser mayor del cinco por ciento, si son adecuados el tratamiento y los cuidados preoperatorios.

A los pacientes que padecen de retención urinaria y menoscabo de la función renal, se les hará la descompresión previa de la vejiga, hasta normalizar cuanto sea posible la función de los riñones. Dicha descompresión se obtiene mediante la sonda de permanencia o la cistotomía suprapúbica.

PELIGROS PRINCIPALES DE LA OPERACION

Hemorragia, Embolia Pulmonar, Shock, Infección Renal, Psicosis, Infección de las Vías Respiratorias e Insuficiencia Cardíaca. Hay otras complicaciones menos frecuentes y más remo-

tas, como son la Estrechéz Uretral, la Fístula Vesical, Incontinencia de Orina y la Impotencia Sexual.

TECNICA OPERATORIA:

La selección del anestésico está determinada al estado general del paciente, pero con frecuencia se emplean las Raquianestesia o la anestesia general con algún anestésico gaseoso.

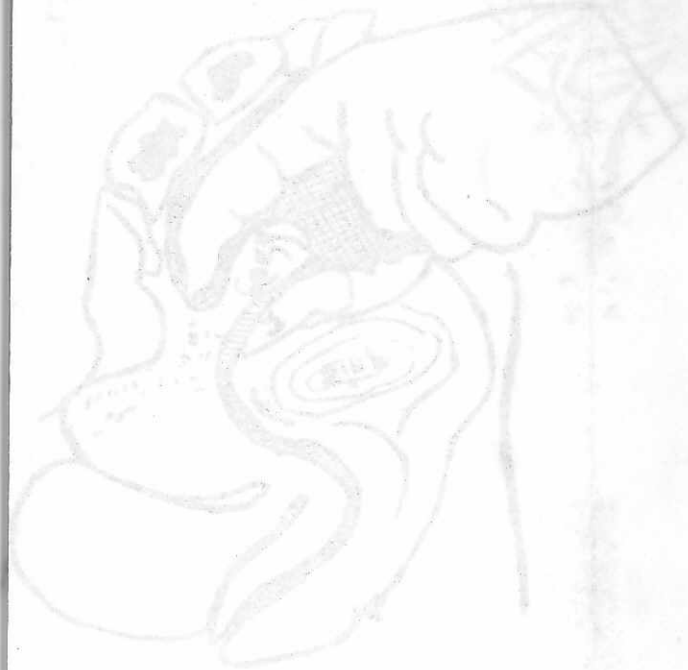
Es más fácil identificar la vejiga distendida, si se llena con solución de cloruro sódico o ácido bórico. Luego se hace una incisión suprapúbica en la línea media, de 10 a 12 centímetros de largo. Con cuidado se divide la fascia, en la línea media, sin cortar la vejiga, ni el peritoneo. Por regla general, la vejiga distendida se identifica fácilmente por la palpación y a vista de los vasos sanguíneos que hay en la superficie. Para descubrir dicho órgano despéganse con el dedo cubierto de gasa el tejido adiposo y el repliegue peritoneal que se empujan hacia arriba.

Descubierta una buena porción de la pared vesical, se coge ésta con pinzas de Allis, se introduce un trocar y se vacía la vejiga para evitar que se contamine la herida. Se hace una incisión en la pared de la cara anterior de la vejiga, lo bastante grande para poder introducir fácilmente el dedo y hacer la enucleación de dicha glándula; si se desea efectuar la enucleación teniendo a la vista el campo operatorio, se hace suficientemente grande el corte de la pared vesical y se apartan sus bordes con un separador de autofijación.

La enucleación de la próstata puede hacerse con la sola ayuda del sentido del tacto, introduciendo la punta del dedo índice en el orificio uretral y efectuando el despegamiento hacia fuera, alrededor de los lóbulos prostáticos, o bien dividiendo la membrana mucosa sobre la porción más prominente de la glándula y después de hallar la zona de separación, despegando por separado cada lóbulo con el dedo.

En el curso de la operación se efectúa la hemostasis mediante --

puntadas o aplicando un bulbo de caucho o tapones de gasa. - Las puntadas hemostáticas se dan en el tejido donde se hallan los vasos sangrantes, y se atan los cabos. Cuando no se puedan dar puntadas o éstas no bastan para contener la hemorragia, es útil la aplicación y distensión de un bulbo de goma. El tapón de gasa es una manera eficaz de efectuar la hemostasis. El bulbo y el tapón pueden quitarse al cabo de doce a 24 horas.



Ombiligo



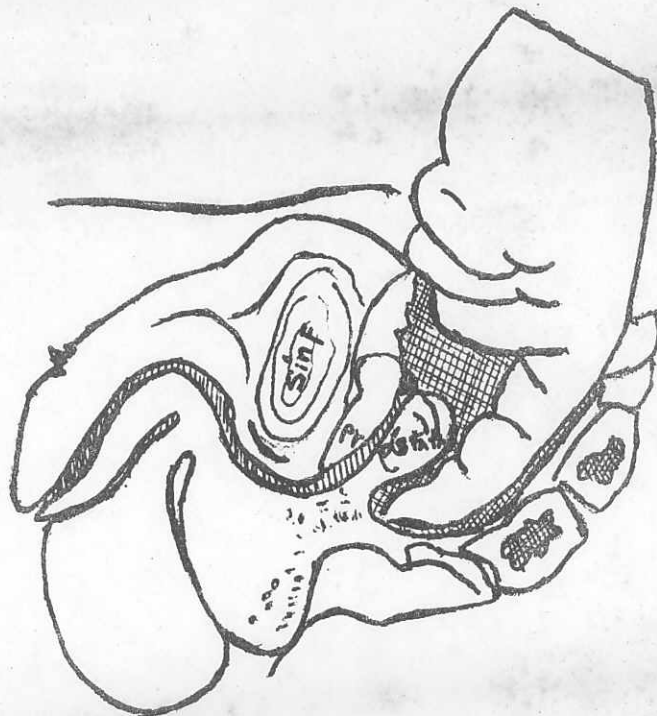
lón



Prolongación
de la incisión

Pubis

Prostatectomía
suprapúbica
nucleación de la
próstata con el
dedo.



Trocar

Pinzas
de
Allis

Vejiga

REVISION DE CASOS

En este capítulo se hará un estudio más que todo estadístico - agrupando los datos en cuadros y haciendo el comentario respectivo al pie de cada uno, al respecto de los 50 casos revisados.

EDADES PROMEDIO:

<u>EDAD</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
De 40 a 45 años	2	4 %
De 46 a 50 años	3	6 %
De 51 a 55 años	1	2 %
De 56 a 60 años	4	8 %
De 61 a 65 años	9	18 %
De 66 a 70 años	13	26 %
De 71 a 75 años	9	18 %
De 76 a 80 años	6	12 %
De 81 a 85 años	2	4 %
De 86 a 90 años	1	2 %
TOTAL :	50	100 %

El cuadro anterior demuestra claramente, que la hiperplasia de la próstata se manifiesta en varones que ya han pasado de los 40 -- años y que la mayoría de pacientes está comprendido entre los 66 y 70 años de edad; representa esto en porcentaje al 26% por ciento - de los casos estudiados.

PROCEDENCIA:

<u>DEPARTAMENTO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Escuintla	22	44 %
Amatitlán	10	20 %
Villa Nueva	7	14 %

C. Guatemala	4	8 %
Santa Rosa	2	4 %
Antigua	1	2 %
Jutiapa	1	2 %
Progreso	1	2 %
Retalhuleu	1	2 %
Izabal	1	2 %
TOTAL:	50	100 %

En el cuadro anterior podemos deducir que de los pacientes a los que se les practicó Prostatectomía Suprapúbica, el 20% por ciento procede del municipio de Amatitlán, mientras que el 80 por ciento pertenece a varios departamentos de la república.

DIAGNOSTICO AL INGRESO:

	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Con Historia, Examen Rectal (tacto rectal).	22	44 %
Con Historia, sin examen rectal (Sin tacto-rectal)	12	24 %
Con Historia e Historia Anterior (Sonda Foley)	2	4 %
Sin historia de Ingreso	12	24 %
Mal diagnóstico a su Ingreso	2	4 %
TOTAL:	50	100 %

Por lo que podemos ver, en los 50 casos estudiados solo al 44 por ciento se le efectuó tacto rectal a su ingreso, mientras que al 56 por ciento no, por distintas circunstancias. No específicas.

<u>MOTIVO DE CONSULTA:</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Retención Urinaria	23	46 %
Problema Urinario (Disuria, polaquiuria, Hematuria, Nicturia)	10	20 %
Dolor Abdominal + Problema Urinario (Disuria, Polaquiuria, Hematuria, Nicturia).	5	10 %
Sin motivo de Consulta al Ingreso	12	24 %
TOTAL:	50	100 %

El cuadro muestra, un porcentaje alto de ingresos, sin motivo de consulta, y a la vez indica el 46% por ciento, de pacientes que consultaron por Retención Urinaria.

TRATAMIENTO DE ALIVIO PARA LA SINTOMATOLOGIA:

	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Sonda Foley	29	58 %
Cistostomía	2	4 %
Punción Suprapúbica	2	4 %
Sin tratamiento	17	34 %
TOTAL:	50	100 %

Como podemos observar en el cuadro anterior, no fué llevado a cabo el tratamiento de alivio de la sintomatología en el 34 por ciento de los pacientes estudiados. Mientras que el grupo restante sí, con diferentes métodos.

GRADO DE HIPERTROFIA ENCONTRADOS:

	NUMERO	PORCENTAJE
Hipertrofia Grado No. 1	7	14 %
Hipertrofia Grado No. 2	20	40 %
Hipertrofia Grado No. 3	14	28 %
No se les efectuó tacto (o no dice grado)	9	18 %
TOTAL:	50	100 %

En la anterior gráfica vemos que en el 82 por ciento de pacientes fue detectado el grado de hipertrofia, mientras que el 18 por ciento restante o no se les hizo, o no se encontró en la papeleta.

CLASIFICACION DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

PRE - OPERATORIOS:

	Patológica	No Patológica	No se Efec- tuaron	Total
Hematología No.	8	38	4	50
%	16 %	76 %	8 %	100 %

Se observa en este cuadro, que de los exámenes de Hematología llevados a cabo, el 16 por ciento fue patológica, el 8 por ciento no se hizo, y el 76 por ciento fue No Patológica.

HECES	No.	%	No.	%	No.	%	Total
	9	18 %	28	56 %	13	26 %	50

Urcinaria	No.	2	%.	22.22
Ascaris	No.	4	%.	44.44
Tricocéfalos	No.	2	%.	22.22
Amebas	No.	1	%.	11.11

El cuadro anterior nos muestra, que no se llevaron a cabo exámenes de heces en el 26% por ciento de los pacientes.

	Patológica:	No Patológica	No se efectuaron	Total
Orina:				
No.	31	13	6	50
%	62 %	26 %	12 %	100 %
Blancos	No.	24	%.	77.419
Blancos y Eritrocitos	No.	5	%.	16.129
Eritrocitos y Hb.	No.	2	%.	6.451
TOTAL		31		99.999

De los 50 pacientes a los que se les practicó examen de Orina se encontraron hallazgos patológicos, en el 62% de los casos.

<u>Tp. de Cuagulación</u>	No.	0	6	44	50
	%	0	12%	88 %	100 %
<u>Tp. de Sangría:</u>	No.	0	6	44	50
	%	0	12%	88 %	100 %

Del análisis efectuado anteriormente, se ve que en el 88% no se hizo Tp. de Cuagulación y Sangría.

F.A.T.				
No.	6	5	39	50
%	12%	10%	78%	100%

F.A.P.				
No.	7	2	41	50
%	14%	4%	82%	100 %

Del cuadro anterior se deduce que no fueron realizados el 78% de F.A.T., y el 82% por ciento de F.A.P. en los pacientes pre-operados.

N. UREA	No.	0	9	41	50
	%	0	18%	82%	100%
Creatinina.		1	7	42	50
		2%	14%	84%	100%
Pielograma:		2	34	14	50
		4%	68%	28%	100%

Exámenes correspondientes a N. de Urea no se le hicieron al -- 82% por ciento de pacientes, lo mismo de Creatinina en el 84% y Pielograma a un 28% por ciento.

	Patológica	No Patológica	No se efectuó	Total
Rayos X	No. 0	35	15	50
	% 0	70%	30%	100%
E.K.G.	No. 0	10	40	50
	% 0	20%	80%	100%
Glucosa	No. 2	6	42	50
	% 4%	12%	84%	100%

Este cuadro muestra que de los 50 casos vistos, solo al 30% no le tomaron placa de Rayos X, al 80% Electrocardiograma y al 84% Glucosa.

TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO MEDICAMENTOSO

Analgésicos Usados	No.	8	Porcentaje:	16%
Analgésicos no Usados		42		84%
TOTAL:		50		100%

En el tratamiento con analgésicos pre-operatorios, no fue utilizado en el 84% por ciento de los pacientes.

ANTIBIOTICOS:

a.- Ampicilina	No.	5	Porcentaje:	10%
b.- Gantrisin		15		30%
c.- Bactrin		3		6%
d.- Piridium		5		10%
e.- Penicilina		3		6%
f.- Tetraciclina		2		4%
No usaron		17		34%
TOTAL:		50		100%

El antibiótico más utilizado fue Gantrisin en un 30% de pacientes, y el número más alto es de los que no usaron ningún antibiótico, ni analgésico.

MEDICAMENTOS EN GENERAL:

a.- Estreptomicina	No.	1	Porcentaje:	2%
b.- I.N.H.		1		2%
c.- Lanicor		1		2%
d.- Bryrel		4		8%
e.- Primostat		2		4%
f.- Sulfato Ferroso		5		10%
g.- Complejo "B"		3		6%
h.- Aminofilina		1		2%
i.- Diyodo		1		2%

j.- Probantine	No.	1	Porcentaje	2 %
k.- Maalox		1		2 %
l.- No necesitaron tratamiento		29		58 %
TOTAL		50		100 %

En cuanto a medicamentos generales se refiere, el 58% por ciento no necesitaron tratamiento, mientras que el Sulfato Ferroso fue el medicamento más utilizado en un 10% por ciento.

TRANSFUSIONES PRE-OPERATORIA

Se transfundieron	No.	2	Porcentaje	4 %
No se transfundieron		48		96 %
TOTAL		50		100 %

De los 50 casos, solo se transfundieron antes de la operación a 2 pacientes, que representan el 4 por ciento del total de pacientes estudiados.

FORMA QUE SE RESOLVIO LA ENFERMEDAD PARA LOS 50 PACIENTES

Prostatectomía Suprapúbica	No.	32	Porcentaje	64 %
Traslado a otro Centro Hospitalario		5		10 %
Se les dió egreso con Tratamiento		6		12 %
Pidieron su egreso		6		12 %
Fallecieron antes de la operación		1		2 %
TOTAL		50		100 %

El cuadro anterior nos indica que de 50 pacientes que ingresaron con Diagnóstico de Hipertrofia Prostática, el 64 por --

ciento de los casos fueron operados y al otro 36 por ciento se les dió egreso por diferentes motivos.

NOTA: A partir de este momento el estudio llevado a cabo será únicamente y exclusivamente sobre los 32 casos intervenidos Quirúrgicamente y el número 32 pasa a ser el 100 por ciento de los casos.

RECORD OPERATORIO

No se efectuó	No.	7	Porcentaje	21.875 %
Se efectuó		25		78.125 %
TOTAL		32		100 %

El anterior cuadro indica que siete de los casos, o sea el 21.875 no se les hizo record operatorio.

TIPO DE ANESTESIA

Raquídea	No.	28	Porcentaje	87.50 %
Raquídea más General		1		3.125%
General		3		9.375%
TOTAL		32		100 %

El cuadro anterior se observa que el 87.50 por ciento de las operaciones fueron efectuadas con anestesia Raquídea, mientras que un 9.375 por ciento se hicieron con anestesia General y en el 3.125 por ciento de los casos se usó la combinación de ambos tipos de anestésicos.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

No se encontró reporte de ninguna complicación, mientras fue efectuado el acto Quirúrgico.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Taponamiento de sondas	No. 2	Porcentaje 6.250 %
Hemorragia Post Prostatec- tomía suprapúbica, por po- sible discrasia sanguínea- de etiología ?	1	3.125 %
Infección de la Herida -- Operatoria	6	18.75 %
Bronconeumonía	1	3.125 %
No tuvieron complicaciones	22	68.750 %
TOTAL	32	100 %

En el cuadro anterior nos damos cuenta que el número de - porcentaje, o sea el 31.250 por ciento de los casos, tuvo distin-
tas clases de complicaciones post Operatorias. Teniendo entre -
ellas el porcentaje más alto (18.75). La infección de herida Ope-
ratoria.

MANEJO POST-OPERATORIO INMEDIATO

<u>Analgésicos</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Primeras 24 horas		
demerol	32	100 %
Primer día Post Operatorio		
Dialgina.	32	100 %

El analgésico más utilizado en las primeras 24 horas post -
operatoria fue Demerol, y del primer día post operatorio, Dialgi-
na. Que equivale al 100% por ciento en ambos casos.

MEDICAMENTOS ANTIMI- CROBIANOS

	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Ampicilina	16	50 %
Ampicilina + Sulfa Metoxa- sol con trimetropin	1	3.125%
Penicilina + Ampicilina	4	12.50 %
Penicilina + Clorafenicol	6	18.75 %
Ampicilina + Kanamicina	5	15.625%
TOTAL	32	100 %

Podemos apreciar a través del cuadro anterior que el antimicrobiano más utilizado fue Ampicilina en el 50% por ciento de - los casos.

TRANSFUSIONES POST-OPERATORIAS

Transfundidos	No. 10	Porcentaje 31.25 %
No transfundidos	22	68.75 %
TOTAL	32	100 %

Se muestra en el cuadro anterior que al 31.25 por ciento de - los Post-Operados se les efectuó transfusión sanguínea.

SOLUCIONES I.V.

	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
D/A al 5%		
Se usó	29 casos	90.625%
No se usó	3	9.375%
TOTAL	32	100 %

MIXTO

Se usó	16 casos	50 %
No se usó	16 "	50 %
TOTAL	32	100 %

HARTMAN

Se usó	22 casos	68.75 %
No se usó	10 "	31.25 %
TOTAL	32	100 %

SALINO

Se usó	9 casos	28.125%
No se usó	23 "	71.875%
TOTAL	32	100 %

Al 100 por ciento de los pacientes se les administró soluciones I.V., con un porcentaje de 90.625 para la solución de D/A al 5%, seguida del 68.75 de solución Hartman, luego el 50% de solución Mixto y por último se usó la solución salina en un 28.125% por ciento.

MANEJO POST-OPERATORIO MEDIATO

DIETA	Número	Porcentaje
1er. día post-operatorio		
Dieta Líquida	20	62.5 %
Dieta Blanda	10	31.25%
Dieta Libre	2	6.25%
TOTAL	32	100 %

2o. día post-operatorio		
Dieta Líquida	0	0 %
Dieta Blanda	19	59.375%
Dieta Libre	13	40.625%
TOTAL	32	100 %

3er. día post-operatorio		
Dieta Líquida	0	0 %
Dieta Blanda	1	3.125 %
Dieta Libre	31	96.875 %
TOTAL	32	100 %

De los 32 pacientes intervenidos, al 62.5% se les dió dieta líquida el primer día post-operatorio, en el segundo día el 100 por ciento de los pacientes le habían cambiado su dieta, tanto a libre como a blanda y al tercer día post-operatorio el 96.875 tenía dieta libre.

REINTERVENCIONES OPERATORIAS	Número	Porcentaje
Se Reintervinieron	2	6.250 %
No se reintervinieron	30	93.750 %
TOTAL	32	100 %

Se Reintervinieron dos pacientes o sea el 6.250 por ciento por haber presentado taponamiento de sonda y por lo cual tuvo que ligar los vasos sangrantes que producían los cuáglulos.

DIAGNOSTICO DE ANATOMIA PATOLOGICA

LABORATORIOS POST-OPERATORIO	Número	Porcentaje
Hay resultados	8	25 %
No hay resultados	24	75 %
TOTAL	32	100 %

De los 32 casos, ocho de los pacientes se les efectuó diagnóstico de Anatomía Patológica, siendo el resultado de Hipertrofia Nodular Benigna. Al 75% de los pacientes no se les efectuó dicho examen tan necesario para la seguridad del paciente.

RETIRO DE SONDAS DE PEZZER Y FOLEY

SONDA DE PEZZER	No. de días	No. de casos	Porcentaje
	3	4	12.5 %
	4	3	9.375%
	5	2	6.250%
	6	6	18.750%

No. de días	No. de casos	Porcentaje
7	3	9.375
10	1	3.125
12	1	3.125
20	1	3.125

Retiro de son-
da no dice el
No. de casos

	11	34.375
TOTAL	32	100.000

El cuadro anterior indica que al 34.375 por ciento no se encontró en las papeletas la fecha de retiro de la sonda, y también indica que el promedio de días que permanece en el paciente la sonda de Pezzer es de 6 días con un porcentaje de 18.750.

SONDA DE FOLEY

No. de días	No. de casos	Porcentaje
8	2	6.25
9	2	6.25
10	4	12.50
11	2	6.25
12	9	28.125
13	2	6.25
14	1	3.125
16	2	6.25

Retiro de son-
da de Foley no
dice el No. de
días que perma-
neció.

	8	25.00
TOTAL	32	100.00

El cuadro anterior nos indica, el promedio de días en que los pacientes mantuvieron puesta sonda de Foley y fue: de 12 días con un porcentaje de 28.125, además el cuadro --

también nos indica el porcentaje de pacientes a quien no se les -- anotó la fecha de retiro de la sonda.

NOTA:

Para el retiro de las sondas, hay que tomar en cuenta, aclaramien-
to de la orina, al retirar sonda paciente no debe presentar reten-
ción urinaria (residuo Urinario).

MORTALIDAD POST-OPERATORIA	Número	Porcentaje
Vivos con egreso	32	100 %
Fallecidos	0	0 %
TOTAL	32	100 %

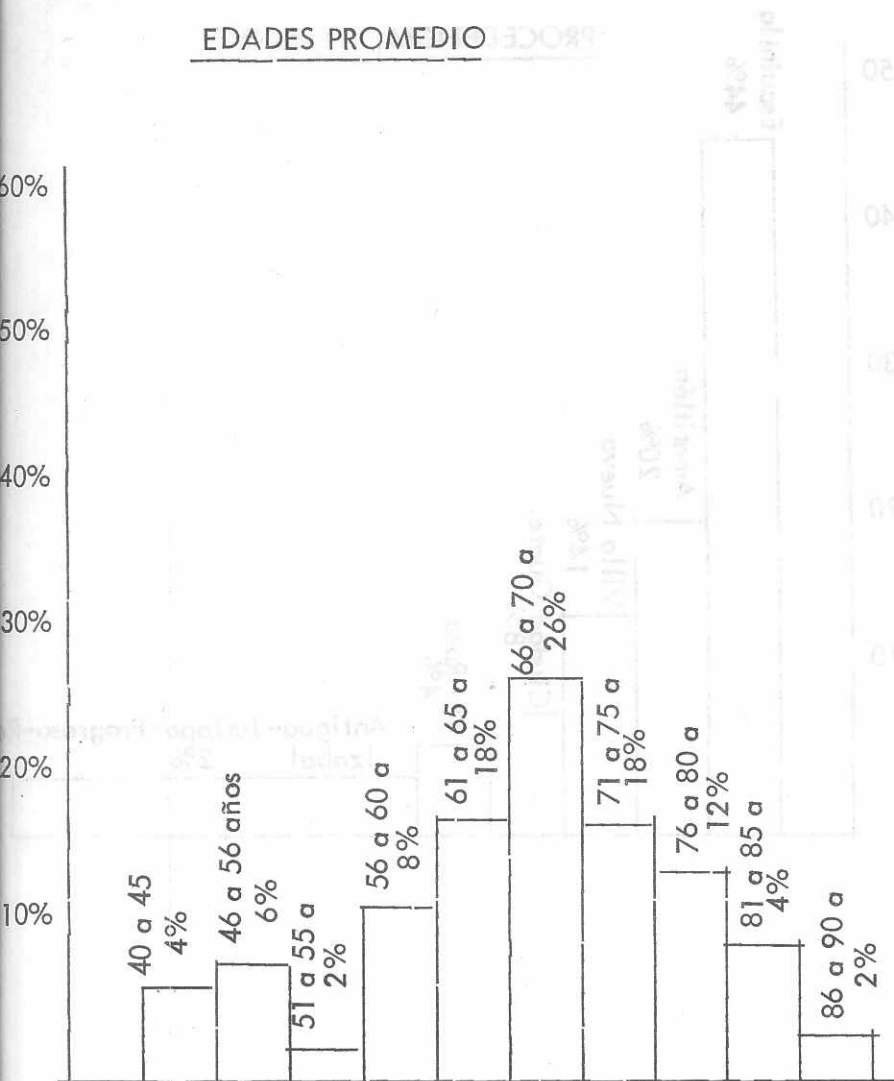
El cuadro anterior nos indica que el 100 por ciento de los pa-
cientes a los cuales se les intervino quirúrgicamente, a pesar de su
mala preparación, todos salieron del acto operatorio en satisfacto-
rias condiciones.

SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO EN CONSULTA EXTERNA

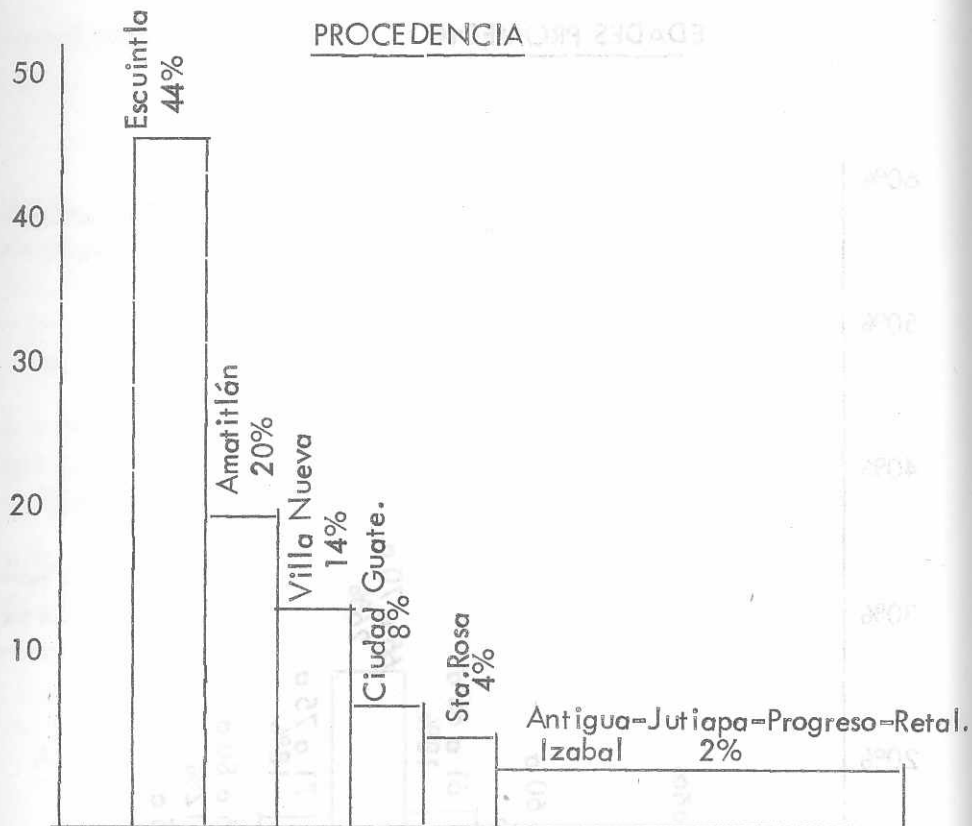
Consultaron	No. 3	Porcentaje 9.375 %
No consultaron	29	90.625 %
TOTAL	32	100 %

El cuadro anterior nos demuestra que 90.625 por ciento de los
pacientes operados no regresan a la consulta externa, o posiblemente
se sí regrese, pero debido al inadecuado manejo que se lleva en el
Hospital Nacional de Amatlán a nivel de consulta externa, al --
efectuar el control de los pacientes, sin dejar evolución alguna --
que determine las condiciones y conductas seguidas en los pacien-
tes.

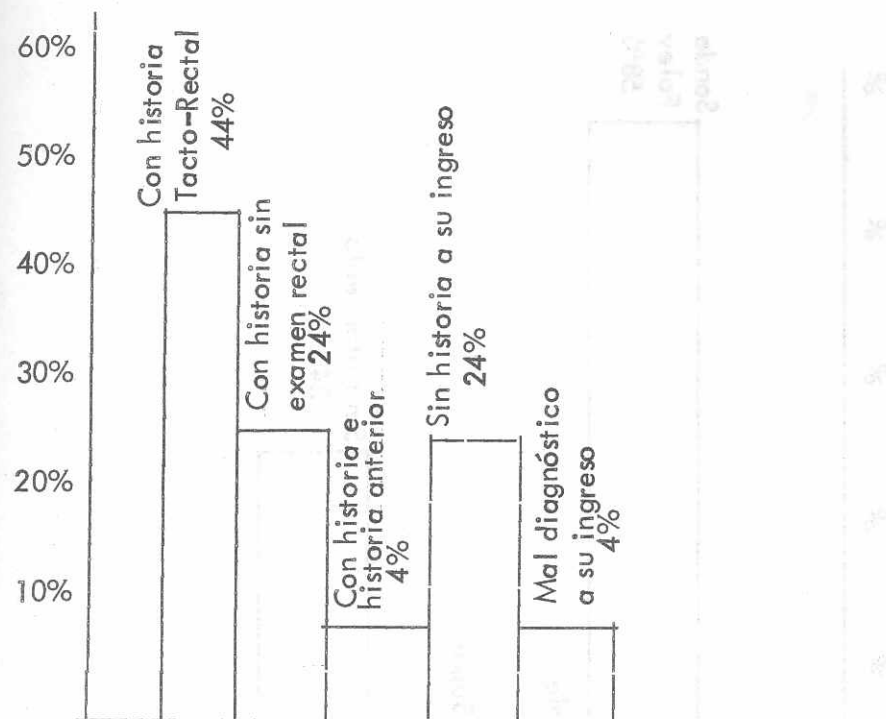
EDADES PROMEDIO



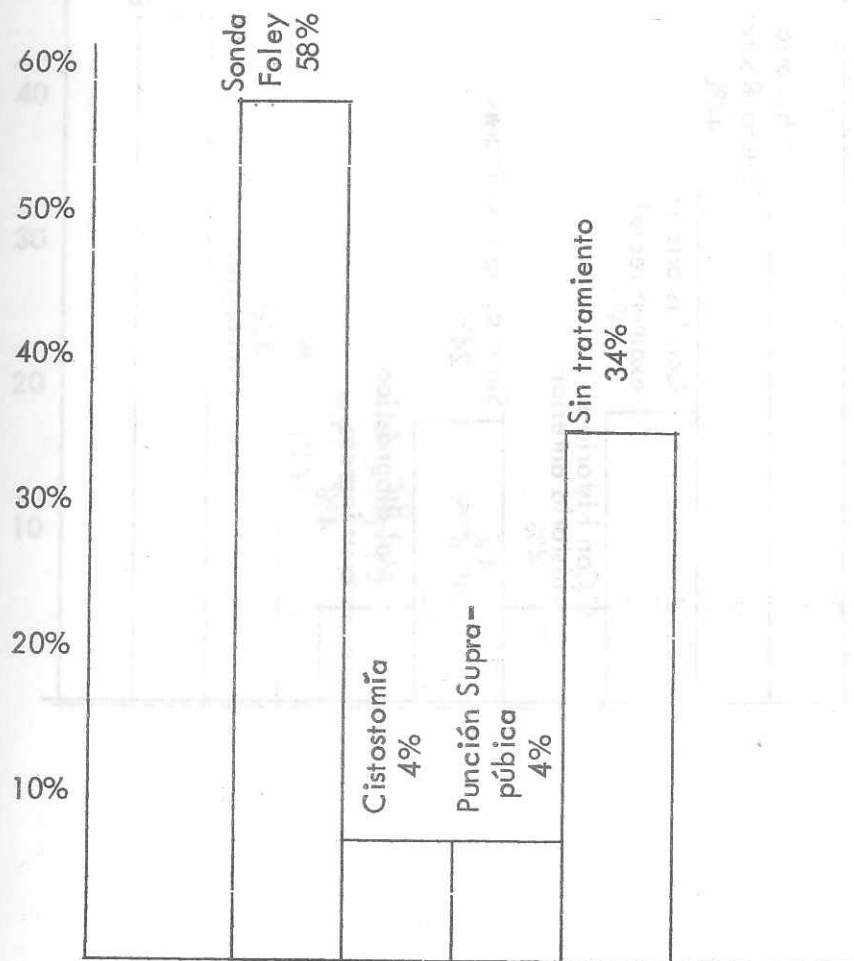
PROCEDENCIA



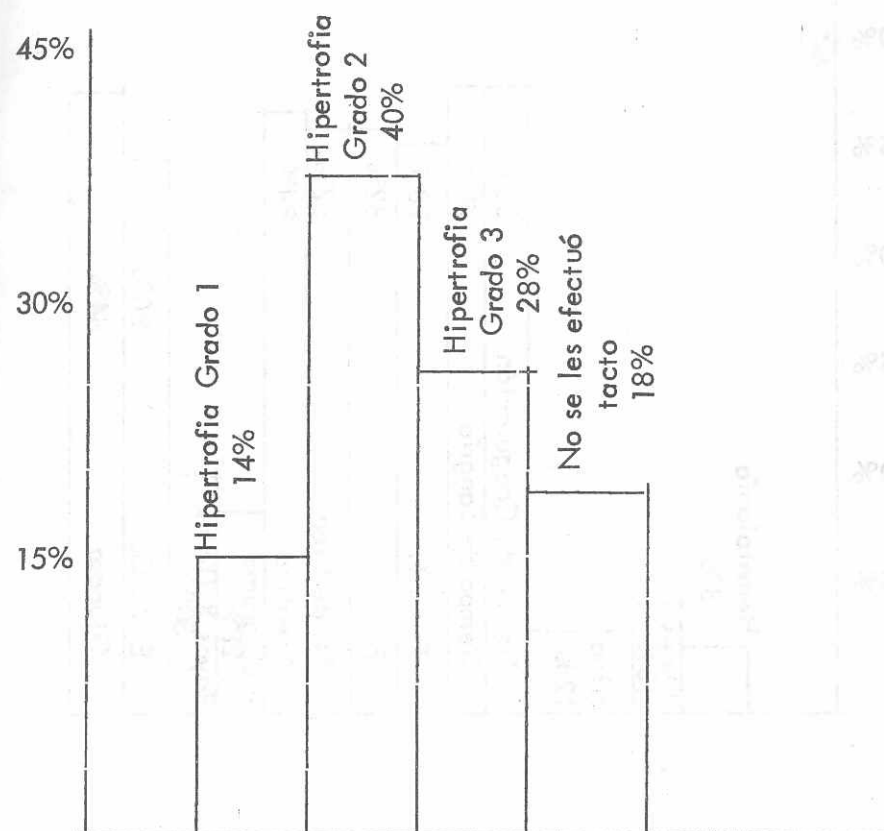
DIAGNOSTICO DE INGRESO



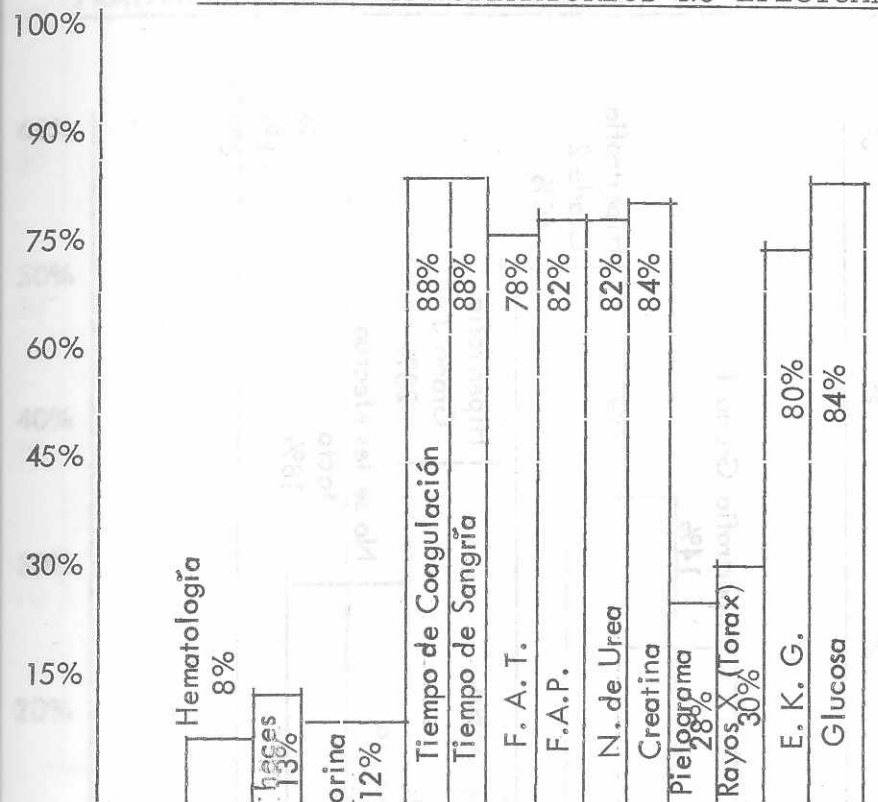
TRATAMIENTO DE ALIVIO PARA LA SINTOMATOLOGIA



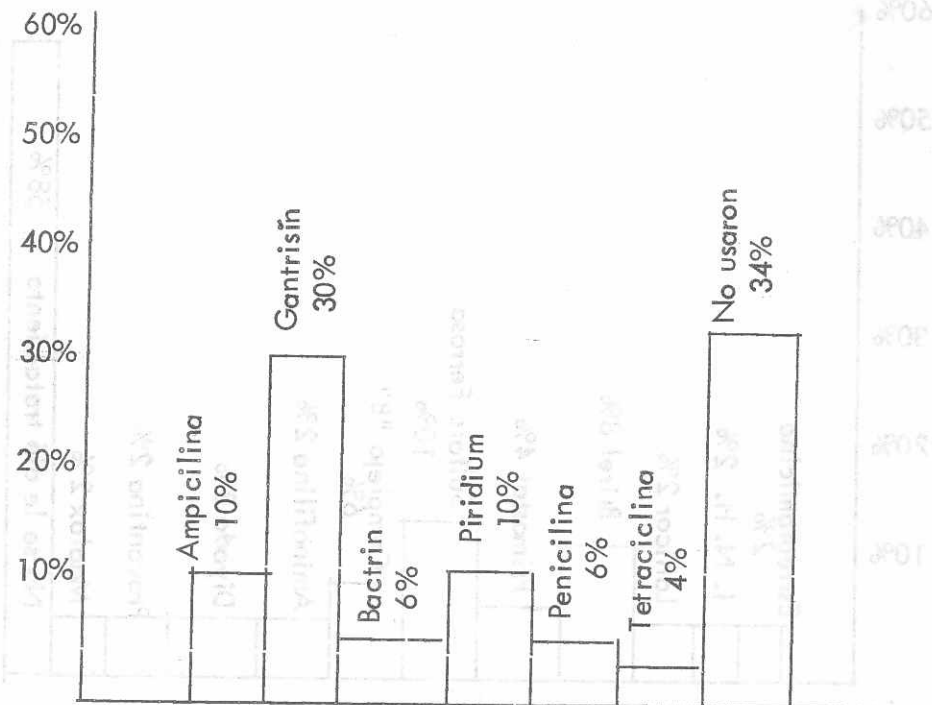
GRADO DE HIPERTROFIA



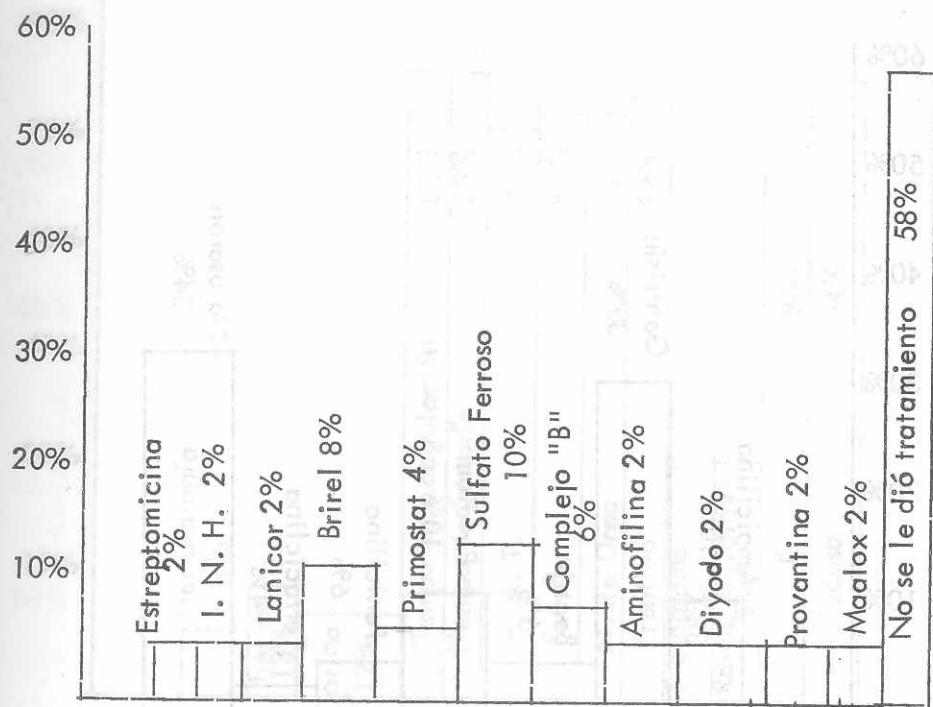
EXAMENES PRE-OPERATORIOS NO EFECTUADOS



ANTIBIOTICOTERAPIA PRE-OPERATORIA

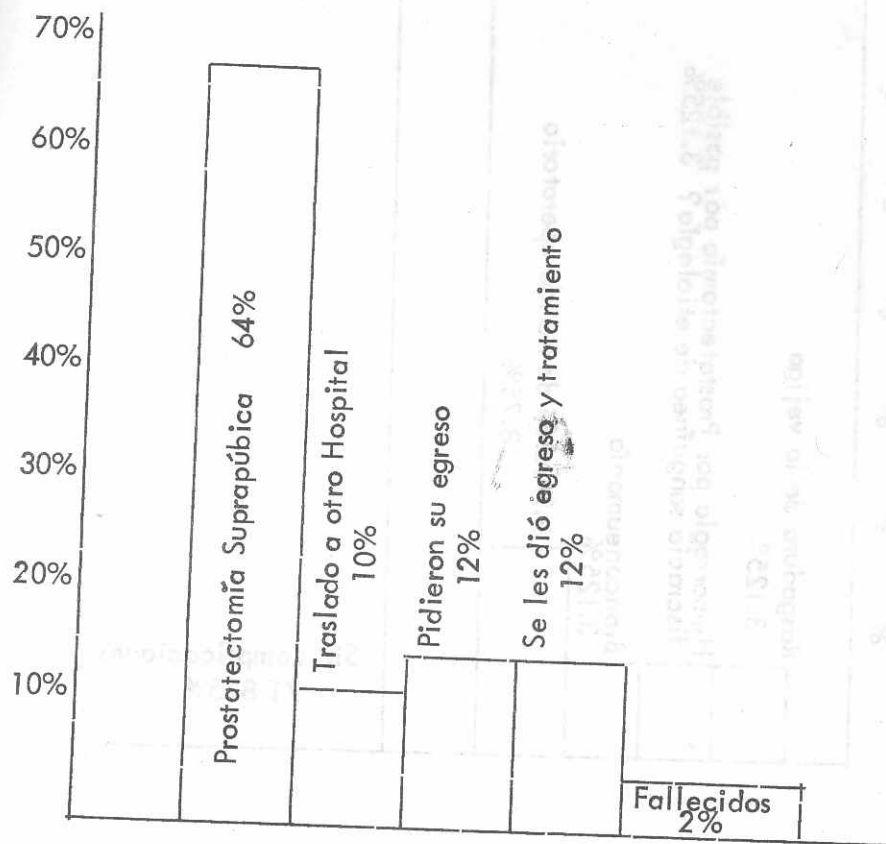


MEDICAMENTOS GENERALES PRE-OPERATORIOS

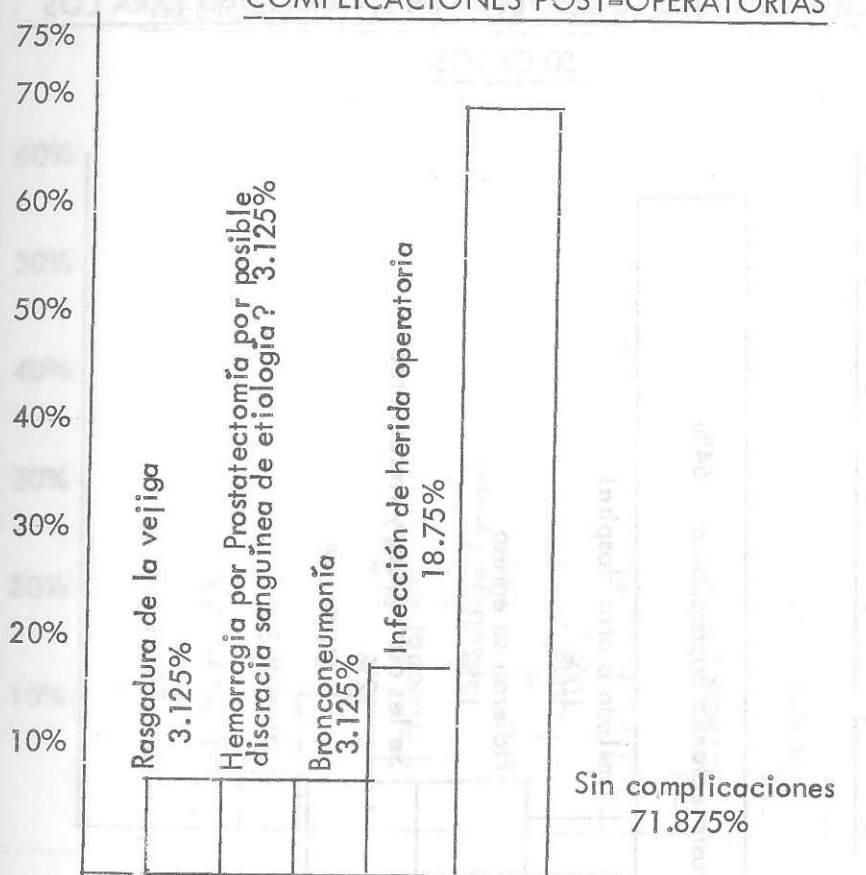


FORMA EN QUE SE RESOLVIO LA ENFERMEDAD PARA LOS

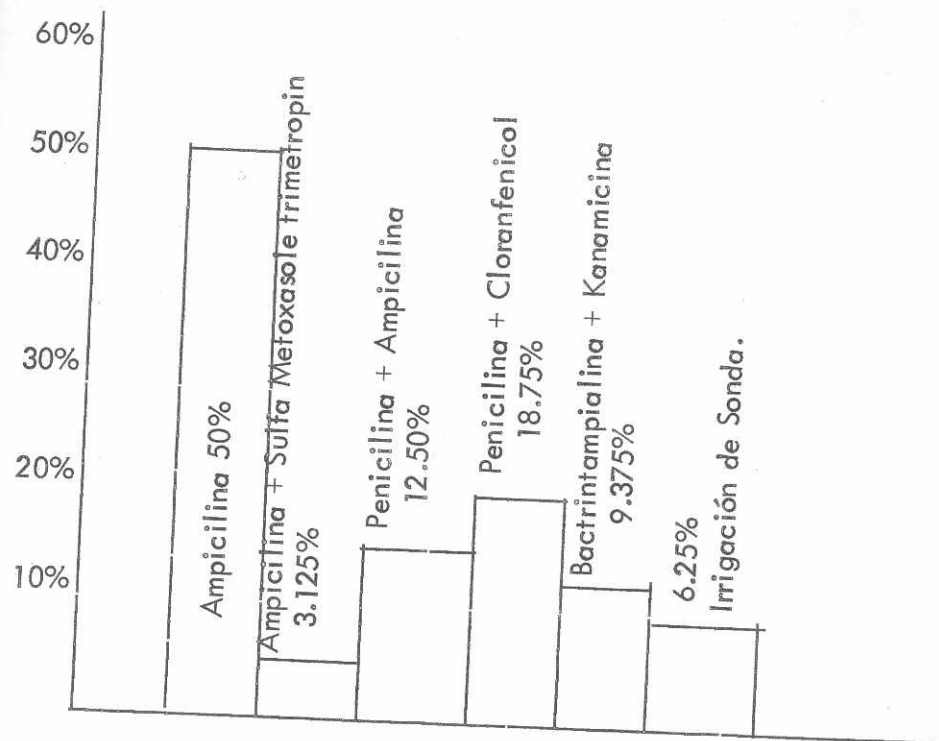
50 CASOS



COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS



MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS POST-OPERATORIOS



CONCLUSIONES

1. En el Hospital Nacional de Amatitlán, para efectuar la Prosectomía, se utiliza en el 87.50% de los pacientes. La anestesia raquídea, pero hubo necesidad de aplicar otro procedimiento anestésico en el 12.496 por ciento.
2. Este procedimiento quirúrgico, es efectuado en el 100% por Cirujanos Generales. Lo cual ayuda a descongestionar los Hospitales especializados de la Capital.
3. Pacientes mal evaluados de su cuadro, en vista que el diagnóstico no es determinado por un examen general completo.
4. Esta enfermedad se manifiesta en pacientes por arriba de los 40 años y su mayor incidencia entre los 66 y 70 años, lo que corresponde el 26% en este estudio.
5. Los pacientes tratados en este Hospital, corresponde el 80% a otros Departamentos o Municipios de Guatemala, teniendo la mayor incidencia el Departamento de Escuintla con el 44% y para el Municipio de Amatitlán el 20%, siendo el 36%, para el resto de los casos. Lo cual demuestra que el Hospital de Amatitlán, tiene una cobertura nacional.
6. Se demuestra claramente, con este trabajo, la poca responsabilidad en la evaluación del paciente que acude a este Hospital, en forma conciente o inconciente, pero que no exime de culpa, en el manejo de un paciente. A través de una Historia bien elaborada y adecuadamente seguida. Puesto que se determina a través del estudio, la poca importancia que se le da a un Historial Clínico y la Problemática que se enfrenta, al ser esto un obstáculo, para hacer estudios científicos en nuestro medio, que puedan darnos la pauta para sacar nuestras propias conclusiones y nuestra propia estadística de las determinadas enfermedades en nuestro medio.

7. La mayor Sintomatología de causa de motivo de consulta, siendo el 46% Retención Urinaria; la menor sintomatología de ingreso y que representa el 10% lo constituye dolor abdominal, más problema urinario compuesto (poliquiuria, hematuria) y sin motivo de consulta al ingreso el 24% en vista que la historia clínica fue omitida y a su ingreso solamente una nota de Hipertrofia prostática.
8. La cistostomía representa un 4%, la Punción Suprapúbica 4%, lo que representa un 8%, como medidas de urgencia para ayuda de estos pacientes; el 58% se concluye como el procedimiento más efectuado, o sea la colocación de Sonda Foley y un 34% sin ningún tratamiento en vista de no presentar ninguna urgencia y que pueden considerarse como casos electivos.
9. El 18% de los pacientes no se les efectuó tacto rectal, lo cual demuestra que un examen tan importante y que debe de constituirse en rutina hospitalaria, ha sido dejado al margen.
10. Se observa que el 8% de los pacientes, fue intervenido sin habérsele efectuado examen de hematología, lo cual se considera como improcedente, dado que esta operación se mete al enfermo a pérdidas considerables de sangre.
11. Que los exámenes de heces demuestran que estos pacientes no escapan a la realidad nacional, teniendo parásitos tipo urcinarias, ascaries y tricocéfalos.
12. Se encuentra en el presente estudio que siendo una patología del árbol urinario y al 12% no se le efectuó examen de orina, lo cual afirma aún más lo mal preparado de estos pacientes.

13. Los pacientes fueron sometidos a una intervención quirúrgica la cual conlleva a un insulto bastante cruento y que representa pérdidas abundantes de sangre, más sin embargo al 88% de estos pacientes no se les practicó tiempo de sangría, ni de coagulación.
14. Considerando que la patología corresponde a próstata, tiene mucha tendencia a la malignización, extraña sobre manera que un examen como lo es la Fosfatasa ácida total, haya sido excluida en un 78% y la fosfatasa ácida parcial en un 82%.
15. Considerando que el examen que corresponde a la creatinina y nitrógeno de urea, que son pruebas cuantitativas de función renal y que son de un valor incalculable para establecer el funcionamiento glomerular sea tan despreciado al grado que fue omitido en un 84%, exponiéndose a procedimientos como el pielograma sin darle un buen margen de seguridad a estos pacientes.
16. Tratándose de pacientes que su árbol urinario, pueda estar comprometido, el pielograma como recurso de evaluación, estuvo excluido en un 28%.
17. Se evalúa en estos pacientes que el 30%, no se le efectuó Rx de Tórax, pre-operatorio.
18. Se considera que el paciente no se le prestó la atención debida y sus márgenes de seguridad fueron inadecuados por cuanto el 80% carece de información electro cardiográfica.
19. Un examen de mucha importancia para el paciente que sobrepasa los 40 años, lo constituye la glucosa y ésta no se efectuó en un 84%.
20. Evaluación del residuo urinario, no fue establecida, indicando una mala evaluación.

21. Es inexplicable que la mortalidad en estos pacientes sea igual a cero, por cuanto lo que le ha ofrecido el Hospital es su preparación previa al Insulto Quirúrgico. Es considerada como inadecuada, empírica e injustificada en un medio que tiene la mayoría de los recursos para una preparación satisfactoria.
22. Se establece el uso indiscriminado de antibióticos, sin obtener un examen bacteriológico previo a su administración, encontrándose con mayor uso el sulfisoxazol en un 30%, ampicilina y fenilazopiridina en un 10% cada uno, el sulfimetoxazol trimetropin y penicilina 6% cada uno, tetraciclina 4% y 34% de los pacientes no hubo necesidad de tratamiento.
23. Este trabajo nos permite establecer que el paciente continúa siendo mal evaluado y atendido, en vista que el 21.87% no presentó récord operatorio.
24. Es incomprensible la falta de espíritu de investigación, la inconsecuencia en la relación Médico paciente, en vista que el 75% de los pacientes operados carecen de la evaluación de anatomía patológica; lo que constituiría el margen de seguridad más grande con el que puede contar un paciente.
25. Se comprueba la falta de orientación del externo, interno y médico, al no estimar la importancia que tiene la evolución de todo paciente y que pueda dar los promedios, para considerar el retiro de las diferentes sondas en este tipo de pacientes, si se tuviera el conocimiento sobre el manejo adecuado del historial clínico. Se puede considerar adecuado el retiro del Pen Rose al cuarto día del espacio de Retzius, al sexto día retiro de la sonda de Pezzer y al décimo segundo día el retiro de la sonda Foley, toda vez la excreción urinaria sea limpia, sin presencia de sangre.

26. Se evalúa que el paciente después de retirarle la sonda de Foley, no se describe ninguna nota relacionada a la medición del residuo urinario, que sería causa para continuar con la presencia de dicha sonda.
27. Se establece que el seguimiento del paciente, en su postoperatorio, post-egreso fue 90.62% negativo, en vista que en el historial no se encuentra ningún dato al respecto del seguimiento.
28. Tampoco es posible determinar el tipo de Infecciones encontradas a nivel de herida operatoria y que representa el 18.75% de las complicaciones post-operatorias, ya que no hay ningún examen que determine dicho extremo.
29. Se establece que el 71.87% no presentaron ninguna complicación.
30. Este trabajo de tesis muestra, una realidad muy propia del medio que absorbe en la polaridad negativa a todas aquellas personas que actúan precipitadamente y que exponen inadecuadamente a seres humanos que demandan ayuda para establecer un equilibrio en su salud y que los recursos al alcance son inadecuadamente aprovechados. Se determina que ni siquiera este procedimiento equivocado podría ser aceptado, en el afán de disminuir los días de estancia paciente, pero se comprueba que dicha estancia es estéril.

RECOMENDACIONES

1. Se considera que la definición de Hospital, corresponde a un equipo, que en conjunto dan un producto final de óptima calidad, por lo cual se recomienda que esta finalidad no debe ser abandonada sino más bien unificar los esfuerzos para dar el beneficio deseado.
2. Este procedimiento debe seguir siendo manejado por Cirujanos Generales; pero debe dársele a los pacientes un margen de seguridad a través de las normas establecidas como requisitos previos a una intervención quirúrgica.
3. El paciente deberá ser evaluado por el externo, y el interno, y confirmado el diagnóstico por el Jefe de la Sala, que será al final el que determine la operación.
4. En vista que esta enfermedad es propia de la edad adulta, deberá tomarse en cuenta al Departamento de Medicina para la preparación óptima pre-operatoria.
5. Siendo el hospital de Amatlán de cobertura nacional, deberá lucharse porque los pacientes que demandan atención, la reciban en óptimas condiciones.
6. Deberá insistirse a todos los niveles de la importancia que representa en la medicina el manejo sistemático y ordenado de las historias clínicas que podrá al final darnos como resultado estudios satisfactorios de nuestra patología nacional.
7. Deberá hacerse los esfuerzos máximos en el sentido que se mejore al 100% el laboratorio Clínico del Hospital, permitiendo con esto que el estudiante y el médico, hagan uso racional de este recurso.

8. Deberá considerarse la forma más adecuada, para que los estudiantes se responsabilicen y adquieran más motivación de su aspecto vocacional, a fin de que la Facultad de Medicina por intermedio de sus docentes permitan ampliar más su conocimiento para el manejo de sus pacientes.
9. No deberá permitirse el sometimiento, al acto quirúrgico a todo aquel paciente que no llene los requisitos exigidos para darle un alto margen de seguridad.
10. Todo paciente que es intervenido quirúrgicamente, deberá exigirse el récord operatorio por intermedio del Cirujano para establecer exactamente todo lo acontecido durante el acto operatorio.
11. Debe insistirse que toda pieza obtenida a través de un acto operatorio deberá ser evaluada por anatomía patológica, ya que solamente en esta forma puede llegarse a establecer el verdadero diagnóstico.
12. Se recomienda que el seguimiento del paciente debe hacerse en la Consulta Externa, con la papelería que corresponde al Hospital, dejando todas las anotaciones necesarias hasta concluir el caso.
13. En vista que el presente trabajo, nos demuestra que la mortalidad fue del cero %, no deberá esto ser por ningún motivo la base para persistir en este camino erróneo.
14. Si el presente trabajo llena su cometido y sirve para que a partir del mismo pueda establecerse que lo vertido a servido positivamente para reencontrar la ruta que permita la máxima seguridad del paciente y la tranquilidad espiritual de todos aquellos que hacemos posible la medicina en nuestro medio; será de mucha satisfacción y me permitirá expresar con toda seguridad que he llenado a cabalidad lo que me propuse en un principio.

BIBLIOGRAFIA

1. SABISTON Tratado de Patología Quirúrgica, de Davis-Cristopher Décima Edición
Páginas: 1,484 a 1,497.
2. Tratado de Patología. Por Dr. Stanley L. Robbins, Segunda Edición
Páginas: 875 a 880.
3. Tratamiento Pre y Post-operatorio American College of Surgeons, por Dr. Henry Trendall, Dr. James D. Hardy Dr. Francis D. Moore.
Páginas: 421 a 422.
- 4.- Operaciones de Cirugía General por Thomas G. ORR. M. D.
Páginas: 765 a 766.
5. Guyton Artur C. Tratado de Fisiología Médica Trad. por Alberto Folchypí., y Editado en México Interamericana 1,971 - página 999.
6. Rouviere H. Anatomía Humana, Descriptiva y Topográfica. Tercera Edición (Español) Madrid. Bailly-Bailliere; 1,967.
Páginas: 648, 649, 650.
7. Brainde, Henry, et al Diagnóstico y Tratamiento Séptima Edición México, El Manual Moderno, 1,972.
Páginas: 555, 556.
8. Sosa, Galicia, Francisco y Luis Figueroa Marroquín, Manual de Histología. Guatemala, Centro de Producción de Materiales, - Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,969. Pág. 561, 563
9. Harstenstein, P. E. Ziperman, H. H. y Smith, H. L. Urology - - Surgery, Ann. Surg., 154: 125 1,961.
Página: 125

Harkins, Henry N., et al. Principios y práctica de Cirugía Trad. por Roberto Folch Fabrè, et al, 2 Ed. México. - Interamericana 1965. pp 1125-1127.

Br.

Walter Antonio Reyes Arévalo

Asesor.

Dr. W. Reyes Arévalo

Director de Fase III

Director Nulif

Dr.

Revisor.

Dr. Gustavo A. Cama

Dr.

Secretario

Dr. Raúl A. Castillo R.

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo