



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CASO CLÍNICO: CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN
PACIENTES POST OPERADOS HERNIOPLASTÍA
CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

CUIDADOS QUIRURGICOS

PRESENTADO POR:

ROSA CRISTINA CHANGANAQUI MARCHINO

ASESOR:

DRA. JUANA MARCOS ROMERO

CHINCHA - ICA - PERÚ

201

ÍNDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS..... 05

LIMITACIONES..... 05

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES..... 06

BASES TEORICAS..... 14

CAPÍTULO II

CASO CLINICO..... 28

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN..... 41

CONCLUSION..... 42

RECOMENDACIONES..... 43

INTRODUCCION

La reparación de la hernia inguinal es una de las operaciones más comunes que se realizan, y se utilizan técnicas tanto abiertas como laparoscópicas. Varios ensayos aleatorizados han comparado ambas técnicas pero no han elucidado el lugar de la reparación de la hernia inguinal laparoscópica. Los pacientes con hernia inguinal tratados con reparación laparoscópica tienen menos dolor postoperatorio y menos infecciones de la herida y vuelven a la actividad normal y trabajan antes. Sin embargo, la reparación abierta es menos costosa y más fácil de aprender.

El resultado más importante después de la reparación de la hernia inguinal, sin embargo, es la tasa de recurrencia. La mayoría de los ensayos aleatorizados han sido demasiado pequeños para detectar diferencias en la tasa de recurrencia y el seguimiento es aún corto. Las recurrencias se pueden detectar de manera confiable mediante el examen físico, pero muchos pacientes generalmente se pierden durante el seguimiento. El seguimiento confiable y completo a largo plazo aún no se ha informado.

OBJETIVOS

Determinar los cuidados en enfermería en pacientes post operados hernioplastia convencional en el Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones, vamos a tener a la historia clínica que no esté llena adecuadamente, lo que nos impida a tener toda la información necesaria para poder llenar correctamente nuestro caso clínico, de tal forma, la presente investigación, además tendrá dentro de las limitaciones que no nos faciliten la historia debido a formalidades del hospital.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Citaremos al autor Mike SL Liem et al con el trabajo titulado “Comparación de la cirugía anterior convencional y la cirugía laparoscópica para la reparación de hernia inguinal” (2017)

FONDO

Las hernias inguinales pueden repararse mediante técnicas laparoscópicas, que han tenido mejores resultados que la cirugía abierta en varios estudios pequeños.

MÉTODOS

Se realizó un ensayo aleatorizado, metacéntrico en el que 487 pacientes con hernias inguinales fueron tratados por reparación laparoscópica extra peritoneal y 507 pacientes fueron tratados por reparación anterior convencional. Registramos información sobre la recuperación postoperatoria y las complicaciones, y examinamos a los pacientes para detectar recidivas una y seis semanas, seis meses y uno y dos años después de la cirugía.

RESULTADOS

Seis pacientes en el grupo de cirugía abierta pero ninguno en el grupo de cirugía laparoscópica tenían abscesos en la herida ($P = 0.03$), y los pacientes en el grupo de cirugía laparoscópica tuvieron una recuperación más rápida (tiempo medio hasta la reanudación de la actividad diaria normal, 6 vs. 10 días; tiempo hasta el regreso al trabajo, 14 vs. 21 días; y tiempo hasta la reanudación de las actividades atléticas, 24 vs. 36 días; $P < 0.001$ para todas las

comparaciones). Con una mediana de seguimiento de 607 días, 31 pacientes (6 por ciento) en el grupo de cirugía abierta tuvieron recurrencias, en comparación con 17 pacientes (3 por ciento) en el grupo de cirugía laparoscópica ($P = 0.05$). Todas menos tres de las recurrencias en el último grupo se presentaron dentro del año posterior a la cirugía y fueron causadas por errores relacionados con el cirujano. En el grupo de cirugía abierta, 15 pacientes tuvieron recidivas durante el primer año y 16 durante el segundo año.

CONCLUSIONES

Los pacientes con hernias inguinales que se someten a reparación laparoscópica se recuperan más rápidamente y tienen menos recurrencias que los que se someten a reparación quirúrgica abierta.

Tendremos al autor Dietmar Lorenz et al con el trabajo titulado “Hernio plastia laparoscópica versus hernio plastia convencional (Shouldice): resultados de un ensayo prospectivo aleatorizado” (2017)

Los resultados de nuestro ensayo aleatorizado de 176 pacientes que comprenden hernias primarias [Shouldice versus abordaje transabdominal pre peritoneal (TAPP)] mostraron solo pequeñas ventajas para el grupo operado por laparoscopia en comparación con el grupo operado convencionalmente: dolor menos subjetivo (significativo solo en el quinto día postoperatorio, $p < 0.05$), requerimiento analgésico reducido (significativo solo en el tercer día postoperatorio, $p < 0.05$), duración de hospitalización significativamente más corta (4 días vs. 6 días, $p < 0.05$) y un regreso al trabajo más rápido (27 días contra 34 días, NS). Con respecto a la incidencia de recurrencias, no hubo diferencias significativas entre los grupos (dos recurrencias frente a una recurrencia) dentro de un período de seguimiento de 2 años. La

morbilidad postoperatoria fue similar y el costo total fue menor para el grupo TAPP.

Por otra parte tendremos al autor Emilio Prieto Diaz Chavez et al con el trabajo titulado "Hernio plastia sin tensión versus hernio plastia convencional para reparación de hernia inguinal" (2015)

Mostrar la efectividad de la hernioplastia libre de tensión para la reparación de la hernia inguinal.

Métodos

Estudiamos 106 pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal, como hernioplastia convencional en 52 y hernioplastia libre de tensión en 54. Analizamos el tiempo de operación, las complicaciones postoperatorias, el dolor, el tiempo para reanudar las actividades diarias y la frecuencia de recurrencia en el corto y largo plazo. término.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 46.2 años. El tiempo de operación fue significativamente más corto en el grupo sin tensión que en el grupo convencional, a $33 \pm 11,1$ frente a $49 \pm 8,8$ min, respectivamente ($P < 0,05$). La tasa global de complicaciones fue del 10%, siendo del 1,5% en el grupo sin tensión y del 13% en el grupo convencional ($p = 0,4$). Las puntuaciones de dolor visual analógico después de la cirugía fueron más bajas en el grupo sin tensión que en el grupo convencional ($p = 0,01$). Los pacientes en el grupo sin tensión regresaron a sus actividades normales antes que los del grupo convencional ($P < 0,05$).

Conclusiones

La hernio plastia libre de tensión resultó en menos dolor y permitió a los pacientes regresar a sus actividades diarias antes que la hernio plastia convencional.

Se citará al autor Gaetano Di Vita et al con el trabajo titulado “Perfiles séricos de VEGF y b-FGF después de una hernio plastia convencional o sin tensión” (2016)

La angiogénesis está fuertemente influenciada por el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor de crecimiento de fibroblastos básico (b-FGF), cuya producción también está regulada por interferón (IFN) - γ e interleucina (IL) -10. El objetivo de este estudio fue evaluar las modificaciones de los niveles séricos de VEGF, b-FGF, IFN- γ e IL-10 en pacientes con hernia inguinal sometidos a hernioplastia con la técnica de Lichtenstein (LH) usando malla de polipropileno o con la hernia inguinal convencional abierta Bassini reparación (BH).

materiales y métodos

Al azar, 16 pacientes fueron sometidos a BH, y 16 fueron tratados con la técnica LH utilizando malla de polipropileno. Se tomaron muestras de sangre 24 h antes de la cirugía y luego 6, 24, 48 y 168 h después de la operación. Se evaluaron las concentraciones séricas de VEGF, b-FGF, IFN- γ e IL-10.

Resultados

En pacientes con BH, se ha observado un pico de síntesis de VEGF a las 6 h con una normalización de este parámetro 24 h después de la cirugía. En los mismos sujetos, la síntesis de b-FGF aumentó después de la cirugía alcanzando niveles significativos 48 h después. Por el contrario, en pacientes con LH, se detectó una disminución en las concentraciones séricas de VEGF y b-FGF después de la cirugía y su

aumento posterior. IL-10 se incrementó en ambos grupos 6 h después de la operación y disminuyó a niveles preoperatorios 24 h después. IFN- γ mejoró en pacientes con LH 6 h después de la cirugía, mientras que no se detectaron modificaciones en sujetos BH.

Conclusiones

Este estudio preliminar muestra que las modificaciones de VEGF y b-FGF, asociadas con alteraciones de la secreción de citocina, son detectables en humanos sometidos a hernioplastia, y sugiere que de alguna manera podrían influir en el proceso de cicatrización de la herida.

Tendremos al autor Bo Johansson et al con el trabajo titulado “Malla laparoscópica versus malla preperitoneal abierta versus técnica convencional para la reparación de hernia inguinal Un ensayo multicéntrico aleatorizado (estudio de reparación de hernia SCUR)” (2017)

Evaluar la influencia de la técnica laparoscópica en la reparación de la hernia con respecto al tiempo hasta la recuperación total y el regreso al trabajo, las complicaciones, la tasa de recurrencia y los aspectos económicos.

Resumen de antecedentes

Varios estudios han demostrado ventajas en términos de menos dolor y recuperación más rápida después de la reparación de la hernia laparoscópica, mientras que otros no, y se ha cuestionado la relación costo-efectividad. La técnica laparoscópica se debe comparar a fondo con los procedimientos abiertos antes de definir su verdadero lugar en la cirugía de la hernia.

Métodos

Seiscientos trece pacientes varones de entre 40 y 75 años se asignaron al azar al procedimiento convencional, la malla preperitoneal se colocó mediante la técnica abierta o la malla preperitoneal laparoscópica (TAPP). El seguimiento fue después de 7 días, 8 semanas y 1 año.

Resultados

De 613 pacientes sometidos a cirugía, 604 (98,5%) fueron seguidos durante 1 año. Los pacientes que se sometieron a TAPP obtuvieron una recuperación completa después de 18.4 días, en comparación con 24.2 días para la malla abierta ($p < 0.001$) y 26.4 días para el procedimiento convencional ($p < 0.001$). Los pacientes sometidos a TAPP volvieron a trabajar después de 14,7 días, en comparación con 17,7 días para la malla abierta ($p = 0,05$) y 17,9 días para el procedimiento convencional ($p = 0,04$). También tenían una restricción significativamente menor en actividades físicas después de 7 días. El procedimiento de TAPP fue más costoso, principalmente como resultado de un mayor tiempo de cirugía y costos de equipo, incluso después de la compensación por un retorno más temprano al trabajo. Las complicaciones fueron más comunes en el grupo TAPP, con un patrón variable entre los grupos. Cuatro recurrencias en el convencional, 11 en la malla abierta,

Conclusión

La técnica laparoscópica da como resultado un tiempo más corto para la recuperación completa y un tiempo más corto para volver al trabajo, al precio de un aumento sustancial de los costos.

Citaremos al autor Miriam Cantos Valladares et al con el trabajo titulado “Recurrencias después de la reparación convencional de la hernia inguinal anterior y laparoscópica” (2017)

Estudiar la tasa de recurrencia a largo plazo y otras complicaciones después de la reparación de la hernia inguinal laparoscópica y convencional.

Resumen de antecedentes

Se carece de un seguimiento fiable a largo plazo de los pacientes con hernias inguinales tratados mediante técnicas de reparación laparoscópica.

Métodos

Los autores realizaron un ensayo aleatorizado, multicéntrico en el que 487 pacientes con hernia inguinal fueron tratados por reparación laparoscópica totalmente extraperitoneal y 507 pacientes fueron tratados por reparación de la hernia anterior convencional. Los pacientes fueron seguidos y examinados por recurrencia y dolor inguinal crónico 2, 3 y 5 años después de la cirugía. Se evaluaron los factores de riesgo para la recurrencia y el dolor inguinal crónico.

Resultados

Los pacientes que se sometieron a reparación convencional tenían un alto riesgo de recurrencia en comparación con los pacientes que se sometieron a reparación laparoscópica. Los factores de riesgo de recurrencia fueron el tiempo operatorio y el tipo de reparación convencional. Los factores de riesgo independientes predictivos para el dolor inguinal crónico fueron la reparación convencional (reparaciones Bassini y reparaciones que no son de Bassini), dolor inguinal antes de la cirugía y lesión perioperatoria del nervio ilioinguinal.

Conclusiones

Los pacientes con hernia inguinal sometidos a reparación laparoscópica tienen menos recurrencias y menos dolor inguinal crónico que aquellos sometidos a reparación abierta convencional. La reparación Bassini produce tasas de recurrencia inaceptablemente altas.

Citaremos al autor con el trabajo titulado “Resultados preliminares de un ensayo prospectivo aleatorizado de onlay laparoscópico versus herniorrafia inguinal convencional” (2017)

Para comparar la reparación laparoscópica onlay hernia con cirugía convencional, 61 pacientes fueron asignados al azar a la cirugía abierta o laparoscópica.

Métodos

Las reparaciones tradicionales se realizaron de acuerdo con las preferencias de los cirujanos. Las reparaciones laparoscópicas utilizaron una técnica de onlay modificada con una prótesis de prototipo mallado.

Resultados

El tiempo operatorio promedio fue de 62.5 minutos para el grupo laparoscópico y de 80.9 minutos para el grupo abierto. Cada grupo tuvo cinco complicaciones. Hubo dos conversiones desde cirugía laparoscópica hasta cirugía abierta. Las personas sometidas a cirugía laparoscópica informaron una ingesta media de 5 dosis de un analgésico narcótico oral frente a 16 dosis en el grupo abierto. El regreso a la actividad normal (no extenuante) fue de 7,5 días en el grupo laparoscópico y de 18,5 días en el grupo abierto. Después de un seguimiento medio de 8 meses (rango 1 a 14), hubo dos recidivas en el grupo abierto y uno en el grupo laparoscópico.

Conclusión

La herniorrafia inguinal con recubrimiento laparoscópico es una alternativa viable para aquellos que prefieren un tratamiento mínimamente invasivo para esta enfermedad.

BASES TEORICAS

Las complicaciones después de la reparación de la hernia inguinal o femoral son relativamente comunes. La incidencia es más alta después de las reparaciones emergentes y las reparaciones recurrentes de hernias en comparación con la reparación electiva. Con la transición a la reparación sin tensión, la recurrencia de la hernia es menos frecuente, mientras que otras complicaciones, como la neuralgia post herniorrafia, se han vuelto más prominentes.

Las complicaciones que ocurren en el período perioperatorio incluyen seroma / hematoma de la herida, retención urinaria, lesión de la vejiga e infección superficial de la herida, mientras que las complicaciones que ocurren después de la reparación de la hernia incluyen dolor inguinal persistente y neuralgia post herniorrafia, complicaciones testiculares, infección profunda de la herida / malla, hernia recurrente y migración y erosión de la malla.

Complicaciones asociadas con la reparación de la hernia inguinal y femoral serán revisadas aquí. Las técnicas quirúrgicas para la reparación de la hernia inguinal y femoral, incluidos los métodos para prevenir las complicaciones relacionadas con la reparación, se revisan en otra parte.

INCIDENCIA

Las complicaciones después de la reparación de la hernia inguinal o femoral son relativamente comunes, con una incidencia que depende de la circunstancia clínica bajo la cual se realizó la reparación, así como del sitio y tipo de la hernia.

Los procedimientos urgentes y emergentes se asocian con mayores tasas de complicaciones en comparación con la reparación electiva. En una revisión de 1034 reparaciones de hernias inguinales, las tasas de complicaciones generales fueron del 27 por ciento para las reparaciones de hernia aguda y del 15,1 por ciento para las reparaciones electivas. También se observan mayores tasas de complicaciones con la reparación de la hernia recurrente en comparación con la reparación de la hernia primaria. En estudios que comparan la reparación abierta y laparoscópica, la incidencia general de complicaciones es similar; sin embargo, la naturaleza de las complicaciones es diferente. Las diferencias identificables se discuten a continuación.

En una revisión que incluyó 6895 reparaciones de hernia inguinal en mujeres y 83.753 en hombres, aunque la incidencia general de complicaciones postoperatorias fue similar, la necesidad de resección intestinal fue mayor en mujeres que en hombres (16,6 frente a 5,6 por ciento), probablemente relacionado con la mayor proporción de mujeres que requirieron reparación de hernia de emergencia. Sin embargo, en circunstancias electivas, las mujeres tenían una tasa ligeramente menor de complicaciones postoperatorias (7,0 frente a 8,5 por ciento).

INDICACIONES PARA LA REPARACIÓN ABIERTA: el tratamiento definitivo de todas las hernias, independientemente de su origen o tipo, es la reparación quirúrgica.

En general, el abordaje abierto sigue siendo preferible a un abordaje laparoscópico para la reparación de la hernia inguinal unilateral en hombres. Aun así, el enfoque debe individualizarse sobre la base de las variables del paciente y el conjunto de habilidades del cirujano. Los beneficios y riesgos de cada enfoque deben discutirse con cada paciente y las percepciones erróneas sobre las diferencias entre los procedimientos determinados y corregidos.

Los factores que son contraindicaciones relativas para el abordaje laparoscópico y que pueden favorecer un enfoque abierto se enumeran a continuación y se discuten en detalle en otra parte.

- Incapacidad para tolerar la anestesia general
- Cirugía pélvica previa
- Hernia inguinal estrangulada o encarcelada
- Hernia escrotal grande
- Ascitis
- infección activa

Contraindicaciones para abrir la reparación: hay relativamente pocas contraindicaciones para la reparación electiva de la hernia inguinal o femoral. Las contraindicaciones se discuten por separado.

ELECCIÓN DE LA REPARACIÓN: una vez que se ha tomado la decisión de realizar una reparación abierta de la hernia inguinal, se debe seleccionar el tipo de reparación.

Se han desarrollado muchas técnicas abiertas para la reparación de la hernia inguinal y se clasifican ampliamente como reparaciones de malla sin tensión, que incluyen.

- Reparación de Lichtenstein: malla onlay anterior a la fascia transversalis
- Reparación de malla bicapa: colocación combinada de malla onlay y subyacente (es decir, bicapa) (p. Ej., Sistema de hernia Prolene)
- Reparación de malla preperitoneal: malla colocada detrás de fascia transversalis (p. Ej., Nyhus, Rives, Stoppa, Read, Wants, Kugel reparaciones)
- Reparación de enchufes y parches: enchufe de malla a través del defecto, engrapado de la malla anterior a la fascia transversalis

Las reparaciones que no usan malla, y generalmente crean tensión, son reparaciones de aproximación primarias e incluyen (ver 'Reparaciones sin malla' a continuación):

- Reparación de Shouldice
- Reparación de McVay
- Bassini

Reparación de malla versus reparación sin malla: en base a revisiones sistemáticas, revisiones de grandes bases de datos y meta análisis de ensayos aleatorios que han mostrado tasas de recurrencia reducidas para la reparación de malla libre de tensión, estamos de acuerdo con varias guías de hernia de la sociedad que generalmente recomendamos una técnica de malla sin tensión (abierta o laparoscópica) sobre aquellas técnicas que no son de malla y que se sabe que generan tensión.

Sin embargo, las circunstancias clínicas pueden favorecer un enfoque sobre otro debido a restricciones anatómicas o la necesidad de evitar el uso de malla (por ejemplo, infección profunda de la herida). Cuando la malla se considera segura, sugerimos una reparación de Lichtenstein para la hernia inguinal. Cuando no se puede usar malla (por ejemplo, infección profunda de la herida), sugerimos una reparación de Bassini con una incisión relajante en la fascia del recto anterior para la hernia inguinal. (Consulte "Infección de la herida después de la reparación de la hernia de la pared abdominal", sección sobre "Infección profunda de la herida / malla" y "Circunstancias clínicas específicas" a continuación).

Se considera que la reparación sin malla es la principal causa de reparación fallida de la hernia. Aunque se han utilizado maniobras especiales (por ejemplo, incisiones relajantes) para reducir la tensión asociada con la mayoría de las reparaciones de aproximación de tejido primario, no se puede lograr una reparación sin tensión.

- Una revisión sistemática de 13 ensayos que compararon la reparación abierta de la hernia con malla versus sin malla, encontró un riesgo significativamente menor de hernia recurrente cuando se usó la malla. No se observaron diferencias significativas en las tasas de

recurrencia si la reparación utilizó una reparación de malla plana (por ejemplo, reparación de Lichtenstein) versus un tapón de malla.

- La tasa de recurrencia para la reparación de hernia primaria entre 142.578 reparaciones de hernia inguinal del Registro de Hernia Sueco fue del 4.3 por ciento. La reparación sin malla, que se realizó en el 16 por ciento de los pacientes, se asoció con un mayor riesgo de hernia recurrente.

- La EU Hernia Trialists Collaboration revisó 58 ensayos (8221 pacientes) y también encontró una tasa de recurrencia significativamente mayor para las hernias reparadas sin malla en comparación con las realizadas con malla mediante técnicas abiertas o laparoscópicas.

- Un estudio prospectivo posterior de 26.304 herniorrafetas realizado en Dinamarca (base de datos de hernias danesas) encontró que las tasas de reoperación usando malla abierta anterior y técnicas laparoscópicas (malla) fueron significativamente menores en comparación con una técnica de pared posterior suturada (abierta, sin malla) 30 meses después reparación primaria de hernia inguinal (2.2 y 2.6 versus 4.4 por ciento, respectivamente) y reparación recurrente de hernia inguinal (6.1 y 3.4 versus 10.6 por ciento, respectivamente).

Circunstancias clínicas específicas

Hernia inguinal electiva: cuando los cirujanos con experiencia experimentan una reparación de malla libre de tensión, no se han identificado diferencias significativas en los ensayos aleatorizados para la incidencia de hernia recidivante. Cuando se elige una técnica abierta sobre un abordaje laparoscópico para la reparación inicial de la hernia (unilateral o bilateral), sugerimos la reparación de Lichtenstein en

lugar de otras técnicas de malla abierta, sin tensión. La técnica de Lichtenstein es tal vez la más versátil, es fácil de dominar y se asocia con una incidencia confiablemente baja de hernia recurrente.

Para las hernias inguinales escrotales grandes, las hernias después de la cirugía mayor del abdomen inferior, y cuando la anestesia general no es factible, la reparación de Lichtenstein es también nuestra técnica quirúrgica preferida.

Antes de la introducción de las reparaciones hernias sin tensión, la hernia inguinal bilateral se reparó de un lado a la vez para evitar el aumento de la tensión y las altas tasas de recurrencia. Esta enseñanza permanece en muchos círculos hoy en día, lo que lleva a algunos a concluir que la bilateralidad es una de las pocas indicaciones absolutas para la reparación laparoscópica. Sin embargo, esta enseñanza no tiene ninguna base de hecho, y el enfoque debe ser individualizado en función de los factores del paciente y del cirujano.

Hernia inguinal encarcelada o estrangulada: el uso de una malla para la reparación de una hernia inguinal complicada (encarcelado, estrangulado) puede aumentar el riesgo de infección posterior de la malla. Si el uso de malla se considera seguro en un paciente que presenta hernia inguinal encarcelada o estrangulada, sugerimos una reparación de Lichtenstein, en lugar de una reparación laparoscópica, aunque se ha utilizado un abordaje laparoscópico.

Cuando la malla está contraindicada, sugerimos una reparación de Shouldice o una reparación de Bassini con una incisión de relajación McVay para hernias inguinales. Muchos cirujanos usan un enfoque similar cuando tratan a pacientes que requieren una resección intestinal para una hernia estrangulada o encarcelada para minimizar el riesgo de una infección de malla posterior.

Es controvertido si se evita o no el uso de malla para todas las circunstancias de la hernia inguinal complicada. Varias revisiones han informado resultados aceptables para la reparación de malla de la hernia complicada. Una revisión sistemática identificó dos ensayos aleatorizados que comparaban el uso de la malla versus una técnica sin malla para la reparación de las hernias estranguladas. En el primero de estos ensayos, 54 pacientes con hernia inguinal estrangulada fueron asignados aleatoriamente a reparación de malla libre de tensión (Lichtenstein) o reparación utilizando una técnica de Bassini. La hernioplastia de malla no se intentó en pacientes con peritonitis preoperatoria, hernia inflamatoria o para aquellos en los que se realizó una resección intestinal por necrosis isquémica como resultado de una hernia estrangulada. La incidencia de complicaciones quirúrgicas no difirió significativamente entre los grupos, pero la estancia hospitalaria postoperatoria fue significativamente mayor en aquellos que se sometieron a malla en comparación con la reparación sin malla (cinco versus tres días). Durante un período medio de seguimiento de 22 meses, no se produjeron recidivas de hernias en el grupo de reparación de Lichtenstein, en comparación con tres en el grupo de reparación de Bassini. En el segundo ensayo, 42 pacientes con hernia inguinal estrangulada fueron asignados aleatoriamente a una malla preperitoneal o a una reparación de malla de Lichtenstein. Durante el período de estudio, no hubo complicaciones relacionadas con la presencia de la malla, y no se encontraron recurrencias en ninguno de los grupos. Una revisión por separado no informó diferencias significativas en los resultados para la reparación de una hernia estrangulada aguda o crónica mediante una técnica laparoscópica (reparación preperitoneal transabdominal [TAPP]) en comparación con la reparación de TAPP para las hernias reducibles.

Por lo tanto, las técnicas de reparación de la malla parecen ser seguras para la reparación de hernias complicadas siempre que los tejidos parezcan normales o levemente edematosos. El edema profundo y / o el tejido oscuro son contraindicaciones relativas para el uso de la malla, incluso si el tejido recupera un color normal con la observación. Cualquier tejido no viable o gangrenoso debe ser resecado / desbridado a un margen saludable antes de considerar el uso de malla. Aunque otros han usado malla después de la resección del tejido gangrenoso, esta no es nuestra práctica.

Hernias femorales electivos y complicados - hernias femorales representan <10 por ciento de todas las hernias inguinales, sino que representan el 40 por ciento de las emergencias hernia.

Aunque es la reparación preferida para las hernias inguinales, la reparación de Lichtenstein no es aplicable a las hernias femorales, ya que no aborda el anillo femoral.

La reparación quirúrgica tradicional de las hernias femorales utilizó la reparación de McVay, pero esta técnica de aproximación tisular tiene un mayor riesgo de recurrencia debido a la tensión en la línea de sutura. La reparación de malla disminuye las tasas de recurrencia, y en estudios observacionales, tanto las técnicas de malla como de malla plana se han utilizado con éxito para la reparación de la hernia femoral. Entre las técnicas disponibles, preferimos una reparación de malla bicapa.

Sin embargo, para la reparación complicada de la hernia femoral, si la malla no se considera segura, sugerimos una reparación de McVay.

Hernia inguinal y femoral recurrente: en general, se elige una reparación de hernia abierta anterior para la reparación de una hernia

recurrente previamente reparada mediante una técnica laparoscópica. Para la mayoría de las hernias recurrentes después de una reparación abierta previa, a menudo se recomienda una reparación laparoscópica.

Si se elige un abordaje abierto para una recurrencia después de una reparación abierta anterior, sugerimos la reparación de Lichtenstein. Pero, debido a que la anatomía de las hernias recurrentes es muy variable, se utilizan comúnmente procedimientos híbridos innovadores. Las opciones son más variadas cuando la reparación original incluía malla. Si la recurrencia se limita a un pequeño defecto de 1 a 2 centímetros, como se ve a veces al lado del tubérculo púbico, se puede utilizar una reparación con tapón y parche. Si se encuentran múltiples defectos directos, los puentes fibrosos entre ellos deben cortarse transversalmente, proporcionando acceso para una reparación preperitoneal de malla bicapa abierta.

Una reparación preperitoneal se puede utilizar cuando una hernia directa afecta a todo el piso del conducto. Evitamos derribar o destruir partes de la reparación anterior que están intactas, excepto en el caso de defectos múltiples. Si la recurrencia es indirecta, se realiza una alta ligadura del saco. Alternativamente, el saco indirecto puede liberarse y reducirse al espacio preperitoneal sin una alta ligadura, y el anillo puede estrecharse de la manera de Lichtenstein.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y PREPARACIÓN: La evaluación preoperatoria y la preparación antes de la reparación de la hernia inguinal y femoral, incluida la tromboprolifaxis, los antibióticos profilácticos, el tratamiento inicial de la hernia complicada y la elección de la anestesia, se discuten en detalle en otra parte.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA REPARACIÓN DE HERNIA: la reparación de hernia inguinal y femoral se realiza paso a paso e incluye

una incisión adecuada para la reparación específica planificada, exponiendo la anatomía relevante para identificar y movilizar el saco herniario, protegiendo las estructuras nerviosas asociadas para prevenir la herniorrafia neuralgia, colocación correcta y fijación de la malla, y cierre de la herida.

Las técnicas para la reparación específica de la hernia y el manejo de hernias grandes, hernias deslizantes, hernias encarceradas y hernias estranguladas se describen en las siguientes secciones.

Incisión y exposición: la incisión de la ingle debe tener la longitud adecuada para proporcionar exposición para el tipo específico de reparación. Las incisiones para reparaciones específicas se tratan a continuación. La incisión para una reparación abierta, aunque es más larga que las incisiones para reparaciones laparoscópicas, puede ser más atractiva desde el punto de vista cosmético, ya que está completamente debajo de la "línea del bikini".

Una vez que se ha realizado la incisión, se explora la ingle para identificar la hernia. Si la exploración quirúrgica del anillo inguinal interno y el triángulo de Hesselbach no identifican una hernia inguinal, debe explorarse el espacio preperitoneal para permitir la inspección del canal femoral. Esto se puede lograr al incidir la fascia transversalis sobre el triángulo de Hesselbach.

Movilizar el saco de la hernia - El saco de la hernia se moviliza desde las estructuras circundantes.

- Hernia indirecta: el saco indirecto se moviliza normalmente desde las estructuras de cordón adyacentes. Los sacos herniarios inguinales indirectos con frecuencia están más íntimamente unidos al ligamento redondo en las mujeres que los sacos indirectos a las estructuras del

cordón en los hombres. En el caso de grandes sacos herniarios indirectos, los elementos distales del saco se pueden dejar en su lugar para prevenir la orquitis isquémica asociada con el daño a las estructuras espermáticas que puede ocurrir con una disección excesiva; sin embargo, esto a veces conduce a la formación de hidrocele.

- Hernia directa: los sacos herniarios directos suelen tener una base más amplia en comparación con los sacos herniarios indirectos.

Reparación de hernia: una vez que la hernia se ha movilizado y el saco se ha separado de las estructuras circundantes y se ha reducido, la reparación de los tejidos se lleva a cabo utilizando una de las técnicas de reparación de hernia específicas. El principio principal de la reparación de la hernia inguinal es reforzar el piso del canal inguinal y, para los hombres, apretar el anillo inguinal interno sin crear tensión indebida en la reparación. La reparación sin tensión generalmente implica la colocación de un material de malla apropiado.

El tipo de malla utilizada y el método de fijación están implicados como causas potenciales de dolor inguinal persistente y neuralgia post herniorrafia.

Malla para la reparación de una hernia abierta: la malla es un componente estándar de las técnicas modernas para la reparación abierta de las hernias inguinales y femorales primarias y recurrentes.

Las mallas de polipropileno macroporoso son preferibles a otros materiales protésicos. Estos productos tienen poros grandes (> 75 micrómetros) que permiten la penetración del material con fibroblastos, fibras de colágeno, nuevos vasos sanguíneos y macrófagos, todos los cuales son esenciales para crear una reparación fuerte. Los materiales

microporosos, que tienen poros <10 micrómetros, no promueven una respuesta inflamatoria suficiente y tampoco proporcionan suficiente incorporación de tejido para una reparación fuerte. Los materiales livianos monofilamento son generalmente preferibles ya que son flexibles y se esterilizan más fácilmente en casos que involucran infecciones postoperatorias. Las mallas livianas también pueden tener algunas ventajas con respecto a la incomodidad a largo plazo y la sensación de cuerpo extraño en la reparación de la hernia abierta.

Varias revisiones sistemáticas y metanálisis han comparado la malla pesada con la ligera. El riesgo de dolor crónico fue significativamente menor para la malla liviana. La magnitud de la reducción del riesgo fue similar en cada uno de los metanálisis. Los pacientes informaron una sensación significativamente menor de cuerpo extraño para la malla liviana, independientemente de si la malla era parcialmente absorbible o no absorbible. No se identificaron diferencias significativas para las complicaciones postoperatorias, como seroma, hematoma, infección de la herida, retención de orina y atrofia testicular o recurrencia de la hernia.

En entornos de recursos limitados, se han utilizado alternativas de bajo costo a mallas comerciales para reparar hernias inguinales con buenos resultados clínicos. Como ejemplo, en un ensayo aleatorizado realizado en Uganda, las reparaciones de hernias inguinales utilizando una malla fabricada con mosquiteros esterilizados produjeron tasas similares de recidivas de la hernia (0,7 frente a 0%) y complicaciones postoperatorias (31 frente a 30%) en comparación con la cirugía realizada con malla comercial. La malla de bajo costo utilizada en este estudio fue un material macroporoso ligero hecho de polietileno. Cuando se preparó y esterilizó en la instalación quirúrgica local, el costo de la malla fue de menos de 1 dólar estadounidense, que es

sustancialmente menos costoso que una malla comercial (125 dólares estadounidenses).

De malla de fijación - fijación de la malla Permanente usando suturas o dispositivos viradas es común. Sin embargo, la creciente prevalencia de neuralgia post herniorrafia ha estimulado el interés en encontrar métodos alternativos con la intención de reducir el potencial de dolor postoperatorio persistente. Estos incluyen sutura absorbible y varias técnicas sin suturas, como malla autoajustable y pegamento tisular.

Una revisión sistemática identificó seis ensayos y dos estudios prospectivos que compararon la malla de auto fijación y convencional para la reparación de la hernia inguinal de Lichtenstein. No se identificaron diferencias significativas en la incidencia de dolor crónico, dolor postoperatorio agudo, hematoma o seroma, infección de la herida o recurrencia. El grupo de malla autoadherente se asoció con una reducción menor en el tiempo de operación (de uno a nueve minutos). Un ensayo posterior que comparó la malla autoadherente con una malla liviana suturada encontró mejores puntajes de dolor postoperatorio temprano para la malla autoadherente pero no redujo el dolor crónico.

Un metaanálisis de ocho ensayos encontró una incidencia significativamente menor de dolor crónico con fijación de pegamento en comparación con la fijación de sutura (riesgo relativo 0,46; IC del 95%: 0,22 a 0,97). No se observaron diferencias en la duración de la operación o la recurrencia de la hernia durante el período de seguimiento, que varió entre los estudios.

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: O.R

NOMBRES: N.I

H.C: 145789522

TIPO DE SEGURO: S.I.S.

EDAD: 61 años.

SEXO: Masculino

PROCEDENCIA: Tacna.

RELIGION: Católico.

DIRECCION: Jr. Junín 275. Lima.

TELEFONO: 7854681

PERSONA RESPONSABLE: I.I.O.R (hermana).

RELATO

Paciente refiere que hace 1 semana presenta dolor tipo opresivo en la tumoración inguinal izquierda de leve intensidad motivo por el cual se administra analgésicos, los cuales alivian el dolor, 4 días antes del ingreso paciente refiere no realizar deposiciones. 2 días antes del ingreso el dolor vuelve a presentarse pero de modera intensidad, asociado a náusea, vómitos e hiporexia. 1 día antes del ingreso paciente presenta dolor con mayor intensidad y nota la tumoración eritematosa, refiere sensación de alza térmica, no cuantifica temperatura. 12 horas antes del ingreso vuelve administrarse analgésicos y dolor no cede, por persistencia de sintomatología acude por emergencia.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- Hiporexia
- Insomnio
- Estreñimiento.

ANTECEDENTES:

Hernia inguinal izquierda.

MEDICACION HABITUAL:

Niega.

CIRUGIA:

Niega

TRANSFUSIONES:

Niega.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- MADRE: Niega
- PADRE: Niega

EXAMEN FÍSICO

En aparente regular estado general.

Piel: no palidez, no cianosis, llenado capilar <2”.

Ojos: C.I.R.L.A.

Boca: múltiples caries dentales.

Ap. Respiratorio: mv pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

Ap. Cardiovascular: RCR, de buen tono e intensidad. No soplos.

Abdomen: distendido. RHA disminuidos en tono, se palpa tumoración de 2x2cm en región inguinal izquierda, no reductible, con coloración cianótica y dolorosa a la palpación.

Genitourinario: no globo vesical.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona.

Peso: 60 Kg

Talla: 1.54 mts

I.M.C: 25.31 Kg/m²

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Hernia inguinal encarcerada vs. estrangulada izquierda.
2. D/C Obstrucción intestinal.
3. Sobrepeso.

Se solicita examen de laboratorio:

Terapia: 6 am

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc---- XXX gotas por minuto.
3. Tramadol 100 mg SC STAT
4. Orfenadrina 60 mg IM STAT
5. Colocar sonda nasogástrica a gravedad.
6. CFV+BH

HEMOGRAMA

LEUCOCITOS 15×10^3
NEUTROFILOS 12.30×10^3
LINFOCITOS 1.56×10^3
MONOCITOS 1.10×10^3
EOSINOFILOS 0.53×10^3
BASOFILOS 0.09×10^3
ABASTONADOS 0%
NEUTROFILOS 78.1%
LINFOCITOS 12.1%
MONOCITOS 6.8%
EOSINOFILOS 2.3%
BASOFILOS 0.4%
RBC 4.20×10^6
HEMOGLOBINA 13 g/dl
HEMATOCRITO 38%
MCV 88.8 fl
MCH 28.7pg

MCHC 32.3g/dl PLAQUETAS 428000

GLUCOSA	96 mg/dl
UREA	16 mg/dl
CREATININA	0.7 mg/dl
PCR	9.01 mg/dl
PERFIL HEPATICO	BD 0.06 mg/dl BI 0.01 mg/dl BT 0.07 mg/dl FA 398 PROT. T. 7.2 ALBUMINA 4 GLOBULINA 3
PERFIL DE COAGULACION	TP 13.3 INR 0.8 FIBRINOGENO 299
VDRL	No reactivo.
VIH-1	No reactivo.
VIH-2	No reactivo.
EXAMEN DE ORINA	LEU: 2 por campo HEM: 1 por campo NITRITOS: 0 HEMOGLOBINA 0 PROTEINAS: 0 CEL. EPIT. : escasas GERMENES: 0
SODIO	136 mmol/l

POTASIO

4 mmol/l

ECOGRAFÍA

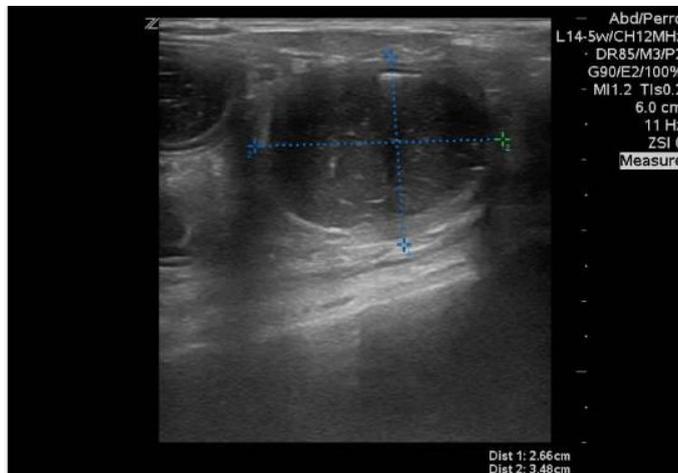
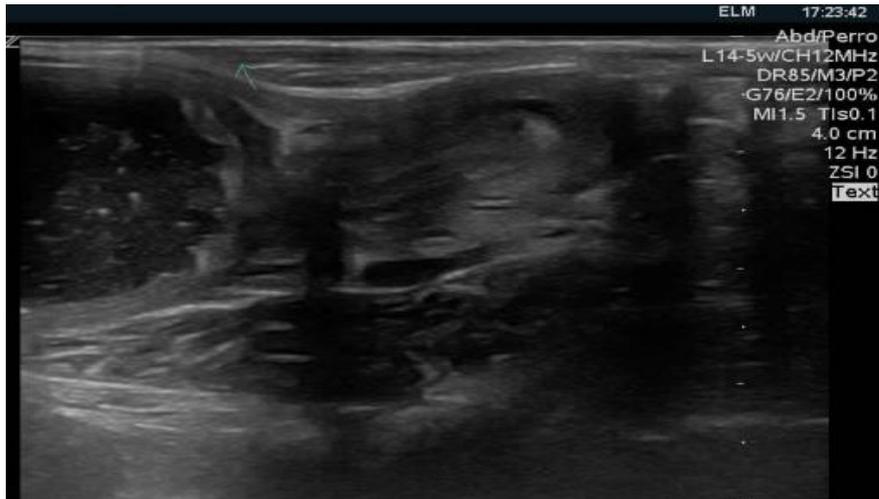


Imagen ecográfica de 2 asas de intestino delgado con incremento marcado de su diámetro y contenido líquido en su luz.



Corte Sagital de intestino delgado, yeyuno, con marcada dilatación de su luz y contenido patrón líquido.



Segmento intestinal herniado en el que se aprecia una reducción de su diámetro caudalmente, sin contenido en su luz. Cranealmente se observa el asa yeyunal con incremento de su diámetro con contenido patrón líquido. Dorsalmente se aprecia reacción peritoneal y escasa cantidad de líquido libre.

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN EN DECUBITO Y DE PIE:





SONDA NASOGASTRICA: Se evidencia contenido fecaloideo.

Paciente es programado para SOP.

Terapéutica: 6 pm

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc---- XXX gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas.
4. Colocar sonda nasogástrica a gravedad.
5. CFV+BH

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

1. HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA IZQUIERDA.

OPERACIÓN:

- HERNIOPLASTIA CONVENCIONAL.

DIAGNOSTICO:

1. PO de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.

Terapéutica:

POST OPERATORIO INMEDIATO.

1. NPO
2. NaCl 20% ampolla
KCl 20% ampolla
Dextrosa 5%  ----- xxx gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas, completar 3 dosis
4. Sonda a gravedad.
5. CFV + BH.

DIA HOSPITALARIO 1:

Paciente varón de 61 años con los siguientes diagnósticos:

1. PO de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.
2. Obstrucción intestinal x 1
3. Sobrepeso.

Paciente en aparente regular estado general, portador de sonda nasogástrica con contenido escaso fecaloideo. Con funciones vitales estables, afebril.

Paciente con leve palidez, no signos de hipo perfusión tisular.

Abdomen globuloso, herida operatoria en región inguinal izquierda cubierto por gasas limpias y secas, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda.

No signos de focalización.

Volumen en bolsa de sonda nasogástrica: 100 ml

PLAN:

- Continuar con terapéutica.
- Hemograma control.

RESULTADO DE HEMOGRAMA CONTROL

LEUCOCITOS 12×10^3
NEUTROFILOS 10.30×10^3
LINFOCITOS 1.46×10^3

MONOCITOS 1.00×10^3
 EOSINOFILOS 0.43×10^3
 BASOFILOS 0.07×10^3
 ABASTONADOS 0%
 NEUTROFILOS 76.1%
 LINFOCITOS 10.1%
 MONOCITOS 5.8%
 EOSINOFILOS 1.3%
 BASOFILOS 0.3%
 RBC 4.20×10^6
 HEMOGLOBINA 12.1 g/dl
 HEMATOCRITO 36%
 MCV 88.6 fl
 MCH 28.5pg
 MCHC 32.1g/dl
 PLAQUETAS 420000

Terapéutica:

1. NPO
2. NaCl 20% ampolla
 KCl 20% ampolla
 Dextrosa 5%
 
 ----- xxx gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas, completar 3 dosis
4. Sonda a gravedad.
5. CFV + BH.

DIA HOSPITALARIO 2:

Paciente varón de 61 años con los siguientes diagnósticos:

1. PO2 de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.
2. Obstrucción intestinal x 1
3. Sobrepeso.

Paciente portador de sonda nasogástrica con contenido escaso fecaloideo. Con funciones vitales dentro de los límites normales, niega molestias durante la evaluación, niega fiebre.

Paciente con leve palidez, llenado capilar <2”.

Abdomen globuloso, herida operatoria en región inguinal izquierda afrontada con suturas, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes conservados en tono y frecuencia, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda.

No signos meníngeos.

Volumen en bolsa de sonda nasogástrica: 50 ml

PLAN:

- Continuar con terapéutica.

Terapéutica:

1. NPO
2. NaCl 20% ampolla
KCl 20% ampolla
Dextrosa 5%  ----- xxx gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas, completar 3 dosis
4. Sonda a gravedad.
5. CFV + BH.

DIA HOSPITALARIO 3:

Paciente varón de 61 años con los siguientes diagnósticos:

1. PO3 de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.
2. Obstrucción intestinal x 1
3. Sobrepeso.

Paciente portador de sonda nasogástrica con contenido escaso fecaloideo. Con funciones vitales dentro de los límites normales, niega náuseas, vómitos, fiebre. Enfermería no reporta interurrencias con paciente.

Al examen preferencial:

Abdomen globuloso, herida operatoria en región inguinal izquierda afrontada con suturas, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes conservados en tono y frecuencia, blandos, depresible, leve dolor a la palpación profunda.

No déficit neurológico.

Volumen en bolsa de sonda nasogástrica: 0 ml

PLAN:

- Continuar con terapéutica.

Terapéutica:

1. NPO, probar tolerancia oral.
2. NaCl 20% ampolla
KCl 20% ampolla
Dextrosa 5%  ----- xxx gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas, completar 3 dosis
4. Sonda a gravedad, clamparla.
5. CFV + BH.

1 pm paciente tolera vía oral.

DIA HOSPITALARIO 4:

Paciente varón de 61 años con los siguientes diagnósticos:

1. PO4 de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.
2. Obstrucción intestinal x 1
3. Sobrepeso.

Paciente continua con sonda nasogástrica a gravedad, con escaso contenido fecaloideo.

Al examen preferencial:

En el abdomen se visualiza herida operatoria en región inguinal izquierda afrontada con suturas, no signos de flogosis, ruidos

hidroaéreos presentes conservados en tono y frecuencia, blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.

No déficit neurológico.

Volumen en bolsa de sonda nasogástrica: 10 ml

PLAN:

- Continuar con terapéutica.

Terapéutica:

1. Dieta líquida
2. Ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas.
3. Retirar sonda nasogástrica.
4. CFV + BH.

DIA HOSPITALARIO 5:

Paciente varón de 61 años con los siguientes diagnósticos:

4. PO5 de Hernioplastia convencional por hernia inguinal estrangulada izquierda.
5. Obstrucción intestinal x 1
6. Sobrepeso.

Paciente sin sonda nasogástrica, paciente realiza deposiciones, elimina flatos, con evolución favorable.

Al examen preferencial:

En el abdomen se visualiza herida operatoria en región inguinal izquierda afrontada con suturas, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes conservados en tono y frecuencia, blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.

No déficit neurológico.

PLAN:

- Continuar con terapéutica.

Terapéutica:

1. Dieta líquida
2. Ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas.
3. Retirar sonda nasogástrica.
4. CFV + BH.
5. Alta con indicaciones médicas.

Indicaciones del alta:

- Ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días.
- Acudir por consultorio de cirugía en 7 días.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Plan de cuidado de enfermería para la hernia inguinal. La hernia es una protrusión o proyección de un órgano u órgano a través de una abertura anormal en la pared que contiene su cavidad, resulta una hernia. Una hernia inguinal ocurre cuando el epiplón, el intestino grueso o grande, o la vejiga sobresale hacia el canal inguinal. En una hernia inguinal indirecta, el saco sobresale a través del anillo inguinal interno en el canal inguinal y, en los hombres, puede descender al escroto. En una hernia inguinal directa, el saco herniario se proyecta a través de una debilidad en la pared abdominal en el área del músculo abdominal recto y el ligamento inguinal.

La historia del paciente, un bebé o un niño puede estar relativamente libre de síntomas hasta que llora, tose o se esfuerza por defecar, momento en el cual los padres notan hinchazón indolora en el área inguinal. En un paciente adulto puede aparecer dolor o nota hematomas en el área después de un período de ejercicio. Más comúnmente, el paciente se queja de un leve bulto a lo largo del área inguinal, que es especialmente evidente cuando el paciente tose o se esfuerza.

La hinchazón puede desaparecer por sí sola cuando el paciente asume una posición reclinada o si se aplica una ligera presión manual externamente al área. Algunos pacientes describen un dolor constante y dolorido, que empeora con la tensión y mejora con la reducción de la hernia. Examen físico: si el paciente tiene una hernia grande, la inspección puede revelar una hinchazón obvia en el área inguinal. Si tiene una pequeña hernia, el área afectada puede aparecer llena.

Como parte de su inspección, haga que el paciente se acueste. Si la hernia desaparece, es reducible. También pídale que realice la maniobra de Valsalva; mientras lo hace, inspeccione el área inguinal para ver el abultamiento característico. La auscultación debe revelar sonidos intestinales. La ausencia de sonidos intestinales puede indicar encarcelamiento o estrangulación. La palpación ayuda a determinar el tamaño de una hernia obvia. También puede revelar la presencia de una hernia en un paciente masculino.

CONCLUSION

Las primeras medidas ante una hernia no reductible son la hidratación endovenosa, la colocación de sonda nasogástrica, la analgesia y un relajante muscular. Posteriormente se debe solicitar pruebas analíticas (pre quirúrgicos) y de imágenes para complementar el diagnóstico (radiografía de abdomen de pie y decúbito).

Si la hernia presenta clínicamente cambios de coloración y/o dolor, estaremos frente a una hernia estrangulada la cual conlleva a un alto riesgo de isquemia y necrosis de la víscera herniada por el compromiso vascular. Siendo el manejo oportuno la intervención quirúrgica.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el servicio de emergencia se realice el diagnóstico oportuno de una hernia complicada, brindando medidas de soporte en espera de la hernioplastia ya sea convencional o laparoscópica y no llegar a mayor compromiso vascular y llegar a una laparotomía exploratoria.

Se recomienda la hernioplastia laparoscopia en comparación de la hernioplastia convencional ya que la primera está asociada a menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, y reincorporación temprana a la vida cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hinson, FL 1995 Pautas clínicas sobre el tratamiento de la hernia inguinal en adultos Ann R Coll Surg Engl 77 317 8
2. Sachs, M, Damm, M, Encke, A 1997. Historia quirúrgica: evolución histórica de la reparación de la hernia inguinal World J Surg 21 218 23
3. Lichtenstein, IL, Shulman, AG 1986 Cirugía ambulatoria de hernia ambulatoria. Incluyendo un nuevo concepto, introduciendo la reparación sin tensión Int Surg 71 1 4
4. Capozzi, JA, Berkenfield, JA, Cherry, JK 1988 Reparación de hernia inguinal en adultos con malla Prolene Surg Gynecol Obstet 167 124 8
5. Shulman, AG, Amid, PK, Lichtenstein, IL 1992 La seguridad de la reparación de malla para hernias inguinales primarias: resultados de 3 019 operaciones de cinco fuentes quirúrgicas diversas Am Surg 58 255 7
6. Nyhus, L 1989 La hernia recurrente de la ingle: soluciones terapéuticas World J Surg 13 541 4
7. Rutkow, IM, Robbins, AW 1993 herniorrafía inguinal "libre de tensión": un informe preliminar sobre la técnica "Mesh Plug" Cirugía 114 3 8
8. Amid, PK, Shulman, AG, Lichtenstein, IL 1994 Anestesia local para la reparación de la hernia inguinal procedimiento paso a paso Ann Surg 220 735 7

9. Rutledge, RH 1989 Reparación del ligamento de Cooper de hernias inguinales Nyhus, LM Condon, REeds. Hernia3rd ed. Lippincott Philadelphia 123 33
10. Brauns, J 1995 Abordaje abierto: incisión cutánea y disección de hernias Schupelik, V Wantz, GEeds. Reunión de expertos sobre cirugía de hernia St. Moritz 1994 Karger Basel 102
11. Al, Gilbert, Graham, MF 1997 Simposio sobre el tratamiento de las hernias inguinales 5, técnica sin suturas: segunda versión Can J Surg 40 209 12
12. Nyhus, LM 1993 Individualización de la reparación de la hernia: una nueva era Cirugía 114 1
13. Liem, M, van-der-Graaf, Y, van-Steenel, CJ, Boelhouwer, RU, Clevers, GJ, Meijer, WS, et al. 1997 Comparación en cirugía anterior convencional y cirugía laparoscópica para reparación de hernia inguinal N Engl J Med 336 1541 7
14. Sackett, DL, Straus, SE, Richardson, WS, Rosenberg, W, Haynes, RB 2000 Evidence-Based Medicine 2nd ed. Harcourt Philadelphia 91 114
15. Rutkow, IM, Robbins, AW 1993 Aspectos demográficos, clasificatorios y socioeconómicos de la reparación de hernias en los Estados Unidos Surg Clin North Am 73 413 26.
16. Robbins, AW, Rutkow, IM 1993 Hernioplastia con acoplamiento de malla Surg Clin North Am 73 501 12
17. Lichtenstein, IL, Shulman, AG, Amid, PK 1993 La causa, la prevención y el tratamiento de la hernia recurrente de la ingle Surg Clin North Am 73 529 44

18. Janu, PG, Sellers, KD, Mangiante, EC 1997 Herniorrafia inguinal de malla: una revisión de diez años Am Surg 63 1065 9
19. Barth, RJ, Jr, Burchard, KW, Tosteson, A, Sutton, JE, Jr, Colacchio, TA, Henriques, HF, et al. 1998 Resultado a corto plazo después de herniorrafia de malla o de hueso: estudio aleatorizado y prospectivo Cirugía 123 121 6
20. Amid, PK, Shulman, AG, Lichtenstein, IL 1995 The Lichtenstein abre la reparación de malla "sin tensión" de las hernias inguinales Surg Today 25 619 25
21. Colaboración, malla EH 2000 en comparación con los métodos sin malla de reparación abierta de la hernia inguinal: revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios Br J Surg 87 854 9



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS