

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HERNIOPLASTIA EN NIÑOS UN PROCEDIMIENTO
FACIL Y PRACTICO.

REVISION DE 226 CASOS.

T E S I S

PRESENTADA A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

POR:

GUILLERMO CROCKER CORDOVA.

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1979.

PLAN DE TESIS

1. Introducción.
 2. Justificación.
 3. Objetivos cognoscitivos, psicomotores y afectivos.
 4. Material y métodos: humano/no humano.
 5. Consideraciones generales sobre hernias.
 6. Presentación y análisis de resultados.
 1. Edad en meses.
 2. Edad en años.
 3. Clasificación de hernias.
 4. Localización de la hernia.
 5. Tratamiento pre-operatorio.
 6. Anestesia.
 7. Técnica operatoria.
 8. Post-operatorio.
 9. Tiempo de hospitalización.
 10. Evolución intra-hospitalaria.
 11. Complicaciones.
-
7. Conclusiones.
 8. Recomendaciones.
 9. Bibliografía.

1. INTRODUCCION

Las hernias en niños han sido poco estudiadas en los últimos años, encontrándose relativamente muy poco escrito acerca de ellas. Desde que se realizó el estudio sobre la técnica de la ligadura alta de Saco Herniario en 500 niños de varias edades en el Hospital de Chicago en 1950 no se había encontrado ninguna complicación. (1)

El último estudio encontrado en la bibliografía nacional, es del año 1958, en el cual usan como referencia el trabajo anteriormente mencionado.

Debido a esto se ha utilizado en Guatemala el mismo procedimiento de hernioplastías desde hace 28 años, con tiempo de hospitalización de pacientes que varía de 2 a 4 días como promedio; sin embargo, en el Hospital Nacional de San Marcos se realizan desde hace 20 años hernioplastías en niños, utilizando el mismo procedimiento, con la variante que el tiempo de hospitalización es de 6 horas como promedio. Lo anterior se debe a la falta de recursos, que adolece el Hospital Departamental de San Marcos, como todos o casi todos los Hospitales departamentales de la República.

Este trabajo se propone analizar el método en sí, observar los resultados, tanto en el paciente, como en los padres y familiares del mismo.

2. JUSTIFICACION

En el Hospital Nacional de San Marcos desde hace 20 años se realizan hernioplastías en niños, tomándolo como procedimiento de consulta externa, con promedio de Hospitalización de 6 horas, bajo los cuidados de la madre, en cuanto el niño sale de la operación; lo anterior reduce los gastos en relación a paciente / hospitalización, alimentación, cuidados de enfermería. También brinda la oportunidad de hospitalización a pacientes que por una u otra causa la necesitan y que debido a la falta de ca

mas libres y cunas, les resulta problemático el ingreso.

El presente trabajo se realizó en un Hospital Departamental, el cual, se debe tomar en cuenta, carece de recursos económicos, personal médico y paramédico, local, y recursos físicos para una hospitalización adecuada, por lo que me propuse analizar el método, con el objeto que se considere su aplicación futura en otros Hospitales, y reducir de esta manera el costo por pacientes con este tipo de problemas, y al mismo tiempo colaborar con la estabilidad emocional de los niños que son sometidos a intervención quirúrgica, ya que no pierden contacto con sus padres, familiares y medio ambiente en el que se desenvuelven normalmente.

NOTA

Al realizar la presente investigación, se encontraron 560 pacientes, de ellos sólo a 226 se les encontró número de registro, lamentando no haber podido trabajar con la totalidad de pacientes debido a lo anterior; pero considero que 226 sí es un número que constituye una muestra representativa.

La causa principal de que los números de registro clínicos no se encuentran anotados es por la rapidez con que se lleva a cabo el procedimiento y el tiempo tan corto de hospitalización, no permitiendo realizar un registro clínico inmediatamente que los pacientes ingresan a sala de operaciones sino hasta después. En el hospital de San Marcos no hay estadígrafo, por lo tanto los datos de este trabajo fueron obtenidos del libro de sala de operaciones.

Los niños sometidos a este procedimiento quirúrgico se encuentran en condiciones satisfactorios, según el medio.

Los exámenes de laboratorio tampoco se encuentran anotados en los registros clínicos.

3. OBJETIVOS

- A. COGNOSCITIVOS:
 - a. Conocer las ventajas y desventajas del procedimiento.
 - b. Conocer la técnica aplicada en un Hospital Departamental.
 - c. Conocer los recursos que se cuentan para esta técnica.
 - d. Conocer los días de Hospitalización de cada paciente.
- B. PSICOMOTORES:
 - a. Proponer la aplicación del procedimiento en otros Hospitales Departamentales.
- C. AFECTIVOS:
 - a. Incrementar la relación afectiva madre-hijo durante la recuperación del Acto quirúrgico.

4. MATERIAL Y METODO

MATERIAL

- A. HUMANO:
 - Asesor.
 - Revisor.
 - Investigador.
- B. NO HUMANO:
 - 1. Area física del Hospital Nacional de San Marcos.
 - 2. Archivo del Hospital Nacional de San Marcos.
 - 3. Historias Clínicas.
 - 4. Material de escritorio.

METODO

ESTUDIO RETROSPECTIVO:

- a. Revisión de Bibliografía.
- b. Se revisarán papeletas con historias clínicas de pacientes a los cuales se realizó hernioplastia durante 10 años.
- c. Tabulación de datos.
- d. Presentación de Informe final.

5. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE HERNIAS

SOMERA DESCRIPCION ANATOMICA DEL TRAYECTO INGUINAL:

Tomando en cuenta que es el punto donde se escaparán las hernias inguinales directas e indirectas, al cual clasicamente se le reconocen 4 paredes y 2 extremos y orificios. La pared anterior formada por la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, la pared posterior formada por la fascia transversalis (Triángulo de Hassebach) más o menos reforzada por fibras aponeuróticas verticales o transversales; la pared superior - formada por los bordes de los músculos oblicuos menor y transverso; la pared inferior formada por la misma aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, al formar los ligamentos crural y de Gimbernat.

SUS EXTREMOS:

1. Orificio inguinal interno que es una hendidura vertical de unos 7 mm. de longitud que es por donde emergen los - elementos del cordón hacia el trayecto inguinal.

2. Orificio inguinal externo; formado por los pilares de inserción a nivel del pubis de la aponeurosis del Oblicuo mayor y unas cuantas fibras arciformes.

Conociendo el mecanismo de producción de las hernias podemos asentar de una vez que las hernias inguinales indirectas todas son en principio congénitas, pues se deben a la - protrusión de una víscera dentro de un conducto: peritoneo - vaginal, adosado e incompletamente cerrado. Mientras que las hernias directas son las llamadas por debilidad, la protrusión visceral se hace a través del triángulo de Hasselbach, por medio de los vasos epigástricos; pero esto se debe a que presenta una fascia transversalis poco reforzada de fibras - aponeuróticas o bien a que los músculos oblicuo menor y transverso se dirigen casi horizontalmente, buscando la línea media, dejando este punto que está sometido a mayor presión intraabdominal, en estado de poca resistencia.

ALGUNAS OPINIONES SOBRE LA EDAD EN QUE DEBE PRACTICARSE LA HERNIOPLASTIA:

Brener (2): La hernioplastia es ejecutada preferentemente - después de los 5 años, época en que las delicadas estructuras - están mejor desarrolladas en el niño, y éste se encuentra más - estabilizado, la infancia, sin embargo, no contraindica la cirugía.

Laad y Gross (3): La operación puede efectuarse en cualquier edad.

J. Taylos (3): En niños de 6 meses a la pubertad, la operación debe efectuarse tan pronto como se haga el diagnóstico.

L. Watson (3): Las hernias inguinales indirectas pueden operarse mejor cuando el infante tiene de 2 a 4 meses.

W, J, Potts (1): Se aconseja la operación sin tener en cuenta la edad.

Es notable la discrepancia de opiniones, pero la mayoría de autores establecen que la edad por sí no es contraindicación - operatoria.

D. Christopher (1): Acerca del tratamiento opina que el criterio general es que una vez es establecido el diagnóstico debe corregirse quirúrgicamente, en este caso la hernia se debe a la presencia de infundíbulo vaginal, no existe debilidad muscular, por lo tanto la intervención quirúrgica se limita a cerrar el - saco herniario por " Ligadura o Sección altas, extirpando o no la parte distal del saco". En realidad no son necesarias las - técnicas quirúrgicas de refuerzo de pared abdominal y se trata de una reconstitución y no de una reconstrucción.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

DISECCION Y LIGADURA DEL SACO:

Se separan los vasos y el Deferente del saco, llevando esta disección lo más alto que sea posible; ya disecado el saco sobre su eje hasta que aparezca grasa peritoneal, o que el orificio del cuello esté completamente cerrado ponemos lo más alto un punto de algodón.

6. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CUADRO NUMERO UNO: EDAD EN MESES

EDAD EN MESES	NUMERO	%
1-3	27	11.94
4-7	41	19.14
8-10	27	11.94
11-12	16	7.07
TOTAL	111	50.09

CUADRO NUMERO DOS: EDAD EN AÑOS

EDAD EN AÑOS	NUMERO	%
1-2	75	33.18
3-4	22	9.73
5	18	7.96
TOTAL	115	50.87

ANALISIS:

Como se observa en los dos cuadros anteriores, hubo predominancia en las edades de 1-2 años ocupando un 33.18%, como se puede ver, se realizó cirugía en todas las edades, desde un mes a 5 años.

CUADRO NUMERO TRES: CLASIFICACION DE HERNIAS

	NUMERO	%
DIRECTAS	5	2.21
INDIRECTAS	221	97.78
TOTAL	226	100.00

ANALISIS:

En el presente cuadro se puede observar que predominaron las hernias indirectas, ocupando un 97.78%, del total de la muestra.

	NUMERO	%
DERECHO	81	35.84
IZQUIERDO	130	57.52
BILATERAL	15	6.63
TOTAL	226	100.00

ANALISIS:

El lado más afectado fue el lado izquierdo, ocupando un 57.52%, el lado derecho ocupó el segundo lugar con un 35.84% y bilateral 6.63%. Dentro de estos diagnosticos se incluyen las exploradas bilateralmente, aunque el motivo de consulta y diagnostico fuera unilateral.

CUADRO NUMERO CINCO: TRATAMIENTO PREOPERATORIO

TRATAMIENTO	NUMERO	%
NPO 6 HORAS		
ANTES	226	100.00
ATROPINA	226	100.00
FENOBARBITAL	23	10.17

ANALISIS:

El tratamiento preoperatorio en su totalidad lo ocuparon NPO 6 horas antes y atropina I.M.; sólo el 10.17% fue asociado el uso de fenobarbital.

CUADRO NUMERO SEIS: ANESTESIA

TIPO	NUMERO	%
ETER	50	22.12
FLUOTANE	176	77.87
TOTAL	226	100.00

ANALISIS:

La anestesia más utilizada fue el fluotane, no es que sea el mejor tipo de anestesia, pero el Hospital carece de recursos y es la que más hay.

CUADRO NUMERO SIETE: TECNICA OPERATORIA

TECNICA EMPLEADA	NUMERO	%
Ligadura alta de saco	224	99.12
Refuerzo pared abdominal	2	0.88
Total	226	100.00

ANALISIS:

La técnica operatoria utilizada fue la tradicional, (ligadura Alta del saco) ocupando un 99.12%, observando que sólo en el 0.88% se realizó refuerzo de la pared abdominal.

CUADRO NUMERO OCHO: TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

TRATAMIENTO	NUMERO	%
Dieta libre 6 horas post-op.	226	100.00
Analgesicostipo		
Acetoaminofén	194	85.84
Analgésicos ASA		
Infantil	32	14.16

ANALISIS:

En el 100.00% de los casos se indicó dieta libre 6 horas post-op; en el 85.84% se indicó acetoaminofén, en el 14.16 se indicó ASA infantil como analgésico.

CUADRO NUMERO NUEVE: TIEMPO DE HOSPITALIZACION

HORAS	NUMERO	%
6-8 horas	206	91.15
9-12 horas	17	7.52
13-24 horas	1	0.44
25-48 horas	2	0.88
TOTAL	226	100.00

ANALISIS:

Como se observa en el cuadro anterior el tiempo de hospitalización fue de 6-8 horas el predominante, con un porcentaje de 91.15%, siguiendo 9-12 horas con un 7.52%.

Los pacientes que estuvieron hospitalizados más de 12 horas fueron pacientes a los cuales se les ingresó al Hospital, ya que su residencia se encontraba muy distante del Hospital.

CUADRO NUMERO DIEZ: EVOLUCION INTRA HOSPITALARIA

EVOLUCION	NUMERO	%
SATISFACTORIA	222	98.23
FIEBRE POST-OP	3	1.32
MALA **	1	0.44
TOTAL	226	100.00

ANALISIS:

La evolución intra hospitalaria fue satisfactoria en un 98.23%, presentaron fiebre post-operatoria 1.32% y tuvo mala evolución el 0.44% falleciendo el paciente último.

CUADRO NUMERO ONCE: COMPLICACIONES

TIPO	NUMERO	%
NINGUNA	219	96.90
Infección herida	5	2.21
Fallecidos	2	0.88
TOTAL	226	100.00

* Causa:

1. BNM al segundo día post operatorio.
2. Utilización iatrogénica de Demerol (meperidina) -3 horas post-operatorias. **

ANALISIS:

Como se puede observar en el cuadro anterior, las complicaciones observadas fueron infección de herida en 2.21% de la muestra, mientras que el 96.90 no presentaron ninguna complicación.

7. CONCLUSIONES

1. La edad no es contraindicación de realizar hernioplastia.
2. Las hernias indirectas son las más frecuentes.
3. Predominan las hernias en el lado izquierdo.
4. La técnica ocupada en el Hospital Nacional de San Marcos fue la tradicional.
5. El tratamiento post-op que dió buen resultado fue dieta libre 6 horas post-op y analgésicos.
6. El tiempo de hospitalización promedio fue de 6-8 horas.
7. La evolución intra hospitalaria fue satisfactoria.
8. No se observó ninguna complicación en el 96.90%.
9. Las causas de muerte observadas no tienen relación con el procedimiento quirúrgico efectuado.
10. EN VISTA DE LO ANTERIOR: EL PROCEDIMIENTO ES FACIL, PRACTICO, SIN COMPLICACIONES, ECONOMICO.

8. RECOMENDACIONES

1. Que este tipo de procedimiento, con el tiempo de hospitalización utilizado, sea aplicado en otros hospitales Departamentales con el mismo tipo de recursos.
2. Que el Ministerio de Salud Pública ponga más interés en dotar a los Hospitales Departamentales de personal, recursos físicos, económicos para - que puedan atender satisfactoriamente a la totalidad de pacientes que acuden en busca de salud.
3. Que en el Hospital Nacional de San Marcos sean anotadas en el libro de registro de Sala de operaciones, los números de historias clínicas para facilitar futuras investigaciones en dicho centro hospitalario.

9. BIBLIOGRAFIA:

1. POTTS. WILLYS J. TREATMENT OF INGUINAL HERNIA
IN INFANCY AND CHILHOOB.
ANALES OF SURGERY VOL 132 No. 3566. 1976
REFERENCE 195C.
2. BRENER EDWARD. PEDIATRIC SURGERY.
1938 (590).
3. ANGUIANO J. RODOLFO.
HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO.
TESIS USAC. 1951.
4. CHRISTOPHER DEVIS. TEXT BOOK OF SURGERY.
1974 10 EDICION.
W. B. SAUNDERS COMPANY.
5. BARILLAS ARMANDO.
HERNIA INGUINAL.
TESIS USAC. 1958.
6. BARLETT GIORDANO HORACIO.
TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL EN INFANTES.
TESIS USAC. 1957.

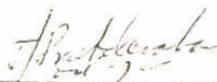
41-100-1000
u

Br: GUILLERMO CROCKER CORDOVA



Asesor

DR. ROBERTO FUENTES H.



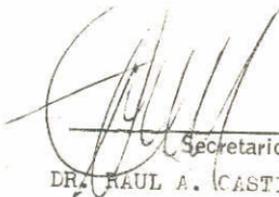
Revisor

DR. FRANCISCO JOSE PRATDESABA.



Director de Fase III

DR. JULIO DE LEON MENDEZ



Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO

Vo.Bo.



Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO