

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**Cirugía Mayor Electiva y de Urgencia en  
el Centro de Salud de Chalatenango**  
(EN UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

**GODOFREDO RENDEROS MERINO**

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

DICIEMBRE DE 1966



+  
617  
R 397c  
1964  
F. med.  
U.S.

47285

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124772

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

*Rector:*

*DR. RAFAEL ANTONIO VASQUEZ*

*Secretario General:*

*DR. MARIO FLORES MACAL*

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

*Decano Int.:*

*DR. ALEJANDRO GAMERO ORELLANA*

*Secretario:*

*DR. ENRIQUE MUYSHONDT C.*

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO.

*CLINICA OBSTETRICA*

*Presidente: Dr. Tomás Mariano Cáceres*

*Primer Vocal: Dr. Ricardo J. Burgos*

*Segundo Vocal: Dr. J. Alberto Escobar*

*CLINICA MEDICA*

*Presidente: Dr. José Benjamín Mancía*

*Primer Vocal: Dr. Miguel A. Parada Castro*

*Segundo Vocal: Dr. Fernando Villalobos*

*CLINICA QUIRURGICA*

*Presidente: Dr. Carlos González Bonilla*

*Primer Vocal: Dr. Fernando Alvarado Piza*

*Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana*

JURADO DE TESIS

*Presidente:* Dr. Alejandro Gamero Orellana

*Primer Vocal:* Dr. Mario Reni Roldán

*Segundo Vocal:* Dr. Guillermo Rodríguez Pacas

DEDICATORIA:

*A mis Padres:*

*Luis Felipe Renderos*

*María Isaura Merino de Renderos*

*A mi Esposa:*

*Josefa del Carmen*

*A mi Hijo:*

*Alvaro Ernesto*

*A mis Hermanos:*

*Salvador Emigdio*

*Rosa Alicia*

*Guillermo*

*Sara Luz*

*A mis tíos y demás familia.*

*A mis amigos.*

AL ESTUDIANTE DE MEDICINA

*Dedicatoria especial:*

*Al colega amigo: Dr. Gustavo Mejía Duarté*

*A los dilectos Amigos: Dr. Rafael A. Figueroa*

*Dr. Humberto Reyes T.*

A G R A D E C I M I E N T O

AL DR. MARIO RENI ROLDAN

*Que me dirigió en la preparación del presente trabajo*

A MIS PROFESORES.

*EN ESPECIAL A NUESTRO QUERIDO MAESTRO DR. LUIS E. VASQUEZ.*

A LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA CONTRIBUYERON A LA  
REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

-----0-----

" La verdadera experiencia es la que conquista cada individuo con su propio vivir, su propio trabajo y su propia angustia. Esa es la experiencia que se asimila, la que verdaderamente sirve, una razón precisa para cada fracaso injustificado, un recurso de lucha para cada desfallecimiento ".

CIRUGIA MAYOR ELECTIVA Y DE URGENCIA EN EL

CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO

(EN UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL )

PLAN DE TRABAJO

- I - INTRODUCCION
  - a) - Consideraciones Generales
  - b) - Bosquejo histórico del Departamento de Chalatenango.
  - c) - Breve Resumen del Centro de Salud.
- II - MEDIOS QUIRURGICOS CON LOS QUE CONTAMOS EN SALA DE OPERACIONES DEL CENTRO DE SALUD.
- III - PROPOSITOS DE ESTE ESTUDIO Y SU IMPORTANCIA.
- IV - PRESENTACION DE CASOS
- V - ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS.
- VI - ESTUDIOS BIOESTADISTICOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS PRACTICADAS DEL 17 DE AGOSTO 1964 AL 17 DE AGOSTO 1965.
- VII - DISCUSION
- VIII - RESUMEN Y CONCLUSIONES
- IX - RECOMENDACIONES
- X - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.



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

### a) CONSIDERACIONES GENERALES

*Al elaborar un trabajo de tesis, siempre he creído que debe reunir tres requisitos fundamentales: tener una importancia bajo un punto de vista Médico-social, científico y cultural.*

*Me he decidido por esta rama de la Medicina, para dar a conocer a los estudiantes de Medicina en general, próximos a iniciar su año de Servicio Social, los obstáculos con que uno tropieza para ejercer la práctica médico-quirúrgica con eficiencia, en los lugares más apartados del radio central.*

*A todos los compañeros que se inician en esta nueva etapa - de nuestra vida profesional, les comunico que el año de Servicio Social trae un cúmulo de conocimientos hasta ese momento desconocidos para nosotros. Es durante este tiempo cuando nos damos cuenta que todos los pormenores y hechos importantes vistos durante nuestros estudios, aquí adquieren su importancia capital, como es ponerlos en práctica.*

*He considerado que las autoridades directrices de Salud Pública, hacen muy bien en mandar al estudiante en su Servicio Social al medio rural. Primero porque es allí donde se enfrentan sin ningún disfraz la patología propia de nuestros habitantes; segundo, porque se tiene la oportunidad de juzgar y aplicar sus conocimientos bajo un punto de vista personal, sin más juez que los dictados de nuestra propia conciencia.*

*Los casos presentados en esta tesis, son intervenciones quirúrgicas practicadas personalmente durante mi Servicio Social ,*

colaborando algunas veces y recibiendo consejos prácticos de mi jefe Dr. Gustavo Mejía Duarte.

Valgan estas líneas como un agradecimiento sincero al personal médico-administrativo del Centro de Salud, por la gran ayuda prestada en la ardua labor desarrollada, durante este tiempo, pensando siempre que lo más importante para nosotros, es la cura o el alivio del enfermo que llega buscando nuestros servicios.

Con el deseo de dar a conocer el trabajo quirúrgico que se lleva a cabo en los Centros de Salud de la República, tomé la decisión de elaborar este trabajo de Tesis sobre "Cirugía Mayor Electiva y de Urgencia en el Centro de Salud de Chalatenango, durante un año de Servicio Social".

Deseo hacer notar que son innumerables las deficiencias con que nos enfrentamos, ya sea por falta de material quirúrgico o por deficiencia en el suministro de medicamentos, llamando la atención a las autoridades de Salud Pública, para que estas deficiencias sean tomadas en cuenta y salvadas en un futuro cercano, como un paso más para hacer efectiva la descentralización de nuestro primer Centro Médico Hospitalario y poder servir más cerca y rápidamente a nuestra población rural, ya que dotando a los Centros de Salud de medicamentos y equipo quirúrgico, se está descongestionando el enorme número de consultas de los Hospitales Centrales.

Es mi deseo que el presente estudio contribuya al mejor conocimiento de la patología clínica-quirúrgica, de nuestro paciente rural, sus obstáculos, sus deficiencias y lo que está humanamente posible hacer por ellos, si así lo fuere, habría llenado el principal papel que me inspiró para hacerlo.

En especial, dedico este trabajo a los compañeros próximos a iniciarse en esta nueva etapa de nuestra carrera, como mi experiencia en el Servicio Social.

b) BOSQUEJO HISTORICO DEL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO.

Orígenes y Etimología. Esta población fue fundada en tiempos inmemoriales de la época precolombina por tribus lenkas, pero a fines del siglo XV fué sometida por guerreros yaquis o pipiles procedentes de Cuscatlán.

Su nombre vernáculo es de origen náhuat y no poton, y proviene de chal, shal, arena; et, agua, río; y tenango, valle. Su etimología es, por lo tanto "valle de aguas y arenas".

Epoca Colonial. En 1550 Chalatenango tenía 600 habitantes.

El Alcalde mayor de San Salvador don Manuel de Gálvez Corral, dice que en 1740 San Juan Chalatenango tenía unos 125 habitantes, pues contaba con 25 indios tributarios o jefes de familia. Agrega que " es muy caliente y saludable ".

En 1770 según el arzobispo don Pedro Cortés y Larraz, Chalatenango era cabecera del curato de su mismo nombre, que comprendía como anejos a los pueblos de Arcatao, Concepción Quezaltepeque y Techonchogo (hoy San Miguel de las Mercedes), más 56 haciendas - con prósperos valles o aldeas.

"Chalatenango -dice monseñor- está situado sobre un monte de peña y piedras con mal piso. A la parte del poniente se descubre bastante llanura; pero a los demás rumbos todo es montañas y cerros pegados al pueblo, principalmente hacia el oriente y norte, pues no hay sino un laberinto de montañas muy elevadas, unas sobre otras".

El referido curato estaba a cargo del presbítero don Bernardo López, hombre ya anciano y baldado, que administraba la parroquia desde 1742. Se ayudaba de un coadjutor, el presbítero Lorenzo Armenteros, ministro laborioso y de buen juicio, quien actuaba como tal desde 1748.

La población de Chalatenango en 1770 era de 325 indios repartidos en 73 familias y de 250 españoles y ladinos distribuidos en 39 familias. Totales: 575 personas y 112 familias.

Informa también el señor arzobispo que todos los moradores del curato hablaban con exclusividad el idioma castellano y que en Chalatenango había una escuela donde un maestro español enseñaba a doce niños.

Al crearse la Intendencia de San Salvador en 1786, Chalatenango se erigió en cabecera del partido de igual denominación, pero nunca se le nombró sub-delegado de la Real Hacienda.

El geógrafo don Guillermo Dawson apunta que "Chalatenango era una población indígena mandada poblar de gente blanca en 1791, por el barón de Caradalet, Gobernador General del Reino ( de Guatemala ) en aquella época".

El 10. de noviembre de 1901 el corregidor intendente de San Salvador inauguró la "Feria de los Santos", que gozó de mucha nombradía en toda la América Central y fue la mas importante del país en el siglo pasado por las grandes contrataciones de añil y de ganado que se hacían en tal ocasión.

Según el corregidor intendente don Antonio Gutiérrez y Ulloa, en 1807 el partido de Chalatenango se gobernaba por alcaldes ordinarios que ejercían jurisdicción civil y ordinaria y contaba con receptoría de alcabalas, estafeta de correos y estancos de aguardiente.

El referido partido comprendía 4 pueblos de indios, 20 aldeas de ladinos, 34 haciendas y 40 ranchos con 500 españoles, 10.829 ladinos y 1.822 indios.

En lo religioso seguía siendo cabecera de curato, con los mismos pueblos anejos, teniendo como párroco al presbítero Francisco Xavier Martínez y como coadjutores a los presbíteros Luciano Alfaro y Alejo Coello.

Proceso de la Independencia. La población indígena y ladina de Chalatenango así como algunos criollos, abrazaron con júbilo la causa del Benemérito Padre de la Patria Centroamericana presbítero doctor José Matías Delgado, y secundaron brillantemente el primer Grito de Independencia.

No habiendo encontrado eco en la mayoría de los partidos de levantamiento glorioso de San Salvador, con fecha 18 de noviembre de 1811 los alcaldes ordinarios de Chalatenango don Dionisio Sáenz

de Ungo y don José García Machón, asesorados por el cura párroco presbítero Francisco Xavier Martínez, manifestaron al capitán general don José de Bustamante y Guerra lo siguiente:

"Esté seguro V.E. que aborrecemos y detestamos el modo de pensar y proceder de los novadores y agitadores de aquella desgraciada ciudad (de San Salvador), hallándonos resueltos, y los mismos estos honrados vecinos españoles, a derramar nuestra sangre defendiendo la justa causa". De nada sirvieron las persecuciones e intimidaciones subsiguientes, pues los chalatecos siguieron luchando por el advenimiento de la emancipación política en conexión con los próceres de la capital de la Intendencia.

De esta suerte, su vecindario secundó el segundo movimiento autonomista efectuado en San Salvador la noche del 24 al 25 de enero de 1814.

"El mismo pueblo -dice al capitán general el corregidor intendente don José María Peinado- que por la tarde se había manifestado devoto en una procesión de penitencia, al concluir ésta salió de su parroquia a comoverse contra la autoridad y los españoles".

Director de este movimiento independencista chalateco fue el alcalde indígena don Antonio Valle, quien fue capturado el 26 de enero de ese año por orden del intendente don José María Peinado y deportado al castillo de Omoa (Honduras). Allí murió víctima del paludismo

En octubre de 1816 los partidos de Chalatenango y Tejutla, con unos 12.500 habitantes, produjeron 1.500 zurrones de añil. Casi todos estos cosecheros eran pequeños propietarios y el montepío cobraba 4 pesos por zurón.

Título de Villa. El antiguo geógrafo don Guillermo Dawson dice que Chalatenango " en 1847 obtuvo el título de Villa "

El doctor Santiago Ignacio Barberena y los demás autores nacionales siguen a Dawson en esta referencia histórica.

Sin embargo, un historiador contemporáneo e intachable, don Alejandro Marure, dice en sus " Efemérides".

" 1831 (febrero 16). Se concede al pueblo de Chalatenango, --

en el Estado del Salvador, el título de villa ".

Esta gracia fué otorgada a Chalatenango en reconocimiento a los importantes servicios prestados por su vecindario en el proceso de la independencia y en la contienda armada de 1829 que culminó con el restablecimiento del orden constitucional en Centro América.

Sucesos Posteriores. Chalatenango perteneció al departamento de San Salvador del 12 de junio de 1824 al 22 de mayo de 1835.

En enero de 1832, enero de 1833 y mayo de 1834 se produjeron en esta villa varias revueltas provocadas por el cura párroco presbítero don Felipe Vides, implacable enemigo de las reformas liberales iniciadas por el general Francisco Morazán.

En enero de 1842 acaeció en esta villa otra revolución. Esta iba dirigida contra la administración del Licenciado Juan Lindo y provocada por los abusos de las mismas arbitrariedades cometidas contra los miembros de la Asamblea, del Senado y de la Corte Superior de Justicia.

En Julio de 1842 los vecinos de Chalatenango se pronunciaron en favor de la causa del ex-presidente federal general Francisco Morazán.

El general hondureño Manuel Quijano ocupó la plaza de Chalatenango el 25 de agosto de 1845, después de la derrota que ese día le infligió en Monterredondo el general salvadoreño Indalecio Cordero.

A consecuencia de una fiebre perniciosa, murió en Chalatenango el 10 de mayo de 1851 el general Francisco Ferrera, ex-presidente de Honduras. Ferrera fue un opositor sistemático de la administración liberal del general Francisco Morazán, quien lo derrotó en las memorables batallas de Espíritu Santo y San Pedro Perulapán (1839).

Chalatenango perteneció al departamento de Cuscatlán desde el 22 de mayo de 1835 hasta el 14 de febrero de 1855.

Cabecera Departamental. Los distritos de Chalatenango y Tejutla, separados del resto del país por la corriente impetuosa del río Lempa, se erigieron en departamento, con el nombre de Chalatenango, por Decreto Legislativo del 14 de febrero de 1855 expedido

durante la administración del coronel don José María San Martín.

Por esa misma ley se erigió en cabecera departamental la villa de Chalatenango.

El 13 de agosto de 1857, en la hacienda San Cristóbal, falleció víctima del cólera morbus el coronel don José María San Martín, ex-presidente del Estado.

El 29 de agosto de 1863 Chalatenango fué atacada por el coronel Juan Ponce, con gente de Tejutla, a favor del capitán general Gerardo Barrios y en contra del licenciado Francisco Dueñas. La defensa chalateca corrió a cargo del gobernador y comandante don José María Parrilla.

Título de Ciudad. Durante la administración del licenciado don Francisco Dueñas y por ley de 26 de enero de 1871, se otorgó a la villa de Chalatenango el título de ciudad.

En abril del mismo año fue atacada la joven ciudad por el general José María Rivas, como parte del plan revolucionario acaudillado por el mariscal de campo don Santiago González y destinado a derrumbar la administración conservadora del licenciado Francisco Dueñas. La defensa de la plaza estuvo a cargo del gobernador y comandante don José María Parrilla.

Ultimos sucesos. En el mes de mayo de 1885 los generales Horacio Parker y Alejandro Orellana atacaron la plaza militar de Chalatenango, como parte del plan revolucionario, acaudillado por el general Francisco Menéndez y destinado a derrocar la administración reeleccionista del doctor Rafael Zaldívar. Esta plaza fue defendida por el gobernador y comandante don Luciano Morales.

El 14 de marzo de 1890 el general Manuel Rivas asaltó el cuartel chalateco defendido por el general Luis Parrilla, pero se vió obligado a abandonarlo porque se aproximaban fuerzas gobiernistas del general Francisco Meréndez a las órdenes del coronel Próspero Aguilar.

En 1890 tenía Chalatenango 5.980 habitantes alojados en los barrios llamados Concepción, Las Flores, La Habana y El Chile. "Sus principales edificios públicos -dice el geógrafo don Guillermo Daxson- son el cabildo, el hospital y la iglesia parroquial".

A orillas del río Tamulasco, en el paraje denominado "Poza de las Chabelonas" fué fusilado el 9 de mayo de 1893 el honorable doctor Jesús Alvergue, consumándose así un asesinato más en la larga serie de crímenes políticos que acusó la administración del general Carlos Ezeta.

El 19 de mayo de 1894 el general y doctor Luis Alonso Barahona atacó el cuartel de Chalatenango, como parte del plan revolucionario acaudillado por el general Rafael Antonio Gutiérrez y destinado a derrocar la administración de los Ezeta. La plaza fué defendida por el coronel Francisco Quintanilla.

La jurisdicción municipal de Chalatenango se agrandó por Ley de 23 de abril de 1906, pues en tal fecha se le anexaron los valles de La Ceiba y La Laguna que pertenecían al pueblo de Las Vueltas.

Los Municipios de Comalapa y La Laguna se segregaron del distrito de Chalatenango y se incorporaron en el de Dulce Nombre de Haría, por Ley de 15 de julio de 1919.

Por Decreto Legislativo de 10. de junio de 1926 perdió el municipio de Chalatenango a favor del municipio de El Paraíso, los cantones de Valle Nuevo y Angostura.

Por Ley de 29 de Junio de 1932 se incorporó en el distrito de Chalatenango el pueblo de La Laguna.

Por Ley de 8 de abril de 1943 se segregaron del municipio de Chalatenango y se anexaron en el de Las Vueltas, los cantones La Ceiba, La Laguna y San José.

El 30 de Octubre de 1925 se inauguró en Chalatenango el campo de aviación "Alfonso Quiñones Molina" y hubo un accidente aéreo que protagonizaron los aviadores Juan Ramón Munés y Herman Barón.

Hombres Ilustres. Carlos Fajardo, que cooperó en las luchas por la independencia.

El educacionista y hombre público don Luciano Morales.

Los médico-cirujanos doctores: Jesús García, Francisco Guevara Cruz y Luis Edmundo Vásquez.



*Don José María Parilla, ex-gobernador departamental y Vice-Presidente de la República en 1871.*

*El inspirado bardo Miguel Plácido Peña.*

*Los juristas Berlarmino U. Suárez, Félix - Antonio Gómez, Francisco Martínez Suárez y Carlos Alberto Santos.*

*Chalatenango es la cabecera del Departamento de su mismo nombre, que comprende los distritos de Tejutla y Dulce Nombre de María. Está formado por 33 poblaciones que se enumeran a continuación:*

<i>Ciudad de Chalatenango</i>	<i>Pueblo La Laguna</i>
<i>Villa de San Francisco Lempa</i>	<i>Villa Concepción Quezaltepeque</i>
<i>Pueblo de Azacualpa</i>	<i>Ciudad Dulce Nombre de María</i>
<i>Pueblo de San Luis del Carmen</i>	<i>Villa San Fernando</i>
<i>Pueblo San Miguel de Mercedes</i>	<i>Pueblo San Francisco Morazán</i>
<i>Pueblo San Antonio de Los Ranchos</i>	<i>Pueblo San Rafael</i>
<i>Pueblo Potonico</i>	<i>Pueblo Santa Rita</i>
<i>Pueblo San José Cancasque</i>	<i>Pueblo Comalapa</i>
<i>Pueblo San Isidro Labrador</i>	<i>Ciudad Tejutla</i>
<i>Pueblo San Antonio de la Cruz</i>	<i>Pueblo El Paraíso</i>
<i>Pueblo Nombre de Jesús</i>	<i>Villa La Reina</i>
<i>Villa Arcatao</i>	<i>Pueblo Agua Caliente</i>
<i>Pueblo Nueva Trinidad</i>	<i>Ciudad Nueva Concepción</i>
<i>Pueblo San José Las Flores</i>	<i>Ciudad La Palma</i>
<i>Pueblo Las Vueltas</i>	<i>Villa San Ignacio</i>
<i>Pueblo Ojos de Agua.</i>	<i>Villa Citalá.</i>
<i>Pueblo Carrizal</i>	

*Lardé y Larín. Jorge-El Salvador. Historia de sus pueblos, villas y ciudades. Ps.123/127.*

*Situación Geográfica:* *El Departamento de Chalatenango está situado en la Zona trofés, los departamentos salvadoreños de Santa Ana (al Occidente), La Libertad, San Salvador, Cuscatlán y Cabañas -*

( Al Sur), y los hondureños de Ocotepeque ( al Norte) y Lempira ( al Oriente).

Extensión y Población: La superficie del Departamento de Chalatenango, está calculada en 3.346 kilómetros cuadrados, y su población, toda de raza mestiza, con unos pocos blancos, era de 156.000 habitantes en 1965.

Educación: En este departamento funcionan escuelas rurales en casi todos los cantones y algunos caseríos: pre-primarias y primarias urbanas, casi todas completas, en todos los pueblos, villas y ciudades; una Normal Urbana en la Cabecera; Planes Básicos en San Francisco Lempa, El Paraíso, Tejutla, La Reina, Nueva Concepción, San Ignacio y Citalá, y un Instituto Nacional Diurno y Nocturno en la misma cabecera departamental.

Orografía: Orográficamente, el Departamento de Chalatenango nos presenta un aspecto montañoso en más de sus dos tercios. Las montañas chalatecas forman una prolongación de la SIERRA ALOTEPEQUE-METAPAN, que penetra a El Salvador derivando de los Montes de Chiquimula (Guatemala), los cuales se origina a su vez en la Sierra Madre de aquel país. Aunque son numerosas las alturas del Departamento, merecen especial mención: el Cerro de Montecristo, cuyas faldas orientales penetran al noroeste del municipio de Citalá; El C. Chaparrón y Manzanilla en el municipio ya mencionado, Cayaguanca y Granadilla en La Palma; C. Cimarrón y El Pital, en San Ignacio, Izotal é Higueras, Tejutla; Talchaluya y Jardín, en la Reina; Hormiguero y Las Hojas en Nueva Concepción; C. de San Fernando, Ocotal y Candeleros en Dulce Nombre de María; Treme---dal en San Francisco Morazán; Volcancillo, entre La Laguna, Ca---rrizal y Ojos de Agua; Eramón, en Arcatao.

Recursos forestales: El Departamento de Chalatenango posee, todavía, algunas regiones donde los bosques ofrecen sus produc---tos naturales, cuales son: maderas, resinas, tintes, taninos, etc. Tales bosques se localizan en las montañas mencionadas, es

pecialmente en los municipios de Citalá, La Palma, San Ignacio, San Fernando, Agua Caliente, La Reina, Dulce Nombre de María, - La Laguna, Carrizal, Ojos de Agua y Chalatenango.

En los bosques chalatecos son especies maderables: el pino, el liquidámbar, el roble, el ensino, especialmente; y, el cedro, caobas, zapote colorado y copinol. Del pino se recoge resina - que sirve de base a la fabricación de aguarrás y brea; del liquidámbar se obtienen resinas medicinales. Son plantas taniníferas, cuyo uso es bastante común en las pequeñas curtidurías de cuero que existen en el Departamento; el nace agrio, el malsinca y el quebracho, que también abundan en las mismas regiones forestales ya mencionadas.

Agricultura: Las tierras más apropiadas para el cultivo en nuestro Departamento, son las del valle del Lempa, tierras bajas que se extienden desde las faldas de las montañas hasta el mencionado río y desde Nueva Concepción hasta San Francisco Lempa. En ellas se realizan variados cultivos, especialmente maíz, maicillo, caña de azúcar; además frijol, algodón, arroz, yuca o madioca, etc.

Recursos mineros: Aunque la minería es únicamente una riqueza potencial para el departamento de Chalatenango, puede asegurarse, de conformidad con diversas exploraciones, que sus yacimientos minerales podrían estimarse entre los mejores de El Salvador. Existen minerales de oro y plata en los municipios de Dulce Nombre de María y San Francisco Morazán; ricos yacimientos de óxido de calcio en las montañas de Citalá; lignito - en San Fernando, yeso en las proximidades de Azacualpa; talco - en San Francisco Morazán etc.

Industria: Chalatenango es uno de los departamentos menos favorecidos en nuestro país en su desarrollo industrial. La única fuente de producción que asume la categoría de verdadera industria es la elaboración de azúcar en el Ingenio San Esteban -

( Hda. de Santa Bárbara, El Paraíso ), donde en el presente se elaboran más de 200.000 quintales de dicho producto. También la jarra, elaborada en base de mezcal, fibra de maguey o agave, cuyos productores se localizan en Concepción Quezaltepeque y Comalapa, tiene importancia industrial. Fuera de esos dos productos, otros renglones de elaboración tienen apenas la categoría de pequeñas industrias, cuales son: curtidurías de cuero en Dulce Nombre de María y el Cantón Las Minas de Chalatenango, elaboración de almidón en San Francisco Lempa y los cantones chalatecos de Areneros, Las Aradas y El Dorado; elaboración de dulce de panela en pequeñas molendras diseminadas por todo el Departamento, patates en San Francisco Morazán; poco añil en San Isidro Labrador y elaboración de quesos y otros derivados lácteos en las haciendas ganaderas.

Comercio: El comercio de Chalatenango es casi exclusivamente de consumo interno, con base en productos agrícola-ganaderos del Departamento y los que provienen del resto de la República. En dicho comercio están comprendidos, también los municipios hondureños fronterizos, como Nueva Ocotepeque, San Marcos, Guarita, Cololaca, Tomalá, Valladolid y La Virtud.

Vías de comunicación y transportes: Fuera de la cabecera de Nueva Concepción, La Reina, San Rafael, Dulce Nombre de María, La Laguna, Comalapa, Concepción Quezaltepeque, San Francisco Lempa y San Miguel de Mercedes, los demás municipios del Departamento tienen muy malos caminos, algunos de los cuales son de difícil acceso, aún a caballo; sin embargo, se tienen en proceso de construcción, una carretera a Ojos de Agua, otra a Arcatao que pasa por Las Flores y Nueva Trinidad, y otra que unirá a la cabecera con San Miguel de Mercedes, San Antonio de Los Ranchos, Potonico y Cancasque. La única ruta en proceso de pavimentación es la Troncal del Norte, que entrando al Departamento por el Puente Lempira atraviesa todo su territorio, uniendo a los municipios de Tejutla, La Palma, San Ignacio y Citalá, rumbo a la vecina República de Honduras.

Cuentan con servicio telegráfico-telefónico, únicamente: Chalatenango, San Francisco Lempa, Concepción Quezaltepeque, Arcatao, Cancasque, Ojos de Agua, San Rafael, Dulce Nombre de María, San Francisco Morazán, San Fernando, El Paraíso, Nueva Concepción, Agua Caliente, La Reina, Tejutla, La Palma, San Ignacio y Citalá. Las demás poblaciones, con excepción de unas pocas cuentan únicamente con teléfonos, que regularmente funcionan en las Alcaldías Municipales, dificultando las comunicaciones fuera de las horas de oficina.

La mayor parte de las poblaciones tienen administraciones de correo, pero casi todas ellas están servidas a través de peatones, lo que retrasa muchas veces la pronta entrega de la correspondencia y las publicaciones.

Tienen servicios de autobuses regulares, las poblaciones siguientes: Chalatenango, San Francisco Lempa, Dulce Nombre de María, San Rafael, Santa Rita, San Francisco Morazán, Concepción Quezaltepeque, Comalapa, La Laguna, El Paraíso, Nueva Concepción, Agua Caliente, La Reina, Tejutla, La Palma, San Ignacio y Citalá. Hay servicios irregulares a San Luis del Carmen, Azacualpa, San Miguel de Mercedes, San Antonio de los Ranchos, Potonico, Las Flores y Nueva Trinidad.

POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO Y MUNICIPIOS  
POR AREAS URBANA Y RURAL

	<u>T O T A L</u>	<u>URBANA</u>	<u>RURAL</u>
	<i>Ambos Sexos</i>	<i>Ambos Sexos</i>	<i>Ambos Sexos</i>
<i>Departamento de Chalatenango</i>	<u>129,897</u>	<u>35,501</u>	<u>94,396</u>
<i>Agua Caliente</i>	5,026	942	4,084
<i>Arcatao</i>	4,773	1,532	3,241
<i>Azacualpa</i>	1,272	897	375
<i>Citalá</i>	3,969	954	3,015
<i>Comalapa</i>	2,878	536	2,342
<i>Concepción Quezaltepeque</i>	4,254	2,314	1,940
<i>Ciudad de Chalatenango</i>	15,137	5,332	9,805
<i>Dulce Nombre de María</i>	3,875	1,321	2,554
<i>El Carrizal</i>	2,012	456	1,556
<i>El Paraíso</i>	2,242	952	1,290
<i>La Laguna</i>	2,444	600	1,844
<i>La Palma</i>	5,255	1,464	3,791
<i>La Reina</i>	5,712	1,208	4,504
<i>Las Vueltas</i>	3,253	365	2,888
<i>Nombre de Jesús</i>	3,683	621	3,062
<i>Nueva Concepción</i>	14,875	2,873	12,002
<i>Nueva Trinidad</i>	4,389	203	4,186
<i>Ojos de Agua</i>	2,709	1,013	1,696
<i>Potonico</i>	3,141	1,054	2,087
<i>San Antonio de La Cruz</i>	2,285	174	2,111
<i>San Antonio Los Ranchos</i>	1,794	1,431	363

.....

	<u>T O T A L</u>	<u>URBANA</u>	<u>RURAL</u>
	<i>Ambos Sexos</i>	<i>Ambos Sexos</i>	<i>Ambos Sexos</i>
<i>San Fernando</i>	1.800	499	1.301
<i>San Francisco Lempa</i>	883	637	246
<i>San Francisco Morazán</i>	3.065	681	2.384
<i>San Ignacio</i>	3.971	859	3.112
<i>San Isidro Labrador</i>	2.271	458	1.813
<i>San José Cancasque</i>	2.750	1.054	1.696
<i>San José Las Flores</i>	3.298	509	2.789
<i>San Luis del Carmen</i>	2.165	781	1.384
<i>San Miguel de Mercedes</i>	2.231	930	1.301
<i>San Rafael</i>	2.822	1.465	1.357
<i>Santa Rita</i>	2.555	466	2.089
<i>Tejutla</i>	7.108	920	6.188

*Tomado del 3er. Censo Nacional de Población de 1961.*

*República de El Salvador, C.A.*

*Ministerio de Economía,*

*Dirección General de Estadística y Censos.*

c) BREVE RESUMEN DEL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO

Los datos históricos del Centro de Salud de Chalatenango, son conceptos vertidos por personas serias, sobre la forma cómo evolucionó esta entidad de Salud.

El Centro de Salud, desde el año de 1942, funcionó con el nombre de Hospital San Antonio, su Director en ese entonces fué el Dr. Carlos G. Moisa, y prácticamente con este galeno se inició la labor de Salud en una forma aceptable, ya que por ese tiempo, las condiciones en que se cuidaba de la salud de los habitantes, eran muy precarias, especialmente por falta de material y medicina, - así como de camas suficientes para la atención de enfermos.

Precedieron al Dr. Carlos G. Moisa, muchos reconocidos galenos que hicieron labor meritoria aún con el poco recurso de medicinas con que contaban, entre ellos citamos a:

Dr. Pedro Mendoza

Dr. Carlos Fishnaler

Dr. Francisco Peña Trejo (Director 1929-1933)

Dr. Gustavo Marroquín

Dr. Carlos Federico Reyes

Dr. Domingo Bolaños

Dr. Humberto Yúdice

Dr. Manuel de J. Zamora

Dr. Humberto Vásquez

Dr. Roberto Bracamonte Benedic

En el año de 1944, el Hospital San Antonio pasó a ser una misma entidad, junto con la Delegación de Sanidad, Gota de Leche, -



siendo Director el Dr. Carlos Antonio Guerrero.

Posteriormente el Dr. José Mario Fiallos (1946) construyó la sala de operaciones con ayuda de amigos del Hospital, fungió como Director con los mismos cargos.

En 1947 asume la dirección el Dr. Rafael García Velis.

En 1948 se asume una nueva modalidad, siendo Director el Sr. Francisco Alvergue y médico el Dr. Rafael Samayoa, quien tenía - cargos de Delegado de Sanidad y Gota de Leche.

En 1951 continúa como Director del Hospital el Sr. Francisco Alvergue, y médico el Dr. Donald Moreno Bulnes, quien asume cargos de Delegado de Sanidad y Gota de Leche.

En 1952, Director del Hospital el Sr. Edmundo Helgar, y con los mismos cargos anteriores, el Dr. Donald Moreno.

En 1953 toma posesión como Director del Centro, el Sr. Francisco A. Durán y médico Dr. Luis Angel Romagoza, como Director - de Gota de Leche y Delegación de Sanidad.

En 1954 asume el cargo de Director el Dr. Luis Angel Romagoza. De importancia esta fecha, porque desde entonces se le dió - el nombre de Centro de Salud de Chalatenango, con el cual actualmente se le conoce.

En el año de 1950 se hace obligatorio el Servicio Social, como requisito previo a la obtención del título de Doctor en Medicina. Siendo el primer médico que llegó en esta calidad, en 1954 por unos pocos meses, el Dr. Alejandro Gamero Orellana, fungiendo siempre como Director el Dr. Luis Angel Romagoza, llamando la - atención este hecho, porque era la primera vez que dos médicos -

trabajaban en el Centro de Salud.

En 1955, médico en Servicio Social Dr. Mario Viquez.

No omito manifestar que hasta el momento se hacía cirugía menor ( la indispensable ), pues no se contaba con ninguna sala - séptica ni material quirúrgico para hacer cirugía general.

En el año de 1957 llega el Dr. Alfredo Choto Pérez como mé-- dico en Servicio Social, fungiendo como Director posteriormente, desde 1957 hasta 1963.

En 1958, médico en Servicio Social, Dr. Alfonso Moncada. Ya durante este tiempo se notó la mejoría del Centro de Salud, gra-- cias al trabajo decidido de ambos médicos, en especial del Dr. - Alfredo Choto, quien con ayuda de la comunidad inició una serie de mejorías a la institución, equipando la Sala de Operaciones -- que existía, coincidiendo esto con el donativo que se recibió de parte del filántropo Don Walter Deininger, el cual consistía en una mesa de Operaciones con su lámpara moderna respectiva y un - carro para transportar enfermos dentro del Hospital; motivo por el cual en agradecimiento a esta honorable persona, se bautizó - la Sala de Operaciones con su nombre.

En 1958 se practica la primera operación cesárea verificada por los Drs. Alfredo Choto Pérez y Alfonso Moncada, iniciando - con esta intervención un nuevo horizonte desde el punto de vista quirúrgico para la comunidad chalateca.

En 1959 llega como médico en Servicio Social el Dr. César Zúniga Guidos, continuando con el programa quirúrgico en evolución.

En 1960 médico en Servicio Social Dr. Gustavo Mejía Duarte,

quien junto con el Dr. Choto Pérez continuaron haciendo mejoras a los diferentes servicios del Centro. En este año llegó otro médico en Servicio Social, el Dr. José Fausto Cisneros, quien llegó a ser muy querido dentro de toda la comunidad, mejorando con estos tres galenos, tanto la asistencia médica como quirúrgica, practicándose ya entonces cirugía general electiva, excepto torácica, por no tener aparatos con anestesia por gases.

En 1962 continúa como Director el Dr. Alfredo Choto P., teniendo como médicos internos al Dr. José Fausto Cisneros y médico en Servicio Social al Dr. Humberto Osorio.

En Junio de 1963 el Dr. Gustavo Mejía Duarte asume el cargo de Director del Centro de Salud, sustituyendo al Dr. Alfredo Choto, quien se traslada a San Salvador, como Jefe de Residentes de Cirugía del Hospital Rosales.

En esta fecha trabajaron como médicos internos los Drs. Cisneros y Osorio, llegando en el mismo año como médico en Servicio Social la Dra. Laura Monserrat Rodríguez, siendo la primer mujer que llega al Centro de esa calidad.

En 1964 por vacantes en los servicios en toda la República y falta de recurso en médicos egresados, el Dr. Gustavo Mejía Duarte trabajó únicamente con el Dr. José Fausto Cisneros, como médico interno, recargándoseles el trabajo de tres médicos que existían antes.

El 17 de Agosto de 1964 se nombra al suscrito como médico en Servicio Social, y desde esa fecha laborando con el Dr. Gustavo Mejía Duarte únicamente los dos, por espacio de diez meses.

Es importante hacer notar, que desde el año de 1963 la mejora del Centro de Salud fué palpable, aumentando su capacidad física y construyendo edificios para Oficinas de Administración, Dirección, Comedor de Enfermeras, Cuartos de Médico Interno y Lavandería, siempre en colaboración con el Dr. Gustavo Mejía Duarte, se continuó el trabajo quirúrgico, verificando las primeras histerectomías vaginales y abdominales.

Se acentuó el trabajo quirúrgico iniciado por nuestros médicos antecesores, las intervenciones realizadas durante mi año de Servicio Social es el motivo de este trabajo de Tesis.

Actualmente el Centro de Salud es un caserón de 80 m. de ancho por 100 m. de largo. Es una casa que ha sido habilitada y acondicionada para albergar dicha institución. Está situada en la parte sur de la ciudad, en la comunidad conocida como Barrio El Chile.

En el Centro de Salud se encuentra la Sección de Hospital y Sanidad. La Oficina de Sanidad localizada en un apartamento aparte con la supervisión de dos inspectores de saneamiento. Además se encuentran las oficinas de Administración, Dirección, Oficina de Enfermeras, todas ellas constituyen la parte nueva del Centro, junto con el cuarto de Médicos Internos, pensionados y lavandería, todas ellas construídas con dineros de la Sociedad Benéfica y Patronato del Centro de Salud, durante la Dirección del Dr. Mejía Duarte.

Existen además del edificio de la cocina, un comedor de enfermeras y un apartamento bien acondicionado para médicos inter

nos.

*En cuanto a la división puramente hospitalaria, existen tres consultorios para médicos y un gabinete dental con sala de espera; oficina de archivo, sala de vacunaciones y curaciones; departamento de Farmacia y Laboratorio, en el que se practican exámenes de orina, heces, hemogramas, leucogramas y antígenos febriles.*

*Existe además, un cuarto para fluoroscopia, aparato bastante antiguo, pero aceptable para casos de emergencia.*

*Las salas del Centro de Salud se dividen teóricamente en Salas de Medicina y Cirugía Mujeres, con capacidad para 12 camas; Sala de Medicina y Cirugía Hombres, con capacidad para 12 camas; Sala de Maternidad, con seis camas ( para todas las embarazadas de Chalatenango), Sala de Pediatría, con 10 cunas y 5 pequeñas para lactantes. En casos de enfermedades infecto-contagiosas, - se aísla al paciente en el corredor, lugar en donde éste sufre los rigores del tiempo, en especial en época lluviosa.*

*Existe una capilla que lleva el nombre de San Antonio, a la cual asisten los pacientes para verificar sus oraciones.*

*No hay una división franca entre todos los Servicios del - Centro, pues los pacientes ingresan según estén disponibles las camas, de allí que no es raro encontrar pacientes de Maternidad en Medicina Mujeres o viceversa, y en algunas ocasiones dos a tres pacientes en cada cama.*

Sistema de Trabajo

El Centro de Salud cuenta con el siguiente personal para el desarrollo de sus funciones: un Médico Director a tiempo parcial; dos Médicos Asistentes de Residente a tiempo parcial (Médicos en Servicio Social); Odontólogo en Servicio Social; una Supervisora (enfermera graduada); una enfermera graduada; siete enfermeras en servicio social; diez enfermeras auxiliares; una laboratorista; una encargada de farmacia, administradora, secretaria de la Dirección; dos inspectores de saneamiento; dos cocineras, dos lavanderas; un portero; dos mozos de servicio; cuatro empleados de aseo, un motorista y dos mozos de saneamiento.

La consulta se atiende de la siguiente manera: Director, 12 consultas de medicina y cirugía general diarias, así como supervisión del Hospital y cirugía electiva y asunto administrativo. Médicos Internos: 12 consultas al día, para el que no esté de turno y al médico de turno, 12 consultas más todas las emergencias. Por la tarde el médico que no está de turno, da la consulta prenatal y de higiene infantil. En cambio, el médico de turno da consultas de emergencia las 24 horas del día y servicios de cirugía en Sala de Operaciones.

Los dos médicos de turno alternan cada semana, quedando un fin de semana libre para cada uno. Los servicios están divididos en tres grupos: Medicina y Cirugía Mujeres para un médico, Medicina y Cirugía Hombres para el otro; Maternidad y Pediatría para el tercero, rotando cada mes por los diferentes servicios. Cuando uno de ellos falta por algún motivo, el Director es quien

*pasa la visita.*

*El cuerpo de enfermeras trabaja así: una supervisora del Hospital y a la vez de Medicina Preventiva y Salud Pública; una enfermera en Servicio Social para selección de pacientes; una enfermera auxiliar para tomar signos vitales, peso y talla de las prenatales o los niños; una auxiliar para curación y vacunación; dos enfermeras en Servicio Social, que laboran ocho horas diarias para servicios internos del hospital y una enfermera auxiliar en cada servicio del Hospital, laborando ocho horas diarias; dos enfermeras en servicio social que sustituyen a las anteriores en los servicios internos, una de las cuales pasa a consulta externa desde las seis de la tarde para atender emergencias, y la otra se queda en el servicio interno del Hospital para ayudar y supervisar auxiliares, en caso de operación de emergencia, ella es la encargada de ayudar al médico, y si hay necesidad de más personal, se recurre al necesario en el momento que se desee. A las 11 p.m. entra la enfermera de turno, la cual se queda únicamente para atender consulta externa, supervisar y ayudar en los servicios internos.*

*Las operaciones electivas muchas veces se pueden practicar en la mañana, pero no se acostumbra hacerlo por la escasez de personal; motivo por el cual se acostumbra intervenirlas a partir de las tres de la tarde, o en la noche. No así la cirugía de urgencia que se atiende en el momento que lo requiera.*

*La anestesia, ya sea como éter abierto, pentotal sódico, o -*

las raquianalgesias, son practicadas: las anestésias con éter abierto, por el médico interno, no de turno, o enfermera; el pentotal sódico, por enfermera supervisada por el médico y las raquianalgesias por el médico tratante. Toda la cirugía, ya sea mayor o menor es atendida por el médico. La asistencia de partos normales, son atendidos por las enfermeras, en sala especial de maternidad, los partos difíciles o instrumentados por el médico de turno, o el médico jefe, según el caso, en Sala de Operaciones; legrados, reducciones de fracturas, amputación de miembros, extracción manual de placentas, aplicación de forceps, versiones y gran extracción, por el médico de turno o el médico de más experiencia según el caso.



II - MEDIOS QUIRURGICOS CON LOS QUE CONTAMOS EN SALA DE OPERACIONES DEL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO.

El Centro de Salud de Chalatenango, cuenta con una Sala de Operaciones (la cual es un cuarto de 10 m<sup>2</sup>., que ha sido acondicionado para este cometido). La mesa de Operaciones con sus respectivas lámparas son modernas, habiendo sido donadas por el filántropo Don Walter Deininger, en el año de 1954.

El sistema de autoclave para esterilización de equipos y material quirúrgico, está incluido dentro de la misma Sala de Operaciones; así como el lavabo quirúrgico para asepsia pre-operatoria; en la misma sala se encuentra el vestidero para médicos, el cual únicamente está separado de la Unidad Quirúrgica, por un división de madera, a la vez en su interior se encuentra el botiquín de emergencia para Sala de Operaciones.

La iluminación de la Sala de Operaciones, fue mejorada y acondicionada durante la dirección del Dr. Gustavo Mejía Duarte (actual Director), contando actualmente con cuatro lámparas de mercurio, que dan una aceptable iluminación. La Sala de Operaciones cuenta con un sistema de aire acondicionado, el cual fué instalado en el año de 1963, también durante la dirección del Dr. Mejía Duarte, lo que hace que durante las operaciones se mantenga un ambiente fresco para trabajar cómodamente.

El trabajo quirúrgico que se realiza en el Centro de Salud, es todo aquel que se puede practicar bajo anestesia con éter abierto, pentotal, raquianalgésia y local, ya que no tenemos aparato para anestesia por gases; haciendo la salvedad que algunas otras ope

raciones quirúrgicas no se practican por no tener el instrumental mínimo necesario.

*El material quirúrgico con que contamos es el siguiente:*

*Una caja de Laparotomía grande*

*Una caja de Laparotomía pequeña*

*Dos equipos de Legrado*

*Dos equipos de Punción Lumbar*

*Una Caja de Anestesia para Pentotal*

*Dos cajas de Episiotomía*

*Tres cajas pequeñas para Cirugía Menor*

*Dos pinzas de biopsia para cuello uterino*

*Un equipo de garfios*

*Nueve espéculos*

*Un equipo de Traqueotomía*

*Un forcep de Simpson*

*Un resucitador eléctrico*

*Dos aspiradores eléctricos*

*Un equipo de Punción Pleural*

*Un equipo de Paracentesis*

*Seis sondas Nelaton*

*Tres sondas Foley.*

### III - PROPOSITOS DE ESTE ESTUDIO Y SU IMPORTANCIA

Con el trabajo de Tesis que expongo a continuación, tengo el propósito de dar a conocer a todos los estudiantes de medicina, en especial a los que están por iniciar su Servicio Social, la labor que se desarrolló en el Centro de Salud de Chalatenango, y en especial en lo que se refiere al trabajo quirúrgico realizado durante mi año de Servicio Social, del 17 de Agosto de 1964 al 17 de Agosto de 1965.

Alcanza su importancia este estudio porque en él se da a conocer la clase de Patología Quirúrgica más frecuente en este Departamento olvidado de la República, la forma con que hemos enfrentado para resolver los problemas que día a día aqueja a toda la comunidad, así como los resultados obtenidos aun con materiales quirúrgicos e instrumental insuficiente administrado por la Dirección General de Salud.

La demanda de asistencia médico-quirúrgica en el Centro de Salud de Chalatenango es numerosa, ya que nos encontramos en uno de los Departamentos más poblados de la República, y si a esto le agregamos la gran cantidad de pacientes de nacionalidad hondureña que vienen a consultarnos, hace más importante a este sector ultralempino para que se le dé la ayuda adecuada en asistencia médica que tanto necesita.

IV - PRESENTACION DE CASOS

*En el presente capítulo se analiza la experiencia quirúrgica obtenida en el Centro de Salud de Chalatenango, durante un Año de Servicio Social.*

*En total se estudiaron 210 casos, que fueron intervenidos quirúrgicamente, haciendo constar que el orden es cronológico, ya que corresponde el primer caso, a la intervención operatoria realizada el 17 de Agosto de 1964, y la última que aparece efectuada el 17 de Agosto de 1965, fecha en que terminó mi año de Servicio Social.*

*Todos los pacientes que corresponden a las fichas clínicas antes mencionadas, fueron preparados debidamente, mejorando su estado general, hidratándolos según las necesidades y cubriéndolos con Antibióticos, cuando así lo ameritaban.*

*La premedicación anestésica consistió en Seconal 0.10 gr. y Atropina en dosis de 1 mgr. 0.5 y 0.25 mgrs. intramuscular, de acuerdo a la edad y hora de intervención quirúrgica.*

V - ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS

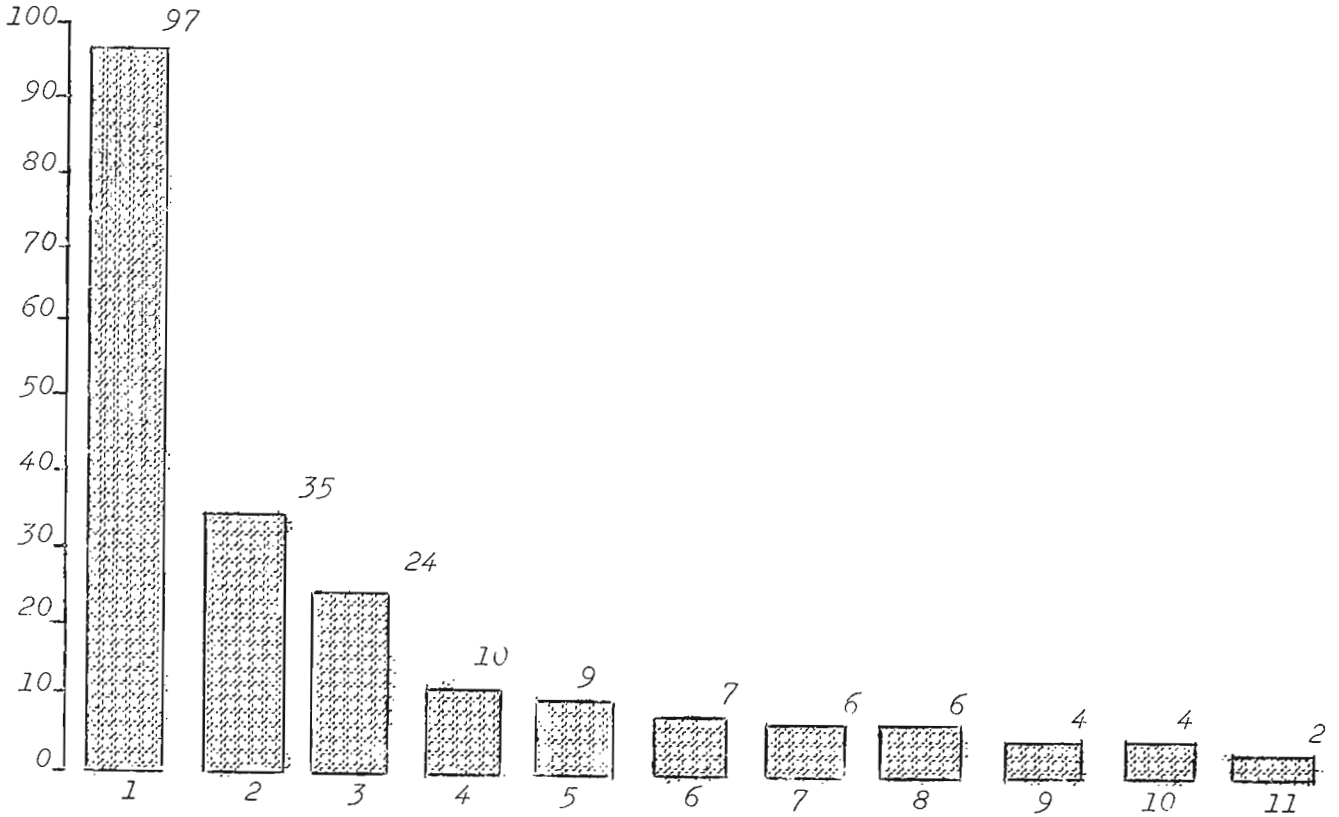
Los expedientes de los 210 pacientes, fueron distribuidos en la forma siguiente, de acuerdo a la intervención quirúrgica:

Cuadro No. 1

<u>Intervención Quirúrgica</u>	<u>Número de Casos</u>	<u>%</u>
1 - Legrado Uterino	97 Casos	46.2 %
2 - Cura de Hernia Inguinal	35 "	17.1 %
3 - Salpingectomía Bilateral (Por esterilización)	24 "	11.4 %
4 - Laparotomía Exploradora	10 "	4.7 %
5 - Cesárea Clásica	9 "	4.2 %
6 - Cura de Hidrocele	7 "	3.0 %
7 - Apendicentomías	6 "	2.8 %
8 - Histerectomía Vaginal	6 "	2.8 %
9 - Cesárea Esterilización	4 "	1.9 %
10 - Hemorroidectomía	4 "	1.9 %
11 - Cura de Hernia Umbilical	2 "	1.0 %
12 - Cura de Rectocele	1 "	0.5 %
13 - Extirpación Papiloma Uretral	1 "	0.5 %
14 - Drenaje de Mastitis Severa	1 "	0.5 %
15 - Cesárea e Histerectomía Abdominal	1 "	0.5 %
16 - Plastrón Apendicular	1 "	0.5 %
17 - Versión Interna y Gran Extracción	1 "	0.5 %

Gráfica # 1

INCIDENCIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS



Los 210 casos presentados en esta Tesis, según el sexo, se dividen en los grupos siguientes:

Cuadro No. 2

<u>S e x o</u>	<u>Casos</u>
Femenino	164
Masculino	37
Niños	<u>9</u>
TOTAL	210

Llama la atención el número mayor de intervenciones quirúrgicas en pacientes del sexo femenino, pero se explica por la notable incidencia en el número de Iegrados Uterinos ( 97 ca

tos), y 24 casos en pacientes que solicitaron esterilización, é  
sto sumado a las otras diferentes intervenciones, dan la cifra to  
tal apuntada.

Cuadro No. 3

FRECUENCIA DE LEGRADOS UTERINOS SEGUN LA CAUSA

<i>Causa</i>	<i>Número de Pacientes</i>
<i>Por Aborto Incompleto</i>	<i>87</i>
<i>Por Metropatía Hemorrágica</i>	<i>10</i>
<i>T O T A L</i>	<i>97</i>

Cuadro No. 4

LEGRADOS UTERINOS POR ABORTO INCOMPLETO, DE  
ACUERDO A LA GRAVEDAD DEL CUADRO CLINICO-GINE  
COLOGICO.

<i>Legrado Uterino de Urgencia</i>	<i>41 Casos</i>
<i>Legrados Uterinos Electivos</i>	<u><i>46</i></u> <i>"</i>
<i>T O T A L</i>	<i>87</i> <i>"</i>
<i>Legrados Uterinos por Metro patía Hemorrágica</i>	<u><i>10</i></u> <i>"</i>
<i>TOTAL LEGRADOS</i>	<u><u><i>97</i></u></u>

Cuadro No. 5

INCIDENCIA DEL ABORTO INCOMPLETO LEGRADO EN LA  
POBLACION URBANA Y RURAL

---

<i>Pacientes Rurales</i>	60 casos
<i>Pacientes Urbanos</i>	37 "
<hr/>	
<i>T O T A L</i>	97

---

De las pacientes legradas, la de menor edad tenía 17 años y la de mayor edad, 49 años.

Del grupo electivo de pacientes legradas, sólo tres casos - fueron por aborto incompleto séptico, en los cuales se trató primero el estado séptico y en seguida, de acuerdo al estado clínico y la curva febril, fueron legradas. Además, éstos fueron los únicos casos que recibieron antibioticoterapia y antitoxina tetánica 5.000 U. IM.

El resto de legrados uterinos cursó sin antibióticos, usándose únicamente ocitócicos tipo Pitocin E.V. o Ergotrate oral - post curetaje.

Es importante hacer notar la incidencia aumentada de legrados uterinos, por aborto incompleto espontáneo, en este sector - del país. Importante porque al analizar la frecuencia de su aumento, en paciente rural ( 60 casos ) y en el urbano ( 27 casos), viene a demostrarnos que dicha incidencia se debe posiblemente a las siguientes causas: primero a las anemias severas y moderadas de nuestro paciente rural, y segundo, a las deficiencias vitamínicas y hormonales; tercero, al trabajo que ejecuta nuestra mu-



jer campesina, teniendo que verificar tareas sumamente agotadoras para mantener su subsistencia; en seguida viene la falta de conocimiento y voluntad para visitar al médico en clínicas prenatales; la poca importancia que dan a esta clase de consultas, que si se analizan concienzudamente, son las que han venido a mejorar la asistencia preventiva gineco-obstétrica.

En este grupo se encuentra la única defunción que hubo del total de casos presentados; fué una paciente que además del aborto incompleto, desarrolló ictericia en el Centro de Salud; teniendo pruebas de sangramiento y coagulación anormales, siendo considerado el caso, como una paciente que tuvo franco daño hepático y que la causa de su muerte fué la imposibilidad de detenerle el sangramiento aún con taponamiento uterino, agravándose más el caso por la falta absoluta de sangre, que en esa fecha existía en el Centro.

El segundo lugar en frecuencia corresponde a la cura de hernias inguinales, 35 casos con un 17.1 % del total; de éstas únicamente dos fueron de urgencia por estar estranguladas, en las que hubo únicamente resección de tejido graso herniado, el cual se extirpó individualizándolo del saco herniario; el resto fueron operaciones electivas.

Cuadro No. 6

INCIDENCIA DE HERNIAS INGUINALES POR SEXO

Sexo	No. de Pacientes
Masculino	20
Femenino	9
Niños	6
T O T A L	35

De los 35 casos de Herniorrafia, únicamente 2 casos fueron de urgencia, por estar estrangulada, en las que hubo únicamente resección de tejido graso herniado, el cual se extirpó separándolo del saco correspondiente. El resto fueron electivas.

Cuadro No. 7

FRECUENCIA HERNIAS INGUINALES SEGUN VARIEDAD

Directas	13 casos
Indirectas	<u>20</u> "
	33 "
Hernia crural	2 "
T O T A L	<u>35</u> "

Hay 3 casos en que los pacientes de menor edad tenían 7 - años, y el paciente de mayor edad, tenía 72 años.

Todas las intervenciones fueron tratadas con antibióticos, debido a que a pesar de todos los cuidados a nuestro alcance, tanto asépticos como antisépticos, nuestra Sala de Operaciones no nos dá una asepsia muy aceptable para practicar estas operaciones sin antibióticos. Con estos cuidados, sólo tuvimos 2 casos de pacientes con herida operatoria infectada, aún con antibioticoterapia, uno por herida penetrante del abdomen y el otro por obstrucción intestinal en un niño de 12 años.

La mayor incidencia de Hernia Inguinal Indirecta, se debe probablemente a que el paciente rural tiene como costumbre, consultar al médico cuando su padecimiento ha avanzado, y en especial con respecto a Hernias Inguinales, sólo consultan

cuando ya ésta se encuentra dando sintomatología dolorosa o les impide ciertos movimientos en su trabajo, motivo por el cual al llegar a la consulta, se presentan con Hernias Inguinoescrotales gigantes, con evolución de 5 años o más.

La mayor incidencia de operados por Hernia Inguinal varió entre la 3a. y 4a. década de la vida.

El tercer lugar en frecuencia de intervenciones quirúrgicas practicadas, lo ocupan las Salpingectomías Bilaterales, para Esterilización. Esta causa se presentó en 24 casos, dando un 4.2 % del total. Todas ellas se efectuaron en pacientes multíparas y grandes multíparas que solicitaron esterilización una vez de acuerdo con las normas del Centro de Salud para esta clase de intervenciones.

Hubo solamente un caso en que fué una indicación absoluta de esterilización, ya que se trataba de una multípara con una cardiopatía mitral activa, y con historia de descompensaciones frecuentes.

Todos los casos fueron salpingectomizados, no se procedió en ningún caso a esterilización temporal por ligaduras.

Estos pacientes fueron cubiertos con antibióticos tipo Penicilina, en ningún caso hubo infección de herida operatoria.

El 4o. lugar en frecuencia, se trata de las Laparotomías - Exploradoras, las cuales se presentaron en número de 10 casos - con un 4.7 % del total. Estas Laparotomías fueron en número tan poco, no debido a que se presentaran con esta frecuencia durante el año de Servicio Social, sino que, fueron los casos que -

bajo un examen clínico concienzudo, se pudo valorar el cuadro clínico quirúrgico sin ayuda de aparatos de Rayos X, los casos severos se referían al Hospital Rosales para mejor tratamiento.

Cuadro No. 8

LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS POR SEXO

<u>S e x o</u>	<u>Número de Pacientes</u>
Femenino	7 casos
Masculino	2 "
Niño	1 "
<u>T O T A L</u>	<u>10 "</u>

Llama la atención la mayoría de Laparotomías en sexo femenino, pero se explica porque existieron más casos, de tumora-  
ciones por patología gineco-obstétrica.

Cuadro No. 9

LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS SEGUN GRAVEDAD CLINICA

Electivas	7
Urgencia	3
<u>T O T A L</u>	<u>10</u>

De las 3 Laparotomías Exploradoras de urgencia, una fué -  
POR HERIDA PENETRANTE DEL ABDOMEN (Masculino), comprobándose -  
herida del estómago de 2 cm. de longitud, la cual se suturó en  
tres planos, el paciente fué dado de alta a los 10 días asinto-  
mático. La segunda laparotomía de urgencia fue por embarazo ec-  
tópico no roto, comprobándose la existencia de zona obscura por

hemorragia interna en región del mesosalpingo izquierdo, practicándose salpingectomía y ovariectomía izquierda, siendo dada de alta la paciente a los 8 días asintomática. El tercer caso de la parotomía de urgencia corresponde a un quiste retorcido del ovario, siendo comprobado un enorme quiste del ovario izquierdo en una paciente nulípara, el cual se extirpó, practicando salpingectomía y ovariectomía izquierda.

El resto de las intervenciones fueron electivas, todas fueron tratadas con antibióticos tipo Penicilina y Cloranfenicol.

En el quinto lugar en incidencia, están las Cesáreas practicadas, que fueron 9 casos con un 4.2 % del total. Las nueve intervencciones fueron consideradas como cesareas de urgencia.

Cuadro No. 10

Por Estrechez Pélvica	5
Por Placenta Previa	1
Por Sufrimiento Fetal	2
Por Inercia Uterina Prim.	<u>1</u>
T O T A L	9

De estas cesáreas sólo en una ocasión hubo un feto que nació muerto, en las otras no se presentó ninguna anormalidad. - Todas fueron tratadas con antibióticos y sólo en un caso se presentó herida operatoria infectada.

La técnica practicada fue de 8 cesáreas bajas transversales, y en el caso de la Placenta Previa Central, cesárea vertical mediana (Clásica).

En 6o. lugar en frecuencia se encuentra la Cura de Hidroceles, presentándose 7 casos, con un 3 % del total. De estos, 6 ca

sos se presentaron en hombres y un caso en un niño de 3 años de edad. Todos fueron preparados según técnica para cura de hidroceles, se trataron con antibióticos y en ningún caso hubo sepsis de herida operatoria.

En 7o. lugar en incidencia, se encuentran las Apendicectomías en número de 6 casos con un 2.8 % del total.

Cuadro No. 11

APENDICECTOMIAS SEGUN ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y EL SEXO

---

	(Hombres	3
	(Mujeres	1
URGENCIA:	5 CASOS (Niño	1
ELECTIVA:	1 CASO (Apendicitis Crónica)	
	Previo a un Drenaje de Plastrón	
	Apendicular hacía 4 meses.	

Todos fueron contestados por el Departamento de Anatomía - Patológica por Apendicitis Agudas. Los seis casos fueron tratados con antibióticos tipo Penicilina, habiendo existido únicamente una sepsis de herida operatoria, cuando se practicó Apendicectomía por Apendicitis Crónica.

En esta misma frecuencia se encuentran las Histerectomías Vaginales, las cuales se presentaron en número de 6 casos, con un porcentaje de 2.8 % del total. De las 6 Histerectomías vaginales, se presentaron según la paridad y prolapso uterino en la forma siguiente:

Cuadro No. 12

Grandes Multíparas con Prolapso Grado IV ....	2
Grandes Multíparas con Prolapso Grado III ...	3
Multípara con Prolapso Grado II .....	<u>1</u>
T O T A L	<u>6</u>

De los casos presentados, en cuatro hubo además cura de Cistocele, en el otro cura de Cistocele y Rectocele, habiendo existido un sólo caso en el que se practicó únicamente histerectomía vaginal. El post operatorio de todas las pacientes operadas fué bueno, tratadas durante su estadía en el Hospital con Antibióticos tipo Penicilina 800.000 cada 12 horas y Cloranfenicol 500 mgr. cada 4 horas. Todos los casos fueron controlados al mes de intervenidos, habiendo encontrado a los pacientes en perfectas condiciones y asintomáticos.

En 8o. lugar se encuentran las cesáreas y esterilizaciones, - siendo 4 el número de casos con un 1.9 % del total.

Cuadro No. 13

INDICACION DE CESAREA Y PARIDAD

---

Grandes Multíparas que solicitaban esterilización	2	( 1- Placente Previa 2- Polihidramnios
Multíparas	2	( Dos cesáreas anteriores, por estrechez pélvica.

Todas fueron tratadas con antibióticos tipo Penicilina, teniendo un post operatorio aceptable.

Con la misma frecuencia se encuentran las hemorroidectomías, - que se presentaron en 4 casos, con 1.9 % del total. Tres de los casos fueron practicados en hombres, en otro caso en una mujer multípara. El post operatorio sin particularidades, con uso de sulfas y Penicilina. Los cuatro casos fueron controlados a los 30 días de operados y estaban asintomáticos.

En 9o. lugar en frecuencia se encuentran las Hernias Umbilicales, las que se presentaron en número de 2 casos en 1.0 % del total. Ninguna de las dos fueron de urgencia, ya que no estaban -

estranguladas. Los casos se presentaron, el primero en una señora obesa, en la cual se resecó tejido graso herniado, la otra fue una reparación de hernia umbilical en una multípara.

Los siguientes casos, se presentaron como únicos, con un 0.5 % del total. Entre ellos están: una cura de rectocele en una paciente gran múltipara, la extirpación de un papiloma uretral en una mujer en la 4a. década de la vida; un drenaje de mastitis severa, que se colocó en este grupo por la severidad del cuadro clínico, la paciente fue una puérpera de 20 días post parto.

En este grupo se encuentra el caso talvez más espectacular de los intervenidos: Cesárea e Histerectomía abdominal, en una paciente gran múltipara, con dolores de parto desde hacía dos días que ingresaba por estar manchando obscuro, al examen clínico se tuvo la sospecha de una ruptura uterina, no se oía foco fetal y debido a la suerte de que esa misma tarde habían donado tres litros de sangre (soldados del cuartel), fué intervenida, comprobándose el diagnóstico de ruptura uterina con feto muerto (utero de Curvalier), se practicó cesárea e histerectomía abdominal de urgencia. Esta paciente fué controlada a los 15 días del post-operatorio, comprobándose únicamente sepsis de herida operatoria, la cual continuó tratándose con antibióticos tipo Penicilina, Cloranfenicol 500 mgr. cada 4 horas y curación diaria.

Hubo un caso de Plastrón Apendicular que es el que describimos anteriormente como causa de la única Apendicectomía electiva hecha de las 6 reportadas en esta tesis.

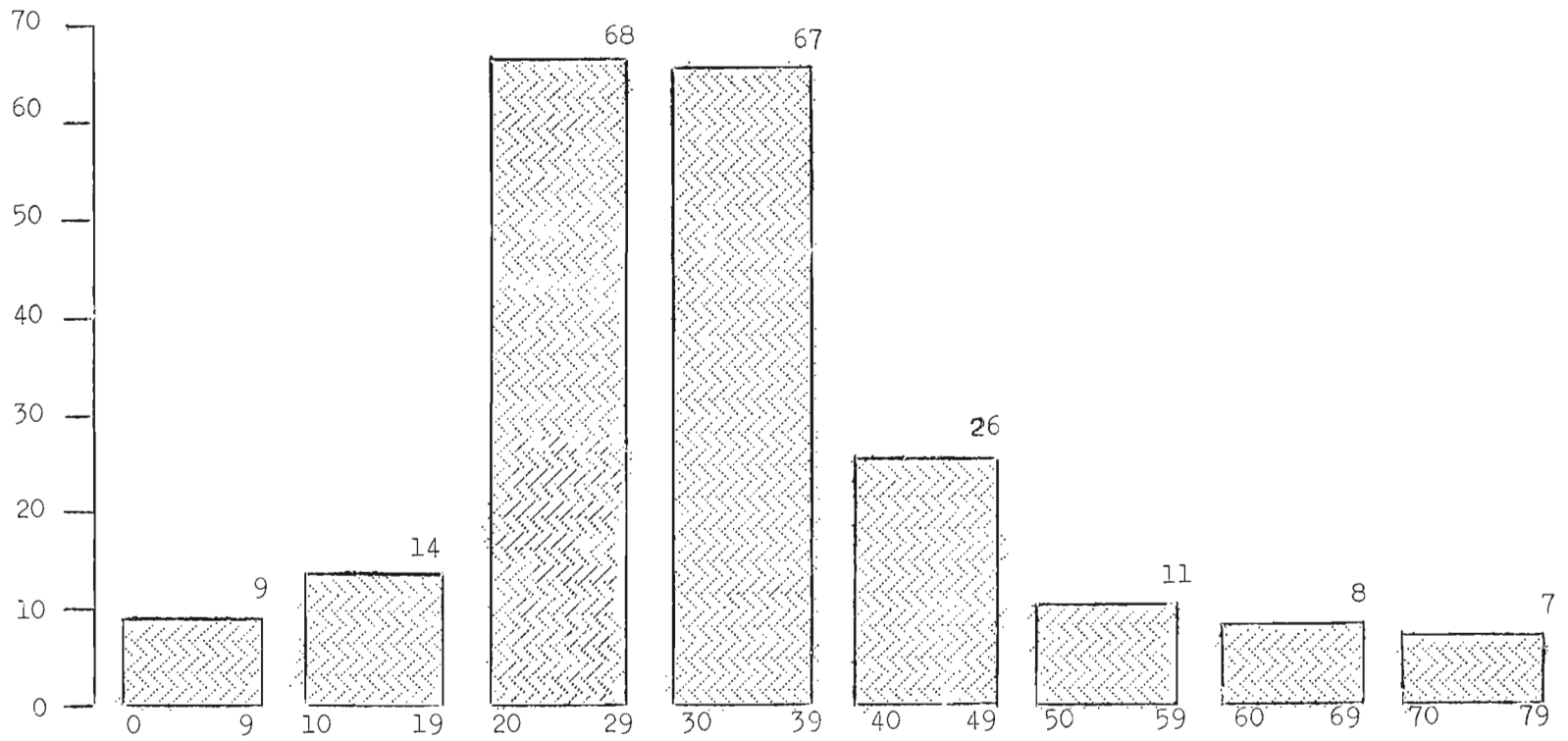


Y por último, por ser un caso poco frecuente, pero que se ne  
cesita experiencia, relatamos el procedimiento obstétrico de ver  
sión interna y gran extracción, el cual se practicó bajo aneste-  
sia con Eter Abierto, en una paciente múltipara con feto muerto,  
teniendo preparada una Laparotomía por cualquier accidente en el mani  
puleo obstétrico. La paciente quedó en un buen estado general, -  
cubriéndose con Antibióticos tipo Penicilina y sulfas de acción  
prolongada.

En la Gráfica # 2 están representados los grupos etarios. No  
tando que la mayor incidencia de pacientes que fueron sometidos  
a las intervenciones quirúrgicas en el Centro de Salud, en pri-  
mer lugar varió entre la 3a. y 4a. década de la vida ( 68 y 67  
casos respectivamente ); en segundo lugar, 5a. década en número  
de 26 casos; en tercer lugar, en la 2a. década en número de 14  
casos; en cuarto lugar, 6a. década, 11 casos; en quinto lugar,  
1a. década, 9 casos; sexto lugar, 7a. década, 8 casos; y sépti  
mo lugar, 8a. década, 7 casos.

Gráfica # 2

GRUPOS ETARIOS



VI - ESTUDIOS BIOESTADISTICOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS PRACTICADAS.

Cuadro No. 14

DISTRIBUCION DE INTERVENCIONES SEGUN SEXO

	(Cura de Hernia Inguinal	20
	(Laparotomía Exploradora	3
Masculino - General	(Apendicectomías	4
37	(Hidrocele	6
	(Plastrón Apendicular	1
	(Hemorroidectomía	3
	(Laparotomía Exploradora	6
	(Apendicectomía	1
	(Cura de Hernia Umbilical	2
General	(Cura de Hernia Inguinal	9
	(Cura de Rectocele	2
	(Mastitis	1
	(Hemorroidectomía	1
	(Legrados	97
	(Cesárea Clásica	9
Femenino - Ginecológico	(Salpingectomía	24
164	(Cesárea Esterilización	4
	(Histerectomía	6
	(Cesárea e Histerectomía	1
	Urológico (Papiloma Uretral	1
	(Apendicectomía	1
Niños - General	(Hidrocele	1
9	(Hernia Inguinal Izquierda	6
	(Laparotomía	1

Cuadro No. 15

DISTRIBUCION DE LAS INTERVENCIONES CATALOGADAS  
COMO ELECTIVAS O DE URGENCIA

	<i>Legrados Uterinos (Por Aborto Incompleto)</i>	41
	<i>Cesáreas</i> .....	9
	<i>Apendicectomías (Por Apendicitis Aguda)</i>	5
	<i>Cesárea - Esterilización</i> .....	4
DE URGENCIA	<i>Herniorrafias (Por Hernia Estrangulada)</i>	2
TOTAL - 66	<i>Cesárea Histerectomía Abdominal (Por Ruptura Uterina)</i>	1
	<i>Drenaje de Plastrón Apendicular (Por Apendicitis Aguda)</i> .....	1
	<i>Laparotomía Exploradora</i> .....	3

	<i>Legrados Uterinos (Por Aborto Incompleto)</i>	46
	<i>Legrados Uterinos (Por Metropatía Hemorrágica)</i>	10
	<i>Herniorrafias (Por Hernia Inguinal)</i> .....	33
	<i>Salpingectomías</i> .....	24
	<i>(Por esterilización)</i>	
	<i>Laparotomías Exploradoras</i> .....	7
ELECTIVAS	<i>Cura de Hidrocele</i> .....	7
TOTAL - 144	<i>Apendicectomía (Por Apendicitis Crónica)</i>	1
	<i>Histerectomías vaginales</i> .....	6
	<i>Hemorroidectomías</i> .....	4
	<i>Herniorrafia umbilical</i> .....	2
	<i>Cura de Rectocele</i> .....	1
	<i>Extirpación de Papiloma Uretral</i> .....	1
	<i>Drenaje de Mastitis Severa</i> .....	1
	<i>Versión Interna y Gran Extracción</i> .....	1

En el Cuadro No.16, se presenta el número de Anestias dadas durante las intervenciones quirúrgicas, así tenemos que 105 fueron llevadas a cabo con Raquianalgias (Pontocaína); 85 con Pentotal Sódico; 19 fueron llevadas a cabo con Eter Abierto y hubo 1 caso con Anestesia local, por tener la paciente, poco riesgo quirúrgico.

Cuadro # 16

<u>A N E S T E S I A S</u>	
Raquianalgias	105
Pentotal Sódico	85
Eter Abierto	19
Local	1
<u>T O T A L</u>	<u>210</u>

En el Cuadro #17, se muestra la evolución de las intervenciones operatorias, según hayan sido tratadas con Antibióticos o no, así tenemos que de las que recibieron antibióticos, no infectadas fueron 106, mientras que infectadas fueron 10. La explicación de estos datos es la siguiente : debido a que nuestra Sala de Operaciones no cumple con los requisitos asépticos seguros, nosotros siempre cubríamos profilácticamente a todos los pacientes que eran intervenidos. Entre las que no recibieron antibióticos están: no infectadas 94, e infectadas no hubo ningún caso. La explicación de estos datos es la siguiente: los únicos casos que no recibieron antibióticos posteriores a la intervención operatoria, fueron los legrados uterinos, en número de 97 casos, de los cuales 10 correspondían a Matropatías Hemorrágicas, 87 a Le

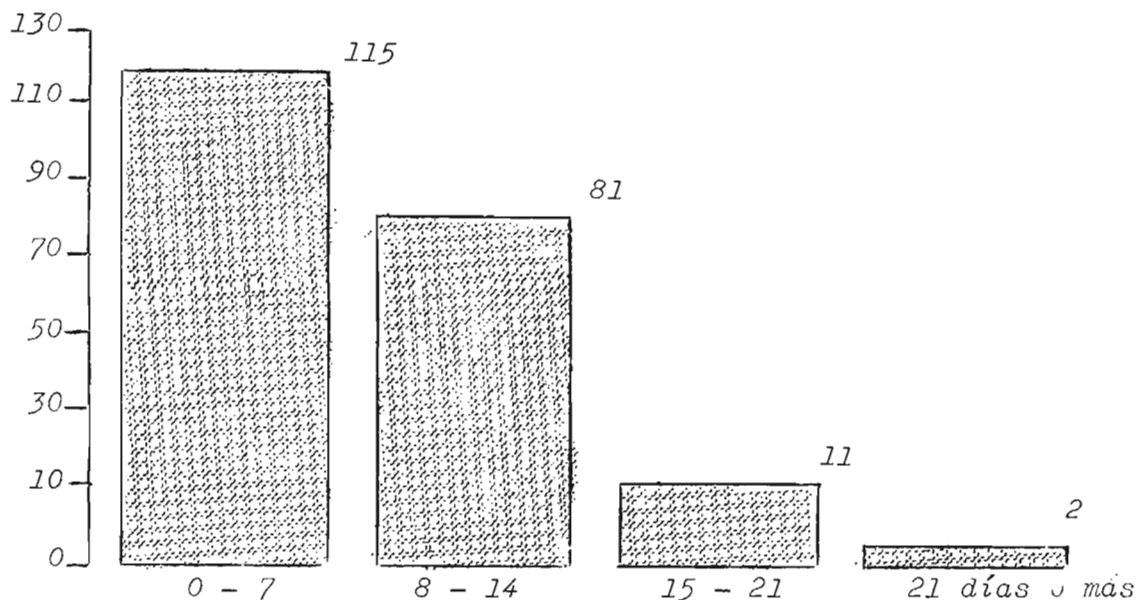
grados Uterinos por Aborto Incompleto, de los cuales sólo 3 se --  
presentaron como Abortos Incompletos Sépticos, que recibieron an  
tibióticos, de donde se concluye que de los 97 Legrados Uterinos,  
94 cursaron sin antibióticos.

En la gráfica No. 3 se muestra la estancia en el Hospital.  
La mayor frecuencia fué de 0 a 7 días, que es la estancia normal  
después de una intervención quirúrgica en condiciores óptimas. A  
continuación el grupo de 8 a 14 días, que aumenta ya sea porque  
el paciente vive lejos y espera que lo vengam a traer los fami-  
liares.

Y en el grupo de 15 a 21 días aumenta el número de días de -  
estancia, debido a que por una u otra causa, la intervención qui  
rúrgica se posponía varios días, ya estando el paciente ingresa-  
do, o existía una infección de la herida operatoria o secundaria  
sobre agregada.

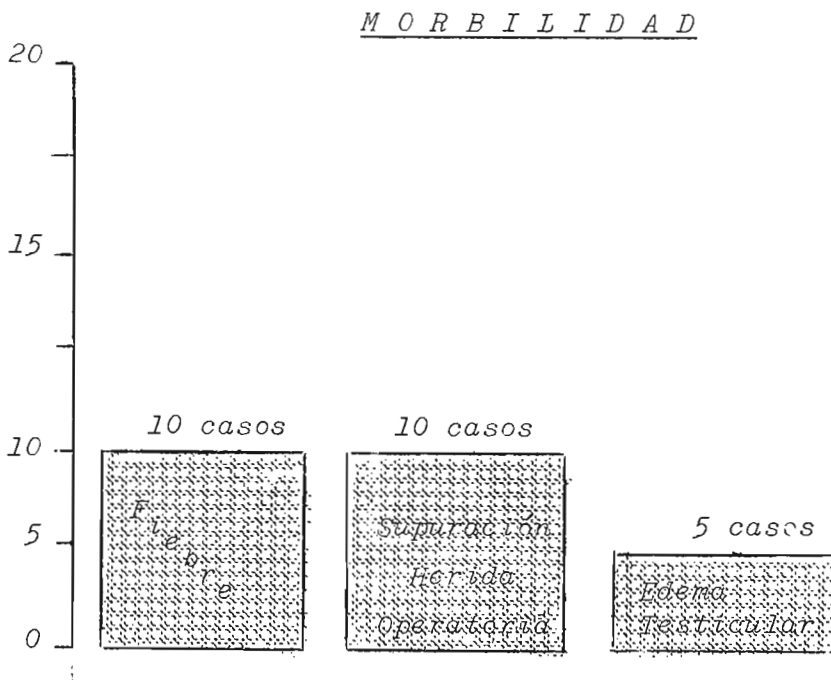
Gráfica # 3

DIAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL



En la Gráfica # 4 se muestra la morbilidad. En primer lugar se presentó fiebre de más de dos días de evolución post operatoria, en 10 casos. La infección y supuración de herida operatoria en 10 casos; y edema testicular post operatorio en curas de Hernias Inguinales, 5 casos.

Gráfica # 4



M O R T A L I D A D

De los 210 casos presentados en este trabajo de Tesis, sólo hubo un caso de fallecimiento, el cual se trataba de una paciente que ingresó con diagnóstico de Aborto Incompleto a las 10 de la noche, al examen físico, se comprobó una paciente en estado de shock, ligeramente febril, conjuntivas subictéricas, y un -cuello con orificio externo permeable, sangrando profusamente.

Motivo por el cual se practicó legrado de urgencia, extrayendo abundantes restos placentarios.

A las dos de la mañana, la paciente continuaba sangrando, - habiéndosele indicado Pitocin E.V. y líquidos parenterales del tipo Dextrosa al 5 % y Plasmasintex, como la paciente no mejora ba del sangramiento, se revisó nuevamente cavidad uterina, se - practicó taponamiento y se indicó transfusión de sangre, ya que el estado de la paciente se hacía cada vez más delicado. Se - transfundieron 250 cc de sangre, que era lo único que existía - en el Hospital, previo tipo y Rh., se indicó Vitamina K, 1 Amp. cada 6 horas. La paciente entró en franco estado de shock oligo- hémico, falleciendo a las tres de la mañana.

Antes del fallecimiento de esta paciente, se había solicita- do sangre urgente al Regimiento de esta localidad, pero con tan mala suerte para la paciente, que los donadores fueron enviados hasta las seis de la mañana, ya cuando ésta había fallecido.

Consideramos que la causa de muerte de la paciente, fué el posible daño hepático que existía, cosa muy frecuente en pacien- tes que tienen abortos sépticos incompletos, que desarrollan cuadros septisémicos.



## VII - DISCUSION

*En el trabajo expuesto anteriormente se han analizado las intervenciones quirúrgicas, practicadas durante mi año de Servicio Social en el Centro de Salud de Chalatenango.*

*Considero que el papel desempeñado por el personal médico y de enfermería del Centro de Salud, en lo que se refiere a asistencia médico-quirúrgica ha sido encomiable; porque todas las pacientes, en especial las que están situadas como causa de intervención quirúrgica más frecuente en este trabajo, o sea a quienes se les practicó Legrado uterino, fueron atendidas de inmediato y verificado el respectivo curetaje, de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico en el momento de la consulta.*

*Durante el procedimiento quirúrgico, no en todos los casos se tuvo a disposición sangre para transfundir, usando eventualmente sucedáneos del plasma o Dextrosa al 5 % para mantener el volumen circulatorio (2).*

*De donde se concluye, que si el paciente llega a tiempo a su consulta, no es imprescindible en grado sumo la sangre (si no se tiene), toda vez que no se retarde el curetaje uterino, aunque posteriormente se mejore su estado anémico, que es frecuente observar post aborto.*

*La incidencia del elevado porcentaje de legrados uterinos, por aborto incompleto espontáneo, se explicaría por las grandes deficiencias multivitamínicas que existen en nuestra mujer del campo, y si a esto agregamos el trabajo duro que realiza, da por explicado el mayor número de casos encontrados.*

Hacemos notar que en sólo tres casos de legrados uterinos por aborto incompleto, se usó antibióticos, por considerarlos sépticos; prefiriendo tratar primero el estado séptico y posteriormente el legrado (2).

Si analizamos el trabajo realizado con el exiguo material quirúrgico con que contamos, se comprende porqué pedimos más atención para este Centro de Salud, ya que estas consultas requieren una más inmediata y urgente asistencia médica.

En el grupo de legrados uterinos por aborto incompleto, se encuentra la única muerte que se relata en esta serie, pero se considera que fué el cuadro ictérico con que ingresó la paciente, lo que venía a complicarnos su estado ya grave, pensando inmediatamente que podía ser dada por un cuadro séptico generalizado, o una insuficiencia hepática severa.

Se practicó legrado para tratar de detener la hemorragia, y aún con taponamientos uterinos y el uso de Vitamina K, falleció posteriormente la paciente, en franco shock oligohémico, ya que no existía en el Centro más sangre a transfundir, después de los 500 cc. que se habían pasado.

Con relación a las hernias inguinales, 35 casos que representan el 17.1 % del total, únicamente dos fueron hernias inguinales extranguladas, las cuales se trataron como urgencia quirúrgica, extirpando y disecando tejido graso herniario, del saco correspondiente, practicándose posteriormente la herniorrafia, según la técnica de Bassini modificada.

El resto de curas de hernias inguinales se trató según la técnica de Bassini modificada. Todas fueron tratadas con antibió-

ticos, por no reunir nuestra sala de operaciones, las condiciones óptimas de asepsia.

Aun con estos cuidados, se tuvo dos pacientes con infecciones de herida operatoria. Controlados los pacientes a los 30 días de operados, todos se encontraban asintomáticos, con herida operatoria sana.

En cuanto a las salpingectomías bilaterales practicadas en número de 24, siempre se verificaron de acuerdo a las propias normas del Centro de Salud, y de común acuerdo ambos cónyuges que lo habían solicitado. Hubo un caso en que se practicó salpingectomía como indicación absoluta y fué en una paciente múltipara con una cardiopatía mitral (2).

En todos los casos se practicó salpingectomía bilateral, y en ninguno se procedió a esterilizar temporalmente con ligaduras. De los casos mencionados no hubo infección de heridas operatorias, habiendo sido tratados con antibióticos.

Las laparotomías exploradoras, se pudiera pensar que fueron pocos los casos ingresados al Centro de Salud para su tratamiento, pero no es así, ya que los casos operados únicamente fueron aquellos donde se tuvo un diagnóstico clínico quirúrgico seguro (7), ya que los casos dudosos se enviaron al Hospital Rosales para mejor estudio radiológico y quirúrgico. Aún así se practicaron diez laparotomías, siendo tres de ellas de urgencia, en las que se comprobó herida del estómago de 2 cm. de longitud, embarazo ectópico izquierdo no roto y la tercera por quiste retorcido del ovario derecho, tratándose todas como se explicó en

capítulo anterior. El mayor número de laparotomías en el sexo femenino la explico, por la frecuente patología ginecológica que viene a consulta.

En cuanto a las cesáreas practicadas (9 casos) con un 4.2 % del total, considero que es la cesárea baja transversal, la más aconsejable para poder pivotear la cabeza del feto, en el momento del nacimiento. Esta técnica tiene como peligro la frecuente ruptura de la arteria uterina, al rasgarse el útero, pero considero que es más fácil corregir el sangramiento pinzando dicha arteria, que cuando se practica una cesárea vertical mediana, en la cual, al rasgarse la herida uterina llega hasta los fondos de saco, teniendo que trabajar en campo operatorio más difícil.

En los casos apuntados de cesárea en nuestra serie, sólo practicamos una cesárea vertical mediana, porque estábamos seguros que existía una placenta previa central total, y no queríamos caer sobre el lecho placentario.

En relación con la conducta clínica quirúrgica operatoria seguida en las Apendicectomías, las cuales se practicaron en número de 6 casos; usamos siempre la técnica de Jalaguier, por considerarla en mi poca experiencia, como una de las intervenciones que da más visión del campo operatorio, cuando no se tiene una buena experiencia en esta clase de operaciones (5).

Con la misma frecuencia se practicaron histerectomías vaginales, en pacientes grandes multíparas, todas por prolapso genital, usando la técnica de Heaney modificada (11). Aunque en las intervenciones de este tipo no tuvimos accidentes de ruptura vesical

y sección de ureteres (que son muy frecuentes),

Hemos comprobado que estos accidentes son más factibles de producirse en grandes prolapsos, pero una vez encontrado el plano de clivaje, la disección se hace más fácil, usando torundas sueltas y no instrumentos cortantes para evitar los accidentes indeseables apuntados. Hubo un caso de cesárea e histerectomía por ruptura uterina, que yo considero el más espectacular de la serie, ya que fué hecho en condiciones muy delicadas para la paciente, pero tuvimos la suerte de tener tres litros de sangre en reserva, para mantener el volumen circulatorio aceptable en la paciente durante la operación. Tomando como experiencia que en estos casos es de vital importancia tener por lo menos tres litros de sangre, para tratar el estado de shock. (11).

Hubo un caso de plastrón apendicular operado cuatro meses después del ataque agudo de Apendicitis, el cual se disecó con mucha dificultad, disección manual ya que existían adherencias. Se recomienda practicar la Apendicectomía a los tres meses después del ataque agudo (1).

Es indispensable hacer hincapié en la necesidad de un conocimiento más concienzudo de la anatomía topográfica, para no perderse en regiones elementales tan importantes de las diferentes partes del cuerpo.

Comprobando el trabajo quirúrgico realizado en otros Centros de Salud de la República (Centro de Salud de Cojutepeque) (Rodríguez Ocampo, Oscar, -3-), se comprueba que la incidencia de Legrado Uterino por aborto incompleto en nuestro Centro fué de 97 ca--

44  
sos(46.2 %) comparable con 70 casos de un total de 309 con 22.6 % aumentando el doble, nuestra serie.

En hernorragias nuestro porcentaje 17.1 % es mayor comparable al Centro de Salud de Cojutepeque que tiene 2 % o sea 6 casos en total.

En ese Centro no se practicaron Salpingectomías, ni curas de Hidroceles así como la no realización de hemorroidectomías e Histerectomías Vaginales. En cuanto a Laparotomías nuestro porcentaje fué de 10 casos con 4 % del total, el cual es mayor si se compara con los dos casos de laparotomía en 309 casos en total con un 0.7 % hallados en C.S.de Cojutepeque.

De donde se concluye que la labor quirúrgica en nuestro Centro de Salud ha sido más variada y de casos más especializados, ya que si se compara con el mayor número de casos presentados en el trabajo de Rodríguez Ocampo (3) es la mayor frecuencia la sutura de heridas, encontrando 105 suturas en 309 casos presentados con un porcentaje de 34.4 %. Nosotros no referimos este tipo de intervención en esta Tesis porque en ella tratamos únicamente de Cirugía Mayor, Electiva y de Urgencia.

A pesar de que la mayoría de Cirujanos, no están de acuerdo con el uso de Antibióticos profilácticamente, nosotros lo usamos en todas las intervenciones quirúrgicas, excepto los Legrados Uterinos por Aborto Incompleto espontáneo, con los resultados anteriormente expuestos. Haciendo constar que en toda aquella Institución de Salud, en que no se tenga una buena asepsia en Sala de Operaciones, deberán ser indicados.

VIII - RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) *Se verifica un análisis de los 210 casos de Cirugía Mayor Electiva y de Urgencia practicados en el Centro de Salud de Chalantango, durante un año de Servicio Social (17 de Agosto 1964 .. 17 de Agosto 1965).*
- 2) *Se analizan los casos encontrados que corresponden a la Patología Quirúrgica más frecuente en esta localidad, en el período antes apuntado.*
- 3) *Se comprueba que es el aborto incompleto espontáneo, la causa más frecuente de intervención quirúrgica, posiblemente debido a deficiencias multivitamínicas, hormonales y estados de anemia severa, en pacientes grávidas. Todos estos factores sumados al hecho de que nuestro paciente rural, todavía no está educado para visitar las clínicas de control prenatal, para valorar su estado gineco-obstétrico, así como el trabajo agotador a que están sometidas, nos viene a confirmar porqué la incidencia del aborto incompleto espontáneo está aumentada.*
- 4) *Hacemos especial hincapié en la falta manifiesta de un Banco de Sangre, de un gabinete de Radiología y un laboratorio competente de acuerdo a las circunstancias y a la clase de cirugía que se practica.*
- 5) *Se da a conocer, la falta de personal médico y de anestesiología, así como de enfermería; la falta de medicamentos tan elementales, para una mejor cura post operatoria, como líquido parenterales, material quirúrgico, para el desarrollo de las labores diarias.*

- 6) *La falta de un aparato de anestesia por gases, para verificar ciertas clases de intervenciones que por su ausencia, -- no son practicadas en este Centro, motivando las frecuentes referencias al Hospital Rosales de San Salvador, y sobrecargando de esta manera las labores de los Hospitales del Radio Central.*
- 7) *La mayoría de los pacientes eran de la 3a. a 4a. década de -- la vida.*
- 8) *Se hace notar que como todo Centro Hospitalario, las intervenciones quirúrgicas de urgencia tienen mejor pronóstico -- si son inmediatas.*
- 9) *Durante las intervenciones quirúrgicas, no se presentó ningún accidente anestésico.*
- 10) *La necesidad de una buena esterilización del material quirúrgico, de una buena asepsia, tanto del cirujano como del campo operatorio, son imprescindibles, si se desea evitar -- infecciones en muchas operaciones electivas.*
- 11) *Aunque muchos cirujanos no están de acuerdo con el uso profiláctico de antibióticos, nosotros los usamos con los resultados ya expuestos, debido a que nuestra sala de operaciones no cumple con los requisitos indispensables.*
- 12) *La rápida movilización de los pacientes es importante para -- evitar estadías prolongadas en estos Hospitales, de por sí sobrecargados de enfermos.*
- 13) *La morbilidad y mortalidad baja son aceptables, si se toma en cuenta las condiciones en que se practica la cirugía en esta localidad, en comparación con otra serie de casos y en Centros mejor dotados.*



IX - R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) *Se recomienda a las autoridades correspondientes de Salud Pública, interesarse más por los Centros de Salud, para - que cuenten con lo indispensable para el mejor desarrollo del trabajo médico quirúrgico, especialmente en el suministro de medicamentos, material quirúrgico e instrumental.*
- 2) *Se recomienda aumentar el número de plazas para médicos, técnicos de laboratorio, crear plazas de anesthesiólogos, para el mejor desarrollo de la labor quirúrgica; aumentar el número de enfermeras sanitarias, para educar a la comunidad con respecto a la importancia de la consulta al médico para cuidados prenatales en las señoras embarazadas.*
- 3) *Hacer posible que todos los estudiantes en su año de internado, obtengan mayor entrenamiento quirúrgico, realizando mayor número de intervenciones quirúrgicas elementales, siempre con la supervisión adecuada, para una fructífera labor quirúrgica en su servicio social.*
- 4) *Entrenar y hacer hincapié en el estudiante en su año de internado, en trabajo administrativo, asistencial, preventivo, curativo y problemas de saneamiento ambiental, que son muy importantes en la prevención de enfermedades.*
- 5) *Se recomienda hacer lo posible para que en los programas de la Facultad de Medicina, se le dé en el año de internado, atención especial a la enseñanza de la Anestesiología*

desde el punto de vista práctico, con el objeto de familiarizarse con las técnicas más adecuadas, siempre supervisados por un médico anesthesiólogo.

- 6) Se hace urgentemente necesario dotar a este Centro de Salud, de un gabinete de Rayos X, así como de un aparato para anestesia con gases, ya que ésta es la causa de que se refieran muchos pacientes a los Hospitales del radio central, pudiendo tratarse en la localidad. Si así se hiciera, se descongestionaría la cantidad de consultas en el primer Centro Médico Quirúrgico del país.
- 7) Continuar enviando al estudiante en Servicio Social, al medio rural, para que se dé cuenta de las condiciones en que viven nuestros campesinos y obreros que constituyen el 86.4 % de nuestra población.
- 8) Reconocer que las concepciones adquiridas durante nuestros años de estudiantes, entran en seria contradicción con la realidad que nos plantea el medio en que vivimos. Es hasta entonces que aquel mito formado alrededor del médico y de su ejercicio, sufre serias frustraciones y se gestan en el pensamiento nuevas motivaciones que hacen ver con sentido más real y humano, cuál debe ser el papel de un médico, qué debe hacer para contribuir al progreso de nuestro país y elevar el nivel médico-preventivo y social en nuestros campesinos que bien se lo merecen.

X - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. - Davis, Christopher, *TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA*, Octava Edición, Editorial Interamericana, S.A. 1965 (Español)
2. - Eastman, N.J., *OBSTETRICIA DE WILLIAMS*, 3a. Ed. en Español. U.T.E.H.A., 1960
3. - Rodríguez Ocampo, Oscar, *EXPERIENCIAS QUIRURGICAS EN UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LA CIUDAD DE COJUTEPEQUE*. Tesis Doctoral, 1963.
4. - Cutler y Zollinger, *ATLAS DE OPERACIONES QUIRURGICAS*, 2a. Ed. en Español, U.T.E.H.A., 1956.
5. - Spivack, J.L. *TECNICA QUIRURGICA EN LAS OPERACIONES ABDOMINALES*. 2a. Ed. en Español. U.T.E.H.A., 1956.
6. - Interiano, Mario Francisco, *CIRUGIA ABDOMINAL ELECTIVA Y DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA UNION*. Tesis Doctoral, 1965.
7. - Dunphy y Bostford, *EXPLORACION DEL PACIENTE QUIRURGICO*. Interamericana, 1a. Edición en Español, 1956.
8. - L. Testut o Jacob. *ANATOMIA TOPOGRAFICA*, Salvat. 8a. Edición en Español. II Tomo, 1952.
9. - Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, *TERCER CENSO NACIONAL DE POBLACION*, 1961.
10. - Lardé y Larín, Jorge - *EL SALVADOR, HISTORIA DE SUS PUEBLOS, VILLAS Y CIUDADES*. Pags. 123/127. Vol.3, Año 1957
11. - Te Linde, Richard E., M.D. *OPERATIVE GYNECOLOGY*, 3er. Edition, J.B. Lippincott Company, 1962.
12. - Archivo del Centro de Salud de Chalatenango.