

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE HERNIOPLASTIAS INGUINALES

EN EL HOSPITAL NACIONAL DE

TOTONICAPAN

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

SAMUEL ISAIAS PUAC CH.

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1980

PLAN DE TESIS EXAMINADOR

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- OBJETIVOS
- HIPOTESIS
- MATERIALES Y METODOS
- PRESENTACION DE RESULTADOS
- ANALISIS DE RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

La patología quirúrgica por la cual, consultan en mayor cantidad tanto hombres como mujeres, niños, adultos y ancianos al departamento de Cirugía del Hospital Nacional "José Felipe Flores" de Totonicapán, lo constituyen las hernias.

Tomando en consideración lo anterior es que se ha realizado el presente trabajo de Tesis bajo el título de "INCIDENCIA DE HERNIOPLASTIAS INGUINALES EN EL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN".

En este estudio retrospectivo de cinco años, que parte de 1975 a 1979, se analiza según diagnóstico pos-operatorio, el total de hernioplastias inguinales realizadas durante ese período, el tipo más frecuente (directa o indirecta), su situación (derecha, izquierda o bilateral), sus complicaciones (incarcerada o estrangulada), grupo etáreo y sexo más susceptible, tipo de anestesia utilizada, profesión u oficio de los más afectados y la pérdida anual de días de trabajo que acarrea este problema.

Espero que este estudio sirva de referencia para trabajos posteriores y pueda utilizarse comparativamente con otros.

CLASIFICACION

ANTECEDENTES

HERNIAS DE LA INGLE.

CONSIDERACIONES GENERALES

REGION INGUINAL

Como el resto de las paredes del abdomen, la pared abdominal a nivel de la ingle se acompaña de varias capas musculares con sus aponeurosis, grasa y peritoneo. La pared abdominal a nivel inguinal, puede dividirse en dos grandes capas, una externa y una interna, separadas por el conducto inguinal y el cordón espermático.

DEFINICION DE HERNIA

Protrusión del contenido normal de una cavidad a través de las capas musculares y aponeuróticas que forman la pared de dicha cavidad (1). Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano o una parte del mismo a través de una abertura natural o accidental. (7).

CLASIFICACION

Las hernias inguinales se clasifican en dos tipos: Hernia inguinal indirecta, la que se produce a través del anillo inguinal interno; el saco herniario desciende al lado del cordón espermático hacia el escroto o a veces hasta su interior.

Hernia inguinal directa, la que pasa a través de una debilidad en la musculatura abdominal con protrusión en el área del triángulo de Hasselbach.

ETIOLOGIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

Hernia Indirecta:

En el hombre, la presencia de testículos por debajo del conducto inguinal no es una situación primitiva; sino adquirida en el curso del desarrollo ontogénico.

Efectivamente esta glándula seminal, se desarrolla en plena cavidad abdominal, a derecha e izquierda de la columna lumbar, al lado de los riñones. Sólo hasta más tarde, hacia el final del tercer mes, es cuando abandonando la región en que se ha formado, se dirige hacia el conducto inguinal, llega a alcanzarlo, atravieza a nivel del mismo la pared abdominal y desciende al escroto antes de terminar la vida fetal; sin embargo puede no terminar el descenso hasta después del nacimiento; en su migración los testículos ocupan pues, tres posiciones distintas, siendo sucesivamente intra-abdominales, inguinales e intraescrotales.

En el descenso del testículo a lo largo de la pared lumbar, estirando su pedículo vascular, se hunde en la pared abdominal anterior por el conducto inguinal, evaginándose el peritoneo delante de él, le acompaña en su migración hasta su llegada a las bolsas. Todo ocurre como si el testículo se cubriera de peritoneo y arrastrara consigo un fondo de saco de la serosa hasta el fondo del escroto atravesando el conducto inguinal. Este divertículo del peritoneo tiene el nombre de processus o conducto peritoneovaginal. Este conducto queda permeable durante todo un período de la vida intra-

uterina y no se oblitera algunas veces sino después del nacimiento. Puede incluso quedar total o parcialmente permeable.

La persistencia de esta permeabilidad del proceso vaginal o conducto peritoneovaginal, da, como resultado la hernia inguinal indirecta en el hombre y se manifiesta en forma de una masa en la región inguinal cuando penetra en el mismo un órgano abdominal o líquido peritoneal.

En la mujer, la migración del extremo abdominal del ligamento inguinal va acompañada de la formación de un fondo de saco peritoneal que ocupa en totalidad o en parte el conducto inguinal, formando así una prolongación del peritoneo en forma de tubo cerrado llamado conducto de NUCK. Esta formación es la homóloga del conducto peritoneovaginal masculino. Su existencia está limitada al período embrionario y su persistencia se observa pero más raramente que la del proceso peritoneovaginal del hombre. La obliteración es realizada generalmente en el momento del nacimiento. Si no se ha realizado en esta época, no tiende a producirse ulteriormente. La persistencia es más frecuente a la derecha que a la izquierda.

La obliteración parece hallarse, bajo la dependencia de la migración ovárica; la persistencia del conducto es tres veces más frecuente en los sujetos cuyo ovario no ha descendido completamente que en aquellos en quienes la migración se ha efectuado normalmente.

La persistencia del conducto favorece, como en el hombre, la producción de hernias inguinales indirectas, y de quistes del labio mayor, cuando la obliteración es parcial.

En los individuos con hernia inguinal, el saco herniario existe ya en el momento del nacimiento, pero permanece de ordinario vacío durante un período de tiempo variable. Más adelante, por lo general hacia la edad de dos o tres meses, cuando el niño desarrolla mayor actividad y la presión intraabdominal aumenta en grado suficiente para abrir el saco, penetra entonces en él, líquido peritoneal o algún órgano abdominal, apareciendo un abultamiento que puede extenderse al escroto o a los labios mayores según sea la longitud del saco.

Cabe mencionar, que un infundíbulo vaginal abierto no siempre constituye una hernia, pero entraña un gran peligro de que esta se produzca.

Hernia Directa.

En una hernia inguinal directa, la víscera afectada no pasa por un anillo preformado. La fascia transversalis en la región del triángulo de Hasselbach se debilita, formando la parte anterior de la masa herniaria y se presenta como una tumefacción redondeada. En el caso de la hernia inguinal directa, la debilidad de la pared de la bolsa interesa el piso del conducto inguinal, por dentro del anillo inguinal profundo y de los vasos epigástricos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Un saco herniario vacío no ofrece síntomas. Pero si alguna porción del contenido abdominal es empujada intermitentemente al interior de la prolongación peritoneal, pueden presentarse síntomas de obstrucción

intestinal incompleta, con dolor, irritabilidad, dificultad para defecar, falta de apetito y tensión local. Sin embargo, ocurre en ocasiones que un saco herniario lleno produce pocos síntomas o ninguno. Si una asa intestinal queda aprisionada en el saco herniario, cabe que se produzcan todas las manifestaciones de la obstrucción intestinal, terminando finalmente con la estrangulación del intestino y la muerte.

PELIGRO DE LAS HERNIAS

Desgraciadamente, este cuadro perfectamente corregible sigue produciendo bastantes muertes. En 1964 el Departamento de Salud Pública, Educación y Bienestar de Estados Unidos de Norteamérica, mostró que había fallecido en dicho año 2030 personas a consecuencia de obstrucción intestinal originado por una hernia. Un reporte semejante, de 1967, incluía a las hernias seguida de obstrucción intestinal dentro de las 10 primeras causas de muerte en el país mencionado.

La incarceration, estrangulación y obstrucción intestinal son las consecuencias más peligrosas de la hernia y consiste en la protrusión de una víscera hueca a través de un anillo de tamaño variable. Si la víscera queda atrapada por el anillo y no puede volver a su lugar, se habla de incarceration. Si existen además problemas circulatorios en esta víscera incarcerationada, se inició un fenómeno de estrangulación, que debe atenderse de inmediato so pena de necrosis intestinal. Es difícil distinguir las hernias incarcerationadas de las estranguladas pues ambas suelen considerarse como de urgencias quirúrgicas.

Las hernias incarcerationadas, pueden producir obstrucción intestinal, o no; pero prácticamente todas las hernias de intestino que llegan a la fase de trastornos vasculares originan síntomas y signos de obstrucción intestinal.

La estrangulación intestinal es más de temer en las hernias inguinales indirectas, porque el saco herniario tiene un cuello más estrecho rodeado de anillos rígidos. En las hernias inguinales directas es rara la incarceration con sus complicaciones por presentar un cuello ancho.

DIAGNOSTICO

Habitualmente las hernias se diagnostican por exploración física más que por interrogatorio. Pero en el caso de los niños, debe llamar la atención del médico la mención por la madre de una masa en la ingle, aun que la primera exploración resulta negativa. Una sensación de tirantez o un dolor en la ingle deben hacer pensar en hernia. Es habitual un dolor ligero al principio, pero al pasar el tiempo se transforma generalmente en una molestia vaga.

Para la exploración de la ingle conviene que el médico se encuentre sentado en una silla baja frente al paciente que está de pie. La exploración comprende: 1) Observación de la ingle cuando el paciente tose o pone en tensión los músculos del abdomen, de preferencia en inspiración fija; 2) repetición de la maniobra anterior, introduciendo el dedo índice en el anillo superficial para palpar masa o recibir una sensación de presión (nótese que el anillo superficial dilatado, sin masa palpable o sin presión, no debe hacer

pensar en hernia), y 3) repetición de la maniobra después de acostarse el paciente. Es preciso distinguir las hernias femorales de las inguinales durante la exploración, pues en estos casos puede ser necesaria una intervención distinta.

Con una buena palpación, si la masa se encuentra por debajo del ligamento inguinal, la hernia es femoral; si se encuentra por arriba la hernia es inguinal. Pueden encontrarse en la ingle otras "masas" que no deben confundirse con hernias, pueden ser: adenitis inguinal, testículo ectópico, hidrocele del cordón, absceso del psoas, adenitis femoral, etc.

FRECUENCIA

Es difícil obtener cifras exactas respecto a la frecuencia de las hernias. En 1960, el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos de Norteamérica, realizó un estudio encontrándose hernias en aproximadamente 15 por 1000 de la población estudiada, (3000000 de Norteamericanos). Durante un año (1957-1958) se llevaron a cabo 450000 intervenciones para corrección de hernias, lo que representó 7 por 100 de toda la cirugía realizada en el año (con excepción de las intervenciones obstétricas). Encontraron además predominio de hernias inguinales respecto a otras localizaciones. Preponderan además las hernias inguinales de tipo indirecto sobre el directo y más frecuentemente radica en el lado derecho.

TRATAMIENTO

El criterio general es que una vez establecido un diagnóstico de hernia inguinal, debe corregirse quirúrgicamente. En el lactante o en el niño no debe desistirse de la operación, pues es raro que presente un riesgo quirúrgico. Además, sería un error pensar - que las hernias en este grupo de edad desaparecen espontáneamente.

Los únicos peligros de una hernioplastia pueden ser la traumatización de tejidos importantes como lo son los dos nervios inguinales, los tejidos del cordón espermático, el contenido del saco herniario, los vasos femorales, los vasos epigástricos profundos y la vejiga urinaria. Es, pues necesario identificar cada uno de ellos al paso que progresa la operación, para protegerlos debidamente. Aunque la sección del cordón espermático, y la extirpación del testículo del lado afectado se ha utilizado para tratar la hernia inguinal, sobre todo en ancianos y después de muchas recaídas, con cierre completo del anillo profundo. Para ello es necesario contar con la autorización escrita del paciente.

Para reparar la hernia inguinal, no existe un acuerdo unánime acerca de las capas de pared abdominal que deben de utilizarse. Se han dividido las reconstrucciones en tipo posterior (capa de fascia transversalis) y anterior (capa del oblicuo mayor y menor). Quienes prefieren la reconstrucción posterior dicen que la reconstrucción del conducto y del anillo inguinal profundo debe conservar la anatomía profunda de la ingle.

Es preciso suturar los derivados de la aponeurosis transversal, con otros derivados de la propia aponeurosis. No deben utilizarse para reforzar la pared posterior del conducto inguinal capas que normalmente se encuentran por encima de dicho conducto y de su contenido. Esta opinión se basa en la idea de que el defecto herniario fundamental asienta en las formaciones profundas de la pared abdominal, o sea, debajo del oblicuo menor, y que la reconstitución debe lograrse a nivel de estas capas.

Esta operación es la que se conoce como Método Anatómico de Reparación, se denomina "anatómica" porque cada capa de tejido se secciona en forma separada para descubrir el saco herniario y se sutura en forma independiente en orden inverso después de extirpar el saco. Por ello se conserva la relación anatómica normal de cada estructura. El principio de esta operación es el mismo que describieron Connell, Pitzman, Andrews, Seelig, Lytle, Maingot y Mc Vay. La técnica trata de imitar la disposición original natural del conducto inguinal.

En cambio los partidarios de la reparación de tipo anterior, no distinguen las capas superficiales de las profundas, y utilizan formaciones superficiales como la aponeurosis del oblicuo mayor y el ligamento inguinal como puntos de fijación y como relleños artificiales para la reparación del anillo profundo y el piso del conducto, los cirujanos que recurren a lo anterior no dan importancia al hecho de que la capa muscular superficial se desliza sobre la capa profunda, y viceversa.

No puede describirse una técnica quirúrgica única para todos los casos, pues es en la sala de operaciones donde se elige la conducta a seguir, tomando en cuenta, las siguientes variaciones: 1) Hernia inguinal indirecta pequeña; 2) Hernia inguinal indirecta media y 3) Hernia inguinal directa e indirecta grande.

En la hernia inguinal indirecta pequeña, e l trastorno básico es la persistencia de un infundíbulo vaginal permeable, con muy poca dilatación del anillo abdominal profundo, después de extirpar el saco herniario con ligadura alta del cuello, basta con reconstruir la fascia transversalis que rodea el cordón espermático a nivel del anillo profundo. Como el saco herniario tiene de a dilatar la parte interna del anillo, las suturas se ponen por dentro del cordón.

En la hernia inguinal indirecta media, con debilidad del piso inguinal anterior, en ocasiones, el anillo profundo se ha ensanchado mucho hacia adentro quedando poca pared inguinal posterior. En estos casos después del cierre del anillo profundo, las suturas "brincan" hacia adentro, entre el arco aponeurótico del transversal del abdomen y el ligamento ileopúbico, hasta alcanzar la cresta pectínea del púbis. De esta manera además del cierre elástico del anillo profundo, se refuerza la cara posterior del conducto inguinal. Las hernias directas se tratan de la misma manera, pero no requieren la disección del anillo profundo.

En la hernia inguinal directa e indirecta grande constituyen los problemas más difíciles. Al crecer la hernia indirecta, destruye la pared inguinal

posterior por dentro del anillo profundo y el cirujano se ve obligado a reconstruir la totalidad de dicha pared posterior formando un nuevo anillo inguinal profundo. Mc Vay difundió el empleo del ligamento de Cooper para este fin y publica una frecuencia de recaída de 3.6 por 100; es el resultado más favorable en toda la literatura mundial.

El empleo del ligamento de Cooper tiene gran valor si se ha roto o destruido el ligamento de Poupart en operación anterior. Cuando se sutura el tendón conjunto a uno u otro ligamento, hay que hacer una insición que disminuya la tensión en la vaina del recto anterior. No obstante, hay que reconocer que existen muchas formas de hacer las cosas. Cualquier cirujano experto, sabe que hay varias formas de operar hernias inguinales si se hacen en forma adecuada. La forma adecuada de hacer las cosas es lo principal.

PRONOSTICO DESPUES DEL TRATAMIENTO

En la quirúrgica moderna, la recurrencia de la hernia despues de las intervenciones, sigue siendo un problema grave. Los resultados relativamente malos se deben a varios factores como: 1) Desconocimiento por el cirujano de los detalles de la anatomía de la ingle, 2) Técnicas operatorias poco cuidadosas en las intervenciones habituales sobre hernias y 3) Observación deficiente de los pacientes operados; para que el cirujano pueda percatarse de las imperfecciones de su técnica. Hasta que se resuelvan estos problemas, muchos pacientes anualmente seguirán sufriendo recurrencias de lo que parecía ser un problema sencillo.

OBJETIVOS

1. Conocer que intervenciones quirúrgicas se realizan con más frecuencia en el hospital nacional de Totonicapán.
2. Conocer el promedio anual de hernioplastias inguinales que se practican en este hospital.
3. Conocer la tiología de las hernias inguinales.
4. Analizar que tipo de hernia es más frecuente de las localizadas a nivel de la ingle.
5. Conocer que tipo de hernia presenta más complicaciones clínicas y quirúrgicas.
6. Conocer la situación más frecuente de la hernia inguinal.
7. Conocer el grupo etáreo y sexo más afectado.
8. Conocer el promedio de pérdida anual de días de trabajo que acarrea el problema de las hernias inguinales.

9. Conocer el tipo de anestesia más utilizada.

10. Conocer el método quirúrgico de reparación que más se pone en práctica.

HIPOTESIS

1. El mayor porcentaje de intervenciones quirúrgicas que se realizan en el Hospital Nacional de Totonicapán, lo constituyen las hernioplastias inguinales.

2. El sexo femenino es el que presenta con más frecuencia hernia inguinal.

3. Suele encontrarse más a menudo hernia inguinal de tipo directa que indirecta.

4. La hernia inguinal bilateral es la más común que existe.

MATERIALES Y METODOS

MATERIALES

1. Todos los pacientes a quienes se les efectuó hernioplastia inguinal durante los años de 1975 a 1979.
2. Inmuebles:
 - a) Edificio del Hospital Nacional de Totonicapán.
 - b) Departamento de Cirugía.
 - c) Sala de Operaciones.
 - d) Departamento de estadística y archivo.
3. Mobiliario:
 - a) Escritorios.
 - b) Sillas.
4. Equipo de oficina:
 - a) Máquina de escribir.
 - b) Calculadora.
 - c) Papel.
 - d) Lápices, borrador y reglas.
5. Instrumentos:
 - a) Cuestionarios para revisión de las papeletas.

METODO

- 1.- Búsqueda retrospectiva de los casos operados por hernia inguinal en el libro de sala de operaciones y archivo del hospital.
- 2.- Aplicación de instrumentos (cuestionarios) a cada historia clínica, tomando los siguientes parámetros:
 - Fecha de ingreso
 - Tiempo de Evolución
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Diagnóstico pos-operatorio
 - Tipo de anestesia
 - Tipo de reparación
 - Fecha de egreso
- 3.- Clasificación y tabulación de datos.
- 4.- Cuadros estadísticos a resultados.
- 5.- Análisis y evaluación de resultados.
- 6.- Conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS HUMANOS

- 1.- Médico Jefe del Departamento.
- 2.- Médico Asesor.
- 3.- Médico Revisor.
- 4.- Personal de enfermería del departamento.
- 5.- Personal de Sala de Operaciones.
- 6.- Personal del Departamento de estadística y archivo.
- 7.- Secretarias.
- 8.- Laborante de Imprenta y Encuadernación.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

OPERACIONES REALIZADAS DURANTE LOS AÑOS DE 1975 - 1979

OPERACIONES	No.	%
HERNIAS INGUINALES	930	27.96
QUISTES DE OVARIO	252	7.57
OTRAS HERNIAS	223	6.70
OTRAS OPERACIONES	1921	57.77
TOTAL	3326	100.00

CUADRO No. 2

TIPO DE HERNIA Y SITUACION

HERNIA INGUINAL	DER.	%	IZQ.	%	BILAT.	%	TOTAL	%
DIRECTA	230	57	147	37	24	6	401	100
INDIRECTA	239	63	88	23	55	14	382	100
INGUINOESCROTALES	104	71	35	24	8	5	147	100
TOTALES	573	62	270	29	87	9	930	100

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR TIPO DE HERNIA

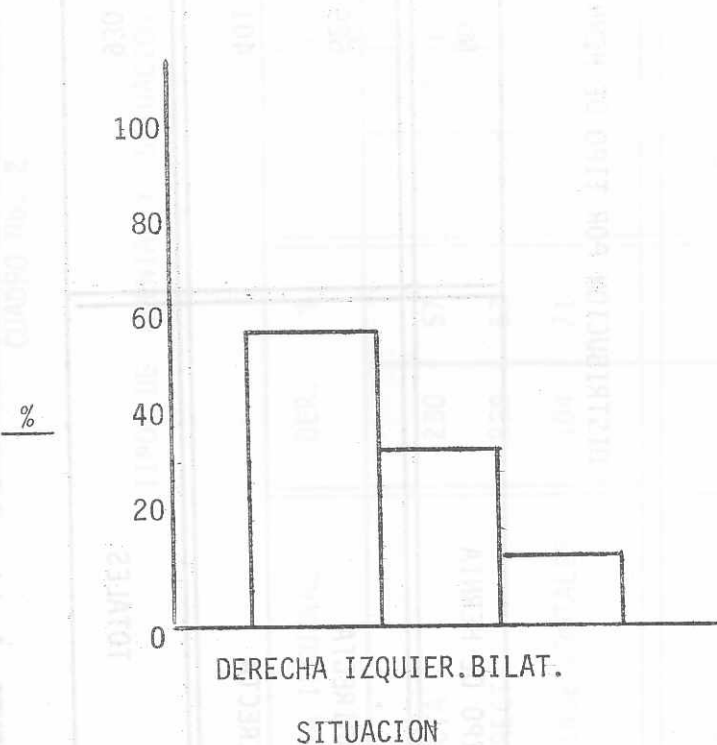
TIPO DE HERNIA	No.	%
INDIRECTA	529	57
DIRECTA	401	43
TOTALES	930	100

FUENTE: Archivo del Hospital.

GRAFICA No. 1

HISTOGRAMA DE HERNIAS INGUINALES

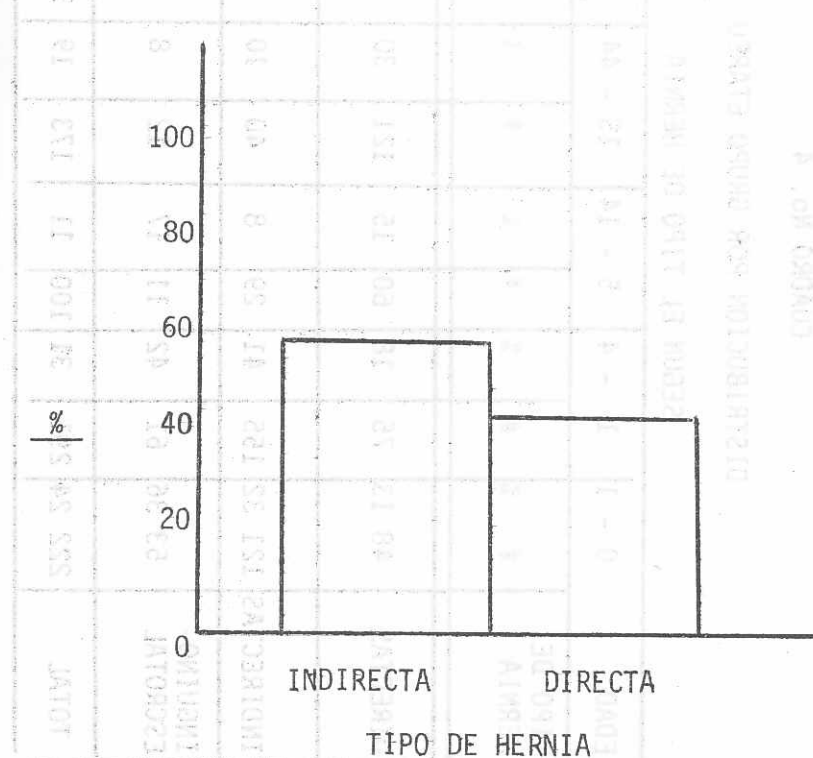
SEGUN SU SITUACION



GRAFICA No. 2

HISTOGRAMA DE HERNIAS INGUINALES

SEGUN TIPO



FUENTE: Archivo del Hospital.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO

SEGUN EL TIPO DE HERNIA

EDAD	0 - 1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - más			
TIPO DE HERNIA	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	TOTAL	%
DIRECTAS	48	13	75	18	60	15	121	30	97	24	401	100
INDIRECTAS	121	32	155	41	29	8	40	10	37	9	382	100
INGUINO-ESCROTAL	53	36	61	42	11	17	12	8	10	7	147	100
TOTAL	222	24	291	31	100	11	173	19	144	15	930	100

24

SEXO	0 - 1 a	1 - 4 a	5 - 14 a	15 - 44 a	45-más	No. %
MASCULINO	197	254	81	112	96	740 80
FEMENINO	25	37	19	61	48	190 20
TOTAL	222	291	100	173	144	930 100

SEGUN EDAD

DISTRIBUCION POR SEXO

CUADRO No. 5

25

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR COMPLICACIONES

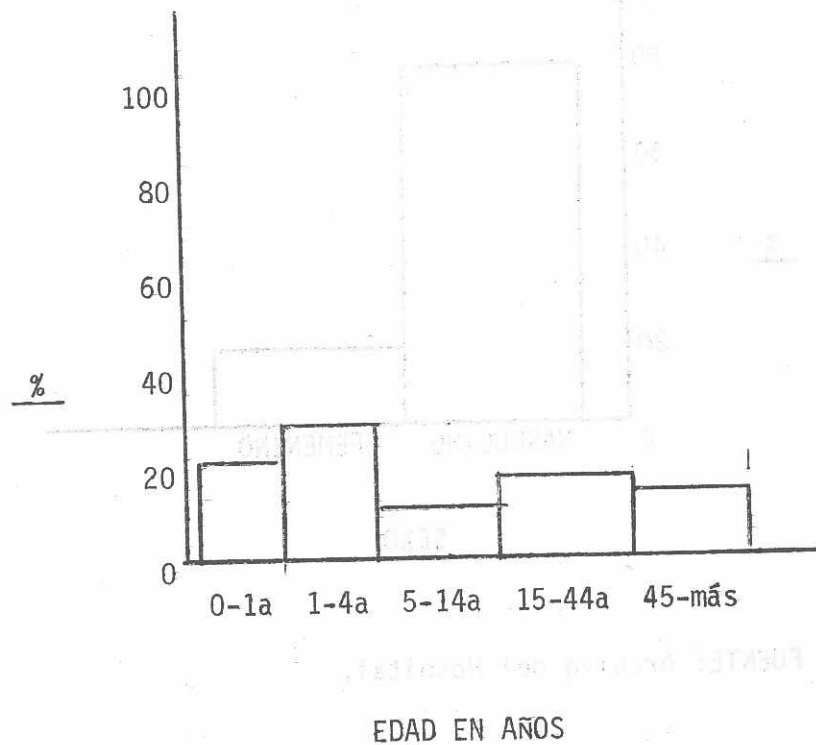
TIPO DE HERNIA	ESTRANGULADA		INCARCERADA		TOTAL	%
	#	%	#	%		
INGUINAL INDIRECTA	6	67	10	71	16	70
INGUINAL DIRECTA	3	33	4	29	7	30
TOTAL	9	100	14	100	23	100

FUENTE: Archivo del Hospital.

GRAFICA No. 3

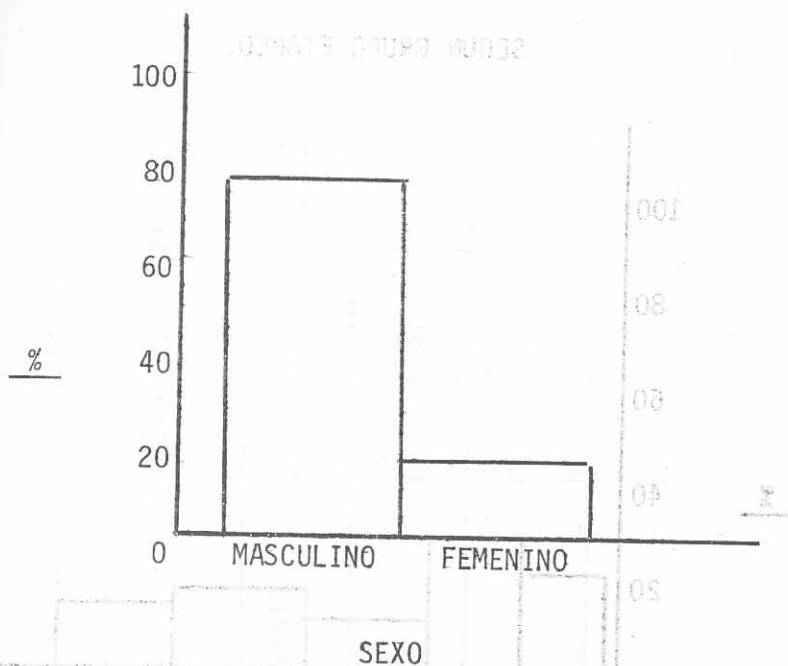
HISTOGRAMA DE HERNIAS INGUINALES

SEGUN GRUPO ETAREO.



GRAFICA No. 4

HISTOGRAMA SEGUN SEXO.



FUENTE: Archivo del Hospital.

CUADRO No. 7

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA.

ANESTESIA	#	%
GENERAL	619	67
RAQUIDEA	311	33
TOTAL	930	100

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION

OCUPACION	SEXO		#	%
	MASC.	FEM.		
SIN OCUPACION	472	66	538	58
AGRICULTOR Y LABRADOR	112	--	112	12
OF. DOMESTICOS	---	88	88	9
ESTUDIANTES	60	25	85	9
TEJEDOR	30	--	30	3
ARTESANOS	25	--	25	3
COMERCIANTES	18	--	18	2
PANADEROS	9	--	9	1
OTRAS OCUPACIONES	14	11	25	3
TOTAL	740	190	930	100

FUENTE: Archivo del Hospital.

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1

Como podemos ver, de las 3,326 operaciones que se realizaron en 5 años (1975 - 1979) incluyendo las intervenciones obstétricas; se llevaron a cabo 930 intervenciones para corrección de hernias inguinales, lo que representa 27.96 por 100 de toda la cirugía realizada durante esos años, haciendo un promedio de 186 hernioplastias inguinales anuales. La única operación más frecuente fué la ooforectomía seguida de otras hernioplastias que no son inguinales. Quiero aclarar que esas ooforectomías fueron operaciones electivas, es decir, de pacientes que fueron intervenidos con diagnóstico preoperatorio de Quiste de Ovario. Con estos datos se confirma nuestra primera hipótesis pues el mayor porcentaje de operaciones lo constituyeron las hernias inguinales.

CUADRO 2

En este cuadro se hace una distribución del tipo de hernia y su situación, en el que se observa predominio de las situadas del lado derecho, tanto en las directas, indirectas e inguinoescrotales, representando un 62 por 100 del total. Con estos datos se rechaza la cuarta hipótesis pues las hernias inguinales bilaterales apenas representan un 9 por 100. La gráfica No. 1 nos da una visión más clara de esta distribución.

CUADRO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El mayor porcentaje (57 por 100) lo constituyen las hernias inguinales de tipo indirecto contra un 43 por 100 de hernias directas. También la tercera hipótesis es rechazada con estos datos. La gráfica No. 2 representa esta diferencia.

CUADRO 4

En este cuadro se clasifican los diferentes tipos de hernias inguinales por grupo etáreo, el que muestra mayor incidencia de hernias inguinales en la edad comprendida entre 1 a 4 años, representando un 31 por 100 del total, seguido por los menores de un año que representan un 24 por 100 (ver gráfica No. 3). Así mismo podemos notar que este predominio es sobre todo en hernias de tipo indirecto e inguinoescrotal, pues las directas son más frecuentes en mayores de 15 años siendo raras en menores de 4 años, como raras también son las de tipo indirecta en mayores de 45 años.

CUADRO 5

En este cuadro, como lo muestra también la gráfica No. 4, se ve el notable predominio de las hernias inguinales en el sexo masculino, el que representa un 80 por 100 en contra de un 20 por 100 del sexo femenino. La segunda hipótesis también queda descartada con estos datos.

CUADRO 6

En este cuadro podemos notar que las hernias inguinales indirectas son las que presentan mayor incidencia de incarceration y sus complicaciones, pues en ellas se encontró un 70 por 100 de las mismas.

CUADRO 7

En este cuadro podemos notar que la anestesia general fué la más usada, especialmente el éter, pues representa un 67 por 100. Esto es debido a que el mayor número de hernioplastias se efectuó en menores de 12 años, pues el paciente más pequeño que recibió anestesia raquídea fué de 12 años de edad.

CUADRO 8

El mayor porcentaje de pacientes intervenidos son sin ocupación, esto debido a que el mayor número de operados fueron niños en edad escolar. Siendo los agricultores y labradores los que presentan el mayor número de los que trabajan representando un 12 por 100 del total.

En este estudio no se analizó el tiempo de evolución de los pacientes por no tener en su ficha clínica una historia completa; tampoco se analizaron las técnicas de reparación porque en ningún paciente se encontró record operatorio.

CONCLUSIONES

- 1.- Las hernias inguinales fueron las operaciones que más se realizaron en el hospital nacional de Totonicapán durante el período estudiado, haciendo un promedio de 186 hernioplastias anuales.
- 2.- La hernia inguinal más frecuente, es la inguinal indirecta.
- 3.- Cuando la permeabilidad del conducto vaginal persiste, da como resultado el apareamiento de hernia inguinal indirecta.
- 4.- Las hernias inguinales son más frecuentes en el hombre, porque la obliteración del conducto vaginal se efectúa más tarde que la obliteración del conducto de Nuck en la mujer.
- 5.- Las hernias inguinales suelen encontrarse más del lado derecho.
- 6.- Los menores de 4 años de edad son los que presentan mayor incidencia de hernias inguinales.

7--

Las complicaciones herniarias preponderan en las de tipo indirecto.

8--

Los 930 pacientes intervenidos por hernia inguinal durante los 5 años, sumaron en total 7,992 días de hospitalización. En promedio cada paciente necesitó 9 días de estancia hospitalaria.

9--

El problema de las hernias inguinales se traduce por la pérdida anual de 1598 días de trabajo.

10--

Los infantes fueron los que más días de hospitalización necesitaron, llegando inclusive a necesitar 20 días. Fenómeno dado por la falta de un departamento de Cirugía Pediátrica pues estando juntos a los de medicina general fácilmente se contaminan, prolongando su estancia hospitalaria por presentar problemas adicionales mayormente gastrointestinales.

RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar a todos los pacientes que ingresen al hospital, historias más completas.
- 2.- Hacerle a todos los pacientes quirúrgicos, RECORD OPERATORIO y en el caso de las hernioplastias, especificar el tipo de reparación que se le realiza.
- 3.- Crear un DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PE-DIATRICA, pues aparte de que el mayor porcentaje de pacientes quirúrgicos, lo consti-tuyen niños menores de 12 años de edad, se evitaría con ello, la prolongación de estan-cia hospitalaria que actualmente se observa secundaria a la contaminación que sufren es-tando con los pacientes de medicina general.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CHRISTOPHER Sabiston, Davis Jr., Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial Interamericana, Décima Edición 1974, Tomo II, Pags.1093, 1101-1105, 1109.
- 2.- JUDGE, Richard D. y Zuidema, George D., Diagnóstico Físico, Enfoque Fisiológico para el Exámen Clínico, editorial El Ateneo, 1973, pags. 294, 296.
- 3.- MADDEN, John L. Atlas de Técnicas en Cirugía Editorial Interamericana, Segunda Edición, 1964. Pags. 24, 82, 86, 90.
- 4.- NELSON, Waldo E. Tratado de Pediatría, Editorial Salvat S.A. Sexta Edición 1977, Tomo II, Pags. 839, 840.
- 5.- ORR, Thomas G. Operaciones de Cirugía General, Unión Tipográfica Editorial Hispanoamericana, 1954, Pags. 529, 530.
- 6.- ROUVIERE, H. Compendio de Anatomía y Disec-ción, Salvat Editores, Tercera Edición, 1972.

7.- SALVAT, Editores S.A. Diccionario Médico,
Segunda Edición 1976, Pags. 258, 391.

8.- TESTUT, L. y Latarjet, A. Tratado de Anatomía Humana, Salvat Editores, 8a. Edición, 1934, Tomo IV, pags. 910, 911, 1327, 1330, 1331.

Br.

SAMUEL ISAIAS PUAC CHANAX

Asesor.

OSCAR H. ALDANA

Director de Fase III
HECTOR A. NUILA E.

o. Bo.

Dr.

Decano.

ROLANDO CASTILLO MONTALVO

Dr.

Revisor.

EDUARDO FRANCO

Dr.

Secretario

RAUL CASTILLO