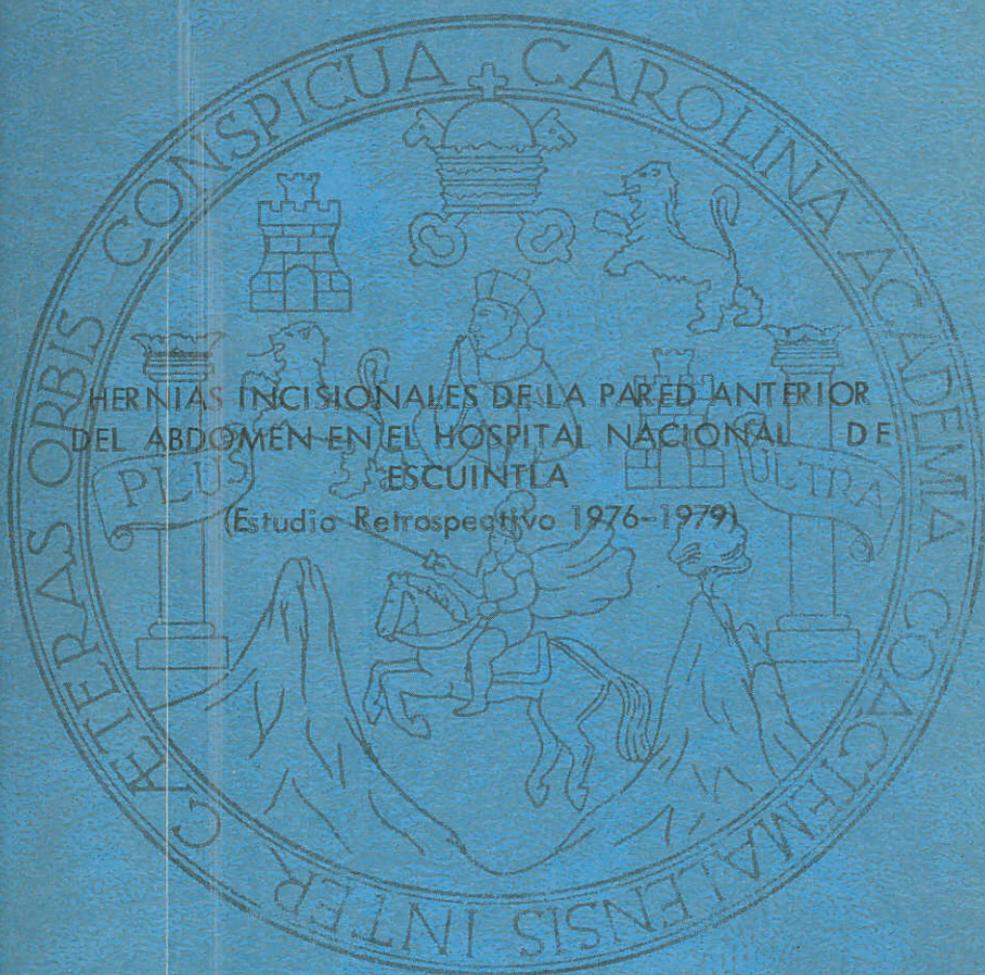


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



LUIS ALFREDO DOMINGUEZ ABREGO

- I. INTRODUCCION
- II. HIPOTESIS
- III. OBJETIVOS
- IV. RECURSOS
- V. METODOS
- VI. GENERALIDADES SOBRE HERNIAS INCISIONALES
- VII. PRESENTACION DE RESULTADOS
 - A) Incidencia por Edad
 - B) Incidencia por Sexo
 - C) Operaciones Previas al aparecimiento de Hernia Incisional .
 - D) Incisión Previa
 - E) Tiempo de aparición de la Hernia Incisional
 - F) Tipo de Reparación
 - G) Problemas Pos-Operatorios y manejo del paciente
 - H) Incidencia de Recidivas
- VIII. PRESENTACION ESQUEMATICA POR GRAFICAS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION
- IX. CONTRASTACION DE HIPOTESIS
- X. CONCLUSIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

A pesar de sus imperfecciones la cirugía moderna se destaca como uno de los mayores triunfos del esfuerzo humano. Pero es una ciencia que progresa. Sobre los conocimientos y experiencias que se han adquirido en lo pasado, va construyendo su riqueza de métodos perfeccionados tanto para la prevención como para la curación de enfermedades.

Las experiencias y conocimiento se basan en estudios anteriores que evidencian el aumento, disminución, o permanencia de una determinada enfermedad; los factores primordiales que directa o indirectamente intervienen en el proceso se investigan considerando variables como sexo, edad, etc.

En el caso particular de nuestro trabajo hemos investigado los casos de hernias incisionales del abdomen en el Hospital Nacional de Escuintla para dejar evidencia que este sigue siendo un problema quirúrgico latente al cual no se le ha dado la importancia real que merece. Importancia manifiesta por el hecho de que con estudios consecutivos podremos llegar a tener un conocimiento más amplio sobre los factores previos que originaron o contribuyeron al problema de hernia incisional.

El estudio realizado resume en los objetivos generales y específicos las metas a realizar; el logro de las mismas lo conseguimos mediante un análisis retrospectivo de los casos de hernias incisionales operados en el Hospital Nacional de Escuintla en el período comprendido del año 1976 a 1979.

Pretendemos demostrar con el presente trabajo las causas quirúrgicas más comunes que contribuyeron al apareamiento de

la hernia, sexo y edad más afectado, así como el tipo de cirugía y las pautas de tratamiento utilizadas para la corrección del defecto.

Esperamos que nuestro estudio de una u otra forma contribuya a que este problema en un futuro no muy lejano sea menor para bienestar de la salud del paciente.

II. HIPOTESIS

1. Las Hernias Incisionales de la Pared Anterior del Abdomen se presentan invariablemente a cualquier edad.
2. Las intervenciones quirúrgicas obstétricas tienen una relación significativa como antecedente al problema de Hernia Incisional.

III. OBJETIVOS

Generales:

1. Determinar el No. de casos de Hernia Incisional en el Hospital Nacional de Escuintla.
2. Dejar una fuente de información en el Hospital Nacional de Escuintla para futuras investigaciones.

Específicos:

1. Determinar el porcentaje de pacientes con Diagnóstico de Hernia Incisional durante cuatro años.
2. Determinar la edad y sexo más afectados.
3. Determinar el tipo de Cirugía más común anterior al apareamiento de la hernia y el tiempo post-operatorio en que se evidenció la misma.
4. Especificar el tipo de incisión más utilizado en cirugía anterior.
5. Comprensión teórica general del tema.

IV. RECURSOS

Materiales

1. Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Escuintla.
2. Libros de Sala de Operaciones
3. Departamentos de Estadística y Archivo del Hospital
4. Biblioteca del I.G.S.S.
5. Biblioteca I.N.C.A.P.
6. Registros Médicos
7. Revisión de bibliografía quirúrgica.

Humanos:

1. Asesor y Revisor de Tesis
2. Autor de Tesis
3. Personal Médico de los Departamentos de Cirugía
4. Personal de Archivos y Estadística
5. Personal de Bibliotecas Consultadas.

V. METODOS

Se investigaron para el presente estudio los casos de Hernias Incisionales del abdomen en el Hospital Nacional de Escuintla en un estudio retrospectivo que comprendió un período de 4 años, específicamente de 1976 a 1979.

Se incluyeron para el estudio 30 casos, los cuales se encontraron en los libros de Sala de Operaciones y de los Departamentos de Cirugía del Hospital, teniendo ya fecha y registro clínico de los casos encontrados se procedió a recolectar las historias clínicas en el archivo para obtener y tabular los siguientes datos: Edad, sexo, operación anterior, tipo de incisión anterior, tiempo de apareamiento del problema herniario después de operación anterior, técnica y materiales utilizados en la reparación, problemas post-operatorio, recidivas de hernia.

Luego de tabular los datos antes apuntados se procedió a hacer un tratamiento estadístico por porcentajes, cuadros representativos y gráficas de los mismos por método de barras.

Considerando los resultados, basados en las normas apuntadas en el protocolo del presente trabajo de tesis, se analizaron para proceder a contrastar las hipótesis planteadas, es decir llegar a determinar su validez; de esta manera fue como pudimos plantear nuestras conclusiones para el presente estudio.

VI. GENERALIDADES SOBRE HERNIAS INCISIONALES

Etiología: Irrespectivamente de las muchas causas contribuyentes en el apareamiento de una hernia incisional, es fundamentalmente un defecto en la aproximación musculoponeurótica y capas faciales al quedar en yuxtaposición.

La infección de las heridas operatorias es probablemente el factor más importante en el apareamiento de una hernia incisional. La necrosis supurativa destruye los márgenes aproximados de las capas faciales, prescindiendo del material de sutura usado. Si se ha usado Catgut sufre disolución y fragmentación en forma rápida.

Drenajes a través de la pared abdominal aumentan la incidencia de la hernia incisional, como lo evidenciado por el número de estas hernias que aparecen en el sitio del drenaje. Esto debido al cierre incompleto de la herida más el elemento infección.

De los factores influyentes más importantes tenemos: Hemostasis inadecuada, Necrosis avascular de las capas debido a nudos muy apretados, cierre defectuoso de la vaina del recto posterior o capas transversas abdominales; manejo inadecuado o áspero de tejido y contaminación de herida de origen variable.

El estado preoperatorio del paciente lo cual incluye obesidad, desnutrición, hipoproteinemia, deficiencia de vitamina C, son factores predisponentes. El estado postoperatorio del paciente incluyendo distensión abdominal, tos crónica y nutrición inadecuada juegan también un importante papel.

El tipo de incisión tiene también relación; no solo hay una

alta incidencia de herniación a través de incisiones verticales, si no las hay también en las transversas, pero las que se presentan en las verticales son más difíciles de reparar.

Incidencia: Es imposible una acertación verdadera sobre la incidencia de hernia incisional. Sin embargo, el porcentaje de este tipo de hernias en series recientes de hernioplastías consecutivas podrían indicar que la incidencia de esta hernia está aumentando. También es cierto que el número de intervenciones quirúrgicas abdominal es aumentada año con año y cada día cirujanos con poca experiencia las realizan.

El cirujano debe realizar el procedimiento quirúrgico en la mejor forma posible, conciente de que su accionar cuidadoso y ordenado disminuirá consecuentemente la incidencia de estas hernias. Datos estadísticos al respecto señalan como por ejemplo, en el estudio del Hospital Nacional de Amatlán un 4.78% para este tipo de hernias de un total de 297 casos de hernioplastías practicadas en ese centro. (2)

Se reporta en otros estudios que casi el 50% de todas las hernias son de tipo inguinal indirecto; 25% directo; "Las hernias abdominales anteriores y las eventraciones representan aproximadamente 10% de los casos" y van seguidas de las hernias femorales 6%; umbilicales 3%; esofágicas 1% y de otros tipos más raros 2% (1).

Anatomía: La anatomía patológica de la hernia incisional es una historia de negligencia o descuido quirúrgico.

Muchos cirujanos han tenido la molesta experiencia de ver aparecer una hernia en algunas heridas quirúrgicas y aún cuando esto muchas veces es debido a circunstancias lejos de su control, es una tragedia para el paciente.

El cirujano que tiene un completo conocimiento de la anatomía de la pared abdominal, que entiende la importancia de las capas abdominales transversas, que hace sus incisiones correctamente y de conformidad y práctica correctamente las principales técnicas quirúrgicas ocasionalmente se enfrentará con este dificultoso problema.

Nosotros preferimos la incisión abdominal transversa la cual preserva el mayor número de fibras musculoaponeuróticas dado que tiene una menor incidencia de hernia incisional. En algunos pacientes, la exposición adicional por una prolongada herida vertical de los rectos hace que aumente el chance de apareamiento de esta hernia. Es más en manos de un cirujano competente y un paciente delgado, con tenidos sanos, la herida vertical cicatriza bien con una incidencia baja de herniación. Sin embargo, el cirujano se enfrenta con el problema de muchos pacientes seriamente enfermos, con varios grados de desnutrición, en quienes la cicatrización es pobre por debajo de condiciones óptimas.

En este grupo y en los obesos con sus problemas agregados de mayor tensión en la herida, e incidencia de infección una incisión transversa preserva la integridad de los tejidos y de las capas abdominales trayendo una incidencia baja de herniación.

El esfacelo de la sutura y la eventración resultan mucho menos frecuentes después de las incisiones transversales que de las verticales. Sin embargo, siguen utilizándose incisiones verticales durante intervenciones sobre tubo digestivo cuando en realidad bastarían incisiones transversas.

La explicación del mejor resultado logrado de las incisiones transversas es fácil de comprender. Con excepción del recto anterior, todas las capas de la pared abdominal están formadas por fibras musculoaponeuróticas orientadas en sentido horizontal.

La tensión ejercida por las capas musculares de la pared abdominal siguen una dirección horizontal. Por lo tanto, las incisiones verticales siempre cruzan las líneas de fuerza producidas por los músculos del abdomen y siempre se encuentran bajo tensión durante la sutura.

En las incisiones transversas la tensión ejercida por los músculos del abdomen antes tienden a aproximar los labios de la herida que a separarlos.

Más que cualquier otra herida de la pared abdominal, la obesidad puede considerarse contraindicación para el cierre de una hernia incisional, salvo en el caso de urgencia.

Las hernias incisionales pequeñas pueden presentar las mismas complicaciones que las hernias en otras regiones del cuerpo pero en general, la hernia es grande y difusa. A consecuencia del traumatismo producido en el lugar operado, la incarceration es relativamente frecuente, pero tratándose de hernias difusas la extrangulación es más bien rara. Una complicación temible es rotura de una hernia por eventración, produciéndose evisceración. Como la cicatriz superficial o las capas que cubren la hernia son relativamente frágiles, la complicación mencionada es más frecuente en estas hernias que en otras.

Tratamiento: La reparación de una hernia incisional es un problema complejo.

Esta hernia es un ejemplo perfecto del antiguo aforismo - que dice:

"UNA ONZA DE PREVENCIÓN ES DEL VALOR DE UNA LIBRA DE CURACIÓN"

Una vez la hernia incisional grande ha aparecido en una incisión vertical, todos los métodos quirúrgicos de reparación son

cuando más solo provisionales y la incidencia de recurrencia es desalentador. El rasgo individual más importante en la prevención de este problema es la preservación cuidadosa de la integridad de los músculos abdominales y sus aponeurosis. Esto es conseguido por separación de las fibras musculoponeuróticas en el plano transversal.

El mejor procedimiento es un cierre linear simple con baja tensión; desafortunadamente, defectos ovales son comúnmente vistos, por eso estos defectos no pueden ser aproximados en el plano transversal y la reaproximación de los bordes forzándolos en el plano vertical trae una alta incidencia de recurrencia. (1,5).

Es por esta razón que varios dispositivos protectores han sido probados para fortalecer la línea de cierre o llenar la brecha cuando los planos no pueden ser aproximados. Algunos de estos protectores que han sido usados son las suturas compresivas homologas de fascia lata, trozos de fascia de bueyes, paredes de revestimiento plástico, parches de piel y láminas de malla metálica.

Algunos de estos han dado buenos resultados, otros sin embargo, han dado problemas tales como fragmentación del material, reacción inflamatoria, etcétera. El que mejor resultado ha dado es el llamado Malla Marlex, este no se fragmenta y una ventaja adicional es su habilidad de soportar en mayor grado la infección y no ser destruido.

De hecho, las mallas de prótesis, los recubrimientos aponeuróticos auto o heterólogos, y las técnicas especiales de sutura, se crearon fundamentalmente para combatir estas hernias.

Antes de la intervención es preciso corregir cualquier déficit metabólico o nutricional del paciente, pues dicho déficit podría aumentar el riesgo de reproducción de la hernia; debe redu-

cirse el peso del paciente obeso; finalmente deben tratarse cualesquiera alteraciones generales susceptibles de aumentar recaídas. En pacientes con trastornos pulmonares crónicos se aconseja tomar medidas que aumenten el volumen intraabdominal; el volver al abdomen una víscera que formó parte del contenido del saco herniario durante algún tiempo podría limitar importantemente los movimientos del diafragma en estos pacientes; alterando gravemente la función pulmonar. De hecho, las eventraciones de gran tamaño pueden ocasionar disfunción pulmonar, impidiendo que la tos cumpla su cometido en un enfermo con bronquitis crónica y enfisemia. En estas condiciones se aconseja la corrección quirúrgica de la hernia, no a pesar de la enfermedad respiratoria, sino precisamente porque esta constituye una indicación para la intervención.

Se aplican tres tipos de intervenciones para la corrección, de complejidad creciente. En el primer caso que es el cierre simple, basta con aproximar los bordes del defecto aponeurótico a nivel de la fascia transversalis; suele bastar en caso de hernia por incisión transversa o cuando esta es pequeña. Deben cuidarse mucho los extremos de la incisión pues ahí es donde resultan más probables las recaídas.

Para herniaciones de este tipo, mayores o en caso de falta de sustancia se recurre a dos técnicas relativamente complejas, una con tejido autógeno y otra con material de prótesis. (1, 2).

Volviendo en lo que respecta a la Malla Marlex se aludió por primera vez su uso en 1958 en la reparación de hernias y fue empleada más tarde para el cierre de los defectos de la pared torácica y abdominal creados quirúrgicamente y en las heridas abdominales infectadas.

Se usan dos capas de marlex para reemplazar los defectos

aponeuróticos debido al incremento de resistencia mecánica, y del depósito de tejido fibroso, y al importante refuerzo que representa sobre ambas superficies de la aponeurosis, lo cual impide el corte a través de los hilos de sutura.

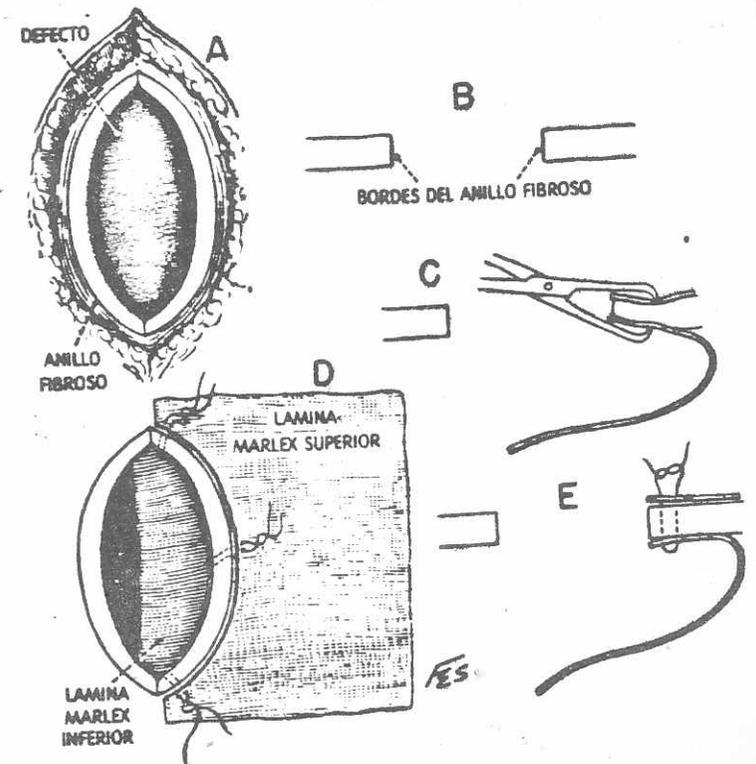
La capa musculoponeurótica es despegada de la piel y tejido subcutáneo en una corta distancia a partir de los bordes del defecto (fig. 1, A y B). A continuación se aplican dos láminas de malla Marlex por encima y por debajo de la capa musculoponeurótica con los bordes paralelos a los de la semicircunferencia del defecto mientras que el resto de la lámina queda lejos del borde de la herida. En principio puede ser útil plasmar, o modelar las dos placas de malla. A continuación se colocan una serie de tres grapas que incluyan uno o dos centímetros de capa musculoponeurótica a modo de "sandwich" entre dos capas de Marlex - (Fig. 1, C) lo que propicia la distribución uniforme de la malla y evita el fruncimiento subsiguiente de los bordes de la prótesis. En seguida se aplica tracción hacia arriba sobre las tres grapas y se practican y anudan suturas verticales de colchonero con Marlex que fijen y acerquen todas las capas (fig. 1, D y E). Estos nudos quedan después enterrados debajo de la lámina superior de Marlex.

El defecto es ahora cubierto a modo de puente por la lámina inferior de Marlex y ajustado de manera que la lámina pueda ser plegada sobre sí misma a 1 ó 2 cm del borde libre. Se procede entonces a la aplicación de suturas verticales de colchonero con Marlex que de momento no se anudan (fig. 2 A y B). A continuación se extiende la lámina superior de Marlex sobre el defecto y se acomoda a unos 2 cm. del borde libre. Las suturas previamente ejecutadas que quedaron sin anudar se reinsertan ahora en la lámina superior de Marlex y se anudan cuando todo queda en posición correcta (fig. 2 C y D). Se aplican en seguida en posición adecuada a través de la prótesis dos drenes Hemovac, y la

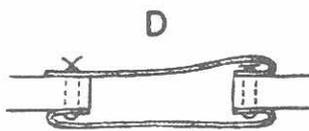
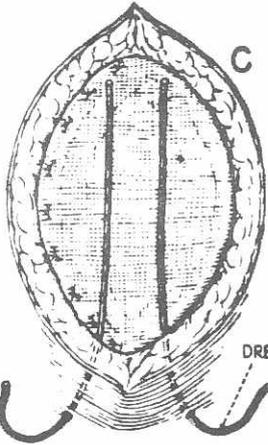
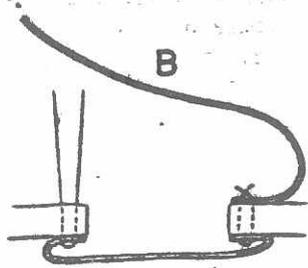
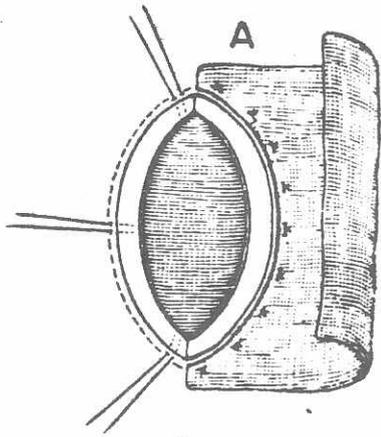
herida se cierra por aproximación de la piel. Si es inevitable el sacrificio de grandes cantidades de piel, puede lograrse la oclusión por diserción de colgajos cutáneos contiguos o si es necesario mediante el uso de colgajos con pedículo. Como alternativa, pero menos satisfactoria, cabe recurrir a los injertos cutáneos después que la malla ha quedado cubierta por tejido de granulación.

Los drenes Hemovac se retiran entre el tercero y quinto día posoperatorio. (6)

I



Z



FE STELIEL

Goñi Moreno describió el uso del neumoperitoneo preoperatorio durante la preparación de pacientes con eventración y hernia abdominal masiva para operación. Informó este autor que con tal método podría lograrse sutura aponeurótica primaria sin tensión, evitar anestesia profunda y disminuir los índices de recurrencia. Por otra parte, y también de importancia primaria, fueron eliminados los problemas respiratorios y cardíacos graves asociados con la oclusión de defectos bajo tensión gracias a la distensión preliminar de la cavidad abdominal con neumoperitoneo.

El neumoperitoneo progresivo actúa de manera similar al embarazo o a las acumulaciones de líquido ascítico en cuanto a la expansión de los tejidos blandos de la pared abdominal. El incremento del área de superficie de estos tejidos blandos permite la restitución de hernias de gran volumen y el cierre subsiguiente del abdomen sin aumento apreciable de la presión intraabdominal y proporciona una amplia área de tejido musculoaponeurótico para ayudar a la oclusión de grandes defectos creados quirúrgicamente. (6)

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

En los años que se revisaron para el presente trabajo se encontraron un total de 30 casos de hernia incisional. Los resultados obtenidos son los siguientes:

A) Sexo:

De los casos estudiados, 3 correspondieron al sexo masculino (10%) y 27 al femenino (90%). Se evidencia con este resultado que el sexo femenino es el más afectado con este tipo de hernia en el caso particular del Hospital Nacional de Escuintla.

B) Edad:

De la serie de 30 casos encontrados tenemos el promedio de edad de 40 años, el caso más joven de 16 años y el de mayor edad con 65. Se clasificaron por décadas con lo cual obtuvimos el siguiente resultado:

Edad	Número de Casos	%
10-20	2	8
21-30	10	33.33
31-40	7	21.36
41-50	4	13.31
51-60	5	16.00
61-70	2	8.

Analizando este resultado concluimos que la década más

afectada respecto a edad es la de 21 a 30 años siguiéndole en prioridad la edad de 31 a 40 años, lo que nos permite apreciar que este tipo de patología puede afectar a gente joven. (Ver gráfica 1).

C) Operación Previa

Se clasificaron para el efecto en 8 grupos, obteniendo los siguientes resultados:

Operación	Número de Casos	%
CST	13	43.7
Histerectomía	4	13.3
Apendicectomía	3	10.0
Pomeroy	1	6.5
Colecistectomía	3	10.0
Laparotomía	3	10.0
Resección Quiste Ovárico	1	6.5

Demuestran los resultados obtenidos que las operaciones obstétricas (CST, Histerectomía, Pomeroy, Resección de Quiste Ovárico son en total 19 casos que representan el 63.3%) son las que mayor incidencia tienen como antecedente quirúrgico previo al apareamiento de hernia incisional.

Se establece relación significativa entre las hernias incisionales y las operaciones obstétricas considerando que muchas veces se opera a pacientes en condiciones poco satisfactorias decimos esto tomando como ejemplo la operación cesárea que en su gran mayoría se realiza por emergencia lo cual conlleva a que de una u otra forma se dejen por un lado cuidados tales como asepsia, lavado abdominal; quizá por la precisión se olvida muchas

veces cosas sencillas que directa o indirectamente contribuyen a un posible proceso infeccioso de la herida operatoria. También es importante mencionar que muchas veces se deja en manos inexpertas la realización de estos actos quirúrgicos. (Ver gráfica 2).

D) Incisión Previa

Agrupamos las incisiones en la siguiente forma:

1. Mediana Infraumbilical14 casos....46 %
2. Paramediana 3 casos....10 %
3. T. Suprapúbica 4 casos....13.4%
4. Subcostal 3 casos....10 %
5. Mc.Burney 3 casos....10 %
6. T. Supraumbilical 3 casos....10 %

Estos resultados demuestran que las incisiones longitudinales representan mayor incidencia respecto al problema de hernia incisional.

La demostración esquemática de los resultados anteriores - aparecen en la gráfica número 3.

Debemos aclarar que en lo referente a las incisiones clasificadas como Mc.Burney se tomaron así ya que únicamente se mencionaba en el historial clínico como antecedente previo operación apendicectomía.

E) TIEMPO DE APARICION DE LA HERNIA INCISIONAL

En este aspecto nos encontramos con el problema de que algunas de las papeletas revisadas adolecen de datos específicos referente a tiempo de evolución del problema herniario.

Solamente podemos señalar el aparecimiento precoz en dos casos en los cuales se evidenció la hernia a uno y dos meses de post-operada.

Del resto de casos en lo que se pudo estimar el tiempo promedio fue variable, tres meses, dos años, tres años, teniendo también un caso extremo de 16 años, en una paciente a quien originalmente se le había operado de cesárea. Deducimos aunque con los inconvenientes antes señalados, que el tiempo promedio de aparecimiento de este tipo de hernia en nuestro estudio fue variable.

F) TIPO DE REPARACION

Lamentablemente, de nuevo encontramos problemas ya que de los 30 casos revisados solamente 6 tienen el record operatorio; el resto de casos se limitan a una nota operatoria poco descriptiva.

Ante estos problemas los únicos datos contribuyentes a los que se pudo llegar son los relacionados en que el total de casos - fue tratado con tejidos propios del paciente, no se menciona ninguna técnica especial mucho menos en lo que respecta a materiales. En la totalidad de los casos se utilizó como material de sutura para la reparación del defecto, seda.

Sin embargo se consultó a los cirujanos que tuvieron la oportunidad de tratar estos casos y de ahí tenemos la descripción general de la siguiente técnica:

1. En el Preoperatorio:

Se trató de mejorar el estado general del paciente, en el caso de sobrepeso por ejemplo disminución del mismo.

2. Todos los pacientes fueron manejados con anestesia general.

3. En las incisiones infraumbilicales (medianas o transversas) - se empleó para la corrección incisión transversa suprapúbica hasta llegar al defecto. Se disecaron las fascias y luego se afronta con sutura de puntos separados utilizando Seda #1 cero previa disección y cierre del saco herniario.

4. En los casos de hernias en la línea media se disecaron las dos hojas de los rectos anteriores del abdomen para luego ser suturadas en planos diferentes.

Se dejó drenaje de penrosse los cuales se retiraron generalmente a las 48 horas.

5. En las hernias de otra localización lo que básicamente se hizo fue buscar el tejido aponeurótico sano y disecado, para poder afrontar los bordes sin ninguna tensión.

En ningún caso se utilizó material tipo prótesis.

G) POST-OPERATORIO Y MANEJO DEL PACIENTE

En el post-operatorio de los pacientes operados por Hernia Incisional en nuestro trabajo, encontramos únicamente dos casos de infección de herida operatoria a los cuales se les trató con penicilina procaína y curación 2 veces al día tratamiento al cual respondieron satisfactoriamente.

El resto de casos por los datos referidos en la ficha clínica no presentaron ningún problema.

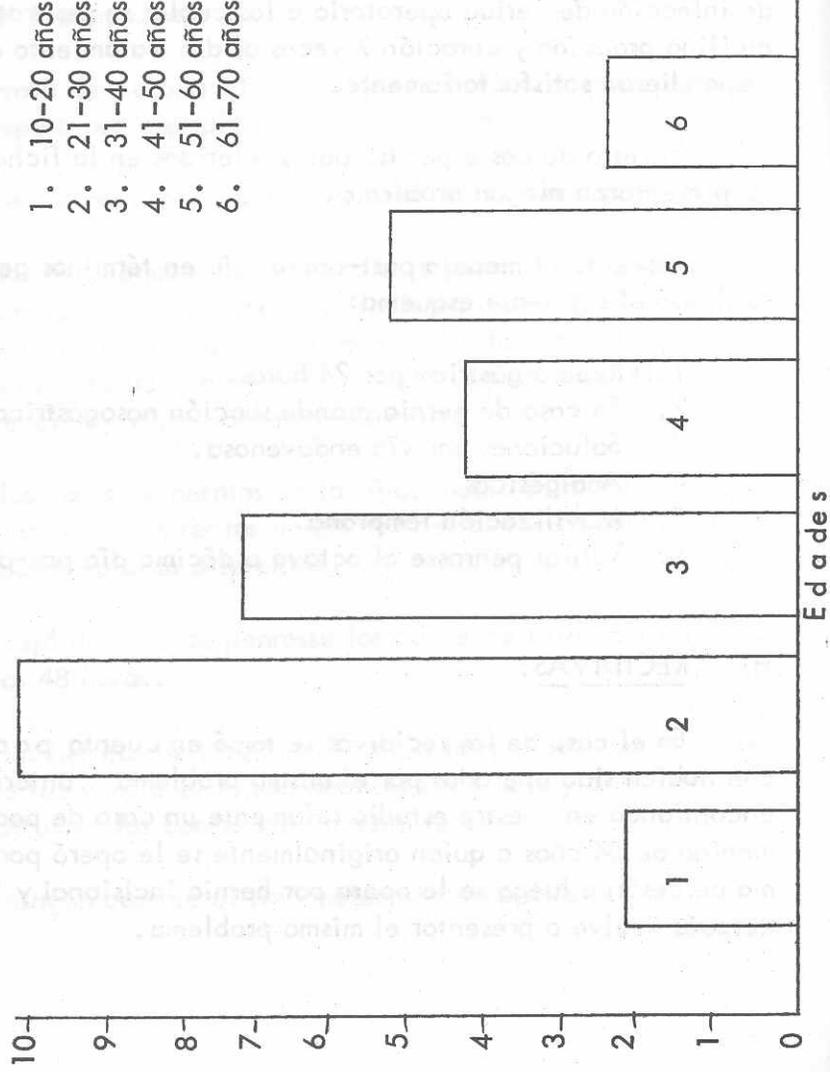
Respecto al manejo post-operatorio en términos generales - se siguió el siguiente esquema:

1. Reposo gástrico por 24 horas.
2. En caso de hernia grande succión nasogástrica.
3. Soluciones por vía endovenosa.
4. Analgésicas.
5. Movilización temprana.
6. Retirar penrosse al octavo o décimo día pos-operatorio.

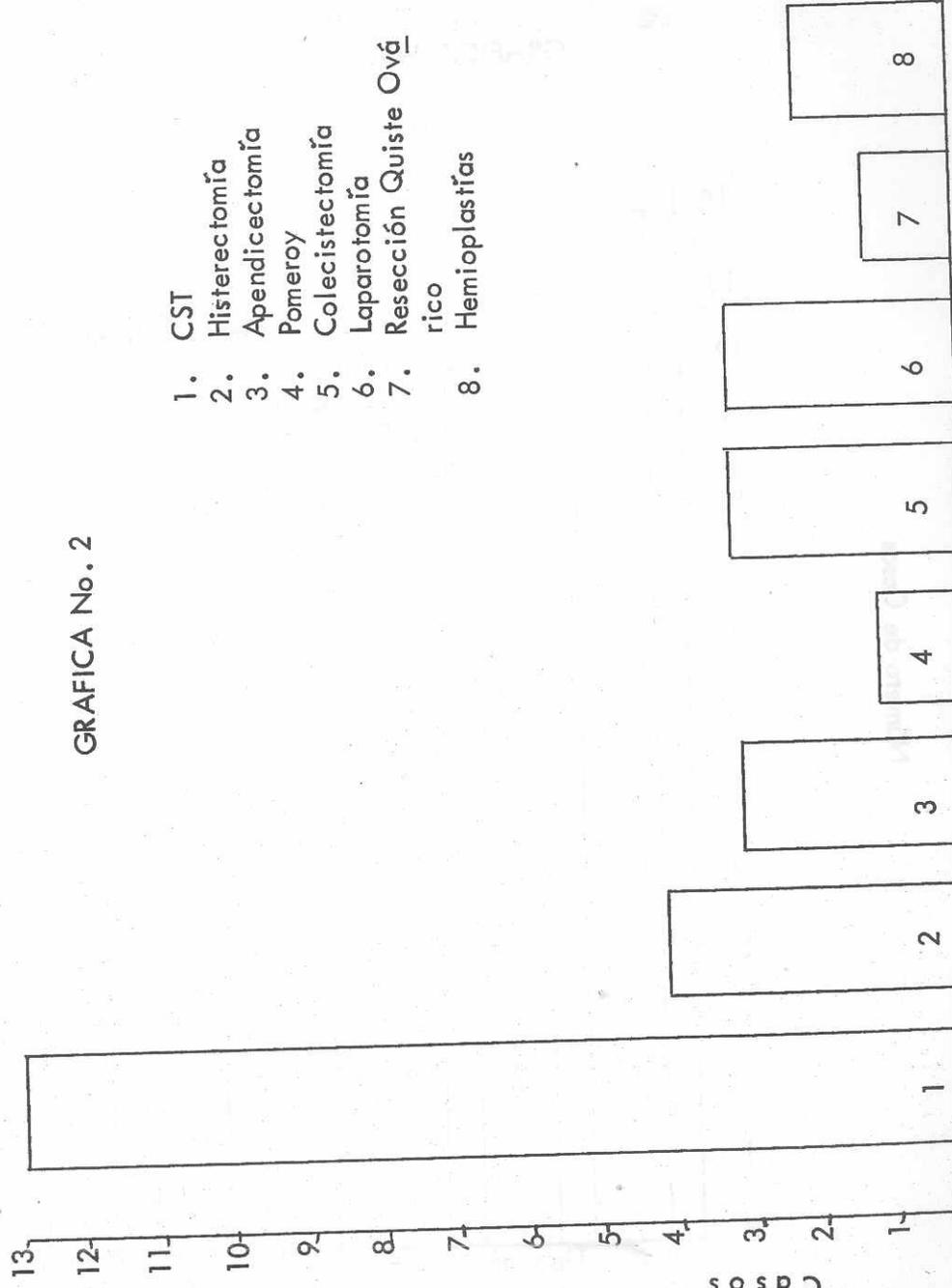
H) RECIDIVAS:

En el caso de las recidivas se tomó en cuenta pacientes que habían sido operados por el mismo problema anteriormente, encontrando en nuestro estudio solamente un caso de paciente femenino de 54 años a quien originalmente se le operó por problema de cesárea luego se le opera por hernia incisional y 18 meses después vuelve a presentar el mismo problema.

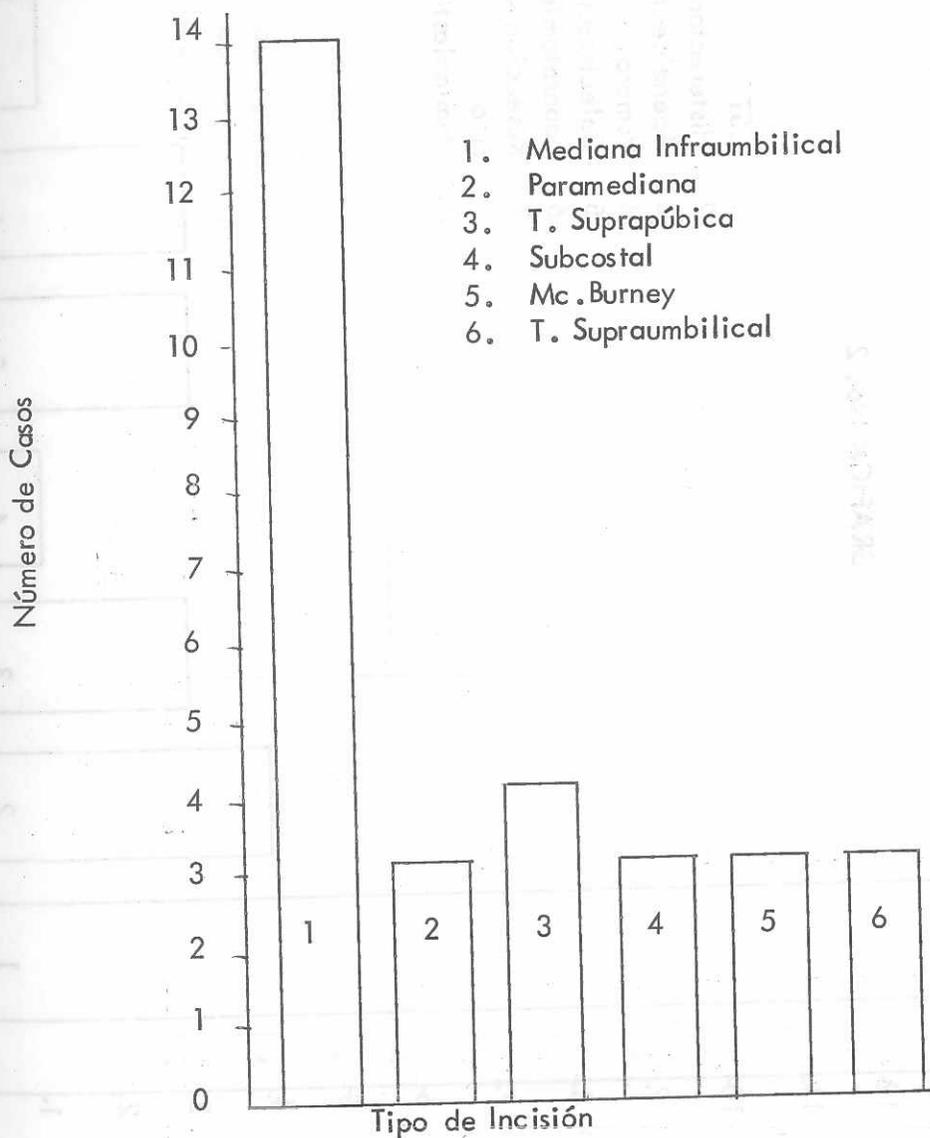
GRAFICA No. 1



GRAFICA No. 2



GRAFICA No. 3



IX. CONTRATACION DE HIPOTESIS

Basados en los resultados obtenidos en el presente estudio concluimos que nuestras hipótesis son verdaderas; esto se demuestra porque en lo referente a las edades el problema se presentó tanto en personas jóvenes como de edad avanzada.

En apoyo a nuestra segunda hipótesis encontramos una relación significativa de operaciones ginecoobstétricas como antecedente previo al apareamiento de hernia incisional; en el caso particular del presente trabajo tenemos un 63.3% para este tipo de operaciones.

X. CONCLUSIONES

1. La Hernia Incisional es un problema que el cirujano siempre debe tener en mente, tratando de prevenir el conjunto de factores que aumentan su incidencia.
2. La infección de heridas operatorias es uno de los principales factores predisponentes.
3. La asepsia y antisepsia son factores indispensables durante el acto operatorio para evitar infecciones que predispongan el apareamiento de hernia incisional.
4. Las operaciones obstétricas tienen relación significativa como antecedente previo al problema estudiado.
5. El mejor tratamiento a este problema es la prevención de los factores que influyen en su incidencia.
6. Las incisiones longitudinales siguen siendo factor prevalente en el problema de hernia incisional.
7. Los registros clínicos revisados son insatisfactorios por cuanto carecen de datos importantes referentes antecedentes quirúrgicos relacionados con el estudio efectuado.
8. Las variantes obesidad y peso no se pudieron estudiar por falta absoluta de los registros clínicos revisados.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. CRISTHOPER, Davis, Tratado de Patología Quirúrgica, Décima Edición, 1976, páginas 1112-1113
2. CRISTHOPER, Davis, TextBook of Surgery, Sabiston Jr., 1977, páginas 586-589.
3. TESIS: Hemioplastías en el Hospital de Amatitlán-Revisión de 297 casos. Armando Ernesto Ponciano Palma, Guatemala, octubre 1977.
4. TESIS: Consideraciones sobre Hernias Incisionales 254 casos. Carlos Escobedo Pacheco, Guatemala, mayo 1970.
5. DICCIONARIO Everest-Vertice. Inglés Español Español-Inglés Editorial Everest, Séptima Edición.
6. CADY, Blake, Dr. y BROOKE-COWDEN, Geoffrey L., Dr. Reparación de defectos masivos de la pared abdominal, Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, Junio 1976, Edit. Interamericana, página 559-569.

Br. [Signature] ARAGO

Dr. [Signature] A DIERICS
Asesor.

Dr. [Signature] ALFREDO BULLA
Director de Fase III

Dr. [Signature] ALDEZ
Revisor.

Dr. [Signature] S.
Secretario

Vo. Bo. Dr. [Signature] ARAGO
Decano.