Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso

Trabajo de Titulación previa a la obtención del Título de Médico General

AUTOR:
Carolina Estefanía Piedra Palomino

DIRECTOR:
Dr. Esp. Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso

Loja – Ecuador

2022

Educamos para Transformar

Certificación del trabajo de titulación

Loja, 21 de mayo del 2021

Dr. Esp. Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico: -

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de titulación denominado: **Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso**, previo a la obtención del título de **Médico General;** de la autoría de la estudiante. **Carolina Estefanía Piedra Palomino**; con **cédula de identificación** Nro **1104998404** una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Dr. Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso
Director del trabajo de titulación

Autoría

Carolina Estefanía Piedra Palomino, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firmado electrónicamente por:
CAROLINA ESTEFANIA PIEDRA PALOMINO

Firma

Cédula: 1104998404

Fecha: 6 de enero del 2023

Correo institucional: carolina.piedra@unl.edu.ec

Teléfono: 0988900029

Carta de autorización del trabajo de titulación por parte del autor (a) para la consulta de producción parcial o total y publicación electrónica de texto completo.

Yo, **Carolina Estefanía Piedra Palomino** declaro ser autora del presente trabajo de titulación, denominado: **Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso,** como requisito para optar el título de **Médico general,** autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de enero del dos mil veintitrés.

Firmado electrónicamente por:
CAROLINA
ESTEFANIA PIEDRA
PALOMINO

Firma:

Autora: Carolina Estefanía Piedra Palomino

Cedula: 1104998404

Dirección: Pio Montufar y Antonio Vivaldi

Correo: carolina.piedra@unl.edu.ec

Celular: +593 0988900029

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director del trabajo de titulación: Dr. Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso, Esp.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso

Vocal: Dra. Melva Fabiola Ordoñez Salinas

Vocal: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas las personas que formaron parte de la investigación, lo cual me permitió realizar la presente investigación, quienes son mi apoyo incondicional, que son mi motivación e inspiración para cualquier adversidad en mi vida. A mis amigos y familiares que forman parte de mis metas y logros.

Carolina Estefanía Piedra Palomino.

Agradecimiento

Un agradecimiento especial a los doctores, Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso y Elvia Ruiz, quienes asesoraron el desarrollo de este proyecto. A la Universidad Nacional de Loja y el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, quienes aportaron de una u otra forma al diseño y ejecución del proyecto.

Carolina Estefanía Piedra Palomino.

Índice de contenido

Paginas preliminares

Portada ..... **i**

Certificación del trabajo de titulación ..... **ii**

Autoría ..... **iii**

Carta de autorización del trabajo de titulación por parte del autor (a) para la consulta de producción parcial o total y publicación electrónica de texto completo ..... **iv**

Dedicatoria ..... **v**

Agradecimiento ..... **vi**

Índice de contenido ..... **vii**

Índice de tablas viii

Índice de anexo ix

1. Titulo **1**

2. Resumen **2**

3. Introducción **4**

4. Marco teórico **6**

4.1. Hernias inguinales 6

4.1.1. Definición. 6

4.1.2. Epidemiologia. 6

4.1.3. Anatomía. 6

4.1.4 Fisiopatología. 8

4.1.4.1 Factores predisponentes y desencadenantes de hernias. 8

4.1.5. Diagnostico. 9

4.1.5.1. Clínica. 9

4.1.5.2. Estudios de imagen. 10

4.1.6. Clasificación de Nyhus de las hernias inguinales. 10

4.1.6. Tratamiento. 11

4.1.6.1- Acceso abierto. 11

4.1.6.2. Acceso laparoscópico. 11

4.2. Técnica de Liechtenstein 13

4.2.1. Descripción. 13

4.2.2. Biomateriales. 13

4.2.3. Técnicas de fijación. 14

4.3. Complicaciones 14

4.3.1. Dolor. 14

4.3.2. Seroma. 15
4.3.3. Infección. 15
4.3.4. Hematoma. 15
4.3.5. Recurrencia de hernia. 16
4.3.6 Otras. 16
4.3.6.1 Orquitis. 16
4.3.6.2. Retención urinaria. 17
4.3.6.3. Íleo y obstrucción intestinal. 17
4.3.6.4. Lesiones viscerales. 17
4.3.6.5. Lesiones vasculares. 18
5. Metodología 19
6. Resultados 21
7. Discusión 24
8. Conclusiones 27
9. Recomendaciones 28
10. Bibliografía 29
11. Anexos 33

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución por sexo y edad de pacientes con diagnóstico de hernia inguinal. 21
Tabla 2. Distribución por sexo y edad de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein 21
Tabla 3. Distribución de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein 21
Tabla 4. Distribución por lateralidad y edad de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein 22
Tabla 5. Complicaciones post hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en pacientes atendidos en el Hospital 22
Tabla 6. Descripción de las complicaciones post hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en pacientes atendidos en el Hospital 23

Índice de anexos

Anexo 1. Registro de información 33

Anexo 2. Certificación de pertinencia del título del trabajo de investigación 34

Anexo 3. Autorización legal del coordinador de docencia del Hospital 36

Anexo 4. Certificado de traducción del trabajo de titulación 37

Anexo 5. Certificado de tribunal de grado …….37

1. Titulo

Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso.

2. Resumen

La hernia inguinal es una protrusión anómala del tejido por un defecto fijado en alguna de las paredes circundantes. Es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial, en Loja la morbilidad de hernia inguinal, según el INEC en el 2017, represento un total de 463 egresos hospitalarios. Se justifica el presente trabajo porque se hizo hincapié en el manejo de esta patología, a sus factores epidemiológicos, las técnicas relacionadas con la recurrencia e incluso las necesidades hospitalarias. El objetivo fue determinar las complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros en Loja, específicamente conocer la frecuencia de la hernia inguinal según la edad y sexo, identificar la localización anatómica y describir las complicaciones presentes. Este estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con un total de en 145 pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, de los cuales 73 pacientes se les realizo la hernioplastia con técnica de Lichtenstein. Los datos fueron obtenidos del registro de información de los pacientes y los resultados encontrados fueron: 51% de sexo masculino en mayores o iguales a 60 años de edad. La localización anatómica más frecuente fue la izquierda con un 29%. El 49 % de los pacientes presentaron complicaciones, como: dolor, recurrencia de hernia y parestesia. Concluimos que las complicaciones presentadas post hernioplastia Lichtenstein fueron menores a las esperadas, lo cual hace de esta técnica, una de las más adecuadas para los pacientes que presenten esta patología.

Palabras clave: Complicaciones posoperatorias, hernia inguinal, adhesivos tisulares.

2.1 Abstract

A hernia in the inguinal area is the result of an abnormal protrusion of tissue due to a defect in the surrounding wall. According to INEC, inguinal hernias represented 463 of the total hospital discharges in Loja in 2017. The following research work focuses on the management of this pathology, to its epidemiological factors, techniques related to recurrence and even hospital needs. Specifically, the main interested in knowing the frequency of inguinal hernias based on age and gender at Manuel Ygnacio Monteros Hospital in Loja, as well as identifying the anatomical location, and describing the complications that resulted from inguinal hernioplasty using the Lichtenstein technique. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study, with a total of 145 patients attending the Manuel Ygnacio Monteros Hospital, of which 75 patients underwent hernioplasty with the Lichtenstein technique. The data obtained from the patients' information registry, showed that 51% of the patients were male and over or equal to 60 years of age. Moreover, the 29% of patients showed pain on the left side. Additionally, forty-nine percent of the patients presented complications such as pain, recurrence of hernia and paresthesia. In conclusion, Lichtenstein hernioplasty presented fewer complications than expected, making it an appropriate technique for patients with this disease.
Keywords: Postoperative complications, hernia, inguinal, tissue adhesives.

3. Introducción

Aunque la hernia pueda aparecer en diversos lugares, estos defectos se observan con más frecuencia en la pared abdominal, sobre todo en la región inguinal (Malangoni y Rosen, 2017, p.1092). Las técnicas quirúrgicas se pueden clasificar en técnicas de cirugía abierta, como las técnicas de abordaje anterior no protésicas o con malla y las técnicas de abordaje posterior" (Granda, Correa y Quispe, 2016).

La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial. Por ejemplo, en Estados Unidos el procedimiento de hernia inguinal representa cerca de 800 000 casos anuales (Díaz y Ramírez, 2017).

En México en el Hospital General de Tacuba el 2% presentaron complicaciones tempranas, como el hematoma en el sitio de colocación de los trocares (Díaz y Ramírez, 2017).

En cambio, en la ciudad de Córdova, Argentina los pacientes intervenidos mediante hernioplastías inguinales por vía laparoscópica en la Clínica Universitaria Reina Fabiola presentaron 17% complicaciones. 75% fueron tempranas y 25% complicaciones tardías (Biurrun *et al*, 2018).

Una de las técnicas con prótesis más aceptada es la de Linchtenstein. "La técnica de Linchtenstein como el gold estándar en la reparación de la hernia inguinal primaria" (Turiño, et al, 2018, p.160).

En nuestro país, como el resto del mundo, oscila entre el 3 al 5 % de la población general. (Rivas, Izurieta, Emén y Ruiz, 2017). Y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) la hernia inguinal representa una morbilidad de 14 572 a nivel nacional. En Guayaquil se realizó un estudio en el Hospital Abel Gilbert Pontón, donde la muestra fue de 295 pacientes, de los cuales 85,43% fueron hombres, con predominio derecho en un 52,9%. Y la complicación más frecuente fue la infección en herida quirúrgica (Haz y Chango, 2017). En nuestra ciudad (INEC, 2017), la morbilidad de hernia inguinal representa 463 del total de los egresos hospitalarios. Sin embargo, se desconocen muchos otros datos, como en quienes es más prevalente, cual es la técnica empleada y las posibles complicaciones.

Conociendo los datos antes mencionados nos formulamos la siguiente problemática **¿**Cuáles son las complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros en Loja, en el periodo mayo del 2019 a mayo del 2020?.

El desarrollo de este proyecto es relevante para crear una base de datos que permita relacionar el ámbito internacional con la realidad local actual para de esta forma disminuir, de

alguna manera, la brecha existente entre lo teórico y lo práctico. Al conocer las complicaciones más frecuentes en el hospital podemos dar hincapié al manejo de esta patología (optimización de protocolos de tratamiento), pudiendo determinar factores epidemiológicos, técnicas relacionadas con la recurrencia, necesidades hospitalarias. Sin lugar a duda esta investigación beneficiara al personal médico porque tendrán un criterio extra al sugerir a los pacientes la intervención quirúrgica de hernias inguinales, así como a los pacientes porque les brindaran los cuidados y las observaciones necesarias que podrían tener en cuenta para la realización de estas intervenciones.

Esta investigación se encuentra acorde a las "Prioridades de investigación en salud 2013-2017" del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el Área 16: Gastrointestinales, línea Hernia inguinal y femoral, sublínea complicaciones. Además, se encuentra en la línea de investigación de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, específicamente se encuentra incluido en la problemática de la línea 3: Salud enfermedad del adulto y adulto mayor.

Los objetivos acordes a la problemática planteada y de interés para la autora son los siguientes: conocer la frecuencia de la hernia inguinal según la edad y sexo en pacientes mayores de 20 años de edad sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso; identificar la localización anatómica más frecuente de la hernia inguinal en los pacientes mayores de 20 años sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso; y describir las complicaciones presentes en pacientes mayores de 20 años sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso.

4. Marco teórico

4.1. Hernias inguinales

4.1.1. Definición.

Hernia es una palabra derivada del latín (significa rotura). La hernia se define como una protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto fijado en alguna de las paredes circundantes. Aunque la hernia pueda aparecer en diversos lugares, estos defectos se observan con más frecuencia en la pared abdominal, sobre todo en la región inguinal. Las hernias de la pared abdominal solo ocurren cuando la aponeurosis y la fascia no están cubiertas por músculo estriado. Las hernias inguinales se clasifican como directas o indirectas. Esta distinción posee muy poca relevancia dado que la reparación quirúrgica de ambos tipos de hernia es similar. Se produce una hernia en pantalón cuando existe un componente hemiario directo e indirecto. (Malangoni y Rosen, 2017, p.1092).

4.1.2. Epidemiologia.

Las hernias inguinales indirectas y las femorales se dan más en el lado derecho. Este hecho se imputa al retraso en la atrofia del conducto peritoneo vaginal tras un descenso normal, más lento, del testículo derecho hasta el escroto durante el desarrollo fetal. Se cree que el predominio de las hernias femorales derechas obedece al efecto de taponamiento del colon sigmoideo sobre el conducto femoral izquierdo. La prevalencia de las hernias aumenta con la edad, sobre todo la de las inguinales, umbilicales y femorales. La probabilidad de estrangulación y la necesidad de hospitalización también aumentan con el envejecimiento. La estrangulación, la complicación grave más común de las hernias, ocurre solo en un 1-3% de las inguinales y es más frecuente en los dos extremos de la vida. La mayoría de las hernias estranguladas son hernias inguinales indirectas, aunque las femorales poseen la tasa más alta de estrangulación de todas las hernias y, por esta razón, se recomienda reparar todas las hernias femorales en cuanto se diagnostiquen (Malangoni y Rosen, 2017, p.1093).

4.1.3. Anatomía.

Las hernias indirectas protruyen por fuera de los vasos epigástricos inferiores, a través del anillo inguinal profundo. Las hernias inguinales directas protruyen hacia la línea media con respecto a los vasos epigástricos inferiores, en el triángulo de Hesselbach. Los bordes del triángulo son el ligamento inguinal en sentido inferior, el borde externo de la vaina del músculo recto del abdomen hacia la línea media y los vasos epigástricos inferiores en dirección superolateral. Las hernias femorales protruyen a través de un anillo femoral pequeño y rígido. Los bordes del anillo femoral incluyen el haz iliopúbico y el ligamento inguinal en sentido anterior, el ligamento de Cooper en sentido posterior, el ligamento lagunar hacia la línea media y la vena femoral hacia afuera. El acceso laparoscópico para la reparación de hernias

proporciona una perspectiva posterior del espacio peritoneal y preperitoneal. Los puntos de referencia intraperitoneal son los cinco pliegues peritoneales, la vejiga, los vasos epigástricos inferiores y el músculo psoas. Existen dos espacios potenciales en el espacio preperitoneal. Entre el peritoneo y la lámina posterior de la fascia transversalis se encuentra el espacio de Bogros (preperitoneal). Esta área contiene grasa preperitoneal y tejido areolar. El borde más interno del espacio preperitoneal, que se encuentra por arriba de la vejiga, se conoce como espacio de Retzius. La vista posterior permite la visualización del orificio miopectíneo de Fruchaud, una porción relativamente débil de la pared abdominal que es dividida por el ligamento inguinal.

El espacio vascular se sitúa entre las láminas posterior y anterior de la fascia transversalis y da cabida a los vasos epigástricos inferiores. La arteria epigástrica inferior irriga al músculo recto abdominal. Es rama de la arteria iliaca externa y forma anastomosis con la arteria epigástrica superior, una continuación de la arteria torácica interna. La vena epigástrica transcurre paralela a las arterias en la vaina del músculo recto anterior, por detrás del músculo recto del abdomen.

La inspección del anillo inguinal interno revela la ubicación profunda de los vasos epigástricos inferiores. Los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico se originan juntos del primer nervio lumbar (L1). El nervio ilioinguinal surge en el borde externo del músculo psoas mayor y pasa en dirección oblicua a través del músculo cuadrado lumbar. El nervio iliohipogástrico se origina de T2-L1. Después de perforar la pared abdominal profunda, transcurre entre el músculo oblicuo interno y el músculo transverso del abdomen, dando inervación a ambos. Se divide en las ramas cutáneas laterales y anteriores. Una variante común para los nervios iliohipogástricos e ilioinguinales es la salida alrededor del anillo inguinal superficial como una entidad aislada. El nervio genitofemoral se origina de L1-L2 y transcurre a lo largo del retroperitoneo y sale en la cara anterior del músculo psoas. Más tarde se divide en las ramas genital y femoral.

La rama genital penetra al conducto inguinal por fuera de los vasos epigástricos inferiores y transcurre en dirección ventral hacia los vasos iliacos y haz iliopúbico. En varones, transcurre a través del anillo inguinal superficial y la inervación al escroto ipsolaterales y músculo cremáster. En mujeres, proporciona inervación al monte de Venus y labios mayores ipsolaterales. La rama femoral transcurre a lo largo de la vena femoral, dando inervación a la piel de la porción anterosuperior del muslo. El nervio cutáneo femoral lateral se origina de L2-L3, surge por fuera del músculo psoas al nivel de L4 y atraviesa el músculo iliaco en dirección oblicua hacia la espina iliaca anterosuperior. Pasa hacia abajo del ligamento inguinal donde se divide para dar inervación a la cara externa del muslo.

La anatomía preperitoneal que se observa en la reparación laparoscópica de las hernias ha llevado a la identificación de áreas anatómicas importantes de interés, conocidas como triángulo del peligro, triángulo del dolor y círculo de la muerte. El triángulo del peligro está delimitado en dirección interna por el conducto deferente y por fuera por los vasos del cordón espermático. El contenido del espacio incluye los vasos celiacos externos, vena iliaca circunfleja profunda, nervio femoral y rama genital del nervio genitofemoral. El triángulo del dolor está delimitado por el haz iliopúbico y los vasos gonadales e incluye el nervio cutáneo femoral lateral, rama femoral del nervio genitofemoral y nervios femorales. El círculo de la muerte es una continuación vascular formada por los vasos iliacos comunes, iliaca interna, obturatriz, epigástrica inferior e iliacos externos. (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p. 1496-1500).

4.1.4 Fisiopatología.

La mayor parte de hernias de los adultos se consideran defectos adquiridos en la pared abdominal, con predisposición genética. La presencia de un proceso vaginal permeable probablemente predispone al paciente al desarrollo de una hernia inguinal. La probabilidad depende de la presencia de otros factores de riesgo como debilidad inherente en los tejidos, antecedentes familiares y actividad extenuante. La exploración microscópica de la piel de pacientes con hernia inguinal demostró una disminución significativa en la proporción de colágeno de tipo I/III. Existen múltiples factores causales, tanto ambientales como hereditarios (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1500-1502).

4.1.4.1 Factores predisponentes y desencadenantes de hernias.

- Tos
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Obesidad
- Esfuerzo (aumento de la presión intraabdominal)
- Estreñimiento
- Prostatismo
- Embarazo
- Peso al nacimiento < 1 500 g
- Antecedentes familiares de hernia
- Maniobra de Valsalva
- Ascitis
- Posición erecta

- Colagenopatías congénitas
- Síntesis defectuosa de colágeno
- Incisión previa en el cuadrante inferior derecho
- Aneurismas arteriales
- Tabaquismo
- Cargar objetos pesados
- Ejercicio físico (Torrico y Mejía, 2007, p. 43).

4.1.5. Diagnostico.

4.1.5.1. Clínica.

El abultamiento de la región inguinal representa el dato diagnóstico principal en la mayoría de las hernias de esta zona. La mayoría de los pacientes tendrán dolor o molestias vagas en la región, pero un tercio de los casos estarán asintomáticos. Las hernias inguinales no suelen causar mucho dolor salvo que se encarcelen o estrangulen. Si no existe ninguna manifestación física, hay que sospechar otras causas del dolor. Algunos pacientes experimentan parestesias debidas a la compresión o irritación de los nervios inguinales por la hernia. En la región inguinal pueden aparecer masas diferentes a las hernias. La exploración física permite, en muchos casos, diferenciar entre una hernia inguinal y estas masas Hay que explorar la región inguinal colocando al paciente en decúbito supino y bipedestación. El examinador procederá a una inspección visual y palpación de la región inguinal, observando asimetrías, abultamientos o masas. Para facilitar la identificación de la hernia se puede pedir al paciente que tosa o efectúe una maniobra de Valsalva. El examinador debe introducir la yema de un dedo en el conducto inguinal y repetir la exploración. Por último, se colocará la yema de un dedo en el conducto inguinal, invaginando el escroto para detectar una pequeña hernia. Toda protrusión que se desplace de la cara lateral a la medial en el conducto inguinal sugiere una hernia indirecta. Si el abultamiento progresa de la parte profunda a la superficial, a través del suelo inguinal, se sospechará una hernia directa. Todo abultamiento inferior al ligamento inguinal es compatible con una hernia femoral.

Cualquier abultamiento inguinal, descrito por el paciente, que no se pueda reconocer en la exploración supone un dilema. Si se pide al paciente que se ponga de pie y camine durante un tiempo, a veces se pueden ver o palpar masas herniarias no diagnosticadas. Si existe una sospecha firme de hernia, pero no se logra detectar, vale la pena repetir la exploración en otro momento (Malangoni y Rosen, 2017, p.1097)

4.1.5.2. Estudios de imagen.

En el caso de diagnóstico dudoso, pueden utilizarse los estudios radiográficos como auxiliar a la anamnesis y exploración física. En casos evidentes, los estudios son innecesarios y costosos. La modalidad radiológica más común incluye ecografía, tomografía computarizada (CT) y resonancia magnética nuclear (MRI). Cada técnica tiene ciertas ventajas sobre la exploración física; sin embargo, se acompañan de limitaciones potenciales.

La ecografía es la técnica con menor penetración corporal y no aplica radiación al paciente. Las estructuras anatómicas pueden identificarse con facilidad por la presencia de referencias anatómicas óseas; sin embargo, como existen pocos huesos en el conducto inguinal, se utilizan otras estructuras como los vasos epigástricos inferiores para definir la anatomía. Se utiliza presión intraabdominal positiva para desencadenar la herniación del contenido abdominal. El desplazamiento de este contenido a través del conducto es esencial para establecer el diagnóstico por ecografía y la falta de este movimiento puede ocasionar un resultado negativo falso. Tomografía computarizada que muestra una gran hernia inguinal derecha. También se observa una pequeña hernia inguinal izquierda requiere penetración corporal y la disponibilidad limitada restringe su uso sistemático. La MRI, cuando se utiliza para diagnosticar hernia inguinal, por lo general se reserva para casos donde la exploración física detecta una protrusión inguinal y la ecografía no es concluyente (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1504).

4.1.6. Clasificación de Nyhus de las hernias inguinales.

Es una clasificación basada en criterios anatomofuncionales del estado del anillo inguinal profundo y de la pared posterior. Donde considera no solo los tipos anatómicos de hernias sino también, aspectos clínicos como la recurrencia, y al reparar cada tipo de una forma diferente, aplica el criterio de técnica quirúrgica individualizada (Pardo, Casamayor y Rodriguez, 2021, p. 4). Esta clasificación consta de 4 tipos:

Tipo I: Hernia inguinal indirecta: anillo inguinal interno normal

Tipo II: Hernia inguinal indirecta: anillo inguinal interno dilatado, pero pared inguinal posterior intacta; sin desplazamiento de los vasos epigástricos inferiores profundos

Tipo III: Defecto de la pared posterior

A. Hernia inguinal directa

B. Hernia inguinal indirecta: anillo inguinal interno dilatado, que comprime medialmente o destruye la fascia transversal del triángulo de Hesselbach

C. Hernia femoral

Tipo IV: Hernia recurrente

A. Directa

B. Indirecta

C. Femoral

D. Combinada (Malangoni y Rosen, 2017, p.1097).

4.1.6. Tratamiento.

4.1.6.1- Acceso abierto.

La reparación abierta de la hernia inguinal se subdivide en técnicas que utilizan prótesis para crear una reparación sin tensión y aquellas que reconstruyen el piso inguinal utilizando los tejidos originales. Las reparaciones con tejidos están indicadas cuando existen contraindicaciones para el uso de material protésico. La exposición de la región inguinal anterior es similar para todos los accesos abiertos. Se realiza una incisión oblicua u horizontal sobre la región inguinal. El saco de hernia indirecto por lo general se encuentra en la superficie antero externa del cordón espermático después de la división del músculo cremáster en la dirección de sus fibras. Se visualiza el nervio genital a lo largo de la superficie inferior externa del cordón adyacente a la vena espermática externa. El piso del conducto inguinal se valora en busca de hernias directas. Si no se visualizan hernias al momento de la entrada al conducto inguinal, debe explorarse el espacio preperitoneal en busca de hernias femorales. Además de la identificación del saco, deben identificarse el conducto deferente y los vasos del cordón espermático para permitir la disección del saco del cordón. Al nivel del borde del saco, la presencia de dos capas de peritoneo plegadas sobre sí mismas revelará un borde blanquecino, lo que ayuda en la identificación del saco (Malangoni y Rosen, 2017, p.1505).

4.1.6.2. Acceso laparoscópico.

Las reparaciones laparoscópicas de hernia inguinal refuerzan la pared abdominal a través de un acceso posterior. Cualquier paciente con contraindicación para el uso de anestesia general no debe ser sometido a reparación laparoscópica de hernia inguinal. La mayor parte de los cirujanos están de acuerdo en que el acceso laparoscópico a hernias inguinales bilaterales o recurrentes es mejor que el acceso abierto. Debe considerarse la reparación simultánea de hernias inguinales si un paciente con hernia es programado para otro procedimiento laparoscópico no contaminado, como prostatectomía. Las guías de la International Endohernia Society (IEHS) ofrecen recomendaciones grado A de que se prefieran TEP y TAPP a otras reparaciones alternativas como la de Lichtenstein para hernias recurrentes después de reparaciones abiertas anteriores. La posibilidad de reparación bilateral debe analizarse con los pacientes sometidos a reparación laparoscópica de hernia inguinal. En las siguientes secciones

se destacan las técnicas de reparación laparoscópica de hernia inguinal realizadas más a menudo (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1509).

Procedimiento transabdominal preperitoneal. El acceso transabdominal confiere la ventaja de una perspectiva intraperitoneal, que es útil para hernias bilaterales, defectos en hernias grandes y cicatrización por cirugía abdominal baja previa. Se induce el neumoperitoneo a presión de 15 mmHg. Se colocan dos trócares de 5 mm en una posición lateral y ligeramente inferior al trócar umbilical, evitando la lesión de los vasos epigástricos inferiores. El paciente se coloca en posición de Trendelenburg y se explora la pelvis.

Se observan la vejiga, los ligamentos umbilicales medianos y medio, los vasos iliacos externos y epigástricos inferiores. Se realiza una incisión en el peritoneo en el ligamento umbilical medial, 3 a 4 cm por arriba del defecto herniario el cual se desplaza alejándose de la línea media hasta la espina iliaca anterosuperior. Para reparación bilateral de hernia inguinal, es recomendable realizar incisiones peritoneales bilaterales, dejando un puente de tejido en la línea media para evitar la lesión de uraco potencialmente permeable.

El borde inferior del peritoneo se separa y la disección del peritoneo expone el cordón espermático. Si se encuentra una hernia directa, el saco se invierte y se fija al ligamento de Cooper para evitar el desarrollo de hematomas o seromas. Un saco herniario indirecto por lo general protruye anterior al cordón espermático. En este caso, el saco se sujeta y se eleva hacia arriba del cordón y se diseca un espacio por debajo del saco para permitir la colocación de la malla. Se disecan las adherencias del saco y el cordón. Se desarrolla en el espacio preperitoneal y se fija en sentido medial al ligamento de Cooper utilizando una grapadora espiral. Durante esta situación, el cirujano palpa el extremo de la grapa desde la superficie abdominal para asegurar que se encuentre en el ángulo apropiado y estabilizada con la pelvis. La malla se desplaza y se fija en sentido lateral a la espina iliaca anterosuperior. Se colocan grapas por arriba del haz iliopúbico para evitar la lesión del nervio cutáneo lateral del muslo y la rama femoral del nervio genitofemoral. Los bordes peritoneales se aproximan utilizando grapas o suturas intracorporales con el fin de estabilizar la malla. El peritoneo se cierra por completo para evitar contacto entre la malla y el intestino. Se elimina el CO2 y se retiran los trócares. El defecto aponeurótico en el trócar de 12 mm se cierra de manera apropiada, al igual que las incisiones cutáneas.

Procedimiento totalmente extraperitoneal**.** La ventaja de la reparación TEP es el acceso al espacio preperitoneal sin la infiltración intraperitoneal. En consecuencia, este método reduce los riesgos de lesión a órganos intraabdominales o la herniación en los sitios de colocación de los trócares a través de defectos yatrógenos en la pared abdominal. Al igual que con el

procedimiento TAPP, el procedimiento TEP está indicado para la reparación de hernias inguinales bilaterales o para hernias unilaterales cuando la cicatrización hace difícil el acceso anterior.

No son necesarias modificaciones para la reparación de hernias inguinales bilaterales con el método TEP. Cualquier desgarro del peritoneo debe ser reparado antes de eliminar el dióxido de carbono para evitar el contacto de la malla con estructuras intraperitoneales. Después de la colocación de la malla, se desinfla el espacio preperitoneal con lentitud bajo visión directa para asegurar la posición apropiada de la malla. Se retiran los trócares y se cierra la vaina del recto anterior con puntos de sutura separados (Bertoni, Roche, Brandi, 2018, p. 1-19).

4.2. Técnica de Liechtenstein

4.2.1. Descripción.

Malangoni y Rosen (2017), afirma "Consiste en amoldar una pieza de malla protésica no absorbible al conducto. Se crea una hendidura en el borde distal y lateral de la malla para acomodar el cordón espermático. Existen prótesis comerciales premoldeadas" (p.1110).

4.2.2. Biomateriales.

Los materiales de origen natural o sintético, que tienen como finalidad conseguir una función específica en el organismo humano, reemplazando parcial o totalmente a tejidos dañados. La biocompatibilidad de un material se define como la capacidad que tiene para realizar su función, con una apropiada respuesta del receptor. Las ideas clásicas sobre biocompatibilidad siempre se han referido básicamente a los efectos de los diferentes biomateriales sobre el huésped, pero excluyen posibles interferencias del sistema biológico del propio receptor sobre dicho biomaterial. Las propiedades básicas: buena integración tisular con los tejidos receptores; buen comportamiento en la interfaz peritoneal; óptima resistencia mecánica post-implante.

La zona del implante del material protésico debe estar en perfectas condiciones, de manera que cualquier alteración en este (p. ej., la presencia de gérmenes) puede provocar el rechazo por parte del organismo receptor del biomaterial, aun siendo totalmente biocompatible. Existe siempre una reacción del receptor contra el biomaterial cuya finalidad es eliminarlo o aislarlo mediante encapsulación.

Como sucede en todo mecanismo normal de reparación tisular, los leucocitos neutrófilos son las primeras células que acuden al lugar del implante. Su papel es esencialmente fagocitario. A las 24 o 48 horas son reemplazados por los monocitos-macrófagos. Estas células son esenciales, ya que modulan el proceso inicial reparativo a través de la producción de citosinas y factores de crecimiento. Las siguientes fases comprenden, al igual que en toda

cicatrización, la proliferación fibroblástica y la angiogénesis, junto con la aparición de matriz extracelular, con intervención de múltiples factores de crecimiento. El tejido conectivo formado se ordena alrededor del biomaterial, lo que da lugar a una encapsulación de este. Dependiendo de la estructura del biomaterial (mayor o menor porosidad) la invasión del tejido conectivo varía, dando lugar a diferentes disposiciones espaciales. Finalmente, el proceso termina con la remodelación de todo el tejido neoformado, mecanismo en el que intervienen como enzimas principales las metaloproteinasas. El proceso de integración del biomaterial en los tejidos está directamente relacionado con la estructura de este. Es la presencia de porosidad o no del material la que modula la integración tisular y la penetración celular en los diferentes intersticios de la prótesis, y la que facilita la angiogénesis (Bellon, 2013, p. 231-236).

4.2.3. Técnicas de fijación.

Independientemente del material de prótesis, el método de fijación continúa como motivo de controversia. La sutura, grapado y fijación con dispositivos mecánicos implica la perforación de los tejidos, lo que puede causar inflamación, lesión neurovascular y desarrollo de dolor crónico. Por el contrario, la fijación inapropiada de la prótesis puede ocasionar migración de la malla, reparación fallida, dolor por la presencia de la malla y recurrencia de la hernia. La malla puede fijarse con un adhesivo derivado de la fibrina y se han desarrollado mallas con mecanismo de autofijación para disminuir traumatismo a los tejidos circundantes y reducir el riesgo de neuropatía por atrapamiento. Para hernias reparadas a través de un acceso preperitoneal estricto, la fijación de las prótesis podría no ser necesaria en lo absoluto. La fijación con adhesivos de fibrina es una alternativa exitosa a la fijación con grapas en la reparación de hernias con prótesis sintéticas (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1513).

4.3. Complicaciones

Las complicaciones postoperatorias son aquellas que se presentan en los 30 primeros días después de la cirugía. Entre las más comunes tenemos:

4.3.1. Dolor.

El dolor después de una reparación de hernia inguinal se clasifica como manifestaciones agudas o crónicas de tres mecanismos: dolor nociceptivo (somático), neuropático y visceral. El dolor nociceptivo es el más común de los tres. Por lo general es consecuencia de traumatismo a ligamentos o muscular e inflamación; dicho dolor se produce cuando ocurre contracción de los músculos abdominales.

El tratamiento consiste en reposo, fármacos antiinflamatorios no esteroideos y tranquilizar al paciente ya que la mayor parte de los casos ceden en forma espontánea. El dolor neuropático ocurre como resultado directo de lesión o atrapamiento de nervios.

Puede presentarse en etapas tempranas o tardías y se manifiesta como dolor localizado, agudo, urente o sensación de desgarro. Puede responder a tratamiento farmacológico de la inyección local de esteroides o anestésicos, cuando esté indicado. El dolor visceral se refiere al producido a través de fibras aferentes del dolor del sistema nervioso autónomo. Suele estar mal ubicado y ocurre durante la eyaculación como consecuencia de la lesión del plexo simpático (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1513).

4.3.2. Seroma.

Se pueden formar seromas tras la reparación laparoscópica y abierta de las hernias ventrales. En las reparaciones abiertas se colocan a menudo drenajes para intentar obliterar el espacio muerto dejado por la disección de la hernia y los tejidos. Estos drenajes pueden contaminar la malla, y pueden formarse seromas tras su retirada. Con la técnica laparoscópica no se reseca el saco herniario y se puede formar una cavidad serómica. La mayoría de estos seromas desaparecen con el paso del tiempo, conforme la malla se va incorporando al saco herniario. Las posibilidades de que se forme un seroma antes de proceder a la reparación laparoscópica de una hernia ventral. Nosotros reservamos la aspiración para los seromas sintomáticos o que persisten después de 6-8 semanas (Malangoni y Rosen, 2017, p.1116).

4.3.3. Infección.

Se trata de operaciones limpias, en las que el riesgo de infección se ve influido sobre todo por enfermedades asociadas del paciente. La mayoría de los cirujanos están de acuerdo en que no se debe utilizar profilaxis antimicrobiana de rutina en la reparación de hernias. Los pacientes con unidad subyacente significativa, recibe profilaxis antimicrobiana perioperatoria con 1 o 2 g de cefazolina administrada por vía intravenosa de 30 a 60 min antes de la incisión. La clindamicina, en dosis de 600 mg intravenosa puede usarse en pacientes alérgicos a la penicilina. Las infecciones del sitio quirúrgico superficiales se tratan mediante apertura de la incisión, tratamiento de la herida local y cicatrización por segunda intención (Malangoni y Rosen, 2017, p.1116).

4.3.4. Hematoma.

Los hematomas pueden presentarse como acumulaciones localizadas o como equimosis difusas en el sitio quirúrgico. La lesión a los vasos del cordón espermático puede ocasionar hematoma escrotal. Aunque suelen ser en forma espontánea, la coloración violácea oscura característica que afecta la totalidad del escroto puede alarmar a los pacientes. La compresión intermitente con calor y frío ayuda a la resolución. Los hematomas también pueden desarrollarse en una incisión, en el retroperitoneo, vaina del recto y cavidad peritoneal. Los últimos tres sitios más a menudo se asocian con reparaciones laparoscópicas. La hemorragia en

el espacio preperitoneal con la cavidad peritoneal podría no ser aparente con facilidad en la exploración física (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1516).

4.3.5. Recurrencia de hernia.

Los trastornos médicos comunes relacionados con recurrencia incluyen desnutrición, inmunodepresión, diabetes, uso de esteroides y tabaquismo. Las causas técnicas de recurrencia incluyen tamaño inapropiado de la malla, isquemia hística, infección y reconstrucción con tensión. Debe realizarse exploración física dirigida. Al igual que con las hernias primarias, la ecografía, la CT o MRI pueden dilucidar datos ambiguos de la exploración física. Cuando se descubren hernias recurrentes y existe una indicación para intervención, el acceso a través de un plano virgen facilita la disección y exposición. La disección amplia del tejido cicatrizado y la malla puede ocasionar lesión a las estructuras del cordón, vísceras, vasos sanguíneos de grueso calibre y nervios. Después del acceso inicial anterior, el acceso laparoscópico posterior por lo general será más fácil y más eficaz que otras disecciones anteriores. Por el contrario, las reparaciones preperitoneales fallidas deben tratarse utilizando una reparación abierta anterior (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1514).

4.3.6 Otras.

4.3.6.1 Orquitis.

Las lesiones a las estructuras del cordón espermático pueden ocasionar orquitis isquémica o atrofia testicular. La orquitis isquémica probablemente sea causada por lesión al plexo pampiniforme y no a la arteria testicular. Por lo general se manifiesta en la semana siguiente a la reparación inguinal en forma de testículo aumentado de tamaño, indurado y doloroso, es un trastorno que casi siempre cede en forma espontánea. Es más elevada para reparaciones de hernia inguinal recurrente. La ecografía muestra flujo sanguíneo testicular para diferenciar entre isquemia y necrosis. La lesión de la arteria testicular también puede ocasionar atrofia del testículo, que se manifiesta en periodos prolongados. El tratamiento de la orquitis isquémica más a menudo consiste en tranquilizar al paciente, administración de NSAID y medidas de comodidad. En el transoperatorio, la ligadura proximal de un gran saco herniario evita la manipulación del cordón y reduce el riesgo de lesión. La lesión al conducto deferente en el cordón puede ocasionar infertilidad. En las reparaciones abiertas de hernia inguinal, el aislamiento del conducto deferente junto con las estructuras del cordón utilizando manipulación digital puede causar lesión o rotura. En el acceso laparoscópico, sujetar el conducto deferente puede ocasionar lesión por aplastamiento. El corte transversal del conducto deferente se atiende con valoración urológica y anastomosis temprana, siempre que sea posible. Desde el punto de vista histórico, los cirujanos y los pacientes han especulado que el material sintético podría

incrementar el riesgo de rechazo a la malla, carcinogénesis e inflamación; sin embargo, conforme la malla se ha utilizado más a menudo, estos motivos de preocupación no han sido manifiestos. La cicatrización crónica puede ocasionar obstrucción del conducto deferente, disminuyendo las tasas de fertilidad y favoreciendo la aparición de trastornos de la eyaculación. El dolor y la sensación urente durante la eyaculación suele ser en forma espontánea y deben descartarse causas más comunes, como enfermedades de transmisión sexual. En mujeres el ligamento redondo es análogo al cordón espermático y mantiene al útero en anteversión. La lesión a la arteria del ligamento redondo no causa morbilidad clínica significativa (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1515).

4.3.6.2. Retención urinaria.

La causa más común de retención urinaria después de la reparación de hernia es la anestesia general, que es habitual en reparaciones laparoscópicas de hernia. Puede ser consecuencia del tipo de anestesia. Otros factores de riesgo para retención urinaria posoperatoria incluyen dolor, analgésicos narcóticos y distensión vesical perioperatoria. El tratamiento inicial de la retención urinaria requiere la descompresión de la vejiga con un cateterismo de corta duración. Los pacientes por lo general requerirán hospitalización por una noche y verificar que orine de manera normal antes del alta. La incapacidad para orinar normalmente requiere la colocación de un catéter hasta por una semana.

4.3.6.3. Íleo y obstrucción intestinal.

El acceso transabdominal laparoscópico se asocia con mayor incidencia de íleo en comparación con otros modos de reparación. Esta complicación cede en forma espontánea; sin embargo, son necesarias la observación hospitalaria del paciente, la administración de soluciones intravenosas de mantenimiento y tal vez descompresión con sonda nasogástrica. Las imágenes de abdomen pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico y descartar obstrucción intestinal. La ausencia prolongada de función intestinal, en combinación con radiografías abdominales sospechosas debe hacer surgir la sospecha de obstrucción intestinal. En la reparación TAPP, la obstrucción ocurre más a menudo como consecuencia de la herniación de asas intestinales a través de defectos peritoneales o de sitios de introducción de trócares; sin embargo, el uso de trócares más pequeños y la preponderancia de las reparaciones TEP han reducido la frecuencia de esta complicación. La verdadera obstrucción es indicación para intervención quirúrgica.

4.3.6.4. Lesiones viscerales.

El intestino delgado, colon y vejiga se encuentran en riesgo de lesión en la reparación laparoscópica de hernia. La presencia de adherencias intraabdominales por cirugías previas

puede predisponer a las lesiones viscerales. Las lesiones intestinales directas también pueden ser consecuencia de la colocación de los trócares. Las lesiones intestinales pueden ocurrir como consecuencia del uso del electrocauterio y de traumatismo con instrumentos fuera del campo de visión de la cámara. Las lesiones intestinales pasadas por alto se acompañan de incremento de la mortalidad. Si se sospecha una lesión intestinal, debe explorarse la calidad de la longitud del intestino y podría ser necesaria la conversión a un procedimiento abierto. Las lesiones vesicales son menos comunes que las lesiones viscerales y suelen asociarse con distensión vesical perioperatoria o disección extensa de adherencias vesicales.

4.3.6.5. Lesiones vasculares.

Las lesiones vasculares más graves por lo general ocurren en los vasos iliacos o femorales, por colocación inapropiada de suturas en las reparaciones anteriores o por disección directa o lesión por trócar en las reparaciones laparoscópicas. En tales casos, puede ocurrir exsanguinación con rapidez. Puede ser necesario convertir el procedimiento a un acceso abierto y la hemorragia se controla temporalmente con compresión mecánica hasta que se logre el control vascular.

Los vasos lesionados más a menudo en la reparación laparoscópica de hernias incluyen los vasos epigástricos inferiores y los vasos iliacos externos. Aunque son aparentes durante el acceso inicial, puede ser difícil visualizarlos durante la colocación de la malla y puede ocurrir lesión con la colocación de grapas. A menudo, por un efecto de taponamiento, la lesión de los vasos epigástricos inferiores no es aparente hasta que se retira el trócar adyacente. Si ocurre lesión, los vasos epigástricos inferiores pueden ligarse con material de sutura percutánea o con una pinza hemostática endoscópica. Si la presión ejercida por el neumoperitoneo contra los tejidos es mayor que la presión intraluminal hidrostática de los vasos lesionados, la hemorragia no se manifestará hasta que se elimine el neumoperitoneo. La presentación de una lesión en la vena epigástrica inferior a menudo es tardía por este efecto y puede ocasionar un hematoma significativo en la vaina del músculo recto anterior (Wagner, Brunicardi, Amid y Chen, 2017, p.1516-1516).

5. Metodología

El presente estudio se realizó en la ciudad de Loja, específicamente en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, ubicado en la parroquia de El Valle, en las calles Ibarra y Santo Domingo de los Colorados en el periodo mayo del 2019 a mayo del 2020.

Enfoque; Cuantitativo de corte transversal

Tipo de diseño utilizado; Descriptivo.

Unidad de estudio; Estuvo conformada por los pacientes que acudieron con el diagnostico de hernia inguinal unilateral o no especificada a consulta externa en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso

Universo y muestra; Se incluyó pacientes intervenidos por hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso en el periodo mayo del 2019 a mayo del 2020.

Criterios de inclusión; Paciente mayor de 20 años de edad con diagnóstico de hernia inguinal tratado quirúrgicamente con la técnica de Lichtenstein.

Criterios de exclusión;

- Paciente con elevado riesgo anestésico o comorbilidades no controladas.
- Pacientes con historia clínica o informe de procedimientos quirúrgicos incompleto.

Técnica; Registro de información.

Instrumento; Registro de información, es donde anotamos el número de paciente, fecha, sexo, edad, lateralidad, hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein y complicación. Las complicaciones fueron descritas, según las historias clínicas encontradas; por ejemplo, para el dolor se utilizó la escala análoga del dolor para su clasificación (Anexo 1).

Procedimiento; Después de la revisión de fuentes bibliográficas se comenzó a elaborar el informe final, el mismo que fue revisado por la docente a cargo de la asignatura. Se realizaron los oficios necesarios para solicitar los trámites de pertinencia y designación del director de trabajo de titulación según el tema del proyecto de titulación planteado. Posteriormente la directora académica mediante oficio solicito los permisos necesarios para el desarrollo de trabajo de campo, esta solicitud fue atendida por el coordinador de docencia del hospital, quien nos autorizó acceder a los datos de las historias clínicas del departamento de cirugía (Anexo 2). Realizamos la validación del instrumento utilizado para la investigación, se procedió a la aplicación del instrumento de investigación. Se elaboró una base de datos de las historias clínicas de los pacientes atendidos con diagnóstico de hernias inguinales. Comenzamos a

tabular los datos obtenidos con el programa de Excel obteniendo las tablas de frecuencia y los resultados presentados. La discusión se hizo a través del análisis de casos de relevancia hospitalaria de otros estudios en comparación con los datos obtenidos de nuestra investigación. Se procedió a la elaboración del informe final de trabajo de titulación. Se realizó los oficios para solicitar designación de tribunal de docentes de la carrera para la sustentación privada y pública.

Equipo y materiales; Computadora, cámara, carpeta, lápiz, esferos, hojas e impresora.

Análisis estadístico; Después de la recolección de información con el instrumento, se procesaron y almacenaron los datos obtenidos en el programa Excel 2010, luego de lo cual se representó los resultados obtenidos en tablas con título, frecuencia simple, porcentaje y al pie el nombre del autor, fuente e interpretación de datos.

6. Resultados

Tabla 1.

Distribución por sexo y grupo etario de pacientes con diagnóstico de hernia inguinal atendidos en Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, año 2019

Sexo/Grupo etario		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	f	5	20	13	15	74	127
	%	3	14	9	10	51	88
Femenino	f	1	3	2	2	10	18
	%	1	2	1	1	7	12

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; de un total de 145 pacientes atendidos con diagnóstico de hernia inguinal la mayoría fue de sexo masculino con un 88%, de ellos el grupo etario de mayor porcentaje fue el de mayores o igual a 60 años con un 51%, seguido de 30 a 39 años con un 14%.

Tabla 2.

Distribución de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, año 2019

Hernioplastia inguinal con Lichtenstein/Edad		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Si	f	4	10	11	9	39	73
	%	3	7	8	6	27	50
No	f	2	13	4	8	45	72
	%	1	9	3	6	31	50

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; de los pacientes que acudieron con diagnóstico de hernia inguinal el 50% se le realizó la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein, de estos la edad de mayor porcentaje encontramos a los mayores o iguales a 60 años con 27%.

Tabla 3.

Distribución por sexo y grupo etario de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, año 2019

Sexo/ Edad		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	f	3	9	10	7	33	62
	%	4	12	14	10	45	85
Femenino	f	1	1	1	2	6	11
	%	1	1	1	3	8	15

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; de los pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein un 85% fueron de sexo masculino, de los cuales 45% fueron mayores o igual a 60 años. El 15% corresponde a sexo femenino, de ellas el grupo etario de mayor porcentaje es en mayores o iguales a 60 años.

Tabla 4.

Distribución por lateralidad y edad de pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, año 2019

Lateralidad / Edad		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Derecha	F	1	4	6	7	18	36
	%	1	5	8	10	25	49
Izquierda	f	3	6	5	2	21	37
	%	4	8	7	3	29	51

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; de los pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein el 51% presento localización anatómica izquierda, obteniéndose un 29% para los mayores o iguales a 60 años. Otro grupo de mayor porcentaje fue de localización derecha con un 25% en mayores o igual a 60 años de edad.

Tabla 5

Complicaciones post hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en pacientes atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, año 2019

Complicaciones /Edad		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Sin complicaciones	f	4	6	6	4	17	37
	%	5	8	8	5	23	51
Con complicaciones	f	0	5	5	4	22	36
	%	0	7	7	5	30	49

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; los pacientes post hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein no presentaron complicaciones en un 51%. El 49 % de los pacientes presentaron complicaciones.

Tabla 6

Descripción de las complicaciones post hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en pacientes atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio MonterosValdivieso, año 2019

Complicaciones /Edad		20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Dolor	f	0	4	5	3	21	33
	%	0	11	14	8	58	91
Recurrencia de hernia	f	0	1	0	0	1	2
	%	0	3	0	0	3	6
Otras: Parestesia	f	0	0	0	1	0	1
	%	0	0	0	3	0	3

Fuente: Registro de información
Elaboración: Carolina Piedra

Análisis de resultados; dentro de las complicaciones más frecuentes se encontró el dolor, siendo más acentuadas en los ≥60 años de edad con un 58%, el cual fue descrito de leve a moderada intensidad; seguido de recurrencia de hernia en el grupo de 30 a 39 años de edad y ≥ 60 años con un 3% para cada grupo etario, con un tamaño entre 5 a 10 cm de longitud, tras 5 a 10 años post herniorrafia, y en un paciente fue contralateral.

7. Discusión

Las hernias inguinales se encuentran dentro de las principales patologías más frecuentes a nivel nacional. La existencia de protrusión al realizar maniobras de esfuerzo abdominal, y la ecografía como ayuda diagnostica, nos orienta a ofrecer el tratamiento quirúrgico electivo, el mismo que puede ser laparoscópico o convencional.

En el presente trabajo se enfatizó en determinar las complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Loja, donde se atienden en el año aproximadamente a 162 pacientes en una edad mayor o igual a 20 años con el diagnóstico de hernia inguinal bilateral o unilateral. Todas las intervenciones realizadas y analizadas para la elaboración de este estudio fueron previamente programadas, no existió ninguna cirugía de emergencia.

Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, dando un total de 145, de los cuales 73 pacientes correspondiente al 50% se les realizó hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein, estos resultados son iguales a los del estudio realizado en San José, de Costa Rica donde se realizaron 62 hernioplastia inguinales, en el cual 52,23% se le aplicó la técnica de Lichtenstein (Alonso T., 2018). En cambio, en un estudio realizado en Sinaloa, México se realizaron 105 hernioplastia inguinales, donde se realiza a más de la mitad de los pacientes, específicamente 64,8%, la técnica de Lichtenstein (Carrera N., Camacho M., 2018).

En los resultados de este proyecto la mayoría de pacientes que corresponde al 85%, fueron de sexo masculino obteniendo mayor porcentaje el grupo etario de mayores o igual a 60 años con un 45%. Estos resultados son similares a los presentados por los siguientes estudios, en el primero, Carrera N., Camacho M., 2018, presentaron pacientes de género masculino en un 92,4% y la prevalencia de edad fue en el grupo de 61 a 80 años con un 40%. Y en el segundo estudio se realizan hernioplastia inguinal a 85,48% pacientes hombres, de ellos el 50% fueron entre 70-79 años (Alonso T., 2018). En cambio, los resultados presentados en esta investigación varían únicamente del grupo etario, de los presentados por Narváez A., Anguisaca S., 2017, quienes realizaron en la ciudad de Cuenca hernioplastia inguinal a 80,39% hombres, y el 61,18% de pacientes estuvieron en un rango de edad comprendida de 30 a 79 años. También varían del grupo etario el estudio presentado por Flores, J., 2017, en el cual el grupo etario de

46 a 66 años obtuvo 69,1 %, pero si concuerda con el género masculino, en donde existió 72,32%.

En nuestro estudio los pacientes que se realizaron la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein presento una localización anatómica izquierda en 51 % de los casos y 49% fue derecha. Los datos de la presente investigación varían con los datos presentados por las siguientes investigaciones; Alonso T., 2018, donde de un total de 62 pacientes, el 64,40% tuvieron lateralidad derecha, 34 % fue izquierda y 1,60 % fueron bilaterales; en Perú se presentó, con mayor frecuencia, en el lado derecho en el 55,7% y en el izquierdo en 44,3% de los casos (Flores, J., 2017). Otra investigación realizada en la Habana muestra una localización, más frecuente, en el lado derecho con 50%, seguida de un 37,6% izquierda y 11,9% fueron bilaterales (Rodríguez, P., Pol, G., León, O., Satorre, J., y García, E., 2016).

Finalmente, con la presente investigación se pudo determinar que el 49 % de los pacientes presentaron complicaciones, los mismos que reportaron: dolor, recurrencia de hernia y parestesia. El dolor fue descrito, según la escala análoga del dolor, de leve a moderada intensidad; la recurrencia de hernia presento un tamaño entre 5 a 10 cm de longitud, tras 5 a 10 años post herniorrafia, en un paciente fue contralateral; la parestesia inguinal, fue referida como un cosquilleo con duración aproximada de una semana. Estos resultados son diferentes a los presentados por el Instituto Mexicano de Seguro Social de Guamúchil, Sinaloa, en el cual se informaron diversas complicaciones locales a corto plazo en 13,4% de los pacientes, de las cuales fueron: hematoma, seroma, infección del sitio quirúrgico y desvascularización del testículo (Carrera N., Camacho M., 2018). O los resultados presentados por Alonso T., 2018, donde se documentaron 4,84% de complicaciones quirúrgicas, como: hematoma escrotal, inguinodinia. Flores J., 2017, en cambio presento un 38,70% de complicaciones postquirúrgicas, dentro de ellas se encontró seroma, dolor, infección de herida y recidiva. Rodríguez P., Pol G., León O., Satorre J., y García, E., 2016 dieron a conocer diferentes complicaciones en pacientes operados con anestesia local en un 90,8%, dentro de los cuales se observó: seroma, orquitis, sepsis de herida, hematoma y recidiva. En cambio, son más similares a los encontrados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, cuya principal complicación fue inguinodinia crónica, el cual fue medido al primer día de realizada la intervención, mediante una escala subjetiva del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo del dolor experimentado por el paciente en su vida. El 36.45% de los pacientes indicaron presencia de dolor de 4/10 (Toala O., 2017). Además, los resultados de esta

investigación muestran que la mayoría de los pacientes no presento complicaciones de hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein similares al estudio de Paraguay donde un 78,4% no presentaron complicaciones. En este mismo estudio se describe el porcentaje de cada una de las complicaciones encontradas, siendo así, el 15,6% presento hematoma de la herida operatoria, 3,9% tuvo edema escrotal y 1,8% presento dolor inguinal (Vera O., Duarte D., y Ferreira M., 2019). Las complicaciones antes mencionadas únicamente son iguales a este estudio en el dolor inguinal.

8. Conclusiones

La hernia inguinal más frecuente según la edad y sexo en pacientes mayores de 20 años de edad sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso del IESS Loja fue de más frecuencia en los hombres en una edad comprendida entre los adultos de 60 años o más.

La localización anatómica más frecuente de la hernia inguinal en los pacientes mayores de 20 años sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al Hospital fue izquierda y el grupo de edad más predominante fue en mayores o igual a 60 años de edad.

Las complicaciones presentes en pacientes mayores de 20 años sometidos hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein que acuden al Hospital en su mayoría presentaron dolor, seguida en menor porcentaje la recurrencia de hernia y parestesia.

9. Recomendaciones

A los estudiantes de medicina humana para que al realizar posteriores estudios sobre hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein, consideren grupos etarios más jóvenes a fin de comprobar las variaciones de los resultados y ampliar la comparación con otros estudios a nivel mundial.

Al personal médico del hospital para que utilice la técnica más adecuada al momento de realizar la intervención tomando en consideración diversos factores, como la localización anatómica unilateral o bilateral que presente el paciente.

A los directivos del hospital para que consideren implementar protocolos para el manejo del dolor en pacientes post hernioplastia inguinal, basándose en la escala analgésica del dolor propuesta por la Organización Mundial de la Salud a fin de mejor la calidad de vida de sus pacientes.

10.Bibliografía

Acuña, J., et al (2016). Hernioplastia inguinales por vía laparoscópica. Experiencia inicial de 324 casos. Revista hispanoamericana de Hernia, 4 (3), 87-96. http:// DOI: 10.1016/j.rehah.2016.03.003

Alonso, T. (2018). Descripción clínico-epidemiológica de los pacientes mayores de 60 años operados de hernia inguinal. Cirujano General, 40 (4), 255-26. Http:// https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992018000400255&script=sci_abstract

Bejerano, R. (2018). Caracterización de pacientes operados de hernias abdominales externas en un centro de diagnóstico venezolano. Medisan, 22 (9), 920-930. http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n9/1029-3019-san-22-09-920.pdf

Biurrun, J., Bruno, M., Olmedo, I., Picón, H., Palencia, R., Doniquian, A. (2018). Hernioplastias inguinales transabdominal Preperitoneal: análisis de una serie de casos. Methodo, 3(1): 12-17. http:// Doi: 10.22529/me.2018.3(1) 04

Brunicardi, F. *et al* (2015). Hernias inguinales. En Wagner et al (Eds), Schwartz. Principios de Cirugía (pp.1497-1517). Mcgraw-Hill Interamericana.

Carrera, N., Camacho, M. (2018). Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación Nylus. Cirujano general, 40 (4), 250-254. https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n4/1405-0099-cg-40-04-250.pdf

Chaiña, J. (2016). Características clínicas y epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes de 0 a 15 años en el hospital Honorio Delgado Espinoza durante los años 2011-2015. [Tesis de grado, facultad de medicina, Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa]. Repositorio institucional -UNSA.

Chumbes, G. (2019). *Factores asociados a complicaciones post operatorias de las hernias inguinales en un Hospital III nivel de atención, 2013 – 2018***.** [Tesis de pregrado, facultad de la salud humana, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional -URP.

Díaz, J., Ramírez, G (2017). Hernioplastia inguinal endoscópica extraperitoneal. Experiencia de nuestros primeros 100 casos en un hospital de segundo nivel. Cirugía endoscópica, 18 (2), 74-77. https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2017/ce172c.pdf

Flores, J. (2017). Complicaciones en la cirugía electiva y de urgencia de la hernia inguinal y crural en el Hospital San José de Chincha 2008-2013. Revista médica Panacea, 6 (2), 64-68. https://doi.org/10.35563/rmp.v6i2.53

Gabrielli, M. (2015). Resultados quirúrgicos de la hernioplastía inguinal laparoscópica con técnica transabdominal pre-peritoneal (TAPP). Revista Chilena de cirugía, 67 (2), 167-174. http://doi.org/10.4067/S0718-40262015000200009

García, M. et al (2018). Reconstrucción de la pared abdominal utilizando la combinación de malla absorbible y permanente en una posición retromuscular: un estudio prospectivo multicéntrico. Revista Mundial de Cirugía, 43(1), 149–158. https://doi.org/10.30944/20117582.740

Granda, A., Correa, S., Quispe, A. (2016). Herniorrafia con la técnica de Lichtenstein versus Nylus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones posoperatorias en un hospital del Perú. Acta medica peruana, 33 (3), 208-216. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300007

Haz, I. y Chango, G. (2017). Complicaciones posquirúrgicas de herniorragias inguinales en pacientes de 30 a 65 años del HAGP desde 2011-2016. [Tesis de pregrado, facultad de ciencias médicas, Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional - UCSG

Henríquez, P. (2017). Inguinodinia en pacientes posquirúrgicos de reparación de hernias inguinales con preservación versus resección de nervio ilioinguinal en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo julio de 2016-enero 2017. [Tesis de doctorado, facultad de ciencias de la salud, Unversidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. Repositorio institucional - UNPHU

Instituto Nacional de Estadísticas y censos. (2015). Anuario de estadísticas de camas y egresos hospitalarios (Nº3). http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/

Jaén, A., Goderich J, Quevedo, M., Díaz, R., Rosell, A. (2017). Hernioplastia incisional y abdominoplastia simultáneas como métodos quirúrgicos seguros y eficaces. Medisan, 21(4), 422-432. https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds174f.pdf

López, P., Pol, G., León, O., Satorre, J., García, E. (2016). Tratamiento quirúrgico ambulatorio en pacientes con hernia inguinal. Revista Cubana de Cirugía, 55 (1), 21-29. http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v55n1/cir03116.pdf

Mendez, C., Montes E., y Salguero G. TAPP: hernioplastia inguinal laparoscópica trasnabdominal preperitoneal. ¿Cómo, cuándo y por qué? Cirugía Andaluz, 29 (2), 178-181. https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir_Andal_vol29_n2_multimedia9.pdf

Meneses, M. (2017). Frecuencia de complicaciones tempranas y tardías posteriores al uso de las técnicas de Linchtenstein y Nhylus en el manejo de hernias inguinales en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo de 2016. [Tesis de pregrado, facultad de ciencias médicas, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio: UPSJB-Institucional

Molina, J. (2017). Hernias de la pared abdominal en pacientes entre 18 a 90 años. Estudio a realizarse en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, año 2015. [Tesis de grado, facultad de ciencias médicas, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional-UG

Narváez, A., Anguisaca, S. (2017). Frecuencia de hernias abdominales y tratamiento quirúrgico en pacientes del hospital de la III División Tarqui. Cuenca, 1994-2015. [Tesis de grado, facultad de ciencias médicas, Universidad de Cuenca]. Repositorio institucional-UCUENCA

Ñuñez, C. (2016). Factores de riesgo asociados a complicaciones inmediatas en pacientes operados de hernia inguinal en el Centro Medico Naval 2016 [Tesis de grado, facultad de medicina humana, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional - URP

Palacio, A. (2016). Epidemiologia y factores que influyen en la recidiva de pacientes intervenidos por hernia inguinal en una institución de nivel II de la ciudad de Bogotá, 2005-2014. [Tesis de pregrado, facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio institucional – UNC

Pardo E., Casamayor E., Rodríguez J. (2021). Modificación a la clasificación de Lloyd Milton Nyhus al añadir la variable reductibilidad. Revista Cubana de Cirugía. 60(3), 4. http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v60n3/1561-2945-cir-60-03-e1172.pdf

Prassas, D., Rolfs, T., y Knoefel, W. (2019). Metanálisis de la reparación de la hernia inguinal totalmente extraperitoneal en pacientes con cirugía abdominal inferior anterior. Revista británica de cirugía. 5 (56), 96-101. https://doi.org/10.1007/s00464-018-6223-z

Rey, Y., et al. (2019). Utilidad de la técnica de Lichtenstein y Rutkow Robbins en el tratamiento de la hernia inguinal. Multimed 23 (1), 123-134. https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191j.pdf

Rivas, R., Izurieta, A., Emén, J., y Ruiz, G. (2017). Incidencia de la hernia inguinal y la evolución en pacientes. Polo del conocimiento, 9 (2), 568-567. http://dx.doi.org/10.23857/pc.v2i7.262

Robles, P. (2016). ¿Herniorrafía con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus? Una valoración crítica al diseño metodológico. Acta Médica del Perú, 33(4), 334-335. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000400014

Rodríguez, Z. (2018). Factores de riesgo para recidiva en pacientes poshernioplastia inguinal. [Tesis de pregrado, facultad de medicina humana, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional-UPAO

Toala, O. (2017). Evaluación de los resultados de las Reparaciones laparoscópicas de las hernias inguinales versus técnica convencional sin tensión de Lichtenstein. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2014-2016. [Tesis de posgrado, facultad de Ciencias de la Salud "Dr. Enrique Ortega Moreira" Universidad de Especialidades Espíritu Santo]. Repositorio institucional-UEES

Townsend, C., Beauchamp, D., Evers, M., y Mattox, K. (2017). Hernias. En Malangoni M. y Rosen M. (Ed), Sabiston. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna (1092-1116). Elseiver.

Turiño, L., et al. (2018). Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. Cirugía Andaluz, 29 (2), 160-162. https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir_Andal_vol29_n2_multimedia3.pdf

Vera, O., Duarte, D., Ferreira M. (2019). Eficiencia de la hernioplastia videolaparoscópica tipo transabdominal preperitoneal y hernioplastia abierta tipo Lichtenstein en el Hospital Nacional de Itauguá. Cirugía Paraguay, 44 (2), 8-11. https://doi.org/10.18004/sopaci.2019.agosto.7-11

11.Anexos

11.1 Registro de información

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana-Carrera de Medicina Humana

Registró de información

Numero de paciente_____

Fecha: _____

Sexo:

Masculino ☐ Femenino ☐

Edad:

20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐

50-59 ☐ >60 ☐

Lateralidad de la hernia

Izquierda ☐ Derecha ☐

Hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein

Si ☐ No ☐

Complicaciones de hernioplastia con técnica de Lichtenstein

No ☐ Dolor ☐ Seroma ☐

Hematoma ☐ Recurrencia de hernia ☐ Otras ☐

Descripción: _____

_____

_____

11.2 Certificación de pertinencia del título del trabajo de titulación

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro.0205 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Carolina Estefanía Piedra Palomino
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 junio de 2019

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Complicaciones de hemioplastia inguinal con técnica de Liechtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dr. Jhoe Arevalo , Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NCT

11.3 Autorización legal del coordinador de docencia, para acceder a las historias clínicas, del departamento de cirugía del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros.

IESS

Memorando Nro. IESS-HG-MYM-C-2019-0316-M

Loja, 31 de julio de 2019

PARA: Sr. Mgs. David Israel Zuñiga Rojas
Director Médico del HGMYM

ASUNTO: AUTORIZACION LUEGO DE CUMPLIR REQUISITOS A LA ESTUDIANTE UNL CAROLINA ESTEFANIA PIEDRA PALOMINO PARA DESARROLLO INVESTIGACION.

De mi consideración:
Respaldado en el Convenio Marco vigente entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y por ende el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso y la Universidad Nacional de Loja. En memorándum Nro. 0247 DCM-FSH-UNL firmado por Dra. Sandra Mejía Michay, Gestora Académica de la Carrera de Medicina. Pide se autorice a la Estudiante de Medicina de la UNL, Carolina Estefanía Piedra Palomino, sin número de documento de identidad, quien bajo Tutoría del docente Dr. Jhoe Arévalo, pueda acceder a los datos de las historias clínicas del departamento de cirugía durante el presente año, información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación : " Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Liechtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso".
Según la normativa técnica que rige a la Unidades Asistenciales Docentes y luego de cumplir con los requisitos solicitados en Memorando Nro.IESS-HG-MYM-C-2019-0264-M

1. Copia del Proyecto de Investigación autorizado por la Institución de Educación Superior.
2. La hoja de recolección de datos clínicos.
3. Llenar y firmar el compromiso de confidencialidad de la información.
4. Cronograma de recolección de datos clínicos.

Pido a usted autorizar, el ingreso y las facilidades pertinentes en áreas de Estadística a la solicitante para que pueda cumplir con la investigación.

Atentamente,

HOSPITAL "MANUEL Y. MONTEROS V." IESS COORDINADOR

Dr. Juan Alejandro Valdivieso Arias
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL HG-MYM

Copia:
Sr. Dr. Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso
Médico Cirujano

Srta. Ing. Cesilia Abad Conde

11.4 Certificado de traducción del trabajo de titulación

Mg. Yanina Quizhpe Espinoza
Licenciada en Ciencias de Educación mención Inglés
Magister en Traducción y mediación cultural

Celular: +593989805087
Email: yaniqes@icloud.com
Loja, Ecuador 110104

Loja, 6 de diciembre de 2022

Yo, Lic. Yanina Quizhpe Espinoza, con cédula de identidad 1104337553, docente del Instituto de Idiomas de la Universidad Nacional de Loja, y certificada como traductora e interprete en la Senescyt y en el Ministerio de trabajo del Ecuador con registro **MDT-3104-CCL-252640,** certifico:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que la traducción del trabajo de titulación, **Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso** de autoría de la estudiante Carolina Estefanía Piedra Palomino, con cédula 1104998404, es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender.

Atentamente

YANINA BELEN QUIZHPE ESPINOZA

Yanina Quizhpe Espinoza.
Traductora

11.5 Certificado de tribunal de grado

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 13 de diciembre del 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación titulado: Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, de la autoría de la srta. Carolina Estefanía Piedra Palomino portador de la cedula 1104998404 previo a la obtención de título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para la publicación y sustentación pública.

APROBADO

Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso

CLAUDIO HERNAN TORRES VALDIVIESO

Firmado digitalmente por CLAUDIO HERNAN TORRES VALDIVIESO
Fecha: 2022.12.13 19:00:26 -05'00'

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL _____

Dra. Melva Fabiola Ordoñez Salinas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL _____ MELVA FABIOLA ORDONEZ SALINAS

Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo

JUAN ARCENIO CUENCA APOLO

MIEMBRO DEL TRIBUNAL _____

Activa
Ve a Co