

97
Ej.

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.

"HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO S. S. ESTUDIO
PROSPECTIVO EN ETAPA IV"

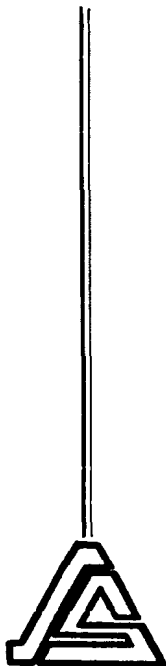
TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A:
DR. MARTIN OMAR VALENCIA VALENCIA

ASESOR DE TESIS:

Dr. Ramón Vázquez Ortega
DIRECTOR MEDICO DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION	15
FECHA DE INICIO Y TERMINACION	18
AREA DE INVESTIGACION	18
TIPO DE INVESTIGACION	18
DEFINICION DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS	20
DEFINICION DEL UNIVERSO	20
DISEÑO EXPERIMENTAL	21
ALGORITMO	22
ETAPAS DE ESTUDIO	23
ANALISIS DE RESULTADOS	24
RESULTADOS	24
CONCLUSIONES	41
COMENTARIOS	49
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXO	56

INTRODUCCION

ANTECEDENTES:

La frecuencia de los diferentes tipos de Hernia se encuentra reportada en la población general variando de un 3 a un 20% y de ellos, un 90% corresponde a Hernias Inguinales (1)

Siendo la cirugía más frecuente dentro de la estadística de la Cirugía General las operaciones de Hernias. Según los datos del American College of Surgeons en 1989 se practicaron 537,000 plastias inguinales. En nuestro país no existen cifras similares, pero en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, la cirugía de la pared abdominal representó el 26.27% de todas las operaciones y de este porcentaje el 36.72% correspondió a plastias inguinales.

El tratamiento moderno de la HERNIA INGUINAL se inicia con el trabajo de EDUARDO BASSINI, cirujano italiano que describe en 1890, su técnica antómica y publica un trabajo con 262 operaciones en la revista alemana "Archive für Clinische Chirurgie", la técnica de Bassini es la básica y se puede afirmar, que todas las demás son variantes de ésta (34). A lo largo del tiempo han ido surgiendo diversas controversias. Los norteamericanos impulsan la idea de que un tal Marcy en 1871 publicó dos casos de plastia inguinal tratadas con éxito en ese año, con una técnica poco clara. Pero además se sabe que la serie de Bassini tuvo una recurrencia de 2.7% que hasta la fecha permanece como una de las mejores (3). El alemán Wolfier usó la incisión relajante anterior en 1892, y para 1962 Tanner y Mc Vay enfatizan el valor de dicha incisión, la

cual disminuye el riesgo de recidivas (5,12). En Europa los cirujanos Alemanes plantean el uso de materiales de refuerzo en los casos de recurrencia, como los injertos de piel y los de fascia lata. En la década de los 50's, se introducen las --
mallas de alambre de Tantalio (Surgaldid) y posteriormente --
los materiales plasticos (8,9,10 y 14). Shouldice en Toronto Canadá, fúnda una clinica dedicada totalmente a la atención --
de las hernias. Desarrolla una técnica basada en la de Bassi--
ni (34) y presenta una serie de 50.500 casos, reunidos entre --
1945 y 1975. La recurrencia reportada por su clinica es de --
0.7% y los trabajos procedentes de este lugar son quizá ac--
tualmente los de mayor autoridad internacional (3,4 y 6).

La hernia inguinal se ha operado bajo anestesia general, raqui--
anestesia, bloqueo peridural y anestesia local. Estos --
últimos cayeron en el abandono ante la comodidad de disponer --
anestesiólogos y camas de hospital. Sin embargo, las presio--
nes económicas actuales han tenido por efecto, que en todas --
partes resurja el interés por la anestesia local, aunada a la --
estancia corta intrahospitalaria, con diversos nombres tales --
como, cirugía del paciente ambulatorio, cirugía de corta es--
tancia, etc.. Los reportes de Shouldice indican que no hay --
incremento de recidivas entre los así tratados, ni tampoco --
cuando el cirujano es de base o residente.

En el presente, la forma de reportar las operaciones en --
el Hospital General de Mexico es anárquica. En su mayoría los --
cirujanos reportan como operación realizada, plastia inguinal --
sin asignarle ninguna técnica a su operación. A veces repor--

las técnicas de Mac Vay, pero lo que realmente es diferente en cada caso porque interpreta cada quien de manera distinta -- la técnica original de Mc Vay.

Fue tanto a pesar del tiempo transcurrido y de la gran -- frecuencia en nuestra práctica quirúrgica de plastias ingui-- nales, no podemos dar respuesta en el Hospital General de Me-- xico a numerosas interrogantes, que son importantes no solo -- desde el punto de vista académico sino desde el punto de vis-- ta práctico y económico, tales como las siguientes:

¿ Cuales son las mejores suturas ?, ¿ Que influencia tiene -- sobre los casos, el que éstos sean operados por personal de -- base o por residentes ?, ¿ Es mejor operar bilateralmente en un solo tiempo o en dos tiempos ?, ¿ Que importancia tiene la edad ?, ¿ Hay diferencias entre los operados con anestesia -- local o general ?, ¿ Importan las diversas técnicas en el re-- sultado final, Bassini, Mc Vay, Shouldice, etc. ?, ¿ Que im-- portancia tienen las operaciones simultaneas ?, ¿ Cual es el costo actual por enfermo ?.

FECHA DE INICIO Y TERMINACION

El presente estudio se inició el 10 de marzo de 1990 y se concluyó, para fines de esta tesis parcial el 31 de Diciembre de 1990.

AREA DE INVESTIGACION

Clinico Terapéutica.

TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es:

- 1) Prospectivo.
- 2) Longitudinal.
- 3) Observacional.
- 4) Descriptivo.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante el año de 1986, se registraron en la computadora del pabellon 307, la cantidad de 192 plastias inguinales. De éstas, se tomaron al azar 100 registros y se extrajeron del archivo central del hospital. Estos se revisaron cuidadosa---

ente. Se demostró que solo 2 tuvieron seguimiento a largo plazo porque hubo complicaciones postoperatorias, dos por absceso y una por recidiva. En cuanto a los demás intervenidos, no se encontraron datos adecuados para resolver la incógnita. En base a lo anterior, concluimos que en el presente, no se puede conocer con certeza los resultados que se obtienen en el Hospital General de México, en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal.

HIPOTESIS

Por el número relativamente pequeño de recidivas que se reciben en el Hospital, creemos que las hernioplastias tienen resultados buenos, comparables a los de la literatura internacional. Pero también creemos que este estudio permitirá descubrir muchos errores y causas de recidiva, imputables a nuestros actuales procedimientos. Nos permitirá además, disponer de estadísticas importantes y confiables a nivel internacional y nacional, lo que nos facilitará ofrecer mejores soluciones. Y así mismo contar con un mejor control de nuestro Hospital en lo referente a la hernia inguinal bilateral, valorando prospectivamente si es mejor la cirugía en un tiempo o en tiempos diferidos.

OBJETIVOS

- 1) Estandarizar la terminología y el contenido de los expedientes clínicos.
- 2) Crear un instrumento fidedigno y práctico para la estadística y el seguimiento de los enfermos postoperados de plastia inguinal.
- 3) Estudiar los resultados y deducir conductas de mejoramiento.
- 4) Tesis para recibir el título de la especialización en Cirugía General.
- 5) Publicar en las mejores revistas quirúrgicas, las diversas modalidades del estudio.
- 6) Colaborar y crear un clima necesario, para que otros médicos del Hospital se interesen en desarrollar procedimientos similares en otras áreas de la cirugía.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Se incluyeron en el presente estudio todos los enfermos con diversos tipos de hernia inguinal, que fueron operados en forma electiva de plastia inguinal, en la división de Cirugía General del Hospital General de México, durante el periodo comprendido del 1o de marzo de 1990 al 31 de Diciembre de 1990, siendo 90 enfermos. Además se incluyeron en el estu---

de los 454 enfermos que ya fueron reportados hasta el momento inicial del presente estudio. Escluyendo del estudio los enfermos operados de plastia inguinal por una situacion de emergencia como encarceración o estrangulamiento. Asi como aquellos con hernias inguinales bilaterales recidivantes.

DISEÑO EXPERIMENTAL

En el presente estudio, se formó un grupo abierto de enfermos postoperados de plastia inguinal el cual, se integro de la forma comentada previamente en la definicion del Universo. El procedimiento de integración se realizó por los médicos residentes: DR. MARTIN OMAR VALENCIA VALENCIA RIII CG., DR. OCTAVIO DIAZ PADILLA RII CG., DR. LAUREANO MARTINEZ PECHARD RI CG., los cuales entrevistaron a los enfermos y llenaron el cuestionario hecho para el presente estudio (anexo I)

Asi mismo la primera etapa del presente estudio estuvo a cargo del DR. RICARDO FERREROS NEBRERO, la segunda a cargo del DR. FRANCISCO ALCANTARA MARTINEZ y la tercera le correspondió al DR. GERARDO RAFAEL MANUELL LEE.

El procedimiento de integración se realizó mediante el siguiente algoritmo:

A L G O R I T M O

Visita preoperatoria por el residente	Llenado de la hoja pre-establecida.....	Visita postoperatoria por el residente.
	.	.
	.	.
	.	.
	Ficha de identificación.	Revisión clínica, recabar datos sobre técnica, suturas, etc. .
	.	.
	.	.
	.	.
	Sensibilización	.
	.	.
	.	.
	Dar primera cita de seguimiento verbalmente y anotar en carnet.	Citas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de postoperatorio.
	.	.

	.	.
	Computadora:	.
	Almacenamiento de la información.	.

ETAPAS DEL ESTUDIO

El presente estudio se inició en marzo de 1990, al dar inicio la 4a etapa del estudio, teniendo como marco de referencia las 3 etapas anteriores que correspondieron en la primera etapa un total de 333 enfermos y la segunda etapa un total de 197 enfermos y a la 3a. 166 enfermos, todos ellos captados con las tarjetas de recolección especialmente diseñadas para esto (ver anexo 1), y en base a la información contenida en los expedientes.

El estudio prospectivo se inició del 1o de marzo de 1990 al 31 de diciembre del mismo año, bajo el título de Hernia -- Inguinal en el Hospital General de México, estudio prospectivo en etapa IV. Recomendaciones: Inició con la primera visita preoperatoria del enfermo, el día previo a su intervención, -- dicha visita fué hecha por los médicos residentes encargados del estudio, con la finalidad de conocer el estado del enfermo, sensibilizarlo de la necesidad y utilidad del estudio, -- hacerlo sentir que su colaboración será necesaria y valiosa, -- captarlo para el estudio mediante el llenado de la tarjeta de recolección de datos disponibles en ese momento. La segunda -- visita del enfermo se realizó en el postoperatorio inmediato, valorando el estado general y estado postquirúrgico, conti-- nuando con el llenado de la tarjeta de recolección de datos, -- obteniéndolos del expediente, hoja quirúrgica y datos proporcionados por el mismo enfermo. Se indicó verbalmente y se dejó constancia por escrito en su carnet de citas, la fecha de su primer cita de seguimiento.

Durante su primera visita de seguimiento se revisó al -- enfermo en forma integral, poniendo mayor atención en la hernia inguinal que fué intervenida para así detectar recidiva u otras complicaciones, asimismo, se llenaron los datos de la tarjeta de recolección que no se conocieran hasta ese momento, se anotó en el carnet la segunda cita de seguimiento, almacenando en la computadora los datos obtenidos; en las visitas y citas subsiguientes se continuó con la misma metodología.

La información recopilada en la tarjeta de recolección de datos fué almacenada en la computadora Denkí Corona PC de la División de Cirugía General, la cual fué alimentada mensualmente el mismo día de las revisiones de seguimiento.

ANALISIS DE DATOS

Los datos de cada caso se vertirán en la tarjeta de recolección de datos, su contenido se concentrará mensualmente en la oficina de cómputo del pabellón 19, Unidad de Cirugía General 307. Se utilizará el programa Shymphony.

RESULTADOS

En el análisis de los resultados, se tomaron en cuenta los 80 enfermos postoperados de plastia inguinal, asimismo se hace referencia a los 696 enfermos reportados desde la primera etapa del estudio registrados en la computadora de la Di--

ción de Cirugía General del Hospital General de México.

EDAD

El enfermo de menor edad registrado fue de 12 años de -- sexo masculino y el de mayor edad fue de 83 años del sexo --- masculino. El promedio de edad fue de 40.5 años de edad tanto para el sexo masculino como femenino, lo cual es muy similar a los datos reportados por Paredes en 1987 y Hanuelli en 1989, promedio para el sexo masculino 45 años y para el femenino 40 años. La tabla con los datos anteriores se encuentra en la -- pagina siguiente.

SEXO

Del total de los casos registrados 54 casos correspon--- dieron al sexo masculino y 26 al femenino.

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR GRUPOS DE EDAD

El promedio de edad de los enfermos de este estudio, es de 40.5 años. El grupo de edad de mayor número de enfermos -- fué de 20 a 29 años con 15 enfermos que corresponde a un porcentaje de 18.75%. Paredes y Manuel reportan el mismo grupo de edad en 1987 y 1989 respectivamente con un 19.69% Paredes y un 18.07% Manuel. El número de enfermos se reduce en los -- extremos de la vida, con la aclaración que en el estudio no -- se incluyeron enfermos en edades pediátricas por las condi--- ciones del hospital y del diseño experimental; así mismo de -- más de 80 años tenemos 2 casos que corresponde al 2.50%, cin-- que aumento despues de haber tenido 0% previamente, el grueso de enfermos se agrupan de 20 a 69 años con el 77.50%.

GRUPO DE EDAD (años)	# DE ENFERMOS	PORCENTAJE
0 a 9	0	0.00%
10 a 19	7	8.75%
20 a 29	15	18.75%
30 a 39	7	8.75%
40 a 49	13	16.25%
50 a 59	14	17.50%
60 a 69	13	16.25%
70 a 79	9	11.25%
80 a 89	2	2.50%
90 a 99	0	0.00%
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	80	100.00%

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR GRUPOS DE EDAD
EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS 87,89 y 90.

Se presentan los resultados del Dr. Ricardo Paredes en 1987, Gerardo Manuelli en 1989 y las obtonidas en el presente estudio para así apreciar el comportamiento en los tres estudios en cuanto a la distribución por grupo de edad.

GRUPO DE EDAD (años)	% PAREDES	% MANUELL	% VALENCIA
0 a 9	0.30	0.00	0.00
10 a 19	7.57	14.45	8.75
20 a 29	19.69	18.07	18.75
30 a 39	17.57	16.26	8.75
40 a 49	16.96	16.26	16.25
50 a 59	12.42	15.06	17.50
60 a 69	12.12	10.24	16.25
70 a 79	10.90	9.63	11.25
80 a 89	2.12	0.00	2.50
90 a 99	0.30	0.00	0.00
	99.94%	99.97%	100.00%

MODO DE APARICION

De los factores mencionados por el enfermo como responsable de su hernia tenemos en primer lugar de frecuencia al rubro "no sabe", con 70,50% con 58 casos y posteriormente al "postesfuerzo" con 22 casos que corresponde a un 27,50%, la mayoría de los enfermos captados como "no sabe" refirieron que la hernia apareció sin factor causal aparente.

MODO DE APARICION	# DE ENFERMOS	PORCENTAJE
POSTESFUERZO	22	27,75%
E P O C	0	0,00%
PROSTATISMO	0	0,00%
ESTREÑIMIENTO	0	0,00%
NO SABE	58	72,50%

MODO DE APARICION EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA

Al consignar los datos de la primera etapa se aprecia que en la primera etapa se presentó en un porcentaje menor el porcentaje de enfermos que refirieron que la hernia había aparecido sin causa aparente, en un porcentaje mayor en la tercera etapa y aumentando aun en esta cuarta etapa, como puede observarse en la siguiente página.

MODO DE APARICION EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS

MODO DE APARICION	% PAREDES	% MANUELL	% VALENCIA
POSTESFUERZO	65.14	41.75	27.50
E P O C	0.97	0.06	0.00
PROSTATISMO	1.62	0.06	0.00
ESTREAJIMIENTO	0.00	0.06	0.00
NO SABE	26.06	55.17	72.50

MODO DE APARICION POSTESFUERZO

De los enfermos con modo de aparicion postesfuerzo, la ocupación más frecuente fue la del hogar con 14 casos, lo que corresponde al 17.50%, seguido por el rubro de empleado y campesino, otra ocupación diferente a las descritas en la tarjeta de recolección de datos correspondiendoles un 40%.

OCUPACION DE LOS ENFERMOS CON HERNIA INGUINAL

Los enfermos registrados por su ocupación fueron 80, de los cuales 32 casos (40.00%) se dedicaba a las labores no consignadas, ocupandose un gran número de ellos en el comercio, motivo por el cual pudieron estar relacionados con esfuerzos físicos frecuentes. En segundo termino tenemos 14 enfermos (17.50%) dedicados a el hogar, ocupando el tercer lugar los empleados y campesinos con 12 casos cada rubro, correspondiendo (15.00% c/u).

de las personas que las ocasionaron, que son generos y no necesariamente están sometidos a grandes esfuerzos, se presentaron en dos casos (2.5%).

OCUPACION	# DE ENFERMOS	PORCENTAJE
HOGAR	14	17.5
VARIAS	32	40.0
EMPLEADO	12	15.0
CAMPESINO	12	15.0
ORRERO	4	5.0
ALBAÑIL	2	2.5
ESTIBADOR	2	2.5
PROFESIONISTA	2	2.5
	<hr/>	<hr/>
	80	100

OCUPACION DE LOS ENFERMOS REGISTRADOS EN
 EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ENFERMIA

OCUPACION	% PAREDES	% BANUELO	% VALENCIA
HOGAR	32.39	35.11	17.00
VARIAS	30.31	19.08	40.00
EMPLEADO	3.70	14.50	15.00
CAMPESINO	12.76	12.97	15.00
OBrero	4.99	10.68	5.00
ALBAÑIL	4.36	6.10	2.50
ESTIRADOR	1.24	1.52	2.50
PROFESIONISTA	2.49	0.00	2.50
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	99.97	99.96	100.00

TIEMPO DE EVOLUCION

Los enfermos registrados por tiempo de evolución de hernia inguinal son 80, de los cuales 26 tuvieron una evolución de menos de un año que corresponde a un porcentaje de 32.5%, - 23 enfermos una evolución de 1 a 4 años, con un porcentaje de 28.75%, 13 enfermos tuvieron una evolución mayor de 10 años, - en este rubro el porcentaje fué de 16.25%.

TIEMPO DE EVOLUCION (años)	N DE ENFERMOS	FORCENTAJE
0 a 1	26	32.50
1 a 4	23	28.75
5 a 10	13	16.25
Más de 10	13	16.25
	<hr/>	<hr/>
	75	100.00

TIEMPO DE EVOLUCION EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS

TIEMPO DE EVOLUCION	% PAREDES	% MANUEL	% VALENCIA
Menos de 1 año	40.92	42.57	32.50
1 a 4	33.53	33.78	28.75
5 a 10	16.61	10.13	16.25
Más de 10	8.92	13.51	16.25
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	99.98	99.95	100.00

CIRUJANO QUE EJECUTO LA CIRUGIA

De 80 casos, el cirujano ejecutor correspondió en 66 --- ocasiones a médicos residentes, lo que corresponde a un 82.75 por ciento, 14 casos por médicos de base que corresponde a un 17.50%.

CIRUJANO	# ENFERMOS	PORCENTAJE
RESIDENTE	66	82.5
MEDICO DE BASE	14	17.5
	<hr/>	<hr/>
	80	100.00

CIRUJANO QUE EJECUTO LA TECNICA
EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPA

CIRUJANO	PAREDES 1987	MANUEL 1989	VALENCIA 1990
RESIDENTE	84.61%	90.26%	82.50%
MEDICO DE BASE	15.38%	9.76%	17.50%

CLASE DE HERNIA INGUINAL
DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE
DE HERNIA INGUINAL

CLASE DE HERNIA	SEXO MASC.	SEXO FEM.	TOTAL
Indirecta Izquierda	16	6	22
Directa Izquierda	6	3	9
Indirecta Recidivante Izq.	0	2	2
Directa Recidivante Izq.	1	0	1
Indirecta Derecha	14	7	21
Directa Derecha	9	4	13
Indirecta Recidivante Der.	1	1	2
Directa Recidivante Der.	2	0	2
Indirecta Bilateral	2	0	2
Directa Bilateral	0	1	1
Inguinal y Umbilical	0	0	0
Crural Derecha	1	3	4
Crural Derecha Recidivante	0	0	0
Crural Izquierda	0	1	1
Crural Izquierda Recidivante	0	0	0
Crural Bilateral	0	0	0
Recidivante Bilateral	0	0	0

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE DE HERNIA
 INGUINAL EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS

CLASE DE HERNIA	PAREDES	MANUELL	VALENCIA
Indirecta Izquierda	25.07%	26.60%	27.50%
Directa Izquierda	7.30%	10.79%	11.25%
Indirecta Recidivante Izq.	1.25%	5.01%	2.50%
Directa Recidivante Izq.	1.58%	0.71%	1.25%
Indirecta Derecha	35.23%	28.07%	26.25%
Directa Derecha	12.69%	12.94%	16.25%
Indirecta Recidivante Der.	0.95%	12.94%	2.50%
Directa Recidivante Der.	2.53%	1.43%	2.50%
Indirecta Bilateral	4.12%	2.87%	2.50%
Directa Bilateral	2.22%	0.00%	1.25%
Crural Derecha	3.80%	5.03%	5.00%
Crural Derecha Recidivante	0.00%	0.71%	0.00%
Crural Izquierda	4.76%	2.15%	1.25%
Crural Izq. Recidivante	0.31%	0.00%	0.00%
Crural Bilateral	0.00%	0.00%	0.00%
Recidivante Bilateral	0.00%	0.00%	0.00%
Inguinal y Umbilical	?	2.15%	0.00%
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	100%	100%	100%

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO
A CLASE DE HERNIA Y SEXO

DE 80 casos se reportó para el sexo femenino un total de 28 casos y para el sexo masculino un total de 52. Predomina en el sexo femenino las hernias indirectas con un total de 16 casos (46.42%) y en el masculino también las indirectas con un total de 33 casos que correspondió a 68.67%.

CLASE DE HERNIA	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Indirectas	16	57.14	33	63.46
Directas	8	28.57	18	34.60
Crurales	4	14.28	1	1.92
TOTAL	28	99.99	52	99.98

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE DE HERNIA
Y SEXO EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS
(PORCENTAJES)

CLASE DE HERNIA	PAREDES		MANUEL		VALENCIA	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Indirectas	77.77	52.06	68.67	61.53	63.46	57.14
Directas	21.13	26.44	27.71	23.07	34.60	28.57
Crurales	1.00	21.48	3.61	15.38	1.92	14.28
TOTALES	97.93	99.98	99.98	99.99	99.98	99.99

RELACION DE LA CLASE DE HERNIA CON LA TECNICA EMPLEADA

CLASE DE HERNIA:	TIPO DE PLASTIA:					
	a	b	c	d	e	f
INDIRECTA IZQUIERDA	4	7	8	2	0	1
DIRECTA IZQUIERDA	0	2	7	0	0	0
INDIRECTA RECIDIVANTE	0	1	0	0	0	0
DIRECTA RECID. DER.	0	0	1	0	0	0
INDIRECTA DERECHA	5	8	2	2	0	4
DIRECTA DERECHA	2	2	4	0	1	2
IND. REC. DERECHA	0	0	2	0	0	0
DIR. REC. DERECHA	0	1	1	0	0	0
INDIRECTA BILATERAL	0	1	1	0	0	0
DIRECTA BILATERAL	1	0	0	0	0	0
INGUINAL Y UMBILICAL	0	0	0	0	0	0
CRURAL DERECHA	0	0	3	1	0	0
CRURAL DERECHA REC.	0	0	0	0	0	0
CRURAL IZQUIERDA	0	0	1	0	0	0
CRURAL IZQUIERDA REC.	0	0	0	0	0	0
CRURAL BILATERAL	0	0	0	0	0	0
RECIDIVANTE BILATERAL	0	0	0	0	0	0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	12	22	30	5	1	7

EQUIVALENCIAS:

- a) Bassini, b) Mc Vay, c) Tec. Hospital General.
 d) Marcy, e) Shouldice, f) Otras.

TECNICAS EMPLEADAS PARA LA PLASTIA INGUINAL

La técnica más empleada fue la de Hospital General con un 38.96% con 30 casos, seguida de la técnica de Mc Vay con 28.57% con 22 casos y la técnica de Bassini en tercer lugar con un 15.58% con 12 casos.

TIPO DE PLASTIA	# DE ENFERMOS	%
MARCY	5	6.49
BASSINI	12	15.58
MC VAY	22	28.57
HOSPITAL GENERAL	30	38.96
SHOULDICE	1	1.29
OTRAS	7	9.09
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	77	100.00

SUTURA EMPLEADA

La sutura más empleada fue las seda con un 65.478%, seguida por el nylon con el 22.57% y en tercer termino el daxon y vicryl cada uno con un 5.63%.

TIPO DE SUTURA	# DE ENFERMOS	%
Seda	46	65.78
Nylon	16	22.57
Alambre	1	1.40
Daxon	4	5.63
Vicryl	4	5.63
Catgut	0	0.00
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	71	100.00

SUTURA EMPLEADA EN LA PRIMITIVA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS

MATERIAL DE SUTURA	BARCELON	MANUEL	VALENCIA
GEDA	91.44%	82.07%	64.78%
NYLON	2.22%	10.70%	22.57%
DEXON	1.85%	1.53%	5.63%
VICRYL	0.37%	0.00%	5.63%
ALAMBRE	0.74%	1.53%	1.40%
CATGUT	1.48%	0.00%	0.00%

CALIBRE DE LAS SUTURAS

De las suturas más empleadas el calibre que más frecuentemente se utilizó fue del cero con un total de 59 casos (84.28%), seguida por el calibre dos ceros con 7 casos (10.00%).

CALIBRE	# DE ENFERMOS	%
000	0	0.00
00	7	10.00
0	59	84.28
1	4	5.71
2	0	0.00

CALIBRE DE LAS SUTURAS EN LA PRIMERA, TERCERA Y CUARTA ETAPAS

CALIBRE	PAREDES	MANUELL	VALENCIA
000	4.08%	1.53%	0.00%
00	17.47%	6.15%	10.00%
0	71.37%	63.07%	84.28%
1	6.69%	29.23%	5.71%
2	0.37%	0.00%	0.00%

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

No se encuentra registro en ninguna tarjeta sobre dicho dato, por lo que en este periodo probablemente no haya existido ninguna complicación, tomando en cuenta además que durante el periodo pasado la morbilidad fue de solo el 6.01%.

DEAMBULACION POSTOPERATORIA

Este dato fue conocido en 11 casos solamente, encontrando que el 72.72% deambularon en las primeras 24 horas.

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE LOS ENFERMOS

Durante esta fase el seguimiento de los enfermos fue muy bajo, menor del 10%, consideramos que todo fue ocasionado por los varios meses en que permanecieron cerrados los quirófanos centrales, provocando descontrol en el seguimiento de los pacientes y en el número de casos operados.

C O N C L U S I O N E S

EDAD: Los enfermos con menor y mayor edad de nuestra serie 12 años y 83 años respectivamente. El promedio de edad -- fue de 42.5 años, el cual es 10 años menor con respecto a --- otras series publicadas que lo reportan de 52, 54, 56 y 60 -- años (2,4,12,22 y 27) y similar al reportado en la primera y tercera fase de nuestro estudio, no existiendo diferencia con respecto al sexo, y demostrándose que la mayor frecuencia se encontró entre los 20 a los 60 años de edad, correspondiendo a estos grupos el 77.5% de los pacientes, con discreto predominio entre los 20 y 29 años con el 18.75%, similar al encontrado por el Dr. Paredes y Dr. Manuel en años anteriores.

SEXO: En nuestra serie y en todas las series de Hernia -- Inguinal es más frecuente en el hombre que en la mujer, se -- han publicado relaciones de 5:1 y hasta de 13:1, en nuestra -- serie se presentaron 52 (67.53%) hombres y 32.46% de mujeres, con un relacion de 2:1, porcentaje que aumento a favor de los hombres en relación a etapas previas del mismo protocolo, --- donde la relación era de 1 a 1.5. En el hombre predominó la -- hernia inguinal indirecta izquierda, derecha y crural, (ver -- tabla de distribución de enfermos de acuerdo a la clase de -- hernia inguinal y sexo). Se dice, toda hernia inguinal por -- arriba del ligamento de Poupert o inguinal en mujer es indi-- recta hasta no demostrar lo contrario. (1,2,4,22,23,29,30 y -- 31).

MODO DE APARICION

Algunos enfermos fueron capaces de atribuir a algunas -- causas el desencadenamiento directo de su patologia; en nuestra serie, encontramos un amplio rubro denominado "no sabe", -- que corresponde a todos aquellos casos en los cuales el enfermo negó conocer alguna causa desencadenante de su hernia, -- ocupando el primer lugar con el 72.50% de los casos, seguido por el rubro postesfuerzo con el 27.5%. Deduciendo que la -- primera causa conocida fue el postesfuerzo, similar a los datos del Dr. Paredes y Dr. Manuell.

TIEMPO DE EVOLUCION

En nuestra serie el grupo de enfermos con evolución menor de un año fue el más numeroso con el 32.5% seguido por el grupo de 1 a 4 años con el 28.75%, datos similares a los registrados en las etapas anteriores. Se ha publicado que no es trascendental el tiempo de la evolución de la hernia, tanto para la morbilidad como para el índice de recurrencia (27). -- Considero que fue notorio el mayor tamaño de estas conforme -- aumentaba el tiempo de evolución, y además el daño a las estructuras del canal inguinal, lo que influye en el tipo de -- reparación que se requirió.

CIRUGIA QUE EJECUTO LA CIRUGIA

En este estudio el mayor número de plastias inguinales fueron ejecutadas por residentes, correspondiendo a ellos el 92.5% del total de casos y solo un 7.5% para los medicos de base. Lo anterior es bueno desde el punto de vista de la enseñanza, pero también es de hacer notar que el año antepasado el Dr. Alcantara demostró que la mayoría de los casos de las recidivas correspondían a cirugias realizadas por residentes de primer año en su primer cuatrimestre de entrenamiento. Por lo que es evidente que los residentes de primer año en sus primeras fases de entrenamiento deben ser cuidadosamente supervisados, pues es cuando encontramos el mayor porcentaje de recidivas, debiendose seleccionar adecuadamente los casos para residentes de primer año, no permitiendo que realicen cirugias de alto grado de dificultad como son las hernias recidivantes, las crurales y/o cirugias de pacientes mayores de 50 años los cuales tienen otras patologias asociadas. Pues existe un acuerdo mundial que cuando existe mas experiencia tanto institucional como individual, la recidiva disminuye notablemente. En algunas citas bibliográficas vemos que existe controversia de en que momento permitir a los residentes desarrollar una técnica de plastia inguinal, considerando algunos autores un tiempo adecuado hasta despues de 3 a 6 meses de que el residente ha participado como primer ayudante en estas cirugias, pues se menciona que un cirujano que ha ope-

reda menos de 6 hernias el índice de recidiva corresponde a 9.6%, mientras que después de 21 plásticas desciende a 2.5% (1,2,3,24,29,30 y 37).

TIPO MAS FRECUENTE DE HERNIA INGUINAL

La hernia inguinal más frecuente fue la indirecta con 49 casos (61.25%), seguida por las directas con 26 casos (32.5%) encontrando que las crurales son más frecuentes en la mujer, representando el 14.28% del total de las hernias en el sexo femenino.

Las cifras antes mencionadas, son similares a las reportadas en las 2 primeras fases del estudio.

TECNICAS EMPLEADAS EN LA PLASTIA

Aún no existe un acuerdo en la actualidad acerca de que tipo de técnica utilizar para reparar determinada clase de hernia. En nuestra serie la técnica más empleada fue aquella en la que se aplican dos planos de sutura en la pared posterior de la región inguinal, con el primero se disminuye el calibre del orificio inguinal profundo aproximando la fascia transversalis, con el segundo plano se aproxima el tendón conjunto con el ligamento inguinal, conociéndose esta técnica con el nombre de Hospital General, contando con 30 casos (38.46%), en segundo lugar la de Mc Vay con 22 casos (28.20%), quedando en tercer lugar la técnica de Bassini con 12 casos (15.38%).

Los datos anteriores nos demuestran que está cambiando

al criterio de uso de las diferentes técnicas, pues en la etapa del Dr. Baredes la técnica más usada fue la de McVay; en la del Dr. Hummel la de Bassini.

Por lo anterior podemos deducir que se está llevando a cabo un mejor uso y aplicación de las diversas técnicas, pues sabemos que en términos generales para hernias indirectas las técnicas más comunes son Marcy, Bassini y Hospital General, y en cambio para hernias directas se debe usar McVay y Shouldice.

Es importante hacer notar que el manejo de una hernia inguinal deberá individualizarse y el utilizar un solo tipo de técnica para todos los tipos de hernia inguinal es un grave error, por lo que es necesario que el cirujano domine varias técnicas contando así su versatilidad para el manejo de este padecimiento. (1,2,3,4,5,6,15,18,19,22,23,27,29,30,31,33).

DEAMBULACION POSTOPERATORIA

En nuestra serie, la mayoría de los enfermos deambularon dentro de las primeras 24 hrs. de postoperatorio, correspondiendo a un 72.72%. En la literatura se refiere que la deambulación precoz no aumenta la morbilidad, ni el riesgo de recidiva. (1,2,3,6,7,22,23,30,31 y 33).

MATERIAL DE SUTURA

En nuestra serie el material de sutura más frecuentemente empleado fue la seda con un 64.78% de los casos, predominando el uso de seda calibre del 0 (84.28%), no encontrando -

una incidencia tan alta de rechazo del material de sutura como se reporta en la literatura, teniendo en nuestro estudio - un rechazo menor del 1%.

El nylon se utilizó en el 22.57% de los casos, cifra que es cada vez mayor en relación con fases previas, pues en la primera etapa fue del 2.23% y en la segunda del 10.76%, esto probablemente debido a que en la literatura se insiste mucho en que se debe utilizar este tipo de material en la reparación de esta patología; así como también a que cada día se cuenta con mejores materiales de sutura dentro de nuestro hospital - gracias a los programas de actualización y modernización.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

En esta serie no hubo morbilidad, dato que no es muy representativo, pues como se aclaró previamente, durante esta - fase del estudio, los quirófanos centrales permanecieron cerrados por varios meses, lo que condicionó disminuyera el número de pacientes, y a su vez, existiera un descontrol sobre el seguimiento de ellos. Siendo importante mencionar que durante las etapas previas del protocolo, a cada paciente se le hacía llegar a su domicilio una tarjeta membretada del hospital en donde se le hacía una invitación para la revisión de - su cirugía, no siendo enviadas las targetas durante esta etapa por falta de apoyo financiero.

Actualmente los mejores resultados han sido publicados - por la clínica de Shouldice reportando una recidiva para la - hernia indirecta del 0.7% a 10 años y de 0.9% para la directa

primaria. Por lo que espero que este estudio sea incentivo -- para intentar aplicar esta técnica en forma depurada en nuestro hospital con una adecuada selección de los pacientes para así poder obtener estos valores de éxito, con mínimo de riesgo y de recidiva. (1,2,3,4,5,6,12,15,22,23,30,31,33).

HERNIA BILATERALES

Es importante señalar que una parte nueva de este estudio en esta fase es el manejo de las hernias bilaterales en -- donde se operarían algunas en un tiempo y otras en tiempos -- quirúrgicos diferidos, pero solamente pudimos recabar 3 hernias bilaterales, las cuales fueron operadas en tiempos diferidos, no operándose ninguna en forma simultánea, por lo que se dejará esta fase del estudio para la etapa cinco.

SEGUIMIENTO

Un problema grande de nuestra serie es la dificultad para el seguimiento de nuestros pacientes, dado que solo hemos conseguido menos del 10% de este, y el cual va disminuyendo -- en cada cita, quiero señalar que en la etapa anterior, se tenía un seguimiento del 33.73% y aún en la primera y segunda -- etapas este era superior al 50%, pero sucede que en esas fases se mandaban tarjetas membretadas del Hospital General de México al domicilio del paciente, lo cual recalcaba la importancia de esto para el paciente y despertaba su interés por --

standance, procedimiento que actualmente ya no se esta realizando por falta de apoyo financiero, lo que ocasiona que el paciente pierda el interes en su padecimiento u olvida la cita que se le dió antes de su alta para la revisión.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIOS

Mediante este estudio que se inició en 1957, en esta cuarta etapa, se pretende conocer por estos días haciendo en el Hospital General de México con la Clínica Inguinal, conocer -- nuestros resultados con nuestras técnicas, demostrar a las -- autoridades competentes y a los cirujanos de la necesidad de estandarizar el manejo y no descuidar el seguimiento de estos enfermos.

Considero que este estudio posee importancia pues a través de él poseemos ya resultados propios, que corresponden a pacientes mexicanos con sus características propias y por lo tanto pueden ser considerados resultados de nuestro País, ya que los resultados de la literatura mundial principalmente -- norteamericana, no pueden ser válida totalmente para nuestra población pues existen diferencias étnicas, nutricionales y -- culturales, ante la inquietud de poder contar con nuestras -- propias bases se inició este estudio el cual actualmente termina la cuarta fase y en donde se debe apreciar que los valores obtenidos en la primera, tercera y cuarta fases son muy similares y pueden ser consideradas como valores constantes -- para nuestra población mexicana; pudiéndose incluso estandarizar algunas técnicas quirúrgicas y cifras estadísticas de -- este padecimiento tan frecuente.

Por los resultados tan constantes durante estos 4 años -- de estudio, considero importante dar un nuevo giro al protocolo con donde ahora se contemple el manejo de las hernias -- inguinales complicadas (cirugía de urgencia), con sus diferen-

tes modalidades de abordaje y de técnica quirúrgica como la de Mc Henry, para poder así llegar a estandarizar el manejo en base a datos estadísticos bien establecidos.

Así mismo hay que recalcar la importancia de la mutua cooperación en los diferentes pabellones de cirugía, recal--
cándose que durante este protocolo se trató de identificar --
cuál es el mejor manejo en las hernia inguinales bilaterales, comparando la cirugía simultánea con la diferida, no pudiendo realizarse conclusiones finales debido a que solamente fueron reportados 3 casos de plastia inguinal bilateral operados en forma diferida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Romero Tó; Tratado de Cirugía, tomo I, pag 22
Editorial Interamericana 1985; p. 1237 a 1308.
- 2.- Hernias; Clínicas Quirúrgicas de Norte América
Vol. II 1984, p. 175 a 229. Editorial Interamericana.
- 3.- Glassow F; Inguinal hernia repair: A comparison
of the Shouldice and the Cooper ligament repair of the
posterior inguinal wall. Ann. J. Surg. 131; p. 306. 1976.
- 4.- Asmussen, T. and Jensen, FU; A follow-up, study on
recurrence after inguinal hernia repair. Surg. Gynecol.
Obst. 156, p. 198, 1983.
- 5.- Fonka, J. L.; The relaxin incision in hernia
repair. Am J. Surg. 115: 552, 1968.
- 6.- Glassow, F; Recurrent inguinal and femoral hernia.
Br. Med. Assoc. J.; 108: 308. 1973.
- 7.- Glassow, F; Short stay surgery (Shouldice tech-
nique for repair of inguinal hernia. Ann. R. Coll. Surg.
Engl. 58; 133. 1976.
- 8.- Usher, F. G.; Hernia repair with Marlex mesh.
Arch. Surg. 94; 325, 1962.
- 9.- Melangoni, Ma; Condon RE; Preperitoneal repair
of acute incarcerated hernia on the groin. Surg.

Gynecol. Obstet. Jan.; 162 (1): p. 65-7. 1986.

10.- Kaufman M; Weisberg D; Bideri: Repair of recurrent inguinal hernia with Marlex mesh. Surg. Gynecol. Obstet. Jun.; 150 (6): 505-6. 1985.

11.- Ponik, Jr; The seven steps to local anesthesia for inguino femoral hernia repair. Surg. Gynecol. Obstet. 117; 115. 1967.

12.- Fosthethwait RW; Recurrente inguinal hernia Ann. Surg. Dec. 202 (6): p. 77-9, 1985.

13.- Cameron AE; Cross FW; Pain and morbidity often inguinal herniorrhaphy: Ineffectiveness of subcutaneous bupivacaine. Br. J. Surg. Jan; 72 (1): p. 68-9. 1985.

14.- Lifschutz, H.; Juler GL.; The inguinal darn. Arch. Surg.; Jan; 12 (6): p. 717-9, 1986.

15.- Davis-Cristopher; Tratado de patologia quirúrgica, Tomo I, Cap. Hernias. Edil. Interamericana, 1981.

16.- Davila AF. Enfermedad de Clasteman; Revisión de la literatura y presentación de 10 casos. Tesis para obtener el título de especialista en Cirugía General. 1987.

17.- Harper HB.; Guillen PH; Mesothelial cyst of the round ligament simulatin inguinal hernia. Report of four cases and review of the literature. Am. J. Surg.; Apr. 1515 (4). 1986.

- 18.- Mc Vay, CE; The anatomic basis for inguinal and femoral hernioplasty. Surg. Gynecol. Obstet. 139: p. 431. 1974.
- 19.- Mc Vay, CE; An anatomic error in current methods of inguinal hernioplasty. Ann. surg. 113; p. 1111, 1941.
- 20.- Rosental D; Walters MJ.; Preperitoneal synthetic mesh placement for recurrent hernias of the groin. Surg. Gynecol. Obstet. Sep.; 163 (3); p. 395-6, 1986.
- 21.- Ganesarajah M, Maydl's hernia: report of a series of seven cases and review of the literature. Br. J. Surg. Sep.; 72 (9); p. 737-8. 1985.
- 22.- Glasgow, F. Femoral hernia; Review of 1143 consecutive repair. Ann. Surg. 163; p. 227. 1966.
- 23.- Glasgow, F; An evaluation of the strength of the posterior wall of the inguinal canal in women. Br. J. Surg., 60; p. 342. 1973.
- 24.- Harvey MH; Johnstone MJ; Inguinal herniotomy in children: a five year survey. Br. J. Surg. Jan.; 72 (6). p. 485-7. 1985.
- 25.- Thomson JE Jr; Taylor JB; Massive inguinal scrotal bladder hernia; a review of the literature with 2 new cases. J. Urol.; Dec.; 136 (6); p. 1299- 301. 1986.
- 26.- Redman JF; Jacks DW; Cystectomy; a catastrophic

consideration of herniorrhaphy. J. Urol.; Jan. 133 (1): p. 97 a 99. 1985.

27.- Belham GJ; Emery RJ; Early discharge despite postoperative pyrexia after inguinal herniorrhaphy in unselected patients. Br. J. Surg.; Dec; 72 (12): p. 973-975. 1985.

28.- Rathausen F; Historical overview of the bilateral approach to pediatric inguinal hernia. Am. J. Surg.; Nov.; 150 (5): 527-30. 1985.

29.- Al-Khuwiter S; Inguinal hernia in Saudi Arabia, a 10 years' experience. Am. J. Surg. May; 149 (5): p. 691-4. 1985.

30.- Nyhus MLL; Baker JR; El dominio de la cirugía, tomo II, cap. IV, cirugía de las hernias. Edit. Panamericana. 1986.

31.- Schwartz SI; Patología quirúrgica, tomo II, cap. 36 hernias de la pared abdominal, p. 1589 a 1606. Edit. Prensa Medica 1986.

32.- Davis FR; The causation of herniæ by weightlifting. Lancet 2: p. 155-57. 1959.

33.- Devlin HB; Short stay surgery for inguinal hernia; experience of the shouldice operation, 1970 a 1982. Br. J. Surg.; Feb. 73: p. 124. 1986.

34.- Warriz G. E.; The Operation of Bassini as described by Attilio Catterina. Surg. Gynecol & Obst. 168 (1) Jan. p. 67 - 79. 1989.

35.- Furlledge RH.; Cooper's ligament repair: A 25 year experience with a single technique for all groin hernias in adults. Surgery 103 (1), Jan. p. 1 - 10. 1988.

36.- Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K., Montllor M. M.; The tension free hernioplasty. Am J. Surg. 157 (2), Feb. p. 188-93. 1989.

37.- Nynus L., Pollak RN., Bombeck T., Donahue P.; The preperitoneal approach and prosthetic buttres repair for recurrent hernia. Am. Surg. 208 (6), Dec. P. 733-737. 1988.

38.- Gilbert A. I.; An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. Am. J. Surg. 157 (3) Mar. p. 331-3. 1989.

39.- Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Aid. P.K., Montllor M.M.; Cause and prevention of postherniorrhaphy neuralgia; A proposed protocol for treatment. Am. J. Surg. 155 (6) Jun. p. 786-9. 1988.

40.- Paredes R. Hernia Inguinal en el Hospital General de México. Tesis UNAM Hospital General de México 1988.

41.- Manuel L. Hernia Inguinal en el Hospital General de México. Tesis UNAM Hospital General de México. Tercera fase. 1990.