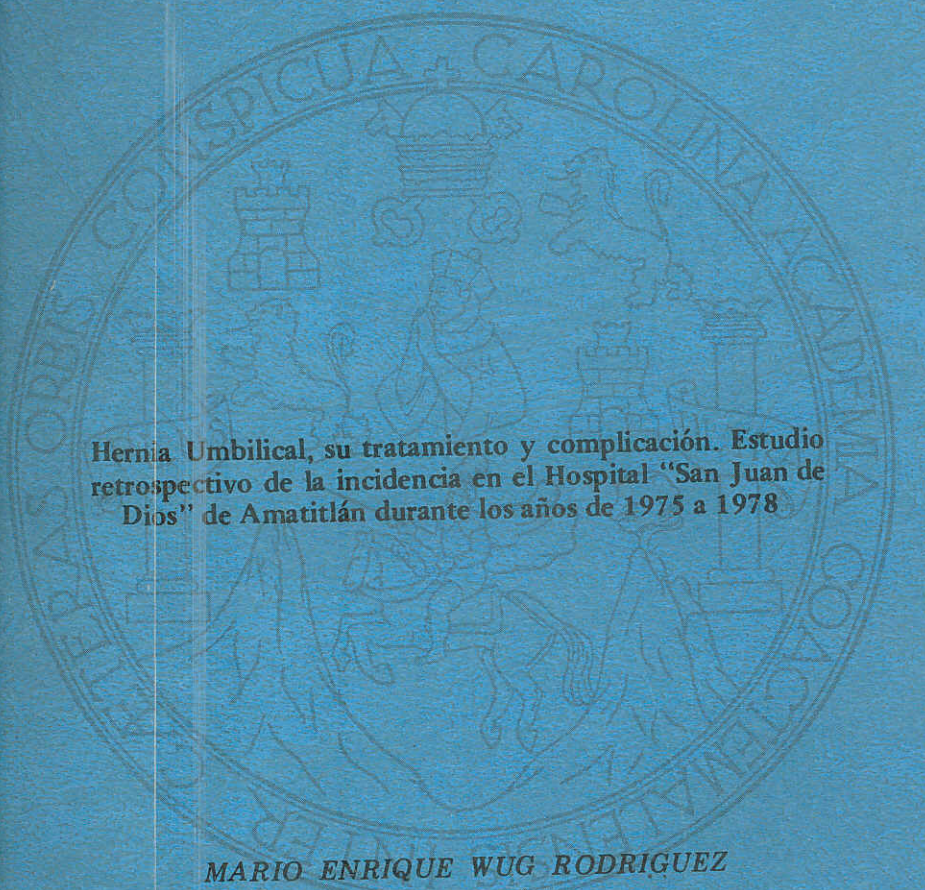


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Hernia Umbilical, su tratamiento y complicación. Estudio retrospectivo de la incidencia en el Hospital "San Juan de Dios" de Amatitlán durante los años de 1975 a 1978

MARIO ENRIQUE WUG RODRIGUEZ

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. GENERALIDADES SOBRE HERNIA UMBILICAL
- VI. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA UMBILICAL
- VII. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VIII. PRESENTACION ESQUEMATICA POR GRAFICAS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION
- IX. CONTRASTACION DE HIPOTESIS
- X. CONCLUSIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis sobre Hernia Umbilical su tratamiento y complicación, es un estudio retrospectivo de la incidencia en el Hospital "San Juan de Dios" de Amatitlán, durante los años de 1975 a 1978.

El hacer este trabajo está encaminado a resaltar el hecho de que es un problema muy frecuente en la población guatemalteca, constituyéndose en grado significativo el motivo de consulta a hospitales y centros estatales y privados del país.

Sabiendo que el método efectivo para el tratamiento quirúrgico, en muchas ocasiones se corren los riesgos operatorios por la complicación a una hernia incarcerada o estrangulada, además, las condiciones físicas, edad, afecciones sobreagregadas, razones económicas, religión, o temor a la anestesia; todo lo anterior por el desconocimiento que tienen del problema.

El objetivo es contribuir a aumentar el material científico ya existente de trabajos nacionales y tener un conocimiento más amplio sobre los factores previos que originaron o contribuyeron al problema de la hernia Umbilical. Además conocer la incidencia de este tipo de Hernia, que grupo etario y sexo es más afectado y sus complicaciones y tratamiento.

Esperando contribuir a resolver este problema con el resultado del trabajo para ayuda y bienestar de la población Guatemalteca.

OBJETIVOS

- Generales:**
- 1.- Determinar la incidencia de Hernia Umbilical en el Hospital de Amatitlán.
 - 2.- Aumentar las fuentes de información ya existentes en el Hospital de Amatitlán.

- Específicas:**
- 1.- Determinar el porcentaje de Hernia Umbilical y la edad y sexo más afectado.
 - 2.- Determinar la causa predisponente que contribuyó a la hernia.
 - 3.- Revisar las técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

HIPOTESIS

- 1.- Las hernias Umbilicales son tan frecuentes en mujeres como en hombres y se presentan invariablemente a cualquier edad.
- 2.- La Obesidad y la Multiparidad tienen relación significativa al apareamiento de la Hernia Umbilical.

MÉTODO Y ANALISIS ESTADISTICO

El análisis se realizó después de tabular los datos recolectados de los 125 casos del estudio y luego por medio de un método estadístico representando por medio de cuadros, porcentajes, explicaciones y gráficos de las mismas por el método de presentación los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Material físico:

- 1.- Edificio del Hospital de Amatlán
- 2.- Archivo del Hospital de Amatlán
- 3.- Papeletas de Registros Médicos
- 4.- Libro de Sala de Operaciones
- 5.- Bibliotecas

Material Humano:

- 1.- Pacientes que consultan el hospital
- 2.- Personal Médico y Para Médico

METODO Y ANALISIS ESTADISTICO

Este fue deductivo y se efectuó por medio del método científico.

El análisis se realizó después de tabular los datos recolectados de los 125 casos del estudio y luego por medio de un tratamiento estadístico representando por medio de cuadros, porcentajes, explicaciones y gráficas de los mismos por el método de barras se presentaron los resultados obtenidos.

GENERALIDADES SOBRE HERNIA UMBILICAL

DEFINICION DE HERNIA

Una hernia es la protrusión del contenido normal de una cavidad a través de las capas musculares y aponeuróticas que forman la pared de dicha cavidad.

HERNIA UMBILICAL

Protrusión del peritoneo a través del anillo umbilical.

PELIGRO DE LAS HERNIAS

INCARCERACION, ESTRANGULACION Y OBSTRUCCION INTESTINAL.

Mortalidad: por desgracia este cuadro perfectamente corregible sigue produciendo muchas muertes.

El peligro de las hernias consiste en la protrusión de una víscera hueca a través de un anillo de tamaño variable, si la víscera queda atrapada y no puede volverse a su lugar se habla de INCARCERACION y si además existe problema de circulación se habla de ESTRANGULACION.

HERNIA UMBILICAL

Se trata de un defecto congénito verdadero a nivel del anillo umbilical insuficiente. Es mucho más frecuente en la raza negra, sin que conozcamos las causas de esta particularidad. Es preciso distinguir la hernia umbilical verdadera del onfalocele, de

bido a cierre deficiente de la pared abdominal en la línea media a nivel del ombligo, en las primeras etapas de la vida intrauterina.

Se encuentra esta hernia en 10 por 100 de niños de raza blanca, y 40 a 90 por 100 de niños de raza negra. Casi siempre, el anillo umbilical se cierra completamente alrededor de los dos años, en forma espontánea. No hay acuerdo general acerca de si las hernias umbilicales del niño requieren intervención, salvo en casos urgentes. Ciertos cirujanos prefieren observar el caso hasta los dos años, recurriendo a la intervención quirúrgica si persiste un defecto de más de un centímetro. Otros autores, después de vigilar gran número de casos durante muchos años, aconsejan no operar pues están convencidos de que con el tiempo llegan a cerrarse todas las hernias umbilicales.

En las hernias umbilicales, la incarceration y estrangulación son raras, pero pueden ocurrir. También se puede presentar rotura de una hernia umbilical, en particular en caso de traumatismo contundente sobre el abdomen. La conducta a seguir es la misma que en cualquier caso de estrangulación o cualquier estallamiento externo de vísceras abdominales.

A diferencia de la hernia umbilical del lactante la del adulto siempre debe tratarse con la misma prontitud que la inguinal, por el peligro de incarceration, estrangulación o ambas. No es rara la rotura espontánea o traumática de una hernia umbilical durante el embarazo o en caso de cirrosis con ascitis.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HERNIA UMBILICAL

INDICACIONES. Por lo común, la hernia umbilical es congénita, aunque en algunos casos es consecuencia de intervenciones quirúrgicas en esta región. En niños mayores de dos años, la hernia umbilical se trata quirúrgicamente si los métodos conservadores de contención han fracasado. En el adulto, la mayor predisposición a la estrangulación de la hernia umbilical exige el tratamiento quirúrgico si el estado del paciente lo permite.

PREPARACION PREOPERATORIA. Como la hernia umbilical se observa generalmente en adultos obesos y en niños, la preparación preoperatoria depende por completo del estado general y edad del paciente. A los obesos conviene someterlos a dieta para adelgazar antes de proceder a la intervención. En todos los casos se administrará durante unos días una alimentación de escasos residuos y se vaciará el intestino con un purgante salino suave en este período el paciente aprenderá a usar la silleta. Cuando haya infecciones agudas, de las vías respiratorias, tos rebelde, etc., se pospondrá la operación.

ANESTESIA. En hernias voluminosas se prefiere la anestesia raquídea por la excelente relajación muscular que ocasiona, pero, salvo que está contraindicada, también se puede acudir a la anestesia por inhalación. El curare es útil para relajar la musculatura sin necesidad de profundizar la anestesia. En niños la anestesia por inhalación es la mejor.

POSICION. Se acomoda al paciente en decúbito supino.

PREPARACION OPERATORIA. La ordinaria de la piel.

INCISION Y EXPOSICION. Se hace una incisión elíptica de

eje mayor transversal, de manera que en el centro de ella quede el ombligo. En sujetos de gran corpulencia, la incisión deberá prolongarse en ambos lados hasta los bordes externos de las vainas de los rectos (fig. 1). Cuando no se desee extirpar el ombligo y en niños, se puede hacer una incisión umbilical curva o una incisión vertical, conservando el ombligo en el colgajo cutáneo (fig. 2). La incisión se profundiza hasta las vainas de los rectos, las cuales deben ser claramente identificadas. En obesos se protege y evita la desecación del tejido adiposo subcutáneo con compresas de gasa húmedas. Seguidamente, el cuello del saco herniario se disea de los tejidos contiguos.

DETALLES DE TECNICA OPERATORIA. Se hace una incisión transversal en las vainas de los rectos para liberar el cuello del saco y que el contenido de la hernia vuelva a la cavidad del abdomen. A continuación se extirpa la mayor parte de saco, incluso la piel que lo cubre (fig. 3). Se amplía la abertura de lo que queda del saco herniario, mientras se mantiene tenso con pinzas (fig. 4). Si el saco contiene mucho epiploon, es aconsejable resecar este, porque si en la cavidad peritoneal se introduce una masa tisular que durante mucho tiempo ha estado fuera de ella, se aumenta sin necesidad y no sin inconvenientes la tensión en el interior del abdomen. Cuando se ha reducido el contenido del saco y el cuello de éste ha sido bien disecado, se cierra el peritoneo por sutura continua (fig. 5). Para evitar recidivas es muy importante que la sutura del peritoneo sea firme y completa; por lo tanto, es recomendable reforzar esta sutura única con algunos puntos separados que, de ser posible, incluirán la fascia transversalis. Cerrado así el cuello del saco herniario, se recorta el peritoneo que sobra. Las hojas anteriores de las vainas de los rectos, en ambos lados de la línea blanca, se disecan y limpian de tejido adiposo, tanto hacia arriba como hacia abajo (fig. 6), y se separan del músculo subyacente en la extensión necesaria para poder superponer sus bordes (fig. 7). Si hay gran diastasis de

los rectos, se pueden aproximar estos con unos cuantos puntos separados, siempre que por ello no se desgarran los músculos (fig. 8). Suturados éstos conviene flexionar un poco más el cuerpo del paciente para suprimir la tensión de la pared anterior del abdomen. Se superpone luego el borde del colgajo superior de la vaina del recto sobre el borde del colgajo inferior con una hilera de puntos separados de colchonero (fig. 9) y después se fija el borde libre del colgajo superior a la hoja anterior de la vaina con el mismo tipo de sutura (fig. 10).

CIERRE. Se coapta cuidadosamente el tejido subcutáneo para no dejar espacios muertos. La piel se sutura de la manera ordinaria.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. Se hará todo lo posible para evitar el meteorismo, para lo que a veces es necesaria la aspiración gástrica continua. El equilibrio hídrico se mantiene por la administración de glucosa al 5 por 100 en agua o suero fisiológico mientras sea indispensable. El paciente puede abandonar el lecho 24 horas después de la operación si se da a la herida la tensión suficiente. Para esto se puede emplear esparadrapo o una faja durante el tiempo que juzgue necesarios, a veces indefinidamente, según las dimensiones de la hernia y el grado de obesidad y estado general del sujeto, a quien se advertirá que no debe levantar cargas pesadas, subir escaleras, etc., en seis u ocho semanas.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A. Total de casos y porcentaje de Hernia Umbilical durante los años de 1975 a 1978

	Número de casos	%
Otros tipos de hernia	1106	89.85
Hernia Umbilical	125	10.15
Total de casos	1231	100.00

B. Procedencia: De los casos estudiados se encontró que los pacientes provienen de los siguientes lugares.

Procedencia		
Amatitlán	26	20.8
Escuintla	20	16.0
Villa Nueva	14	11.2
Guatemala	11	8.8
Sta. Lucía Cotz.	9	7.2
Guazacapán	5	4.0
Chiquimulilla	5	4.0
La Gomera	5	4.0
Pto. San José	5	4.0
Villa Canales	4	3.2
La Democracia	4	3.2
Palín	3	2.4
Nueva Concepción	2	1.6
San Miguel Petapa	2	1.6
San Vicente Pacaya	1	0.8
Siquinalá	1	0.8
Patulul	1	0.8
Zacapa	1	0.8
Salamá	1	0.8

Niños

DETALLES DEL PROCEDIMIENTO

Siguiendo la curva de la incisión alrededor de la mitad superior de la depresión umbilical. El saco de la hernia se libera hacia abajo hasta la fascia superior de los rectos anteriores y esta disección se prolonga lateralmente en cualquier lado del recto, estando cerrado el saco hernial. Si es posible, pasar un instrumento roma alrededor del margen inferior de este saco. La piel umbilical se sostiene hacia abajo y por una tracción contraria en el saco hernial, la atadura del saco hasta la piel umbilical se libera por disección. Es importante durante esta parte del procedimiento evitar abultamiento muy notable del ombligo. Seguidamente la fascia anterior del recto se libera en todos los lados del anillo hernial y a corta distancia. Entonces el saco hernial puede abrirse y remover cualquier tejido redundante. El cuello del saco se cierra con unos pocos puntos alternos de seda fina, los bordes de la fascia del recto anterior se acoplan por arriba para corregir el defecto de la fascia y luego se cierran con puntos alternos de seda fina. Esto puede hacerse verticalmente u horizontalmente, dependiendo de la forma del defecto de la fascia.

CIERRE

Los bordes de la herida de la piel se aproximan con puntos alternos subcuticulares de seda negra 6-0 o con sutura continua absorbible. Una pequeña porción de la cintilla umbilical se pliega dentro de la depresión umbilical para aproximar la piel umbilical a la fascia subyacente y así tener una normal apariencia del ombligo. Luego se aplica una curación estéril sobre la herida operatoria.

CUIDADO POST-OPERATORIO

Ordinariamente no se necesitan cuidados post-operatorios en estos pacientes. Están usualmente dispuestos a tolerar fluidos dentro de 4 a 6 horas después de la operación y son enviados a casa con una dieta normal al día siguiente. El tipo de incisión y cierre descritos permite una fina cicatriz en la depresión umbilical, la cual armoniza en la piel normal plegada en esta región para hacer la incisión operatoria casi invisible después de unas pocas semanas.

Mixco	1	0.8
Fraijanes	1	0.8
Tiquisate	1	0.8
Masagua	1	0.8
Tapachula (México)	1	0.8
Total de casos	125	100.0%

El cuadro anterior indica que, de los pacientes provienen en primer lugar de Amatitlán siguiéndole en el orden Escuintla, Villa Nueva, Guatemala, etc., Pero es de notar que en global provienen en su mayoría del departamento de Escuintla. (Ver gráfica 1)

c. Número y Porcentaje de pacientes estudiados por sexo

Sexo	Número de casos	Porcentaje
Femenino	114	91.2%
Masculino	11	8.8%
	125	100.0%

El Cuadro anterior demuestra que el sexo Femenino es el más afectado con este tipo de Hernia con una diferencia de un 82.4% sobre el sexo Masculino. (Ver gráfica 2A).

D. Número y porcentaje de pacientes estudiados por Grupo Etario

Edad	Casos	Porcentaje
0 - 10	12	9.6
11 - 20	4	3.2
21 - 30	17	13.6
31 - 40	25	20.0
41 - 50	36	28.8
51 - 60	21	16.8
61 - 70	6	4.8
71 - 80	3	2.4
81 - 90	0	0.0
91 - 100	1	0.8
	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

Se encontró que el paciente más joven fue de 1 año 3 meses y el de mayor edad de 94 años. El cuadro anterior se clasificó por décadas y demuestra que la más afectada respecto a edad es la de 41 a 50 años siguiéndole en prioridad la edad de 31 a 40, 51 a 60, 21 a 30 y 0 - 10 años; en este último la mayoría de los casos no ameritaron tratamiento quirúrgico, y es frecuente en gente joven en edad reproductora, gente de edad madura y principios de la vejez. (Ver gráfica 3)

E. Ocupación

	Casos	Porcentaje
Oficios Domésticos	102	81.6
Infantes	11	8.8
Agricultor	7	5.6
Estudiante	5	4.0
	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

Siendo en su mayoría de los casos encontrados mujeres evidencia que por su ocupación se dedican exclusivamente a los que hacer del hogar. (Ver gráfica 2B)

G. Estado Civil

	Casos	Porcentaje
Unidos	47	37.6
Solteros	45	36.0
Casados	31	24.8
Viudas	2	1.6
	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

El elevado número de solteros se justifica que al registrárseles en las fichas a pesar de tener hijos se identifican con ese estado civil de solteras.

J. Estado Nutricional al Momento del ingreso

	Casos	Porcentaje
Bueno	85	68.0
Regular	30	24.0
Malo	10	8.0
	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

K. Relación del peso con la hernia

Libras	Casos	Porcentaje
0 - 25	10	8.0
26 - 50	2	1.6
51 - 75	2	1.6
76 - 100	16	12.8
101 - 125	23	18.4
126 - 150	24	19.2
151 - 175	9	7.2
176 - 200	6	4.8
201 - 225	2	1.6
Sin datos	31	24.8
	125	100.0%

En el cuadro anterior se observa que 31 de los casos no se encontró dato del peso. Las oscilaciones de los pesos según se aprecia se encontraron en 126 a 150 libras siguiéndole de 101 a 125 libras y 76 a 100 libras; lo que nos da idea de que el peso no es un factor decisivo para el apareamiento de la Hernia. (Ver gráfica 4).

L. Tiempo de apareamiento de la hernia y síntomas presentes.

La mayor parte de papeletas revisadas en los años 75-76 adolecen de datos específicos concretándose únicamente el diagnóstico. En los años 77-78 en que se inició el funcionamiento del Hospital-Escuela se obtuvo una mejor información al tener ya fichas con los datos requeridos.

El tiempo de apareamiento se pudo estimar que fue variable encontrándose desde 3 meses, 1 año, 2 años, 5

años, 7 años y en casos extremos hasta 15 y 20 años; concluyéndose que el tiempo de apareamiento es variable. Referente a la Sintomatología una gran mayoría de pacientes son referidos por médicos presentando únicamente la molestia de la masa umbilical. Entre los síntomas más frecuentes encontrados fueron dolor epigástrico, dificultad para realizar actividades y en los casos de las hernias complicadas se manifestaron con estreñimiento, fiebre, anorexia, náuseas dolor de cabeza y postración.

M. Relación de la Multiparidad con la Hernia.

Se obtuvo una buena información en lo referente a los antecedentes obstétricos principalmente en lo que se refiere a los años 77-78. Considerándose a la mayoría de pacientes multíparas por tener embarazos de 3 a 15 y el promedio de hijos es de 8, 10 y 11 por paciente. Esto nos da el parámetro para ver el significado de la Multiparidad al apareamiento de la hernia umbilical.

N. Diagnóstico Asociado al de la Hernia Umbilical

Entre otros Diagnósticos de los pacientes estudiados se encontraron los siguientes. Parasitismo, anemia, I.R.S., Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, Micosis, Multiparidad y los casos que presentaron otro tipo de patología quirúrgica.

Ñ. Datos de Laboratorio

Generalmente se les practicó los exámenes de rutina a todo paciente que ingresó; Hematología, Heces, orina; los cuales ayudan a tener una mejor idea del estado del paciente. En casos especiales se realizaron exámenes de Glicemias. Placas de Rayos X y Compatibilidad. Exá-

menes como electrolitos, Química Sanguínea, gases arteriales, Cultivos y otros no son posibles realizarlos debido a las limitaciones del Hospital; pero cuando son necesarios se realizan en los hospitales de la capital o laboratorios privados teniendo la inconveniencia de lo retardado de los resultados.

O. Tratamiento Inicial que se establece

Se trata de mejorar el estado general del paciente. Generalmente se hace con una dieta adecuada y el uso de tabletas de hierro, vitaminas.

En los casos de Parasitismo comprobado se les inicia su tratamiento.

Se transfundió a 2 pacientes que presentaron hemoglobina de 7.50 gramos y 8 gramos.

Otros medicamentos que se usan son Analgésicos, sedantes, relajantes musculares, soluciones.

P. Número y Porcentaje de pacientes que fueron operados y no operados.

	Casos	Porcentaje
Operados	109	87.2
No Operados	16	12.8
	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

De los que no fueron operados se encontraron las siguientes explicaciones.

Siete infantes quienes fueron evaluados por los ciru-

janos no considerándose el acto quirúrgico.

Dos pacientes que se les pidió examen de Gravindex resultando positivo para embarazo por lo que se egresaron.

Tres pacientes con anemia y mal estado general

Un paciente con problema de Diabetes

Un paciente con insuficiencia cardíaca y cirrosis

Un paciente que pidió permiso y no regresó

Un paciente que no se encontró el motivo.

De todos los mencionados ninguno regresó para el tratamiento. (Ver gráfica 5A).

Q. Número de Pacientes que se les practicó otro tipo de cirugía junto al de la Hernioplastia.

Ligadura de Trompas por Multiparidad	6
Hernioplastia Crural	2
Hernioplastia inguinal derecha	1
Histerectomía abdominal y Salpingooforectomía	1
Hernioplastia epigástrica	1

R. Pre-operatorio

Las órdenes Médicas generalmente son:

1. Nada por boca después de media noche
2. Un tranquilizante o relajante muscular a la 20 p.m. y 6 A.M.

3. Enema evacuador a las 20 P.M. y 6 A.M.
4. Limpieza de Tórax, Abdomen, pubis y periné.
5. Premedicación media hora antes de ir a sala que consiste en Atropina, Demerol y Fenegan.
6. Signos Vitales completos.

S. Post-operatorio

El esquema seguido tiene variación en el uso de los antibióticos ya que varios cirujanos usan la Penicilina en una forma profiláctica.

Las órdenes generalmente son:

1. Control de Signos Vitales cada media hora durante 2 horas y luego cada 4 horas según el caso.
2. Movilizar e hiperventilar cada 2 horas.
3. Sedantes y Analgésicos Demerol o pirazolónicos cada 6 horas y PRN.
4. Nada por boca por 6, 12 o 24 horas según el caso.
5. Soluciones intravenosas
6. Vitaminas generalmente se usan vitamina C vitamina K y complejo B
7. Entre los antibióticos que se usan se encuentra la Penicilina, Ampicilina y la Tetraciclina.
8. Además se pide vigilar por hemorragia, Cateterizar cada 6 horas PRN, vigilar estado de conciencia etc.

T. Tipo de anestesia usado

Anestesia	Casos	Porcentaje
Raquidea	70	64.22
General	38	34.86
Epidural	1	0.92
	<u>109</u>	<u>100.00%</u>

No se encontró ninguna complicación con estos tipos de anestesia utilizados. (Ver gráfica 5).

U. Record Operatorio

En este aspecto se encontró que de los 109 casos únicamente 17 contaban con un record operatorio y el resto de los casos únicamente se limitaban a una nota poco descriptiva. La experiencia del Cirujano y el buen conocimiento de la técnica a emplearse hace que no llene los requisitos de la papelería a emplearse.

El tipo de reparación continúa haciéndose por la técnica de Mayo no se menciona ninguna otra especial los pasos que se siguen generalmente son:

1. Incisión elíptica transversa
2. Localizar el saco separarlo y ligarlo
3. Cortar transversalmente la vaina del recto anterior en cada lado en un trayecto de un centímetro, si la hernia es pequeña, tres centímetros si es grande
4. Separar el músculo recto y cortar la vaina posterior en forma semejante.
5. Imbricar el colgajo superior sobre el inferior con dos capas de sutura de colchonero hechas con material -

no absorbible.

6. De ser posible, conservar el ombligo, y si el paciente es joven, formar un ombligo artificial, suturando la piel y fijándola a tejidos más profundos.

V. Complicaciones quirúrgicas

En el post-operatorio se encontró con cuatro casos de infección de herida operatoria; los cuales fueron tratados con antibióticos tipo penicilina, ampicilina, tetraciclina y Gentamicina y curación diaria. Dos casos de dehiscencia de herida operatoria las que se cerraron por segunda intención. Dos casos de hernia estrangulada en un caso se encontró el intestino color rojo vinoso pero respondió al tratamiento recuperando luego su circulación; el otro caso se efectuó resección de 8 cm de intestino delgado efectuándose anastomosis. Cinco casos de hernia encarcelada que respondieron al tratamiento inicial sin complicaciones.

W. Recidivas

Se presentaron tres casos de pacientes que habían sido operadas anteriormente por el mismo problema.

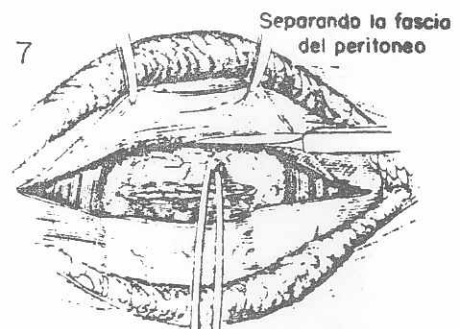
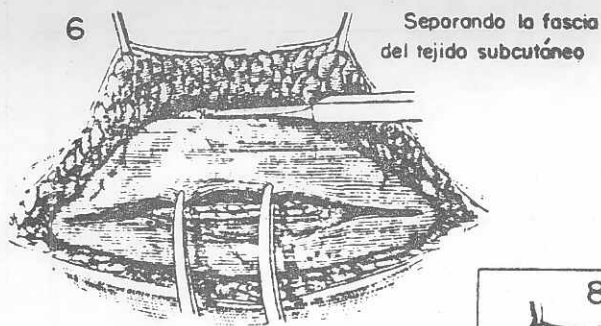
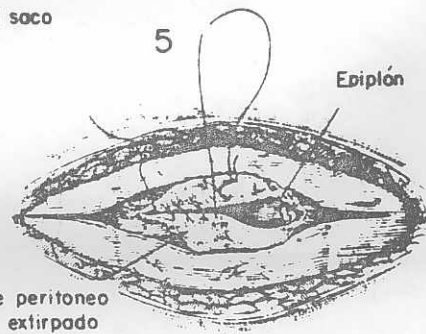
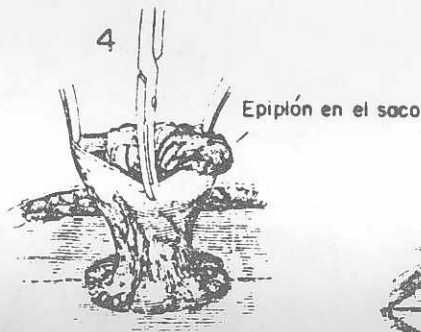
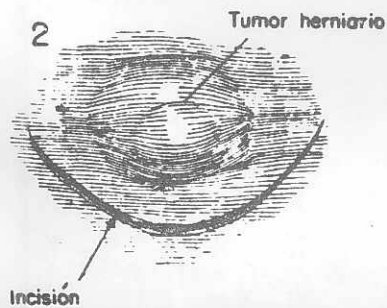
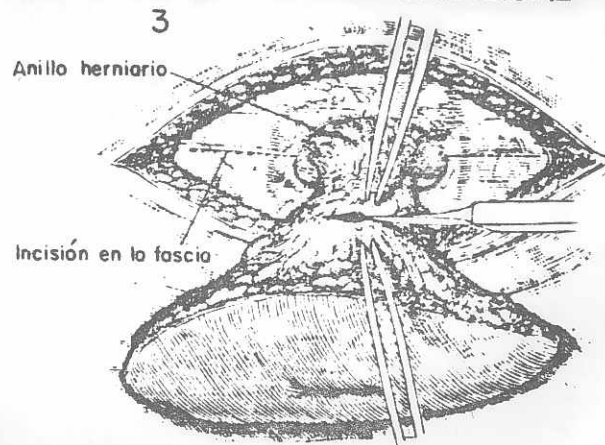
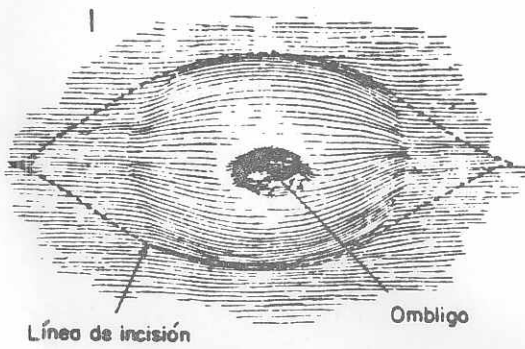
X. Días de estancia

Días	Casos	Porcentaje
0 - 5	22	17.6
6 - 10	41	32.8
11 - 15	26	20.8
16 - 20	12	9.6
21 - 25	4	3.2
Más de 26 días	20	16.0
	<u>125</u>	<u>100.00%</u>

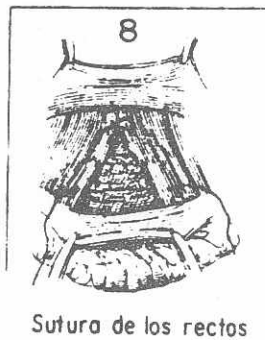
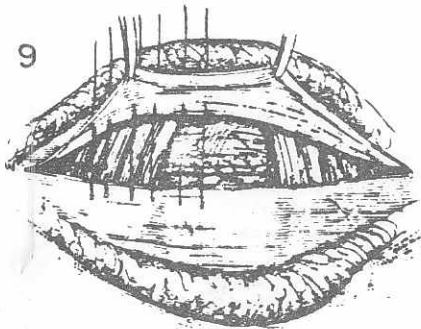
CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Con los resultados obtenidos llegamos a la conclusión que de las hipótesis planteadas la primera se demuestra que es falsa ya que la hernia umbilical es más frecuente en mujeres y se presenta más en gente joven en edad reproductora, gente de edad madura y principios de la vejez.

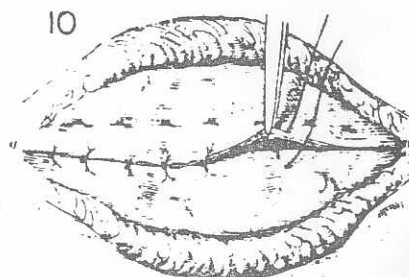
La segunda hipótesis es negativa en la variante del peso ya que no es significativo al apareamiento de la hernia. Con respecto a la variante de Multiparidad se comprobó que es afirmativa ya que si tiene relación al apareamiento de la hernia.



Imbricación de la fascia



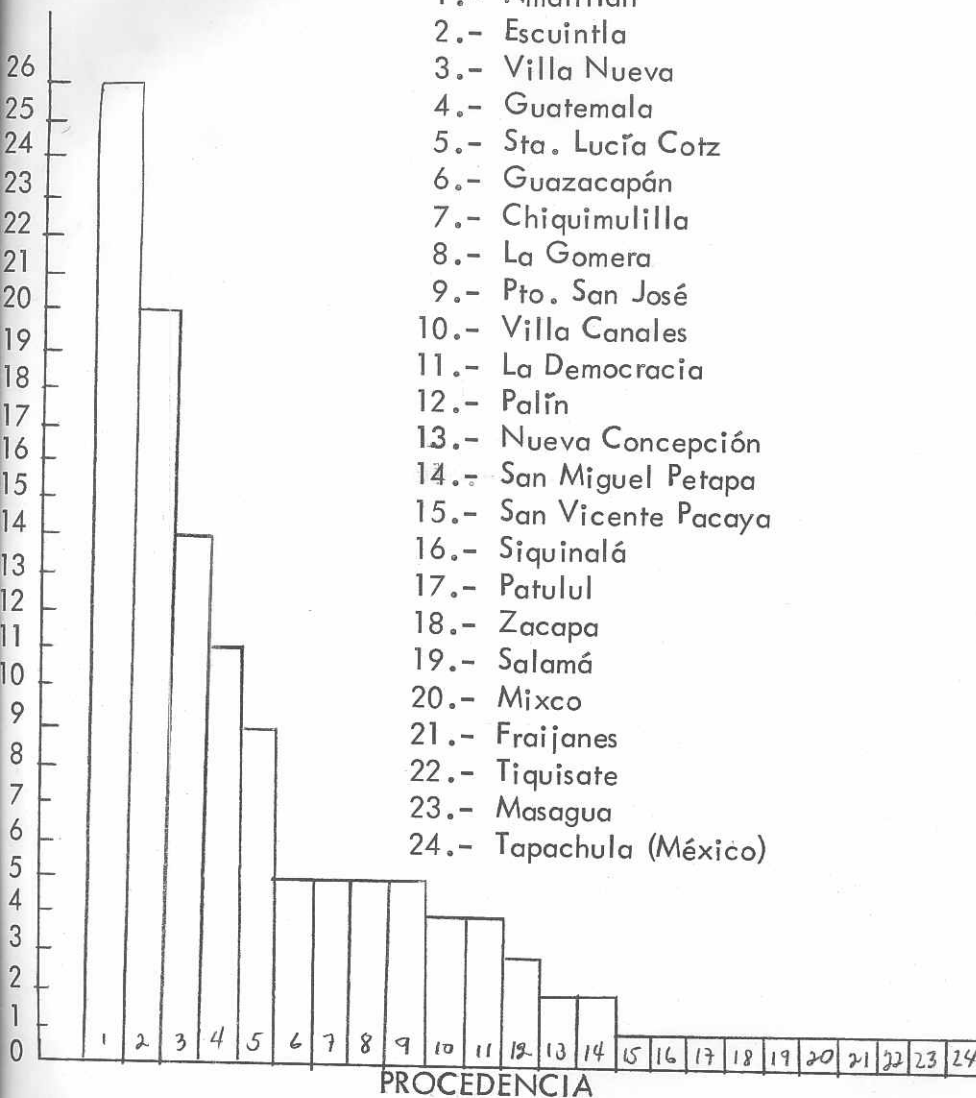
Puntos de fijación



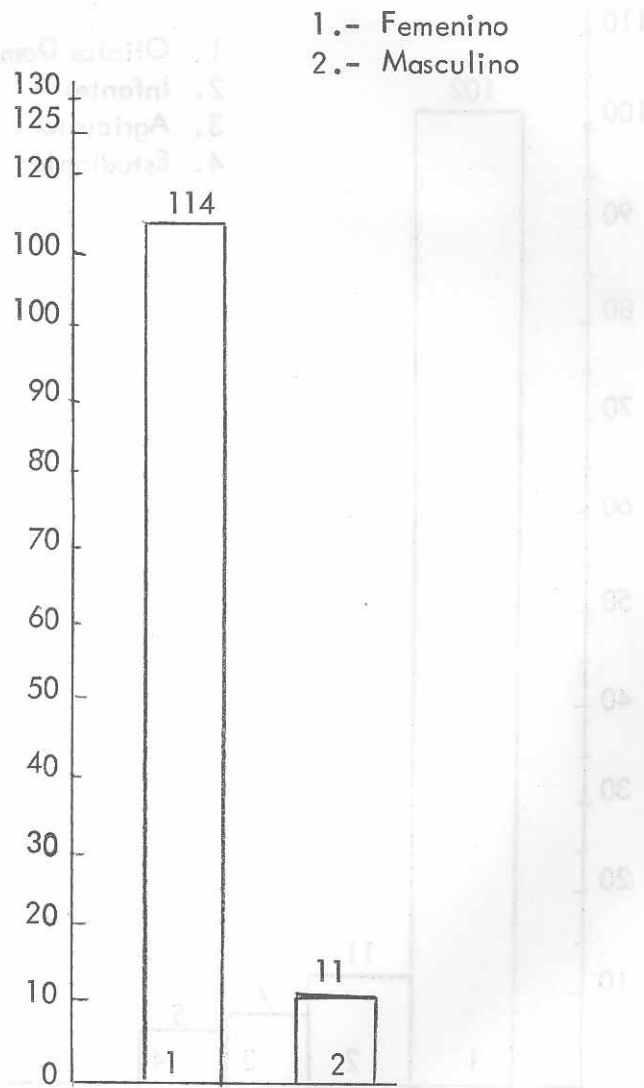
GRAFICA 1

PROCEDENCIA

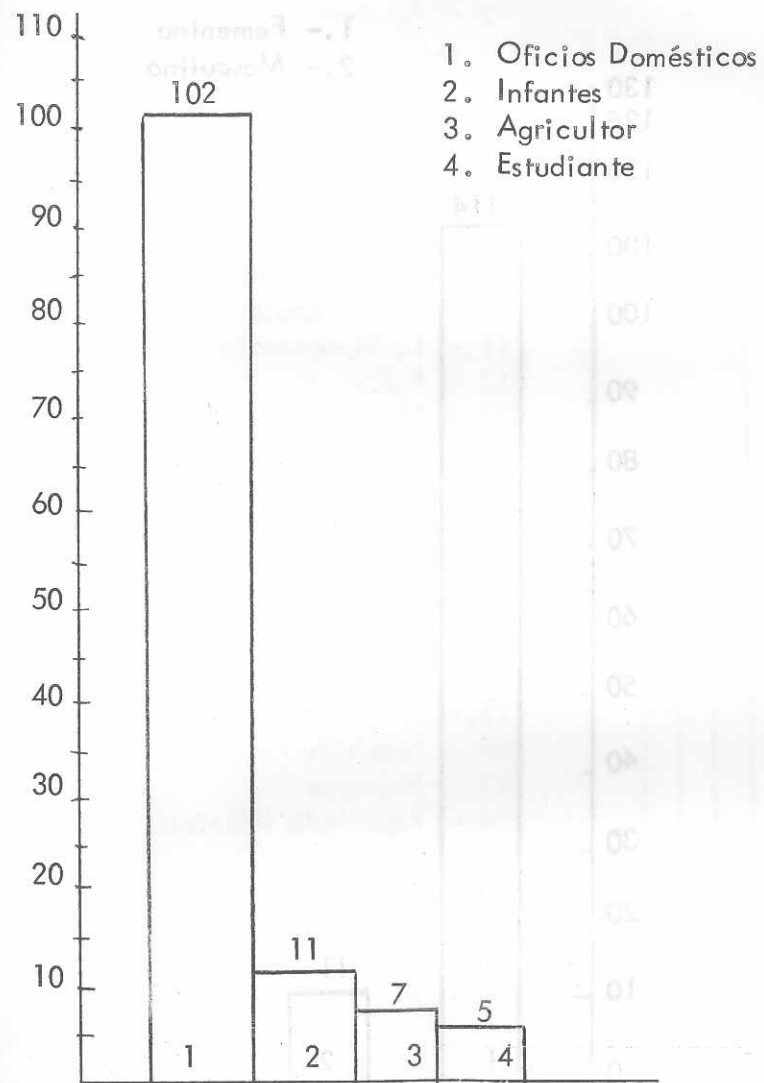
Casos
125



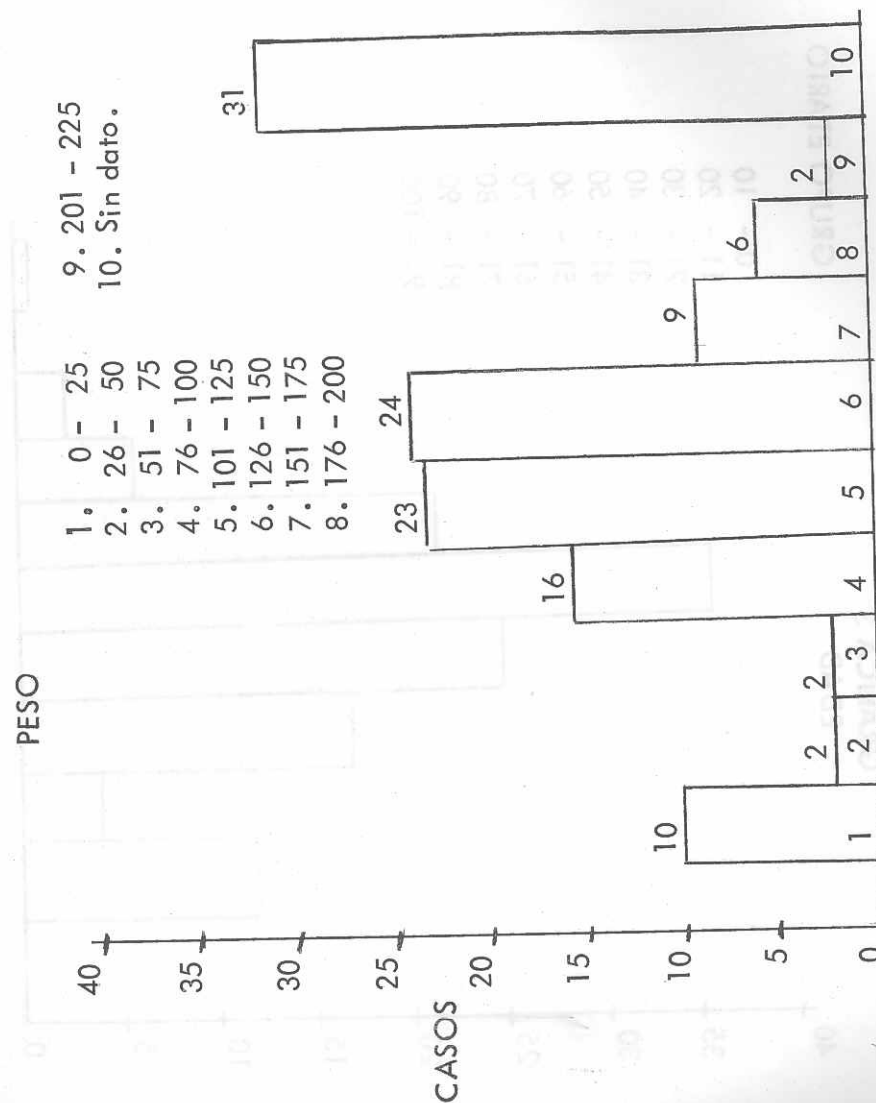
GRAFICA 2A
NO SEXO

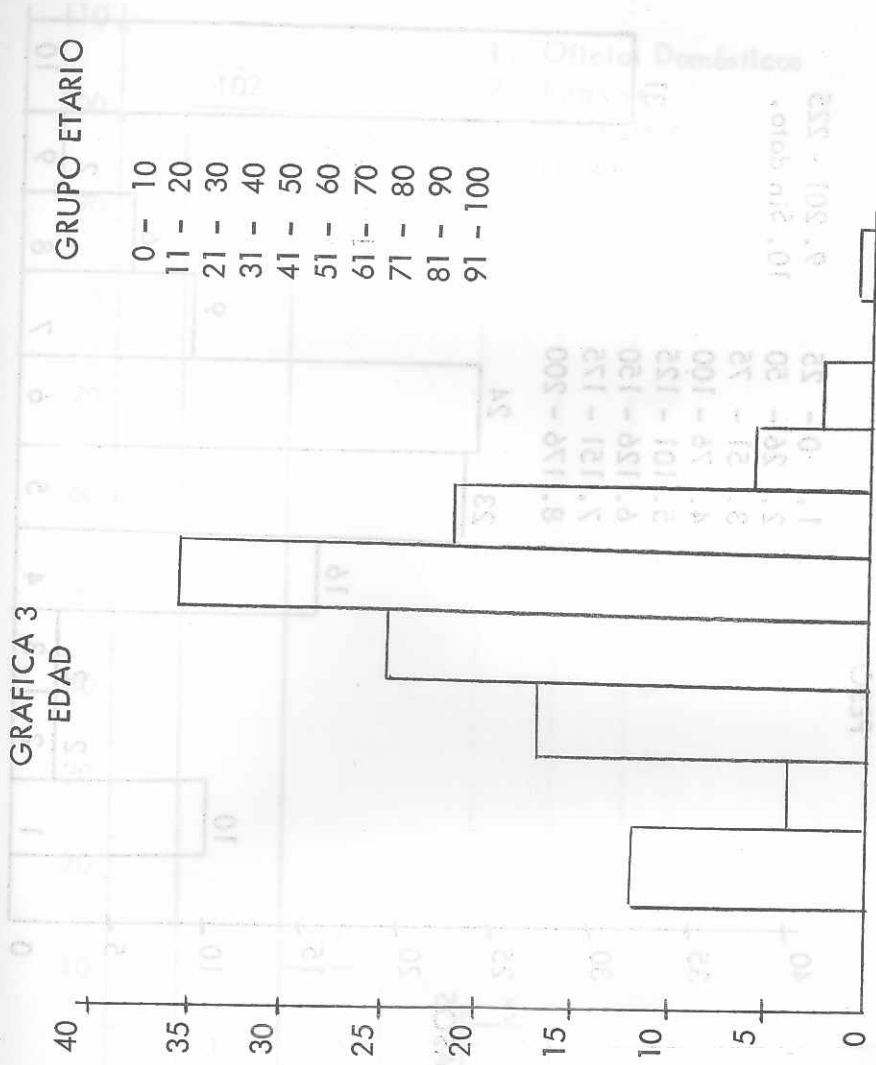


GRAFICA 2B
OCUPACION



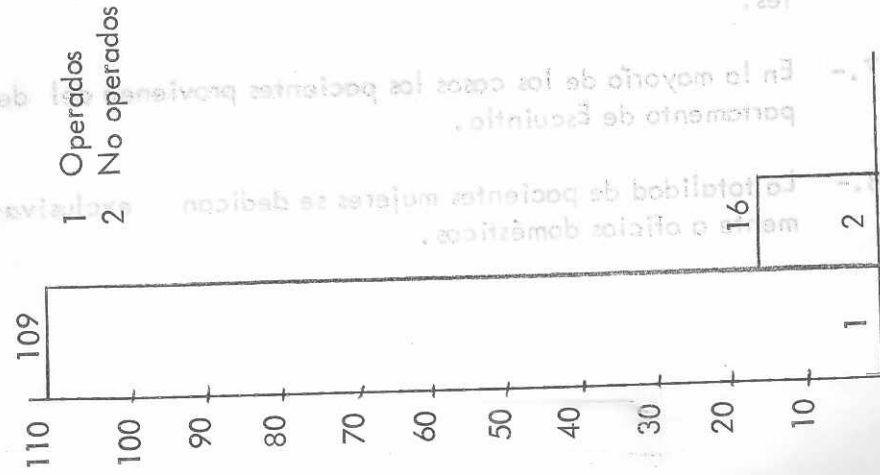
GRAFICA 4



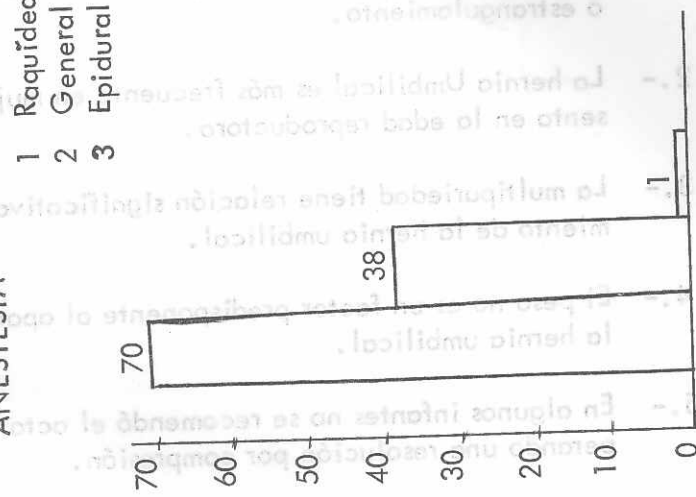


GRAFICA 4

GRAFICA 5A



GRAFICA 5B
ANESTESIA



CONCLUSIONES

- 1.- La Hernia umbilical es un problema que debe resolverse lo antes posible para evitar complicaciones de incarceration o estrangulamiento.
- 2.- La hernia Umbilical es más frecuente en mujeres y se presenta en la edad reproductora.
- 3.- La multiparidad tiene relación significativa al apareamiento de la hernia umbilical.
- 4.- El peso no es un factor predisponente al apareamiento de la hernia umbilical.
- 5.- En algunos infantes no se recomendó el acto quirúrgico esperando una resolución por compresión.
- 6.- Los registros clínicos carecen de muchos datos importantes.
- 7.- En la mayoría de los casos los pacientes provienen del departamento de Escuintla.
- 8.- La totalidad de pacientes mujeres se dedican exclusivamente a oficios domésticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cristhoper, Davis, Tratado de Patología Quirúrgica, Décima Edición, 1976, páginas 1102-1111-1112.
- 2.- Cutler y Zollinger, Atlas de Operaciones Quirúrgicas Segunda Edición, 1957, páginas 38-39.
- 3.- Zollinger Robert M. y Zollinger Robert M., Jr., Atlas of Surgical Operations, Fourth Edition Páginas 346-347
- 4.- Hernias complicadas más frecuentes en adultos.
Tesis Médico Quirúrgica.
Dr. Julio Enrique Guzmán Ovalle. Julio 1978.
- 5.- Archivos del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Amatitlán.
- 6.- Hernias Insicionales.
Tesis Médico Quirúrgica.
Dr. Juan de Dios Rivas Pérez. 1979.
- 7.- Nora, F. Paul, Cirugía Técnicas y Principios, Editorial Salvat. 1975.

Br.


MARIO ENRIQUE RUG RODRIGUEZ

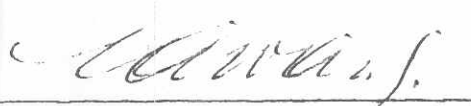

Asesor.

MARIO ANDRES GONZALEZ

Dr.

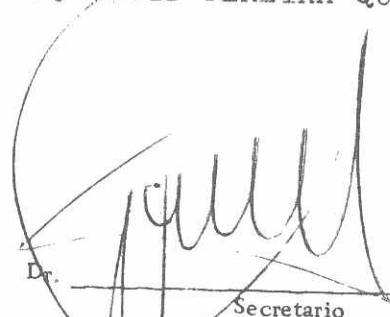

Revisor.

Dr. DAVID PEREIRA QUINONEZ


Director de Fase III

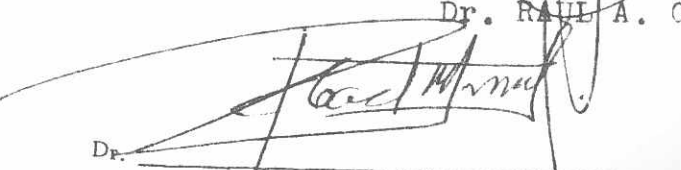
r. JOSE QUINONEZ

Dr.


Secretario

Dr. RAUL A. CASTILLO

Bo.


Dr.

Decano.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO