



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR.

INCIDENCIA DE HERNIAS INCISIONALES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA GINECO-OBSTÉTRICA.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DRA. MARÍA GRISELDA ESPINOSA GONZÁLEZ

TUTOR:

DR. JOSÉ CARLOS DIBENE GERALDO

MIEMBRO DEL COMITÉ TUTOR:

DR. FRANCISCO CARDOZA MACÍAS

MÉXICO D.F. 20 FEBRERO 1996.



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
BENEMERITO HOSPITAL GENERAL "B"**

JUAN MARÍA DE SALVATIERRA

INCIDENCIA DE HERNIAS INCISIONALES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA GINECO-OBSTÉTRICA

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DRA. MARÍA GRISELDA ESPINOSA GONZÁLEZ

Director de tesis:

DR. JOSE CARLOS DIBENE GERALDO

S.S.A.

LA PAZ, B.C.S.

1996

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

BENEMERITO HOSPITAL GENERAL "B"
JUAN MARÍA DE SALVATIERRA

INCIDENCIA DE HERNIAS INCISIONALES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA GINECO-OBSTÉTRICA

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DRA. MARÍA GRISELDA ESPINOSA GONZÁLEZ

DR. JOSE CARLOS DIBENE GERALDO

TUTOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE
SALVATIERRA.
LA PAZ, B.C.S.

DR. FRANCISCO CARDOZA MACÍAS

PROF. TITULAR DE LA ESPECIALIDAD.
HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE
SALVATIERRA.
LA PAZ, B.C.S.

DR. JOSE SANTA ANA PINEDA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE
SALVATIERRA.
LA PAZ, B.C.S.

DR. RAUL RODRÍGUEZ PULIDO

PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE
SALVATIERRA.
LA PAZ, B.C.S.

BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
Juan María de Salvatierra

INVESTIGADOR:

Dra. María Griselda Espinosa González.
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE CIRUGIA GENERAL

PRECEPTOR:

Dr. José Carlos Dibene Geraldo
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

CONTENIDO

TITULO	
AGRADECIMIENTOS	I
COLABORADORES	III
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO	2
HIPOTESIS	2
MATERIAL Y METODOS	3
REQUISITOS ETICOS	4
RESULTADOS	5
GRAFICAS	7
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXO I	22

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por acompañarme todos los días de mi vida, ser mi fuerza y guía en los momentos difíciles.

A MIS PADRES:

A mi padre por su apoyo incondicional y darme la oportunidad de escoger libremente mi camino, por ser mi gran apoyo, ejemplo y fuerza en la vida. A mi madre su compañera de toda la vida.

A MI HIJO ALAN IVAN:

Por el tiempo que le he robado por no estar a su lado, pero contando siempre con su cariño y amor, además de que siempre lo llevo en mi corazón.

A MIS HERMANOS IDALID, CARLOS Y HUGO:

Por su ayuda y apoyo incondicional que me brindaron en los momentos que más lo necesité.

A VICENTE:

Por su comprensión y estímulo para mi desarrollo profesional, además de ser un pilar en todo momento.

AL DR. JOSE CARLOS DIBENE GERALDO:

Por su apoyo y guía para la realización de esta tesis, además de consejos durante mi formación y ser un ejemplo a seguir en el ejercicio de mi profesión y ser uno de los médicos cirujanos que más admiro.

AL DR. FRANCISCO CARDOZA MACIAS:

Por su apoyo en los momentos difíciles de la residencia, además de que siempre conté con su guía en el aspecto médico y como ser humano, y ser una de las personas que influyó en mi decisión de ser Cirujano General.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:

A todos los que estuvieron conmigo en estos tres años por su compañerismo, amistad y solidaridad en todos los momentos difíciles que pasamos juntos. Momentos que no se pueden olvidar y que nos dejaron gran enseñanza como médicos y seres humanos.

AL PERSONAL DEL HOSPITAL JUAN MARIA DE SALVATIERRA:

Por su apoyo en el desarrollo de mi preparación profesional.

A FIDEL CABRERA PEREZ:

Por su paciencia, disposición para apoyarme en mi estudio de investigación y en la realización de esta tesis.

AL PERSONAL MEDICO DE LAS OTRAS ESPECIALIDADES:

Que a pesar de los diferentes criterios de la especialidad de cada uno, tuvimos un fin en común que fue la atención al paciente.

A MIS PACIENTES:

Que dejaron huella en mi vida y en mi aprendizaje.

COLABORADORES.

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL BHJMS.

- **Dr. Francisco Cardoza Macías**
Jefe de Cirugía General del BHJMS
- **Dr. Jesús Alfredo Castro Flores**
Tutor de Residentes área quirúrgica.
- **Médicos Adscritos del servicio de cirugía general del BHJMS.**
- **Médicos Residentes de Cirugía General.**

ARCHIVO CLINICO.

- **Verónica Herrera**
Jefe de archivo clínico del BHJMS.
- **Personal del Archivo Clínico del BHJMS.**

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

- **Dr. José Santa Ana Piñeda**
Jefe de departamento de Enseñanza e Investigación del BHJMS.
- **Sr. Fidel Cabrera Pérez**
Encargado del área de computo del Departamento de Enseñanza e Investigación del BHJMS.

INTRODUCCIÓN:

La hernia incisional es aquella que se desarrolla en la incisión operatoria y es generalmente de naturaleza iatrogénico. Puede presentar un molesto problema en la reparación, muchas hernias de este tipo pueden ser manejadas con éxito con una buena reparación quirúrgica y el resto con una malla.

Este tipo de hernia resulta más frecuente en las incisiones verticales que en las transversales a pesar de lo anterior siguen usándose las incisiones verticales. Esto se explica de la siguiente manera: Con excepción del recto anterior todas las capas de la pared abdominal están formadas por fibras musculares o aponeuróticas orientadas en sentido horizontal. La tensión ejercida por las capas musculares siguen esta dirección.

Por lo tanto las incisiones verticales siempre cruzan las líneas de fuerza producidas por los músculos del abdomen, y siempre se encuentra bajo tensión la sutura cuando se realiza alguna actividad, En las incisiones transversales la tensión ejercida por los músculos del abdomen tienden a aproximar los bordes de la herida.

La infección de la herida es la causa principal de la aparición de la hernia incisional, y en muchos casos se ve favorecido por las suturas no absorbibles. (1, 2,3).

Una hernia parapubica se considera una hernia de la parte baja de la pared del abdomen y se considera un particular tipo de hernia incisional. Estas son el resultado de la ruptura de los elementos musculotendinosos de la pared abdominal baja que se encuentran insertados en el pubis. Esto es debido a la ruptura de los tejidos al realizar un abordaje en la región cercana al pubis (4).

En un estudio realizado por Da Silva y col en 1991, de 125 pacientes que fueron tratados por hernia incisional, se encontró que era más frecuente en mujeres (81%) siendo de estas el 58% con antecedente de cirugía ginecología y obstétrica. (5).

Otros factores que se deben de tomar en cuenta son edad, sexo tabaquismo, enfermedades crónicas, obesidad, sitio de la hernia, método de cierre y material de sutura. (6).

Considerando a nuestra institución como el hospital de concentración de la SSA del Estado por su situación geográfica, se realiza un número importante de cirugías al año de las cuales el 45% son de gineco obstetricia, siendo principalmente la cirugía de cesárea (24.2%) la mas realizada; por lo que es importante determinar cuál es su relación con la frecuencia de la aparición de hernias incisionales con respecto a otra cirugía abdominal o si no tiene predominancia en su incidencia (7).

OBJETIVOS:

- **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar cual tipo de cirugía gineco-obstétrica predispone la aparición de hernias incisionales mas frecuentemente para mejorar la técnica operatoria.

- **OBJETIVO ESPECIFICO:**

Determinar la incidencia de hernia incisional con el antecedente quirúrgico de tipo gineco- obstétrico.

HIPOTESIS:

La mayor parte de las hernias incisionales cuentan con el antecedente de una intervención quirúrgica ginecológica abdominal.

FINALIDADES (beneficios):

Determinar la incidencia de hernias incisionales en nuestro hospital por cirugía ginecológica y como disminuirla.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, en donde se incluyeron pacientes femeninos que acudieron al Servicio de Cirugía General del Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra” con el diagnóstico de hernia incisional abdominal en el periodo comprendido de enero de 1991 a diciembre de 1995.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes femeninos y con el diagnóstico de hernia incisional abdominal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con hernias incisionales no abdominales.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se obtuvieron 66 pacientes de diversas edades como universo, y de estas se encontraron en 33 pacientes el antecedente gineco-obstétrico.

A todo paciente que cumplió con los requisitos de inclusión se le realizó la obtención de datos por medio de la hoja diseñada para este fin (Anexo 1).

Los datos obtenidos por medio de la hoja fueron referentes al sitio de localización de la hernia, el tipo de cirugía que se le realizó, si presentó infección, enfermedades agregadas que contribuyeron a la aparición de la hernia, tabaquismo, material y técnica utilizada en la primera cirugía, así si es de primera vez o recidivante; además del material y técnica utilizado en la cirugía de reparación.

MÉTODO ESTADÍSTICO:

$$***TABLA DE INCIDENCIA = \frac{NUMERO DE CASOS}{POBLACIÓN DE RIESGO}***$$

REQUISITOS ÉTICOS:

El estudio no representa ningún riesgo para el paciente ni para los trabajadores del hospital.

RESULTADOS:

Se revisaron 66 expedientes de pacientes femeninos que acudieron al servicio de Cirugía General del Hospital General Juan María de Salvatierra; de enero de 1991 a diciembre 1995, con el diagnóstico de Hernia Incisional Abdominal.

De los cuales se encontró que 33 (50%) tenían el antecedente de cirugía gineco-obstétrica abdominal, y los otros 33 (50%) tenían el antecedente de cirugía abdominal no gineco-obstétrica (Gráfica 1).

Ahora bien, del grupo con antecedente de cirugía gineco-obstétrica se encontró que 14 pacientes (42.2%) se les realizó cesárea; a 12 pacientes (36.4%) se realizó histerectomía abdominal; en 6 pacientes (18.2%) se les intervino por OTB y solo una paciente (3.0%) fue laparotomía por embarazo ectópico (Gráfica 2).

Así mismo se encontró que en 31 pacientes (93.9%) se le realizó una incisión media infraumbilical, y solo en dos pacientes (6.1%) fue una incisión transversa (Gráfica 3).

Además se revisó si las pacientes presentaban enfermedades agregadas, encontrándose que 11 pacientes (33.3%) tenían obesidad; 6 pacientes (18.2%) tenían hipertensión arterial sistémica; 2 pacientes (6.1%) con diabetes mellitus controlada; 11 pacientes (33.3%) sin enfermedad asociada; y en 3 pacientes (9.1%) otro tipo de enfermedades (Gráfica 4).

De nuestros pacientes, 9 (27.3%) presentaron tabaquismo positivo, refiriendo un consumo de $\frac{1}{2}$ cajetilla a 2 cajetillas diarias (Gráfica 5).

De los 66 expedientes revisados se encontró que 5 pacientes (7.6%) presentaron infección en la herida quirúrgica de su primera cirugía (Gráfica 6).

Siendo que estos pacientes que presentaron infección, fueron 3 pacientes (60%) con cirugía gineco-obstétrica y 2 pacientes (40%) de cirugía general (Gráfica 7).

Al revisarse los expedientes de los 33 pacientes con antecedente de cirugía gineco-obstétrica, para obtener el tipo de sutura utilizada en su cirugía previa. Se encontró que 13 pacientes eran referidas de otras instituciones desconociéndose datos referentes a la técnica y sutura utilizada, no pudiéndose obtener dicha información para la investigación.

De los 20 pacientes restantes se encontró que en 15 pacientes (45.5%) se utilizó Vicryl para el cierre de la aponeurosis; en 3 pacientes (9.1%) se utilizó el Dexon, en 1 paciente (3.0%) se utilizó seda y en un paciente (3.0%) se usó catgut crómico para el cierre (Gráfica 8).

Al revisar la técnica utilizada en el cierre de la cirugía gineco-obstétrica de los 33 pacientes, dio como resultado que 13 pacientes (39.4%) se desconoce la técnica por haber sido referidos de otras instituciones; 16 pacientes (48.5%) fue el cierre con puntos continuos, en 3 pacientes (9.1%) se usó puntos separados y en un paciente (3.0%) se usó otra técnica (Gráfica 9).

De nuestros 33 pacientes, se encontró que en 25 pacientes (75.8%) se presentaba la hernia incisional por primera vez y en 8 pacientes (24.2%) eran hernias recidivantes (Gráfica 10).

El material utilizado en la cirugía de reparación de la hernia, fue en 22 pacientes (66.7%) con Vicryl, en 8 pacientes (24.2%) con Dexon y en un paciente (3.0%) se uso seda; solo 2 pacientes (6.1%) se suspendió su cirugía por causas externas (Gráfica 11).

En la técnica de reparación se uso en 12 pacientes (36.4%) puntos separados; en 17 pacientes (51.5%) sutura continua, y en un paciente (3.0%) se usó malla; en otro paciente (3.0%) se usó la técnica de imbricación y en 2 pacientes (6.1%) se suspendió su cirugía (Gráfica 12).

RELACIÓN PORCENTUAL DE CIRUGÍAS REALIZADAS, CON HERNIA INCISIONAL

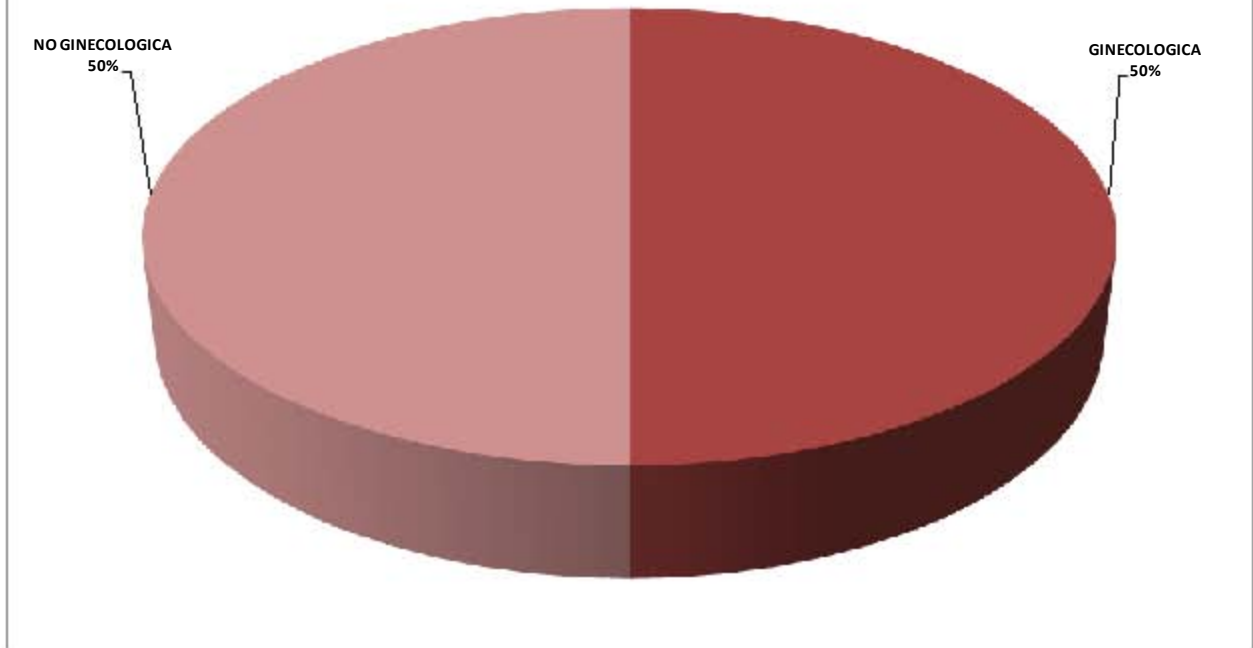


TABLA 1			
NUMERO TOTAL DE PACIENTES	66	1	100%
GINECOLOGICA	33	0.5	50%
NO GINECOLOGICA	33	0.5	50%

PROPORCIÓN DE HERNIAS INCISIONALES DE ACUERDO AL TIPO DE CIRUGÍA GINECO-OBSTÉTRICA

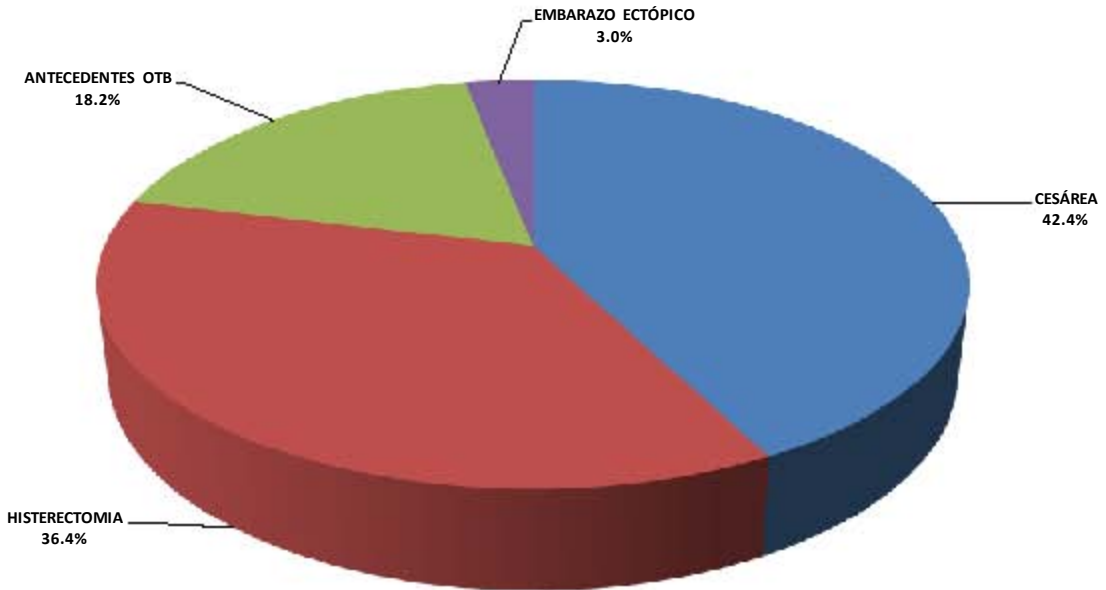


TABLA 2

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
CESÁREA	14	0.42424242	42.4%
HISTERECTOMIA	12	0.36363636	36.4%
ANTECEDENTES OTB	6	0.18181818	18.2%
EMBARAZO ECTÓPICO	1	0.03030303	3.0%

TIPO DE INCISIÓN

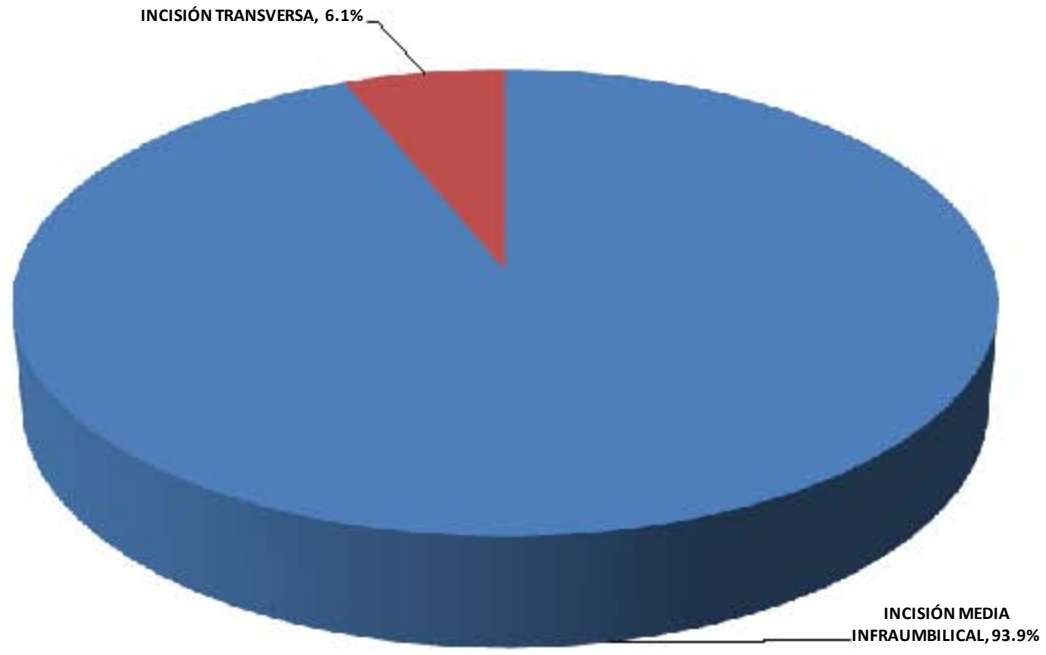


TABLA 3

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
INCISIÓN MEDIA INFRAUMBILICAL	31	0.93939394	93.9%
INCISIÓN TRANSVERSA	2	0.06060606	6.1%

ENFERMEDADES ASOCIADAS EN LAS PACIENTES CON HERNIA INCISIONAL

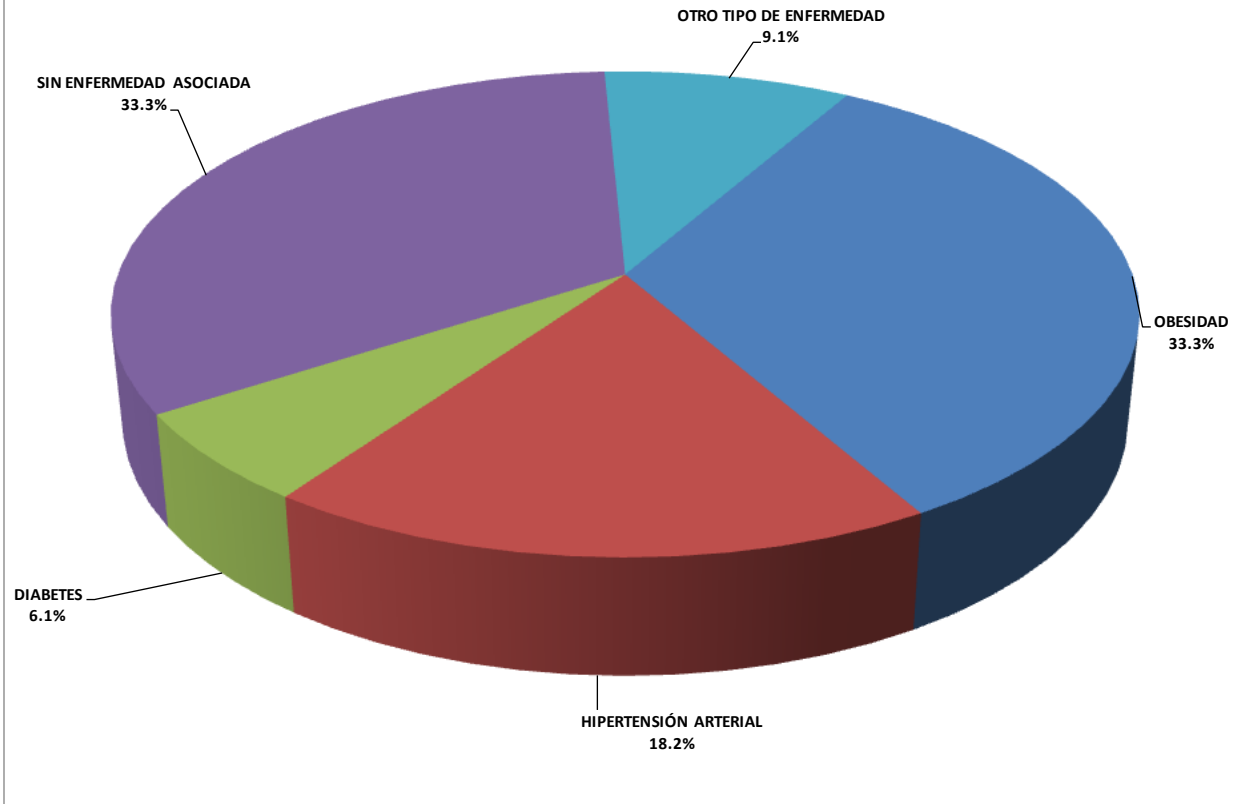


TABLA 4

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
OBESIDAD	11	0.33333333	33.3%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6	0.18181818	18.2%
DIABETES	2	0.06060606	6.1%
SIN ENFERMEDAD ASOCIADA	11	0.33333333	33.3%
OTRO TIPO DE ENFERMEDAD	3	0.09090909	9.1%

PORCENTAJE DE TABAQUISMO

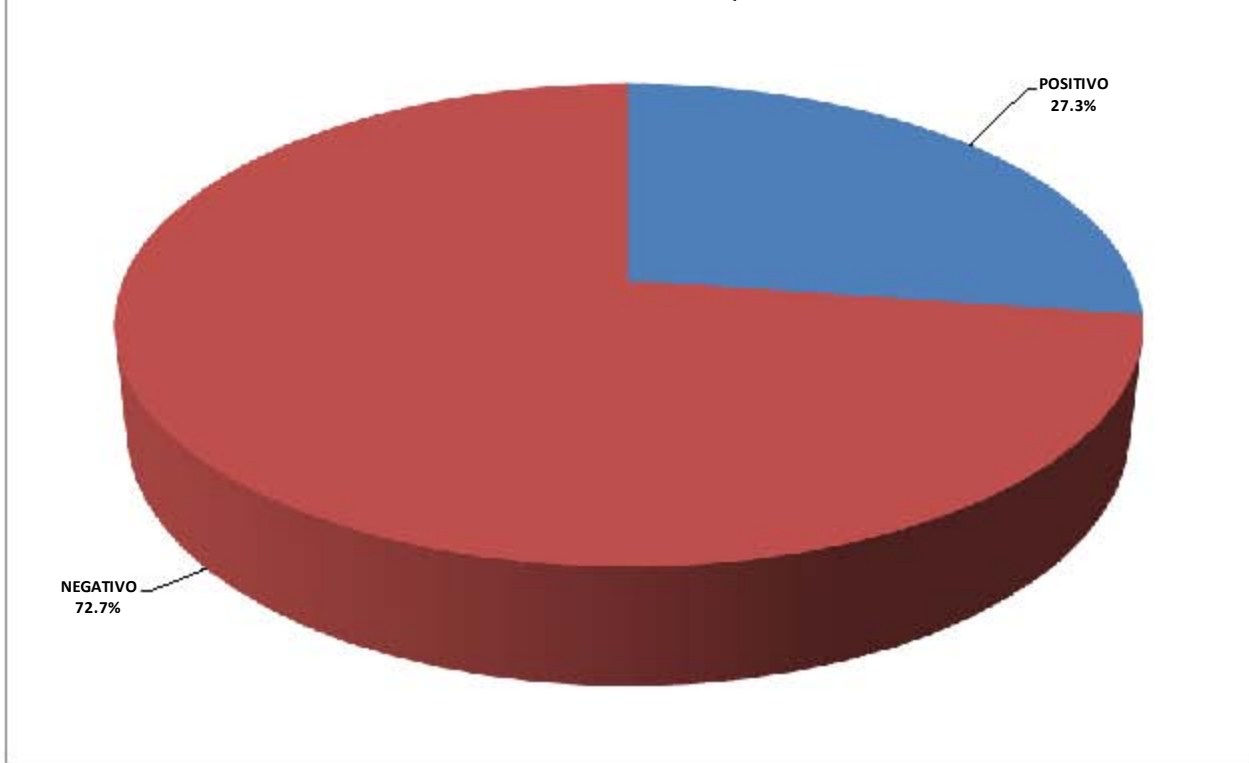


TABLA 5

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
POSITIVO	9	0.27272727	27.3%
NEGATIVO	24	0.72727273	72.7%

INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DE LA PRIMERA CIRUGÍA

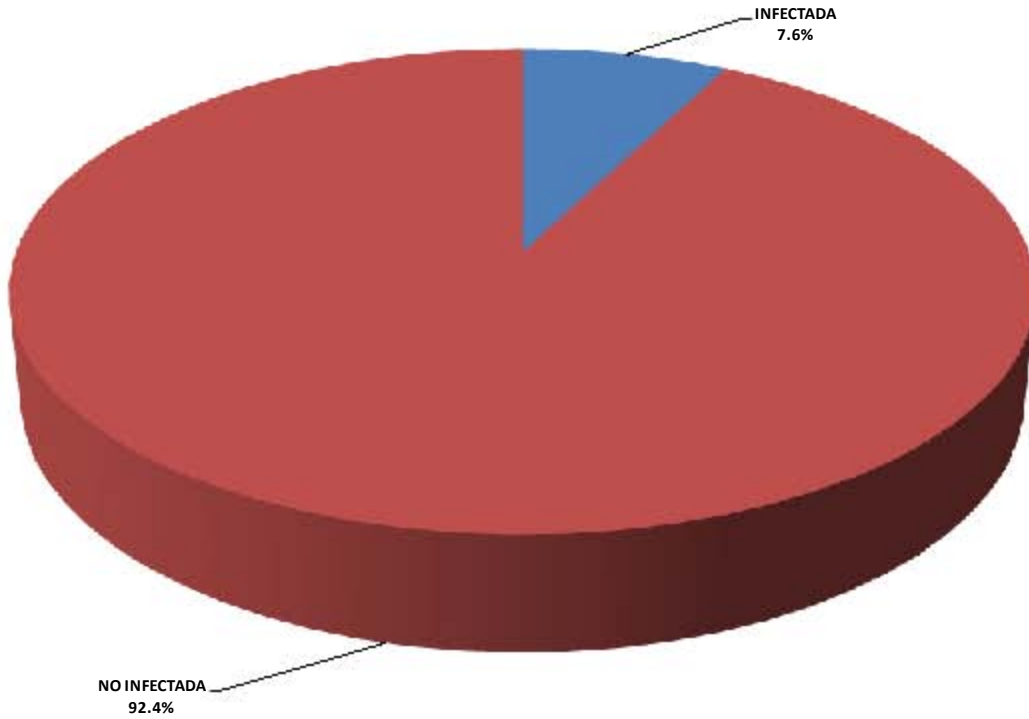


TABLA 6

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	66	1	100.0%
INFECTADA	5	0.07575758	7.6%
NO INFECTADA	61	0.92424242	92.4%

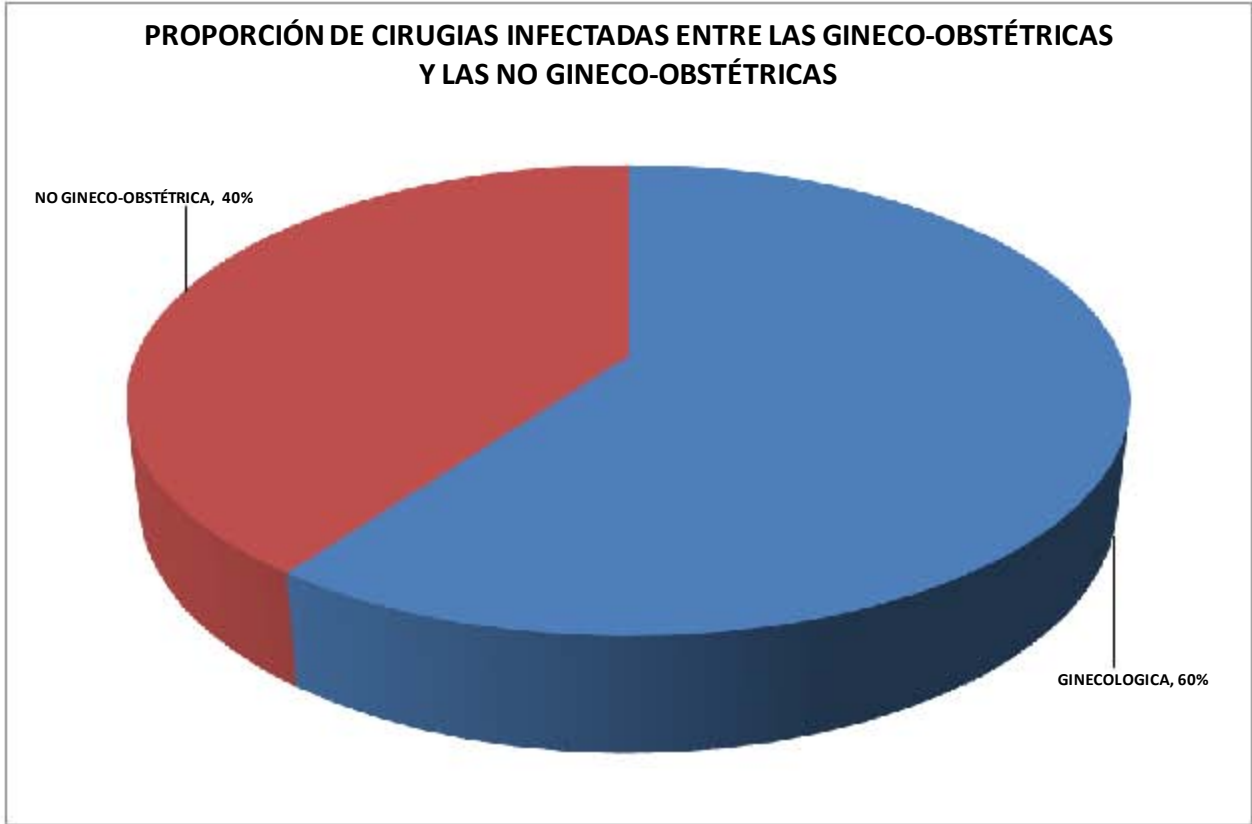


TABLA 7			
NUMERO TOTAL DE PACIENTES	5	1	100.0%
GINECOLOGICA	3	0.6	60.0%
NO GINECO-OBSTÉTRICA	2	0.4	40.0%

MATERIAL DE SUTURA UTILIZANDO EN LA PRIMERA CIRUGÍA

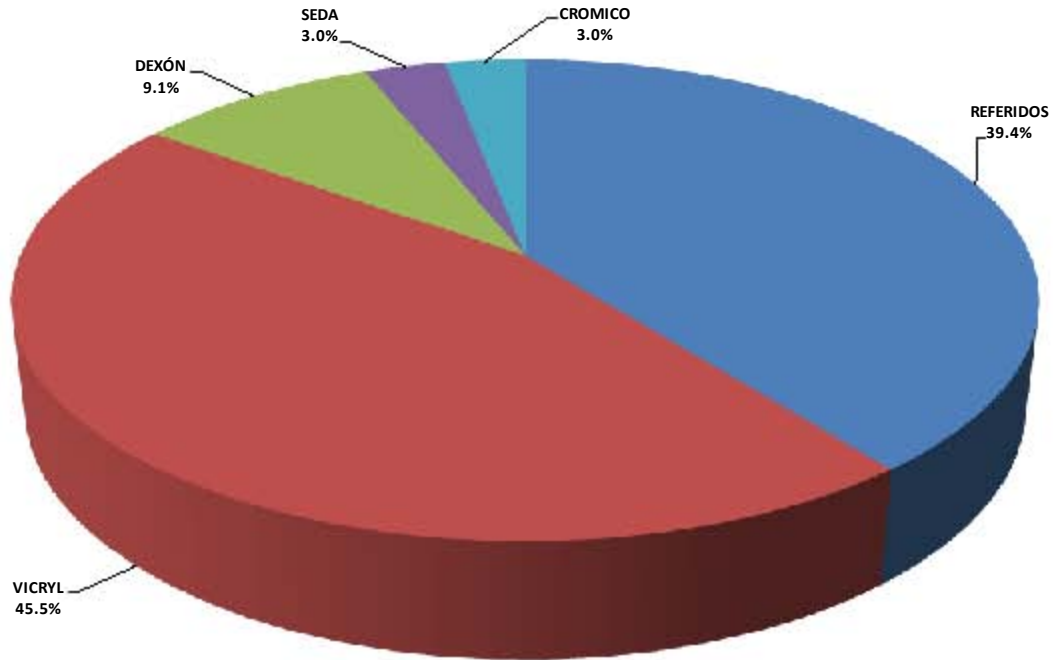


TABLA 8

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
REFERIDOS	13	0.39393939	39.4%
VICRYL	15	0.45454545	45.5%
DEXÓN	3	0.09090909	9.1%
SEDA	1	0.03030303	3.0%
CROMICO	1	0.03030303	3.0%

TÉCNICA UTILIZADA EN CIERRE DE LA PRIMERA CIRUGÍA (GINECO-OBSTÉTRICA)

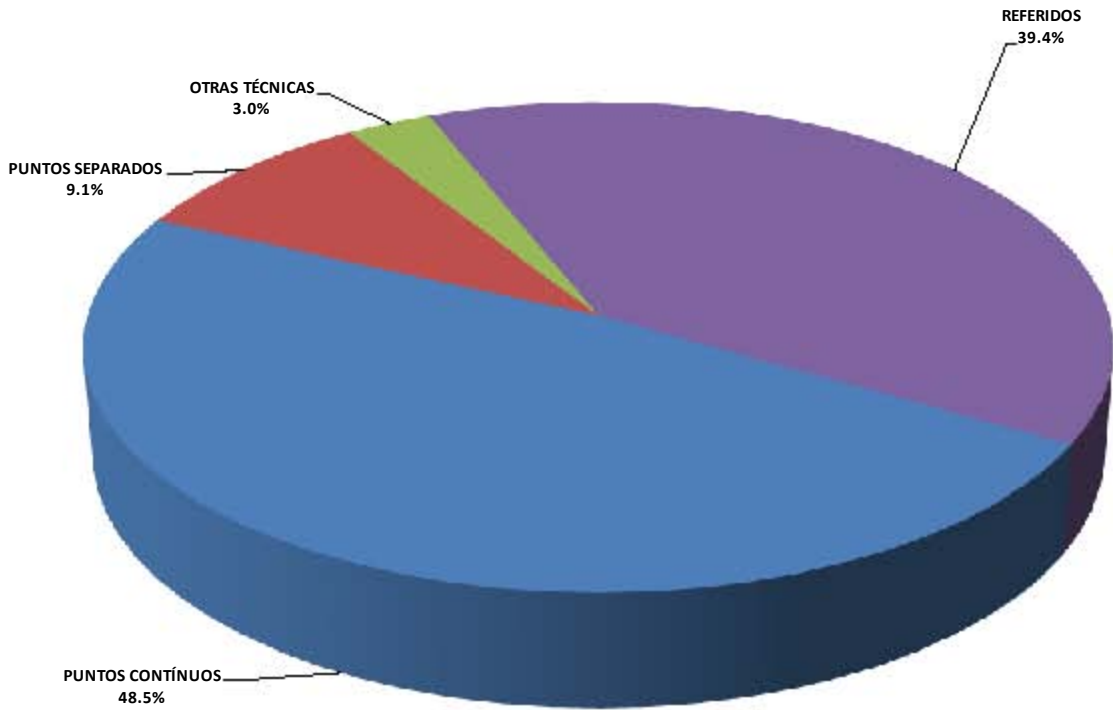


TABLA 9

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
PUNTOS CONTÍNUOS	16	0.48484848	48.5%
PUNTOS SEPARADOS	3	0.09090909	9.1%
OTRAS TÉCNICAS	1	0.03030303	3.0%
REFERIDOS	13	0.39393939	39.4%

RELACIÓN PORCENTUAL EN CUANTO A LA FRECUENCIA DE LA PRESENCIA DE HERNIA INCISIONAL

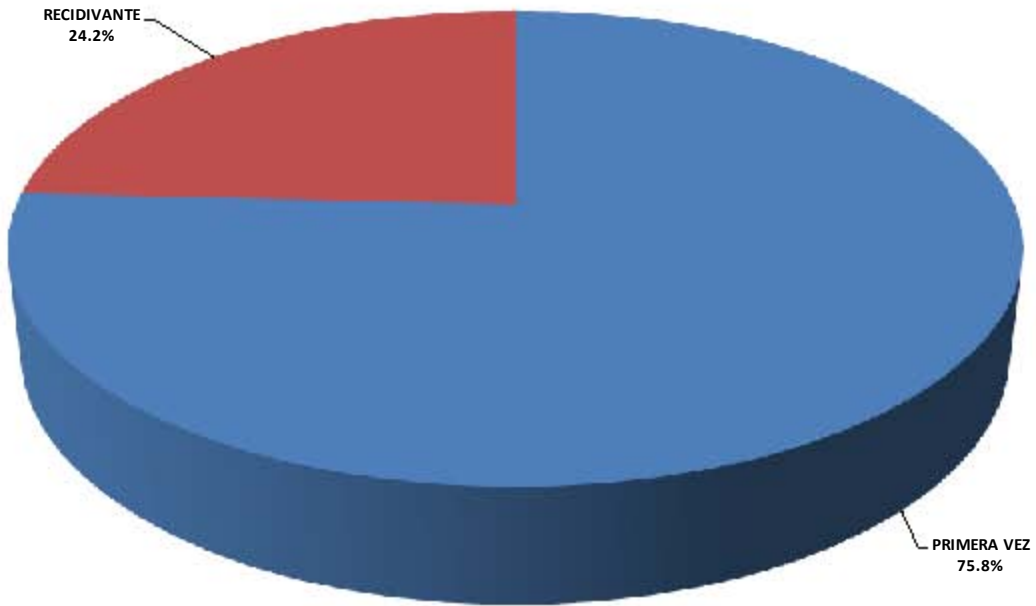


TABLA 10

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
PRIMERA VEZ	25	0.75757576	75.8%
RECIDIVANTE	8	0.24242424	24.2%

RELACIÓN PORCENTUAL DEL MATERIAL UTILIZADO EN LA CIRUGÍA DE REPARACIÓN

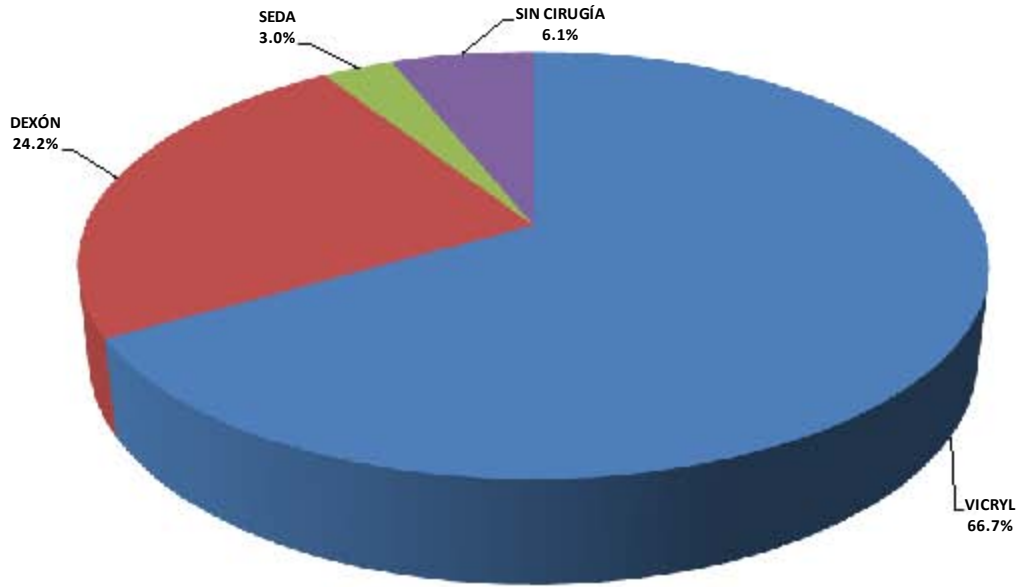


TABLA 11

NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
VICRYL	22	0.66666667	66.7%
DEXÓN	8	0.24242424	24.2%
SEDA	1	0.03030303	3.0%
SIN CIRUGÍA	2	0.06060606	6.1%

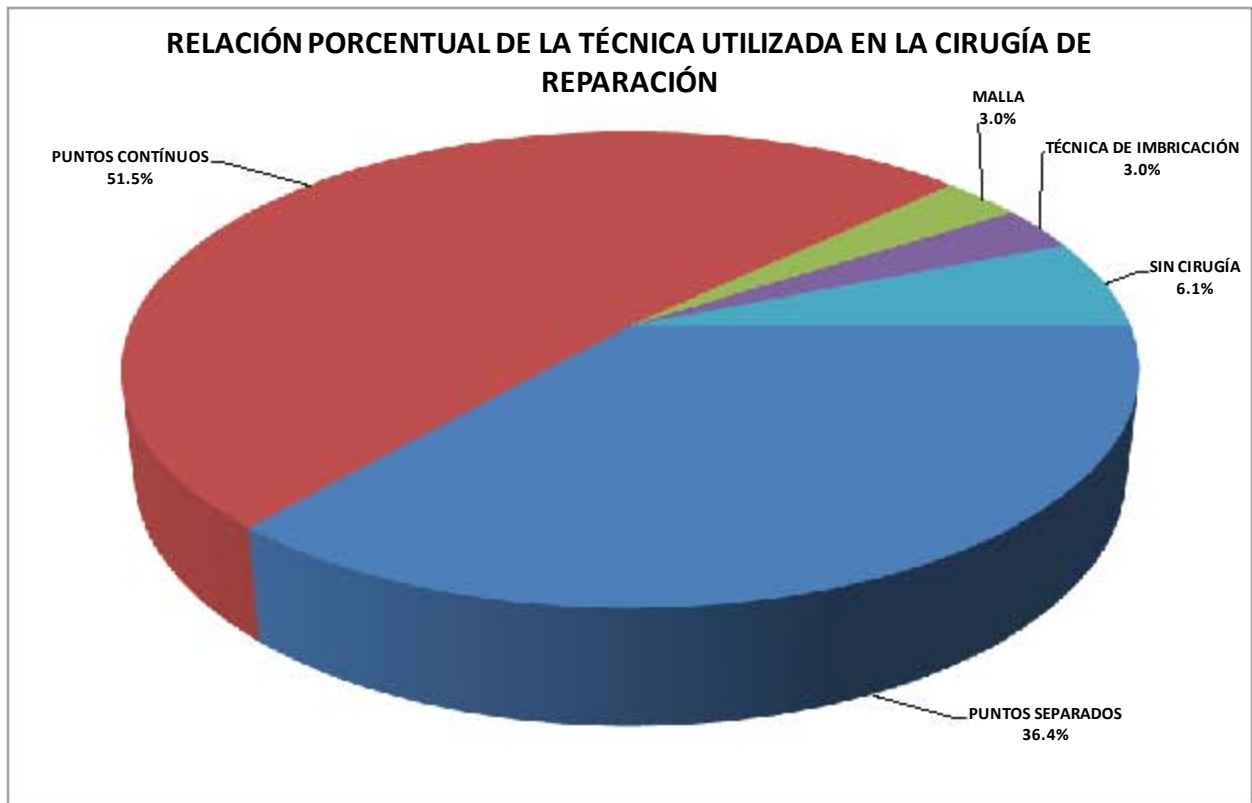


TABLA 12			
NUMERO TOTAL DE PACIENTES	33	1	100.0%
PUNTOS SEPARADOS	12	0.36363636	36.4%
PUNTOS CONTÍNUOS	17	0.51515152	51.5%
MALLA	1	0.03030303	3.0%
TÉCNICA DE IMBRICACIÓN	1	0.03030303	3.0%
SIN CIRUGÍA	2	0.06060606	6.1%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Se realizó este estudio para confirmar la inquietud que se tiene en el servicio de Cirugía General, al considerar que se presenta frecuentemente una hernia incisional, si se tiene una Cirugía gineco-obstétrica en la población femenina que acude al Hospital Juan María de Salvatierra.

Al revisar los resultados encontramos que no hay diferencia en cuanto a la incidencia de hernia incisional con antecedente de cirugía gineco-obstétrica y una cirugía abdominal de otro tipo, ya que las dos tienen el mismo porcentaje que es 50%.

Se revisó el grupo de interés para el estudio, el cual fue el que tenía una cirugía gineco-obstétrica previa, encontrándose que la cirugía con más presencia de hernia incisional fue la cesárea, seguida por la histerectomía abdominal y en menor porción por OTB.

Notamos además que la incisión donde se presentaba frecuentemente la hernia incisional fue la media infraumbilical siendo en el 93.9%.

En la revisión de nuestro grupo de interés notamos que se presentaban enfermedades asociadas como obesidad, hipertensión arterial, diabetes; en 66.7% y solo el 33.3% se consideraba sana, solo acudía por hernia incisional.

Además que 9 pacientes presentaban tabaquismo importante que es un factor que predispone a no tener una buena cicatrización.

Otro factor que se encontró fue la infección de la herida quirúrgica de la primera intervención aunque solo fue del 7.6%, es un poco más elevado del que se espera del 2%.

Un aspecto importante en nuestro estudio es que al revisar los expedientes sobre la técnica y el material utilizado en la primera cirugía, tuvimos un sesgo ya que 13 pacientes provenían de otra institución y no se pudo obtener la información de que tipo de material y técnica se uso en el cierre de la aponeurosis; por lo que al tomarse al grupo completo para los porcentajes, se encontró que el 45.5% se uso Vicryl en el cierre en el 15.1% se uso otro tipo de sutura. Considerando que no variaría mucho los porcentajes si se obtuviera la información precisa.

En cuanto a la técnica se uso el mismo procedimiento de considerar al grupo completo para porcentajes, encontrándose que el 48.5% uso la técnica de puntos continuos y en 12.1% con otra técnica diferente, lo que marca que si no se mantiene la tensión adecuada a lo largo de la sutura continua, esta puede ceder a todo lo largo y formarse fácilmente la hernia incisional.

También se apreció que el 75.8% de los pacientes eran de primera vez con el diagnostico de hernia incisional y el 24.2% era una segunda intervención por presentarse nuevamente la hernia incisional.

Al revisar la técnica de reparación de la hernia incisional se encontró que se utilizó nuevamente puntos continuos en un 51.5% y uso del Vicryl como material de sutura en un 66.7%; solo 2 pacientes de este grupo se suspendió la cirugía por causas externas.

Por lo que podemos concluir:

No hay predominancia en nuestra población estudiada que presentó una hernia incisional con antecedente de cirugía gineco-obstétrica ya que se trató del 50%.

De los pacientes que tuvieron hernia incisional por una cirugía gineco-obstétrica previa, se encontró que la operación cesárea fue lo más frecuente, esto es importante ya que es la intervención quirúrgica que más se realiza en el servicio de Ginecología.

En un 93.9% de los casos que se presentó la hernia incisional por cirugía gineco-obstétrica fue la media infraumbilical, la cual como se menciona en la literatura, cruza las líneas de fuerza de los músculos del abdomen, por lo que siempre se encuentran bajo tensión, lo que facilita la aparición de la hernia en comparación de la incisión transversa.

De las enfermedades agregadas que presentó nuestro grupo, la más frecuente fue la obesidad, la cual aumenta la tensión en el sitio de sutura.

En cuanto a la técnica de cierre de aponeurosis y del material utilizado durante la cirugía ginecológica no podemos determinar cuál fue la más utilizada por el sesgo que tenemos al faltar información en los expedientes, ya que un número importante de pacientes se atendieron en otra institución.

La reparación de la aponeurosis con el Vicryl y la técnica de cierre con puntos continuos fue la más utilizada, por lo que se debe realizar un estudio de seguimiento a futuro para determinar si se presenta nuevamente una hernia incisional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. GYS T; HUBENS A. "APROSPECTIVE COMPARATIVE CLINICAL STUDY BETWEEN MONOFILAMENT ABSORBABLE AND NON-ABSORBABLE SUTURES FOR ABDOMINAL WALL CLOSURE". Acta-Chir-Belg; 1989 Sep-Oct; 89 (5); P 265-70.
2. HOUCK JP; RYPINS EB; SARFEH IJ; JULER GL; SHIMODA KJ. "REPAIR OF INCISIONAL HERNIA". Surgery Gynecology Obstetrics; 1989 Nov; 169 (5); P 397-9.
3. SOLIMAN SM. "ANCHORAGE OVERLAPPING REPAIR OF INCISIONAL HERNIA" J-R-Coll-Surg-Edinb; 1989 Jun; 34 (3); P 140-2.
4. BENDAVID-R. "INCISIONAL PARAPUBIC HERNIAS". Surgery. 1990 Nov; 108 (5); P 898-901.
5. DA-SILVA-AL; PETROIANU-A. "INCISIONAL HERNIAS: FACTORS INFLUENCING DEVELOPMENT" South-Med-J. 1991 DEC; 84 (12); P 1500-1504.
6. MANNINEN- MJ; LAVONIUS-M; PERHONIEMI-VJ "RESULTS OF INCISIONAL HERNIA REPAIR. A RETROSPECTIVE STUDY OF 172 UNSELECTED HERNIOPLASTIES". Eur-J-Surg. 1991 Jan; 157 (1); P 29-31.
7. ARCHIVO CLINICO. HOSPITAL JUAN MARIA DE SALVATIERRA.

ANEXO I

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

NOMBRE:

EXPEDIENTE:

EDAD:

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO DE CIRUGIA:

1. LOCALIZACION DE LA HERNIA INCISIONAL.

MEDIA SUPRAUMBILICAL	()
MEDIA INFRAUMBILICAL	()
UMBILICAL	()
TRANSVERSAS	()
PARAMEDIA	()

2. TIPO DE CIRUGIA ANTERIOR.

CESÁREA	()
OTB	()
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	()
EMBARAZO ECTOPICO	()
CIRUGIA NO GINECOLOGICA	()

3. INFECCIÓN DE LA HERIDA.

NO	()
SI	()

4. ENFERMEDADES ASOCIADAS.

OBESIDAD	()
HIPERTENSIÓN PORTAL	()
DIABETES MELLITUS	()
DISTENSIÓN ABDOMINAL POSTQUIRURGICAS	()
QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA	()
CÁNCER	()
INMUNOSUPRESIÓN	()

5. TABAQUISMO.

NO	()
SI	()

6. MATERIAL DE SUTURA DE LA PARED (APONEUROSIS).

CROMICO ()
VICRYL ()
DEXON ()
SEDA ()
REFERIDO ()

7. TECNICA UTILIZADA EN EL CIERRE DE LA APONEUROSIS.

SUTURA CON PUNTOS SEPARADOS ()
SUTURA CONTINUA ()
TECNICA DE IMBRICACIÓN ()
OTROS ()
REFERIDO ()

8. FRECUENCIA DE LA HERNIA.

DE PRIMERA VEZ ()
REINCIDENCIA ()

9. MATERIAL DE SUTURA UTILIZADO EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INCISIONAL.

CROMICO ()
VICRYL ()
DEXON ()
SEDA ()
OTROS ()

10. TECNICA UTILIZADA EN LA REPARACIÓN.

SUTURA CON PUNTOS SEPARADOS ()
SUTURA CONTINUA ()
USO DE MALLA ()
TÉCNICA DE IMBRICACIÓN ()
OTROS ()