



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal en pacientes
entre 18 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana
Sotomayor durante el periodo enero 2016- diciembre 2017**

AUTOR:

COPPIANO PAZMIÑO JOHN KLEBER

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

ELIAS, CRISTHIAN Dr.

Guayaquil, Ecuador

28 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Coppiano Pazmiño John Kleber**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Elias, Cristhian Dr.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre, Juan Luis Dr.

Guayaquil, a los 28 días del mes de marzo del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Coppiano Pazmiño John Kleber**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal en pacientes entre 18 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016- diciembre 2017**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 días del mes de marzo del año 2018

EL AUTOR

f. _____
Coppiano Pazmiño John Kleber



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Coppiano Pazmiño John Kleber**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal en pacientes entre 18 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016- diciembre 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de marzo del año 2018

LOS AUTORES

f. _____
Coppiano Pazmiño John Kleber

REPORTE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL.doc (D37049185)
Submitted: 3/28/2018 7:15:00 PM
Submitted By: jkcp.92@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642001000100017&script=sci_arttext

Instances where selected sources appear:

2

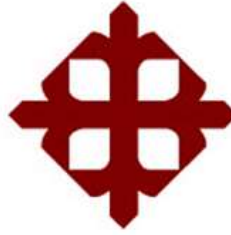
DEDICATORIA

Agradezco el presente trabajo en primer lugar a Dios por ser la guía que ha bendecido mis pasos a través de estos años de formación universitaria, por ayudarme a lograr este sueño tan anhelado. Por haberme inculcado esta vocación de servicio a la humanidad mediante la profesión médica, camino que en muchas ocasiones no ha sido fácil pero qué gracias a su bendición me ha brindado muchas satisfacciones y hoy me da la fortaleza para llegar a este momento de culminación.

Un especial agradecimiento a mis padres, pilares fundamentales de mi formación tanto en la vida personal como académica, por todo el invaluable apoyo que me han brindado durante los años de estudio y durante la realización de nuestro trabajo de titulación, gracias por ser ejemplos a seguir e inculcarme el deseo de superación y realización profesional y a mi hermana gracias por su paciencia y cariño. Un agradecimiento afectuoso a nuestro tutor de tesis el Dr. Cristhian Elias, quien me apoyo en todo momento, pese a la hora, pese a sus obligaciones, siempre presto a colaborar en el proceso de elaboración de este trabajo, aportando con ideas y con palabras de aliento para incentivar nuestra labor investigativa. Esta tesis no hubiera sido posible sin mi compañera Nicole Viteri, con la cual he pasado momentos inolvidables, siempre estará en mi memoria y en la de nuestros colegas que pudieron gozar de su grandiosa presencia. Va por ti Quipe

Por último, quiero agradecer a mi querida alma mater, la facultad de Ciencias Médicas de la UCSG, por haberme acogido durante todos estos años, gracias por el conocimiento que nos impartieron nuestros profesores, quienes además compartieron enseñanzas de vida y su experiencia profesional, para hacer de nosotras profesionales integrales, con principios éticos, médicos que no olvidarán jamás el alma de sus enfermos.

John Kleber Coppiano Pazmiño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CRISTHIAN ELIAS

TUTOR

f. _____

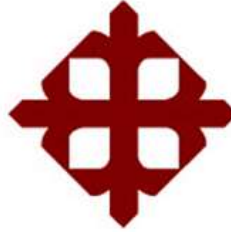
JUAN LUIS AGUIRRE

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

f. _____

CRISTHIAN ELIAS
TUTOR

f. _____

JUAN LUIS AGUIRRE
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DIEGO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

Contenido

AUTORIZACIÓN.....	IV
REPORTE URKUND	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
CALIFICACIÓN.....	VIII
ÍNDICE.....	IX
RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
MARCO TEORICO	4
Introducción	4
Definición	5
Hernia inguinal.....	6
1.3 Clasificación.....	6
1.3.1 Según la forma de presentación clínica:	6
1.3.2 Según el contenido del saco:	7
1.3.3 Según conceptos anatómicos:	8

1.3.4	Clasificaciones con nombres propios:	8
1.4	Reparación de hernia inguinal	11
	Complicaciones asociadas a la cirugía de la hernia inguinal	12
1.5	Retención urinaria.....	13
1.6	Infección	13
1.7	Recurrencia	14
	Tabla 1: de Recurrencia de Herniorrafia	14
1.8	Atrofia testicular / Orquitis isquémica.....	15
1.9	Diseyacuación.....	15
	Seroma.....	16
	Hematoma.....	16
	Dolor postoperatorio.....	17
1.10	Parestesia.....	17
1.11	Esterilidad.....	18
	MATERIAL Y METODOS	19
1.12	Universo	19
1.13	Criterios de selección	19
1.13.1	Criterios de inclusión.....	19
1.13.2	Criterios de exclusión.....	19
1.14	Muestra.....	19
1.15	Variables.....	20
1.16	Procedimientos para la obtención de datos.....	20
1.17	Análisis estadísticos	20

1.18 Consideraciones éticas	20
RESULTADOS.....	21
Tabla 2A. Frecuencia por Edad	23
Grafico 1.	23
Tabla 2B. Genero.....	24
Grafico 2.	24
Grafico 3.	25
Grafico 4.	26
Grafico 5.	27
Grafico 6.	28
Grafico 7.	29
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS	38
Anexo 1. Operacionalización de las variables	38

RESUMEN

Introducción: La hernia inguinal es una de las enfermedades que más requiere de cirugía; se estima entre un 10-15% de todas las intervenciones quirúrgicas. Esta patología aparece en el proceso evolutivo del ser humano, mostrando una alta incidencia y consecuentemente es un problema de salud pública con importantes implicaciones sociales y laborales. En nuestro país, con datos de la INEC, existe una prevalencia nacional de 136/100.000 habitantes. De acuerdo a la experiencia del cirujano y el tipo de procedimiento, la tasa de recidiva varía entre el 0,5-10%.

Objetivo: Evaluar la incidencia de complicaciones postquirúrgicas y posibles relaciones con factores de riesgo, relacionadas a la herniorrafia inguinal.

Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal, en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena, Ecuador, entre el mes de enero de 2016 y el mes de diciembre de 2017, con patologías quirúrgicas herniarias diagnosticadas previamente, para evaluar sus complicaciones

Resultados: Predominó el sexo masculino con ciento sesenta y cuatro pacientes (74%). Entre los principales factores de riesgo que inciden en complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal destaca la edad (74%).

Conclusión: Cabe destacar que los pacientes tuvieron una mejoría rápida y eficaz siempre y cuando siguen las instrucciones del médico y evitan hacer cualquier esfuerzo físico. Los resultados mostraron que un 51% de pacientes al 2do día fueron dados de alta sin ninguna complicación, lo cual indica un número elevado para tan pronta recuperación.

Palabras claves: Herniorrafia inguinal, hernia inguinal, complicaciones postquirúrgicas

ABSTRACT

Introduction: Inguinal hernia is one of the pathologies that most frequently requires surgery; it is estimated between 10-15% of all surgical interventions. The inguinal hernia seems to appear in the evolutionary process of the human being, presenting a high incidence and therefore it is a public health problem with important social and labor implications. In our country, according to the INEC, there is a national prevalence of 136 / 100,000 inhabitants. Depending on the experience of the surgeon and the type of repair, the recurrence rate varies between 0.5-10%.

Objective: To evaluate the incidence of postoperative complications and possible associations with risk factors in elective inguinal herniorrhaphy in abbreviated hospitalization protocol.

Material and methods: An observational, descriptive, cross-sectional investigation was conducted at the Liborio Panchana Sotomayor Hospital in Santa Elena, Ecuador, between January 2016 and December 2017, with previously diagnosed hernia surgical pathologies, to evaluate its complications

Results: Male sex predominated with one hundred and sixty-four patients (74%). Age (74%) stands out among the main risk factors that affect post-surgical complications in inguinal herniorrhaphy.

Conclusion: It should be noted that the patients had a quick and effective improvement as long as they follow the doctor's instructions and avoid making any physical effort. The results showed that 51% of patients on the 2nd day were discharged without any complications, which indicates a high number for such a quick recovery.

Key words: Inguinal herniorrhaphy, inguinal hernia, postoperative complications

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las patologías que requiere cirugía en la mayoría de los casos; se estima que se presenta entre un 10-15% de todas las intervenciones quirúrgicas. El origen aun es incierto, se ha establecido actualmente una anomalía en la pared abdominal en la zona inguinal. Esta patología aparece en el proceso evolutivo del ser humano, mostrando una alta incidencia y consecuentemente es un problema de salud pública con importantes implicaciones sociales y laborales. Se reconoce que la prevalencia de la hernio-plastia es de 280/100.000 habitantes en Estados Unidos, siendo un 70% de ellas inguinales. Esta cifra desciende abruptamente en nuestro país, según la INEC, existe una prevalencia nacional de 136/100.000 habitantes. De acuerdo a la experiencia del cirujano y el tipo de procedimiento, la tasa de recidiva varía entre el 0,5-10%. El éxito de la hernioplastia depende, del conocimiento de la anatomía funcional de la pared abdominal y la zona inguinal. Se enumeran una gran cantidad de complicaciones, de tipo general, vinculadas con la técnica quirúrgica y de tipo anestésico. Las complicaciones mayores se dan en el 5-10% de los casos.

OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias y posibles asociaciones con factores de riesgo, en herniorrafia inguinal electiva en protocolo de hospitalización abreviada.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comparar la edad frente a las complicaciones presentadas en los pacientes atendidos con hernia inguinal en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena durante el periodo enero 2016- diciembre 2017
- Detallar la frecuencia de aparición de las hernias inguinales según grupo etario en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016- diciembre 2017
- Cuantificar los días de estada y su promedio en pacientes con hernias inguinales menores en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016 – diciembre 2017

MARCO TEORICO

Introducción

La hernia inguinal es una de las patologías que más continuamente requiere de una intervención quirúrgica; se estima que, de todas las operaciones, entre un 10-15% son a causa de la presencia de una hernia inguinal. El origen aun es incierto, se ha establecido a una irregularidad en la pared abdominal en la zona inguinal. ⁽¹⁾ La hernia inguinal aparece en el proceso evolutivo del ser humano, presentando una elevada incidencia, por lo tanto, es un problema de salud pública con importante implicaciones laborales y sociales. La prevalencia de la hernio-plastia es de 280 cada 100.000 habitantes en Estados Unidos, de la cuales un 70% son inguinales. Esta cifra desciende drásticamente en nuestro país, según la INEC, existe una prevalencia nacional de 136 cada 100.000 habitantes. Va a depender bastante de la experticia del cirujano y el tipo de procedimiento, la tasa de recidiva fluctúa entre el 0,5-10%. El éxito de la hernioplastia va a depender en su gran mayoría del conocimiento básico de la anatomía funcional humana de la pared abdominal y zona inguinal. Se enumeran una gran cantidad de complicaciones, de tipo general, vinculadas con la técnica quirúrgica y de tipo anestésico. Las complicaciones mayores se dan en el 5-10% de los casos. ⁽²⁾

Definición

La palabra hernia proviene del griego “hernios” la cual significa protuberancia. Se refiere a la protrusión de un órgano a través de su tegumento. La hernia está conformada por un saco, un contenido sacular y un anillo que bordea la hernia. La hernia de pared abdominal (HPA) es un defecto en la continuidad de las estructuras fasciales y/o músculo-aponeuróticas de la pared abdominal que permiten la salida o protrusión de estructuras que normalmente no pasarían a través de ellas. ⁽³⁾ La pared posterior de la región inguinal es el elemento más importante del conducto, por razones anatómicas y quirúrgicas, la cual está formada fundamentalmente por la fusión de la aponeurosis transversal del abdomen y la fascia transversalis en el 75% de las personas y sólo por fascia transversalis en el 25% restante, si esta capa se llega a mantener sin ningún daño no es posible que se forme una hernia inguinal. ⁽³⁾⁽⁴⁾ Por consecuencia las restauraciones están basadas en la reparación de esta única capa. El orificio miopectíneo es un arco osteomuscular dividido por el ligamento inguinal y atravesado por el paquete femoral y el cordón espermático, cubierto en su superficie interna por la fascia transversalis ⁽⁴⁾

Hernia inguinal

La hernia se produce cuando el saco peritoneal protruye por el orificio miopectíneo de Fruchard. El ligamento inguinal a través de su inserción en el pectíneo sirve para separar las hernias femorales de las inguinales, igualmente ayuda a definir el borde interno del orificio del canal femoral. ⁽⁵⁾

Existe una amplia escala de clasificaciones de hernias inguinales; en nuestra historia han existido grandes individuos que han ayudado en el progreso de esta materia entre los cuales tenemos a Galeno que en el siglo II A.C clasifica a las hernias escrotales en 9 tipos según su contenido en el saco herniario. A continuación, se mencionan las clasificaciones que comenzaron a aparecer a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, que continúan vigentes y representan las más útiles. ⁽⁶⁾

1.3 Clasificación

1.3.1 Según la forma de presentación clínica:

- Hernia primaria: Aparece por primera vez en el paciente.
- Hernia recidivada: Hernia que ya ha sido tratada y que se ha vuelto a herniar.
- Hernia reductible: Hernia que se puede reinsertar en la cavidad abdominal, puede protruir y salir sin dificultad a través de orificio herniario, reintroduciéndose hacia dentro.

- **Hernia irreductible:** Hernia que no se puede reintroducir. Si la irreductibilidad se produce en forma crónica, asintomática, se habla de encarceración. La irreductibilidad se produce porque existen adherencias entre los componentes de la hernia. Si ocurre en forma aguda, con dolor, produciéndose una falta de irrigación y de retorno sanguíneo, primeramente, el compromiso es linfático y subsiguientemente por compromiso de la circulación arterial se habla de una hernia estrangulada, lo que implicaría una necrosis tisular y obligaría a efectuar la extracción de los segmentos comprometidos, con un aumento de la morbimortalidad.

1.3.2 Según el contenido del saco:

- **Hernia deslizada:** Es la hernia en la cual parte del saco herniario está constituida por una víscera deslizada. Los órganos más frecuentemente encontrados son: colon, vejiga, trompas de Falopio y ovarios.
- **Hernia de Richter:** Hernia producida por la protrusión por un orificio herniario, de una parte, de la luz intestinal sin obstrucción total del tránsito intestinal.
- **Hernia de Littré:** Hernia con presencia de un divertículo de Meckel en el saco herniario. No es muy común.

- Hernia de Amyand: Hernia en la cual encontramos el apéndice en el interior del saco herniario.

1.3.3 Según conceptos anatómicos:

- Hernia inguinal indirecta: Hernia en la cual el saco protruye a través del orificio inguinal profundo, introduciéndose en el conducto inguinal. Si compromete el escroto, hablamos de una hernia inguino-escrotal.
- Hernia inguinal directa: La principal diferencia con la anterior es la salida de la hernia a través de la pared posterior, de la fascia transversalis, medial a los vasos epigástricos, siendo autónomo del anillo inguinal profundo y no forma parte de la envoltura cremastérica del cordón.

1.3.4 Clasificaciones con nombres propios:

- Clasificación de Gilbert: considera aspectos anatómicos y funcionales que el cirujano evalúa en el proceso quirúrgico.

Tipo I: anillo interno estrecho, < 2 cm.

Tipo II: anillo interno moderadamente aumentado de tamaño, de 2 a 4 cm.

Tipo III: anillo interno >4 cm con deslizamiento escrotal.

Tipo IV: hernia directa, con compromiso de todo el piso del conducto inguinal, sin compromiso del anillo inguinal.

Tipo V: defecto directo, pero no de todo el piso, pequeños defectos diverticulares entre 1-2cm de diámetro.

- Clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins, aquí se adicionan dos tipos más:

Tipo VI: hernias mixtas.

Tipo VII: hernias femorales. ⁽⁷⁾

- Clasificación de Nyhus: La más utilizada por cirujanos ⁽⁸⁾.

Tipo I: hernia indirecta con anillo inguinal profundo de tamaño normal.

El saco indirecto se extiende hasta la mitad del conducto inguinal.

Tipo II: hernia indirecta con anillo inguinal ensanchado y deformado pero que no invade la pared posterior. El saco herniario puede ocupar toda la longitud del conducto inguinal sin comprometer al escroto.

Tipo III: Aquí existe la presencia de una debilidad en la pared posterior. Existen tres subgrupos:

Tipo IIIa: todas las hernias directas, cualquiera que sea su tamaño: protrusión de la hernia por dentro de los vasos epigástricos con una fascia transversalis débil.

Tipo IIIb: hernias indirectas con un orificio herniario dilatado, que empuja los vasos epigástricos e invade la pared posterior. Este grupo comprende las hernias inguinoescrotales, las hernias por deslizamiento y las hernias mixtas.

Tipo IIIc: hernias crurales que implican una forma particular de insuficiencia de la pared posterior.

Tipo IV: son las hernias recidivantes. Se distinguen cuatro subgrupos:

Tipo IVa: directas

Tipo IVb: indirectas

Tipo IVc: crurales

Tipo IVd: Combinación de las anteriores

Hoy en día la etiología herniaria alcanza conceptos de biología molecular íntimamente relacionados con diferentes factores biomecánicos, herencia y metabólicos que se han envuelto en la fisiopatología de la hernia inguinal primaria. Estos factores se relacionan directa o indirectamente con una alteración estructural del colágeno y de la matriz extracelular. ⁽⁹⁾ Existen diversos estudios en los cuales se ha examinado la relación de la hernia inguinal con factores de riesgo. ⁽⁴⁾ Ha quedado demostrado que la incidencia de hernias inguinales es más frecuente en hombres que en mujeres; los únicos factores de riesgo asociados a las mujeres son edad media o avanzada, lugar de vivienda, altura de la persona, tos crónica y hernia umbilical previa. ⁽¹⁰⁾ En cambio entre los varones es mayor la incidencia en la raza blanca. ⁽⁴⁾ Se encontró una menor incidencia de hernia umbilical en pacientes con sobrepeso y obesos en comparación con sujetos con un peso normal. ⁽¹¹⁾ Cabe recalcar que la asociación del tabaquismo con el desarrollo de la hernia inguinal y sus posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica está bien estudiado, por afectar la síntesis del colágeno por los fibroblastos. ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

La hernia de la región inguinal es una enfermedad frecuente en las personas mayores, con mayor incidencia conforme pasan los años, lo que se debe a la debilidad que se forman en la pared abdominal y a diversas enfermedades propias de dicho grupo etario que aumentan la presión intraabdominal. No obstante, en muchas ocasiones no se aconseja el tratamiento quirúrgico, por el mayor riesgo anestésico y la escasa importancia que frecuentemente se da a la sintomatología que la hernia puede provocar en pacientes con una actividad física limitada. Por otra parte, un 12-20% de las intervenciones por hernia se realizan de manera urgente, y en estos casos la tasa de mortalidad es del 5%. Sin embargo, un 80% de estos pacientes mayores presenta sintomatología en relación a ella. Normalmente las hernias permanecen asintomáticas en el paciente en reposo, sin embargo, el movimiento, el ejercicio y el trabajo provocan síntomas de herniación reductible ⁽¹⁰⁾.

1.4 Reparación de hernia inguinal

Más de 100 diversos procedimientos se han descrito para la reparación de la hernia inguinal. Estas técnicas se podrían clasificar de la siguiente forma ⁽¹²⁾:

- Reparación convencional, anterior, no protésica:
 - Madden
 - Marcy
 - Bassini
 - Shouldice
 - Mc Vay
 - Misceláneas
- Reparación convencional, anterior, protésica:

- Hernioplastia libre de tensión, tipo Lichtenstein
- Mesh plug
- Gilbert (prótesis PHS)
- Reparación convencional, preperitoneal, no protésica:
 - Nyhus
- Reparación convencional, preperitoneal, protésica:
 - Stoppa
 - Herniorrafia inguinal laparoscópica
 - TAPP: intraperitoneal transabdominal
 - TEP: extraperitoneal total ⁽¹³⁾

Complicaciones asociadas a la cirugía de la hernia inguinal

El postoperatorio transcurre habitualmente sin incidentes. Se estimula al paciente a tener una micción. Se puede recomendar suspensión escrotal para disminuir el edema y el dolor (uso de slip). El paciente puede levantarse y caminar sin ayuda al cabo de pocas horas. El alta en general se concede al primer o segundo día postoperatorio, sin embargo, la tendencia actual es disminuir este tiempo al máximo. ⁽¹³⁾

1.5 Retención urinaria

Es la complicación más frecuente de la herniorrafia inguinal. Sucede por varios factores: exceso de líquido por vía parenteral, más el uso de opiáceos y otros analgésicos. Es una complicación incomoda que en algunos casos requiere de cateterismo vesical. ⁽¹⁴⁾

1.6 Infección

La infección de una hernioplastia inguinal no debe ser superior a un 2%. Aparece más frecuentemente por la presencia de seromas y hematomas. ⁽¹⁵⁾ Un estudio con más de 3000 pacientes manifestó que la tasa de infección no acrecentaba sin importar el uso o no de profilaxis ni el uso o no de una malla ⁽¹⁶⁾. Se ha demostrado, a pesar de, que el porcentaje de infección aumenta en los pacientes mayores de 60 años, recomendándose el uso de una sola dosis de antibióticos profilácticos en estos pacientes. No obstante, se debe tener en cuenta que la herniorrafia inguinal corresponde a una herida limpia y consecuentemente no necesita de profilaxis ni de tratamiento antibiótico. La posibilidad de un foco séptico dermatológico aumenta hasta en 4 veces las posibilidades de infección. ⁽¹⁷⁾ Esto debiese contraindicar la cirugía hasta corregir el factor dermatológico, prolongando la espera de la cirugía hasta 2 meses, para lograr disminuir el llamado microbismo latente.

1.7 Recurrencia

La complicación más problemática. Para aceptar resultados son necesarios, el paso del tiempo como prueba de éxito y la reproductibilidad de una técnica (así como de sus resultados) por otros cirujanos. ⁽¹⁵⁾ Puede evaluarse la recurrencia desde un punto de vista individual, siguiendo y examinando a cada paciente (plazo mínimo de seguimiento 3 años) o desde un punto estadístico, para lo cual el cirujano debe seguir a todos sus pacientes y medir los resultados estadísticos de su técnica de acuerdo a los resultados aceptados en la actualidad. ⁽¹⁷⁾ Pobres resultados deben ser interpretados como mala elección de la técnica o como deficiente realización de ésta. Se observa las cifras de recurrencia en herniorrafia inguinal primaria.

Tabla 1: de Recurrencia de Herniorrafia

Técnica	Control (años)	% Recurrencias
Mc Vay	22	3.4
Nyhus: preperitoneal	8	3.4
Madden: anatómica	10	1.9
Palumbo: imbricación	6	2.0
Lichtenstein	15	0.5
Glassow	28	0.7
Shearburn	14	0.7

Burson	4	0.6
--------	---	-----

Tabla 1. Porcentaje de recurrencia herniaria ⁽¹⁵⁾

Actualmente no existen recurrencias mayores al 5%. De ser así la técnica usada se debe cambiar. No obstante, no todos los centros médicos llevan una estadística de recurrencia herniaria, fundamental para establecer un porcentaje de recidiva en cada centro de salud. La recurrencia exige una reoperación, que por lo general es más dificultosa y con menor posibilidad de éxito y mayores posibilidades de complicaciones postquirúrgicas, por realizarse sobre un tejido alterado. ⁽¹⁵⁾

1.8 Atrofia testicular / Orquitis isquémica

La complicación más seria. Aparece la presencia de un aumento de volumen en la glándula, el cual es doloroso, al 2do o 3er día postoperatorio, con un valor variable de dolor escrotal, acompañado de alza térmica. Puede apreciarse luego de reparaciones de hernias recidivadas y primarias. ⁽¹⁶⁾ La principal causa sería la sección y ligadura de los pequeños vasos del cordón. Su incidencia es del 1% en cirugía primaria, 3% en recurrencias y 7% en las urgencias. ⁽¹⁷⁾

1.9 Diseyaculación

Complicación que corresponde a la sensación quemante antes, durante y después de la eyaculación. Puede ocurrir en cualquier tipo de reparación

herniaria, con mayor incidencia cuando es una recurrencia. ⁽¹⁸⁾ La sintomatología comienza 2 a 3 semanas después de la intervención quirúrgica y en algunos casos puede ser una condición extremadamente dolorosa e invalidante, no obstante, su pronóstico es excelente, obteniéndose alivio de la sintomatología 1-5 años luego que inicio la sintomatología. ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

Seroma

Es una colección de suero en una herida operatoria, que contiene leucocitos y algunos hematíes. El tamaño está relacionado con cuanto fue disecado en la operación, sea daño venoso o linfático y el tamaño de cavidades remanentes. ⁽²¹⁾ Se suele asociar a trauma tisular y a alguna reacción a un cuerpo extraño, que puede ser la prótesis. ⁽²²⁾ El seroma predispone a una infección de herida operatoria, disminuye la capacidad cicatricial y aumenta la tasa de recurrencia herniaria. Se presentan al 3er o 4to día postquirúrgico. ⁽²¹⁾ La herida se observa con un aumento de volumen, abultada, pero no inflamada ni dolorosa. ⁽²³⁾ La ecografía confirma el diagnóstico clínico. Se reabsorbe de forma espontánea en un período de 2 a 3 semanas. La aspiración temprana no se recomienda, puesto que el líquido se reacumula en un período de 1 a 2 días, y existe el riesgo de introducir microorganismos al líquido y por consecuencia causar una infección. ⁽²²⁾ ⁽²³⁾

Hematoma

Es una complicación evitable. Para prevenir el hematoma se debe identificar y ligar 1 a 3 pequeñas venas epigástricas superficiales que aparecen en el

tejido celular subcutáneo bajo la fascia superficial. ⁽²⁴⁾ Debido al daño de la arteria cremasteriana y a las venas del cordón espermático, existe la posibilidad que se produzca un hematoma escrotal. Si éste es muy edematizado, es preferible drenarlo, aunque rara vez se encontrará el vaso que lo ocasionó. Si se infecta y se llega a formar un absceso, es necesario el drenaje quirúrgico inmediato. ⁽²³⁾

Dolor postoperatorio

Se estima que hasta dentro de un 15 a un 20% de los pacientes sometidos a la intervención quirúrgica de una hernia inguinal evolucionan con diversos grados de neuralgia postoperatoria, neuropraxia, parestesias o hiperestesia hasta 8 meses luego de la operación. Se menciona también como causa de dolor postoperatorio el amarre del primer punto de reparación de la pared posterior a la espina del pubis sobre el ligamento de Cooper. ⁽²⁵⁾

1.10 Parestesia

Existe parestesia cuando se lesiona el nervio ilioinguinal lo cual lleva a una parestesia en el hemiescrotal en el hombre y en el labio mayor en la mujer.

Esto ocurre de inmediato y debe investigarse el primer día postoperatorio.

(25)

1.11 Esterilidad

Por último, la esterilidad ocurre en pacientes con atrofia o ausencia testicular contralateral, por la sección accidental del conducto deferente. (26)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal, en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, Ecuador, entre el mes de enero de 2016 y el mes de diciembre de 2017.

1.12 Universo

Se obtuvieron datos de 222 pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Liborio Panchana Sotomayor, con CIE10 de hernia inguinal (K40)

1.13 Criterios de selección

1.13.1 Criterios de inclusión

- Edad 18-65 años.
- Cualquier género.
- Consentimiento informado del paciente para ser partícipe de la investigación.
- De cualquier raza.
- Pacientes intervenidas quirúrgicamente de herniorrafia inguinal en el periodo 2016-2017.
- Pacientes que hayan presentado complicaciones postquirúrgicas

1.13.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes que no presenten el consentimiento informado para ser partícipe de la operación
- Pacientes que no hayan presentado complicaciones.

1.14 Muestra

El estudio se realizó con una muestra de 222 pacientes con hernia inguinal que cumplieron todos los criterios de selección previamente establecidos.

1.15 Variables

La operacionalización de variables se encuentra en el Anexo 1.

1.16 Procedimientos para la obtención de datos

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el mes de enero 2016, diciembre 2017.

En todos los pacientes analizados se aplicó como método diagnóstico la herniorrafia inguinal.

Toda esta información se incorporó a la base de datos de Microsoft Excel para su posterior organización estadística.

1.17 Análisis estadísticos

Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas como porcentaje y para variables cuantitativas como la media.

1.18 Consideraciones éticas

En esta investigación médica se protege la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la investigación.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 267 pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Liborio Panchana Sotomayor, con CIE 10 de hernia inguinal (K 40) entre enero 2016 – diciembre 2017.

El estudio se realizó con una muestra de 222 pacientes con herniorrafia inguinal que cumplieron todos los criterios de selección previamente establecidos, así mismo había historias clínicas incompletas, y dos pacientes se encontraban duplicados en la base de datos.

Se observan las siguientes características:

Los pacientes que sufrieron complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica con mayor frecuencia en el servicio de cirugía, correspondieron al grupo etario entre los 51 y 60 años, con un porcentaje representativo del 43% del total. La edad promedio fue de 47 años (media y mediana). De igual manera, la edad más frecuente de pacientes que entraron en el estudio fue de 45 años (moda). Cabe recalcar que hubo un porcentaje bajo en los pacientes de 21 a 30 años, siendo dieciocho los pacientes entre 21 y 30 años (8%) (Tabla 1) (Grafico 1)

En cuanto a la diferencia entre sexos, es evidente que predomina el sexo masculino. En el estudio, el sexo masculino represento un 74% y el sexo femenino un 26%. La razón del sexo fue de 3:1, es decir, tres hombres por cada mujer participaron en el estudio aproximadamente. (Tabla 2) (Grafico 2.)

Se clasifico la edad en décadas para proveer una mejor interpretación.

Entre los principales factores de riesgo que inciden en complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal destaca la edad (74%; 165/222) seguido por sexo (73%; 164/222). Y la menor causa según el estudio fue la obesidad (23%; 52/222) (Tabla 3.) (Grafico 3.)

Las complicaciones fueron pocas, con una clara predominancia en pacientes libres de complicaciones (78%; 173/222) en comparación con los que sí tuvieron algún tipo de complicación derivada de la hernia inguinal (22%; 49/222). (Tabla 4.) (Grafico 4.)

Los días de hospitalización variaron dependiendo de las complicaciones y diferentes factores de riesgo. Con mayor frecuencia los pacientes se quedaron hospitalizados 2 días (51%; 112/222) Seguido de 3 días hospitalizados (27%; 61/222) (Tabla 5.) (Grafico 5.)

Se logró comparar los datos entre los posibles factores de riesgo con la presencia de complicaciones derivadas del procedimiento, con una clara predominancia como causa de las complicaciones a los factores edad y sexo con 15 y 17 pacientes con complicaciones respectivamente. (Tabla 6.) (Grafico 6.)

Se procedió a comparar los días de hospitalización de los pacientes que presentaron complicaciones. La principal complicación luego de una herniorrafia inguinal es la recidiva. Cabe destacar que los pacientes que presentaron la reaparición de la hernia en la misma zona superaron con una relación 3:1 aproximadamente a las demás complicaciones postquirúrgicas como son los hematomas, lesiones a órganos contiguos y/o complicaciones testiculares. (Tabla 7.) (Grafico 7.)

Tabla 2A. Frecuencia por Edad

Edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>De 21 a 30</i>	18	8
<i>De 31 a 40</i>	39	18
<i>De 41 a 50</i>	69	31
<i>De 51 a 60</i>	96	43
Total	222	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 1.

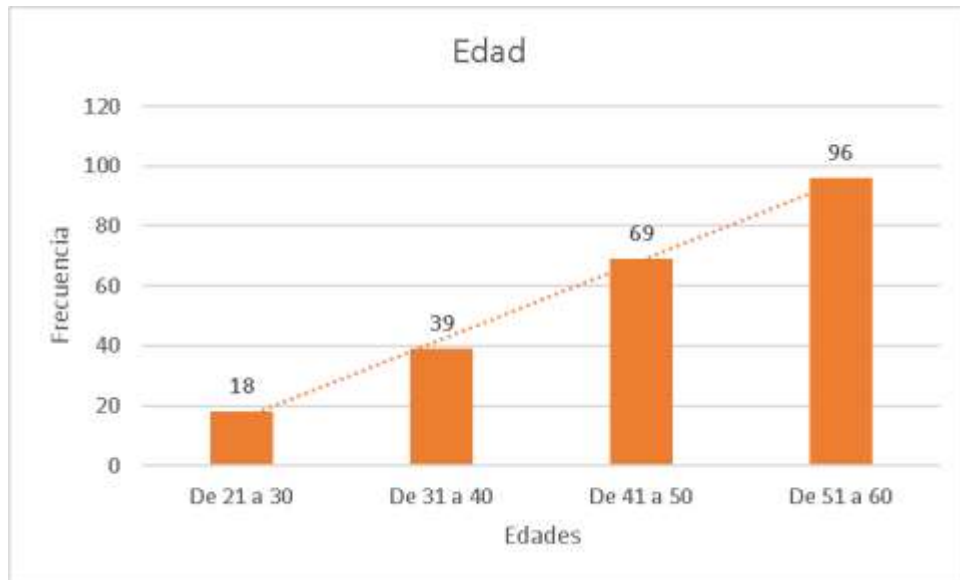


Tabla 2B. Genero

GENERO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
<i>Masculino</i>	164	74	0,21 ^(a)
<i>Femenino</i>	58	26	
Total	222	100	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado

Grafico 2.

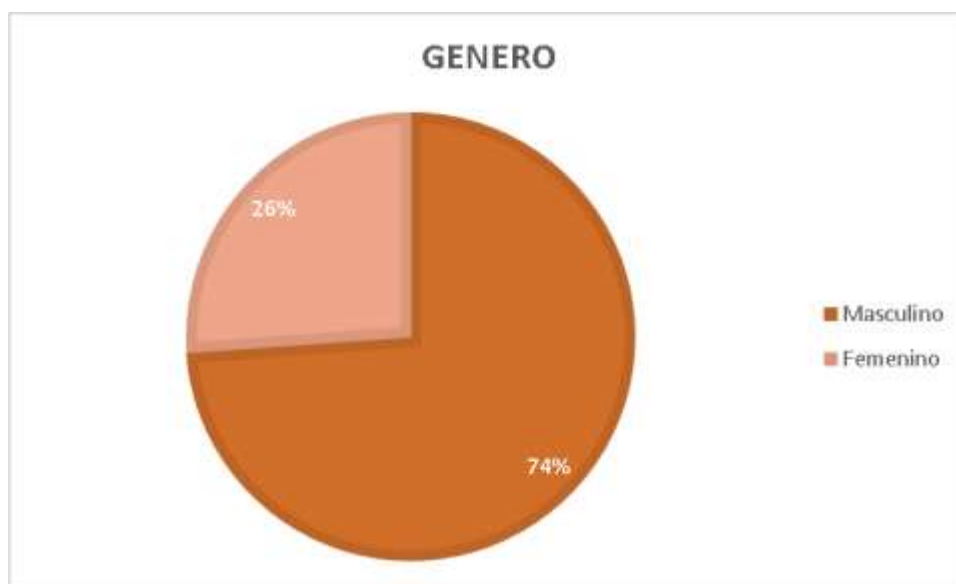


Tabla 3. Factores de riesgo que inciden en complicaciones en hernias inguinales

Causas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Herencia</i>	66	39
<i>Edad</i>	165	74
<i>Sexo</i>	164	74

<i>Obesidad</i>	52	23
<i>Otras anomalías pélvicas</i>	78	35

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 3.



Tabla 4. Complicaciones derivadas del procedimiento para tratar la hernia inguinal

<i>Complicaciones</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Si</i>	49	22
<i>No</i>	173	78
Total	222	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 4.



Tabla 5. Días de Hospitalización

<i>Días de Hospitalización</i>	<i>Frecuencia (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
2 días	112	51
3 días	61	27
4 días	28	13
5 días	15	7
6 días	5	2
+ 7 días	1	0
Total	222	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 5.



Tabla 6.

Factores de Riesgo de Presencia de complicaciones derivadas del procedimiento

	Si	No	Total
<i>Herencia</i>	6	16	22
<i>Edad</i>	15	58	73
<i>Sexo</i>	17	63	80
<i>Obesidad</i>	8	26	34
<i>Otras anomalías pélvicas</i>	3	10	13
Total	49	173	222

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 6.

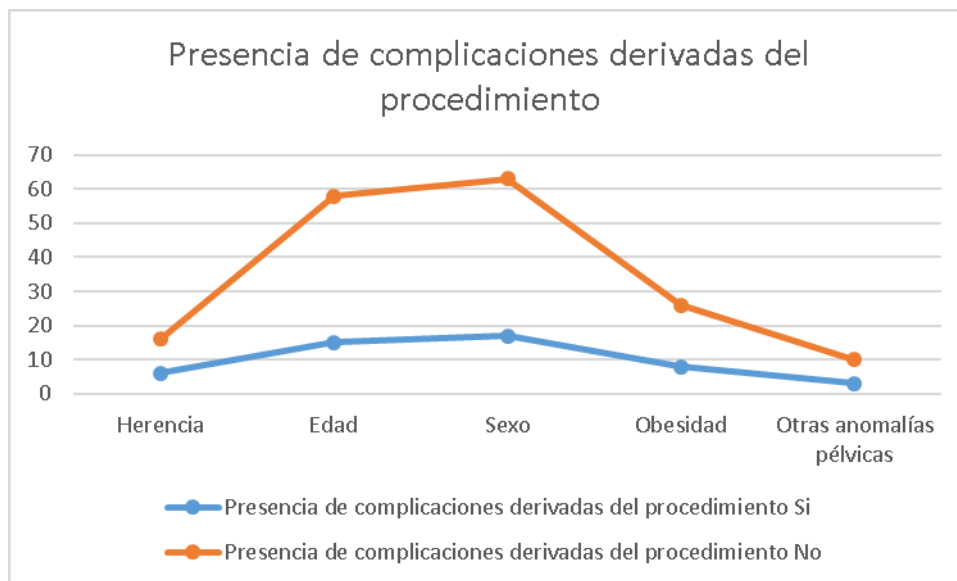
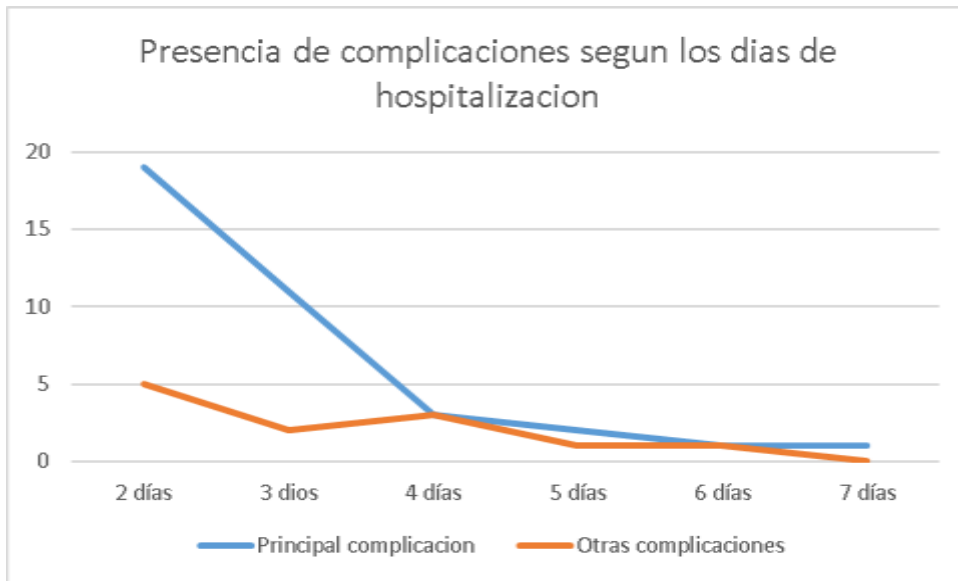


Tabla 7.

<i>Días de hospitalización</i>	Complicaciones		Total
	Principal complicación	Otras complicaciones	
<i>2 días</i>	19	5	24
<i>3 días</i>	11	2	13
<i>4 días</i>	3	3	6
<i>5 días</i>	2	1	3
<i>6 días</i>	1	1	2
<i>7 días</i>	1	0	1
Total	37	12	49

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

Grafico 7.



DISCUSION

El principal hallazgo de este estudio es que las complicaciones postquirúrgicas de la hernia inguinal están fuertemente asociado a los factores de riesgo en una muestra de pacientes postquirúrgicos que se atendieron en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en el periodo estudiado.

Los pacientes con hernia inguinal que fueron operados en este establecimiento de salud tenían entre los 21 años hasta los 60 años de edad. Según los resultados obtenidos predominaron los pacientes del grupo etario de 51 a 60 años de edad (43%) seguido de los pacientes de 41 a 50 años de edad (31%). Se notó una fuerte tendencia a aumentar los casos hernia inguinal conforme aumentaba la edad como se aprecia en el Grafico 1.

Según Acevedo y Col. ⁽¹³⁾ entre febrero 2005 y marzo 2006, realizaron un estudio de casos y controles, en Chile, que constituyo de la prevalencia quirúrgica en pacientes con hernias inguinales cuyo objetivo fue evaluar el grupo etario más frecuente de padecer hernias inguinales, destacando que mientras más edad tenga el paciente mayor probabilidad tiene de padecer esta patología así mismo acompañado de diversos factores de riesgo adyacentes. El resultado de esta investigación fue que los de mayor edad están íntimamente asociados con padecer hernia inguinal y mayores complicaciones en el postquirúrgico. El presente estudio mostró que la a mayor edad, mayor frecuencia de hernias inguinales, puesto que se aprecia una línea creciente conforme se avanza de decenio de edad.

Con respecto al grupo etario más frecuente en comparación con las complicaciones presentadas, se evidencio que el rango entre 41 a 60 fue el grupo que más presento complicaciones. De los 222 pacientes, solo 49

pacientes presentaron complicaciones (22%). Cabe recalcar que de los 49 pacientes 47 corresponden al rango de edad entre 41 a 60 años, con dos excepciones, de 24 y 30 años, los cuales tuvieron complicaciones por no seguir indicaciones médicas. Lo que nos indican los resultados es que las complicaciones derivadas de la operación por hernia inguinal están fuertemente ligada al factor etario, mientras más edad tenga el paciente, mayor probabilidad de padecer de alguna complicación relacionada a la cirugía.

El sexo que predominó fue el masculino con ciento sesenta y cuatro pacientes (74%) seguido por el femenino con cincuenta y ocho pacientes (26%). Existe una diferencia marcada con predominancia masculina lo cual se debe a que el conducto inguinal es más amplio en el hombre que en la mujer.

En el presente estudio se muestran diferentes factores de riesgo que los pacientes postquirúrgicos refieren que tienen al momento de dicha operación. Cabe destacar que los dos que predominaron por encima de los otros fueron la edad y el sexo, con 74 por ciento cada uno. Luego le sigue otras anomalías pélvicas con 35% que abarcan, constipación crónica o antecedente de hernia inguinal. Lo que llama la atención fue la predominancia de los factores de riesgo de edad y sexo, que juegan un papel muy importante en la presencia de complicaciones en pacientes postquirúrgicos.

Por último tenemos los resultados obtenidos de acuerdo a los días de hospitalización postquirúrgicos. Se nota una clara predominancia en los pacientes que solo se quedaron 2 días, con un 51%, lo que denota un poco más de la mitad de los pacientes tuvieron una mejoría eficaz y rápida. Conforme van avanzando los días se ve una clara disminución de pacientes que se quedaron más días hospitalizados como se aprecia en el gráfico 5. Los pacientes que permanecieron hospitalizados más de 4 días fueron un 9% (21 pacientes), los cuales se ubican en el grupo etario mayor a 50 años de edad, y cabe destacar que, de los 21 pacientes, dos no siguieron instrucciones del médico (exigirse y hacer esfuerzo de más en los primeros

días), lo cual los llevo a un empeoramiento en la recuperación postquirúrgica y a una larga estadía hospitalaria.

CONCLUSIONES

La hernia inguinal es una patología seria y frecuente en personas de mayor edad que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece, suele conformar un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de etario.

Las complicaciones postquirúrgicas de una herniorrafia inguinal pueden ser muy fáciles de tratar y resolver si se siguen las indicaciones médicas y tienen un adecuado seguimiento y manejo médico. Siempre tener en cuenta los factores de riesgo predisponentes para poder evaluar y prever cualquier eventualidad. Las edades más frecuentes que padecieron de estas complicaciones fueron de los 41 a 60 años de edad con un 74%, dejando un 26% en pacientes con edades entre 21 a 40 años, lo cual nos indica una gran importancia de este factor de riesgo frente a futuras complicaciones postquirúrgicas. Debería haber un mayor control con el cirujano frente a cualquier signo de alarma para poder detectar a tiempo la hernia inguinal. A pesar de la elevada prevalencia de la patología, usualmente es subdiagnosticado y subtratado. Algo importante que debemos resaltar es que existen varias causas, pero una de las principales que se podría tratar es el sobrepeso, lo cual disminuirá el índice de incidencia de esta malformación,

El género del paciente juega un papel muy importante puesto que los pacientes masculinos tienen una clara prevalencia por encima de los femeninos, con una relación 3:1. Los pacientes de este género tienen que tener un mayor control con el médico para poder prever la formación de una hernia inguinal, más aún si viene acompañado de otros factores de riesgo.

Según los resultados obtenidos, casi tres cuartos no padecieron de complicaciones postquirúrgicas (78%), lo cual indica que este problema es fácil de sobrellevar luego de una operación, Cabe recalcar que es muy importante seguir las indicaciones del médico, para poder llegar a la mejoría

total, y tener en cuenta que las personas con mayor edad no cuentan a veces con un apoyo familiar y tienen que hacer algún esfuerzo físico en sus labores diarias sin la ayuda de otra persona. Hubo dos pacientes en el rango de 51 a 60 años que empeoraron su situación por hacer esfuerzo físico y no hacer caso a las indicaciones del profesional de la salud, pero al final pudieron mejorar el cuadro y fueron dados de alta.

Cabe destacar que los pacientes tuvieron una mejoría rápida y eficaz siempre y cuando siguen las instrucciones del médico y evitan hacer cualquier esfuerzo físico. Los resultados mostraron que un 51% de pacientes al 2do día fueron dados de alta sin ninguna complicación, lo cual indica un número elevado para tan pronta recuperación. Seguidos de un 27% al 3er día, en cambio los demás pacientes que se quedaron más días hospitalizados refirieron algún tipo de molestia por un esfuerzo físico que hicieron como el pujo al momento de ir al baño, lo cual no lleva a una sola conclusión, que importa bastante el cese de esfuerzo físico luego de este tipo de intervención y no desobedecer las órdenes que te dicta el profesional de la salud,

Considerando que la hernia inguinal en nuestro país es frecuente en las consultas externas, no solo de cirugía sino también en la consulta general y de la información que conocemos en los contenidos literarios se determina que en virtud de esta patología es necesario un mayor control, prevención y divulgación de información referente a esta patología para que la comunidad en general este informado y acuda al médico en un tiempo oportuno,

La familiarización y el conocimiento del médico y el personal de la salud con dicha malformación y sus particularidades, son necesarias para poder realizar la detección y tratamiento pertinente del mismo, y de esta forma disminuir el impacto negativo que tiene en el paciente, los familiares y la comunidad en general.

RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de este estudio se recomienda un mejor ingreso y manejo de los datos de los pacientes, tanto por el personal médico como por el personal estadístico, y de esta forma colaborar con el desarrollo científico en el campo de la salud.

Se propone la implementación de un sistema informático para el análisis y almacenamiento de forma más completa y fácil del universo de pacientes atendidos por el Hospital.

Se aconseja llevar a cabo un seguimiento a largo, mediano y corto plazo, en la patología que es motivo del actual estudio para de esta forma evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrahamson J. Causas y fisiopatología de la formación de hernia inguinal primaria y recurrente. *Surg Clin North Am* 1998; 6: 901-918.
2. Lichtenstein IL, Schulman AG, Amid PK. The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 2003; 73: 529-544.
3. Rutkow IM. Aspectos epidemiológicos, económicos y sociológicos de la cirugía de la hernia en Estados Unidos en el decenio iniciado en 1990. *Surg Clin North Am* 1998; 6: 889-900.
4. Bellón JM, Bajo A, Hondurilla NG, Gimeno M, Pascual G. Fibroblasts From the Transversalis Fascia of Young Patients With Direct Inguinal Hernias Show Constitutive MMP-2 Overexpression. *Ann Surg* 2001; 233: 287-291.
5. Porrero JL, Sánchez-Cabezudo C. Evidencias científicas en el tratamiento de la hernia inguinal. *Cir Esp* 2002; 72: 157-159.
6. Awad SS, Fagan SP. Current approaches to inguinal hernia repair. *J Am Coll Surg* 2004; 188: 160-165.
7. Acevedo A, Reyes E, Lombardi J, Robles I. Prevalence de la cirugía de las hernias inguinales. *Rev Chil Cir* 2006; 58: 133-137.
8. Granell J. Prótesis de pared abdominal e infección quirúrgica. *Cir Esp* 1998; 63: 333-335.
9. Benitez S, Hermansen C, Rodriguez E, Andrades P, Valenzuela D, Salamanca J. Y cols. Resultados en 196 hernioplastías con técnica de Lichtenstein. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 496-499.
10. Amagada E, Chiang H, Torrejón N, Yañez Z, Torres J, Amagada L. Cirugía mayor ambulatoria. *Rev Chil Cir* 2000; 52: 608-612.
11. Rutkow IM. Aspectos demográficos y socioeconómicos de la reparación de las hernias en Estados Unidos en 2003. *Surg Clin North Am* 2003; 5: 1019-1028.
12. EU Hernia Trialists collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87: 854-859.
13. Acevedo A, Gallego A. Cirugía mayor ambulatoria de las hernias. Experiencia de 5 años en el CRS Cordillera oriente de la ciudad de Santiago. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 166-171.

14. Acevedo A, Gallego A. Cirugía mayor ambulatoria de las hernias. Experiencia de 5 años en el CRS Cordillera oriente de la ciudad de Santiago. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 166-171.
15. Bendavid R. The Shouldice repair. En Schumpelick V, Wantz GE. Inguinal repair. Karger AG, Basel 1995; 222-234.
16. Stephenson BM. Complicaciones de las reparaciones abiertas de las hernias. *Surg Clin North Am* 2003; 5: 1219-1242.
17. Büchler MW. Progress in surgery 1994. Editorial Karger
18. EU Hernia Trialists collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh. Meta-analysis of randomized controlled trial. *Ann surg* 2002; 235: 322-332.
19. Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair. A follow up report. *Surgery* 1995; 117: 597-608.
20. Ciga MA, Oteiza F, Ortiz H. Estudio prospectivo de las complicaciones de la cirugía de la hernia en función de la edad de los pacientes. *Cir Esp* 2004; 75: 204-206.
21. Hidalgo M, Castellón C, Figueroa J M, Eymar J L, Moreno González E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Cir Esp* 2001; 69: 217-223.
22. Gil P, Esteban E, Legido P, Gago P, Pastor E. Tasa de infección en cirugía limpia: seguimiento hasta 30 días tras la intervención. *Cir Esp* 2005; 77: 226-229.
23. Rutkow IM, Bobbins AW. Tension-free inguinal herniorraphy: A preliminary report on the mesh plug technique. *Surgery* 1993; 114: 123.
24. Taylor E, Byrne DD, Leaper D, Karran S, Brownw MK, Mitchell KJ, *et al.* Antibiotic prophylaxis an open groin hernia repair. *World J Surg* 1997; 21: 811-815.
25. Hawn M, Itani K, Giobbie-Hurder A, McCarthy M, Jonasson O, Neumayer L. Patient-reported outcomes after inguinal herniorraphy. *Surgery* 2006; 140: 198-205.
26. Jiménez A, Elia M, Gracia J, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2004; 76: 325-330

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION
Edad	Cuantitativa discreta	Intervalo	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	21-30 31-40 41-50 51-60	Historia clínica
Genero	Cualitativa	Nominal	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Masculino Femenino	Historia clínica
Factores de riesgo	Cualitativa	Nominal	Conjunto de factores que aumentan el riesgo de padecer una hernia inguinal	Herencia Edad Sexo Obesidad Otras anomalías pélvicas	Historia clínica
Complicaciones	Cualitativa	Nominal	Toda complicación derivada de una hernia inguinal.	Cualquier complicación agregada.	Historia clínica

Días de hospitalización	Cuantitativa	Nominal	El número de días de permanencia en el hospital comprendido entre el ingreso y el egreso.	2 días 3 días 4 días 5 días 6 días +7 días	Historia clínica
-------------------------	--------------	---------	---	---	------------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Coppiano Pazmiño John Kleber** con C.C: # **0924875156** autor/a del trabajo de titulación: **Complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal en pacientes entre 18 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016- diciembre 2017** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **28 de marzo de 2018**

f. _____

Nombre: **Coppiano Pazmiño John Kleber**

C.C: **0924875156**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal en pacientes entre 18 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo enero 2016-diciembre 2017		
AUTOR(ES)	Coppiano Pazmiño John Kleber		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cristhian Elias		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de marzo del 2018	No. PÁGINAS:	DE 52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugia General		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Hernia inguinal, Herniorrafia inguinal, complicaciones, Recidiva		
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La hernia inguinal es una de las patologías que más frecuentemente requiere de cirugía; se estima entre un 10-15% de todas las intervenciones quirúrgicas. La hernia inguinal pareciera aparecer en el proceso evolutivo del ser humano, presentando una alta incidencia y por lo tanto es un problema de salud pública con importante implicancias sociales y laborales. En nuestro país, según la INEC, existe una prevalencia nacional de 136/100.000 habitantes. Dependiendo de la experiencia del cirujano y el tipo de reparación, la tasa de recidiva varía entre el 0,5-10%. Objetivo: Evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias y posibles asociaciones con factores de riesgo, en herniorrafia inguinal electiva en protocolo de hospitalización abreviada. Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal, en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena, Ecuador, entre el mes de enero de 2016 y el mes de diciembre de 2017, con patologías quirúrgicas herniarias diagnosticadas previamente, para evaluar sus complicaciones Resultados: Predominó el sexo masculino con ciento sesenta y cuatro pacientes (74%). Entre los principales factores de riesgo que inciden en complicaciones postquirúrgicas en herniorrafia inguinal destaca la edad (74%). Conclusión: Cabe destacar que los pacientes tuvieron una mejoría rápida y eficaz siempre y cuando siguen las instrucciones del médico y evitan hacer cualquier esfuerzo físico. Los resultados mostraron que un 51% de pacientes al 2do día fueron dados de alta sin ninguna complicación, lo cual indica un número elevado para tan pronta recuperación.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593-4-0967778704	E-mail: jkcp.92@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vázquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-4-0982742212		
	E-mail: diegovasquez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			