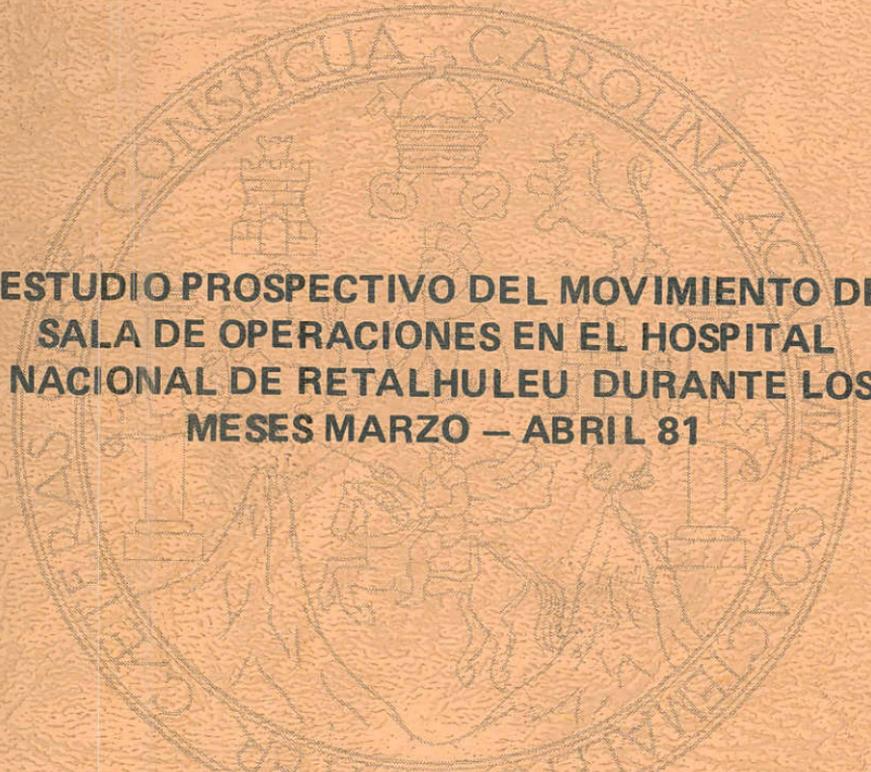


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.**



**ESTUDIO PROSPECTIVO DEL MOVIMIENTO DE  
SALA DE OPERACIONES EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE RETALHULEU DURANTE LOS  
MESES MARZO – ABRIL 81**

**ADOLFO E. LOPEZ CALDERON**

I.	INTRODUCCION .....	1
II.	DEFINICION DE TERMINOS.....	2
III.	GENERALIDADES .....	5
	1- HERNIAS .....	5
	a) Definición	
	b) Anatomía	
	c) Clasificación	
	d) Diagnóstico	
	e) Tratamiento	
	2- ESTERILIZACION QUIRURGICA.....	10
	a) Definición	
	b) Indicaciones	
	c) Procedimientos Quirúrgicos	
	d) Técnicas de Reimplantación de la Trompa	
	3- OPERACION CESAREA .....	12
	a) Definición	
	b) Historia	
	c) Técnica Quirúrgica	
	d) Indicaciones de Cesárea	
V.	ANTECEDENTES.....	20
	OBJETIVOS.....	21
I.	MATERIAL Y METODOS.....	22
II.	RESULTADOS .....	23
	1- Edades	
	2- Sexo	
	3- Procedencia	
	4- Tipo de Anestesia	

- 5- Ocupación
- 6- Tipo Anatómico
- 7- Técnica Operatoria
- 8- Diagnósticos clínicos con tratamientos quirúrgicos
- 9- Diagnósticos quirúrgicos

VIII.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	3
IX.	CONCLUSIONES.....	3
X.	RECOMENDACIONES.....	3
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	3
XII.	ANEXO.....	3

El presente trabajo de tésis titulado "ESTUDIO PROSPECTIVO DEL MOVIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU EN LOS MESES MARZO-ABRIL DE 1981", es un estudio de 100 casos de pacientes con tratamiento quirúrgico ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu, que permite hacer un análisis de las causas que predisponen y originan este tipo de tratamiento (quirúrgico) y el que con mayor frecuencia se presenta.

Sabemos que el tratamiento quirúrgico es uno de los procedimientos que hacen los cirujanos a diario en todos los hospitales, tomando en cuenta las indicaciones y las urgencias que hay para tomar la decisión de dicho procedimiento.

En este estudio damos a conocer la incidencia de pacientes que acuden al Hospital Nacional de Retalhuleu (HNR), como la clase de cirugía que alcanza mayor porcentaje.

En la actualidad nos desenvolvemos en una sociedad con un índice de analfabetismo elevado, costumbres y creencias que hacen que la atención médica no sea satisfactoria; por ello se le debe instruir y capacitar para poder lograr un máximo de beneficios. Debemos por lo tanto, considerar la importancia que tiene para todos el tratamiento quirúrgico.

la investigación del problema del cual nos ocupamos.

## II. DEFINICION DE TERMINOS

ANESTESIA: Privación total o parcial de la sensibilidad general, especialmente la sensibilidad táctil, por alteraciones morbosas o provocadas artificialmente.

ANESTESIA GENERAL: La que afecta todo el cuerpo.

ANESTESIA LOCAL: O por infiltración, producida por la inyección de soluciones diluídas de Cocaína, Eucaina, Morfina, solución salina, etc., debajo de la piel.

ANESTESIA RAQUIDEA: Raquiespinal. Infiltración de soluciones diluídas en el canal medular.

ANEXOS: Apéndices o partes adjuntas al útero, las trompas, los ligamentos anchos y demás partes del aparato sexual femenino que están inmediatos al útero.

APENDICITIS: Inflamación aguda o crónica de la apéndice cecal, con reacción peritoneal más o menos intensa.

APENDICECTOMIA: Extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme.

CIRUGIA: Rama de la medicina que trata de las enfermedades y accidentes, totalmente o en parte, por

procedimientos manuales y operatorios.

CIRUGIA MAYOR: Relativa a las operaciones más importantes peligrosas.

CIRUGIA MENOR: O ministrante; la relativa a las operaciones y procedimientos de menor importancia.

CIRUGIA ABDOMINAL: Cirugía de las vísceras del abdomen.

CIRUGIA GINECOLOGICA: Cirugía de los órganos genitales femeninos contenidos en la pelvis.

CIRUGIA OBSTETRICA: Cirugía que trata de la resolución de la gestación del parto.

CIRUGIA ORTOPEDICA: Rama de la cirugía que trata de la corrección de deformidades.

CESAREA: Operación o sección cesárea; liberación del feto por la sección de las paredes abdominal y uterina.

DIAGNOSTICO: Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fundado exclusivamente en los síntomas manifestados por el enfermo.

ETAREO: Referente a edad. Grupo etáreo: grupo de edades.

HERNIA: Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano a través de una abertura natural o accidental.

HERNIOPLASTIA: Operación plástica para la cura radical de la hernia.

LAPARATOMIA EXPLORADORA: Incisión quirúrgica por el flanco, con objeto diagnóstico.

MULTIPARIDAD: Cualidad. Multípara: mujer que ha parido varias veces.

OPERACION: Acto quirúrgico, especialmente practicado con instrumentos y siguiendo una técnica como método más o menos definido.

ORTOPEDIA: Corrección quirúrgica y mecánica de las desviaciones y deformaciones en general.

POMEROY: Técnica quirúrgica que consiste en ligar y cortar las trompas de falopio.

PROLAPSO: Caída, salida, procedencia de una parte o víscera.

GENITAL: Descenso del útero a la vagina hasta salir a veces, fuera de la vulva.

QUIRURGICO: Adjetivo relativo a cirugía.

QUISTE: Tumor formado por un saco cerrado normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o una substancia semisólida.

TRAUMATISMO: Término general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior. Estado del organismo afecto de una herida o contusión grave.

TUMORES: Tumefacción o hinchazón morbosa. Neoplasia masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica que crece independientemente de los tejidos próximos.

UROGENITAL: Relativo o perteneciente a los aparatos urinario y genital.

UTERO: Matriz . Organó de generación femenino destinado a recibir el óvulo fecundado , a conservar y nutrir el producto de la concepción y expulsarlo en tiempo oportuno. Es un órgano hueco y muscular en forma de pera aplanada de 7 a 8 cms. de longitud. Uterino, lo que se refiere al útero.

### III. GENERALIDADES

#### - HERNIAS:

##### a) Definición:

Es la protrusión del contenido normal de una cavidad a través de las capas aponeuróticas y musculares que forman la pared de dicha cavidad.

#### - CAPAS DE LA PARED ABDOMINAL:

- Piel
- Grasa (panículo abdominal)
- Aponeurosis de Scarpa
- Aponeurosis y músculo (oblicuo mayor)
- Conducto inguinal, músculo (oblicuo menor) y cordón espermático

- Aponeurosis y músculo transverso abdominal
- Fascia transversalis
- Grasa (grasa pre-peritoneal)
- Peritoneo

b) Clasificación:

- HERNIA INGUINAL INDIRECTA:

Es la hernia que sale a nivel del anillo inguinal profundo por fuera de los vasos epigástricos y se debe a la debilidad del anillo. Son las más frecuentes en lactantes y niños, según la longitud del infundíbulo vaginal permeable, la hernia inguinal indirecta puede quedar en el conducto inguinal o salir por el anillo superficial, incluso introducirse al escroto.

Todas las hernias inguinales indirectas dependen de la persistencia del conducto peritoneovaginal a través del anillo inguinal abdominal y en distancia variable, a lo largo del trayecto del cordón espermático. Sin embargo, no existe una hernia hasta que algo (epiplón o víscera) penetra hacia este saco preformado.

Todas las hernias inguinales indirectas empiezan como hernias pequeñas, con dilatación mínima del anillo inguinal abdominal. Si la hernia se re-

para poco después de aparecer el anillo inguinal abdominal ligeramente dilatado recupera sus dimensiones normales con unos cuantos puntos de sutura. La longitud del saco herniario no tiene importancia; es la dilatación del anillo inguinal abdominal aponeurótico la que crea problema; incluye solamente la capa del transverso abdominal.

Si una pequeña hernia inguinal indirecta no se repara y pasan los años, el saco herniario irá aumentando y puede, incluso, llegar a ser una hernia por deslizamiento, pero el hecho patológicamente importante es la dilatación gradual del anillo inguinal abdominal.

La reparación temprana y adecuada de la pequeña hernia inguinal indirecta debe lograr una frecuencia mínima de recidivas; sin embargo, nuestra experiencia como la de otros autores, demuestran que tales recidivas existen.

Las recidivas, en la más favorable de todas las hernias para reparación, tienen tres causas:

- 1- La hernia inadvertida. Dejar pasarla sin descubrirla; una hernia concomitante directa o crural;
- 2- Dejar pasar inadvertida una pared inguinal posterior débil, que es una hernia inguinal incipiente y acabará presentándose como una hernia inguinal directa, aunque pueden transcurrir años;

3- Cierre inadecuado del anillo inguinal abdominal.

- HERNIA INGUINAL DIRECTA:

Es la hernia que sale a nivel del anillo inguinal profundo por dentro de los vasos epigástricos y se debe a debilidad de la pared inguinal posterior. Aunque puede depender de traumatismo directo o transmitido por episodios repetidos de aumentos de presión intraabdominal, el factor predisponente de mayor importancia es la deficiencia congénita de las fibras aponeuróticas del músculo transversal abdominal.

Hay muchas variaciones normales en el número de fibras aponeuróticas de la pared inguinal posterior. El paciente con una lámina aponeurótica resistente nunca desarrollará una hernia inguinal directa a menos que la zona sea perforada por un traumatismo. El paciente con fibras aponeuróticas dispersas o ausentes en la pared abdominal posterior desarrollará hernia inguinal directa si hace un gran esfuerzo, por ejemplo, al levantar un gran peso, con tos crónica o por aumento de la presión intra-abdominal de cualquier causa.

Aunque a veces se observa una hernia inguinal directa diverticular con cuello delgado, la mayor parte de hernias inguinales directas representan una protrusión difusa de la pared inguinal posterior.

- HERNIA CRURAL:

La hernia crural también es una capa del transverso abdominal. El mecanismo de su desarrollo y el fundamento de su reparación con base en principios anatómicos adecuados son poco conocidos por la mayor parte de los cirujanos.

En nuestra serie, la mayoría de los pacientes de hernia crural eran del sexo femenino, y de ellas, las tres cuartas partes habían tenido uno o más embarazos (1259).

c) Diagnóstico:

Las hernias se diagnostican por exploración física más que por interrogatorio.

La exploración comprende:

- Observación de la ingle buscando una masa cuando el paciente pone en tensión los músculos del abdomen, de preferencia en inspiración fija.
- Repetición de la maniobra anterior introduciendo el índice en el anillo superficial para palpar masas o recibir una sensación de presión.
- Repetición de las maniobras después de acostarse el paciente.

d) Tratamiento:

Para el tratamiento de las hernias se -

an estipulado cuatro tipos de reparaciones:

- Ligadura alta del saco herniario (I)
- Tipo I más reforzamiento del anillo inguinal profundo (II)
- Tipo I y II más plicatura y reforzamiento de la fascia transversalis hacia la cintilla ilio-púbica intermedia (III)
- Tipo Mayo, uso de prótesis (IV)

- ESTERILIZACION QUIRURGICA:

a) Definición:

Es una operación que tiene por objeto suprimir la acción reproductiva.

A. INDICACIONES:

Las indicaciones de esterilización quirúrgica femenina son:

- a) Neurosiquiátricos: debilidad mental, esquizofrenias avanzadas, epilepsia severa.
- b) Médicos: discracias sanguíneas familiares, cardiopatías, nefropatías avanzadas, diabetes mellitus severa, leucemias crónicas, neurofibromatosis.
- c) Sensibilización anti Rh, anormalidades uterinas que no pueden corregirse, multiparidad.

B. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

La esterilización quirúrgica puede realizarse

por: oforectomía, salpingectomía bilateral, histe-  
rectomía o interrupción tubarical (salpingectomía -  
parcial) tipo:

- a) Pomeroy
- b) Irving
- c) Uchida
- d) Madlener
- e) Laparoscopía:
  - 1) Cauterización
  - 2) Anillo de silastic
  - 3) Clip

Técnica de Pomeroy: Es un procedimiento qui-  
rúrgico que consiste en una minilaparatomía en don-  
de se ligan las trompas a nivel del tercio distal,  
generalmente se usa en post-parto.

Anillo o Banda de Silastic: Mide 2mm. de espe-  
sor, su diámetro interno mide 1mm. y el externo 3.6  
mm. y se coloca a 2 o 3 centímetros de la trompa.

Clip: Mide de 1 a 1-1/2 cms., la finalidad es  
hacer una prensa en la trompa. Se coloca a 0.5 cms.  
de la trompa. Actualmente se emplean técnicas para  
revertir o rehacer la canalización y poder permitir  
nuevamente la concepción... Con porcentajes de éxi-  
tos aún no bien definidos, por lo que a continua -  
ción los mencionaremos.

Técnicas para reimplantación de la trompa:

- a) Técnica Shirorka: con esta se ha logrado

un índice de embarazo de 50-70%.

- b) Anastomosis Itsmíco ampular: tiene un índice de embarazo de un 20-40%.
- c) Anastomosis Itsmíco-Itsmíco.

En todas las pacientes a quienes se les permeabiliza las trompas están aumentando el índice de embarazo ectópico.

### 3. - OPERACION CESAREA:

#### Definición:

Por cesárea se comprende la entrega de un niño con vida por medio de una incisión realizada en la pared anterior del abdomen y como base primordial incidir también el útero (histerectomía), ya que el término cesárea no es aplicable a la operación efectuada para extraer de la cavidad abdominal un niño.

#### Historia:

La operación cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de las que se tiene conocimiento, a pesar de esto no es sabido a ciencia cierta cuando fue realizada por primera vez esta operación, aunque algunos historiadores se atreven a hacer referencias de personajes que nacieron por esta vía; así vemos que Plinio indica que Escipión el Africano (el vencedor de Aníbal), Marcio y Julio nacieron así. Respecto a Julio César, Plinio añade -

que fue por esta circunstancia de donde surgió el sobrenombre (Cesárea), razón también por la cual los romanos daban el nombre de cesones a los individuos venidos al mundo por esta operación.

Lo anterior es un error obvio, ya que hasta el siglo XVII el pronóstico de esta operación fue fatal, efectuándose la misma únicamente cuando la madre había muerto y es sabido que la madre de Julio César vi vió después del nacimiento por muchos años.

Se tienen citas de que la primera cesárea efectuada en una mujer viva fue realizada en el año 1500 por Jacob Nuffer, de origen alemán, quien operó a su esposa después de haber sido desahuciada; este dato también es de ponerlo en duda, ya que las mismas citas refieren que no sólo logró que su mujer sobreviviera (lo cual de por sí era un milagro) sino que, además, la mujer pudo dar a luz dos niños más después de la operación por partos normales, en un tiempo en que se desconocía la sutura de la herida uterina produ cida por la cesárea.

Es hasta mediados del siglo XVII en que aparecen trabajos clásicos del obstetra francés Francois Moriceau, haciendo referencias que la intervención era realizada in vivo sólo en casos raros y desesperados con pronóstico por lo general, mortal.

En Centro América el primero en realizar la operación cesárea fue el Dr. Eligio Baca, cirujano guate malteco, en el mes de diciembre de 1871; fue hasta el

mes de septiembre de 1905 que el Dr. Juan José Ortega, en el Hospital General San Juan de Dios, realizó nuevamente esta operación obteniendo un éxito completo.

Este procedimiento que en épocas pasadas era de pronóstico fatal pasa a la actualidad a ser uno de los más inócuos, gracias a la innovación de nuevas técnicas quirúrgicas, así como el empleo oportuno de antibióticos modernos y transfusiones sanguíneas, evitando de esta forma dos de las complicaciones más frecuentes, tal es el caso de las infecciones post-operatorias y las hemorragias profusas, llegando a producir shock o anemias severas.

#### Técnica Quirúrgica:

En la época actual la técnica usada es la cesárea segmentaria transperitoneal, siendo hasta la fecha la más inócua; la cesárea extraperitoneal en la actualidad no tiene justificación y la cesárea corpórea o clásica se reserva para casos muy especiales. A continuación describimos la técnica más común (segmentaria --- transperitoneal).

La preparación de la paciente exige recurrir a algunos sedantes (evitando morfina y barbitúricos), se afeita el monte de venus, luego hay que evacuar la vejiga con una sonda intravesical, evitando así un traumatismo durante el acto operatorio.

### Incisión de la pared:

Las incisiones que se pueden practicar son de dos tipos: la mediana infra-umbilical y la transversal o de Pfannestiel.

#### a) Mediana infra-umbilical:

Luego de realizar asepsia rigurosa, se efectúa una incisión abdominal de 12 a 15 centímetros de longitud, interesando piel y celular subcutáneo, esta incisión se extiende inmediatamente debajo del ombligo hasta por encima del pubis, se ligan únicamente los vasos más importantes a fin de no perder tiempo y liberar al feto del efecto de la anestesia, lo antes posible. Se hace un ojal en la aponeurosis de los músculos rectos anteriores, en los bordes se colocan pinzas de Kelly, se procede a abrir con tijeras de disección; para la apertura del peritoneo se realiza un ojal con bisturí en el punto superior de la incisión, luego con tijeras se abre en forma vertical, teniendo cuidado de no lesionar la vejiga.

#### b) Incisión transversal o de Pfannestiel:

La incisión se practica en el surco suprasinfisario siguiendo una trayectoria arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se seccionan muchos vasos. La abertura de la aponeurosis se hará también transversalmente, después de la cual se separará de los músculos rectos y piramidales disecando en forma roma hacia arriba y hacia

abajo, en cambio, la línea alba, que se hallará en el centro del campo operatorio se seccionará con tijeras en dirección al ombligo y al pubis; la apertura del peritoneo se realiza siguiendo la misma técnica que para la incisión longitudinal.

Una vez en la cavidad abdominal (con cualquiera de las dos incisiones), se colocan en los bordes compresas de gasa; para una mejor exposición del campo operatorio se coloca separador de Balfour y una valva suprapúbica; se introduce un rodillo o compresa aisladora evitando así contaminación de los órganos abdominales con el líquido amniótico, sangre, meconio, etc.

Procedemos a incidir el peritoneo uterino y desprender la vejiga, para lo cual reconocemos el fondo del saco vesi-uterino y hacemos un ojal un centímetro más arriba y por el seccionamos transversalmente, aproximadamente 12 centímetros. Luego efectuamos dissección roma del mismo; en el colgajo inferior se aplica la valva suprapúbica protegiendo así la vejiga urinaria.

Se secciona el músculo uterino a nivel del segmento inferior con incisión transversal (Munro Kerr); se efectúa un ojal con bisturí unos cuatro centímetros por encima de la vejiga, se introducen ambos dedos índices y se separan las fibras por devulsión, se retira la valva y el ayudante con aspirador eléctrico, aspira líquido amniótico, meconio, sangre, etc.

Antes de proceder a la extracción del feto, se retiran los separadores evitando así la obstrucción. Para extraer al niño se introduce la mano entre el puis y la cabeza, se lleva el occipital hacia adelante y se extrae la cabeza por deflexión. En las presentaciones podálicas y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Moriceau. Se inyecta en ese momento oxitocina (5 U.I) o derivados del cornezuelo de centeno (ergobasina o ergonovina 0.2 a 0.4 mg) , directamente en el músculo uterino, disminuyendo de esta manera la hemorragia y acelerando el alumbramiento.

El alumbramiento se realiza traccionando el cordón y presionando el fondo del útero; de fracasar esta maniobra, se efectúa el alumbramiento manual; hay que cerciorarse que tanto los cotiledones como las membranas salgan completas.

Se colocan pinzas de anillos a los bordes de la herida, el ayudante continúa usando el aspirador.

Se vuelven a colocar los separadores y la valvula para tener mejor campo. El segmento se sutura en dos planos con catgut crómico 0 ó 1. El primero con sutura continua y comprende el espesor de ambos laios musculares de la herida, con excepción de la musculosa. El segundo también músculo muscular invaginando del primero con sutura continua.

El cierre del peritoneo uterino se realiza con catgut 0 simple; se retiran las compresas y el rodillo y se cierra el peritoneo parietal también con catgut 0 simple (puntos continuos); la fascia de los músculos rectos anteriores se cierra con algodón 10 (puntos separados), luego celular subcutáneo con catgut simple y por último piel con algodón o seda.

Terminada la operación, se exprime el útero a través de la pared abdominal, para extraer los coágulos que puedan tener.

#### Indicaciones de Cesárea:

Las indicaciones de cesárea se clasifican en:

Absolutas o relativas; electivas o de urgencia;

Las cesáreas absolutas son aquellas cuya indicación no puede ponerse en discusión, siendo esta la única forma de resolver el embarazo, tal es el caso de la estrechez pélvica infranqueable por un niño a término y los tumores previos que obstruyen el canal del parto incluyendo el cáncer del cuello; las otras indicaciones son relativas.

Las cesáreas electivas son aquellas en que la indicación se puede preveer con anticipación y por tal motivo la operación puede planearse como cualquier otra intervención.

A continuación enumeramos las indicaciones más frecuentes según literatura:

- 1- Desproporción céfalo pélvica
- 2- Sufrimiento fetal agudo
- 3- Distocias de presentación y situación
- 4- Toxemias fulminantes (pre-eclampsia progresiva o eclampsia)
- 5- Primigesta en podálica
- 6- Embarazo gemelar, cuando:
  - a) Primer feto en podálica
  - b) Primer feto en transversa
- 7- Prolapso o procúbito del cordón
- 8- Ruptura uterina
- 9- Problema de partes blandas:
  - a) Anomalías congénitas
  - b) Cáncer del cervix
- 10- Tumores pélvicos que obstruyen el canal del parto
- 11- Desprendimiento prematuro de placenta
- 12- Placenta previa
- 13- Anomalías uterinas:
  - a) Utero doble: cuando uno funciona como tumor previo
  - b) Tumores uterinos (leiomiomas)
- 14- Cisto-recto celes reparados
- 15- Aborto habitual por incompetencia del cuello, cuando éste está corregido

6- Problemas pélvicos:

a) Pelvis asimétrica

b) Raquitismo

7- Madre muerta con feto vivo

8- Ruptura prematura de membranas

9- Trabajo de parto prolongado con agotamiento materno.

#### IV. ANTECEDENTES

Se ha prestado poca atención a los problemas que se resuelven con tratamiento quirúrgico, siendo estos unos en los que con mayor frecuencia se pone en juego la vida del ser humano.

En el año de 1977 se realizó un estudio similar al presente el Hospital Nacional de Sololá, con la única diferencia que es retrospectivo, habiéndose encontrado entre otros, los siguientes datos:

El grupo etario más afectado es el comprendido entre 15 a 40 años edad: 65.58%.

El sexo más afectado fue el femenino: 60.99%

El tipo de anestesia más frecuentemente usado fue la general: 47.99%.

El diagnóstico ginecológico más frecuente fue "Multiparidad": 38.70%

El diagnóstico clínico de patología abdominal más frecuente fue el de Hernias: 63.84%.

Las causas de diagnóstico obstréctico que ameritaron cirugía más frecuentes fueron correspondientes al grupo de "Distosias": 98.14%.

La operación abdominal más frecuente fue la Hernioplastía: 57.77%.

El procedimiento quirúrgico ginecológico más frecuente fue el de Pomeroy: 46.66%.

El procedimiento obstétrico más predominante fue la Cesárea Segmentaria Transperitoneal: 99.20%.

#### OBJETIVOS

Dar a conocer los diferentes tipos de patologías de tratamiento quirúrgico presentados en el Hospital Nacional de Retalhuleu (HNR).

Dar a conocer el tipo de incisión efectuada en cada procedimiento quirúrgico.

Dar a conocer las indicaciones de tratamiento quirúrgicos de cada tipo de patología.

Determinar qué grupo etario es el que tiene mayor incidencia en Cirugía de los pacientes internados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

Determinar qué sexo es el que tiene mayor predisposición para la intervención quirúrgica en Hospital Nacional de Retalhuleu.

Conocer qué tipo de tratamiento quirúrgico es el

que con mayor frecuencia se efectuó en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

## MATERIAL Y METODOS

MATERIAL: El presente estudio se realizó con pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

### RECURSOS MATERIALES:

Hospital Nacional de Retalhuleu;  
Servicios de Cirugía (hombres, mujeres), Maternidad y Pediatría;  
Departamento de Radiología del Hospital Nacional de Retalhuleu;  
Historias clínicas de los pacientes;  
Literatura mundial.

### RECURSOS HUMANOS:

Pacientes del Hospital Nacional de Retalhuleu;  
Médicos Jefes de los Servicios mencionados;  
Médicos Residentes y Médicos Internos de los Servicios mencionados;  
Personal de Enfermería y Laboratorio;  
Personal de Radiología del Hospital Nacional de Retalhuleu.

METODO:

Para la realización del siguiente estudio se hizo una ficha adicional por cada paciente y se tabularon los datos de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, ocupación, diagnósticos clínicos con tratamiento quirúrgico y tratamientos quirúrgicos efectuados.

Se analizaron los datos de cada uno de estos aspectos para sacar de ellos el mejor provecho posible.

PROCEDIMIENTOS:

- a) Coloración de Gram      b) Cultivos

VII. RESULTADOS1. EDAD

Se presenta la distribución de pacientes por grupos etarios con tratamiento quirúrgico ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu durante los meses de marzo-abril, 1981.

CUADRO No. 1

Grupos Etarios	Meses Marzo-Abril 1981
De 0 a 9 años	10
De 10 a 19 años	16
De 20 a 29 años	23
De 30 a 39 años	21
De 40 a 49 años	8
De 50 a 59 años	3
De 60 a más años	18
T O T A L	100

SEXOCUADRO No. 2

Se muestra la relación entre los diferentes sexos de los pacientes en estudio en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

SEXO	Marzo - Abril 1981	
	No.	%
Masculino	35	35
Femenino	65	65
T O T A L	100	100%

3. PROCEDENCIACUADRO No.3

Muestra la relación entre las áreas de procedencia de los pacientes en estudio en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

PROCEDENCIA	No.
Urbana	23
Rural	77
T O T A L	100

4. TIPO DE ANESTESIACUADRO No. 4

Muestra el tipo de anestesia utilizada en los diferentes tratamientos quirúrgicos en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

ANESTESIA	No.
General	44
Raquídea	55
Local	1
T O T A L	100

OCUPACIONCUADRO No. 5

Muestra la diferente ocupación de los pacientes con tratamiento quirúrgico ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

OCUPACION	No.
Agricultores	23
Oficios domésticos	57
Estudiantes	3
Tractoristas	1
Impuber. (niños)	16
T O T A L	100

SITIO ANATOMICO

Presentación de la frecuencia con que fueron afectados los diferentes sitios anatómicos de los pacientes en estudio en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO No.6

SITIO ANATOMICO	No.
Abdomen	75
Genitales Femeninos	11
Miembros Superiores	5
Miembros Inferiores	5
Genitales Masculinos	3
Cráneo	1
T O T A L	100

TECNICA OPERATORIACUADRO No. 7

TECNICAS OPERATORIAS	No.
amediana derecha	8
amediana izquierda	3
amediana femoral derecha	1
diana supraumbilical	11
diana infraumbilical	33
lícua sobre la línea inguinal	12
c. en Boca de Pescado	1
cki modificada	3
bcostal derecha	3
rcular longitudinal	1
ras	26
T O T A L	100

DIAGNOSTICOS CLINICOS CON TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CUADRO No. 8

Muestra los diagnósticos clínicos que fueron sueltos por cirugía abdominal en pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

DIAGNOSTICO CLINICO	No.
Hernias	15
Gastrointestinales	9
Tumores	7
Vías Biliares	6
T O T A L	37

CUADRO No. 9

Muestra los diagnósticos clínicos que fueron sueltos por cirugía ginecológica en pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

DIAGNOSTICO CLINICO	No.
Multiparidad	5
Prolapso genital	10
T O T A L	15

CUADRO No. 10

Muestra los diagnósticos clínicos que fueron resueltos por cirugía obstétrica en pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

DIAGNOSTICOS CLINICOS	No.
Distosias	25
Cesárea anterior	2
T O T A L	27

CUADRO No. 11

Presenta los diagnósticos clínicos que fueron resueltos por cirugía específica en pacientes internados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

DIAGNOSTICO CLINICO	No.
Ortopedia traumática	3
Heridas	5
Otras lesiones	13
T O T A L	21

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS

Muestra los diferentes tratamientos quirúrgicos efectuados en pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

Procedimiento Quirúrgico	Abdominal	Ginec.	Obst.	No. Espec.
Hernioplastias	15			
Laparatomía exploradora	20			
Cesárea Seg. Transper.			26	
Colecistectomías	6			
Pomeroy		5		
Apendicectomías	4			
Cesárea Seg. Corpórea			1	
Histerectomías		10		
Reducción Cruenta				3
Resección de quistes	3			
Sutura de herida				3
Cierre por segunda intervención				2
T O T A L	48	15	27	8

## II. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con estos datos encontramos que el grupo etario mayor afectado es el comprendido entre las edades de 20 a 29 años o sea los que están pasando la segunda década de la vida. Resulta también que el sexo más afectado fue el sexo femenino, en un 65%, dato que viene a ser similar al presentado por Raúl Trinidad González Blanco, en el Hospital Nacional de Sololá en 1977, el cual fue de un 60.99%.

La procedencia de la mayoría de los pacientes fue del área rural, siendo el 77%, esto debido a que al Hospital acude más gente de escasos recursos económicos y estos por lo general son del área rural.

La anestesia que más se utilizó fue la raquídea, constituyendo ésta un 55%, debido a que el mayor porcentaje de cirugía la constituyeron las cesáreas, ernioplastías y pomeroy.

El 57% de los pacientes ingresados tenían por ocupación oficios domésticos y un 23% eran agricultores. Estos son los dos tipos de ocupación que alcanzaron el mayor porcentaje y creo que se debe a que nuestro país cuenta con un alto porcentaje de analfabetos y gente de escasos recursos económicos.

El sitio anatómico mayor afectado fue el abdomen, constituyendo el 75%, ya que debemos tomar en cuenta que es uno de los lugares que mayores patologías presenta.

La técnica operatoria que alcanzó mayor porcentaje fue la mediana infraumbilical (33%), debido a que las cesáreas constituyeron el más alto porcentaje.

En el presente estudio se encontró que el diagnóstico clínico más común fue el de DISTOSIAS (25%), seguido por HERNIAS (15%), y PROLAPSOS GENITALES (10%), constituyendo estos diagnósticos clínicos los que alcanzaron mayor porcentaje en dicho estudio.

Como dato interesante se encontró que el 48% fue cirugía abdominal, el 15% fue cirugía ginecológica, el 27% es cirugía obstétrica y un 8% fue cirugía no específica, dato con el cual estamos dando a conocer la incidencia de procedimiento quirúrgico por sitio anatómico efectuado en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

IX. CONCLUSIONES

- 1- La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos que alcanzan el mayor porcentaje en nuestro medio.
- 2- El grupo etáreo más propenso a recibir tratamiento quirúrgico fue el de 20 a 29 años.
- 3- El sexo más afectado fue el sexo femenino: 65%.
- 4- El tipo de anestesia más frecuentemente usado fue la raquídea: 55%.
- 5- El 77% lo constituyen pacientes del área rural.
- 6- El 57% de los pacientes está dedicado a oficios domésticos y un 23% son agricultores.
- 7- El sitio anatómico más afectado es el abdomen, correspondiéndole el 75%.
- 8- La técnica operatoria más empleada es la media infraumbilical, correspondiéndole el 33%.
- 9- El diagnóstico abdominal más frecuente es el de Hernias, 40.54% .

- 10- El diagnóstico ginecológico más frecuente es el de prolapso genital: 66.66%.
- 11- El diagnóstico obstétrico más frecuente es el de distosias: 92.59%.
- 12- El tratamiento quirúrgico mayor efectuado fue el abdominal.

X. RECOMENDACIONES.

- 1- Crear un libro de Registro de Sala de Operaciones para llevar un control de pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- 2- Considerando que la cirugía ocupa un lugar de primer orden en el Hospital, es necesario que se habilite una plaza para un médico residente en Anestesiología.
- 3- Exigir al médico interno que efectúe un record operatorio lo mejor posible.
- 4- Establecer que las órdenes post-operatorias sean escritas por el Médico Interno.
- 5- Tratar de establecer las operaciones que son de suma urgencia y las que se pueden hacer en forma electiva.

BIBLIOGRAFIA

"Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". Editorial Salvat, S. A., Barcelona , Décima Edición, 1972.

Sabiston, "Tratado de Patología Quirúrgica" Editorial Interamericana, Décima Edición 1903-114, 1976.

Schwarcz "Obstetricia". El Ateneo Editorial, Buenos Aires, Tercera Edición, 1977.

Wilson, "Manual de Cirugía", Editorial Manual Moderno, S. A. México 11, D. F. Tercera Edición, 1975.

Harkins, "Principios y Práctica de Cirugía", Editorial Interamericana, S. A. México, 4ta. Edición, 1972.

Surós, J. "Semiología Médica y Técnica Exploratoria", Editorial Salvat, S. A. Barcelona, 5a. Edición, 1975.

González Blanco, Raúl Trinidad. " Análisis y Revisión Retrospectiva de Diagnósticos Clínicos y Procedimientos Quirúrgicos en el Hospital

Nacional de Sololá". Trabajo de Tesis de la Facultad de C.C.M.M Guatemala, Noviembre de 1977.

- 8- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, "Cirugía de las Hernias". Editorial Interamericana, Diciembre 1971, Pag: 1249 a 1261.

Marzo-Abril

XII- ANEXO

Nombre: \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

Tiempo de Evolución: \_\_\_\_\_

Ex. Quirúrgico: \_\_\_\_\_ Sitio Anatómico: \_\_\_\_\_

Técnica Operatoria: \_\_\_\_\_

Anestesia: (tipo) \_\_\_\_\_ Anestésico: \_\_\_\_\_

Período Transoperatorio: \_\_\_\_\_

Ex. Postoperatorio: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

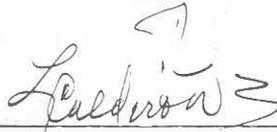
Tipo y clase de sutura: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

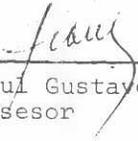
Complicaciones: por: (infección) \_\_\_\_\_

(Otras causas:) \_\_\_\_\_

Br.

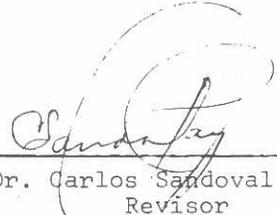


Adolfo E. López Calderon



---

Dr. Raúl Gustavo Lima  
Asesor



---

Dr. Carlos Sandoval Paiz  
Revisor



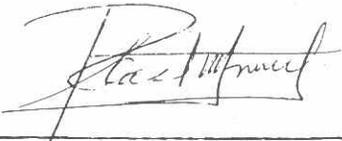
---

Director de Fase III



---

Dr. Raúl Castillo Rodas  
Secretario



---

Dr. Rolando Castillo Montalvo  
Decano