



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**TÉCNICA DE LICHTENSTEIN VS. ABORDAJE ANTERIOR PREPERITONEAL
EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA", PERIODO ENERO 2024 - AGOSTO 2024**

Autor:

Dra. Dubrasvka J. Ceballos A.

CI. 24.993.897

Tutora Clínica: Dra. Yanira Molina G.

CI. 24.647.331

Febrero de 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:


TÉCNICA DE LICHTENSTEIN VS ABORDAJE ANTERIOR PREPERITONEAL EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA PERIODO ENERO 2024 AGOSTO 2024

Presentado para optar al grado de **Especialista en CIRUGÍA GENERAL**. por el (la) aspirante:

CEBALLOS A., DUBRASVKA J.
C.I. V.- 24.993.897

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): **Yanira Molina G.**, titular de la C.I **V.-24647331**, decidimos que el mismo está **APROBADO**

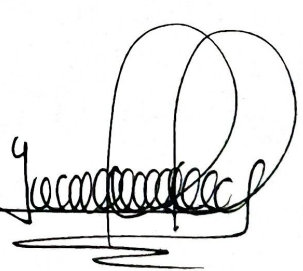
Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/06/2025**


Prof. Gerson Borges
C.I. 17175.723
Fecha 13/06/25

TEG: 06-25

Prof. Yerardith Ascanio
(Pdte)
C.I. 10252029
Fecha 13-06-25




Prof. Melissa Echenique
C.I. 15859418
Fecha 13/06/2025.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado con el más sincero reconocimiento a los pacientes que participaron en esta investigación, cuyo espíritu de colaboración, junto con la experta guía y dedicación de mi tutora, la Dra. Yanira Molina, hicieron posible este estudio. Dedico también este esfuerzo a todos aquellos pacientes que en el futuro se verán favorecidos por los conocimientos y avances que esta investigación pueda aportar a su atención y bienestar.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, elevo mi más sincero agradecimiento a Dios Todopoderoso y al Dr. José Gregorio Hernández, fuente de toda sabiduría y guía, por brindarme la fortaleza, la perseverancia y la inspiración necesarias para llevar a cabo esta investigación y alcanzar esta meta académica.

A mis amados padres, por su incondicional apoyo, sacrificio y constante motivación a lo largo de toda mi formación académica y especialmente durante la realización de este trabajo. Su amor y confianza fueron pilares fundamentales en este camino.

A mi querido hermano, por su aliento y apoyo fraterno en cada etapa de este proceso.

A mi tía, por su cariño y por creer siempre en mis capacidades.

A mi pareja, por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional, que hicieron más llevadera la dedicación requerida para este proyecto.

Expreso mi profunda gratitud a mi tutora, la Dra. Yanira Molina, por su invaluable guía, dedicación, acertados conocimientos y oportunas orientaciones que fueron fundamentales para el desarrollo de la presente investigación. Su experticia y compromiso fueron esenciales para la culminación de este trabajo.

Al Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, y a todo su personal médico, de enfermería, administrativo, de seguridad y camareras, por su invaluable colaboración, disposición y por permitir el desarrollo de esta investigación en sus instalaciones.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Materiales y métodos	13
Resultados	16
Discusión	21
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Referencias Bibliográficas	26
Anexo A: Consentimiento informado	28
Anexo B: Permiso Institucional	29
Anexo C: Ficha de registro	30



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



**TÉCNICA DE LICHTENSTEIN VS. ABORDAJE ANTERIOR PREPERITONEAL
EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”, PERIODO ENERO 2024 - AGOSTO 2024**

Autor: Dra. Dubrasvka J. Ceballos A.
Tutor Clínico: Dra. Yanira Molina G.
Año 2025

RESUMEN

Para la reparación de la Hernia Inguinal (HI), aún se discute el uso de técnicas sin tensión como el abordaje anterior preperitoneal (AAPP), la cual pudiera tener resultados favorables comparándola con la técnica de Lichtenstein en términos de complicaciones y dolor posoperatorio. **Objetivo general:** Comparar la técnica de Lichtenstein y el abordaje anterior preperitoneal en la reparación de hernias inguinales en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo comprendido entre enero – agosto 2024. **Metodología:** Es un estudio descriptivo, comparativo, con diseño de campo, de corte transversal y prospectivo. La muestra fue no probabilística intencional, conformada por 68 pacientes con HI cuyas técnicas quirúrgicas aplicadas fueron la técnica de Lichtenstein y AAPP. Recolección de datos, a través de observación directa y participante, y técnica de revisión documental. Como instrumento se utilizó una ficha de registro. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y de medias. **Resultados:** En cuanto al diagnóstico, a nivel muestral fue más frecuente la HI derecha (50%), con predominio en el grupo de AAPP (12/19). Mientras que en el grupo de Lichtenstein fue más frecuente la HI derecha (22/49), seguida de la HI izquierda (15/49). En el grupo de AAPP fue más frecuente el Gilbert IV (10/19). Mientras que en el grupo de Lichtenstein los hallazgos fueron heterogéneos ya que el Gilbert II y el III reportaron similar proporción (12/49), seguidos del Gilbert IV (11/49). Las complicaciones fueron ausentes (75%), siendo el mayor porcentaje el registrado por el grupo de AAPP (84,21%), mientras que en el grupo de Lichtenstein, este porcentaje fue menor (71,43%). A los 7 días y a los 15 días, el promedio del puntaje EVA fue mayor en el grupo de Lichtenstein ($P < 0,05$). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación de la HI y el tiempo quirúrgico ($P < 0,05$). El promedio de tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo APP ($P < 0,05$).

Palabras Clave: Hernia inguinal, Lichtenstein, Abordaje anterior preperitoneal, dolor, complicaciones.

Línea de Investigación: Cirugía Ambulatoria



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



**TÉCNICA DE LICHTENSTEIN VS. ABORDAJE ANTERIOR PREPERITONEAL
EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”, PERIODO ENERO 2024 - AGOSTO 2024**

Autor: Dra. Dubrasvka J. Ceballos A.
Tutor Clínico: Dra. Yanira Molina G.
Año 2025

ABSTRACT

For the repair of Inguinal Hernia (IH), the use of tension-free techniques such as the anterior preperitoneal approach (AAPP) is still being discussed, which could have favorable results compared to the Lichtenstein technique in terms of complications and postoperative pain. **General objective:** To compare the Lichtenstein technique and the anterior preperitoneal approach in the repair of inguinal hernias in patients treated in the general surgery service of the “Dr. Enrique Tejera” Hospital City, in the period between January - August 2024. **Methodology:** It is a descriptive, comparative study, with a field, cross-sectional and prospective design. The sample was intentionally non-probabilistic, consisting of 68 patients with IH whose surgical techniques applied were the Lichtenstein technique and AAPP. Data collection, through direct and participant observation, and documentary review technique. A registration form was used as an instrument. The results were presented in frequency and mean distribution tables. **Results:** Regarding diagnosis, right HI was more frequent (50%) in the sample, with predominance in the AAPP group (12/19). In the Lichtenstein group, right HI was more frequent (22/49), followed by left HI (15/49). In the AAPP group, Gilbert IV was more frequent (10/19). In the Lichtenstein group, the findings were heterogeneous, with Gilbert II and III reporting a similar proportion (12/49), followed by Gilbert IV (11/49). Complications were absent (75%), with the highest percentage being recorded by the APP group (84.21%), while in the Lichtenstein group, this percentage was lower (71.43%). At 7 days and 15 days, the average EVA score was higher in the Lichtenstein group ($P < 0.05$). A statistically significant association was found between the HI repair technique and surgical time ($P < 0.05$). The average surgical time was significantly longer in the AAPP group ($P < 0.05$)

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein, Anterior preperitoneal approach, pain, complications

Research Line: Ambulatory Surgery

INTRODUCCIÓN

Las hernias de la región inguinal son casi tan viejas como la humanidad, la primera descripción de reducción herniaria data del tiempo de Hammurabi en los papiros egipcios y a finales del siglo XIX se presentan informes de refinamientos de técnicas quirúrgicas para reparar las mismas. ⁽¹⁾ Es importante resaltar, que casi el 75% de las hernias se presentan en la región inguinal. La hernia inguinal es más frecuente en hombres, siendo la relación hombres a mujeres 12:1. Asimismo, la incidencia de hernias inguinales es de aproximadamente 15 por cada 1,000 habitantes, incrementándose la misma con la edad ⁽²⁾

La reparación de la hernia inguinal constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, realizándose anualmente más de 20 millones de procedimientos inguinales ⁽³⁾ contándose aproximadamente 700.000 reparaciones herniarias anuales en los EE. UU, representando entre un 10 y 15% de las operaciones en un servicio de cirugía general. ⁽⁴⁾

Debido a su alta incidencia la reparación quirúrgica de la hernia inguinal tiene implicaciones socioeconómicas, importantes ya que comprende costos directos (insumos, honorarios) e indirectos (dolor post operatorio, reincorporación laboral)⁽⁶⁾ Los objetivos de la reparación de una hernia inguinal, son disminuir el índice de recidiva, el dolor posoperatorio crónico y las diferentes complicaciones asociadas a la cirugía así como disminuir el tiempo de reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas, mejorando su calidad de vida. En base a esto se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas de reparación de las hernias inguinales, siendo aplicadas dichas técnicas de acuerdo a las características del defecto herniario. ⁽⁵⁾

Es Eduardo Bassini quien establece las bases del tratamiento quirúrgico, iniciando en 1887, incluyó la ligadura alta del saco y el refuerzo de la pared posterior del

conducto inguinal mediante sutura del tendón conjunto a la arcada crural, describiendo la herniorrafía como técnica inicial de reparación quirúrgica ⁽⁶⁾

Con respecto a estas técnicas con tensión, se basan en la reconstrucción de las estructuras anatómicas afectadas causantes del defecto aponeurótico, que ocasiona la hernia inguinal. ⁽⁴⁾

Así, estas técnicas, basadas en la reparación de los tejidos, tienen en común la desventaja de crear tensión en la línea de sutura. Todas, son procedimientos complejos, que producen además de tensión tisular, un gran índice de complicaciones, y tasas de recidiva altas; 10% a 15%, que incluso se hacen superiores, cuando se trata de reparaciones de hernias recidivadas ⁽⁴⁾

El concepto de técnica sin tensión se inició con la finalidad de reparar las hernias sin distorsionar la anatomía normal a través de un material protésico, sin la tensión de la línea de sutura, el cual ha ganado la aceptación de los cirujanos, por ser un modelo fácil de reproducir. ⁽²⁾ Adicionalmente el entendimiento de la etiopatogenia de las hernias, hace comprenderla como una enfermedad crónica con lesión estructural, de los tejidos y su cicatrización, por lo que idealmente se debe atender y reforzar los tejidos enfermos. ⁽⁷⁾

Por lo tanto, el uso de materiales protésicos empleados en la hernioplastia inguinal ha demostrado superioridad frente a las reparaciones anatómicas, lo cual supone una mejoría importante en los resultados. Sin embargo, existen controversias en la elección del tipo de técnica sin tensión a emplear, diferentes autores han basado la aplicación de las distintas técnicas de acuerdo a las características anatómicas, al tipo de hernia inguinal a reparar y las características del paciente. ⁽⁸⁾

Una investigación realizada por Casamayor E, Legra J, y cols en el 2018, que lleva por título: Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales realizada en Santiago de Cuba, el cual fue un estudio

descriptivo y transversal, con una muestra de 2043 pacientes, se recalca, el predominio de la patología herniaria en el sexo masculino con un 89,8%, también demostrando que el grupo etario está conformado por mayores de 61 años en un 45,7%, lo cual concuerda con lo anteriormente estudiado en lo que respecta a la epidemiología de dicha patología.⁽⁹⁾

Bokkerink W, Koning G y cols para el año 2019 en Países Bajos, realizan un ensayo nombrado: Resultados a largo plazo de una comparación aleatoria entre la reparación de hernias abiertas preperitoneal transinguinal y el método de Lichtenstein (ensayo TULIP), fue un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, donde se investigó a largo plazo ambas técnicas quirúrgicas, se evidencio que posterior a cinco años de seguimiento de 251 pacientes, 25 pacientes presentaron dolor crónico distribuidos en un 3,5% de los que pertenecían al grupo de abordaje anterior preperitoneal transinguinal y un 12,9% a los del grupo de técnica de Lichtenstein, sin embargo a pesar de dichos resultados demostraron que con el tiempo los pacientes que presentaron dolor crónico, el mismo tendió a desaparecer con el tiempo, sin ningún tratamiento específico.⁽¹⁰⁾

Vale la pena, acotar una investigación realizada por Rodriguez A, Lopez M y cols, en el año 2020 en Cuba titulada: Caracterización de los pacientes con hernia inguinal operados por la técnica de *Lichtenstein*, se realizó un estudio longitudinal y retrospectivo en pacientes operados de hernia inguinal cuyo universo estuvo constituido por 218 y una muestra probabilística sistemática de 128 casos, sus resultados demostraron predominio del sexo masculino 94,54%, rango de edad entre 41 - 60 años en un 42,96%, con respecto a las complicaciones, reporto ausencia en 79,68% de los casos las clasificaron en, dolor agudo (13,28%) e infección del sitio quirúrgico (3,12%) con una recidiva de 2,34%.⁽¹¹⁾

En México, Pinto P, Benitez M, y cols en el año 2021, realizan una Investigación titulada : Hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein: índice de recidivas, seguimiento a 36 meses en el servicio de cirugía general del hospital regional de

Pilar, Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional donde se evaluaron los resultados de 30 procedimientos quirúrgicos realizados a pacientes que padecían de hernia inguinal por lo que se practicó hernioplastia libre de tensión con la técnica de Lichtenstein, realizándoles seguimiento por 36 meses posterior a la intervención quirúrgica. El índice de recidivas fue de 3,33%, el tiempo quirúrgico promedio fue de 48 min, demostrando que la técnica de Lichtenstein es un procedimiento quirúrgico de elección en vista de presentar un bajo índice de recidivas, rapidez en su realización y recuperación satisfactoria del paciente.⁽¹²⁾

Djokovic A y cols en el año 2021, en Bélgica llevan a cabo una investigación titulada: Técnicas de Tipp versus técnica de Lichtenstein y Shouldice en la reparación de hernias inguinales: resultados a corto plazo, se trató de un ensayo controlado aleatorizado, que incluyo 300 pacientes distribuidos en, técnica de Shouldice, 100 pacientes; la técnica de Lichtenstein, 100 pacientes; la técnica preperitoneal transinguinal (TIPP), 100 pacientes. Los resultados primarios incluyeron, dolor posoperatorio, evaluado con la escala visual analoga (EVA) la puntuación de satisfacción del paciente y la recurrencia: La puntuación en la escala visual analógica (EVA) a las 6, 12, 24 y 48 h, y a los 14 días fue menor en el grupo TIPP que en los grupos Lichtenstein y Shouldice ($p < 0.001$). Concluyendo que la técnica TIPP presenta ventajas en comparación con las técnicas de Lichtenstein y Shouldice, en lo que respecta a dolor agudo y crónico, principalmente, además establecieron un tiempo quirúrgico menor en el TIPP en comparación con los grupos de Lichtenstein y Shouldice.⁽¹³⁾

Las directrices de publicaciones de renombre, recomiendan las técnicas basadas en la aplicación de mallas, a pesar de las complicaciones que se pueden presentar por el uso de las mismas ⁽⁶⁾ en vista de que existe evidencia a través de múltiples metaanálisis que el uso de malla con técnicas específicas como la técnica de Lichtenstein, ha reducido significativamente la tasa de recurrencia de las hernias

en aproximadamente, 50 a 75%; mostrando disminución de complicaciones como hematoma, seroma, y dolor crónico asociado a la cirugía.⁽⁶⁾

Se ha discutido la colocación de mallas preperitoneales ya que confiere la menor posibilidad de complicaciones viscerales⁽¹⁰⁾ y en algunos estudios se plantea que las mismas tienen menor índice de complicaciones y dolor crónico posoperatorio.

A pesar de que se cree que la técnica de abordaje anterior preperitoneal puede presentar beneficios similares o superiores a la técnica de Lichtenstein, no existe suficiente evidencia para comparar resultados entre ambas técnicas.⁽¹⁰⁾ De esta problemática nace la siguiente interrogante ¿Qué diferencia hay entre las técnicas de Lichtenstein y el abordaje anterior preperitoneal en la reparación de hernias inguinales?

Ante el contexto señalado se propone el siguiente estudio cuyo objetivo general se centra en: Comparar la técnica de Lichtenstein y el abordaje anterior preperitoneal en la reparación de hernias inguinales en el servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo comprendido entre enero – agosto 2024. Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: Describir los pacientes con hernias inguinales a partir de sus características epidemiológicas; Identificar los aspectos clínicos de los pacientes con hernia inguinal, Analizar la presencia de complicaciones posoperatorias en los pacientes con reparación de hernia inguinal según las técnicas de Lichtenstein y el abordaje anterior preperitoneal, Evaluar el dolor post operatorio en base a la escala visual análoga del dolor, en pacientes con reparación de hernia inguinal según las técnicas de Lichtenstein y el abordaje anterior preperitoneal, Medir el tiempo quirúrgico según la aplicación de las técnicas de Lichtenstein y abordaje anterior preperitoneal en la reparación de hernia inguinal.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se trata de un estudio de tipo descriptivo y de nivel comparativo, con un diseño de campo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por pacientes intervenidos quirúrgicamente para reparación de hernia inguinal en el servicio de cirugía general, de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo de enero – agosto 2024

La muestra fue de tipo no probabilística de tipo intencional, conformada por 68 pacientes con hernia inguinal que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: hernias inguinales unilaterales o bilaterales, pacientes con hernias inguinales recidivadas unilaterales o bilaterales, pacientes con hernias Inguino-escrotales unilateral o bilateral, con hernias Inguino-escrotales recidivadas unilateral o bilateral. Asimismo, los pacientes firmaron su deseo de formar parte del estudio mediante el consentimiento informado (Ver Anexo A) Fueron excluidos aquellos pacientes con hernia inguinal o inguino-escrotal con contraindicación quirúrgica, para utilizar material protésico, requerido para aplicar una técnica sin tensión.

Una vez obtenida la permisología necesaria por parte del comité de bioética de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera (Ver Anexo B) se procedió a la recolección de la información se utilizó la observación directa y participante ya que la investigadora junto con su tutora clínica personalmente realizó las intervenciones a los pacientes que conformaron la muestra en estudio. De igual modo se recurrió a la técnica de revisión documental, para complementar cualquier información relacionada con los pacientes estudiados. Como instrumento se utilizó una ficha de registro diseñada por la misma investigadora (Ver Anexo C)

Descripción de Técnica Quirúrgica de Hernioplastia Inguinal.

Para el grupo 1 (Técnica de Lichtenstein) Se realiza incisión transversa supra inguinal de 6-7 cm, se procede a realizar diéresis de los tejidos, seguido de la apertura de la aponeurosis del oblicuo externo siguiendo la dirección de sus fibras. El cordón espermático con el cremáster se individualiza y separa, Si hay un lipoma pre herniario, se escinde. Se abren las fibras cremastéricas en sentido transversal a nivel del anillo interno para adelgazar el cordón, identificando la hernia. Si la hernia es indirecta el saco se abre e invertimos el saco en el espacio preperitoneal previa ligadura, y si es directa, se invierte con una capa simple de material reabsorbible.⁽¹⁴⁾

Después se usa una malla protésica de polipropileno de 7x8cm, redondeada en el extremo que se fijará junto a la espina del pubis, cuyo extremo inferior se sutura de forma continua, se asegura la malla al ligamento Lacunar hasta 1,5 o 2 cm medial y por detrás del tubérculo púbico; se continúa lateralmente a lo largo del ligamento de inguinal hasta un punto lateral al anillo interno; se efectúa un corte en la parte posterior de la malla creando 2 colas, la más amplia (2/3) arriba y la menor (1/3) abajo; se retrae el cordón hacia abajo, la parte superior de la malla se sujeta por una sutura continua a la vaina del recto anterior y al tendón conjunto y su músculo superior, una sutura simple de polipropileno aproxima las colas de la prótesis al ligamento inguinal lateral externo al anillo interno. Las colas de la malla se sitúan por debajo de la aponeurosis del oblicuo externo. La aponeurosis del músculo oblicuo externo se cierra con una sutura continua de material reabsorbible. Posteriormente se cierran los planos anatómicos restantes.⁽¹⁴⁾

Para el grupo 2 (Técnica Abordaje Anterior Preperitoneal)

Se realiza incisión transversa supra inguinal de 6-7cm, se procede a realizar la diéresis de los planos, apertura la aponeurosis del oblicuo mayor, en el sentido de sus fibras, liberando la aponeurosis sobre el plano muscular, se moviliza el cordón espermático el cremáster e identifica el saco herniario indirecto que se invagina

previa jareta o se liga y secciona, y si es directa, se invierte con una capa simple de material reabsorbible, se identifican los vasos epigástricos en su nacimiento, realizando ligadura de los mismos, se continua con la apertura de la fascia transversalis y exposición del ligamento de Cooper, con disección preperitoneal roma.⁽¹⁴⁾

Se coloca la malla de polipropileno de 10x6cm preperitoneal y se fija con polipropileno al Ligamento de Cooper, extendiéndose la malla por encima de la emergencia de los elementos del cordón, posteriormente se procede a cerrar la fascia transversalis, con sutura absorbible, y se procede a realizar colocación de la segunda malla de polipropileno extendida en la pared posterior, fijándola en el ligamento inguinal con puntos separados de material absorbible, se efectúa hendidura superior, para el paso del cordón, así como fijación superior al tendón conjunto posteriormente se cruzan los haces de la malla y se suturan, se realiza cierre por planos.⁽¹⁵⁾

Una vez obtenidos los datos se sistematizaron en una base de datos en Microsoft® Excel para luego ser organizados en tablas de distribución de frecuencias (absolutas y relativas) y de medias conforme a los objetivos planteados. Las variables cuantitativas como la edad, el tiempo quirúrgico y el puntaje EVA, se analizaron a partir de promedio \pm error típico, mediana, valores extremos y coeficiente de variación, comparándose según las técnicas estudiadas a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student). De igual forma, se comparó el porcentaje de presencia de complicaciones y los hallazgos intraoperatorios según las técnicas a partir de la prueba de hipótesis para comparación de proporciones.

Se aplicó la prueba no paramétrica de chi cuadrado para verificar las asociaciones entre el nivel de dolor, así como el tiempo quirúrgico en intervalos. Todo se realizó mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 18, adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Se incluyeron 68 pacientes sometidos a reparación de hernias inguinales de los cuales se registró una edad promedio de 55,96 años \pm 2,13, con una mediana de 60 años, una edad mínima de 16 años, una edad máxima de 87 años y coeficiente de variación de 31% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 51 y 65 años (36,76% = 25 casos), seguidos de aquellos con 66 y 80 años (36,76% = 25 casos). A nivel muestral predominó el sexo masculino con un 85,29% (58 casos).

Tabla nº 1: Descripción de las características de los pacientes con hernias inguinales. Servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, periodo enero – agosto 2024

Técnica	Abordaje Anterior Preperitoneal (AAPP)		Lichtenstein		Total	
Edad (años)	F	%	F	%	f	%
16 – 20	2	10,53	3	6,12	5	7,35
21 – 35	0	0	4	8,16	4	5,88
36 – 50	3	15,79	10	20,41	13	19,12
51 – 65	10	52,63	15	30,61	25	36,76
66 – 80	3	15,79	14	28,57	17	25,00
Mayor de 80	1	5,26	3	6,12	4	5,88
$\bar{X} \pm Es$ (rango)	55,2 \pm 7,95 (18 – 81)		56,2 \pm 5,22 (16 – 87)		t = -0,22; P = 0,8297	
Sexo	F	%	F	%	f	%
Femenino	2	10,53	8	16,33	10	14,71
Masculino	17	89,47	41	83,67	58	85,29
Total	19	27,94	49	72,06	68	100

Datos Propios de la Investigación (Ceballos D; 2024)

En ambos grupos de estudio fueron más frecuentes los pacientes con 51 y 65 años: AAPP (10/19) y Lichtenstein (15/49); lo mismo con el sexo, el masculino predominó en ambos grupos: AAPP (17/19) y Lichtenstein (41/49). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad según la técnica empleada para la reparación de la HI ($P > 0,05$). No se encontró una

asociación estadísticamente significativa entre el tipo de técnica empleada para la reparación de HI y los grupos de edad ($X^2=4,78$; 2 gl; $P=0,4430$); y tampoco con el sexo ($X^2=0,37$; 1 gl; $P=0,5445$)

Tabla nº 2: Identificación de los aspectos clínicos de los pacientes con hernia inguinal, según las técnicas analizadas. Servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, periodo enero – agosto 2024

Técnica	Abordaje Anterior Preperitoneal (AAPP)		Lichtenstein		Total	
Diagnóstico Inicial	f	%	F	%	f	%
HI derecha	12	63,16	22	44,90	34	50
HI izquierda	2	10,53	15	30,61	17	25
HI bilateral	3	15,79	10	20,41	13	19,12
HIE derecha	0	0	2	4,08	2	2,94
HIE izquierda	2	10,53	0	0	2	2,94
Hallazgo intraoperatorio (Gilbert)	f	%	F	%	f	%
Gilbert I	0	0	2	4,08	2	2,94
Gilbert II	3	15,79	12	24,49	15	22,06
Gilbert III	5	26,32	12	24,49	17	25
Gilbert IV	10	52,63	11	22,45	21	30,88
Gilbert IV B	0	0	3	6,12	3	4,41
Gilbert V	1	5,26	5	10,20	6	8,82
Gilbert VI	0	0	4	8,16	4	5,88
Total	19	100	49	100	68	100

Datos Propios de la Investigación (Ceballos D; 2024)

En cuanto al diagnóstico inicial, a nivel muestral fue más frecuente la HI derecha (50% = 34 casos), siendo el diagnóstico predominante en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP (12/19). Mientras que en el grupo de Lichtenstein fueron más frecuentes la HI derecha (22/49), seguida de la HI izquierda (15/49). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el diagnóstico inicial ($X^2=9,21$; 4 gl; $P=0,0561$).

En lo que respecta al hallazgo intraoperatorio en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP fue más frecuente el Gilbert IV (10/19). Por su parte, en el grupo de Lichtenstein los hallazgos fueron heterogéneos ya que el Glibert II y

el III reportaron similar proporción (12/49 por igual), seguidos del Gilbert IV (11/49). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el hallazgo intraoperatorio ($X^2=8,40$; 6 gl; $P=0,2105$).

Tabla nº 3: Análisis de las complicaciones posoperatorias en los pacientes con reparación de hernias inguinales según las técnicas empleadas. Servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria “Dr. Tejera”, período enero – agosto 2024

Técnica	Abordaje Anterior Preperitoneal (AAPP)		Lichtenstein		Total	
Complicaciones	F	%	F	%	f	%
Ausentes	16	84,21	35	71,43	51	75
Presentes	3	15,79	14	28,57	17	25
Total	19	100	49	100	68	100
Tipo de complicación	F	%	F	%	f	%
Seroma	2	10,53	14	28,57	16	23,53
Seroma + ISQ	1	5,26	0	0	1	1,47

Datos Propios de la Investigación (Ceballos D; 2024)

Las complicaciones se encontraron ausentes en un 75% de la muestra en estudio (51 casos), siendo el mayor porcentaje el registrado por el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP (84,21% =16 casos), mientras que en el grupo de Lichtenstein, este porcentaje fue un poco menor (71,43% = 35 casos). El seroma fue la complicación más frecuente en ambos grupos: AAPP (2 casos) y Lichtenstein (14 casos); No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y la presencia de complicaciones ($X^2=1,19$; 1 gl; $P=0,2747$)

Tabla nº 4: Evaluación del dolor posoperatorio, en base a la escala visual análoga del dolor, en pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal, según las técnicas empleadas. Servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período enero – agosto 2024

Técnica	Abordaje Anterior Preperitoneal (AAPP)		Lichtenstein		Total	
Nivel de dolor (24 horas)	F	%	F	%	f	%
Leve	2	10,53	1	2,04	3	4,41
Moderado	17	89,47	48	97,96	65	95,59
$\bar{X} \pm Es$	4,53 \pm 0,22		5,04 \pm 0,11		t = -2,31;	
Md (rango)	Md=5 (2 – 6)		5 (2 – 6)		P = 0,023	
Nivel de dolor (7 días)	F	%	F	%	f	%
Ausente	3	15,79	0	0	3	4,41
Leve	16	84,21	34	69,39	50	73,53
Moderado	0	0	15	30,61	15	22,06
$\bar{X} \pm Es$	1,37 \pm 0,21		3,10 \pm 0,11		t = -8,15;	
Md (rango)	Md=1 (0 – 3)		Md=3 (2 – 5)		P = 0,0000	
Nivel de dolor (15 días)	F	%	F	%	f	%
Ausente	19	100	30	61,22	49	72,06
Leve	0	0	19	38,78	19	27,94
$\bar{X} \pm Es$	0		0,61 \pm 0,12		t = -3,08;	
Md (rango)			(0 – 3)		P = 0,0030	
Total	19	100	49	100	68	100

Datos Propios de la Investigación (Ceballos D; 2024)

A las 24 horas el nivel de dolor predominante en ambos grupos es el moderado: AAPP (17/19) y Lichtenstein (48/49); No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el nivel de dolor a las 24 horas ($X^2=2,34$; 1 gl; $P=0,1263$); el promedio de puntaje EVA fue estadísticamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos mediante la técnica Lichtenstein ($P < 0,05$).

A los 7 días, en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP predominó el nivel de dolor leve (16/19), mientras que en el grupo de Lichtenstein, fue más frecuente el nivel leve (34/49), seguido del dolor moderado (15/49), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el

nivel de dolor a los 7 días ($X^2=13,96$; 2 gl; $P=0,0009$); de igual forma, el promedio del puntaje EVA fue mayor en el grupo de Lichtenstein ($P < 0,05$).

A los 15 días, todos los pacientes intervenidos mediante AAPP no referían dolor (19/19), mientras que en el grupo sometido a la técnica de Lichtenstein fue más frecuente la ausencia del dolor (30/49) seguido de aquellos con dolor leve (19/49). encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el nivel de dolor a los 15 días ($X^2=10,22$; 1 gl; $P=0,0014$), el promedio de puntaje EVA a los 15 días fue estadísticamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos mediante la técnica Lichtenstein ($P < 0,05$).

Tabla nº 5: Medición del tiempo quirúrgico según la aplicación de las técnicas de Lichtenstein y abordaje anterior preperitoneal en la reparación de hernias inguinales. Servicio de cirugía general, de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período enero 2024 – agosto 2024.

Técnica	Abordaje Anterior Preperitoneal (AAPP)		Lichtenstein		Total	
	F	%	F	%	f	%
Tiempo quirúrgico						
40 – 60	3	16,79	34	69,39	37	54,41
61 – 90	13	68,42	7	14,29	20	29,41
91 – 120	2	10,53	8	16,33	10	14,71
>120	1	5,26	0	0	1	1,47
Total	19	100	49	100	68	100
$\bar{X} \pm Es$	84,47 \pm 4,88		68,67 \pm 3,24		t = 2,62;	
Md (rango)	Md=80 (60 – 150)		Md=60 (40 – 120)		P = 0,0110	

Datos Propios de la Investigación (Ceballos D; 2024)

Del tiempo quirúrgico se tiene que a nivel muestral fueron más frecuentes aquellos pacientes intervenidos en un tiempo hasta 60 minutos (54,41% = 37 casos), siendo el tiempo predominante en el grupo intervenido mediante la técnica de Lichtenstein. En el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP fue más frecuente el tiempo quirúrgico de 61 a 90 minutos (13/19). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación de la HI y el tiempo quirúrgico ($X^2=23,76$; 3 gl; $P=0,0000$). El promedio de tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP ($P < 0,05$).

DISCUSIÓN

Es importante evaluar técnicas quirúrgicas alternas para la realización de hernioplastia sin tensión, distintas a la técnica de Lichtenstein ya ampliamente estudiada, con la finalidad de ofrecer a los pacientes mejores resultados posoperatorios y la disminución de posibles complicaciones, que puedan estar asociadas a una determinada técnica quirúrgica.

Se incluyeron 68 pacientes sometidos a reparación de hernias inguinales de los cuales se registró una edad promedio de 55,96 años \pm 2,13, con una mediana de 60 años, una edad mínima de 16 años, una edad máxima de 87 años y coeficiente de variación de 31% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 51 y 65 años (36,76% = 25 casos), seguidos de aquellos con 66 y 80 años (36,76% = 25 casos). Casamayor E y cols, establecen que el grupo etario más afectado es el mayor 61 años con el 45,7%.⁽⁹⁾ A nivel muestral predominó el sexo masculino con un 85,29% (58 casos), apoyado por Casamayor E y cols, con predominio del sexo masculino de 89,8%⁽⁹⁾

En ambos grupos de estudio fueron más frecuentes los pacientes con 51 y 65 años: AAPP (10/19) y Lichtenstein (15/49); lo mismo con el sexo, el masculino predominó en ambos grupos: AAPP (17/19) y Lichtenstein (41/49). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad según la técnica empleada para la reparación de la HI ($P > 0,05$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de técnica empleada para la reparación de HI y los grupos de edad ($X^2=4,78$; 2 gl; $P=0,4430$); y tampoco con el sexo ($X^2=0,37$; 1 gl; $P=0,5445$). Rodríguez A, y cols, afirma que no hay asociación estadísticamente significativa al comparar variables de sexo, edad y técnica quirúrgica.⁽¹¹⁾

En cuanto al diagnóstico inicial, a nivel muestral fue más frecuente la HI derecha (50%= 34 casos), siendo el diagnóstico predominante en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP (12/19). Mientras que en el grupo de Lichtenstein

fueron más frecuentes la HI derecha (22/49), seguida de la HI izquierda (15/49). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el diagnóstico inicial ($X^2=9,21$; 4 gl; $P=0,0561$) Pinto P, y cols presentan HI derecha en el 53,3% de los casos y HI izquierda en el 46,7%.⁽¹²⁾

En lo que respecta al hallazgo intraoperatorio en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP fue más frecuente el Gilbert IV (10/19). Por su parte, en el grupo de Lichtenstein los hallazgos fueron heterogéneos ya que el Glibert II y el III reportaron similar proporción (12/49 por igual), seguidos del Gilbert IV (11/49). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el hallazgo intraoperatorio ($X^2=8,40$; 6 gl; $P=0,2105$), contradiciendo la presente investigación, Pinto P, y cols establecen frecuencia de HI Gilbert I (40%), Gilbert II (37%), Gilbert III (13%) Gilbert IV (10%), Gilbert V, Gilbert VI, Gilbert VII (0%).⁽¹²⁾

Las complicaciones se encontraron ausentes en un 75% de la muestra en estudio (51 casos), siendo el mayor porcentaje el registrado por el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP (84,21% =16 casos), mientras que en el grupo de Lichtenstein, este porcentaje fue un poco menor (71,43%= 35 casos). El seroma fue la complicación más frecuente en ambos grupos: AAPP (2 casos) y Lichtenstein (14 casos); No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y la presencia de complicaciones ($X^2=1,19$; 1 gl; $P=0,2747$). Rodríguez A, y cols, obtienen ausencia de complicaciones del 79,68%⁽¹¹⁾

A las 24 horas el nivel de dolor predominante en ambos grupos es el moderado: AAPP (17/19) y Lichtenstein (48/49); No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el nivel de dolor a las 24 horas ($X^2=2,34$; 1 gl; $P=0,1263$). Djokovic A, y cols, presentaron promedio de puntaje de EVA a las 24 horas menor en el grupo de AAPP que en los grupos

de Lichtenstein y Shouldice ($p < .0001$), lo cual concuerda con los resultados de la investigación.⁽¹³⁾

A los 7 días, en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP predominó el nivel de dolor leve (16/19), mientras que en el grupo de Lichtenstein, fue más frecuente el nivel leve (34/49), seguido del dolor moderado (15/49), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el nivel de dolor a los 7 días ($X^2=13,96$; 2 gl; $P=0,0009$); Djokovic A, y cols, obtiene que el promedio de puntaje de EVA después de 48 horas en el grupo de Lichtenstein fue estadísticamente significativamente más alta que los valores en el grupo AAPP ($p < 0,0001$).⁽¹³⁾

A los 15 días, todos los pacientes intervenidos mediante AAPP no referían dolor (19/19), mientras que en el grupo sometido a la técnica de Lichtenstein fue más frecuente la ausencia del dolor (30/49) seguido de aquellos con dolor leve (19/49). Encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación y el nivel de dolor a los 15 días ($X^2=10,22$; 1 gl; $P=0,0014$). Bokkerink W, y cols, dolor crónico post operatorio, AAPP (3,5%), y Lichtenstein (12,9%).⁽¹⁰⁾

Del tiempo quirúrgico se tiene que a nivel muestral fueron más frecuentes aquellos pacientes intervenidos en un tiempo hasta 60 minutos (54,41% = 37 casos), siendo el tiempo predominante en el grupo intervenido mediante la técnica de Lichtenstein. En el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP fue más frecuente el tiempo quirúrgico de 61 a 90 minutos (13/19). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de reparación de la HI y el tiempo quirúrgico ($X^2=23,76$; 3 gl; $P=0,0000$). El promedio de tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP ($P < 0,05$). Djokovic A, y cols, determinan AAPP, promedio más corto de tiempo (38.34 minutos) en comparación con Lichtenstein, promedio más largo (42.2 minutos) concluyendo que La duración de Tiempo en Lichtenstein fue estadísticamente significativamente más largo ($p < .0001$) que el grupo APP.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

Se incluyeron 68 pacientes sometidos a reparación de hernias inguinales, con una edad promedio de 55,96 años (mediana: 60 años). La mayoría de los pacientes tenían entre 51 y 65 años, con predominio del sexo masculino.

La hernia inguinal derecha fue más frecuente en ambos grupos. En el grupo de abordaje preperitoneal (AAPP), predominó la hernia inguinal Gilbert IV, mientras que en el grupo de Lichtenstein se observó una proporción similar de hernias Gilbert II, III y IV. El 75% de los pacientes no presentó complicaciones posoperatorias, siendo este porcentaje mayor en el grupo AAPP. La principal complicación posoperatoria fue el seroma, más frecuente en el grupo de Lichtenstein.

En lo que respecta a la evaluación del dolor, a las 24 horas el nivel de dolor en ambos grupos es el moderado. A los 7 días, en el grupo de pacientes intervenidos mediante AAPP predominó el nivel de dolor leve, mientras que en el grupo de Lichtenstein, fue más frecuente el nivel leve, seguido del dolor moderado, de igual forma. A los 15 días, prevalecía la ausencia de dolor en la mayoría de los pacientes de ambos grupos, sin embargo, el 38,78% de los pacientes del grupo de Lichtenstein referían dolor leve. El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo de Lichtenstein (60 minutos), mientras que en el grupo AAPP fue más frecuente un tiempo de 61 a 90 minutos.

En conclusión, el abordaje anterior preperitoneal es una técnica quirúrgica comparable a la técnica de Lichtenstein, con resultados satisfactorios expresados en la disminución de complicaciones y dolor posoperatorio. Adicionalmente, esta técnica permite su aplicación como parte del tratamiento quirúrgico de hernias inguinales con la misma efectividad, independientemente de la edad, sexo del paciente y tipo de hernia diagnosticada intraoperatoriamente.

RECOMENDACIONES

Considerar la técnica de abordaje anterior preperitoneal (AAPP) como primera opción para la reparación de hernias inguinales, los resultados sugieren que el AAPP está asociado a menos complicaciones posoperatorias y menor dolor posoperatorio en comparación con la técnica de Lichtenstein, lo que mejora la calidad de vida del paciente.

Realizar estudios observacionales de pacientes sometidos a la técnica de Lichtenstein, orientados al dolor posoperatorio, para evaluar distintas variables que podrían estar asociadas al mismo, y de esta forma obtener posibles causas y determinar su comportamiento en el tiempo.

Analizar la relación costo-efectividad de ambas técnicas, si bien el AAPP tiene ventajas clínicas, es importante considerar el costo adicional asociado a la curva de aprendizaje y al mayor tiempo quirúrgico

Realizar estudios con muestras más grandes y seguimiento a largo plazo, lo que permitiría comparar el índice de recidiva de la enfermedad de acuerdo a la técnica quirúrgica aplicada, aspecto que no se estudió en esta investigación.

Investigar estrategias para reducir el tiempo quirúrgico en el grupo AAPP, si bien el AAPP tiene ventajas clínicas, el mayor tiempo quirúrgico podría ser un factor limitante. Se recomienda investigar estrategias para optimizar la técnica y reducir el tiempo quirúrgico en este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanos O, Historia de la Cirugía de la hernia inguinal. Rev Chilena de cirugía volumen 56, Junio 2004
https://cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_04/Rev.Cir.4.04.%2819%29.AV.pdf
2. Consensos y guías de práctica clínica para hernias de la pared abdominal. Asociación Mexicana de Hernia, Febrero 2021. Disponible <https://www.amhernia.org/wp-content/themes/amhernia2/files/guias2021.pdf>
3. Decker E, Currie A, Baig MK. Sistema de hernia prolene para hernia versus reparación de Lichtenstein para hernia inguinal: Un metanálisis. PubMed 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30771031/>
4. Luque A, Urdaneta J. Técnica de Rutkow y Robbins para la reparación de hernias inguinales. Hospital Dr, Manuel Noriega Trigo IVSS, San Francisco Estado Zulia Venezuela. Colomb. Med. vol.40 no.3 Cali 2009 Disponible; http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342009000300007
5. Rodriguez Z, Soliu M, Joubert M, Gavilan R y cols. Fundamentos históricos del diagnóstico y tratamiento de las hernias inguinales, Rev cubana Cir vol.58 no.2 2019. Disponible: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200009
6. Ovejero V, Bermúdez M, Dieter J, Álvaro M. Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento de la hernia inguinal del adulto Clínica Cotidiana, Med Gen Fam v11n3 2022. Disponible en: <https://mgfy.org/conceptos-actuales-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hernia-inguinal-del-adulto>
7. Cesare S, Nadine van V, Eske A, Ferdinando A, Theo A y cols. Update of the internacional HerniaSurge guidelines for groin hernia management, BJS Open, 2023, zrad080. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>
8. García C, Flandes I, Ramírez N, Farell J. Plastia de Lichtenstein actualizaciones y recomendaciones. ¿Cómo lo hacemos Nosotros?, Cir Andal. 2023;34(1):52-57, Garcia C, Flandes I, Ramirez N, Farell J Disponible en: <https://WWW.asacirujanos.com/revista/2023/34/1/07>

9. Casamayor E, Legra J, Duran M. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales. MEDISAN, Vol 22, Santiago de Cuba, junio 2018 disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000600003

10. Bokkerink W, Rey G, Malagic D. Resultados a largo plazo de una comparación aleatoria entre la reparación de una hernia abierta pre peritoneal transinguinal y el método de Lichtenstein (Ensayo TULIP). Pubmed Junio 2019. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6593766/>

11. Rodríguez A, López E, Soto R. Caracterización de los pacientes con hernia inguinal operados por la técnica de Lichtenstein. Rev Cubana Cir vol.59 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2020. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400004

12. Pinto P, Benitez M, Daiub A. Hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein: índice de recidivas, seguimiento a 36 meses en el servicio de cirugía general del hospital regional de Pilar 2021. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(4), 5023-5032. Disponible en <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/673>

13. Djokovic A, Delibegovic S. Técnica de Tipp versus Lichtenstein y Shouldaice en la reparación de hernias inguinales: resultados a corto plazo. PubMed 2021 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31856675/>

14. Herszage L. Corrales. Hernias de la Ingle, Procedimientos Quirúrgicos actuales Bases Anatomofisiopatológicas, 4ta Edición Barroetaveña. Corrales Ediciones Medicas.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____ CI. _____ en calidad de
Paciente, autorizo mi participación voluntaria en la Investigación que lleva por
título,

**TÉCNICA DE LICHTENSTEIN VS. ABORDAJE ANTERIOR PREPERITONEAL
EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA,
PERIODO ENERO 2024 – AGOSTO 2024,**

Cuya responsable es Dubrasvka Ceballos CI. 24.993.897, médico residente del
servicio de cirugía B de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, bajo la tutoría de
la Dra Yanira Molina C.I.

Dejo en claro que fui informado/a de los objetivos de dicha investigación, así como
de los criterios de inclusión y exclusión de la misma.

Nombre y apellido del paciente

Cédula de identidad

Numero de contacto

Firma

Nombre y apellido del Investigador

Cédula de identidad

Firma

ANEXO B: PERMISO INSTITUCIONAL

Misión

Brindar atención integral gratuita, de alta calidad, humana, técnica y científica, que permita restituir la salud satisfaciendo las necesidades de los usuarios.

Visión

Ser un centro de referencia nacional e internacional por la calidad de atención prestada a la salud individual y colectiva a través de un modelo de gestión con participación comunitaria.

Objetivo

Contribuir junto a otros centros asistenciales al logro de los objetivos de la C.H.E.T., constituyendo un modelo de gestión hospitalario con participación comunitaria.



Estado Bolivariano
De Venezuela

Ministerio del Poder
Popular para la Salud
y Protección Social

Ciudad Hospitalaria
"Dr. Enrique Tejera"



Valencia, 31 de Octubre del 2024

Ciudadano (a):
DUBRASVKA CEBALLOS
POSTGRADO UNIVERSITARIO UC CIRUGIA GENERAL
SEDE DOCENTE: CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
En sus manos

Por medio de la presente nos dirigimos a usted en la oportunidad de dar respuesta a su comunicación S/N, recibida el 17/09/2024 referente a la solicitud de autorización de trabajo de investigación titulado:

"TECNICA DE LICHTENSTEIN VS ABORDAJE ANTERIOR PRE PERITONEAL EN LA REPARACION DE HERNIAS INGUINALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA PERIODO ENERO 2024 AGOSTO 2024."

Me permito informarle, que el mismo fue presentado ante la Comisión de Ética de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", la cual decidió: **APROBAR** su solicitud.

Sin otro particular, nos subscribimos de Usted,



DRA. MARÍA VICTORIA GARCÍA
COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACION Y EDUCACION
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" (CHET)





COMITE DE Ética
C.H.E.T.



COMITE DE INVESTIGACION

MVG/BL

Avenida Lisandro Alvarado-Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"
Valencia. Estado Carabobo Teléfonos 0241-8610000 - 8610274

ANEXO C: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA		FECHA									
Edad (años)		Sexo	Femenino Masculino								
Comorbilidades	Presente Ausente	Tipo									
Diagnóstico de Ingreso		Clasificación de la hernia inguinal (Gilbert)									
Tiempo quirúrgico (minutos)		Técnica quirúrgica									
Complicaciones post Operatorias	Presente Ausente	Tipo de complicación									
Intensidad del dolor (EVA)											
A las 24 horas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ru
A las 7 Días	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A los 15 Días	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10