

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

TEMA:

**Factores de riesgos asociados a prevalencia de hernias incisional en
pacientes atendidos en el Hospital Escuela César Amador Molina-
Matagalpa.**

AUTORES

- **Br Alba Flordeliz Hernández Suarez.**
- **Br Arlen Beatriz Ríos Ruiz.**

TUTOR:

**Dr. Gastón Reynaldo Sandoval
Especialista en Cirugía General y Laparoscópica**

Matagalpa, Abril 2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

TEMA:

**Factores de riesgos asociados a prevalencia de hernias incisional en
pacientes atendidos en el Hospital Escuela César Amador Molina-
Matagalpa.**

AUTORES

- **Br Alba Flordeliz Hernández Suarez.**
- **Br Arlen Beatriz Ríos Ruiz.**

TUTOR:

**Dr. Gastón Reynaldo Sandoval
Especialista en Cirugía General y Laparoscópica**

Matagalpa, Marzo 2019

DEDICATORIA

A Dios padre por cuanto ha creado, darnos la vida y permitir que nos desarrollemos como profesionales y hoy culminar uno de los tantos caminos que nos faltan por recorrer.

A nuestros padres por sus sacrificios para encaminarnos a una educación de calidad y estar siempre a nuestro lado incondicionalmente y brindarnos todo su apoyo y su amor.

A nuestros hermanos que nos inspiran y motivan a dar lo mejor cada día.

Es grato dedicar también la culminación de este trabajo a todas esas personas amigos y compañeros de trabajo que nos han dado ánimos y palabras de aliento en los momentos difíciles.

Alba Flordeliz Hernández Suarez.

Arlen Beatriz Ríos Ruiz

AGRADECIMIENTOS

A: Dr. Gastón Sandoval, nuestro tutor por su apoyo incondicional y ayuda para la realización y culminación de este trabajo.

A: Lic. Harvy Aguinaga como facilitador, quien siempre estuvo dispuesto a la revisión y avance de cada paso para la realización y culminación de este trabajo.

A: Todos nuestros docentes y especialistas del departamento de Cirugía por despertar en nosotros el interés de investigar sobre el tema y factores asociados a éste.

A: Todas las personas de registro y personal de área de estadística del hospital por permitirnos y colaborar en la búsqueda y revisión de expedientes durante el estudio.

Alba Flordeliz Hernández Suarez.

Arlen Beatriz Ríos Ruiz

OPINIÓN DEL TUTOR

El estudio titulado “Factores de riesgos asociados a prevalencia de hernia Incisional en pacientes atendidos en el Hospital Escuela César Amador Molina – Matagalpa, durante el periodo de enero- septiembre 2015”, elaborado por Alba Flordeliz Hernández Suarez y Arlen Beatriz Ríos Ruiz, aporta información valiosa en relación a la prevalencia de hernia incisional. Doy fe que este trabajo fue realizado con el rigor científico necesario y que por tanto sus resultados tienen validez interna y externa. Las autoras fueron orientadas y supervisadas para que los datos fueran manejados de acuerdo a los lineamientos éticos nacionales basados en la declaración de Helsinki, guía para la investigación en seres humanos.

Quiero expresar mi satisfacción por la calidad del trabajo realizado por las autoras. Fue para mí un placer y también una gran experiencia desde el punto de vista profesional el poder trabajar con ellas.

Dr. Gastón Reynaldo Sandoval
Médico Cirujano
Especialista en Cirugía general y laparoscópica
Tutor

Factores de riesgos asociados a prevalencia de hernia incisional en pacientes atendidos en el Hospital Escuela César Amador Molina-Matagalpa, durante el periodo de enero-septiembre 2015.

RESUMEN

Introducción: Una hernia Incisional puede definirse como cualquier defecto de la pared abdominal, con o sin aumento del volumen, en el área de una cicatriz, post operatoria perceptible o palpable por el examen clínico o imagenológico. Esta patología representa el fracaso en la reconstrucción de la pared en una cirugía abdominal y alcanza frecuencias de presentaciones que varían en un 11% para pacientes sometidos a cirugía abdominal general y en un 23% cuando se acompaña de infección y herida operatoria.

Objetivo: Determinar factores de riesgos asociados a prevalencia de hernia incisional en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina-Matagalpa, durante el periodo de enero-septiembre 2015.

Materiales y Método: se realizó un estudio descriptivo de serie de caso. Prospectivo de corte transversal, en el servicio de cirugía del Hospital Escuela César Amador Molina. Se estudió 51 expedientes de pacientes intervenidos por hernia incisional. La fuente de información fue secundaria, se realizó análisis de expedientes de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: La edad promedio de mayor intervención en cirugía fue de 31 a 40 años, el sobre peso y la desnutrición; son los principales factores no patológicos encontrados y el material de mayor uso es la malla quirúrgica.

Conclusión: según los factores encontrados la edad no resultaba relativa por el grupo etario joven pero si su ocupación, ya que en su mayoría son amas de casa y obreros no profesionales, así como el sobrepeso puede ser un factor no patológico que conlleve a dichas complicaciones.

Palabra claves: Hernia Incisional, factores de riesgo y prevalencia.

INDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4. OBJETIVOS.....	5
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL.....	6
2.1. ANTECEDENTES.....	6
2.2. MARCO TEORICO.....	9
2.3. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	17
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....	18
<i>TIPO DE ESTUDIO.....</i>	<i>18</i>
<i>ÁREA DE ESTUDIO.....</i>	<i>18</i>
<i>UNIVERSO Y MUESTRA.....</i>	<i>18</i>
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	19
<i>MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....</i>	<i>19</i>
<i>PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....</i>	<i>19</i>
<i>ASPECTOS ÉTICOS:.....</i>	<i>20</i>
<i>VARIABLES.....</i>	<i>20</i>
4.1 ANÁLISIS Y RESULTADO.....	24
CAPITULO V.....	36
5.1. CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
5.3 BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.1.....	40

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN.

A través de la historia diversos factores de riesgos se han asociado con el desarrollo de hernia Incisionales a mencionar patrones como bipedalismo, incremento del esfuerzo abdominal, cirugías previas, obesidad, procesos infecciosos, materiales inadecuados de suturas entre otros.

El presente trabajo investigativo representa un punto de partida para otros estudios, ya que no se encuentran estudios realizados en el departamento de Matagalpa, por lo tanto constituye el primer trabajo donde se aborda el tema contribuyendo así a los primeros datos estadísticos plasmados para la continuación de nuevos estudios.

Hernia Incisional Puede definirse como cualquier defecto de la pared abdominal, con o sin aumento del volumen, en el área de una cicatriz, post operatoria perceptible o palpable por el examen clínico o imagenológico .Esta patología representa el fracaso en la reconstrucción de la pared en una cirugía abdominal y alcanza frecuencias de presentaciones que varían en un 11% para pacientes sometidos a cirugía abdominal general y en un 23% cuando se acompaña de infección e herida operatoria.

Del 10 al 13 % son por laparotomía y entre 3 al 8 % son laparoscópica, recidiva hernia inguinales 11-20 % usando técnicas con tensión en las líneas de suturas y del 1-5 % con técnicas sin tensión abierta laparoscopia. En cuanto a las incisionales su recurrencia es del 40-55 % con técnicas tensionales y del 3 al 10 % con plastia sin tensión abierta o laparoscópica.(Arap A. at el, 2011)

La era quirúrgica moderna, comenzó con Bassini hasta la operación de materiales protésicos y el avenimiento de la anestesia y asepsia que dieron un giro importante en su manejo y la práctica en las diversas instituciones introduciendo el primer tratamiento moderno a las hernias basadas en sus

consideraciones anatómicas. Durante la segunda Guerra Mundial aparecieron los materiales protésicos siendo las innovaciones continuas partes del arsenal quirúrgico sin embargo a pesar de los avances y el entendimiento de las hernias; las recurrencias, siguieron plagando a los pacientes hasta que progresivamente se fueron depurando las indicaciones y manejo de los padecimientos.

El sistema Nacional de Salud reporta en sus últimos ocho años alrededor de 262,105 egresos, más del 10 % por hernias incisionales y que esto afecta a más del 10-15 % de la población en general con una importante repercusión social y laboral en el 25 % de la población económicamente activa entre 30 -59 años.(Arap A. at el, 2011)

En la mayor parte de los países la hernioplastia es una de las formas más comunes de cirugía electiva y la hernioplastia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. La morbimortalidad del procedimiento es relativamente baja pero esto varia cuando la hernioplastia se realiza bajo condiciones de emergencia como la estrangulación u obstrucción intestinal, especialmente en el anciano donde estos procedimientos resultan muy frecuentes(Gasise L & Cardona J, 2002)

A pesar de los avances en la cirugía laparoscópica que emplea accesos a la cavidad abdominal mínimos, las laparotomías siguen siendo procedimientos muy frecuentes en la práctica diaria de muchas especialidades quirúrgicas. Un porcentaje de estas laparotomías generan hernias incisionales o eventraciones que requieren nuevas cirugías conllevando todo ello un gasto sanitario importante y una no menos importante repercusión socio laboral. Lo antes planteado ayudara a conocer, mejor esta patología en nuestro medio y los factores que la predisponen, ya que actualmente no se cuenta con estudios que identifiquen las Variables que predisponen a esta patología tan importante para el cirujano

1.2. PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA.

Las hernias Incisionales constituyen un problema de morbilidad en la cirugía abdominal; los factores de riesgo son tantos que aún los cirujanos más expertos no pueden evitar esta complicación. La morbilidad por hernia incisional constituye un indicador, disparidad e inequidad social y económica del país.(Manual, 2010)

A nivel de Hospital Cesar Amador Molina se registran en lo que va del mes de Enero a septiembre de 2015, al menos un total de 113 pacientes que ingresaron a cirugía por hernia incisional de los cuales el 60% son del sexo masculino, entre las edades de 18 a 71 años. El restante de pacientes del sexo femenino en edades comprendidas entre 20 a 45 años. Ambas con antecedentes de cirugías previas, siendo las más relevantes. (Laparotomía 40%, apendicectomía 15%, herniorrafia 35%).

Ante estos datos que reflejan alta prevalencia de ingresos por hernia incisional nace esta interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a prevalencia de hernia incisional en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina Matagalpa, durante el periodo de enero-septiembre 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Las hernias incisionales son entidades con gran demanda de atención y ocupan el 30% de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina y por otro lado un elevado costo en días de incapacidad que recaen sobre la economía de las diferentes empresas y por ende , en la economía del país.

Por lo tanto es de interés la investigación para determinar los factores de riesgos asociados a prevalencia de hernia incisional en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina-Matagalpa, durante el periodo de enero-septiembre 2015. Tomando en cuenta que no existen estudios realizados sobre el tema en el departamento de Matagalpa, por lo tanto nuestro estudio constituye el primer trabajo donde se aborda el tema, contribuyendo así a los primeros datos estadísticos plasmados para la continuación de nuevos estudios.

Todo esto con un afán de poder determinar los factores de riesgos que se asocian a la prevalencia de hernias incisionales, basados en resultados encontrados, estudiados, y así poder contribuir a modificar criterio de seguimiento y registro que permitan reflejar los aciertos y errores de nuestra práctica médica, ya que es necesario conocer resultados y la forma en la cual se desempeñan.

1.4. OBJETIVOS

GENERAL:

- ✚ Determinar los factores de riesgo asociados a la prevalencia de las hernias incisionales en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina-Matagalpa, durante el periodo de enero-septiembre 2015.

ESPECÍFICOS:

- 1- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
- 2- Identificar los antecedentes patológicos y no patológicos de los pacientes con hernias incisionales atendidos en el servicio de cirugía.
- 3- Mencionar el procedimiento quirúrgico más empleado en nuestro medio en el tratamiento de las hernias incisionales.

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

El Dr. CasiseL & Dr. Cardona J (1993), de la Revista Médica Hondureña, hacen mención que la Hernia Incisional constituye en un problema de alta morbilidad en la cirugía abdominal y lo seguirá siendo mientras la incisión quirúrgica sea un recurso terapéutico de la medicina actual. Si bien es cierto que la cirugía laparoscópica reducirá esta posibilidad, no la eliminará del todo ya que las hernias pequeñas (por el uso de drenos y a través de los puertos de laparoscopia) no son infrecuentes y serán seguramente documentadas en el futuro. Y es que los factores de riesgo son tantos que aún los cirujanos más expertos no pueden evitar esta complicación.

El Dr. Soto L (1991-1995) de la Universidad de Guatemala en el Hospital San Carlos, realizó un estudio donde refiere que las Hernias Incisionales se han considerado un problema de Iatrogenia (producido por el médico). En la actualidad con el estudio de la medicina legal, patologías como esta cobran importancia, encontrando todos aquellos factores de riesgo que predisponen a una Hernia Incisional que estaban presentes en los pacientes.

Bellón J & Durán H (2008) realizaron un estudio en Madrid- España, donde mencionan que, en el contexto de la patología quirúrgica de la pared abdominal, la eventración o hernia incisional sigue siendo una de las afecciones de mayor prevalencia. Su incidencia no ha disminuido en los últimos años a pesar de la mejora en los materiales de sutura y también en las técnicas de cierre. Existen factores de índole general que pueden interferir en el proceso cicatricial de las laparotomías, pero hay factores de tipo biológico dependientes del propio individuo que pueden explicar en gran parte la inalterable incidencia de esta afección. Así, los diferentes tipos de colágenos, determinadas enzimas, como las metaloproteinasas, y ciertos hábitos, como el tabaquismo, han sido implicados en la aparición de esta afección. Probablemente sea necesario en casos de riesgo y cicatrización comprometida realizar los cierres laparotómicos con algún material protésico de apoyo, especialmente en las laparotomías medias.

El Dr. Octavio G (2009). Primera Catedra de clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas. Expresa que la hernia incisional o eventración, tiene una incidencia de entre 2 y 20%, es una complicación quirúrgica que adquiere toda su importancia por la morbilidad que puede producir, los altos costos de los servicios de salud y la tasa de recidiva que magnifican los problemas iniciales. El uso de la malla para su corrección vino a cambiar la perspectiva del análisis terapéutico.

El Dr. Hernández A & Morales J (2009), en el artículo de Las América –México 2 abril-junio, realizan una revisión de los orígenes de los materiales protésicos utilizados en la hernioplastia inguinal, sobre su evolución y las clasificaciones actuales, sobre las características de las mallas sintéticas disponibles en el mercado y un análisis de las causas de recurrencia, de seroma y de su uso en infección establecida.

El Dr. Londoño A et al, (2011). En la Revista Chilena del 6 diciembre del 2011, menciona que las infecciones del sitio operatorio (ISO) constituyen la segunda causa más común de infecciones nosocomiales después de las infecciones del tracto urinario; causan aproximadamente una quinta parte de todas las infecciones adquiridas en el hospital con consecuencias en costos, estancia, incapacidades y secuelas¹⁻⁵. La contaminación de la herida quirúrgica puede tener su origen en diferentes fuentes: flora endógena, de la piel circundante del paciente, las membranas mucosas o vísceras huecas, dependiendo del tipo de procedimiento realizado; a este tipo de infecciones corresponde la mayoría de las infecciones, la de origen exógeno, se origina por el contacto de la herida con el ambiente, el personal de la sala de cirugía, el aire de la sala, el instrumental, entre otros. ⁹

El Dr. Jorge F et al, (2011) Hace mención que la hernia incisional es la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica o traumática, que interesa los planos músculo fascio-aponeuróticos y que puede contener o no una víscera abdominal y/o tejidos. La evisceración se produce en el período posoperatorio inmediato; no existe cubierta peritoneal, por lo que las asas intestinales no están contenidas en un saco peritoneal, y se encuentran solamente cubiertas por el tejido celular subcutáneo y la piel.

El Dr. Sergio A. et al, (2012) En un Artículo de Revisión de Hernia Incisional en Santiago Cuba, hace énfasis en que las hernias Incisionales complejas se caracterizan por tener un anillo mayor de 10 cm, con un gran saco, cuyo volumen es mayor que la capacidad de la cavidad abdominal y que al reducir el contenido dentro de ésta produce un síndrome de hipertensión abdominal, con alteraciones de la ventilación pulmonar y hemodinámicas, el cual puede llegar a ser un síndrome compartimental. En la actualidad su prevención constituye un desafío para los cirujanos que realizan este tipo de cirugía cuyo objetivo es evitar las complicaciones y disminuir las recurrencias. El tratamiento de las hernias incisionales complejas requiere del empleo obligatorio de bioprótesis por cirujanos con profundos conocimientos anatómicos y funcionales de la pared abdominal y dominio de la técnica quirúrgica sin tensión, fijación de la malla con sutura del mismo material que ésta, y así como realizar estudios multicéntricos para la unificación de criterios con respecto a su diagnóstico y tratamiento preventivo y curativo.

Se realiza revisión de trabajos previos a factores de riesgos en pacientes con prevalencias de hernias incisionales en el área de estudio q se eligió (Matagalpa), pero no se encuentra reporte por lo tanto nuestro trabajo constituye un punto de partida para otros estudios sobre el tema, ya que contribuye datos estadísticos plasmados para la continuación de nuevos estudios.

2.2. MARCO TEORICO

Los factores de riesgo asociados a patología herniaria incisional en los últimos años ha sido un foco de atención en los ámbitos académicos y científicos tecnológicos tanto como su impacto en relación con esta entidad, esto ha llevado a nuevas técnicas y desarrollo de abordaje quirúrgico tanto abierto como laparoscópico, así como la creación de un gran número de materiales protésicos de contención.(Schulz, 2003)

Las hernias de pared abdominal representan un serio problema de salud pública en el mundo, según el reporte del SINAIS (sistema nacional de información en salud) en el 2008 se reportaron 150.000 egresos hospitalarios en instituciones públicas relacionadas con esta patología la cual afecta del 10-15% de la población en general con importante repercusión en el desempeño social y laboral de hasta el 25% de la población económicamente activa (30-59 años). La aparición de hernias Incisionales ocurre entre el 10-15% de las laparotomías y entre un 3-8% de las laparoscópicas.

Se desarrollan dos entidades patológicas las cuales son frecuentes en la población ya que estas representan una incidencia de más del 50% de personas que se ven afectadas por estas entidades siendo su abordaje quirúrgico y presentando como complicación hernia incisional recidivante esto asociado a diversos factores .(Londoño J & Morales A, 2011):

A través de la historia diversos factores de riesgo se han asociado con el desarrollo de hernias abdominales, a mencionar patrones como bipedalismo, incremento del esfuerzo abdominal ,cirugías previas, obesidad, así como también relacionados con procesos infecciosos o materiales inadecuados de sutura.

La observación de que pacientes que fuman tienen una mayor probabilidad de hernias incisionales previa cirugías lo cual ha sido reportado, esto debido a bases

metabólicas quienes demostraron que los fumadores tienen mayor actividad elastolítica en sus tejidos debido a un desequilibrio entre proteasas y anti proteasas.()

Concepto de hernia Incisional como una complicación post quirúrgica.

Se define hernia incisional a la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica o traumática que interesa los planos músculos- Facio- aponeurótico y que pueden tener o no una víscera abdominal o tejido.

También se define como una protrusión que aparece a nivel de incisiones quirúrgicas previas y que se localiza en las paredes antero laterales del abdomen por fuera de las zonas anatómicas de menor resistencia.(Manual, 2010)

Factores de Riesgo.

(Luis, febrero 2006)*Pueden ser agrupados desde cuatro puntos de vista así:*

- Factores generales, factores dependientes del terreno, factores dependientes del acto quirúrgico, y factores post-operatorios, lógicamente algunos factores son realmente preponderantes en la producción de la hernia Incisional y otros son de relativa menor importancia, pero también es cierto que la suma o combinación de varios factores aumentan proporcionalmente el riesgo.

1-Edad: Aunque en la mayoría de los trabajos señalan una mayor incidencia alrededor de los 60 años, no lo consideran por sí mismo un factor de riesgo determinante, se acepta que intrínsecamente la edad influye en la calidad de la cicatrización pero hay que recordar que a mayor edad, mayor frecuencia de otros factores de riesgo

2-Sexo: Existe mucho contraste en lo informado con relación a la frecuencia por sexo aunque la mayoría reportan una incidencia de 3x1 a favor del sexo masculino.

3-Características del paciente: se refiere fundamentalmente a la actividad, oficio o profesión del paciente. Es así como una persona que realice trabajos que

demanden esfuerzos físicos importantes se traducirán en aumento de la presión intrabdominal, ejerciendo mayor tensión sobre la línea de sutura y por ende en un mayor riesgo de desarrollar hernias incisionales.

4- Disproteïnemia y Anemia. Este se constituye en nuestro medio en un factor muy importante ya que clínica y experimentalmente está demostrado como factor negativo en la cicatrización de las heridas igualmente se considera un factor importante en la influencia de la cicatrización el déficit de vitamina c . La anemia secundaria a disproteïnemia es también decisiva en la cicatrización de las heridas, no así, la anemia hipovolémica o por deficiencia de hierro.

5- Obesidad y diabetes: la obesidad influye negativamente en la cicatrización en dos aspectos, hay que recordar que todos los pacientes obesos se acompañan de un grado variable de disproteïnemia y además existen elementos mecánicos que dificultan la cicatrización(heridas muy grandes , mayor tensión) así mismo los pacientes diabéticos cursan con neuropatía y microangiopatía que disminuye la oxigenación tisular y por consiguiente su cicatrización es deficiente; también se asocia con incremento de frecuencia de infección de la herida.

6- Infección de la herida operatoria: con poquísimas excepciones todos los trabajos señalan la infección de la herida operatoria como el factor de riesgo más determinante para la formación de dehiscencia o hernia post-Incisional .La infección de la herida favorece la producción de colágenas que a su vez produce degradación de la colágeno y disminución de la actividad fibroblástica y finalmente necrosis tisular, con el consiguiente déficit en el aporte sanguíneo local. Se suponen también cambios en el PH local y en las características del exudado por consiguiente según el grado de infección así será el retardo en la cicatrización produciendo un problema difuso (hernia) o localizado (granuloma).

7- Experiencia del cirujano: Para muchos autores, esto es un factor importante. En el Hospital Escuela Cesar Amador Molina, no podemos confirmar esta relación con la primera cirugía pero si observamos un 36% de recidivas de hernias en manos de residentes.

8-Tipo de incisión: la gran mayoría de las referencias postulan que el orden de frecuencia para producir hernia según la incisión es paramedia , media y transversa , fisiológica o mecánicamente se argumenta que las fuerzas de disrupción del abdomen son el doble en las incisiones verticales que en las

transversas, recuerdan el alargamiento de hasta un 30% que sufre la herida en sentido vertical sin embargo, también hay estadísticas y opiniones que defienden la incisión para media y otras que argumentan que es más importante la forma de cierre de la herida operatoria que el tipo de incisión.

9- Material de sutura: abundan los trabajos al respecto, en conclusión diríamos que el material absorbible a largo plazo es el más recomendable, ya que el material que se absorbe rápido (catgut-crómico) se asocia definitivamente con formación de hernias tempranas y el material inabsorbible se asocia con hernias tardías.

10- Modo de sutura: este es tal vez uno de los factores más importantes en cuanto a la técnica de cierre en la formación de hernia. El acuerdo general es que ya sea que se use sutura continua o puntos separados y ya sean estos últimos puntos sencillos o complejos (colchonero horizontal, puntos en ocho) o que se cierre en un solo plano o en varios planos, el punto deberá estar situado a un centímetro del borde de los tejidos cortados y aun centímetro de separación entre sí. Es más, en la sutura continua esto garantiza que la relación de hilo aplicado en la sutura con la longitud de la herida sea 4-1 lo que permitirá a la herida cierta capacidad de distensión y tolerancia a los aumentos de presión abdominal

FACTORES ETIOLOGICOS

La hernia por eventración es la única de causa de tipo adquirida. Los sitios donde no se encuentran con suficientes fibras elásticas predisponen a su formación y la reducción de las fibras elásticas ocurre en cicatrizaciones extensas secundaria a infección local o trauma

- Edad avanzada: 4ta, 5ta, 6ta década de la vida o enfermedades sistémicas.
- Sobre distensión secundaria a obesidad o a presión intraabdominal aumentada.
- Desnutrición que no permite la adecuada elaboración de colágena para la restitución de las fibras elásticas. La tensión producida por aumento de la tensión abdominal es mayor cuando esta se presenta de forma paroxística intermitente en comparación a la producida por la fuerza constante, estas condiciones se presentan en pacientes con tos paroxística de enfermedades pulmonares crónicas, pacientes con obstrucción anatómica del tracto

urinario bajo y en pacientes que experimentan tenesmos por enfermedad ano rectal

- La causa más común de eventración es la infección de la herida operatoria, aproximadamente el 4% de todas las operaciones abdominales limpias y el 15 al 30 % de las infectadas o drenadas producen infección de la herida operatoria y posiblemente eventración. La infección y supuración de la herida quirúrgica es mucho más frecuente y grave en los obesos y diabéticos.
- Estados nutricionales deficientes manifiestos por anemia, hipoalbuminemia, que acompañan muchas veces a patologías como cáncer, tuberculosis y procesos sépticos predisponen a la mala cicatrización de los tejidos y subsecuente formación de hernias incisionales.
- El tipo de incisión que se utilice es importante también en la predisposición de estas. El esfacelo de las suturas y la eventración resultan menos frecuentes después de las incisiones transversales que las verticales, esto es debido a la disposición de la mayoría de las fibras musculares del abdomen que se encuentran en dirección horizontal, una incisión vertical incide sobre ellas y al momento de repararla estará traicionando sobre la sutura si se contrae. Además al incidir en esta dirección el riego sanguíneo y ramas nerviosas se afectan. (Gasise L & Cardona J., 2002).

Cuadro clínico y Diagnostico.

El diagnostico positivo se basa, fundamentalmente en la triada que comprende la zona que afecta la cicatriz quirúrgica o trauma, el dolor y tumor reductible o irreductible.

- Puede que el paciente lo refiera o que sea descubierto casualmente en el examen físico, la cicatriz de la operación que le ha dado origen es visible sobre el tumor herniario. El examen físico presenta un tumor reductible o no a nivel o inmediato a una cicatriz con uno o varios anillos herniarios. La mayor parte de las eventraciones son muy poco dolorosas, no obstante las hay muy dolorosas, despertando sospecha de un proceso inflamatorio sobre todo si este se acompaña de rubicundez sobre el área. Entre los principales motivos de consulta que refieren los pacientes con hernias incisionales se encuentran el aparecimiento de una masa abdominal de un 86-96%, dolor

abdominal de un 43-48% vómitos de un 22-82% y diarreas en un 5-98%.(Gasise L & Cardona J., 2002)

CLASIFICACION

Las hernias incisionales pueden clasificarse de diferentes maneras, de acuerdo a su localización, su tamaño, recurrencia, reductibilidad y síntomas.

De acuerdo a su localización (Chevrel – modificada). (Gasise L & Cardona J., 2002)

1. Vertical

1.1 Línea media supra o infra umbilicales

1.2 Línea media incluyendo el ombligo derecha o izquierda

1.3 Para mediana derecha o izquierda

2. Transversal

2.1 Supra o infra umbilical derecha o izquierda

2.2 Cruzan la línea media o no

3. Oblicua

3.1 Supra o infra umbilical derecha o izquierda

4. Combinada (Línea media + oblicua; línea media + paraestomal; etc.)

De acuerdo al tamaño:

1. Pequeña (< 5 cm de ancho o largo)

2. Mediano (5-10 cm de ancho o largo)

3. Grande (>10 cm de ancho o largo)

De acuerdo a la recurrencia

1. Primaria

2. Recidivada (1, 2, 3, etc. con el tipo de hernioplastias: sutura, prótesis o ambas)

De acuerdo a la situación con el anillo

1. Reductible

2. Irreductible con o sin obstrucción

De acuerdo a los síntomas.

1. Sintomática
2. Asintomática

TRATAMIENTO

En la actualidad existen cuatro alternativas técnicas para la reparación de una hernia Incisional. (Arap A. at el, 2011)

1. Sutura aponeurótica simple.
2. Prótesis con malla mediante técnica abierta
3. Prótesis con malla mediante técnica laparoscópica.
4. Técnica de la *separación de las partes*, orientada para grandes hernias de la línea media.

1-Sutura aponeurótica simple.

Previo a la introducción de las mallas de polipropileno a principios de los 60', la mayoría de las Hernias incisionales eran reparadas con técnica de cierre primario con sutura directa. Estas incluían entre otras , cierre aponeurótico simple , técnica de mayo con superposición de los bordes aponeuróticos , cierre con técnica de keel , en la cual el saco herniario se reduce sin abrirlo y se realiza una sutura invirtiendo los bordes aponeuróticos y aproximando los músculos rectos a la línea media lo que visto desde un corte transversal asemeja la quilla de un barco. Incisiones del recto etc.

Reparación con malla mediante técnica abierta.

Usher en 1963 introdujo en la práctica clínica el uso de la malla de polipropileno (Marlex), y Witzel en 1990 utilizaron una malla de plata para tratar un paciente portador de una hernia inguinal con mal resultado .Posteriormente se intentó utilizar mallas de otro tipo de materiales tales como seda y acero, igualmente con pobres resultados.

El material protésico ideal debería reunir las siguientes características:

- No debería ser alterado por los fluidos corporales.
- Químicamente inerte.

- No producir reacción de cuerpo extraño.
- No ser cancerígeno, ni alergénico.
- Ser capaz de resistir la tensión mecánica.
- Barato.

Reparación con malla mediante técnica laparoscópica

La reparación de hernias incisionales con malla mediante técnica laparoscópica fue introducida a principios de los 90, con la expectativa de que las tasas de recurrencia fueran similares a las obtenidas con la técnica abierta. Desde 1996 se han publicado 14 reportes de reparación laparoscópica, todos colocan la malla en posición intraperitoneal y utilizando politetrafluoroetileno en la mayoría de los casos. Las tasas de recurrencia observadas varían entre 0 y 9% que son similares a las de la técnica abierta sin embargo existen diferencias significativas en el número de días de hospitalización y el promedio de pérdida de días laborales que fue menor en la reparación laparoscópica. (Arap A. at el, 2011).

2.3. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población a estudio?

¿Cuáles son los antecedentes patológicos y no patológicos de los pacientes con hernias incisionales atendidos en el servicio de cirugía?

¿Cuál es el procedimiento quirúrgico más empleado en nuestro medio en el tratamiento de las hernias incisionales?

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.

TIPO DE ESTUDIO.

Según los objetivos, este es un estudio descriptivo de serie de caso. Retrospectivo de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO.

El presente estudio se realizará en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina, Matagalpa durante el año 2015. El hospital tiene 32 años de prestar servicio a la población de Matagalpa y de sus municipios, este ha venido brindando año tras años nuevas especialidades y hasta el día de hoy cuenta con 16 especialidades: Medicina interna, Cirugía general. Gineco – obstetricia Cardiología Neonatología Pediatría. Cirugía pediátrica Cuidados intensivos pediátricos y de adultos Otorrinolaringología. Ortopedia. Oftalmología. Odontología. Imagenología. Urología. Cirugía plástica.

El hospital cuenta con un edificio con diferentes servicios clínicos quirúrgicos, para cada una de las especialidades que aquí se brindan y así una subdivisión en cada una de las áreas. Con la especialidad de cirugía general, la cual cuenta con un total de 64 camas entre cirugía de mujeres y cirugía de varones. Está a cargo de cuatro especialistas en cirugía general y cuatro médicos generales, internos y enfermeras y el área del quirófano que cuenta con 6 quirófanos con su respectivo personal.

UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo total de nuestro estudio es de 214 pacientes de los que se tomo un numero de 51 pacientes, esto se hizo de manera no probabilística a conveniencia del investigador.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none">✚ <i>Expedientes incompletos.</i>✚ <i>Expedientes extraviados que no se recuperaron en el área de estadística.</i>✚ <i>Pacientes pediátricos con hernias Incisionales.</i>✚ <i>Pacientes con antecedentes de cirugías abdominales, pero sin defecto herniario.</i>	<ul style="list-style-type: none">✚ <i>Pacientes con expedientes extraviados.</i>✚ <i>Pacientes postquirúrgicos de otras cirugías no abdominales.</i>✚ <i>Pacientes que estén fuera de las edades comprendidas en este trabajo.</i>✚ <i>Pacientes con datos de hernia no incisionales.</i>

MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para obtener la información para el estudio se procedió a realizar las siguientes actividades.

1. Selección del lugar donde se realizó el estudio
2. Coordinar con las autoridades responsables
3. Elaboración del siguiente instrumento de medición
 - 3.1. Ficha elaborada por el investigador
 - 3.2. Revisión de expedientes clínicos
 - 3.3. Observación de los casos
 - 3.4. Entrevista a cirujanos involucrados en la rectificación de las hernias
4. Validación de instrumentos a ser utilizados
5. Recolección de información

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

Una vez recolectada la información se procedió a realizar lo siguiente:

1. Creación de base de datos
2. Codificación de instrumentos
3. Control de calidad de la información recolectada
4. Introducción de datos
5. Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa SPSS 24.0

6. Resumen de resultados en cuadros
7. Presentación de resultados en gráficos según variables

ASPECTOS ÉTICOS:

Dentro de los aspectos éticos, tomamos el permiso y la autorización de la subdirección docente del Hospital Escuela Cesar Amador Molina – Matagalpa, para hacer uso de los expedientes del departamento de estadística, agregando a esto la confidencialidad de los datos obtenidos de nuestros pacientes y garantizando un estudio con los aspectos éticos apropiados a nuestra población en estudio.

VARIABLES

Las variables de estudio serán: edad del paciente, índice de masa corporal, sexo, ocupación, técnica empleada por el cirujano, antecedente o tipo de cirugía previa, hábitos tóxicos, tiempo quirúrgico , días de estancia intrahospitalaria, insumos médicos utilizados en la resolución de los problemas del paciente, estas variables se encuentran en los expedientes clínicos de los pacientes.

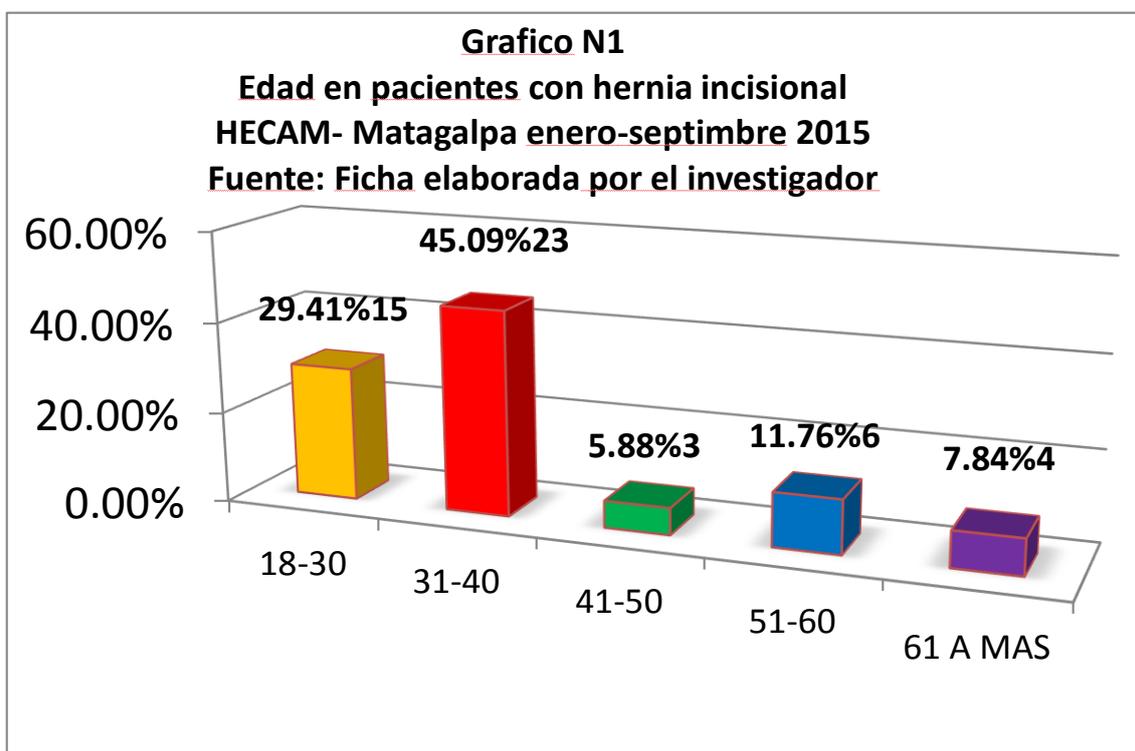
OPERACIONALIZACIONES

VARIABLE	Definición	Dimensión	Indicador	Escala.
Características personales	Se refiere fundamentalmente a la actividad, oficio o profesión del paciente. Es así como una persona que realice trabajos que demanden esfuerzos físicos importantes se traducirán en aumento de la presión intrabdominal	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> ○ 18-29 ○ 30-39 ○ 40 - MAS
		Sexo	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Masculino ○ Femenino.
		Ocupación	sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ama de casa. ○ Estudiante ○ Profesional. ○ Obrero no profesional ○ Otros.
		Hábitos tóxicos	Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activo ○ Pasivo
IMC	Relación entre el peso y la talla general para clasificar el peso insuficiente, excesivo, obesidad.	Cualitativa nominal	Kg / talla ²	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eutrófico. ○ Sobrepeso. ○ Obesidad tipo I ○ Obesidad tipo II ○ Obesidad mórbida
TIPO DE CIRUGIA PREVIA	Intervención realizada	Cuantitativa continua	Antecedentes quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ laparotomía ○ apendicectomia ○ hernia inguinal ○ hernia umbilical
TIEMPO QUIRURGICO	Serie de procesos encaminados a	Cuantitativa nominal	Medición en minutos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 30 min. ○ 31-59 min. ○ 60 minutos a más

	organizar un acto quirúrgico			
ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA	Periodo comprendido entre el ingreso del paciente que transcurre en la unidad de salud, hasta su egreso.	Cuantitativa discreta.	Días intrahospitalarios.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1-2 días ○ 3-4 días ○ 5 - más días.
INSUMOS MEDICOS.	Material utilizado en las cirugías.	Cualitativa nominal	Material utilizado en las cirugías.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Malla quirúrgica. ○ Hilo quirúrgico.

4.1 ANÁLISIS Y RESULTADO

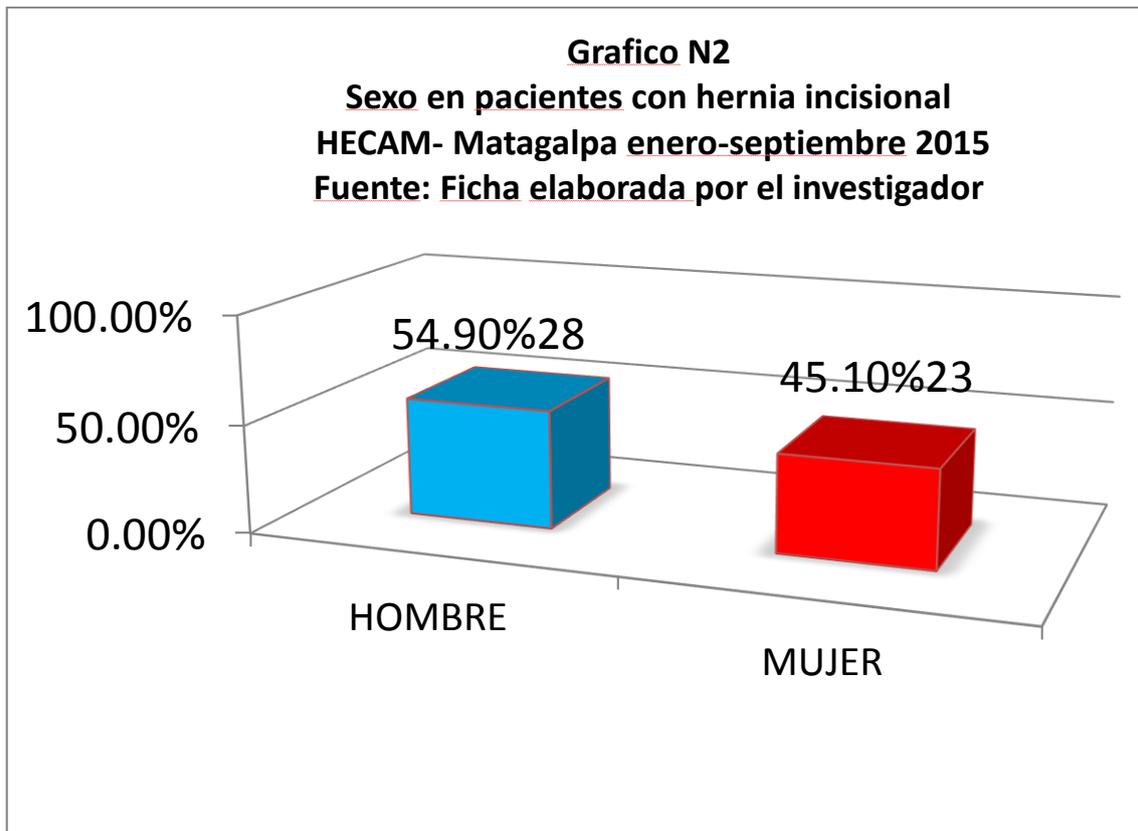
Al estudiar 214 pacientes que fueron intervenidos en sala de cirugía por casos de hernia incisional, con la intención de determinar qué factores son los que se asocian a determinados casos, por lo que se tomó 51 de los 214 casos antes mencionados para revisar y hacer controles de los datos proporcionados en el expediente clínico.



Donde se encontró:

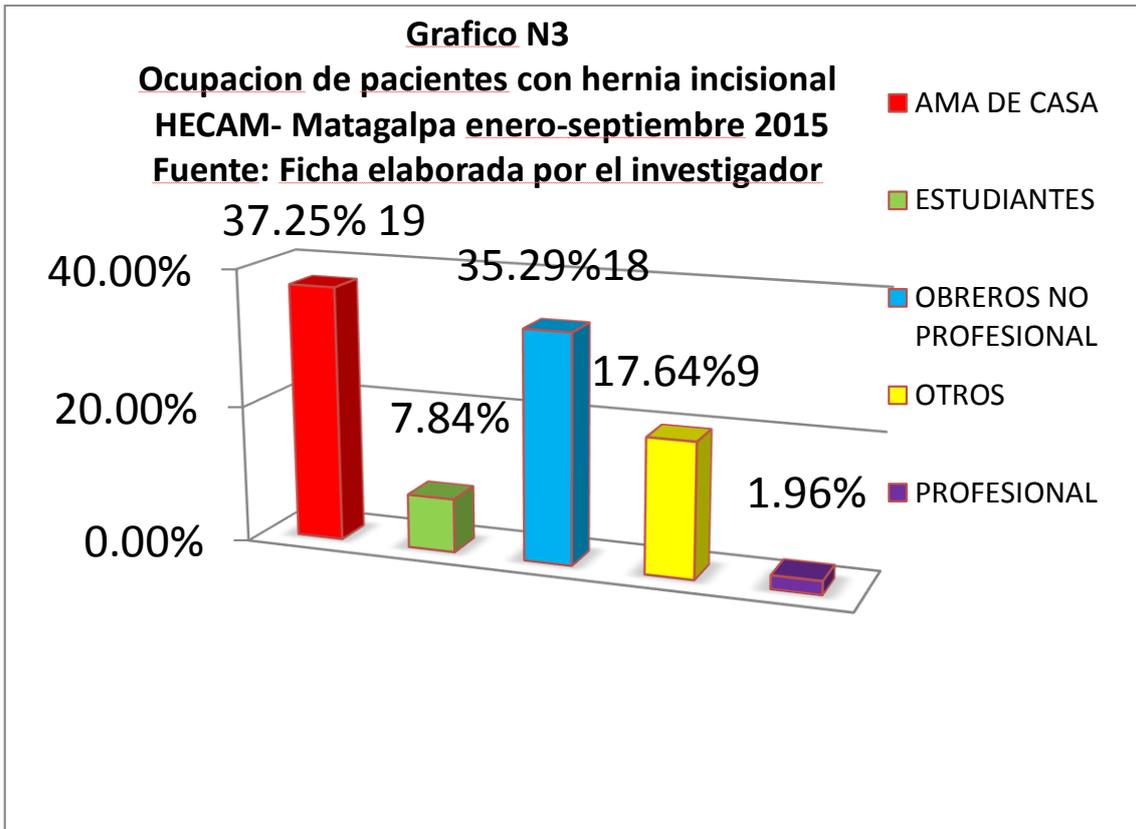
En relación a la edad, de 51 expedientes revisados de pacientes que fueron intervenidos por hernia incisional, se encontró que el 29,41% (15) estaban entre la edad de 18 – 30 años, el 45,09% (23) entre 31 – 40 años, el 5,88% (3) entre 41 – 50 años. El 11,76% (6) entre 51 – 60 años y el 7,84% (4) de 61 años a más. (Tabla N1)

De 51 casos estudiados en pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por hernia incisional de los cuales nuestro objetivos están enmarcados en determinar , los factores de riesgos prevalentes en estos pacientes , los datos recolectados por medio de ficha elaborada por el investigador mediante revisión del expediente clínico encontramos en cuanto a nuestro primer parámetro en cuanto a la edad, aunque en la mayoría de los trabajos señalan una mayor incidencia alrededor de los 60 años y no considerada en sí misma un factor de riesgo determinante “salvo que la edad intrínsecamente influye únicamente en la calidad de cicatrización” se debe de recordar que a mayor edad, mayor frecuencia de otros factores como las comorbilidades, hábitos tóxicos etc.(Cardona J, 2000); Datos que contrastan al estudio realizado ya que la edad de mayor prevalencia está entre 31-41 años de edad



En cuanto al sexo el 54,90% (28) son hombres y el 45,10% (23) son mujeres. (Tabla N2).

En nuestro segundo parámetro a valorar encontramos dentro de los resultados en relación al sexo que mayormente es más frecuente en este estudio fueron los hombres (28) y mujeres (23), dato que es similar a otros estudios donde reportan que una incidencia de 3x1 a favor del sexo masculino (Cardona J, 2000), pero si contrasta con otros estudios más recientes y con otro tipo de cirugías donde las mujeres son las de mayor afectación tomando en cuenta el tipo de cirugía, ocupación y si presenta antecedentes de hábitos tóxicos. (Berrios G, 2004)



Según la ocupación a la que se dedican los pacientes se encontró que el 37,25% (19) son amas de casa, el 7,84% (4) son estudiantes, el 35,29% (18) son obreros no profesionales, el 1, 96% (1) es profesional y el 17.64% (9) se dedican a otras labores, (Tabla N3).

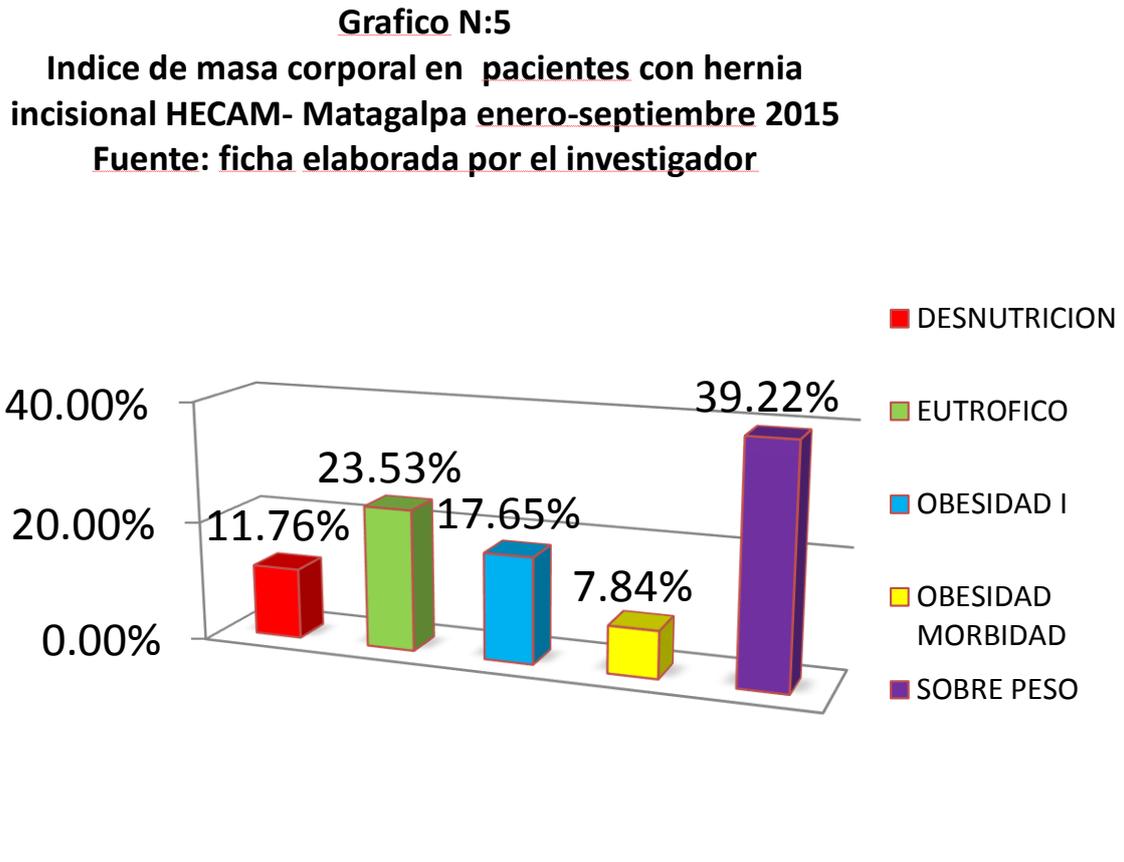
En cambio en la ocupación, si bien es cierto que la mayoría son hombres en cuanto al sexo, el dato de obreros profesionales se asemeja a este dato, partiendo que en nuestro estudio el dato de mayor relevancia en la ocupación son las amas de casa (19), no obstante no se encontró datos de relevancia que confirmen que es un factor determinante en relación a factores de riesgo de hernias incisionales, pero no se debe de obviar que mujeres ama de casa están predispuestas a hábitos alimenticios desordenados a realizar excesivo esfuerzo físico en labor doméstica y propensas hábitos tóxicos por estrés.(Carmona G2005)



Según la técnica empleada por el cirujano se encontró que el 98,04% (50) utilizan la hernioplastia y un 1,96% (1) no se encontró reportado. (*Tabla N4*).

En cuanto al resultado reflejado de cirugías previas presentes en pacientes con hernia incisionales tenemos que el más relevante es la cirugía por laparotomía (29) siendo este significativo comparándolo con otros estudios ya que hace énfasis en el abordaje quirúrgico, el tipo de incisión, en la fuerza tensil aplicada al cierre el material utilizado lo que hace un factor de riesgo presente a tomar en cuenta en la presencia de hernias incisionales.

Al identificar la técnica quirúrgica empleada se determinó que la técnica de preferencia usada por el médicos cirujano que labora en el HECAM es la hernioplastia, en otro estudio la técnica empleada se le conoce como procedimiento de técnica cerrada (con aguja de veress) (Carmona G, 2005)

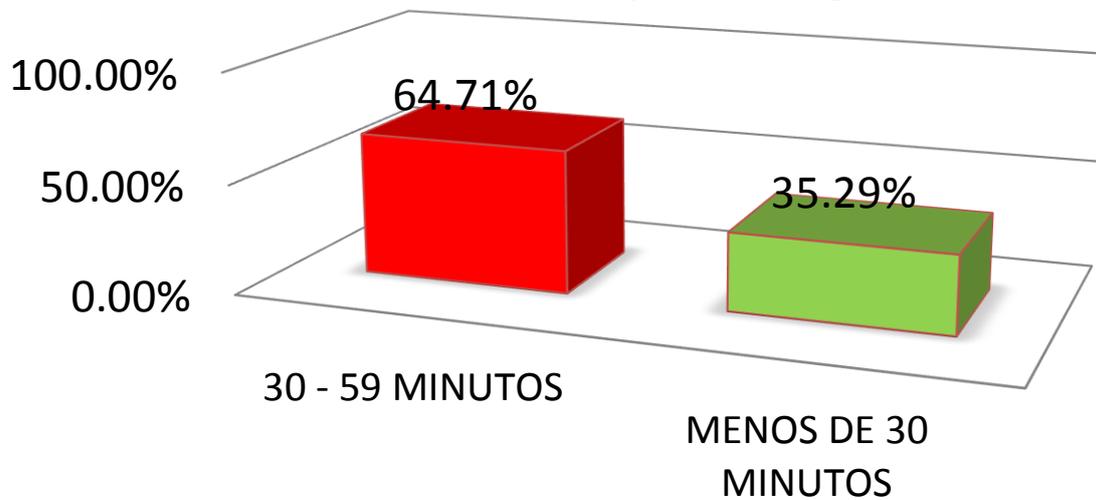


El índice de masa corporal encontrado en los pacientes estudiados fueron de un 11,76% (6) con desnutrición, un 11,76% (6) eutrófico, un 23,53% (12) obesidad I, un 7,84% (4) obesidad mórbida y un 45,09% (23) en sobre peso. (Tabla N5).

Dentro del estado nutricional se valoró el incremento de masa corporal (IMC), se identificó como mayor factor predeterminante el sobre peso (23) seguido de la obesidad grado I (12), además de un porcentaje significativo de desnutrición en algunos pacientes estudiados; sabiendo que la mal nutrición ya sea por déficit o exceso influye negativamente en la cicatrización teniendo en cuenta que un aspecto muy importante en “un paciente obeso se acompañan de un grado variable de disproteinemia produciendo elementos mecánicos que dificultan la cicatrización (heridas muy grandes, mayor tensión) (Dr Lincoln et al)

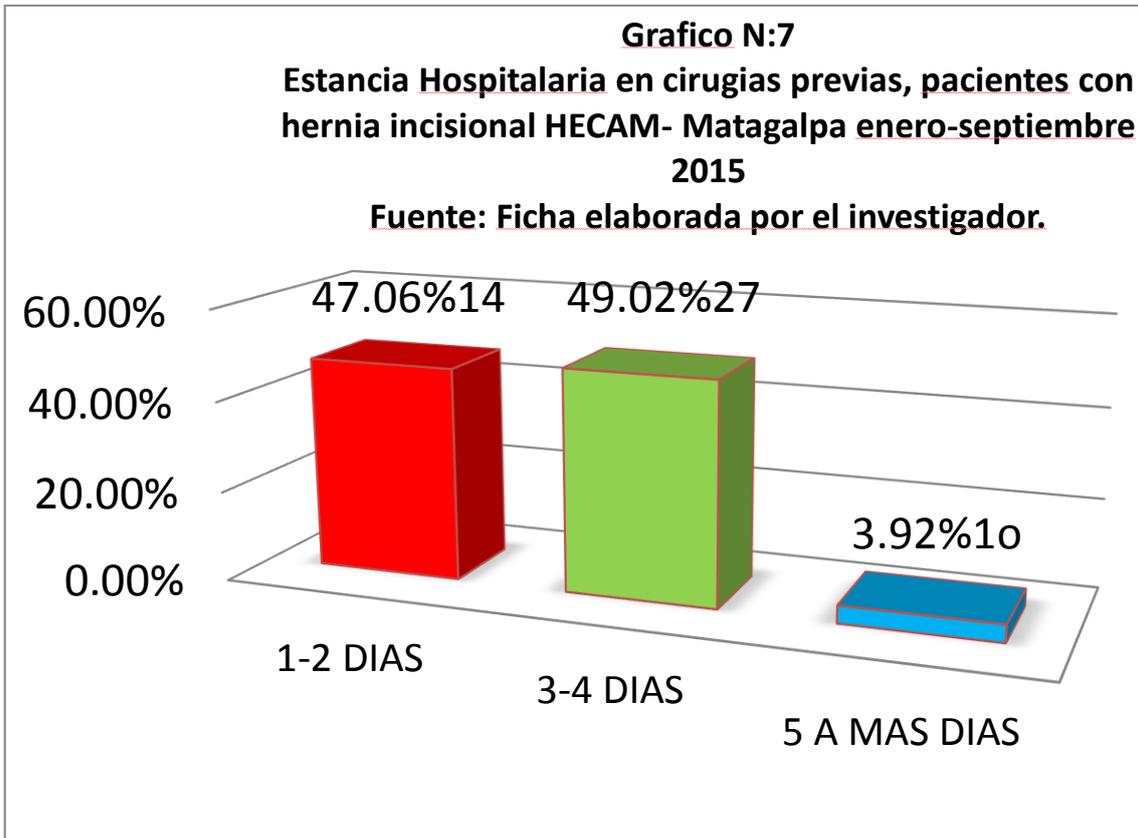
Grafico N 6
Tiempo Quirúrgico de cirugías previas en pacientes con hernia incisional HECAM- Matagalpa enero-septiembre 2015

Fuente: Ficha elaborada por el investigador



El tiempo quirúrgico que le tomo al médico realizar el procedimiento quirúrgico previos en pacientes con hernia incisionales fue en un 64,71% (33) de 30 a 59 minutos y el 35,29% (18) menos de 30 minutos. (*Tabla N9*).

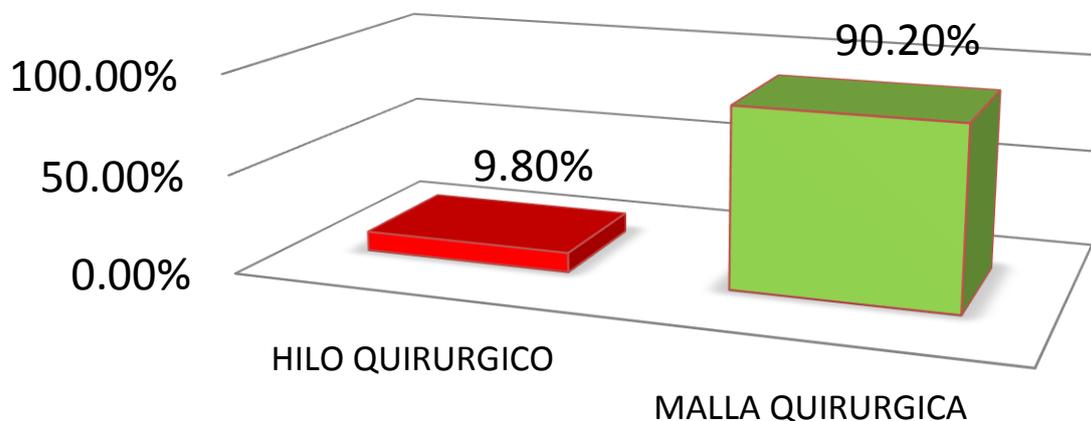
En cuanto al tiempo quirúrgico de cirugías previas en pacientes con hernias incisionales tenemos tiempo promedio de 30 a 59 minutos (33) esto tomando en cuenta que cuando hacemos énfasis en el tiempo quirúrgico nos referimos a las cirugías previas identificadas en nuestro estudio (laparotomía, hernia inguinales, umbilicales), esto menos que otros estudios realizados donde el tiempo promedio fue de 45 a 150 minutos, por lo que podemos hacer referencia a que el tiempo quirúrgico es un factor menos importantes en las operaciones electivas mucho menos si existe gentileza quirúrgica (Carmona G, 2005)



La estancia hospitalaria de cirugías previas de los pacientes por hernia incisional fue de un 27.45% (14) de 1-2 días, en un 52,09% (27) de 2 - 3 días y de un 19.60% (10) de 5 días a más. (Tabla N10).

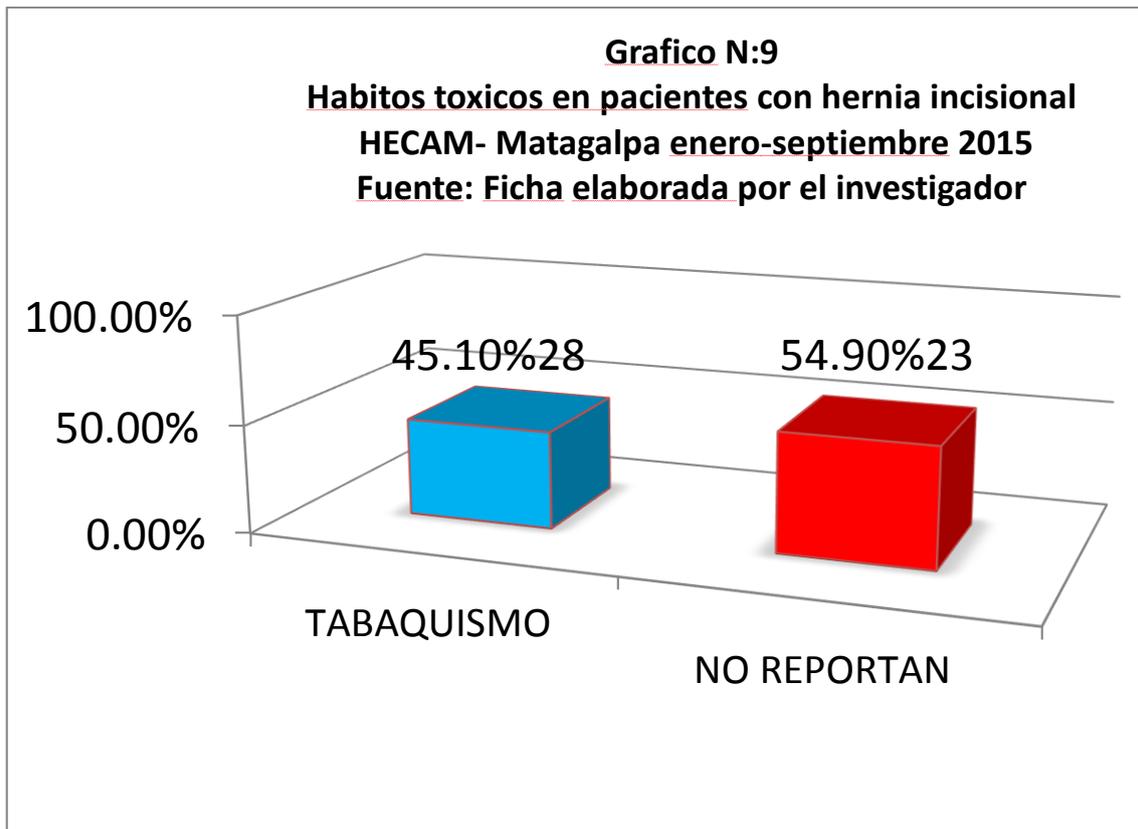
Se comprobó que la estancia hospitalaria de los pacientes ingresados por cirugías previas, que presentaron hernia incisional fue mayor de tres a 4 días (27), si tomamos en cuenta este dato y lo comparamos con las cirugías previas que estos pacientes presentaron llegamos a concluir que este ha sido un factor prevalente en cuanto a que estos pacientes presentaran hernias incisionales.

Grafico N:8
Insumos medicos usados en pacientes con hernia
incisional HECAM- Matagalpa enero-septiembre 2015
Fuente: Ficha realizada por el investigador.



Los insumos médicos usados fueron en un 9,80% (5) fue hilo quirúrgico y en un 90,20% (46) utilizaron malla quirúrgica.(Tabla N11).

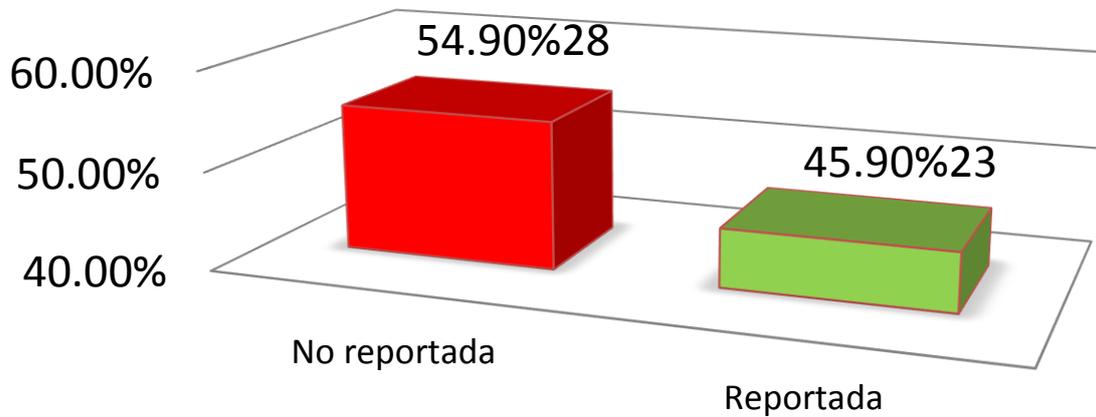
Además se encontró también que el material utilizado en la cirugía es en su mayoría la malla quirúrgica , en cuanto a la intervención de las hernias incisionales , elemento más que previene posibles complicaciones futuras postquirúrgicas, recidivas de las mismas , dato que contrapone otros estudios donde las complicaciones postquirúrgicos son mayores y el material quirúrgico de preferencia son los hilos quirúrgicos absorbibles que .de acuerdo a la fuerza de tensión se pueden esperar recidivas en hernias incisionales , si lo comparamos con el resultado de nuestros pacientes que presentaron cirugías previa en su mayoría (laparotomía) que en su efecto su cierre es con hilos quirúrgicos. (Dr Lincoln et al)



Dentro de los hábitos tóxicos de pacientes que presentaron hernias incisionales tenemos que el 45.09% (23) son fumadores, 54.90% (28) no reportan hábitos tóxicos (*Tabla N6*).

Dentro de los hábitos tóxicos reportados tenemos que el más frecuente ha sido el consumo del tabaco (23) siendo este un factor de riesgo relevante para la prevalencia de hernia incisional, partiendo del hecho que este (la nicotina) interviene en el proceso de cicatrización de la herida y si tomamos en cuenta que en resultados anteriores nuestros pacientes, presentaron cirugías previas, son en su mayoría hombres y tenemos un resultado significativo en cuanto al sobre peso , todo ello habla a favor de factor de riesgo determinantes.

Grafico N:10
Infecciones en cirugias previas, en pacientes con hernia
incisional HECAM- Matagalpa enero-septiembre 2015
Fuente: Ficha realizada por el investigador.



En cuanto a infecciones reportadas en cirugías previas de pacientes que presentaron hernia incisional tenemos que este dato lo reportamos a grosso modo si se encontraba en el expediente, sí estuvieron reportadas o no, el resultado encontrado tenemos (23), la causa más común de eventración es la infección operatoria, aproximadamente, la infección y supuración de la herida asociado al sobrepeso u obesidad se asocian a alto porcentaje 15 al 30% de ser factor de riesgo predisponente a presentar hernias incisionales.

Al evaluar nuestros resultados en nuestra muestra tomada (51) pacientes, concluimos enmarcando que la edad de prevalencia presente entre 31-40 años (23) se asocia al número de personas en sobrepeso (23), así mismo hacemos referencia al número de pacientes en cuanto al sexo se refiere mujeres (23) y siendo las ocupación más prevalente las ama de casa (19), por tanto estos resultados han sido los factores de riesgos más marcados, asociados a que estos pacientes estuvieron predispuestos a presentar hernia incisionales en sus antecedentes previos, no obviando así como lo refleja las bibliografías revisadas la importancia del historial previo de cirugías realizadas, nuestros pacientes en su efecto presentaban con mayor numero laparotomía (29) lo que habla a favor de ser un factor de riesgo, para presentar a corto plazo una hernia incisional esto por características ya explicadas, así mismo otro resultado y dato importante que encontramos las infecciones previas en las cirugías que fueron reportadas (23) es un factor determinante como lo enfatizan los estudios revisados, y los hábitos tóxicos reportados en estos pacientes el cual fue el tabaco (23), todo ello engloba una gama de factores de riesgo presentes y prevalentes que llevaron a estos pacientes a presentar hernia incisionales, es por esto que consideramos sea nuestro trabajo un punto de partida para poder estudiar más a fondo el sinnúmero de factores de riesgos presentes en los pacientes que presentan hernias incisionales, y así tomar como referencias estadísticas reflejadas en nuestro trabajo las cuales se realizaron en el departamento de Matagalpa en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina contribuyendo así a ser punto de partida para nuevas investigaciones enmarcadas en nuestra región.

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

- 1- Dentro de las características socio demográficas encontradas, en cuanto sexo; los hombres representan el mayor porcentaje, la edad promedio en que se practicaron más cirugías van de 31 a 40 años y la ocupación más frecuente fueron las amas de casa y los obreros no profesionales.
- 2- Los antecedentes patológicos y no patológicos presentes en los pacientes atendidos en el servicio de cirugía fueron la desnutrición y en la mayoría de los casos la obesidad y el sobre peso , así como la presencia de hábitos tóxicos reportados (tabaquismo), e infecciones en cirugías previas.
- 3- El procedimiento quirúrgico utilizado en las intervenciones fue en su totalidad la hernioplastia y el material de preferencia fue la malla quirúrgica.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del servicio de cirugía, informar al paciente y a sus familiares las posibles complicaciones que se puede dar aunque sea mínima la incidencia para controlarla y disminuirla con un seguimiento adecuado a través de sus controles postoperatorios.

Garantizar un estado nutricional óptimo para el paciente (sea por déficit o exceso) que será intervenido quirúrgicamente de forma electiva.

En cirugías de Urgencia, con un preámbulo de sepsis, déficit de irrigación, contaminación; insistir en la mejora posible de esas condiciones antes, durante y después de la cirugía para un adecuado cierre y cicatrización.

5.3 BIBLIOGRAFÍA

- Arap A. et al. (2011). *Hernia Incisional*. Cuba: Revista Cubana.
- Berrios G. (2004). *Experiencia de colecistectomía en el Hospital Escuela Dr Oscar Danilo Rosales Arguello*. Leon: UNAN.
- Cardona J. (2000). *Hernia Incisional en el Hospital Regional de Occidente. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía*. Biblioteca medica nacional.
- Carmona G. (2005). *Tesis para optar al título de cirujano general - complicaciones de herna incisional 2001-2004*. Leon: UNAN.
- Dr Lincoln et al. (s.f.). *Hernia Incisional. revision bibliografica, nuestra opinion*.
- Gasise L & Cardona J. (2002). *tesis de Hernia Incisional*. Honduras: Nuestra Opinion Hondureña.
- Gasise L & Cardona J. (2002). *tesis de Hernia Incisional*. Honduras: Nuestra Opinion Hondureña.
- Gasise O. (2009). *Primera catedra de clinica quirurgica*. disponible en <http://www.paciolo.iics.una.py/pdfanales42n2v4n2a03.pdf>.
- Gasise, L. &. (2002). *tesis de Hernia Incisional*. Honduras: Nuestra Opinion Hondureña.
- J., H. M. (2 de abril-junio de 2009). *las America-Mexico*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfsendoscoce2009ce2d.pdf>
- Londoño J & Morales A. (2011). *Revision clinica Chilena*. http://www.researchgate.net/profile/Miguel_Angel_Garcia.
- Luis, B. (febrero 2006). *Tesis de Hernia Incisionla*. Colombia: Universidad de Colombia.
- Manual. (2010). manual de medicina y cirugía. En MINSA. Managua: 8va edicion .
- Schulz, M. (2003). *Hernia Incisional en el Hospital Clinico Regional de Valdivia. Universidad Austral de Chile*.

ANEXOS

ANEXOS.1

Imagen 1:

FICHA TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

Número de expediente clínico: _____

Edad: _____

Sexo: masculino ___ Femenino: ___

Ocupación.

Ama de casa: _____ Estudiante: _____ Profesional: _____

Obrero no profesional: _____ Otros: _____

Especificar: _____

Índice De Masa Corporal:

Desnutrición: _____ Eutrófico: _____ Sobrepeso: ___ Obesidad I: _____

Obesidad II: _____ Obesidad Mórbida: _____

Hábitos Tóxicos

Tabaquismo: ___ No reportados: -----

Tipos De Cirugías previas:

Laparotomía exploratoria: _____ Hernia Umbilical: _____ Hernia inguinal:

Infecciones reportadas en cirugías previas: si _____ No _____

Tiempo Quirúrgico de cirugías previas

Menos de 30 minutos: _____ de 30 – 59 min: _____ 60 - más minutos: _____

Estancia Hospitalaria

1-2 días: _____ 3-4 días: _____ 5 - más días: _____

Técnica empleada por el cirujano: _____

Insumos Médicos Usados En La Cirugía.

Malla quirúrgica: _____ Hilo quirúrgico: _____ otros: _____

Anexos.2: Tablas

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18	1	1,96%
19	1	1,96%
20	3	5,88%
22	2	3,92%
23	1	1,96%
24	1	1,96%
25	1	1,96%
29	3	5,88%
30	2	3,92%
32	1	1,96%
35	3	5,88%
37	1	1,96%
38	3	5,88%
39	1	1,96%
40	14	27,45%
42	1	1,96%
45	1	1,96%
50	1	1,96%
56	1	1,96%
57	1	1,96%
58	1	1,96%
59	1	1,96%
60	2	3,92%
64	1	1,96%
66	1	1,96%
70	1	1,96%
75	1	1,96%
Total	51	100,00%

Tabla.1
Edad de pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18-30	15	29,41%
31-40	23	45,09%
41-50	3	5,88%
51-60	6	11,76%
61 a mas	4	7,84%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.2
Sexo de pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	28	54,90%
MUJER	23	45,10%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.3
Ocupación de pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	19	37,25%
ESTUDIANTE	4	7,84%
OBRERO NO PROFESIONAL	18	35,29%
OTROS	9	17,64%
PROFESIONAL	1	1,96%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.4
Técnica quirúrgica empleada por el cirujano en pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

TECNICA EMPLEADA POR CIRUJANO	Frecuencia	Porcentaje
NO REPORTADA	1	1,96%
HERNIOPLASTIA	50	98,04%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.5
Índice de masa corporal de pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

IMC	Frecuencia	Porcentaje
DESNUTRICION	6	11,76%
EUTROFICO	6	11,76%
OBESIDAD I	12	23,53%
OBESIDAD MORBIDA	4	7,84%
SOBRE PESO	23	45,09%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.6
Hábitos tóxicos en pacientes ingresados por hernia incisional HECAM

HABITOS TOXICOS	Frecuencia	Porcentaje
TABAQUISMO	23	45,09%
NO REPORTAN	28	54,90%
Total	51	100%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.7
Tipos de cirugías previas en pacientes ingresados por hernia incisional
HECAM

TIPOS DE CIRUGIAS	Frecuencia	Porcentaje
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	29	56,86%
HERNIA INGUINAL	14	27,45%
UMBILICAL	8	15.6%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.8
Tiempo quirúrgico cirugías previas de pacientes ingresados por hernia
incisional HECAM

TIEMPO QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
DE 30 A 59 MINUTOS	33	64,71%
MENOS DE 30 MINUTOS	18	35,29%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.9
Estancia hospitalaria de cirugías previas en pacientes ingresados por hernia
incisional HECAM

ESTANCIA HOSPITALARIA	Frecuencia	Porcentaje
1-2 DIAS	14	27.45,06%
3-4 DIAS	27	52,09%
5 A MAS DIAS	10	19.60%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión

Tabla.10
Insumos médicos usados en cirugías previas en pacientes ingresados
por hernias incisionales

HECAM

INSUMOS MEDICOS USADOS	Frecuencia	Porcentaje
HILO QUIRURGICO	46	90.20%
MALLA QUIRURGICA	5	9.8%
Total	51	100,00%

Fuente: ficha de revisión