

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN
DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ
FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE
ENERO DE 2017**

TESIS

**Que para obtener el título de especialista en
CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTA

Fausto Juan Aguilar

DIRECTOR DE TESIS

Luis Antonio Reyes Quijano

Ciudad Universitaria, CDMX 2018



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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

**DR. PATRICIO GUERRA ULLOA
DIRECTOR GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**DRA. BEATRIZ SÁNCHEZ TRAMPE
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**DR. FERMIN AGUIRRE VALDES
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**DR. LUIS ANTONIO REYES QUIJANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE CIRUGÍA GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**DR. LUIS ANTONIO REYES QUIJANO
ASESOR DE TESIS
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**DR. FAUSTO JUAN AGUILAR
MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL**

I. ÍNDICE GENERAL

I.	ÍNDICE	3
II.	RESUMEN.....	4
III.	MARCO TEÓRICO.....	5-10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V.	JUSTIFICACIÓN.....	12
VI.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
VII.	OBJETIVOS.....	13
VIII.	HIPÓTESIS.....	13
IX.	MÉTODOS Y/O PROCEDIMIENTOS.....	14
X.	RESULTADOS.....	15-22
XI.	DISCUSIÓN.....	23
XII.	CONCLUSIÓN.....	24
XIII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	25

II. RESUMEN

LA HERNIOPLASTIA ES UNA DE LAS 2 PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL Y LA SEGUNDA CAUSA MAS COMUN DE CONSULTA EN CIRUGIA GENERAL¹

SE DENOMINA HERNIA INCISIONAL A LA SALIDA DE PERITONEO Y/O TEJIDO CICATRICAL, ACOMPAÑADO O NO DE VISCERAS ABDOMINALES POR UNA ZONA U ORIFICIO DE LA PARED ABDOMINAL DEBILITADA QUIRURGICAMENTE Y ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS COMUNES DESPUES DE LA CIRUGIA ABDOMINAL

LOS REPORTE DE INCIDENCIA DESPUES DE UNA LAPAROTOMIA POR LINEA MEDIA VARIA DEL 3% AL 20% Y SU PREVALENCIA EN NUESTRA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ES DESCONOCIDA.

OBJETIVO

DETERMINAR LA TASA DE RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

MATERIAL Y MÉTODO

SE REALIZARA UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, COMPARATIVO, UTILIZANDO PRUEBAS DE NORMALIDAD Y TABLAS DE CONTINGENCIA PARA CALCULAR LA INCIDENCIA EN EXPEDIENTES DE DERECHOHABIENTES DEL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

RESULTADOS

SE ENCUENTRÓ UNA INCIDENCIA DE RECIDIVA DE HERNIA INCISIONAL DE PARED ABDOMINAL DEL 29% A LOS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LOS DERECHOHABIENTES DE NUESTRA INSTITUCION.

CONCLUSIÓN

LA RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL ES UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN NUESTRA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, LA CUAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS CIFRAS ESTABLECIDAS A NIVEL INTERNACIONAL, SIN EMBARGO AÚN FALTA INFORMACIÓN EN CUANTO A LOS FACTORES DE RIESGO Y TIPO DE TÉCNICA EMPLEADA EN NUESTRO HOSPITAL PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE SU RECURRENCIA.

III. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

LAS HERNIAS DE PARED ABDOMINAL REPRESENTAN UN SERIO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL MUNDO CON IMPORTANTE REPERCUSION EN EL DESEMPEÑO SOCIAL Y LABORAL DE HASTA EL 25% DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA¹

MAS DEL 10% DE LA POBLACION EN MEXICO PRESENTA ALGUN TIPO DE HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL. DE ESTAS, EL 58.5% SON INGUINALES, 24.3% SON UMBILICALES Y 10.2% INCISIONALES¹

SE DENOMINA HERNIA INCISIONAL A LA SALIDA DE PERITONEO Y/O TEJIDO CICATRICAL, ACOMPAÑADO O NO DE VISCERAS ABDOMINALES POR UNA ZONA U ORIFICIO DE LA PARED ABDOMINAL DEBILITADA QUIRURGICAMENTE Y ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS COMUNES DESPUES DE LA CIRUGIA ABDOMINAL² Y POR TIPO, OCUPA EL TERCER LUGAR EN FRECUENCIA SOLO DESPUES DE LA HERNIA INGUINAL Y LA UMBILICAL¹

LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL SE SITUA EN TORNO AL 15-20% PUDIENDO LLEGAR AL 50% EN ALGUNOS CONTEXTOS, A PESAR DE LA ESTADISTICA EN LA LITERATURA, ESTE PORCENTAJE PUEDE SER MUCHO MÁS ALTO LLEGANDO A ALCANZAR INCLUSIVE HASTA EL 69% DEPENDIENDO DEL TIPO DE CIRUGÍA⁵, PUES LA VERDADERA INCIDENCIA ES DIFICIL DE DETERMINAR, COMO SE MUESTRA EN UN AMPLIO RANGO DE PUBLICACIONES EN LA LITERATURA²

SU ORIGEN ES MULTIFACTORIAL PERO CADA CAUSA AISLADA ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA LA APARICION DE ESTA PATOLOGIA¹, LOS DIVERSOS FACTORES DE RIESGO, LOS PODEMOS AGRUPAR EN:

- FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE: EDAD MAYOR A 60 AÑOS, SEXO MASCULINO, OBESIDAD (IMC>25), COMORBILIDADES COMO DM2 O INMUNOSUPRESION³

EL RIESGO DE FORMACIÓN DE UNA HERNIA INCISIONAL ES SIGNIFICATIVAMENTE MAS ALTO EN CIERTAS POBLACIONES, INCREMENTANDO CASI 50% EN PACIENTES CON OBESIDAD⁶

- FACTORES RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA: CIRUGÍA DE URGENCIA, CIRUGÍA GASTROINTESTINAL, REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, TÉCNICA Y MATERIAL DE SUTURA PARA EL CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, EXPERIENCIA DEL CIRUJANO³

LOS REPORTES DE INCIDENCIA DESPUES DE UNA LAPAROTOMIA POR LINEA MEDIA VARIAN DEL 3% AL 20%² Y ES LA INFECCION DE SITIO QUIRURGICO ES COMUNMENTE DOCUMENTADA COMO EL FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE MÁS IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO DE UNA HERNIA²

- FACTORES BIOLÓGICOS: SÍNTESIS DE COLÁGENO, TABAQUISMO, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES³

CUALQUIER PACIENTE QUE PRESENTE UNA HERNIA INCISIONAL DEBE SER CONSIDERADO PARA UNA REPARACIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA DESDE EL MOMENTO QUE SE DIAGNOSTICA¹, YA QUE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA HERNIA INCISIONAL MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCION DEL PACIENTE¹⁰ SIN EMBARGO, LOS RESULTADOS DE LA

REPARACIÓN DE UNA HERNIA INCISIONAL NO SON DE TODO SATISFACTORIOS YA QUE PRESENTAN TASAS DE RECURRENCIA DEL 31% AL 44% ⁴

- CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL

EN 1985, MUDGE Y HUDGES ESTIMARON LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL DESPUÉS DE CIRUGÍA ABDOMINAL EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 11%, SIN EMBARGO, AL FINAL DE LOS 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO, SOLO 60% DE LOS PACIENTES SE ENCONTRABAN DISPONIBLES PARA ANÁLISIS¹³.

LA TASA DE HERNIA INCISIONAL EN UNA LAPAROTOMÍA MEDIA SE ESTIMA EN TORNO AL 15-20% (50% EN ALGUNOS GRUPOS DE RIESGO) Y LA TASA DE EVISCERACIÓN EN TORNO AL 3%, POR LO QUE SUPONE UN PROBLEMA DE PRIMERA MAGNITUD¹⁴.

EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS SE HAN PUBLICADO ESTUDIOS CLÍNICOS, EXPERIMENTALES Y META ANÁLISIS PARA DETERMINAR CUALES ERAN LOS MEJORES MATERIALES Y MÉTODOS PARA EL CIERRE DE PARED ABDOMINAL⁵, LAS RECOMENDACIONES DE ESTOS ESTUDIOS ESTABLECÍAN QUE EL CIERRE CORRECTO DEBÍA REALIZARSE CON SUTURA CONTINUA, EN UN SOLO PLANO Y CON MATERIAL DE ABSORCIÓN LENTA.

OTROS ESTUDIOS CLÍNICOS Y EXPERIMENTALES HAN DEMOSTRADO QUE PARA MAYOR EFECTIVIDAD DE UNA SUTURA CONTINUA, ESTA SE DEBE REALIZAR CON UNA RELACIÓN LONGITUD DE LA SUTURA/LONGITUD DE LA INCISIÓN (LS/LI) DE 4:1 O SUPERIOR, TAL Y COMO LO DESCRIBIÓ JENKINS Y QUE SE LE CONOCE EN LA LITERATURA COMO REGLA 4:1¹⁵

LA RELACIÓN LS/LI MENOR DE 4:1 SE HA MOSTRADO COMO UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES TÉCNICOS ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE HERNIA INCISIONAL E INCLUSO ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN REHACER LA SUTURA SI NO SE CUMPLE LA PROPORCIÓN SUTURA/INCISIÓN ADECUADA¹⁵

LA SIGUIENTE EVOLUCIÓN EN EL CIERRE DE PARED ABDOMINAL FUE EL CAMBIO DEL CALIBRE DE LA SUTURA Y DE LA DISTANCIA ENTRE SI DE LOS PUNTOS. EN LOS ESTUDIOS PREVIOS EL CIERRE SE RELIZABA CON SUTURAS DE CALIBRE GRUESO (0/1), SEPARANDO LOS PUNTOS ENTRE SI 1 CM Y CON UNA DISTANCIA AL BORDE APONEUROTICO TAMBIÉN DE 1 CM (LLAMADA TÉCNICA DE PUNTOS O “BOCADOS GRANDES” –LARGE STITCHES-) CONSIGUIENDO DE ESTA MANERA LA RELACIÓN LS/LI MAYOR DE 4:1¹¹

EL GRUPO DE ISRAELSSON DESCRIBE LA REALIZACIÓN DEL CIERRE CON PUNTOS MAS PEQUEÑOS, SEPARADOS ENTRE SI 5 MM Y CON UNA DISTANCIA AL BORDE DE 5-9 MM, EMPLEANDO UN CALIBRE DE SUTURA MENOR (2-0) CON AGUJA PEQUEÑA. CON ESTE CAMBIO SE ASEGURA LA CONSECUICIÓN DE LA RELACIÓN 4:1 O SUPERIOR Y ADEMÁS SE DEMUESTRA UNA MENOR INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL Y UNA MENOR TASA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUE CON LA TÉCNICA DE PUNTOS GRANDES¹⁰. ESTA TÉCNICA SE HA DENOMINADO DE “PUNTOS PEQUEÑOS” (SHORT STITCHES) O DE PEQUEÑOS BOCADOS (SMALL BITES)¹⁵

LA SOCIEDAD EUROPEA DE LA HERNIA HA ELABORADO UNAS GUIAS CLÍNICAS SOBRE EL CIERRE DE LAS INCISIONES EN PARED ABDOMINAL, LAS CUALES SON:

1. EMPLEAR INCISIONES FUERA DE LA LÍNEA MEDIA
2. CIERRE DE LAPAROTOMÍA MEDIA CON SUTURA CONTINUA

3. EVITAR EL MATERIAL DE RÁPIDA ABSORCIÓN
4. USO DE MATERIAL MONOFILAMENTO DE ABSORCIÓN LENTA
5. SUTURA EN UNA ÚNICA CAPA, SIN CERRAR EL PERITONEO
6. UTILIZAR LA TÉCNICA DE PUNTOS PEQUEÑOS CON UNA LS/LI AL MENOS DE 4:1¹⁵

A PESAR DE TODO LO EXPUESTO, EXISTEN AUN INTERROGANTES EN LA MANERA DE PROCEDER CON EL CIERRE DE LAS INCISIONES EN LA PARED ABDOMINAL, COMO SON EL CIERRE DE LA LAPAROTOMÍA EN SITUACIONES DE URGENCIA, EN AMBIENTES CONTAMINADOS, COMO CERRAR LAS LAPAROTOMÍAS FUERA DE LÍNEA MEDIA O EL CIERRE EN SITUACIONES DIFÍCILES O EN PACIENTES DE RIESGO⁹

EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO Y SEGUIMIENTOS MAS LARGOS ESTA INCIDENCIA ES AUN MAYOR, DICHS FACTORES DE RIESGO QUE INCLUYEN OBESIDAD, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, ANEURISMA DE AORTA Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA⁷

- TÉCNICA QUIRÚRGICA

TODAS LAS INCISIONES QUE SE REALIZAN PARA ACCEDER A LA CAVIDAD ABDOMINAL, YA SEAN LAPAROTOMÍAS MEDIAS O INCISIONES DE INTRODUCCIÓN DE TROCARES EN LOS ABORDAJES LAPAROSCOPICOS, PUEDEN POTENCIALMENTE DESARROLLAR UNA HERNIA INCISIONAL.

UNA REVISION SISTEMATICA ENCONTRO QUE LA REPARACION DE UNA HERNIA SIN MALLA PROTESICA SE ASOCIA CON TASAS DE RECURRENCIAS DEL 12-54%, POR LO QUE ESTA INDICA SU COLOCACION

LA PROTESIS DE MALLA QUE MAS SE ACERCA A LA IDEAL DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE CUMBERLAND Y SCALES ES LA MALLA MONOFILAMENTO DE POLIPROPILENO LIGERA O REDUCIDA (PUES CONTIENE HASTA 70% MENOS MATERIAL QUE SUS ANTECESORES DE POLIPROPILENO PESADO), SU FUERZA TENSIL ES MAS PARECIDA A LA ABDOMINAL (20 N/CM CONTRA 16 N/CM DE LA PARED ABDOMINAL), MENOR RESTRICCION AL MOVIMIENTO EN EL POSTOPERATORIO, PERMITE MIGRACION Y PROLIFERACION DE FIBROBLASTOS Y ANGIOGENESIS ADECUADA

EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS DE LOS MATERIAES PROTESICOS

CLASIFICACION DE PARVIZ AMID (1997) DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LOS POROS Y SU COMPORTAMEINTO DURANTE LA INTEGRACION AL HUESPED EN:

- MACROPORO O TIPO I – POLIPROPILENO

ALTA TOLERANCIA EN PRESENCIA DE INFECCION, CON POROS MAYORES A 75 MICRAS, LO QUE PERMITE LA PERMEACION DE MACROFAGOS, FIBROBLASTOS, PROLIFERACION DE VASOS SANGUINEOS Y FIBRAS DE COLAGENA

SE HA DOCUMENTADO LA FORMACION DE FISTULAS Y ADHERENCIAS VISCERALES CUANDO SE PONE EN CONTACTO CON EL INTESTINO

- MICROPORO O TIPO II – POLITETRAFLUOROETILENO Y POLIESTER

INCIDENCIA DE RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHAHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

MATERIALES CON POROS MENORES A 75 MICRAS QUE NO PERMITEN LA PERMEACION DE MACROFAGOS Y FIBROBLASTOS, PERO SI DE LAS BACTERIAS, POR LO QUE EN CASO DE INFECCION, GENERALMENTE ES NECESARIO RETIRARLAS; PRESENTA MENOR INDICE DE FORMACION DE ADHERENCIAS CUANDO SE PONE EN CONTACTO CON VISCERAS

- MIXTAS O TIPO III

COEXISTENCIA DE MACRO Y MICROPORO

- ORGANICAS O TIPO IV - FABRICADAS CON MATRIZ DERMICA ACELULAR
- PARA HERIDAS CONTAMINADAS

CLASIFICACION DE ACUERDO A LOS COMPONENTES DEL MATERIAL

- NO ABSORBIBLES O TOTALMENTE SINTETICAS

MATERIALES UNICAPA, PERMANENTES EN LA INTEGRACION DE LA CICATRIZ

- CON CAPA DE MATERIAL ABSORBIBLE
- TOTALMENTE ABSORBIBLE – POLIGLACTINA 910

CLASIFICACION QUE HACE ALUSION A POSIBILIDAD DE CONTACTO VISCERAL

A) MALLAS QUE NO DEBEN SER COLOCADAS EN CONTACTO VISCERAL

EL MATERIAL PROTESICO DEBE SEPARARSE DE LAS VISCERAS ABDOMINALES PARA EVITAR LAS ADHERENCIAS A LA MALLA QUE PUEDEN SER FIRMES Y DIFICILES DE DISECAR, CUANDO SE GENERAN ADHERENCIAS ENTRE LA VISCERA Y EL MATERIAL PROTESICO SE PUEDEN PRODUCIR EROSIONES, FISTULAS Y OBSTRUCCION INTESTINAL

SE LE HA NOMBRADO INCIDE DE ADHESION A LA CAPACIDAD QUE TIENE LA MALLA PARA GENERAR ADHERENCIAS. KIUDELIS PROPONE UNA ESCALA, TOMANDO EN CUENTA 4 PARAMETROS: EL AREA DE LA MALLA QUE SE CUBRE DE ADHERENCIAS, EL GRADO DE VASCULARIZACION DE LAS ADHERENCIAS, EL GROSOR DE LAS ADHERENCIAS Y LA FUERZA DE LAS ADHERENCIAS. LA SUMATORIA DE LOS PUNTOS INDICA EL INDICE DE ADHESION, TOMANDO COMO 0 EL VALOR MINIMO Y 12 EL VALOR MAXIMO

LAS MALLAS DE MERSILENE Y PROLENE SE CUBREN DE ADHERENCIAS HASTA EN UN 75% DE SU SUPERFICIE, SUELEN SER FIRMES Y VASCULARIZADAS Y REQUIEREN PARA SEPARARLAS DE UNA DISECCION MAYOR

B) MALLAS QUE SE COLOCAN EN FORMA INTRAPERITONEAL

PUEDEN TENER CONTACTO VISCERAL Y SON CONOCIDAS COMO BICAPA O SEPARADORAS DE TEJIDOS

INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

COMO SU NOMBRE LO INDICA, SIRVEN PARA SEPARAR LOS TEJIDOS O VISCERAS DEL CONTACTO DIRECTO CON LA MALLA PERMANENTE Y EVITAR ADHERENCIAS, EROSION Y FISTULAS INTESTINALES O VISCERALES

-PTFEE (DUALMESH), LA MALLA DOBLE GORE-TEX TIENE DOS SUPERFICIES: LA PRIMERA ES LISA (MICROPOROS DE 3 MM) HECHA DE PTFEE Y LA SEGUNDA ES RUGOSA (MICROPOROS DE 22 MM). FUE DISEÑADA PARA COLOCAR SU SUPERFICIE LISA HACIA LOS ORGANOS INTRAABDOMINALES, TIENE BAJA INCIDENCIA DE EROSION DE VISCERAS, FORMACION DE FISTULAS, FORMACION DE ABSCESOS Y FORMACION DE ADHERENCIAS, POR QUE AL SER COLOCADA ES RAPIDAMENTE RECUBIERTA POR MESOTELIO

-POLIPROPILENO CON CUBRIMIENTO DE CARBOXIMETILCELULOSA Y HIALURONATO (SEPRAMESH) QUE ES UN MATERIAL PROTESICO CON DOBLE COMPONENTE: POLIPROPILENO MACROPOROSO EN UN LADO CON HIAURONATO DE SODIO Y CARBOXIMETILCELULOSA DEL OTRO LADO. FUE DISEÑADO PARA PROTEGER LAS VISCERAS ABDOMINALES Y FORMACION DE ADHERENCIAS DURANTE EL PERIODO CRITICO DE REMESOTELIZACION EN LA PRIMERA SEMANA POSTQUIRURGICA. LA PORCION ABSORBIBLE SE CONVIERTE EN UN GEL EN 48 HRS, PERMANECE SOBRE LA MALLA POR APROXIMADAMENTE 7 DIAS Y POSTERIORMENTE ES DEGRADA EN 28 DIAS

C) POLIESTER Y POLIPROPILENO CON COLAGENA Y RECUBIRMIENTO DE POLIETILENGLICOL Y GLICEROL (PARIETEX COMPOSITE) – SON MALLAS COMUESTAS DE MULTIFILAMENTO DE POLIESTER CON RECUBRIMIENTO ABSORBIBLE DE ATELOCOLAGENA TIPO I, CUBIERTA A SU VEZ POR UNA CAPA DE POLIETILENGLICOL ABSORBIBLE Y ANTIADHERENTE. LA CAPA DE COLAGENO PROMUEVE E CRECIMIENTO DE COLAGENO

SEGÚN LA CANTIDAD FINAL DE MATERIAL PROTESICO INCLUIDO DENTRO DE LA CICATRIZ

-ALTA DENSIDAD: 95-110 G/M2 (POLIPROLILENO CRISTALIZADO O MARLEX)

-MEDIANA DENSIDAD: 45-90 G/M2 (POLIPROLINEO O PROLENE)

-BAJA DENSIDAD: 35-38 G/M2. REDUCCION EN EL CONTENIDO DE POLIPROLINEO DE MAYOR TAMAÑO

EXISTEN VARIOS NIVELES EN LA PARED ABDOMINAL EN DONDE SE PUEDE COLOCAR UNA MALLA PARA REPARAR UNA HERNIA INCISIONAL:

A) SUBLAY O UNDERLAY (LA POSICION QUE DA MENOS INDICES DE RECIDIVA DE HASTA <10%) INTRAPERITONEAL O IPOM : MALLA SEPARADORA DE TEJIDO

PREPERITONEAL: RETROMUSCULAR

SUBAPONEUROTICA: POR DEBAJO DE LA APONEUROSIS ANTERIOR SOBRE EL MUSCULO

B) ONLAY

SUPRA-APONEUROTICA A MANERA DE PARCHO, SU EFECTIVIDAD ES PARECIDA A LA PREPERITONEAL SIEMPRE Y CUANDO SE CIERRE EL DEFECTO HERNIARIO CON SUTURAS

C) INLAY

COLOCACION DE UNA MALLA JUSTO DEL TAMAÑO DEL DEFECTO Y SUTURADA A LOS BORDES SIN CIERRE DE DEFECTO

D) MIXTA

SE COLOCA UN SEGMENTO DE MALLA PRE-PERITONEAL, RETRO-MUSCULAR O INTRA-PERITONEAL Y OTRO SEGMENTO SUPRA-APONEUROTICO

INCIDENCIA DE RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHAHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO
FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

EXISTEN EVIDENCIAS QUE DEMUESTRAN QUE EL CIERRE DEL DEFECTO HERNIARIO EN CIRUGÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA DEBE HACERSE EN FORMA RUTINARIA PUES AUMENTA LA EFECTIVIDAD DE LA PLASTIA

EN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, LA RECURRENCIA DESPUES DE LA TÉCNICA DE COLOCACION ONLAY, VARIA DEL 5.5% AL 14.8% DESPUES DE UN SEGUIMIENTO PROMEDIO DE 1 A 6.7 AÑOS Y EN OTRA REVISIÓN SISTEMÁTICA EN CONTROL QUE LA TASA DE RECURRENCIA DESPUES DE UNA REPARACIÓN SUBLAY VARIA DEL 1% AL 23% DESPUES DE UN SEGUIMIENTO PROMEDIO DE 1.7 A 6.7 AÑOS

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA HERNIA INCISIONAL ES UNA COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA COMÚN POSTERIOR A LA CIRUGÍA ABDOMINAL CON UNA INCIDENCIA QUE VARÍA DEL 2% AL 50% DEPENDIENDO DE LA LITERATURA.

TODO PACIENTE QUE PRESENTE UNA HERNIA INCISIONAL DEBE SER CONSIDERADO PARA UNA REPARACIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA DESDE EL MOMENTO EN QUE SE DIAGNOSTICA.

SIN EMBARGO, LA RECURRENCIA POSTERIOR A UNA REPARACIÓN PRIMARIA DE UNA HERNIA INCISIONAL INCREMENTA CONFORME EL SEGUIMIENTO ES REALIZADO YA QUE LA TASA DE RECURRENCIA HA SIDO PREVIAMENTE DESCRITA DEL 13% (EN SERIES DE SEGUIMIENTO DE 35 MESES) HASTA EL 32% (EN SERIES DE SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS).

EL DESARROLLO DE LA HERNIA INCISIONAL DEPENDE DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE, LA CUAL SE PUEDE DESARROLLAR EN DIFERENTES TIEMPOS DE LA CIRUGIA, PERO EL 90% DE ELLAS OCURREN DENTRO DE LOS PRIMEROS 3 AÑOS DE LA CIRUGIA³ AUNQUE CASI EL 50% LO HACEN DENTRO DEL PRIMER AÑO⁷

SIN EMBARGO, LA TASA PUEDE ESTAR INFRAVALORADA, YA QUE MENOS DEL 50% DE LAS HERNIAS INCISIONALES SE DETECTAN EN EL PRIMER AÑO, MIENTRAS QUE UN 35% SE DIAGNOSTICAN HASTA CINCO O MAS AÑOS DESPUES DE LA CIRUGIA⁴

V. JUSTIFICACION

LAS HERNIAS INCISIONALES SON UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS COMUNES DESPUES DE LA CIRUGIA ABDOMINAL, EN 1985, MUDGE Y HUDGES ESTIMARON LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL DESPUES DE CIRUGÍA ABDOMINAL EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 11%, SIN EMBARGO, AL FINAL DE LOS 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO, SOLO 60% DE LOS PACIENTES SE ENCONTRABAN DISPONIBLES PARA ANÁLISIS¹⁴.

POR LO TANTO, LA INCIDENCIA EXACTA DE HERNIA INCISIONAL ES DESCONOCIDA, PRESUNTAMENTE, LA AMPLIA VARIACIÓN EN LOS ABORDAJES ABDOMINALES, COMORBILIDADES ENTRE LOS PACIENTES Y LAS TECNICAS DE CIERRE QUIRURGICO DE LA PARED ADBOMINAL CONDICIONAN DIFERENTES TASAS DE INCIDENCIA ENTRE VARIAS POBLACIONES DE PACIENTES¹³

LA COMPLICACIÓN MAS SEVERA QUE PUEDE OCURRIR EN LA HISTORIA NATURAL DE UNA HERNIA ES LA INCARCERACION, LA CUAL ESTA ESTIMADA EN APROXIMADAMENTE 6-15% DE LOS CASOS⁷

LOS REPORTES DE INCIDENCIA DESPUES DE UNA LAPAROTOMIA POR LINEA MEDIA VARIA DEL 3% AL 20% E INCLUSO ES DOBLADO SI LA HERIDA PRESENTA INFECCION¹⁶, EL DESARROLLAR UNA RECURRENCIA DESPUÉS DE UNA REPARACIÓN PRIMARIA NO SOLO DISMINUYE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, SINO QUE TAMBIÉN REPRESENTA UN IMPORTANTE IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.

LA AMPLIA VARIACIÓN EN LOS CASOS REPORTADOS DE HERNIAS INCISIONES NO SON TOTALMENTE IMPROVISTOS, DEBIDO A LA HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS ESTUDIOS, LA CIRUGÍA REALIZADA Y LA DURACIÓN DEL SEGUIMIENTO

SE DEBE CONSIDERAR UN SEGUIMIENTO A TÉRMINO LARGO (5 A 10 AÑOS) DESPUÉS DE UNA PLASTIA DE HERNIA INCISIONAL PARA OBTENER EVIDENCIA CONSISTENTE EN TÉRMINOS DE RECURRENCIA Y ACTUALMENTE NO CONTAMOS CON ESTADÍSTICA ACTUALIZADA EN NUESTRO PAÍS.

NO HAY INTERVENCIONES ESTANDARIZADAS O PROCEDIMIENTOS AGREGADOS PARA PREVENIR UNA HERNIA INCISIONAL, POR LO QUE SE DEBEN TOMAR MEDIDAS PARA REDUCIR LA INDICENCIA DE LA HERNIA INCISIONAL, LOS ESTUDIOS FUTUROS DEBEN ENFOCARSE EN LAS CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES QUE DESARROLLAN UNA HERNIA INCISIONAL EN UN ESFUERZO PARA COMPRENDER Y BENEFICIAR CON MEDIDAS PROFILACTICAS PREVENTIVAS MAS ESTABLECIDAS⁶.

EL IMPACTO ECONOMICO POTENCIAL DE REDUCIR LA FRECUENCIA DE LAS HERNIAS INCISIONALES ES ASOMBROSO, EN ESTADOS UNIDOS, UN ESTUDIO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA RECIENTEMENTE NOTO UNA DISMINUCION DEL 3.5% DE LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL, RESULTANDO EN UN AHORRO DE 1.84 MILLONES DE DOLARES AL AÑO⁵

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿LA RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL ES MAYOR EN LOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN COMPARACIÓN CON LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL?

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR LA INCIDENCIA DE RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 ENERO 2017

OBJETIVOS ESPECIFICOS

DETERMINAR EL PERIODO DE LATENCIA PARA EL DESARROLLO DE UNA HERNIA INCISIONAL

DETERMINAR EL TERMINO DE LATENCIA PARA EL DESARROLLO DE LA RECIDIVA HERNIARIA

COMPARARA LAS TÉCNICAS DE REPARACIÓN EMPLEADAS EN LA REPARACIÓN PRIMARIA DE UNA HERNIA INCISIONAL

COMPARAR LAS TÉCNICAS DE REPARACIÓN EMPLEADAS EN LA REPARACIÓN DE UNA RECIDIVA HERNIARIA

EVALUAR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES QUE DESARROLLAN HERNIA INCISIONAL

VIII. HIPÓTESIS

LA RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL DEBE SER MAYOR EN LOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNÁNDEZ FIERRO EN COMPARACIÓN A LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

SE SOLICITARAN LOS EXPEDIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EGRESO “HERNIA VENTRAL” (CIE 10 K.43)

85 EXPEDIENTES (65 SEXO FEMENINO Y 20 SEXO MASCULINO)

2013 – 13 EXPEDIENTES (10 MUJERES Y 3 HOMBRES)

2014 – 19 EXPEDIENTES (13 MUJERES Y 6 HOMBRES)

2015 – 12 EXPEDIENTES (10 MUJERES Y 2 HOMBRES)

2016 – 27 EXPEDIENTES (23 MUJERES Y 4 HOMBRES)

2017 – 14 EXPEDIENTES (9 MUJERES Y 5 HOMBRES)

REVISIÓN DE NOTA DE INGRESO A CIRUGÍA GENERAL, NOTA POSTQUIRÚRGICA, HOJA DE ANESTESIOLOGÍA Y NOTAS DE CONSULTA SUBSECUENTE; SE RECABARAN DATOS DE MANERA MANUAL (SEXO, EDAD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, ÍNDICE TABÁQUICO, TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA, TIPO DE INCISIÓN UTILIZADA, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS, TÉCNICA UTILIZADA EN LA REPARACIÓN PRIMARIA, TIPO DE MATERIAL PROTÉSICO EMPLEADO, TÉCNICA UTILIZADA EN LA RECURRENCIA ASÍ COMO EL MATERIAL PROTÉSICO EMPLEADO Y EL TIEMPO DE DESARROLLO POSTERIOR A LA PRIMERA CIRUGÍA Y EN CASO DE EXISTIR RECURRENCIA, EL TIEMPO POSTERIOR A LA REPARACIÓN PRIMARIA

SE CREARÁ UNA BASE DE DATOS CON LA INFORMACIÓN RECABADA EN EL PROGRAMA MICROSOFT EXCEL Y PROCESAMIENTO EN SSPS VERSIÓN 21 PARA PC

SE CALCULARA LA INCIDENCIA DE LA HERNIA INCISIONAL ABDOMINAL Y DE LA RECURRENCIA DE LA HERNIA INCISIONAL ABDOMINAL

SE CALCULARA LA PREVALENCIA ANUAL DE HERNIA INCISIONAL ABDOMINAL Y DE LA RECURRENCIA DE LA MISMA

SE DETERMINARA EL PERIODO DE LATENCIA Y TERMINO DE LATENCIA PARA EL DESARROLLO DE UNA HERNIA INCISIONAL ASÍ COMO DE LA RECURRENCIA DE LA MISMA

SE COMPARARAN LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA REPARACIÓN PRIMARIA DE UNA HERNIA INCISIONAL ABDOMINAL Y LAS UTILIZADAS EN SU REPARACIÓN RECURRENTE

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

EXPEDIENTES DE PACIENTES FEMENINOS Y MASCULINOS QUE PRESENTAN EL DIAGNOSTICO DE EGRESO DE HERNIA VENTRAL

EXPEDIENTES DE PACIENTES CON EL DIAGNOSTICO MENCIONADO ENTRE LOS AÑOS 2013 Y 2017

EXPEDIENTES DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

EXPEDIENTES DE PACIENTES MENORES DE 99 AÑOS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

EXPEDIENTES DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

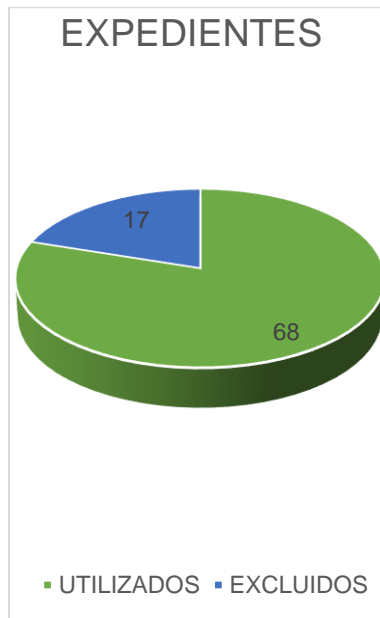
EXPEDIENTES QUE NO SE ENCUENTREN FÍSICAMENTE EN EL ARCHIVO DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

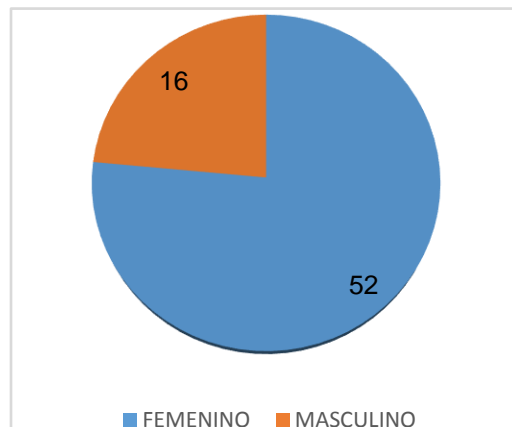
EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE PRESENTEN DIAGNOSTICO DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE

X. RESULTADOS

SE REVISARON 85 EXPEDIENTES EN SIMEF CON EL DIAGNOSTICO CIE.10 DE EGRESO DE "HERNIA VENTRAL", DE LOS CUALES 17 EXPEDIENTES FUERON EXCLUIDOS POR DIAGNOSTICO ERRONEO, PACIENTE CON TRATAMIENTO QUIRURGICO PENDIENTE Y OTRAS HERNIAS DE PARED ABDOMINAL.

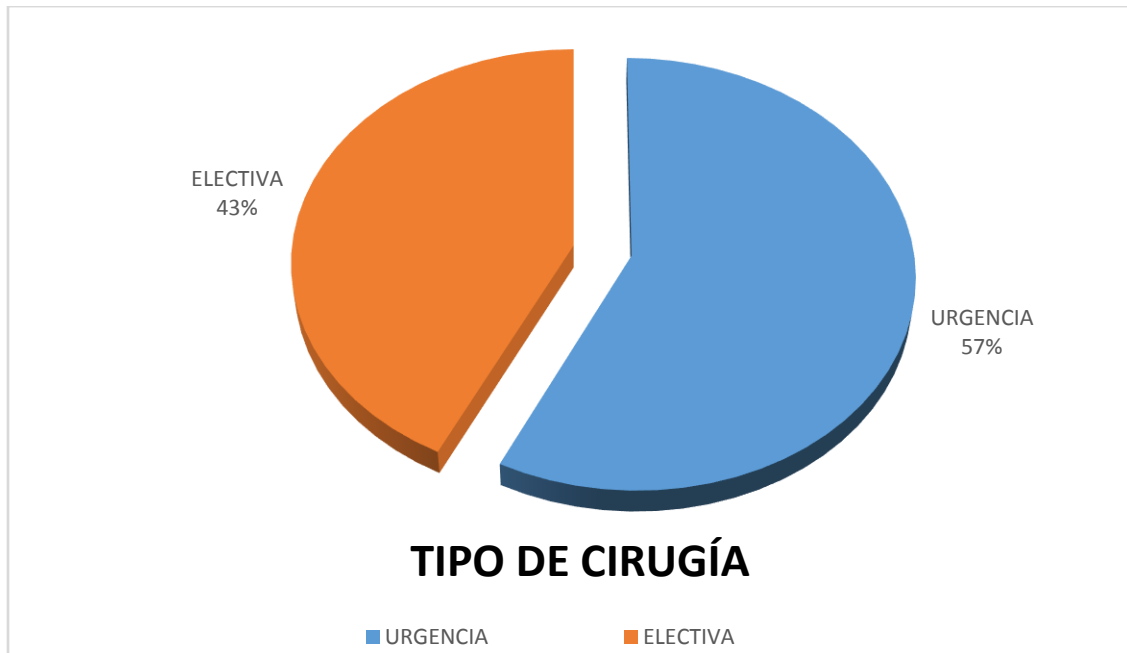


SE UTILIZARON 68 EXPEDIENTES, DE LOS CUALES 52 PERTENCEN A PACIENTES DE SEXO FEMENINO Y 16 A PACIENTES DE SEXO MASCULINO, AMBOS CON UN PROMEDIO DE EDAD DE 61 AÑOS.

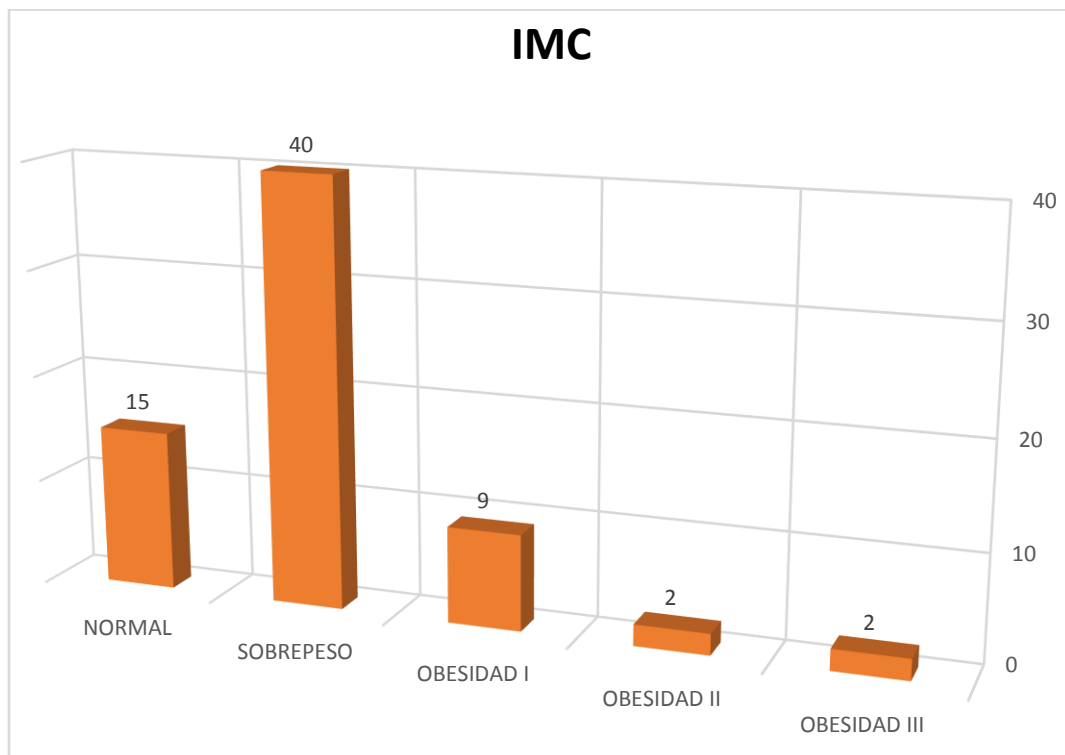


DEL TOTAL DE PACIENTES, 39 SE INTERVINIERON QUIRURGICAMENTE DE URGENCIA Y 29 PACIENTES SE OPERARON DE MANERA ELECTIVA.

INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017



LOS PACIENTES CONTABAN CON UN INDICE DE MASA CORPORAL; 15 CON PESO NORMAL, 40 CON SOBREPESO, 9 CON OBESIDAD GRADO 1, 2 CON OBESIDAD GRADO 2 Y 2 CON OBESIDAD GRADO 3.

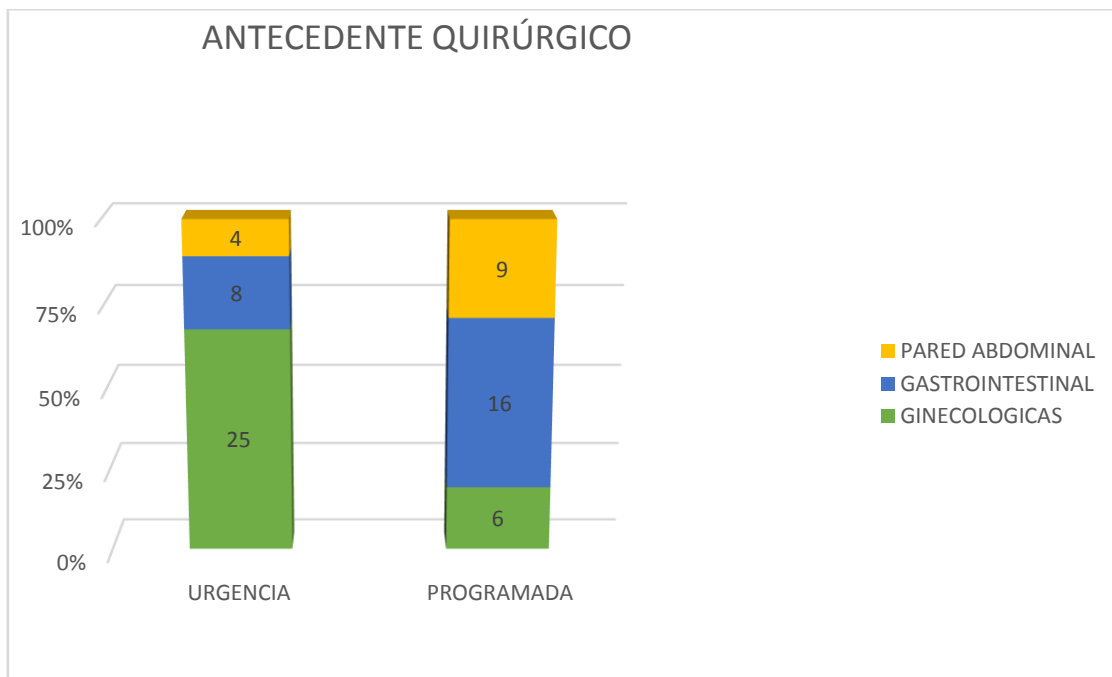
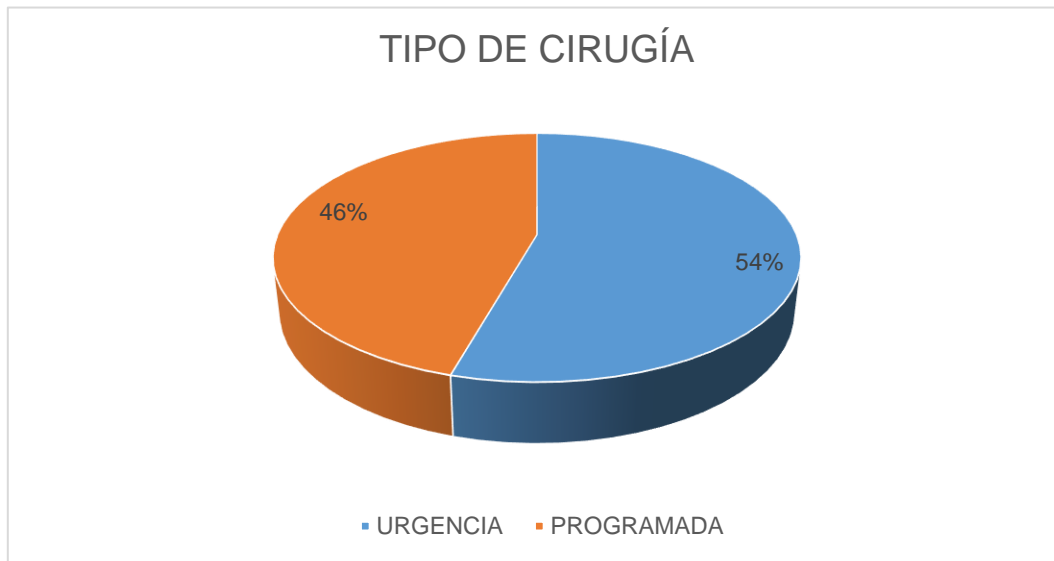


DE LOS 68 PACIENTES CON HERNIA INCISIONAL, TUVIERON COMO ANTECEDENTE QUIRURGICO PREVIO 37 CIRUGIAS DE URGENCIAS Y 31 PROGRAMADAS, DE LAS CIRUGIAS DE URGENCIA 25 FUERON DE TIPO GASTROINTESTINAL, 8 GINECOLOGICAS Y 4 DE PARED ABDOMINAL, MIENTRAS

INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

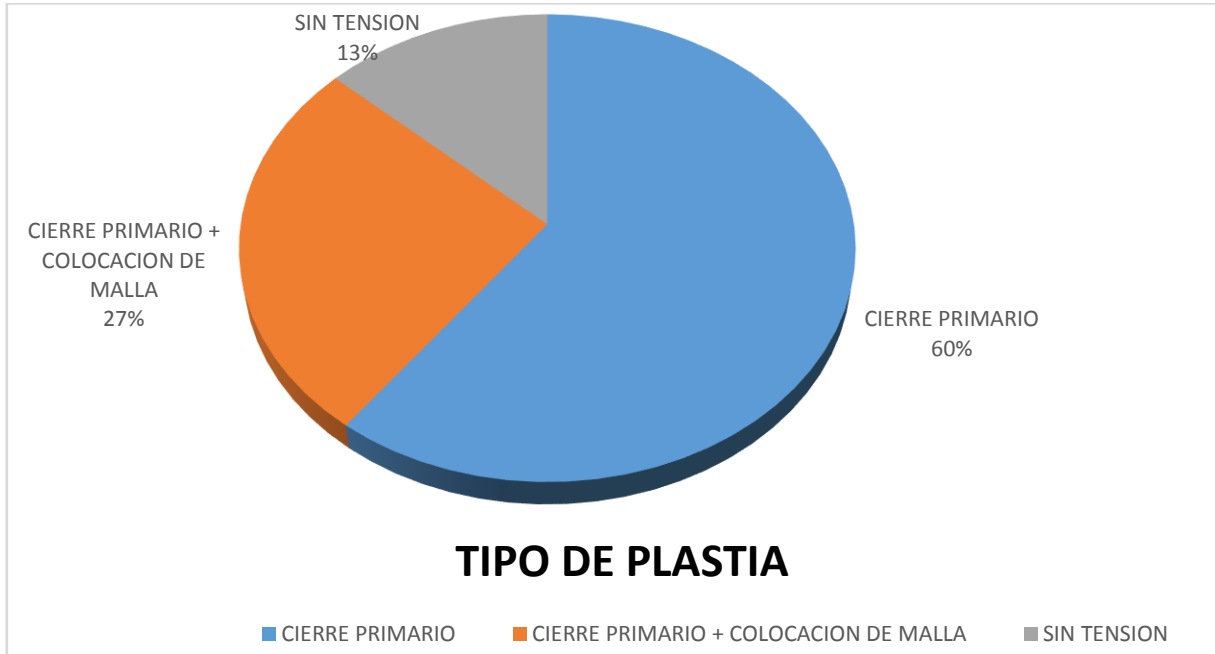
QUE DE LAS CIRUGIAS PROGRAMADAS; 16 FUERON GINECOLOGICAS, 9 DE PARED ABDOMINAL Y 6 GASTROINTESTINALES.

TIPO DE CIRUGÍA	GASTROINTESTINAL	GINECOLOGICAS	PARED ABDOMINAL
CIRUGÍA URGENCIA	25	8	4
CIRUGÍA PROGRAMDA	16	9	6



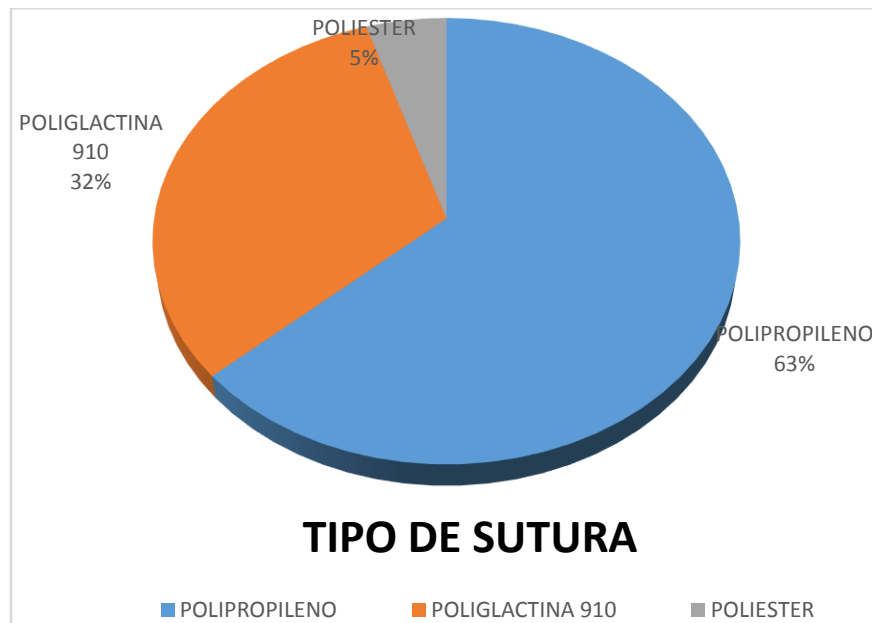
INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

TECNICA EMPLEADA EN PRIMERA CIRUGIA DE REPARACION DE HERNIA INCISIONAL FUE:

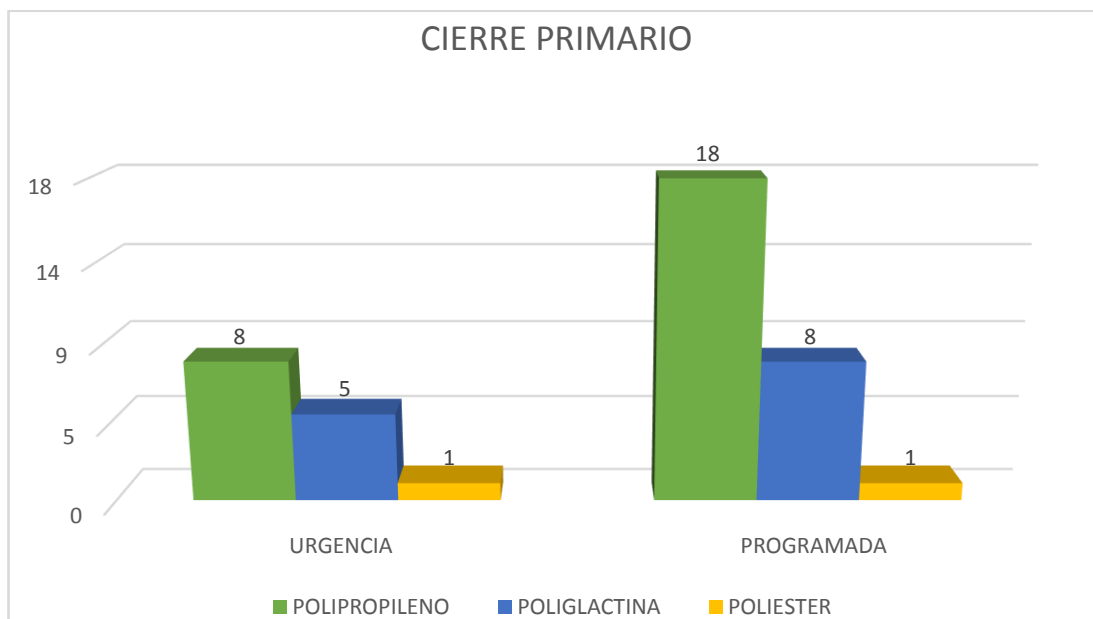


- TÉCNICA DE CIERRE PRIMARIO

TIPO DE CIRUGÍA	POLIPROPILENO	POLIGLACTINA 910	POLIESTER
URGENCIA	8	5	1
PROGRAMADA	18	8	1
TOTAL	26	13	2

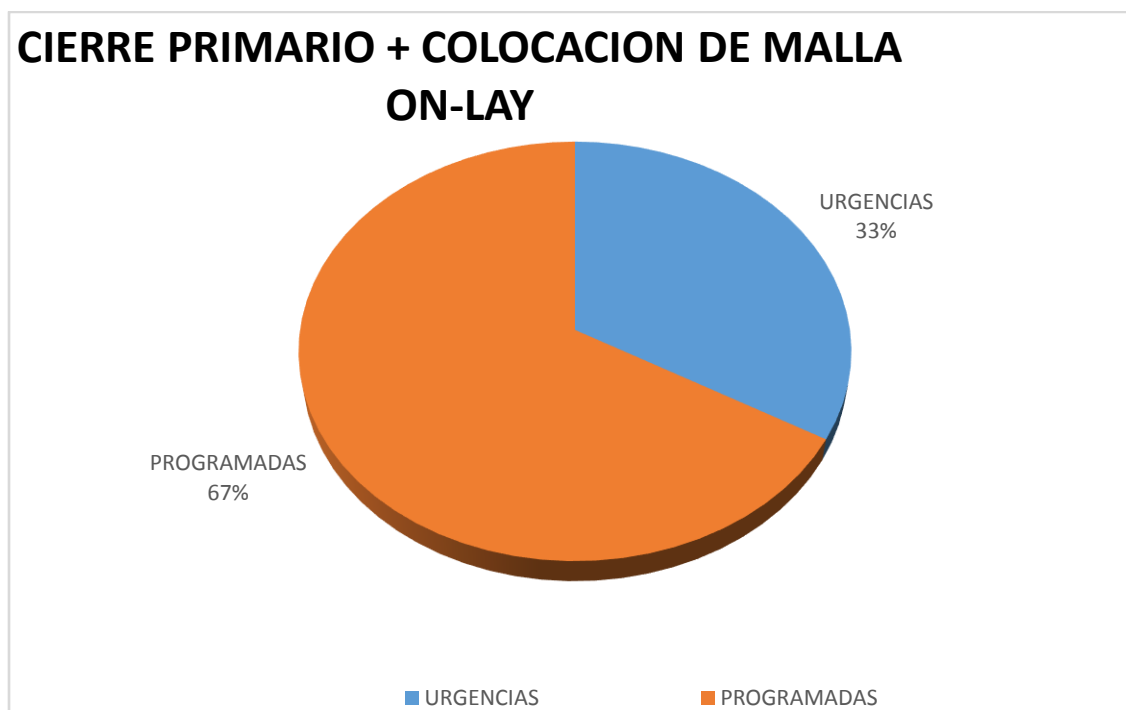


INCIDENCIA DE RECURRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017



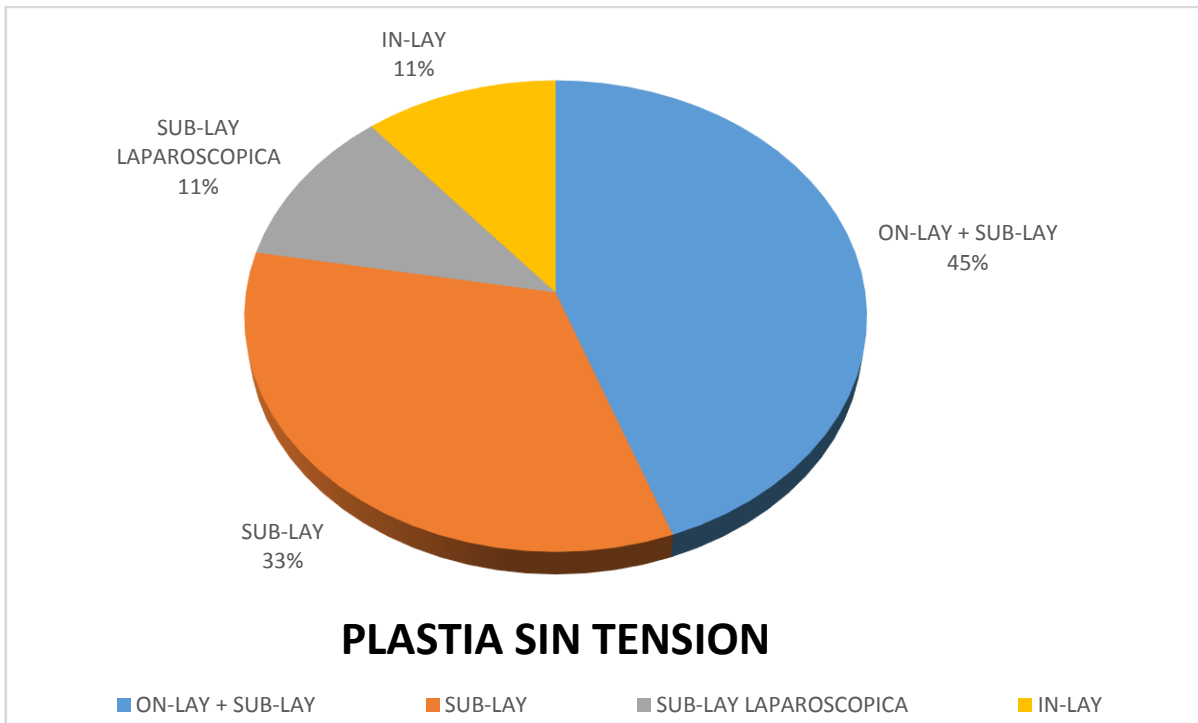
*CIERRE PRIMARIO + COLOCACION MALLA

TÉCNICA	URGENCIA	PROGRAMADA
CIERRE PRIMARIO + COLOCACIÓN DE MALLA ON-LAY	6	12



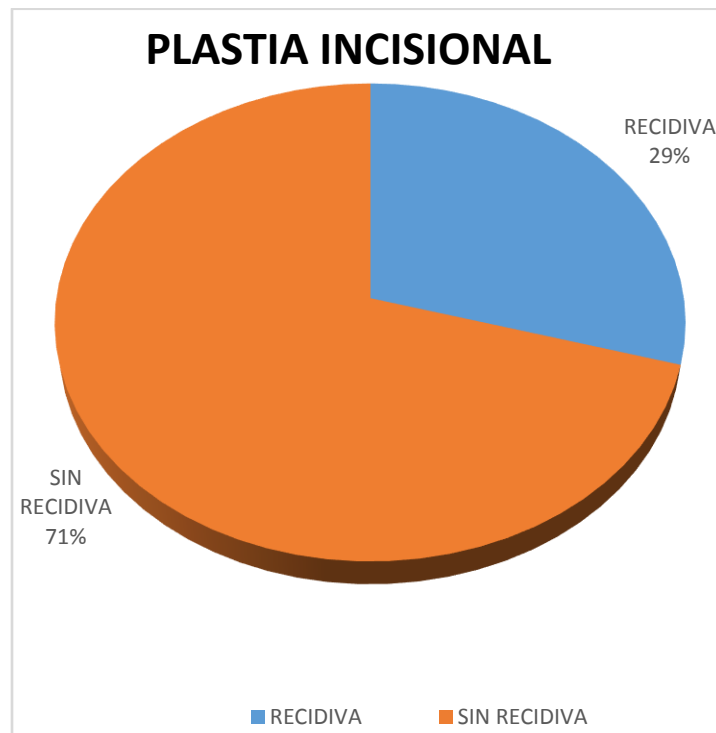
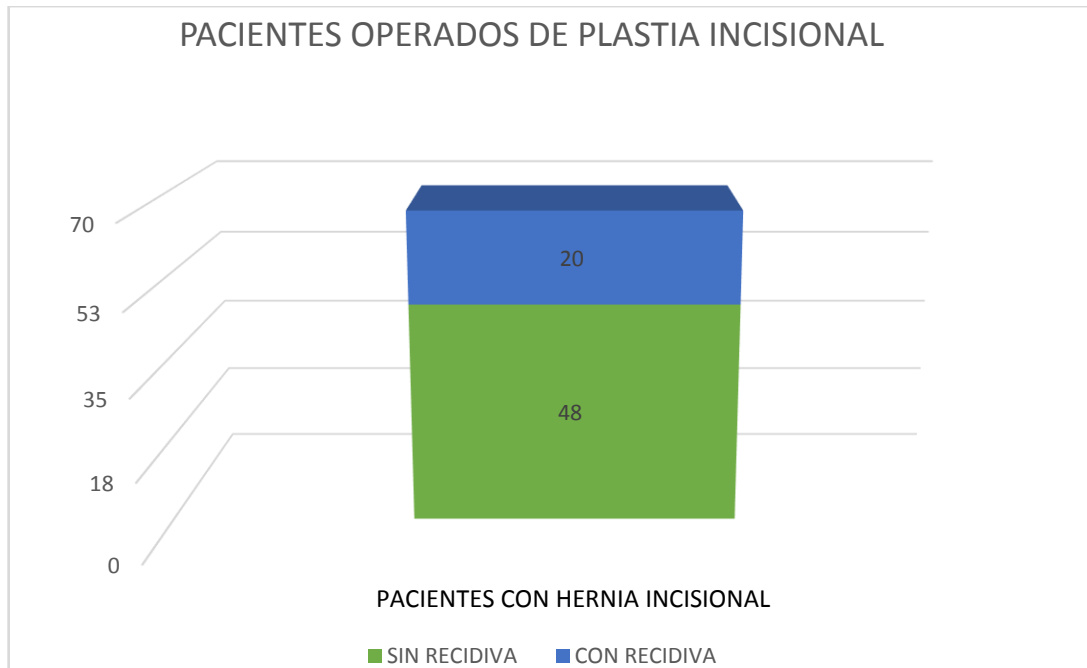
INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

TÉCNICA SIN TENSIÓN	NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS
ON-LAY + SUB-LAY	4
SUB-LAY	3
SUB-LAY LAPAROSCOPICA	1
IN-LAY	1



DE 68 PACIENTES ESTUDIADOS, PRESENTARON RECIDIVA HERNIARIA 20 PACIENTES, CON TIEMPO DE RECIDIVA EL MAYOR A 5 AÑOS Y EL MENOR A LOS 4 MESES

INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

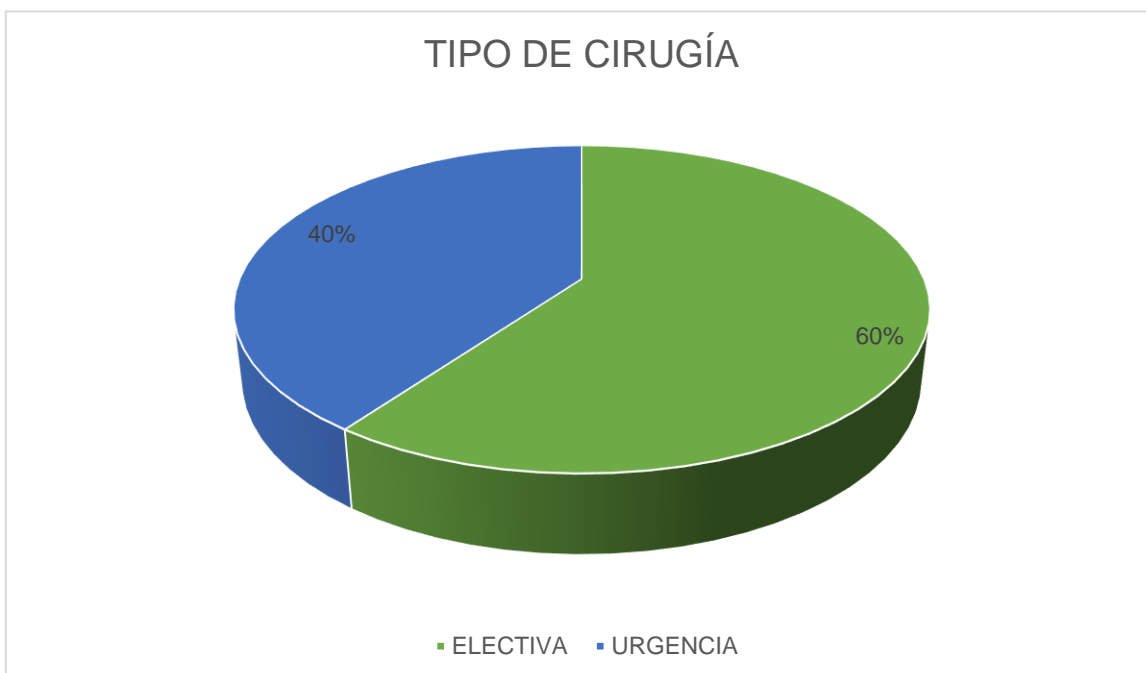
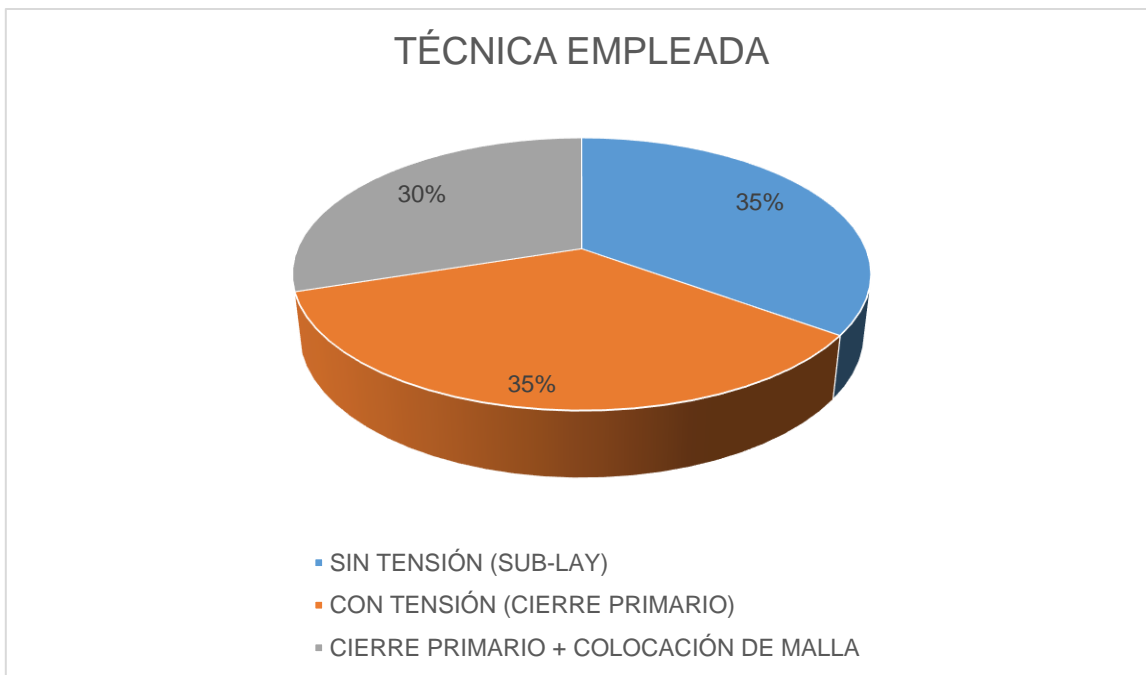


EL TIPO DE CIRUGÍA Y LA TECNICA EMPLEADA EN LA PLASTIA DE PARED ABDOMINAL POR HERNIA RECIDIVANTE FUE

TIPO DE CIRUGÍA	NÚMERO DE PLASTIAS
ELECTIVA	12
URGENCIA	8

INCIDENCIA DE RECUERRENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO 2013 AL 01 DE ENERO DE 2017

TÉCNICA EMPLEADA	NÚMERO DE PLASTIAS
SIN TENSIÓN (SUB-LAY)	7
CON TENSIÓN (CIERRE PRIMARIO)	7
CIERRE PRIMARIO + COLOCACIÓN DE MALLA	6



XI. DISCUSIÓN

DE LOS 85 EXPEDIENTES REVISADOS, SE INCLUYERON DENTRO DEL UNIVERSO DE ESTUDIO 68, EN LOS CUALES ENCONTRAMOS UNA MAYOR INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN EL SEXO FEMENINO (52%), DEL TOTAL DE LOS 68 CASOS ESTUDIADOS SE APRECIA QUE LA MAYORIA DE ELLOS (57.3%) SE INTERVINIERON DE MANERA URGENTE CONTRA EL 42.7% QUE LO HIZO DE MANERA ELECTIVA, ENCONTRANDO UNA ALTA TASA DE ENCARCERACION.

SE ENCONTRÓ QUE LOS PACIENTES CON UN SOBREPESO DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL FUERON LOS QUE PRESENTARON UNA MAYOR INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL, LO CUAL ES COMPARATIVO CON LO DESCRITO EN LA BIBLIOGRAFIA.

COMO ANTECEDENTE QUIRURGICO, SE ENCONTRO QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES CON HERNIA INCISIONAL, LA DESARROLLARON A PARTIR DE UNA CIRUGIA DE TIPO URGENTE (54%), PREDOMINANDO EL TIPO GASTROINTESTINAL EN PRIMER LUGAR, SEGUIDA DE CIRUGIA GINECOLOGICA Y EN TERCER LUGAR DE UNA HERNIA PRIMARIA DE PARED ABDOMINAL, EN COMPARACION CON LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA PROGRAMADA (46%) DONDE TAMBIEN PREDOMINO EL TIPO DE CIRUGIA GASTROINTESTINAL, SEGUIDO DEL TIPO GINECOLOGICO Y EN ULTIMO LUGAR DE HERNIA PRIMARIA DE PARED ABDOMINAL.

LA TECNICA EMPLEADA EN LA PLASTIA DE HERNIA INCISIONAL FUE CON CIERRE PRIMARIO (60%) EN PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA COMO PROGRAMADOS; EL TIPO DE SUTURA EMPLEADA MAS FRECUENTE FUE EL POLIPROPILENO EN EL 63% DE LOS CASOS, SEGUIDO DE LA POLIGLACTINA 910 EN EL 32% DE LOS CASOS Y EN ULTIMO LUGAR EL POLIESTER EN EL 5%

LA TECNICA EMPLEADA EN LA PLASTIA DE PARED ABDOMINAL EN SEGUNDO LUGAR FUE EL CIERRE PRIMARIO CON COLOCACION DE MALLA PROTESICA DE POLIPROPILENO CON TECNICA ON-LAY, EN EL 27% DE LOS CASOS Y PREDOMINANDO EN LOS PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS.

LA TECNICA MENOS EMPLEADA (EN EL 13%) FUE SIN TENSION, PREDOMINANDO LA TECNICA EN SANDWICH (SUB-LAY + ON-LAY), SEGUIDA DE LA SUB-LAY ABIERTA, SUB-LAY LAPAROSCOPICA Y EN ULTIMO LUGAR LA IN-LAY.

DE LOS 68 EXPEDIENTES REVISADOS, PRESENTARON RECIDIVA HERNIARIA 20 PACIENTES, LO QUE EQUIVALE AL 29%, EL TIPO DE CIRUGIA EN LA RECIDIVA HERNIARIA FUE EN 60% DE MANERA ELECTIVA CONTRA EL 40% DE MANERA URGENTE POR ENCARCERACION, SIENDO LAS TECNICAS EMPLEADAS PARA SU REPARACION SIN TENSION (SUB-LAY) EN EL 35% DE LOS CASOS Y CON TENSION (CIERRE PRIMARIO) EN EL MISMO NUMERO DE CASOS (35%), MIENTRAS QUE EN TERCER LUGAR, EMPLEADA EN EL 30% DE LOS CASOS FUE EL CIERRE PRIMARIO CON COLOCACION DE MALLA PROTESICA ON-LAY.

XII. CONCLUSIÓN

SE ENCUENTRA UNA INCIDENCIA DE RECIDIVA DE HERNIA INCISIONAL DE PARED ABDOMINAL DEL 29% A LOS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LOS DERECHOHABIENTES DE NUESTRA INSTITUCION, LA CUAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA BIBLIOGRAFÍA.

SE EVALUO EL INDICE DE MASA CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE UNA HERNIA INCISIONAL, ENCONTRANDO QUE LOS PACIENTES CON SOBREPESO PRESENTAN UN MAYOR RIESGO QUE LOS PACIENTES CON ALGUN GRADO DE OBESIDAD, SIN EMBARGO NO SE PUDO EVALUAR LA RELACIÓN DEL INDICE TABAQUICO DEBIDO A LA FALTA DE INFORMACION EN LOS EXPEDIENTES.

NO SE PUDO EVALUAR LA RELACION ENTRE SEROMA Y/O INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA EN LA PRIMERA LAPAROTOMIA Y EN LA PRIMERA PLASTIA DE PARED ABDOMINAL DEBIDO A FALTA DE INFORMACION EN EL EXPEDIENTE.

SE DEBEN MEJORAR LAS TECNICAS DE CIERRE DE LAPAROTOMIA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL; EN PRIMERA INSTANCIA ES DE IMPORTANCIA CONOCER LA TECNICA DE CIERRE DE LAPAROTOMIA Y SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS EN LA BIBLIOGRAFIA.

LA MAYORIA DE LAS RECIDIVAS HERNIARIAS OCURRIERON POSTERIOR A LA PLASTIA INCISIONAL CON TECNICA DE CIERRE PRIMARIO QUE CON LA TECNICA DE COLOCACION MALLA ON-LAY, POR LO QUE SE RECOMIENDA EN LA PRIMERA REPARACION DE HERNIA INCISIONAL EL CIERRE PRIMARIO CON COLOCACION DE MALLA PROTESICA.

LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RECIDIVA HERNIARIA FUERON EN IGUAL NUMERO CON TECNICA SUB-LAY Y CIERRE PRIMARIO, SEGUIDO DE CIERRE PRIMARIO CON COLOCACION DE MALLA, SIN EMBARGO, NO SE CUENTA CON SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE RECIDIVA DE HERNIA INCISIONAL, POR LO QUE PODRIA SER UN ESTUDIO A FUTURO PARA DETERMINAR LA EFICACIA DE CADA TECNICA.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1-GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA-TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL EN EL ADULTO – OCTUBRE 2014 – ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL
- 2- THE MODERN MANAGEMENT OF INCISIONAL HERNIAS – DAVID L SANDERS, ANDREW KINGSNORTH – CLINICAL REVIEW – UPPER GASTROINTESTINAL SURGERY, ROYAL CORNWALL HOSPITAL – MAY 2012
- 3 – INCISIONAL HERNIA: RISK FACTORS INCIDENCE, PATHOGENESIS, PREVENTION AND COMPLICATIONS – ISMAT MUTWALI – SCHOLARS JOURNAL OF APPLIED MEDICAL SCIENCES - 2015
- 4 - CIRUGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA Y HERNIA INCISIONALEVIDENCE-BASED SURGERY AND INCISIONAL HERNIA
- 5- META-ANALYSIS ON MATERIALS AND TECHNIQUES FOR LAPAROTOMY CLOSURE: THE MATCH REVIEW – HENRIKSEN, DEERENBERG – WORLD JOURNAL OF SURGERY – SCIENTIFIC REVIEW 2018
- 6- THE TREATMENT OF INCISIONAL HERNIA – ULRICH, SIMEONE, JOHAN LOCK – REVIEW ARTICLE – DTSCH ARZTEBL INT 2018; 115: 31–7
- 7 - IMPACT OF INCISIONAL HERNIA DEVELOPMENT FOLLOWING ABDOMINAL OPERATIONS ON TOTAL HEALTHCARE COST – VAMSI, JIANYING - MARCH 2017 – SURGICAL ENDOSCOPY
- 8 – PROFILAXIS DE LA HERNIA INCISIONAL Y UTILIZACION DE MALLAS. REVISIÓN NARRATIVA – PILAR HERNANDEZ-GRANADOS, MANUEL LOPEZ-CANO, SALVADOR MORALES-CONDE – CIRUGIA ESPAÑOLA, REVISION DE CONJUNTO – FEBRERO 2018
- 9 – IMPACT OF OBESITY ON POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC AND OPEN INCISIONAL HERNIA REPAIR, A PROSPECTIVE COHORT STUDY – PATRICI HAMID ALIZAI, ANNE ANDERT, ERIC LELAONA – INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY 48 (2017) 220-224
- 10 – THE RESULT OF EXPANDED-POLYTETRAFLUOROETHYLENE MESH REPAIR IN DIFICULT ABDOMINAL WALL DEFECTS – TARKAN ÜNEL, SELMA SÖKMEN, TUFAN EGELI – ASIAN JOURNAL OF SURGERY 2018
- 11 – LONG-TERM FOLLOW-UP (AT 5 YEARS) OF MIDLINE INCISIONAL HERNIA REPAIRS USING A PRIMARY CLOSURE AND PROSTHETIC ONLAY TECHNIQUE: RECURRENCE AND QUALITY OF LIFE – M. JUVANY, C. HOYUELA, F. CARVAJAL – ORIGINAL ARTICLE HERNIA 2018 SPRINGER
- 12 – IMPACT OF SURGICAL SITE INFECTIONS ON ELECTIVE INCISIONAL HERNIA SURGERY: A PROSPECTIVE STUDY – MONTSERRAT JUVANY, CARLOS HOYUELA, MIGUEL TRIAS – ORIGINAL ARTICLE OF SURGICAL INFECTIONS COLUME 19, NUMBER 3, 2018
- 13 – IMPORTANCE OF RECURRENCE RATING, MORPHOLOGY, HERNIAL GAP SIZE AND RISK FACTORS IN VENTRAL AND INCISIONAL HERNIA CLASSIFICATION – U.A. DIETZ, M.S. WINKLER, R.W. HÄRTEL - ORIGINAL ARTICLE HERNIA 2014 SPRINGER
- 14 – INCISIONAL HERNIA IN THE ELDERLY: RISK FACTORS AND CLINICAL CONSIDERATIONS – PIETRO CAGLIA, ANGELO TRACIA, LAURA BORZI, LUCA AMODEO – INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY 12 (2015) S164-S169 ELSEVIER
- 15 – PREVENTION OF INCISIONAL HERNIAS; HOW TO CLOSE A MIDLINE INCISION – LEIF A. ISRAELSSON, DANIEL MILLBOURN – SURGICAL CLINICAL OF NORTHAMERICA 93 (2013) 1027-1040
- 16 - BALANCING MESH-RELATED COMPLICATIONS AND BENEFITS IN PRIMARY VENTRAL AND INCISIONAL HERNIA SURGERY. A META-ANALYSIS AND TRIAL SEQUENTIAL ANALYSIS - MANUEL LÓPEZ-CANO , LIDIA A. MARTIN-DOMINGUEZ, JOSÉ ANTONIO PEREIRA, MANUEL ARMENGOL-CARRASCO – PLOS ONE RESEARCH ARTICLE JUNE 2017