

CESAR AUGUSTO BARRIOS ESCOBAR

Guatemala, Mayo de 1980

INTRODUCCION

En el campo de la cirugía, nos encontramos con una gama de temas interesantes, todos de importancia mayúscula, si consideramos que no hay intervención quirúrgica -- que no ponga en peligro la integridad de nuestro paciente. De lo apasionante que resulta para todo estudiante y para todo médico, la práctica y el conocimiento de la cirugía, me he inclinado por el tema Hernia Incisional, cuya patología es muy poco conocida, y de mucha frecuencia en todos los Hospitales de nuestro país.

El presente trabajo se realizó en su totalidad en el Hospital Nacional de Amatitlán, y fue escogido este -- hospital por considerarlo muestra representativa de los - hospitales nacionales, así como de los hospitales escuela existentes en nuestro país.

Este trabajo no pretende ser una obra bibliográfica de cirugía especializada, sino al contrario, dar a conocer en términos claros y sencillos lo que es la práctica de la cirugía en un hospital nacional en el tema Hernia Incisional, en un período determinado, comprendido éste de lo. de Enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1978 -- (cinco años). Período el cual dió lugar a encontrar 109- casos de Hernia Incisional, realizando con estos casos el estudio de morbilidad, mortalidad, incidencia, sexo y -- edad en las cuales están comprendidos cada uno de los pacientes estudiados, así como todos los factores afines al manejo de los mismos.

ANTECEDENTES

Es lamentable que en un problema de tal magnitud para la cirugía se encuentre tan poca información al respecto. Encontramos únicamente una tesis, la del Dr. Carlos Escobedo Pacheco, escrita en 1970 titulada "Consideraciones sobre Hernia Incisional", revisión de 254 casos. Este estudio fundado en uno previo efectuado por el Dr. Carlos B. Lavarreda y el Dr. Carlos Azpuru, titulado "Consideraciones sobre Hernia Incisional". Trabajo presentado ante el Congreso Médico 1961-1962, el cual no fue publicado. Lamentablemente estos estudios no mencionan el lugar donde se efectuaron, sabiéndose únicamente que son datos de algún hospital de esta capital. Hago notar que este estudio se concretó al sexo femenino sin mencionar la existencia de hernia incisional en el sexo masculino.

Con los antecedentes mencionados, siento la necesidad de efectuar un estudio en el Hospital Nacional de Amatitlán, en cuyo hospital no se ha efectuado ningún trabajo sobre el tema que me interesa, tratando de completar y llenar los diferentes vacíos que sobre el tema existen hasta el momento, y que considero de mucha importancia como son: sexo, peso y la multiparidad de los diferentes pacientes estudiados, y cuyos resultados presentamos en los cuadros y gráficas que se encuentran en este estudio.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE HERNIAS

Definiciones de la hernia incisional:

De los trabajos revisados, nos parecen como más aceptables las definiciones utilizadas por el Dr. Ladimiro Espinoza León (4), el cual trata de diferenciar con los conceptos claros el concepto de Hernia, tratando de utilizar la palabra eventración como un Simil más apropiado.

Se define la Eventración como una lesión de la pared abdominal caracterizada por una brecha o debilidad de la misma (fuera de las zonas que en anatomía normal se consideran de menor resistencia u orificios naturales) a través de la cual hace salida una víscera fuera de la cavidad abdominal, que arrastra o no a la membrana peritoneal y retenida solo por una pared fibrosa y lafanea. Surge de esta definición, da aceptación de los términos que etimológicamente se superponen.

HERNIA: "Salida parcial o total de un órgano a través de una cubierta dentro de la cual está normalmente contenida y Eventración "(4)

La Hernia que sobrevive en un punto cualquiera de la pared abdominal.

Separando entonces conceptos, se denomina Hernia a una afección de origen congénito o adquirido constituida por la salida de las vísceras abdominales o pelvianas a través de las paredes abdomino-pelvianas, pero siempre en el lugar de una disposición anatómica de debilidad que existe normalmente en dichas paredes y acompañadas siempre de peritoneo.

A diferencia de la Eventración sucede en otras zonas que no sean las ya débiles anatómicamente existentes ya que dejaría de ser Eventración para pasar a ser Hernia. Es decir, que lo hará por otras zonas de la pared abdominal, que han sido debilitadas por diversas causas: unas congénitas, otras patológicas, otras traumáticas, otras operatorias, y otras pos-operatorias. Aquí pues la debilidad de la pared abdominal es anormal y una vez vencida su resistencia, lo que protuye puede ser el peritoneo solo o con vísceras solas o vísceras solas y hasta con un tumor.

En cuanto a la evisceración, (3) que no será nunca confundida con la eventración, se le reconoce cuando las vísceras salen, por la alteración de la pared abdominal (rotura de los puntos, herida de la pared abdominal) y queda en contacto directo con el exterior sin cubierta peritoneal.

La Hernia recidivante es la que siendo tratada quirúrgicamente se reproduce, pero siempre dentro de la toma anatómica que originó la hernia primitiva. En cambio, en las hernias umbilicales recidivantes se reproduce la hernia, pero instalada en zonas vecinas al plano anatómico que motivó el primer acto operatorio de la primera hernia.

Por tal circunstancia se considera incorrecto emplear el término Hernia recidivante y se emplea el término Eventración post-operatoria.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, podemos clasificar a las hernias incisionales como Eventraciones pos-operatorias para los fines de este estudio.

SINTOMATOLOGIA:

Las eventraciones sea cual sea su origen tienen más o menos las mismas manifestaciones clínicas. Siendo su sintomatología más precoz el dolor. Esto --

obedece en la mayoría de los casos a las lesiones de EPIPLOITIS adherentes, que acompaña a la eventración, en ocasiones el dolor toma la característica de cólico intestinal, siendo esto debido a trastornos en el tránsito intestinal por estenosis, bridadas o irregularidades en el Peristaltismo. Trastornos que ocasionan en determinadas circunstancias obstrucción parcial o completa y en casos más graves, con el compromiso de irrigación de la zona eventrada determinando verdaderas estrangulaciones.

En un porcentaje muy bajo las eventraciones no presentan dolor, molestias intestinales y otras manifestaciones caracterizándose únicamente por la aparición de tumoración clásica en la zona cicatrizal y la cual es reducible fácilmente con poca presión y sin dolor.

Este tumor constituye el signo objetivo caractístico y único de la afección que nos ocupa y es el motivo de consulta en la mayoría de los casos. Esta tumoración suele aparecer inicialmente con el esfuerzo físico o con la tos, pero paulatinamente va aumentando hasta adquirir un tamaño considerable y no se reduce fácilmente, y dará lugar a eventración de masas epiploicas o intestinales (Epiplocele o Enterocèle).

TECNICA OPERATORIA

HERNIORRAFIA, HERNIA POSTOPERATORIA

- A - La cicatriz suprayacente a la protusión herniaria se extirpa por una incisión elóptica.
- B - Se ha completado la extirpación elíptica de la cicatriz quirúrgica y se observa el tejido fibroso adelgazado (saco herniario falso) que envuelve el contenido de la hernia.
- C - Se fijan paños estériles a los bordes de la piel con pinzas de campo, con las cuales se mantiene tracción superior y extrema mientras se comienza la disección con bisturí debajo del plano del tejido adiposo subcutáneo. Esta disección se extiende ampliamente en ambos lados de los bordes de la pared abdominal lateral. Este se considera un tiempo básico indispensable en la reparación quirúrgica de hernias postoperatorias. Terminada la disección de un lado, debajo del colgajo despegado se colocan varias compresas de gasa, y se efectúa la misma disección de lado opuesto.
- D - Se completa el despegamiento de los colgajos, y se observa la relación de la masa herniaria con aponeurosis y músculos circundantes de pared abdominal anterolateral.
- E - Se practica una incisión paralela al borde extremo de la hernia, por la línea de unión de la aponeurosis verdadera y la falsa, y se descubre una porción del músculo recto subyacente. En el borde cortado de la aponeurosis verdadera se ponen pinzas y, manteniendo tracción lateral, se continúa la incisión distalmente hasta unirla a la parte inferior de una incisión semejante del lado opuesto.

F - Se continúa la disección con bisturí y el borde interno del músculo recto se separa del lado del saco herniario falso, descubriendo la capa subyacente de fascia transversal y peritoneo.

G - Se separan las capas musculoaponeuróticas despegadas y, con bisturí, se completa la disección del saco herniario falso.

H - Se comienza la extirpación elóptica del saco herniario falso, siguiendo la línea de unión con la capa normal de fascia y peritoneo.

I - Se ha completado la extirpación de saco herniario falso, y se comienza la sutura de la capa de aponeurosis y peritoneo, con puntos separados de colchonero con seda 00.

J - Se ha completado la sutura de la capa de aponeurosis y peritoneo y la capa muscular se aproxima sin tensión con puntos separados simples de seda 00. - Muchas veces se omite cerrar esta capa, por atrofia de los músculos o por tensión excesiva de la línea de sutura.

K - La capa aponeurótica anterior se sutura en superposición, con puntos horizontales de colchonero, y puntos separados simples de seda 00.

Si hay tensión excesiva en la línea de sutura, por fuerza se practican incisiones lineales de relajación en la aponeurosis, en ambos lados.

L - La operación termina al suturar la incisión cutánea con puntos separados de seda. Por el despegamiento extenso de los colgajos de piel y tejido subcutáneo, frecuentemente se emplea drenaje, mediante incisiones de transfixión, por fuera y a los lados de la sutura cutánea.

OBJETIVOS

- 1 - Establecer la incidencia de hernia incisional en el Hospital Nacional de Amatitlán, durante el período 1974 - 1978.
- 2 - Tratar de establecer la etiología de la hernia incisional en los pacientes estudiados, con el objeto de generalizarla al problema mencionado.
- 3 - Tratar de determinar las diferentes entidades quirúrgicas que dieron lugar al aparecimiento de hernia incisional, en los pacientes estudiados.
- 4 - Revisión de la mortalidad que este problema ocasiona a los pacientes que la presentan.
- 5 - Establecer la letalidad por hernia incisional en el período comprendido 1974-1978 en el Hospital Nacional de Amatitlán.
- 6 - Mencionar la incidencia de hernia incisional en el sexo masculino y comparar con el sexo femenino.

ANALISIS DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista médico-quirúrgico el problema de hernia incisional es de mucha importancia por la incidencia que se registra en todos los Hospitales del país. Así como de otros países de los cuales tenemos alguna literatura.

En el estudio efectuado, de cada 1000 pacientes que se internan en el hospital, 3.47 son ingresados con diagnóstico de hernia incisional y es intervenido quirúrgicamente, este dato nos da una idea de la importancia que reviste este problema en particular.

Este estudio nos deja ver que el problema no solo es médico, sino también económico, si observamos que el sexo masculino el cual tomamos como la máxima fuerza productiva del país, es afectado en gran parte, siendo para el estudio 40.36% de los 109 pacientes estudiados, como agravante se encontró que estos pacientes se encuentran clasificados entre la máxima etapa productiva de la vida, encontrando en la década de 30 a 39 años un porcentaje de 18.4% y 40 a 49 años 20.4% de los pacientes estudiados. Esto se agrava aún más si analizamos que el promedio de días hospital, encontrado fue de 17.3 días.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó una revisión de todos los casos de hernia incisional, registrados en el Hospital Nacional de Amatitlán en el período comprendido del 10. de Enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1978.

Se contó con el material del archivo (papeletas y cuadros de registro por enfermedad mensual NOSOLOGIA) -- del Hospital Nacional de Amatitlán, así como del libro de registros de la sala de operaciones, el libro de ingresos y egresos de los departamentos de cirugía de mujeres y cirugía de hombres del Hospital de Amatitlán.

Se contó con la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, y bibliografía concerniente al tema de estudio.

Por lo anteriormente mencionado definimos el estudio como deductivo y del cual se estudió los diferentes parámetros.

- 1.- Edad y sexo
- 2.- Tamaño y localización de la hernia incisional
- 3.- Operación practicada anteriormente
- 4.- Técnica quirúrgica practicada
- 5.- Características del pos-operatorio de la primera operación. De la reparación.
- 6.- Tiempo en que apareció la hernia incisional
- 7.- Paridad en el sexo femenino
- 8.- Tratamiento recibido
- 9.- Anestesia utilizada
- 10.- Días hospitalización

PRESENTACION, ANALISIS e INTERPRETACION
DE RESULTADOS

1.- EDAD Y SEXO:

CUADRO No. 1

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE HERNIA INCICIONAL
POR GRUPO ETAREO SEGUN SEXO ENCONTRADOS EN EL HOS-
PITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL PERIODO DE 1974
- 1978.

S E X O

GRUPO ETAREO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
5 - 9	2	4.5	0	0	2	1.8
10 - 19	1	2.2	1	1.5	2	1.8
20 - 29	2	4.5	5	7.6	7	6.4
30 - 39	9	20.4	12	18.4	21	19.2
40 - 49	8	18.4	18	27.6	26	23.8
50 - 59	9	20.4	13	19.9	22	20.0
60 - 69	7	15.9	12	18.4	19	17.4
70 - más	6	13.6	4	6.1	10	9.1
TOTAL	44	40.36	65	59.64	109	100.0

Con este cuadro se demuestra que un porcentaje mayor de los pacientes estudiados fue de sexo femenino, que se justifica, con el mayor riesgo de probabilidad que tiene este sexo de padecer de patología de abdomen y pelvis, las que en muchas de los casos terminan siendo quirúrgico su resolución; otro de los factores determinantes para este hallazgo es el hecho de que todos conocemos de que el mayor porcentaje de pacientes-consultantes en todos los hospitales del país lo que componen en su orden: niños, adultos sexo femenino y adultos sexo masculino en un porcentaje mucho menor.

Queremos hacer notar que el 40.36% de todos los pacientes estudiados fueron de sexo masculino con lo que se demuestra que sí existe la hernia incisional en el mismo, dato éste que había sido mencionado en ninguna de las obras bibliográficas consultadas, por lo que se desconocía su incidencia en nuestro país.

En este cuadro se demuestra que los grupos etarios más afectados son aquellos considerados como en la etapa más productiva de la vida, por lo que este problema pasa a ser un problema médico, a formar parte de los múltiples problemas económicos de nuestra comunidad.

2.- LOCALIZACION Y TAMAÑO DE LA HERNIA INCICIONAL:

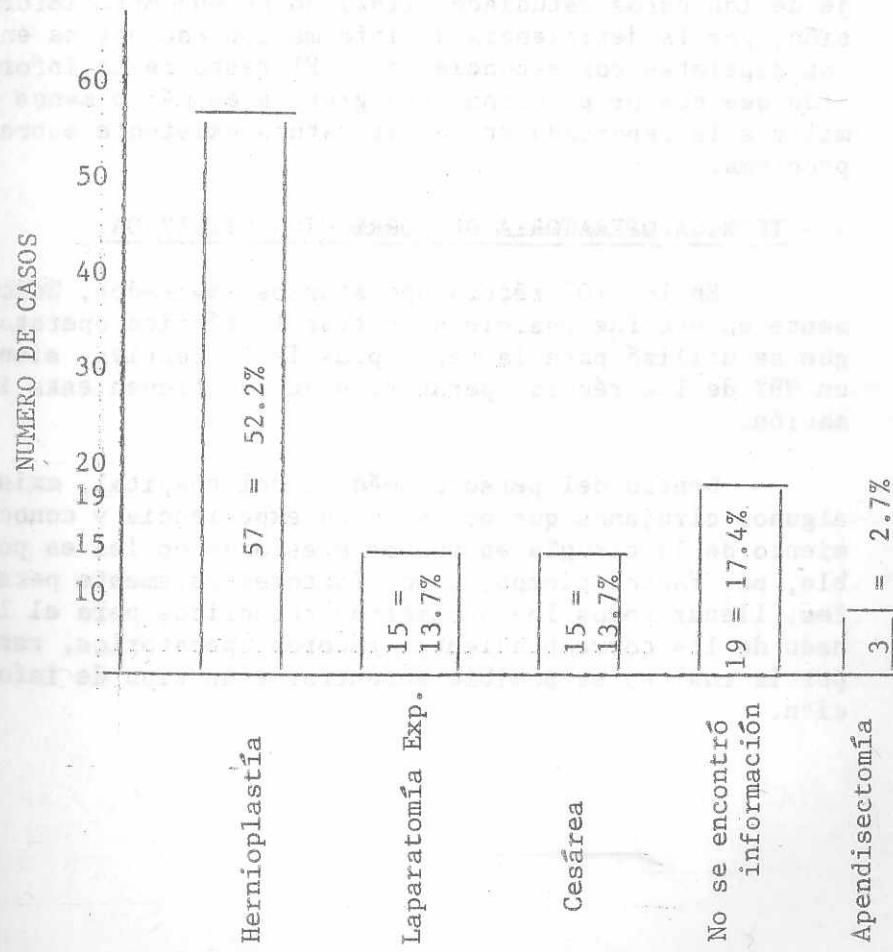
En ninguno de los casos estudiados fue posible determinar el tamaño y la localización exacta de la hernia incisional, por no contar con una historia de ingreso, específicamente un examen físico y sus hallazgos.

Lamentamos profundamente el no haber contado con historia clínica completa, pero consideramos que en un hospital en el cual acuden y se ingresan tantos pacientes como se demuestra en la tabla de indicadores encontrados en el período de estudios, y contando con tan poco personal, estos requisitos en muchas ocasiones se pasan por alto.

3 - ENTIDADES QUIRURGICAS QUE DIERON LUGAR A LA APARICION DE HERNIA INCICIONAL.

GRAFICA No. 1

No. DE CASOS POR CADA ENTIDAD QUIRURGICA DIO LUGAR A HERNIA INCICIONAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL PERIOD 1974-1978.



ANALISIS E INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 1

Siendo el Hospital Nacional de Amatitlán, un centro donde el 25.31% de los pacientes internados reciben tratamiento quirúrgico y de este porcentaje un 40% de las operaciones se encontró que se trataba de hernioplastias, es justificable que de esta gran cantidad, se hallan encontrado 57 casos de hernioplastia como causa de hernia incisional. Quiero hacer notar que en un gran porcentaje de los casos estudiados (19%) no se encontró información, por la deficiencia de información encontrada en las papeletas correspondientes. El resto de la información que nos proporciona esta gráfica es más o menos similar a la reportada en la literatura existente sobre el problema.

4 - TECNICA OPERATORIA DE CORRECCION UTILIZADA:

En los 107 récord operatorios revisados, únicamente en uno fue posible encontrar la técnica operatoria que se utilizó para la hermioplastia correctiva, siendo un 99% de los récord operatorios que no tienen esta información.

Dentro del personal médico del hospital, existen algunos cirujanos que por su gran experiencia y conocimiento de la cirugía en muchas ocasiones no les es posible, por factor tiempo, o por factores puramente personales, llenar todos los parámetros requeridos para el llenado de los correspondientes récords operatorios, razón por la cual no es posible encontrar este tipo de información.

5 - COMPLICACIONES PROPIAS DE HERNIA INCICIONAL EN EL -

ESTUDIO

Se encontraron las siguientes complicaciones:

- a - Hernia Incisional INCARCERADA: 4 casos
- b - Hernia incisional BILATERAL: 1 caso
- c - Defunción (ilio paralítico): 1 caso
- d - Sin complicaciones: 106 casos.

La falta de conocimientos de nuestros pacientes así - como el desinterés con que los mismos toman la aparición de una hernia, les predispone a sufrir complicaciones tan graves como la incarceración de la misma, mencionamos desinterés porque sabemos que la hernia inicialmente aparece y se reduce sin dificultad, pero paulatinamente se hace más y más difícil reducirla hasta llegar después de al- gún tiempo a ser imposible e incarcerarse, la segunda de las complicaciones no es más que el reflejo de el mal es- tado de el paciente, resumiéndose en una debilidad de la pared que predispone a la hernia incidentemente en forma- bilateral, caso único encontrado en el estudio del cual - no se tiene conocimiento en otro hospital.

6 - TIEMPO PROMEDIO EN QUE APARECIERON RECIDIVAS:

Este promedio es únicamente sobre 88 casos, de los cuales se encontró información, faltando 21 casos de informa- ción.

El tiempo menor de: 4 meses

El mayor tiempo fue de: 6 años

Siendo el promedio de: 17.3 meses.

Siendo el promedio de 17.3 meses demostramos que la -- etiología de este problema no son complicaciones inmedia- tas, como por ejemplo la infección de herida operatoria co- mo se menciona en trabajos anteriores, más parece ser que- la constitución de la pared abdominal es determinante para el aparecimiento de la eventración.

CUADRO No. 2

ENTIDADES QUIRURGICAS	MENOR DEL PRO MEDIO		MAYOR DEL PROMEDIO		SIN IN FORMAC.		TOTAL CASOS
	No.	%	No.	%	No.	%	
HERNIOPLASTIA	23	40.35	19	33.33	15	26.32	57
LAPARATOMIA	7	46.67	7	46.67	1	6.6	15
CESAREA	6	40.0	7	46.67	2	13.33	15
APENDISCTOMIA	1	33.3	2	66.70	0	0.0	3
SIN INFORMA - CION	4	21.50	3	15.80	12	63.15	19

Para analizar este cuadro estadísticamente - se utilizó la prueba de χ^2 (CHI CUADRADO) que sirve para determinar si existe alguna diferencia significativa en el comportamiento de los diferentes grupos; al aplicarle dicha prueba encontramos los siguientes resultados: 15.94 como valor de χ^2 , el cual al comparar lo con el de la tabla del χ^2 que es de 15.50, nos demuestra que sí existe alguna diferencia significativa entre los grupos. Habiendo encontrado entonces una diferencia significativa estadísticamente se procedió a efectuar la prueba del χ^2 entre las diferentes entidades quirúrgicas que aparecen en el estudio, dándonos como resultado los datos que en el cuadro No. 3 se presentan.

Para analizar si el tiempo de aparecimiento de la Hernia incisional tiene relación con el tipo de operación que la ocasiona, se realizó el siguiente procedimiento:

Se determinó el tiempo promedio general del aparecimiento de la hernia incisional y se dividió a los pacientes en 3 grupos, que son los siguientes: a) El primer grupo que lo constituyan todos los pacientes - en los que el tiempo de aparición de la hernia incisional fue menor del promedio, b) El segundo grupo en el cual el tiempo de aparición estaba sobre el tiempo -- promedio, y c) Un tercer grupo que lo constituyan los pacientes en los cuales no se encontró información -- con respecto a tiempo de aparecimiento de la hernia - incisional; con estos 3 grupos se formó el cuadro número dos que a continuación se presenta:

CUADRO No. 3

CUADRO MATRICIAL QUE INDICA LOS DIFERENTES RESULTADOS ENCONTRADOS AL APLICARLE LA PRUEBA DE χ^2 A LAS DIFERENTES ENTIDADES QUIRURGICAS EN ESTUDIO Y ENTRE SI.

ENTIDADES QUIRURGICAS	HERNIOPLASTIA	LAPARATOMIA	CESAREA	APENDISECTOMIA	SIN INFORMACION
HERNIOPLASTIA	X	2.795	1.465	1.718	8.452
LAPARATOMIA	2.795	X	0.408	0.493	11.792
CESAREA	1.465	0.408	X	0.850	8.807
APENDISECTOMIA	1.718	0.493	0.850	X	5.039
SIN INFORMAC.	8.452	11.792	8.807	5.039	X

Al observar dicho cuadro encontramos que los valores de χ^2 que están por arriba de 5.991, serían en los que hay diferencia significativa, dichos resultados solo los encontramos cuando se compara cualquier grupo con el que no tenía información; mientras que las demás comparaciones, los resultados fueron menores de 5.991, por lo que concluimos en que nuestro estudio no se encontró diferencia significativa en cuanto a el tiempo de aparición de hernia incisional con relación al tipo de operación que le dió origen.

7 - NUMERO DE RECIDIVAS ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO:

Lamentablemente solo se encontró información sobre el número de recidivas en un caso, el cual había presentado recidiva en 3 ocasiones, en el resto de los casos estudiados no se encontró información de este antecedente.

La información que se tiene sobre el número de recidivas no es significativa para el estudio, por lo que no se puede comparar con estudios hechos con anterioridad en otros hospitales de la república en el cual se reportan hasta 6 recidivas en algunos casos.

8 - TIPO DE TRATAMIENTOS ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO:

Número de casos de hernia incisional del estudio: 109, tratamiento quirúrgico: 107 casos, representando: 98.1% tratamiento médico, 2 casos representando 1.9%. Con el conocimiento de que el tratamiento único para la corrección de hernia incisional es el quirúrgico, y que fue el que se aplicó al grueso de la población que presentó este problema. El tratamiento médico, debe dejarse para aquellos pacientes en que su estado general no les permite ser intervenido quirúrgicamente o en casos especiales como los que se presentaron en este estudio: 1 caso de un paciente de 12 años en el cual los familiares se opusieron a operación; el otro se trató de un paciente de 76 años cuyos familiares, consideraron que el paciente no debería ser operado por mal estado general.

9 - ANESTESIA UTILIZADA:

La anestesia utilizada en los 107 casos quirúrgicos fue reportada en la siguiente forma:

ANESTESIA RAQUIDEA: 105 casos representando 98.1%
ANESTESIA GENERAL : 2 casos representando 1.8%

Esta información nos demuestra que la raquianestesia sigue siendo de elección en pacientes a efectuar hermioplastia. Se utilizó anestesia general en dos pacientes por tratarse de niños entre edades: 6 y 12 años respectivamente, y en quienes está contra indicado anestesia Raquidea.

10 - PROMEDIO DIAS HOSPITALIZACION POR HERNIA INCICIONAL:

Tiempo menor de hospitalización: 3 días
Tiempo mayor de hospitalización: 70 días
Tiempo promedio Hospitalización: 17.3 días

Siendo una operación que a nuestro parecer no debería presentar complicaciones, consideramos el tiempo promedio encontrado demasiado prolongado, ya que en otros estudios se reporta promedios de 9 días.

11 - MULTIPARIDAD ENCONTRADA EN PACIENTES CON RECIDIVAS:

Se trató de investigar la multiparidad de los pacientes del sexo femenino encontrando en el estudio, pero lamentablemente no se encontró ninguna información sobre el particular.

Este parámetro se trataba de comparar con los hallazgos del Dr. Carlos Escobedo en 1970, en el cual relacionaba la multiparidad con la frecuencia de recidivas, pero por falta de información en las historias clínicas, específicamente de antecedentes gineco-obstétricos no se logró obtener la información requerida.

ANALISIS ESTADISTICO

Se aplicó el método: analítico y estadístico a cada uno de los parámetros mencionados en Material y Métodos, y para su presentación se construyó un cuadro informativo por cada parámetro mencionado, haciendo también la descripción y análisis de cada una de los cuadros que aparecen en el informe final. Así también de la gráfica que se presenta.

TASAS

Indicadores encontrados en el estudio:

TASA morbilidad general: durante el período 1974-1978 =
90444.

TASA morbilidad específica: pro hernia incisional = 109

TASA de morbilidad específica = $\frac{109}{90444} \times 100 = .12$

TASA mortalidad general: período 1974 - 1978 = 1157.

MORTALIDAD ESPECIFICA: por hernia incisional = 1.

Tasa mortalidad Específica = $\frac{1}{1157} \times 1000 = 0.86$

TOTAL DE INGRESOS DURANTE EL PERIOD 1974-1978 = 30769.

INCIDENCIA DE HERNIA INCICIONAL = 3,58 X cada 1000 ingre
sos

INDICE DE LETALIDAD = $\frac{1}{109} \times 100 = 0.91$

CONCLUSIONES

- 1.- La tasa de morbilidad específica por Hernia Incisional encontrada en el Hospital Nacional de Amatitlán en un período de 5 años (1974-1978), fue de: 109 casos.
- 2.- En este estudio el sexo femenino fue el más afectado encontrando el 59.64% del total de los casos, y en este grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 40 y 49 años con el 23.8% del total.
- 3.- El sexo masculino se encontraron 44 casos representando el 40.36% del total de los casos, el grupo etario más afectado en este sexo fue el comprendido entre 30 y 39 años representando el 20.4%.
- 4.- En ninguno de los casos estudiados fue posible la determinación del tamaño y localización de la hernia - incisional con exactitud.
- 5.- La entidad quirúrgica responsable del mayor número de hernias incisionales para el estudio fue la operación Hernioplastia, encontrando un total de 57 casos representando el 52.2% del total de los casos de estudio.
- 6.- Para este estudio, no fue posible la determinación de la técnica operatoria utilizada para la corrección por falta de información.
- 7.- La herniorrafia de corrección de hernia incisional, se efectúa con todo éxito en el Hospital Nacional de Amatitlán con un porcentaje insignificante de complicaciones.
- 8.- El tiempo promedio en que apareció la hernia incisional para nuestro estudio fue de 17.3 meses, el tiempo menor encontrado fue de 4 meses, y el mayor tiempo encontrado fue de 17.3 meses.

- 9.- No existe diferencia significativa entre el tiempo en que aparece hernia incisional, en relación al tipo de operación que le dió origen.
- 10.- El tratamiento para la corrección de hernia incisional es únicamente la hernioplastía utilizando la técnica de Mcvay.
- 11.- La anestesia raquídea resulta de primera elección para la operación hernioplastia.
- 12.- El tiempo promedio días-hospitalización para este estudio fue de 17.3 días.
- 13.- La tasa de morbilidad específica para el estudio fue de: 12.
- 14.- La tasa de mortalidad específica fue de: 0.86
- 15.- La incidencia de Hernia Incisional es de: 3.58 por cada 1000 ingresos.
- 16.- El indice de letalidad para hernia incisional es de: 0.91.

RECOMENDACIONES

- 1.- Tomando en cuenta el hecho de que el Hospital Nacional de Amatitlán, es actualmente un hospital escuelas sentimos en el deber de recomendar que todos los pacientes que sean ingresados a dicho hospital se aplique la correspondiente ficha clínica, llenando todos los parámetros que la misma comprende con el objeto de que la información que en ella se encuentre en el futuro sea completa, beneficiando con esto al paciente, y convirtiéndose en una verdadera fuente de información de cada paciente.
- 2.- Que se estructure un plan de control del paciente en el que se efectúe hernioplastía por ser esta operación la de mayor índice de recidivas, con el objeto de detectar tempranamente este problema y evitar las correspondientes complicaciones, control que se puede llevar a cabo con la ayuda de el correspondiente Centro de Salud local y la estructuración de una tjeta control.

BIBLIOGRAFIA

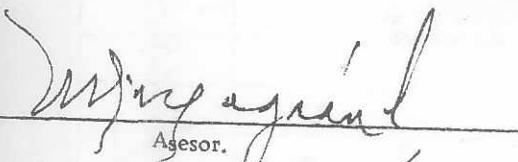
- 1 - Anguiano G. Rodolfo, "Consideraciones sobre el - tratamiento de hernias inguinales en el niño" - Tesis U.S.A.C. 1970 44 p.
- 2 - Contreras G. José L. "Explicación sobre tela de acero inoxidable en hernias abdominales" Tesis- U.S.A.C. 1958 32 p.
- 3 - Escobedo Pacheco Carlos "Consideraciones sobre - hernia incisional" Revisión de 254 casos. Tesis 1970 U.S.A.C. 40 p.
- 4 - Espinoza León Ladimiro "Eventración pos-operatorias" Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía 11-68 184 Marzo Abril 1969.
- 5 - Flores Cubas Rafael "Hernioplastía inguinal" Tesis U.S.A.C. 1966 26 p.
- 6 - Madden, John L. Atlas de técnicas en cirugía Editorial Interamericana segunda Edición 1967 Páginas 116-119.
- 7 - Lavarreda Carlos, Azpuru Carlos E. "Consideraciones sobre hernia incisional" Trabajo presentado ante el Congreso Médico 1961-62 (no publicado) - 10 páginas.
- 8 - Melson, Waldo E. "Tratado de Pediatría" Editorial Salvat Sexta Edición 1971. Págs. 398-839 - 843.
- 9 - Orlov W. Z. "Remate results of alloplasty in recurring and past operative hernias" Khir 9:60-3 Sep. 965.
- 10 - Porras G. Guillermo, Hernioplastía crural con -- técnica de Cardenat Tesis U.S.A.C. 1949 36 p.

Br.

C. J. G. M. -

Concejalía de Sanidad.

Dr.

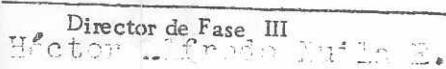

Dr. Mario Aguirre
Asesor.

Dr. Mario Roberto Villagrán A.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIALO 1642

Dr.


Revisor.
Roberto Orrell

Dr.

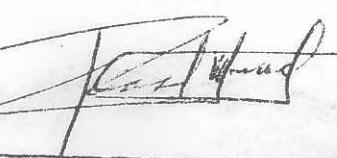

Director de Fase III
Héctor Alfaro Muñoz.

Bo.

Dr.


Rolando Castillejo
Secretario

Dr.


Rolando Castillejo Montalvo. -