



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO ANZOÁTEGUI**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**Complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a  
hernioplastia inguinal del hospital universitario Dr. Luis Razetti.**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para  
optar al título de Médico Cirujano.

**BARCELONA, NOVIEMBRE 2024**



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

**COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES  
SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZETTI.**

Asesorado por:

Dr. José Diego Díaz  
Cirujano General

Autores:

Br. Bozo Sivila, María de los Ángeles  
Br. Carvajal Villegas, José Gregorio  
Br. Gil, Fernando José

**BARCELONA, NOVIEMNRE 2024**

## RESOLUCIÓN

De acuerdo al artículo 41 del Reglamento de Trabajos de Grado de la Universidad de Oriente:

“Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo notificará al Consejo Universitario, para su autorización”.



## RESUMEN

### COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUIS RAZETTI, PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2024

**Br. María A. Bozo S. Br José G. Carvajal V. Br Fernando J. Gil. Tutor Dr. José Diego Díaz especialista en cirugía y laparoscopia, adjunto del HULR y profesor de la cátedra de Cirugía I, UDO.**

**Introducción:** Una hernia es una protrusión de un órgano o tejido a través de una debilidad u orificio anormal, por un defecto en las estructuras de soporte. La reparación es el procedimiento quirúrgico más frecuente realizado por los cirujanos. Las complicaciones frecuentes son (ISO), seroma y hematoma. **Objetivo:** Determinar la incidencia de las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a hernioplastia inguinales del HULR. **Justificación:** Se realizó el presente estudio prospectivo para conocer la incidencia de complicaciones post operatorias que servirán para la creación de programas preventivos. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal, la población estuvo constituida por 70 pacientes que fueron operados de forma electiva. Se utilizó instrumento de recolección de datos diseñado por los autores. Los datos obtenidos fueron vaciados en Microsoft Excel. **Resultados:** El sexo masculino predominó desde la 3ra a 6ta década de la vida. En el 46% fue con diagnóstico de hernias directas. En 48,6% aplicaron técnicas quirúrgicas tipo Lichtenstein. El 20% se complicaron con seroma. La técnica quirúrgica empleada se observó que el 66,3% de los seromas, el 66,7% de las ISO se encontraban en pacientes sometidos a técnica de Lichtenstein. **Conclusión:** Los pacientes operados fueron más hombres con edad media de 49 años. Las hernias directas fueron las más comunes y la técnica de Lichtenstein la más utilizada, asociada con varias complicaciones postoperatorias, afectando al 40% de los pacientes.

**Palabra Clave:** Hernia Inguinal, Antecedentes quirúrgicos, Lichtenstein, complicaciones.

## INDICE

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| RESOLUCIÓN .....                                     | iii |
| RESUMEN.....                                         | iv  |
| INDICE .....                                         | v   |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....                         | vi  |
| DEDICATORIA .....                                    | xi  |
| INTRODUCCION .....                                   | 13  |
| JUSTIFICACIÓN .....                                  | 18  |
| OBJETIVOS .....                                      | 20  |
| OBJETIVO GENERAL .....                               | 20  |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                           | 20  |
| METODOLOGIA .....                                    | 21  |
| Nivel, diseño y tipo de investigación. ....          | 21  |
| Población y muestra .....                            | 22  |
| Criterios de inclusión .....                         | 22  |
| Criterios de exclusión.....                          | 22  |
| Técnica e instrumento de recolección de datos.....   | 22  |
| RESULTADOS.....                                      | 24  |
| CONCLUSION .....                                     | 33  |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....                      | 35  |
| ANEXOS .....                                         | 37  |
| METADATOS DE TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO. .... | 38  |

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Oriente – Núcleo Anzoátegui y a todos sus Docentes, quienes nos han brindado las herramientas y el conocimiento necesario para llevar a cabo este proyecto. Su dedicación y compromiso con la educación han sido fundamentales en nuestra formación.

Al Hospital Universitario Luis Razetti, en especial al servicio de Cirugía General, por su apoyo y por permitirnos acceder a sus instalaciones y recursos, lo cual fue fundamental para la realización de nuestra investigación.

Un reconocimiento especial al Dr. José Diego Díaz, nuestro tutor de tesis, por su guía, paciencia y apoyo. Su experiencia ha sido una luz que nos ha orientado en cada paso del proceso.

Finalmente, al jurado, Dr. Ali Sotillo y Dr. Manuel Toquero, por su tiempo, sus valiosas observaciones y su evaluación. Sus aportes han enriquecido nuestro trabajo y nos han motivado a seguir esforzándonos en el ámbito académico.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este importante logro.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por ser mi guía en cada paso de mi camino. Su amor y su fortaleza me han permitido superar cada desafío y alcanzar este importante logro en mi vida, sin el nada habría sido posible.

A mi mama, Lya Sivila, una excelente profesional y un ejemplo de esfuerzo. Su compromiso y pasión por lo que hace me han inspirado a seguir mis sueños y a esforzarme por ser la mejor versión de mí misma. Te agradezco por ser mi apoyo y fuente de motivación.

A mi abuelo, Rafael Sivila, a quien espero que reciba mis palabras en el cielo. Su amor y sabiduría siempre han dejado una huella en mí. Aunque ya no esté físicamente a mi lado, su legado y enseñanzas continúan guiándome en mi vida. Te llevo siempre en mis pensamientos y en mi corazón. Y por supuesto, a mi abuela, Mercedes de Sivila, gracias por ser el pilar de esta familia. Aprecio cada sacrificio que has hecho y cada lección que me has enseñado. **¡Espero hacerlos sentir orgullosos!**

A mis hermanos, Lyannys Bozo y Jesús Bozo, a quienes amo profundamente y por quienes intento ser mejor persona y excelente profesional. A mis familiares, quienes han creído en mí y han sido una fuente de aliento en cada etapa de esta travesía.

A José Carvajal, quien además de ser uno de mis compañeros de tesis es mi novio, a él por apoyar cada una de mis ideas, por impulsarme siempre a dar lo mejor de mí, por su amor y ayuda sin límites. Porque sigamos celebrando cada logro juntos.

A Fernando Gil, quien formo parte de este trio de tesis, por su colaboración, amistad, los momentos de risa y por compartir este importante proceso juntos.

A mis Amigos: Ana Díaz, Virginia Mujica, Karla Rondón, Manuel Freitas, Yofran Rengifo, Paola Bericote y Fabiola Azcarate, por permitirme disfrutar la vida en el momento exacto, por hacer siempre el camino más fácil y feliz

Por último, a una pequeña foránea, quien puso todo su empeño para llegar a este punto, quien se ha caído y levantado un montón de veces, quien debe sentirse muy orgullosa por lo que es, y sí, esa soy yo, la autora de esta dedicatoria.

**MARIA BOZO**



## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo de grado en primer lugar a Dios (Padre), Dios (Hijo) y Dios (Espíritu Santo) por haberme dado la Fortaleza de insistir, persistir y nunca desistir en esta tan fuerte, pero muy Bella Carrera Universitaria.

A Mis Padres, Jose Francisco Carvajal Rojas y Zoreli del Valle Villegas Aular, por estar a mi lado en cada paso, en cada subida y bajada de este camino, prestando esa mano amiga que te levanta y dice, tu puedes, trabaja fuerte en tu juventud para que asegures tú vejes.

A Mis hermanos, José Francisco Carvajal Villegas y María José Mia Carvajal Villegas, dignos ejemplos de que las metas que nos trazamos si se pueden cumplir, siempre y cuando trabajemos por ellas.

A la Familia Villegas Aular, por representar para mí un símbolo de sacrificio, esmeró y fuerza de lucha para salir adelante contra todas las adversidades. A la Familia Carvajal Rojas, quienes me enseñaron que no solo con trabajo se es feliz en esta vida.

A mí Cuñada, Annylu Martha Itriago Marchel, quien sin ser de mi Familia le lloro a la Directora de la Escuela de Ciencias de la Salud solicitándole que me aprobarán el cambio de especialidad, y aunque en tal momento no tuviese efecto positivo su sacrificio, si apporto en mi un grano más de confianza en un momento en donde ni siquiera yo me sentía seguro de si este era mi camino.

A mí Compañera de tesis y novia, María de los Ángeles Bozo Sivila, quien ha sido para mí ejemplo de decisión, de qué en esta vida somos nosotros los que tenemos el poder de escoger que patrones seguir, quienes queremos ser y a donde queremos llegar.

A mis Amigos Yorfran Rengifo, Karla Rondón, Manuel Freitas y Virginia que a pesar de no ser un grupo que este en íntima comunicación, siempre contamos uno con el otro en momentos buenos y malos.

Y de la misma forma que inicie voy a culminar, dándole gracias a Dios por tener en mi vida a cada una de las personas que he mencionado, gracias a todos por dejar en mí una enseñanza y espero que Dios siga haciendo su obra en mi para ser uno de sus mejores instrumentos en esta hermosa profesión.

**JOSE CARVAJAL**

## DEDICATORIA

Dedicado A Dios y a mi madre Nilcia Gil, por su inquebrantable apoyo, amor y sacrificios. Su fe en mí ha sido la mayor fuente de inspiración y motivación en cada paso de este camino académico.

A mis hermanos Robert Gil y Valentina Gil, por estar siempre a mi lado y por los momentos de alegría y compañía que nos han unido aún más.

A Ruth Cadenas, por ser parte de esa familia que elegí. Por los momentos de risas, apoyo y compañerismo que han iluminado mi camino. A ella, que ha estado presentes en los buenos y malos momentos, brindándome su amistad incondicional. Gracias por tus palabras de aliento, por creer en mí cuando más lo necesitaba y por ser parte esencial de esta travesía. Sin ti, este logro no habría sido posible.

A María Bozo y José Carvajal, por su paciencia, comprensión y por los buenos momentos compartidos que me ayudaron a mantener la perspectiva y la motivación.

A la memoria de mis queridos abuelos, su ausencia se siente cada día, pero sus recuerdos viven en mi corazón y en cada logro que alcanzo. Este trabajo está dedicado a ustedes, quienes fueron una guía y un pilar de fortaleza en mi vida. sus sabias palabras y enseñanzas me acompañan siempre, y aunque ya no estén físicamente aquí, su espíritu sigue inspirándome. Gracias por su amor, por su ejemplo y por los momentos compartidos que atesoro profundamente. Este logro es un homenaje a todo lo que me enseñaron y a la persona en la que me ayudaste a convertirme. Los llevo siempre en mi corazón.

A mi querida amiga María Virginia Bastardo, Aunque ya no estás físicamente con nosotros, tu espíritu y recuerdos viven en mi corazón. Fuiste una luz en mi vida, siempre brindando alegría, apoyo y amor incondicional. Tu risa, tus consejos y tu amistad han dejado una huella imborrable en mi alma. Este trabajo está dedicado a ti, en honor a todos los momentos compartidos y a la inspiración que siempre me diste.

Gracias por ser una amiga excepcional y por haber enriquecido mi vida de tantas maneras. Te extraño y te llevo siempre en mi corazón.

A mis profesores y asesores, por su guía, conocimientos y dedicación. Sin su apoyo y sabiduría, este trabajo no habría sido posible. A todos aquellos que, de una manera u otra, han formado parte de este viaje y han contribuido a mi crecimiento personal y profesional.

**FERNANDO GIL**

## INTRODUCCION

La hernia inguinal, ha acompañado al hombre desde su creación. Es además un defecto que se ve, que se nota palpándose con las manos, y que se reconoce hoy como se hizo en la más remota antigüedad; se trata de una patología con una proyección externa, en la piel, y que cabe suponer fue conocida por simple observación como pudieran haber sido las llagas de la piel en los leprosos, los tumores, deformidades, etc. Así parece que la primera alusión conocida sobre la hernia lo fue en el papiro de Ebers (1560 a. de C.) “un tumor en los genitales, en el que se mueven los intestinos” (1).

Una hernia se puede definir como la protrusión de un órgano o tejido a través de una debilidad u orificio anormal, secundario a un defecto en las estructuras de soporte o de la capa que lo envuelve. Sin embargo, no es necesario que la protrusión se encuentre en todo momento para considerarse hernia (2). Las hernias se clasifican por su localización anatómica en: femoral o crural, umbilical, epigástrica, de Richter, de Spiegel, pélvica obsturatriz, pélvica perineal, lumbar e inguinal, siendo esta ultima la más frecuente (3).

La hernia inguinal es una entidad patológica que ha ocupado y preocupado a los cirujanos desde hace siglos, pero no fue hasta el siglo XIX que se sentaron fundamentos, conceptos anatómicos y mecánicos en torno al tema. Esta patología evidentemente tiene un gran impacto social y laboral, con complicaciones propias que podrían poner en riesgo la calidad de vida del paciente. Las hernias inguinales se pueden clasificar en:

- Una hernia inguinal directa que se produce cuando el tejido abdominal sobresale medialmente a través de la pared posterior del conducto inguinal e inferiormente al anillo inguinal interno (profundo).
- Una hernia inguinal indirecta que se produce cuando el tejido abdominal atraviesa una lesión o defecto de la pared abdominal en dirección al anillo inguinal interno y al conducto inguinal. Este es el tipo más frecuente (4).

Muchos de los pacientes con hernia inguinal apenas presentan síntomas o permanecen asintomáticos, estos pueden tener un bulto visible en el área de la ingle, que le produzca dolor o no, y en muchos casos el paciente puede ser consciente de que lo tiene o puede encontrarlo el médico durante una exploración física habitual.

Cuando el inicio de la hernia es repentino, el dolor por naturaleza suele ser unilateral, agudo o urente e irradiarse a la porción proximal del muslo, a la zona lumbar, al perineo o el escroto. Sin embargo, es más probable que la aparición sea gradual. Algunos pacientes se quejan de una sensación de pesadez o de dolor sordo en la ingle que les resulta incómodo y las mujeres en particular pueden explicar que sienten dolor pélvico. Los síntomas pueden agravarse por actividades frecuentes, como subir escaleras, toser, estornudar u otras maniobras de Valsalva, o por actividades deportivas y ciertos movimientos, como correr, dar una patada a un balón, girarse, hacer una sentadilla o ponerse de lado. Concluyendo que el dolor relacionado con la hernia inguinal generalmente tiene que ver con la actividad y por consiguiente se alivia con el reposo. El diagnóstico se realiza mediante el historial médico y los hallazgos de la exploración clínica del paciente; esta última consiste en un reconocimiento médico seguido de la palpación de la ingle con el paciente en bipedestación y en decúbito supino, y de la exploración dactilar bilateral de los conductos inguinales.

Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento inicial no quirúrgico consiste en la observación atenta de cualquier cambio en la actividad tras 6-8 semanas de reposo, medicamentos antiinflamatorios, laxantes emolientes, fisioterapia con supervisión para el fortalecimiento del tronco, y ejercicios de estiramiento muscular. La exploración y reparación quirúrgica debe tenerse en cuenta en el paciente sintomático o cuando con el tratamiento no quirúrgico no mejoran los síntomas, y las técnicas pueden basarse en suturas o en mallas, ser de abordaje anterior o posterior, e incluso realizarse mediante cirugía abierta o laparoscopia/endoscopia. (4)

La reparación de una hernia inguinal es el procedimiento quirúrgico más frecuente realizado por los cirujanos generales y, quizás, la que mayor número de opciones técnicas presenta. La hernioplastia representa entre el 10 y el 15% de las operaciones en un servicio de cirugía general y determina un gran impacto socioeconómico. En

Estados Unidos se realizan unas 750.000 hernioplastias por año, 80.000 en el Reino Unido y 100.000 en Francia (5).

No existe en la actualidad una opción que haya logrado imponerse como tratamiento ideal. La elección de la técnica quirúrgica a utilizar ha cambiado en las últimas décadas gracias a la introducción de nuevas alternativas quirúrgicas como la laparoscopia, sin embargo, lamentablemente ésta última a pesar de sus probados beneficios, aún está lejos de convertirse en la práctica de elección en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, ya que a pesar de las claras ventajas descritas en la literatura en correlación con la cirugía abierta no se puede dejar de lado las complicaciones quirúrgicas postoperatorias que son inevitables, con independencia de la habilidad técnica y la capacidad del cirujano, así como también el costo hospitalario, la pérdida de productividad laboral, alteración de la vida familiar normal y repercusiones legales que conllevan.

Las complicaciones son diversas, entre estas destacan la infección del sitio operatorio (ISO), el seroma o hematoma, el edema del cordón espermático, la retención urinaria, la orquitis, el granuloma y aunque infrecuentes, las fístulas entéricas o lesiones vasculares por la utilización del tapón oclusivo en el anillo inguinal interno, pero las más molestas son el dolor crónico y la recidiva, siendo esta última la que mide el éxito de la intervención (6).

Las dificultades o problemas generados posterior a una hernioplastia inguinal ha sido estudiadas por numerosos autores, como Garcia Nirza, *et al.* Quienes en el año 2019 realizaron un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, en un universo de 86 pacientes con HI intervenidos quirúrgicamente para su reparación; Hospital General Mariano Pérez Balí, Granma. Los datos o variables del estudio propuestos a medir (edad, sexo, tipo de hernia inguinal, lateralidad, técnica quirúrgica y complicaciones constatadas) fueron extraídos de las historias clínicas hospitalarias. Los pacientes fueron seguidos por un tiempo de 90 días, dando como resultado la edad media fue de 53,81 años, el sexo masculino representó el 95,34 % del total de pacientes. Según la clasificación de Nyhus las hernias indirectas, de tamaño medio, con anillo inguinal interno alargado y saco herniario que no llega al escroto o tipo II representaron el 46,24

%. Las técnicas de hernioplastias fueron empleadas en la reparación del 54,84 % del total de hernias reparadas particularmente la técnica de Lichtenstein. El 66,66 % de las hernias inguinales sometidas a reparación quirúrgica no presentaron complicaciones mientras que el 11,83 % se complicaron de forma aguda con funiculitis (7).

Núñez Mazariegos RA. En el periodo 2018-2019 realizo un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal no intervencionista con 108 pacientes diagnosticados en la consulta externa de cirugía general con hernia inguinal no complicada e ingresados en el Hospital de Especialidades de San Felipe. Cuyos resultados arrojaron que dicha patología se encuentra más en hombres que mujeres; la complicación más frecuente fue el seroma seguida de las infecciones; en dichos pacientes el Índice de Masa Corporal en su mayoría estaba en un rango normal, no presentaban ninguna comorbilidad, ni hábito tóxico al momento del estudio y no se relacionan con las patologías preexistentes (8). Por otro lado, Pintos. F. et.al (14). En 2021; realizaron un estudio retrospectivo y observacional donde se efectuó hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein a 30 pacientes con hernia inguinal en el Hospital regional de Pilar durante el año 2018. El objetivo fue determinar la efectividad de dicha técnica mediante el índice de recidivas. El seguimiento a los pacientes se realizó a los 7, 14 días posteriormente a los 1, 6, 12, 18, 24 y 36 meses. La edad media de los pacientes fue de 51 años y un 90% del sexo masculino, la procedencia de los pacientes fue 78% urbana. El tiempo quirúrgico promedio fue de 48 min. En relación a la estancia hospitalaria el 90% de los pacientes recibió el alta a las 24 horas. Los tipos de hernias reparadas según la clasificación de Gilbert el tipo I fue el más frecuente con un 40%. El índice de recidivas fue de 3,33 %. Las complicaciones fueron; Infección del sitio quirúrgico, Seroma y la Inguinodinia. El principal indicador utilizado para evaluar los resultados de la hernioplastia inguinal sigue siendo el índice de recidiva (9).

En Venezuela no existen estadísticas que sustenten la frecuencia de este procedimiento quirúrgico y mucho menos las complicaciones que puede generar, por lo que a partir de la monitorización de aquellos pacientes que experimentaron el tratamiento para hernia inguinal en el HULR y la realización de este trabajo de investigación podemos



responder ¿Cuál es la incidencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a hernioplastia inguinales?;Y adicionalmente otras interrogantes como: ¿Cuáles son las características demográficas de estos pacientes?, ¿Cuáles son las comorbilidades que presentan estos pacientes?, ¿Qué tipo de técnica quirúrgica fue empleada en ese paciente? ¿Cuáles son las complicaciones presentadas en los pacientes? Y, por último, ¿Existe alguna relación entre la técnica quirúrgica empleada y la complicación que presenta el paciente?

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la hernia inguinal es el tipo más frecuente de las hernias de pared abdominal en un 10 a 15 %, predomina más en hombre que en mujeres en una relación 4:1, así mismo, es más frecuente en la etapa productiva de la vida entre 30-59 años (10). En este sentido, se considera un problema de salud pública y tomando en cuenta que la hernioplastia es un procedimiento quirúrgico que se realiza diariamente en la práctica de un cirujano, se hace necesario realizar el presente estudio prospectivo, donde se incluyen a los pacientes con hernias inguinales que son ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” (HULR) de Barcelona, Estado Anzoátegui, durante el periodo de febrero - julio del 2024.

Ahora bien, esta investigación se realiza con el fin de mostrar datos actuales, ya que, en el prenombrado centro de salud, no existen estadísticas y estudios que reflejen la frecuencia en la cual los pacientes pueden tener complicaciones post hernioplastia inguinal, que le permitan al personal de dicho servicio evidenciar si las complicaciones son representativas como problema de salud, y poder así tomar decisiones oportunas para disminuir a la población afectada.

En este sentido, este trabajo es un aporte científico ya que permite conocer la incidencia de complicaciones post hernioplastia inguinal en los pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” (HULR) de Barcelona, Estado Anzoátegui, durante el periodo de febrero - julio del 2024 y determinar con los resultados, la toma de iniciativas para la creación de programas preventivos y el cumplimiento de los mismos; mejorando esta problemática, y, al mismo tiempo fortalecer el servicio de Cirugía General permitiendo optimizar la calidad y efectividad de atención en salud.

Así mismo, resulta de real importancia para los investigadores, ya que les permite conocer la situación que presentan este tipo de pacientes y poder así compartir

los conocimientos y resultados obtenidos, siendo además un antecedente que aportaría detalles valiosos para cualquier otro estudio.

Cabe destacar que, para la Universidad de Oriente, toda investigación científica sobre un hecho real que acontece en la práctica forense, es fundamental para el fortalecimiento académico de dicha casa de estudio, así como también verificar las complicaciones más comunes y poder determinar la relación que pueda existir entre dichas complicaciones post-operatorias y la técnica quirúrgica empleada. Evidentemente, una herramienta para la praxis profesional de los futuros egresados que hoy presentan este trabajo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la incidencia de las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a hernioplastia inguinales del Hospital Universitario Dr Luis Razetti.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar a los pacientes post operados de hernioplastia inguinal según edad y sexo
2. Identificar comorbilidades y antecedentes quirúrgicos presentes en los pacientes post operados
3. Indicar el tipo de tratamiento quirúrgico realizado en los pacientes post operados
4. Establecer las complicaciones presentes en los pacientes post operados
5. Relacionar las complicaciones con el tipo de técnica empleada

## **METODOLOGIA**

### **Nivel, diseño y tipo de investigación.**

Se realizó una investigación descriptiva, la cual tenía como principal función especificar las propiedades, características, perfiles de grupos, comunidades, objeto o cualquier fenómeno. Se recolectaron datos de la variable de estudio y se midieron (11). Los resultados de este tipo de investigación se ubica a nivel intermedio en cuanto a profundidad de los conocimientos se refiere, y se subclasifica como descriptiva correlacional ya que tuvo como propósito determinar el grado de relación o asociación existente entre dos o más variables, teniendo en cuenta que la variable dependiente fue Incidencia de las complicaciones inmediatas y mediatas postquirurgicas en pacientes sometidos a hernioplastia inguinales del Hospital Universitario Luis Razetti y las variables independientes fueron edad, sexo, comorbilidades, tipo de hernias, tratamiento quirúrgico y tipo de complicación.

El diseño de la investigación fue observacional pues consistirá en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes, de allí su carácter de investigación no experimental (12); la recopilación de datos se efectuó en su estado natural sin manipular intencionalmente las variables o condiciones del entorno, ayudándonos de herramientas como los cuestionarios, las entrevistas o la observación directa, las cuales nos proporcionan la información detallada que vamos a necesitar. Se centró en brindar una representación precisa de los hechos observados, sin tratar de establecer relaciones de causa y efecto.

El tipo de investigación fue prospectivo, basado en estudios o ensayos clínicos en los que se identifican a los participantes, que son semejantes en muchos aspectos, pero que se diferencian por cierta característica, se los comparó por un resultado particular y luego se les hace un seguimiento futuro (12). Los datos se recogieron a medida que fue

sucedido y sin manipular ninguna variable ni interferir con su entorno por lo que además es longitudinal.

### **Población y muestra**

La población estuvo constituida por 70 pacientes que fueron operados de forma electiva por hernioplastia inguinal en el de servicio cirugía general del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”, desde FEBRERO 2024 hasta JULIO 2024.

La muestra estuvo conformada por 28 pacientes complicados post hernioplastia inguinal, mayores de 12 años de edad que acudieron al servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”, desde FEBRERO 2024 hasta JULIO 2024.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores a 12 años.
- Pacientes con diagnóstico de hernia inguinal.
- Pacientes operados por cirugía electiva.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores a 12 años.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con datos incompletos.
- Pacientes con diagnósticos diferentes a hernia inguinal.

### **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Los datos concernientes a la investigación se obtuvieron por medio del interrogatorio y examen físico a pacientes que acudieron al servicio de Cirugía General del Hospital Dr. “Luis Razetti” de Barcelona Estado Anzoátegui, con la finalidad de dar cumplimiento y fundamento a cada uno de los objetivos de este trabajo.

El instrumento para la recolección de datos fue diseñado como una hoja de recolección de datos en la que se incluyeron las siguientes variables: Características generales y sociodemográficas del paciente, antecedentes o comorbilidades (asma, diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, otras), tipo de hernia, tratamiento quirúrgico y complicaciones. Los datos obtenidos fueron tabulados y graficados en Microsoft Excel

2016, para dar de este modo expresión estadística de cada uno de los parámetros a estudiar.

## RESULTADOS

**Tabla 1.**

*Distribución de la muestra de acuerdo a sexo y edad.*

| <i>(n = 70)</i> |                |                |
|-----------------|----------------|----------------|
| VARIABLE        | FRECUENCIA (n) | PORCENTAJE (%) |
| <b>SEXO</b>     |                |                |
| FEMENINO        | 6              | 9              |
| MASCULINO       | 64             | 91             |
| <b>EDAD</b>     |                |                |
| 5 a 13          | 1              | 1              |
| 14 a 17         | 1              | 1              |
| 18 a 35         | 16             | 23             |
| 36 a 64         | 41             | 59             |
| Mayor a 65      | 11             | 16             |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se incluyeron en la investigación 70 pacientes post hernioplastia inguinal, realizada de forma electiva por el servicio de cirugía general del Hospital Universitario “Dr. Luis razetti” en el periodo determinado, de los cuales el 91% de los casos corresponden al sexo masculino, mientras que solo el 9% se presento en el genero femenino, concluyendo una incidencia significativa 10 veces mayor en hombres que en mujeres. Con respecto a la edad, los dividimos por grupo etario, en donde los Adultos maduros (36 a 64 años) cuya edad media es 49,27 fueron los mas afectados en un 59%. Parte de los resultados concuerda con, García Nirza, *et al.* Quienes en el año 2019 realizaron un estudio de 86 pacientes con HI intervenidos quirúrgicamente para su reparación, dando como resultado que predominaba el sexo masculino en un el 95,34 %, con una edad media de 53,81 años aproximadamente.



**Tabla 2.***Comorbilidades y antecedentes quirúrgicos presentes en la muestra.*

| <b>(n = 70)</b>                 |                       |                       |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>VARIABLE</b>                 | <b>FRECUENCIA (n)</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
| <b>COMORBILIDADES</b>           |                       |                       |
| Presente                        | 18                    | 26                    |
| Hipertensión                    | 15                    | 21,5                  |
| Diabetes                        | 2                     | 2,8                   |
| Asma                            | 3                     | 4,3                   |
| Alergia                         | 1                     | 1,4                   |
| Ausente                         | 52                    | 74                    |
| <b>ANTECEDENTES QUIRURGICOS</b> |                       |                       |
| Presente                        | 17                    | 24                    |
| Hernioplastia                   | 17                    | 24                    |
| Cesáreas                        | 1                     | 1,4                   |
| Eventración y                   | 1                     | 1,4                   |
| Obstrucción Intestinal          | 1                     | 1,4                   |
| Histerectomía                   | 1                     | 1,4                   |
| Apendicetomía                   | 3                     | 4,2                   |
| Varicocele                      | 1                     | 1,4                   |
| Vesícula                        | 1                     | 1,4                   |
| Fracturas                       | 1                     | 1,4                   |
| Amigdalotomía                   | 1                     | 1,4                   |
| Prostatectomía                  | 1                     | 1,4                   |
| Ausente                         | 53                    | 76                    |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En base a las comorbilidades solo un 26% de la muestra afirmo tenerlas, destacando la hipertensión arterial sistémica en 21,5% (15 casos), asma en 4,3% (3 casos), diabetes mellitus tipo 2 en 2,8% (2 casos) y 1,4% con alergia (1 casos). Por otro lado, con respecto a los antecedentes quirurgicos un 24% de la muestra contaban con ellos,

siendo la mas recurrente la hernioplastia en un 100% de los casos. Nuñez, R. (2021) en su trabajo de investigacion sobre la prevalencia de complicaciones locales en el sitio quirúrgico de pacientes con hernioplastia inguinal, demostro que solo el 27.8% de la poblacion presento comorbilidad, destacando en un 12,9% la Hipertensión arterial y un 4,63% la Diabetes Mellitus. Con respecto a los antecedentes quirurgicos no se encontraron resultados para comparar dicho estudio.

**Tabla 3.***Ocupacion realizada por la muestra.**(n = 70)*

| <b>TRABAJO</b>       | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Liviano (< 10 kg)    | 33                | 47%               |
| Pesado (> 10 kg)     | 37                | 53%               |
| <b>Total general</b> | <b>70</b>         | <b>100%</b>       |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con relacion a la ocupacion el 53% de la muestra ejecutaban trabajos pesados, mientras que el 47% trabajos livianos. Lo que significa que obreros, almacenistas, depositario, entre otros, corren mayor riesgo de presentar hernia inguinal y ademas ser operados. Nuñez, R. (2021) por su parte, observó una relación entre los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal con los trabajos que requieren un aumento de la fuerza física como la agricultura 31,37%, comerciantes en un 27,45% y transportista 12,75; todos trabajos pesados.

**Tabla 4.**

*Tipo de hernia que presentaron los pacientes operados de hernia inguinal.*

| <b>(n = 70)</b> |            |            |
|-----------------|------------|------------|
| TIPO            | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| Directa         | 32         | 46%        |
| Indirecta       | 21         | 30%        |
| Mixta           | 17         | 24%        |
| Total general   | 70         | 100%       |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Los pacientes que se tomaron en cuenta para el presente estudio reportaron en forma decreciente hernias inguinales de tipo directa con un 46%, indirecta 30% y mixta 24%. Dando como resultado que de acuerdo a los investigado la hernia de tipo directa en la mas frecuente. Sin embargo, Ramirez Jose, et al. (2013) en su trabajo titulado “Tratamiento quirúrgico ambulatorio de pacientes con hernia inguinal” demostro que la hernia inguinal indirecta fue la de mayor incidencia con un 89,7%, seguida de la directa 7,6% y mixta 2,7%.

**Tabla 5.***Técnicas quirúrgicas empleadas en hernioplastia inguinal.**(n = 70)*

| <b>TÉCNICA DE HERNIOPLASTIA INGUINAL</b>     | <b>Fr</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------------------|-----------|----------|
| Lichtenstein                                 | 34        | 48,6     |
| Rutkow-Robbins                               | 25        | 35,7     |
| Técnica combinada (Bassini + Rutkow-Robbins) | 9         | 12,9     |
| Rives-Stoppa                                 | 1         | 1,4      |
| Gilbert                                      | 1         | 1,4      |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La técnica de hernioplastia más frecuentemente realizada fue la de Lichtenstein (48,6%), seguido de la técnica de Rutkow-Robbins (35,7%) y la técnica combinada de Bassini + Rutkow-Robbins (12,9%), en menores porcentajes se realizó la técnica de Rives-Stoppa y Gilbert (1,4% cada una). García Nirza, *et al.* Por su parte, demostró que las técnicas de hernioplastias fueron las más empleadas en la reparación de la hernia con un 54,84%, particularmente a través de Lichtenstein en un 45,16% y en menor medida Rives stoppa con 9,68%. Además, Chumbes Gabriela (2019) en su trabajo sobre los factores de riesgo asociados a complicaciones post operatorias de las hernias inguinales, afirma que la técnica más utilizada fue Lichtenstein en un 57,44%

**Tabla 6.**

*Frecuencia de las complicaciones presentes en los pacientes operados por hernioplastia inguinal.*

*(n = 70)*

| Complicaciones más Frecuentes | Fr | %    |
|-------------------------------|----|------|
| Seroma                        | 14 | 20   |
| Recidiva                      | 3  | 4,2  |
| Hematoma                      | 8  | 11,4 |
| ISO                           | 4  | 5,7  |
| Edema escrotal                | 2  | 2,8  |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Las complicaciones postoperatorias se observaron en 28 casos (40,0%), de las cuales el desarrollo de seromas y hematomas en la herida quirúrgica fueron los más frecuentes (20,0% y 11,4% respectivamente). En perspectiva, Chumbes Gabriela (2019) obtuvo un recuento de complicaciones en donde los seromas destacan en 17,9%, ISO en 13,4% y el hematoma 1,5%. Por su parte, un estudio realizado en Paraguay, sobre las complicaciones de la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein, reflejo que los seromas, ISO e inguinodinia fueron las principales complicaciones con 3.33% en cada caso, siendo importante comentar que el 88,34% de los pacientes intervenidos no se complicaron.

**Tabla 7.**

*Relación entre las complicaciones observadas y las técnicas quirúrgicas empleadas en hernioplastia inguinal.*

| <b>(n = 70)</b>    |              |       |                |       |           |       |                    |
|--------------------|--------------|-------|----------------|-------|-----------|-------|--------------------|
| COMPLICACION       | LICHTENSTEIN | P     | RUTKOW-ROBBINS | P     | COMBINADA | P     | TOTAL <sup>‡</sup> |
| SEROMA             | 9 (64,3%)    | 0,188 | 5 (35,7%)      | 1,00  | 0 (0,0%)  | 0,108 | 14 (20,0%)         |
| HEMATOMA           | 3 (37,5%)    | 0,506 | 2 (25,0%)      | 0,502 | 3 (37,5%) | 0,027 | 8 (11,4%)          |
| RECIDIVA           | 1 (33,3%)    | 0,589 | 1 (33,3%)      | 0,930 | 1 (33,3%) | 0,343 | 3 (4,3%)           |
| ISO                | 3 (75,0%)    | 0,276 | 1 (25,0%)      | 0,645 | 0 (0,0%)  | 0,429 | 4 (5,7%)           |
| EDEMA              | 2 (100,0%)   | 0,140 | 0 (0,0%)       | 0,285 | 0 (0,0%)  | 0,582 | 2 (2,9%)           |
| TOTAL <sup>†</sup> | 15 (53,6%)   | 0,494 | 9 (32,1%)      | 0,611 | 4 (14,3%) | 0,771 | 28 (40,0%)         |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

leyenda. ISO: Infección del sitio operatorio. COMBINADA: Técnica de Bassini + Rutkow-Robbins.

<sup>†</sup> Corresponde al total de complicaciones en cada una de las técnicas mencionadas.

<sup>‡</sup> Corresponde a la totalización de las categorías en las filas (las diferentes complicaciones observadas en la muestra).

Al evaluar la técnica quirúrgica empleada se observó que el 64,3% de los seromas, el 75,0% de las infecciones del sitio quirúrgico, y desarrollo de edema se encontraban en pacientes sometidos a técnica quirúrgica de Lichtenstein, a pesar de ello, al estudiar esta relación mediante la prueba de análisis bivariable mediante CHI cuadrado ( $X^2$ ) no se halló asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Este hallazgo estadístico fue similar al someter las complicaciones estudiadas con el resto de técnicas quirúrgicas; exceptuando la obtención de una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de hematomas y la técnica combinada de Bassini + Rutkow-Robbins, ya que 75% de los pacientes intervenidos mediante esta técnica (3 de 4 pacientes) desarrollaron hematomas de la herida quirúrgica, obteniendo una  $p$  0,027. A su vez, se aplicó el análisis de riesgo mediante razón de momios (OR) observando que, aquellos

pacientes con hernioplastia combinada como la descrita tienen un riesgo 5,60 veces más de desarrollar hematomas en la herida quirúrgica que el resto de técnicas aplicadas (Intervalo de confianza al 95% 1,06 - 29,47).

Parte de lo antes mencionado se correlaciona con lo expuesto por Chumbes Gabriela (2019), ya que uno de sus objetivos implicaba hacer un análisis bivariado sobre los factores propios de la cirugía asociados a complicaciones, por lo que se tomaba en cuenta la técnica empleada. Esto permitió concluir que Lichtenstein mostró ser un factor protector frente a la aparición de complicaciones en pacientes postoperados de hernioplastias inguinales, constatado y con significancia estadística (OR: 0.569; IC95%: 0.360– 0.900).



## CONCLUSION

Los pacientes sometidos a hernioplastia inguinal resultaron ser en mayor frecuencia del sexo masculino y además presentaron una media de 49 años aproximadamente, con presencia de comorbilidades (26%) y antecedentes quirúrgicos (24%), entre los cuales destaca la hipertensión arterial (21.5%) y la hernioplastia (100%) respectivamente. Otro punto a considerar es que en mayor medida los pacientes ejecutaban trabajos de carga pesada, específicamente un 53% de ellos, lo que revela que esto influye en el aumento de la presión intra-abdominal y por ende en la aparición de la hernia inguinal. De los casos que se tomaron en cuenta para el presente estudio se reportó una mayor incidencia de hernias inguinales directas (46%) y la técnica de abordaje más frecuentemente realizada fue la de Lichtenstein (48,6%); además se observaron complicaciones postoperatorias en 28 pacientes (40,0%), entre las cuales destacaron los seromas, hematomas, infección del sitio operatorio o edema. Posterior, se relacionó la complicación con la técnica quirúrgica a través de la prueba de análisis bivariante mediante CHI cuadrado ( $X^2$ ), y a pesar que el mayor número de complicaciones ocurrió en lichtenstein, no se halló asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ); sin embargo, se determinó una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de hematomas y la técnica combinada de Bassini + Rutkow-Robbins, ya que 75% de los pacientes intervenidos mediante esta técnica desarrollaron hematomas de la herida quirúrgica, obteniendo un  $p 0,027$ .

## **RECOMENDACIONES**

1. Ampliar el tiempo de estudio para así lograr una mejor calidad en cuanto a resultados se refiere.
2. Hacer seguimiento en el postoperatorio inmediato, mediato y tardío.
3. Reportar las complicaciones y el manejo de las mismas en las historias de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carbonell F. Hernia Inguinocrural. 1st ed. cirujanos aed, editor. valencia: Ethicon; 2001.
2. Schwartz SI,SGT,SFC,DJM,FJE,GAC. Principios de cirugia. 7th ed. Mc-Graw-Hill , editor. Mexico: Interamericana; 2000.
3. Luis ESJ. Hernias. [Online].: Revista medica MD; 2010. Acceso 06 de 02 de 2024. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2010/md102f.pdf>.
4. Vincent M. Vacca J. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. [Online].; 2018. Acceso 06-02 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contr-S0212538218300384>.
5. ROCHE S BSBC. Hernias inguinocurales. Generalidades. Tecnica abierta sin malla. [Online].; 2018. Acceso 06 de 02 de 2024. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/utreintaydos.pdf>.
6. Diallo Mamadou RZÁGGRCE. Complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales. [Online].; 2019. Acceso 06 de 02 de 2024. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932019000200004#B2](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200004#B2).
7. García Nirza CPMCSFSZ. Prevalencia de complicaciones posquirúrgicas en pacientes sometidos a reparación quirúrgica de hernias inguinales. [Online].; 2022. Acceso 06 de 02 de 2024. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182022000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100009).

8. Rosa N. PREVALENCIA DE COMPLICACIONES LOCALES EN EL SITIO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON HERNIOPLASTIA INGUINAL. [Online].; 2018-2019. Acceso 06 de 02 de 2024. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v24n1/2220-2234-rccm-24-01-20.pdf>.
9. Pintos Fernández PM BNMDAADAG. Hernioplastia inguinal con técnica de liechtenstein: índice de recidivas, seguimiento a 36 meses en el servicio de cirugía general del hospital regional de Pilar. [Online].; 2021. Acceso 30 de 01 de 2024. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/673>.
10. Cisneros H. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. [Online].; 2021. Acceso 5 de 02 de 2024. Disponible en: <https://acortar.link/l3VprX>.
11. Hernández-Sampieri R&MC. Metodología de la investigación Mexico: Mc Graw Hill; 2018.
12. Bailar I, Louis T, Lavori P, Polansky M. Clasification for Biomedical Research Reports. 2nd ed. MF J, editor. Boston: Bailar III; 1992.
13. Hernández S, Roberto. Metodología de la Investigación. 2012th ed. Hill M, editor. México: McGraw; 2006.
14. Bailar IJ, Louis T, Lavori P, Polansky M. Clasification for Biomedical Research Reports. segunda edición ed. Bailar III JC MF, editor. Boston: NEJM book; 1992.

## ANEXOS

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO Nro. 1)

| FICHA DE REGISTRO                                                      |                                        |                                      |                               |                                         |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre y Apellido:                                                     |                                        | <b>Comorbilidades</b>                |                               | <b>Antecedente QX</b>                   | <b>Hábitos Personales</b>                                        |
| Número De Historia:                                                    |                                        | <input type="checkbox"/> HTA         | <input type="checkbox"/> DM   | <input type="checkbox"/> Hernioplastias | <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol |
| Fecha De ingreso:                                                      |                                        | <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Cesáreas       | <input type="checkbox"/> Drogas                                  |
| Ci:                                                                    |                                        | <input type="checkbox"/> Alergia     |                               | Otros:                                  | Deporte:                                                         |
| Edad:      Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                        | Otros:                               |                               |                                         | Ocupación:                                                       |
| <b>Tipo De Hernia</b>                                                  |                                        |                                      |                               |                                         |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Directa                                       | <input type="checkbox"/> Indirecta     | <b>Tipo De Complicaciones</b>        |                               |                                         | <b>Tratamiento De Complicaciones</b>                             |
| <b>Tratamiento Quirúrgico</b>                                          |                                        | <input type="checkbox"/> Inmediatas: |                               |                                         |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Abierta                                       | <input type="checkbox"/> laparoscópica |                                      |                               |                                         |                                                                  |
| Técnica:                                                               |                                        | <input type="checkbox"/> Mediatas:   |                               |                                         |                                                                  |
| <b>Mortalidad</b>                                                      |                                        |                                      |                               |                                         |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí                                            | <input type="checkbox"/> No            | <input type="checkbox"/> Tardías:    |                               |                                         |                                                                  |

## **METADATOS DE TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO.**

|                  |                                                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>    | COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN<br>PACIENTES SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL DEL<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZETTI. |
| <b>SUBTÍTULO</b> |                                                                                                                                   |

### **AUTOR (ES):**

| <b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>   | <b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>                                    |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Bozo S, María de los Ángeles | <b>CVLAC:</b> 27.651.602<br><b>EMAIL:</b> mbozosivila@gmail.com |
| Carvajal V, José G.          | <b>CVLAC:</b> 26.037.616<br><b>EMAIL:</b> jogregca97@gmail.com  |
| Gil, Fernando José           | <b>CVLAC:</b> 25.509.607<br><b>EMAIL:</b> ferchogil02@gmail.com |

### **PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

|                          |
|--------------------------|
| Hernia Inguinal          |
| Antecedentes quirúrgicos |
| Lichtenstein             |
| complicaciones           |

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

| ÁREA                            | SUBÁREA                 |
|---------------------------------|-------------------------|
| Escuela de Ciencias de la Salud | Departamento de Cirugia |
|                                 |                         |

### RESUMEN (ABSTRACT)

Una hernia es una protrusión de un órgano o tejido a través de una debilidad u orificio anormal, por un defecto en las estructuras de soporte. La reparación es el procedimiento quirúrgico más frecuente realizado por los cirujanos. Las complicaciones frecuentes son (ISO), seroma y hematoma. **Objetivo:** Determinar la incidencia de las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a hernioplastia inguinales del HULR. **Justificación:** Se realizó el presente estudio prospectivo para conocer la incidencia de complicaciones post operatorias que servirán para la creación de programas preventivos. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal, la población estuvo constituida por 70 pacientes que fueron operados de forma electiva. Se utilizó instrumento de recolección de datos diseñado por los autores. Los datos obtenidos fueron vaciados en Microsoft Excel. **Resultados:** El sexo masculino predominó desde la 3ra a 6ta década de la vida. En el 46% fue con diagnóstico de hernias directas. En 48,6% aplicaron técnicas quirúrgicas tipo Lichtenstein. El 20% se complicaron con seroma. La técnica quirúrgica empleada se observó que el 66,3% de los seromas, el 66,7% de las ISO se encontraban en pacientes sometidos a técnica de Lichtenstein. **Conclusión:** Los pacientes operados fueron más hombres con edad media de 49 años. Las hernias directas fueron las más comunes y la técnica de Lichtenstein la más utilizada, asociada con varias complicaciones postoperatorias, afectando al 40% de los pacientes.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y  
ASCENSO**

**CONTRIBUIDORES**

| <b>APELLIDOS Y<br/>NOMBRES</b> | <b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b> |                           |             |           |             |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------|-------------|
|                                | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                 | <b>AS X</b> | <b>TU</b> | <b>JU</b>   |
| Díaz, Jose                     | <b>CVLAC:</b>                      | C.I: 18.013.253           |             |           |             |
|                                | <b>E_MAIL</b>                      | josediegodiaz23@gmail.com |             |           |             |
|                                |                                    |                           |             |           |             |
| Toquero, Manuel                | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                 | <b>AS</b>   | <b>TU</b> | <b>JU X</b> |
|                                | <b>CVLAC:</b>                      | C.I: 19.892.097           |             |           |             |
|                                | <b>E_MAIL</b>                      | manuel.toquero@gmail.com  |             |           |             |
| Sotillo, Ali                   | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                 | <b>AS</b>   | <b>TU</b> | <b>JU X</b> |
|                                | <b>CVLAC:</b>                      | C.I: 20.360.343           |             |           |             |
|                                | <b>E_MAIL</b>                      | Alisotillo@gmail.com      |             |           |             |

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN**

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 2025       | 03         | 06         |
| <b>AÑO</b> | <b>MES</b> | <b>DÍA</b> |

**LENGUAJE. SPA**



## **METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO**

### **ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b> | <b>TIPO MIME</b>   |
|--------------------------|--------------------|
| NAZTTG_BSMD2025          | Application/msword |

### **ALCANCE:**

ESPACIAL: inespacial

TEMPORAL: intemporal

### **TÍTULO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

### **NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado

### **ÁREA DE ESTUDIO:**

Escuela de Ciencias de la Salud

### **INSTITUCIÓN**

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui

# METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumana, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Firma]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Cordialmente,

*[Firma]*  
**JUAN A. BOLAÑOS CUMERO**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telemática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manya

Apertado Correos 094 / Telé: 4008042 - 4008044 / 8008043 Telefax: 4008043 / Cumana - Venezuela

## **METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO**

### **Derechos**

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario, para su autorización”

**AUTOR**

**AUTOR**

**AUTOR**

Díaz, Jose

**TUTOR**

Toquero, Manuel

**JURADO**

Sotillo, Ali

**JURADO**

**CORDINADOR(A)**

**COMISION DE TRABAJO DE GRADO**