

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años
atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día
Norte Tarqui-IESS de enero a diciembre del año 2023.**

AUTOR:

Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel

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

TUTOR:

Dr. Freire Maldonado, Edison Ernesto

Guayaquil, Ecuador

06 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**ERNESTO EDISON
FREIRE MALDONADO**

f. _____
Dr. Freire Maldonado, Edison Ernesto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 6 días del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de enero a diciembre del año 2023**, previo a la obtención del título de **Médico General** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 6 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:



firmado electrónicamente por:
JEFFERSON GABRIEL
SORIANO QUISPHE

f. _____
Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de enero a diciembre del año 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:



firmado electrónicamente por:
JEFFERSON GABRIEL
SORIANO QUISPHE

f. _____
Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel

REPORTE

INFORME DE ANÁLISIS
magister

Prevalencia de Hernias inguinales unilaterales

2%
Textos sospechosos

5% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
1% entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: Soriano, Quispe , Jefferson, Gabriel Tesis.docx	Depositante: Gabriel Soriano Fecha de depósito: 30/4/2024	Número de palabras: 7511 Número de caracteres: 50.255
ID del documento: 603d10589_ecaa8170d5b5709edef1dbacb581a_4	Tipo de carga: 4d_subpoisjgg	
Tamaño del documento original: 173,04 kB	fecha de fin de análisis: 30/4/2024	
Autor: Gabriel Soriano		

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

1 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-4818202200010000 < 1% Palabras idénticas: < 1% (68 palabras)

1 fuente similar

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**ERNESTO EDISON
FREIRE MALDONADO**

f. _____
Dr. Freire Maldonado, Edison Ernesto

AGRADECIMIENTO

Toda mi gratitud será para mi familia que ha sido importante durante todo este proceso, tuve 4 pilares fundamentales mi madre, mi abuela, mi tía y mi hijo que me ayudaron en los momentos más difíciles dándome su apoyo moral y creyendo en mí en todo momento a pesar de las situaciones y dificultades presentadas a lo largo de la carrera.

A mi tutor, docente y amigo el Dr. Ernesto Freire que gracias a él pude aprender mucho sobre esta difícil carrera dándome oportunidades para aprender en incontables ocasiones ganándose mi respeto y admiración siendo mi modelo a seguir desde el inicio de la carrera.

Agradezco a la mamá de mi hijo por haber sido participe y apoyo en los primeros ciclos, llamados los semestres más difíciles de la carrera.

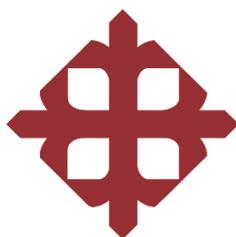
Y por último a los tratantes que me he encontrado a lo largo del camino que han tenido la devoción de enseñar y no han sido egoístas con su conocimiento.

DEDICATORIA

A mi madre en especial que a pesar de las adversidades supo salir adelante y me permitió llegar hasta aquí, a mi abuela que siempre se mantuvo predispuesta en ayudar dando su 100%, a mis tíos en España que a pesar de la distancia han sido apoyo fundamental y cada uno de ellos tiene un papel importante en su participación en esta aventura para mi llamada Carrera de medicina.

A mi hijo que espero en un futuro pueda ver este estudio, se sienta orgulloso y me tome como su ejemplo a seguir.

A mis amigos que considero como hermanos que siempre fueron apoyo en los semestres más difíciles y entienden la dificultad y las frustraciones que existen en esta carrera.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____

**DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE.....	X
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
CAPITULO 1	2
1.1. Problema de Investigación	2
1.2. Planteamiento de Problema	2
1.3. Objetivos.....	2
1.3.1. Objetivo General	2
1.3.2. Objetivos Específicos	2
1.4. Justificación.....	3
CAPITULO 2.....	4
2.1. MARCO TEORICO	4
2.1.1. Anatomía.....	4
2.1.1.1. Fascia Superficial de Camper	4
2.1.1.2. Fascia Profunda de Scarpa	5
2.1.1.3. Músculo Piramidal.....	5
2.1.1.4. Musculo Recto del Abdomen	5
2.1.1.5. Músculo oblicuo externo.....	6
2.1.1.6. Músculo oblicuo interno.....	6
2.1.1.7. Músculo Transverso del abdomen	6
2.1.1.8. Fascia Transversal y línea alba.....	7
2.2. Conducto Inguinal	7
2.3. EPIDEMIOLOGIA	8
2.4. Clasificación.....	8
2.5. Según su etiopatogenia.....	8
Hernia adquirida	9
2.6. Según su ubicación anatómica.....	10
Hernia inguinal directa.....	10
2.7. Según la presentación clínica.....	10
Coercible	10
Incoercible.....	10
Hernia No Reducible	10
Incarcelada.....	11
Estrangulada	11
2.8. Características Clínicas.....	11
2.9. Síntomas.....	11
2.10. Diagnóstico.....	11
2.11. Exploración física	12
2.12. Pruebas de Imagen	12
2.13. Complicaciones.....	13
2.14. Tratamiento.....	13
CAPITULO 3.....	15
3.1. MATERIALES, METODOS Y ANALISIS DE INVESTIGACION.....	15
3.1.1. Diseño de estudio	15
3.2. Población de estudio:.....	15
3.3. Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:.....	15
3.4. Criterios de inclusión:.....	15

3.5.	Criterios de exclusión	15
3.6.	Proceso de la información	16
3.7.	Variables.....	16
	CAPITULO 4.....	18
	Discusión.....	18
	Resultados	19
	CAPITULO 5.....	24
	CONCLUSIONES.....	24
	REFERENCIAS	25

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la hernia inguinal unilateral es importante ya que es un indicador del aumento de casos existente o la disminución del mismo buscando así encontrar los grupos más vulnerables ante esta patología y de esa manera buscar reducir los factores de riesgo más documentados en la población afectada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023.

Material y métodos: La investigación presente es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, donde la información recopilada fue la base de datos estadística solicitada mediante los respectivos oficios y permiso correspondiente por parte de las autoridades y el departamento de estadística y epidemiología del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 619 pacientes de los cuales el 98.22% presentó hernia inguinal unilateral sin complicaciones y el 1.45% de toda la población presentó hernia inguinal unilateral con obstrucción pero sin gangrena, solo 2 pacientes que corresponden al 0.32% en el rango de edad de 20 a 39 años presentaron hernia inguinal unilateral con complicaciones por gangrena.

Conclusiones: La población más vulnerable presentada durante el año 2023 fueron los pacientes masculinos con un rango de edad entre 20 a 39 años independiente de su actividad física y hábitos.

Palabras claves: Hernia inguinal, prevalencia, unilateral

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of unilateral inguinal hernia is important since it is an indicator of the increase in existing cases or its decrease, thus seeking to find the most vulnerable groups to this pathology and thus seeking to reduce the most documented risk factors in the population. affected population.

Objective: Determine the prevalence of unilateral inguinal hernias in patients aged 20 to 50 years treated at the Hospital del Día Norte Tarqui-IESS Ambulatory clinical surgical center from January to December 2023.

Material and methods: The present research is observational, descriptive, transversal and retrospective, where the information collected was the statistical database requested through the respective offices and corresponding permission from the authorities and the department of statistics and epidemiology of the Center. Outpatient Surgical Clinic Hospital del Día Norte Tarqui-IESS.

Results: 619 patients were included in the study, of which 98.22% presented unilateral inguinal hernia without complications and 1.45% of the entire population presented unilateral inguinal hernia with obstruction but without gangrene, only 2 patients corresponding to 0.32% in the range aged 20 to 39 years presented unilateral inguinal hernia with complications due to gangrene.

Conclusions: The most vulnerable population presented during the year 2023 were male patients with an age range between 20 and 39 years, regardless of their physical activity and habits.

Keywords: Inguinal hernia, prevalence, unilateral

INTRODUCCIÓN

El concepto de una hernia inguinal se interpreta como la salida de un segmento de algún órgano de la cavidad abdominal atravesando un espacio ya sea fisiológico como un defecto de origen congénito o fisiopatológico como un defecto de origen adquirido producto de la falta de fuerza y estabilidad de la pared muscular del abdomen la cual en su mayoría ocurre por encima del tercio medio inferior del ligamento inguinal, su clasificación se basa en diferentes modificaciones anatómicas por ubicación, ya sea que su paso se dé de manera indirecta metiéndose por el canal inguinal o lo evite proyectándose hacia el exterior de manera directa teniendo en cuenta un triángulo anatómico muy en particular denominado triángulo inguinal de Hesselbach. (1)(2)

Todo este cambio que sufren las estructuras anatómicas del tronco a nivel abdominal cerca de la zona inguinal se dan en esta patología de resolución quirúrgica que lleva mucha antigüedad y ha sido estudiada de manera sorprendente desde la Mesopotamia aproximadamente hace 4000 años AC a lo largo de la historia incluyendo métodos de diagnósticos y tratamiento quirúrgicos que se ha ido modificándose a través del tiempo perfeccionando técnicas y descubriendo maniobras no invasivas que se pueden utilizar en el momento siendo esta patología una de las más comunes a tratar en el campo de la medicina quirúrgica general especialmente por el avance que ha tenido la humanidad con la tecnología.(3,4)

Las causas de hernias inguinales se han ido incrementando a lo largo de la historia médica, desde una tos crónica, actividad física intensa o un sobreesfuerzo al momento de defecar como en el estreñimiento crónico, la mayoría causadas por una debilidad en cierta región muscular abdominal y se ha visto un incremento en los casos de estas, siendo así una de las patologías que más se resuelve en quirófano junto a las apendicitis teniendo un registro estadístico que llega a los 20 millones de cirugías por hernias inguinales abarcando toda su clasificación siendo más frecuente en hombre que en mujeres, por ende su prevalencia es importante dándonos un indicador del aumento de casos existente o la disminución del mismo buscando así encontrar los grupos más vulnerables ante esta patología y de esa manera buscar reducir los factores de riesgo más documentados en la población afectada.(5,6)

Las complicaciones más frecuentes que podremos encontrar en las hernias inguinales será el encarcelamiento y el estrangulamiento sin embargo la probabilidad de que esto

ocurra es muy baja llegando hasta el 3%, depende de muchos factores uno de ellos se le atribuirá a las mujeres, por otro lado la recidiva juega un papel fundamental en estos casos además de haber presentado hernia femoral como historial patológico, también se pueden incluir las de tamaño prominente o hernias no tratadas a su debido tiempo, en todos estos casos se toma mucho en cuenta la contextura del paciente ya que existe cierta evidencia científica que ha corroborado la obesidad como un factor positivo en los pacientes ya que en ellos no se detecta algún tipo de desarrollo herniario o si está presente bloquea de manera mecánica las vísceras de la cavidad abdominal con el tejido adiposo aumentando la presión exacerbando la misma. (7,8)

CAPITULO 1

1.1. Problema de Investigación

De todas las hernias que se pueden llegar a dar en la región abdominal tenemos que la mayoría aparece en la zona baja del abdomen teniendo en mayor frecuencia con un alto porcentaje las inguinales con un aproximado del 75% y las femorales llegando al 10%.⁽⁹⁾ Tomando en cuenta los factores asociados que se han estudiado, se ha visto un leve incremento de casos con una disminución en la edad que se presenta siendo así importante ver su prevalencia anual con una población específica en cierto rango de edad límite para poder evaluar con estos datos el incremento que pueda tener en comparación a otros años.⁽¹⁰⁾

1.2. Planteamiento de Problema

¿Cuál es la prevalencia de las hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de las hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores predisponentes de mayor asociación a hernias inguinales unilaterales
- Establecer la frecuencia de hernias inguinales unilaterales según la edad, sexo, hábitos y su IMC
- Detallar las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con hernia inguinal unilateral.

1.4. Justificación

Las patologías herniarias han tomado importancia en los últimos años pues se consideran patologías relacionada a la ocupación del paciente, lo que le imposibilita trabajar cuando toma tamaño considerable o presenta signos de estrangulamiento, especialmente cuando necesita realizar una actividad físicamayor a la del promedio en su día a día.(11) Siendo así importante su resolución quirúrgica, uno de los posibles problemas asociados a esta enfermedad puede darse por la etiología causada en el paciente dada la debilidad muscular en el abdomen siendo muy frecuente su visita médica buscando solución a este problema.(12)

Según la publicación realizada en Julio del año 2023 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos mejor conocido por su abreviatura INEC entre las principales causas de morbilidad tenemos a la hernia inguinal en la posición N° 7 con 11687 casos reportados en el año 2021 y un aumento significativo en el año 2022 con una cifra de pacientes diagnosticados con esta patología de 14192 y en el año 2019 se reportan 7146 casos de hernia inguinal en paciente de 30 a 64 años de edad.(13) Muchos de estos pacientes se quedansin una resolución quirúrgica a pesar de ser una de las patologías más tratadas en quirófono, mejor la calidad de vida de un paciente con hernia inguinal es complicado si no es tratada en quirófono ya que restringe muchasactividades de la vida cotidiana por ende saber su prevalencia y estatificaciómnos ayuda a ver en qué casos se da con más frecuencia y darnos una idea enque debemos enfocarnos en la actualidad.(14)

CAPITULO 2

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Anatomía

Una gran cantidad de hernias inguinales se dan a causa de la debilidad de las capas musculares en la pared abdominal anterior por esa razón es importante conocer su anatomía para comprender su posterior etiología y fisiopatología, la parte del abdomen está conformada por un grupo muscular que se diferencian por la dirección de sus fibras, también tiene mucha relevancia en este tema las fascias y los ligamentos que encontraremos ya que existen muchas delimitaciones, triángulos que permiten al médico clasificar este defecto y a los cirujanos abordar mediante distintos tipos de técnicas quirúrgicas.(15)

Las capas musculares del abdomen están presentadas en 2 porciones una posterior y otra anterior con más importancia de la siguiente manera teniendo una perspectiva desde afuera hacia dentro y de medial a lateral posicionándolos de forma anterolateral, sin contar la piel veremos las siguientes capas a tener en cuenta para el estudio de una hernia inguinal entre fascia, musculo y ligamentos:

- Fascia Superficial de Camper
- Fascia profunda de Scarpa
- Musculo Piramidal del abdomen
- Musculo Recto del abdomen
- Musculo Oblicuo externo del abdomen
- Musculo Oblicuo interno del abdomen
- Musculo Transverso del abdomen
- Fascia Transversalis.(16)

2.1.1.1. Fascia Superficial de Camper

Es un tejido conectivo laxo, su grosor varía dependiendo de la contextura del individuo, en su parte profunda en un plano anteromedial tendremos la

irrigación por las arterias epigástricas y segmentarias. En cirugía esta capa es importante al tener mucha relación con la formación de dehiscencia, hernias y seromas por un mal cierre. Gracias a la cantidad de tejido adiposo que proporciona la fascia de Camper es de gran protección y separa los órganos vitales del abdomen, sirve como amortiguador y disipador en impactos directos reduciéndolos, otra de sus funciones será control de la temperatura corporal.(17)

2.1.1.2. Fascia Profunda de Scarpa

La literatura médica antigua le daba el nombre de fascia superficial capa profunda de escarpa, es fina y densa, se fusiona con la línea alba hasta llegar a la sínfisis del pubis, también ocurre lo mismo con la fascia lata a nivel inguinal, una porción se convierte en la fascia de Colles en el sexo masculino distribuyéndose por esa zona abarcando estructuras como el periné, pene y escroto, en el sexo femenino hasta los labios mayores.(18)

2.1.1.3. Músculo Piramidal

Es un músculo pequeño que va en sentido superomedial ubicado anteroinferior al recto, nace con unas fibras desde el borde superior de la sínfisis del pubis y otras que van desde la cresta del pubis, su inserción se da en la línea alba para poder provocar tensión en ella durante la contracción, existen ciertas personas que carecen de su anatomía sin preferencia en el sexo. (19)

2.1.1.4. Músculo Recto del Abdomen

Podemos considerar como segunda capa muscular al recto anterior del abdomen comúnmente conocido con esta clásica denominación, con fibras que van de manera perpendicular, una porción tendinosa que no pasa los 3 cm de diámetro dará su origen en el borde superior del pubis teniendo sus inserciones anatómicas a nivel de los cartílagos costales desde el 5to hasta el 7mo pasando a su vez por la xifoides del esternón, su capa muscular se encuentra dividida en 4 porciones denominadas vientres y su parte tendinosa

en 3 tomando un aspecto de bandas, su función es la flexión del tronco y es uno de los músculos vitales para evitar la formación de una hernia inguinal ya que estas fibras musculares no solo permiten mantener una buena postura sino que se encargan de mantener el contenido visceral en su sitio.(20)

2.1.1.5. Músculo oblicuo externo

Tiene forma de abanico, sus fibras van en sentido inferomedial es ancho pero de textura fina, plano, su origen se van a dar en la superficie de las últimas costillas en las 5ta y 12ava, sus fibras toman una dirección en declive para insertarse en la línea alba, espina púbica y cresta iliaca, su porción aponeurótica forma parte de la vaina de los rectos, su recorrido anatómico termina su extensión en el tubérculo púbico para formar la arcada inguinal, su función será la contracción, flexión y rotación del tronco además de ayudar comprimiendo las vísceras dentro de la cavidad abdominal.(19)

2.1.1.6. Músculo oblicuo interno

Otro músculo ancho pero de textura fina, se ubica posterior al oblicuo externo que surge desde la fascia toracolumbar, cresta iliaca anterior y 2/3 laterales del arco iliopectíneo, sus fibras tienen van en dirección superior y anterior llegando a la décima costilla insertándose en su borde inferior hasta la doceava costilla, continúa fusionándose por la línea alba, el músculo cremáster se forma gracias a la fusión de este músculo al cordón espermático y termina en una porción tendinosa en la sínfisis del pubis, tiene como función la contracción, flexión y rotación del tronco además de ayudar comprimiendo las vísceras dentro de la cavidad abdominal.(19)

2.1.1.7. Músculo Transverso del abdomen

Luego de pasar la capa muscular superficial, la de los oblicuos y las fascias encontraremos la última capa muscular correspondiente al transverso, sus fibras van de manera transversal teniendo su origen en los cartílagos de la parrilla costal a nivel de T7 hasta T12, otra porción de fibras salen desde la fascia toracolumbar, cresta iliaca anterior y arco iliopectíneo, el músculo

cremáster se forma gracias a la fusión de este musculo al cordón espermático además de que su tejido aponeurótico ayuda a formar la vaina de los rectos, sus fibras terminan en la inserción de la línea alba y se une a la fascia del oblicuo interno para finalizar en la cresta y línea pectínea del pubis, su función será la contracción y rotación del tronco además de ayudar comprimiendo las vísceras dentro de la cavidad abdominal.(18)

2.1.1.8. Fascia Transversal y línea alba

Es una capa de tejido conectivo fibroso delgada de poca resistencia que se encuentra por detrás de los músculos transversos del abdomen, entre el peritoneo y la fascia se encuentra dividiéndolos una capa de tejido adiposo preperitoneal, por otra parte la línea alba va desde la apófisis xifoides recorriendo la línea media perpendicularmente hasta llegar a la sínfisis pubiana, es producto de la unión del tejido aponeurótico de los 3 músculos laterales del abdomen, transversos y oblicuos, su diámetro es delgado teniendo su porción más ancha que llega hasta los 3cm a nivel supraumbilical, su longitud es variable dependerá de cada persona.(19)

2.2. Conducto Inguinal

Dentro de la anatomía estudiada para la región inguinal importante para entender la etiología de las hernias inguinales encontramos una zona de muy poca tensión que es la del conducto inguinal, según la literatura médica embrionaria esto ocurre al descender las gónadas en el sexo masculino al escroto, durante este suceso se forma un túnel que contendrá el cordón espermático y en el sexo femenino el descenso de las gónadas a la cavidad pelviana, ocurriendo el mismo proceso pero en este túnel encontraremos el ligamento redondo. Su trayecto se dirigirá hacia la parte inferomedial llegando al ligamento inguinal, al pasar este se formara una zona anatómica de mucha debilidad.

Su cara anterior estará constituida por 2 porciones una medial otorgada por el tejido aponeurótico que proporciona el musculo oblicuo externo formando el anillo inguinal superficial, esta estructura anatómica se encontrara delimitada

medial y lateralmente por la misma aponeurosis formándose los pilares respectivos, tendrá fibras musculares que crean un límite anterosuperior, otras fibras de tejido conectivo lavo que se ubicaran en la cara posteroinferior creando un límite formado por el ligamento reflejo, todo este conjunto de estructuras avanzan por encima del cordón espermático para crear la fascia externa de dicho cordón.

Su cara posterior estará tendrá diferentes tejidos para su formación, la aponeurosis del musculo transverso y fibras de la hoz inguinal, existe una variación anatómica donde suele unirse fibras del musculo oblicuo interno formando así un tendón conjunto al fusionarse con la aponeurosis del musculotransverso, también tendremos el ligamento de Henle como extensión de la vaina de los rectos.

2.3. EPIDEMIOLOGIA

Las hernias inguinales son el tipo de patología que se presenta en todo el mundo, en Estados Unidos las hernias inguinales unilaterales se dan un porcentaje que supera el 70%, mientras que las bilaterales solo ocurren en un 15% a 20%.

En México existe una tasa del 58.5% de hernias inguinales en toda la clasificación de hernias a nivel abdominal.(21)

Según la publicación realizada en Julio del año 2023 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos mejor conocido por su abreviatura INEC entre las principales causas de morbilidad tenemos a la hernia inguinal en la posición N° 7 con 11687 casos reportados en el año 2021 y un aumento significativo en el año 2022 con una cifra de pacientes diagnosticados con esta patología de 14192 y en el año 2019 se reportan 7146 casos de hernia inguinal en paciente de 30 a 64 años de edad.(13)

2.4. Clasificación

Su clasificación dependerá de su causa, en diferentes modificaciones anatómicas por ubicación, ya sea que su paso se dé de manera indirecta metiéndose por el canal inguinal o lo evite proyectándose hacia el exterior de manera directa teniendo en cuenta un triángulo anatómico muy en particular denominado triángulo inguinal de Hesselbach.

2.5. Según su etiopatogenia

Hernia Congénita

Según la literatura médica embrionaria esto ocurre al descender las gónadas en el sexo

masculino al escroto, durante este suceso se forma un túnel que contendrá el cordón espermático, de manera fisiológica este anillo debería cerrarse al no producirse este evento y sumarle la obliteración en la invaginación del conducto peritoneovaginal en el descenso provocara una herniación defecto por el que podrán pasar porciones de las vísceras abdominales y en el sexo femenino el descenso de las gónadas a la cavidad pelviana, ocurriendo el mismo proceso pero en este túnel encontraremos el ligamento redondo el cual termina en la grasa del labio mayor pero existe una variación anatómica en la que este ligamento queda por fuera del túnel y sin tener comunicación con el labio mayor, en las mujeres este anillo es de menor diámetro dándonos la teoría del porque razón la prevalencia de hernias inguinales es mucho mayor en hombres, al no tener este cierre provoca este defecto herniario por el conducto de Nuck.

Hernia adquirida

Se dan principalmente en los adultos y se da por una alteración en la pared muscular abdominal o como resultado de una malformación del tejido conectivo, esto dependerá de la debilidad de la zona, causas que están asociadas a este tipo de hernias podemos mencionar:

- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ Anomalías de tejido conectivo
- ✓ Anomalías metabólicas del colágeno 1 y 3
- ✓ Abuso de Corticoides
- ✓ Edad Avanzada
- ✓ Hábito tabáquico
- ✓ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ✓ Aneurismas arteriales

Existen diversas colagenopatías relacionadas, entre las más importantes y comunes tendremos la osteogénesis imperfecta, síndrome de Máfán, Enfermedad renal Poliquística, Síndrome de Kawasaki, en los niños se ha dado una relación con la luxación de cadera congénita, síndrome de Williams.(22)

La elevación de la presión abdominal es un factor importante en la creación de hernias entre las causas que pueden provocar estas tendremos:

- ✓ Tos crónica
- ✓ Fatiga muscular por sobreesfuerzo físico
- ✓ Estiramiento excesivo crónico
- ✓ Estreñimiento crónico
- ✓ Prostatismo
- ✓ Embarazo

2.6. Según su ubicación anatómica

Hernia inguinal indirecta

Es el tipo de hernia más frecuente que afecta a ambos sexos dando el porcentaje más alto de hernias en el sexo femenino con un 49% y en el masculino con un 54%, esta se produce cuando una porción de contenido visceral del abdomen sobrepasa el anillo inguinal, para entrar en el canal existiendo la posibilidad de involucrar el escroto o los labios mayores dependiendo del sexo, son en su mayoría congénita en los pacientes pediátricos, su relación anatómica con el triángulo de Hesselbach es por el saco herniario que va por fuera y hacia arriba al igual que los vasos epigástricos, al entrar por el canal existe una presión que comprimirá las estructuras que se encuentran alojadas en el saco herniario.

Hernia inguinal directa

Es causante de aproximadamente el 40% en el sexo masculino y llega a darse hasta el 21% en el sexo femenino, tienen casi las mismas características anatómicas que la hernia indirecta pero en relación anatómica al triángulo de Hesselbach sobresaldrá de manera inferior a este, la debilidad a este nivel se atribuye mucho a anomalías de tejido conectivo provocadas por un estiramiento excesivo o algún tipo de deficiencia en los músculos de la porción anterolateral del abdomen, también se pueden asociar a algún tipo de lesión deportiva que involucre algún tipo de desgarro muscular a este nivel.

2.7. Según la presentación clínica

Hernia Reductible

Este tipo de hernias tiene la ventaja que mediante maniobras, entre ellas las más utilizadas son las maniobras de Landivar, maniobra de William Coley y la maniobra de Edwards, el contenido del saco herniario puede ser regresado a la cavidad abdominal.(23)

Coercible

Como resultado podemos observar una reducción efectiva en movimientos neutrales sin esfuerzo pero que con actividad vuelve a aparecer la hernia.

Incoercible

El resultado será una maniobra efectiva sin embargo sin el mínimo esfuerzo la hernia volverá a aparecer.

Hernia No Reductible

En este tipo de hernias existirá fracaso en maniobras y el contenido del saco herniario no puede ser regresado a la cavidad abdominal.

Incarcelada

El saco herniario estará libre de contenido vascular o isquémico gracias al tamaño del perímetro circunferencial del anillo inguinal.

Estrangulada

Se la considera urgencia quirúrgica ya que en este tipo encontraremos comprometido el paquete vascular existiendo así el riesgo mayor de necrosis e isquemia del saco herniario

2.8. Características Clínicas

No existe un cuadro clínico característico único como tal ya que varía mucho de persona en persona, sin embargo, hay ciertos síntomas y signos que se repiten, al examen físico podremos observar una protrusión a nivel inguinal que en su mayoría son indoloras sin embargo en los peores escenarios donde tendremos hernias con estrangulamiento el dolor será insoportable, de difícil diagnóstico en pacientes obesos y confundiendo mucho con una obstrucción intestinal mecánica.

2.9. Síntomas

- ✓ Malestar sordo a nivel inguinal, esto va a ser provocado cuando existe inflamación en esta zona. (24)
- ✓ Dolor localizado
Suele ser por la compresión de la porción visceral que esté comprometida.
- ✓ Dolor Irradiado
El dolor es causado cuando existe compresión de los nervios que se encuentren comprometidos.

2.10. Diagnóstico

La historia clínica es muy importante a la hora del diagnóstico de esta patología las preguntas deben ir direccionadas para abarcar la posibilidad de síntomas extra inguinales, la duración y el inicio de los síntomas, con el tiempo el saco herniario producto de la actividad física del paciente o de la mala genética muscular a nivel del abdomen provocan que este aumente de tamaño incluyendo la salida de las vísceras con mayor frecuencia y proporción, la probabilidad de que el paciente presente hernia inguinal después de una actividad física según estudios es mínima sin embargo no es nula, existen pacientes que son asintomáticos y es muy difícil evidenciar la hernia a simple vista, a pesar de poder aplicar una maniobra de Valsalva para que salga a flote la evidencia herniaria si el paciente no lo ha notado con el interrogatorio no direccionalaremos bien,

por es importante el examen físico abdominal.(25)

Es muy común que los pacientes realicen alguna maniobra de manera inconsciente reduciendo la hernia, pero no en todos los casos llega a ser efectivo, en los casos que si mejoran la sintomatología. El aumento del tamaño del saco herniario imposibilitara en algún punto el poder reducirla.

2.11. Exploración física

Durante el examen físico con el paciente de pie encontraremos ciertos signos o particularidades anatómicas:

- ✓ Bulto a nivel inguinal
- ✓ Maniobra de Valsalva positiva (importante para las hernias ocultas)
- ✓ Eritema en la zona inguinal(26)

En los pacientes obesos es complicado diferenciar una hernia inguinal de una femoral y en los pacientes de contextura delgada pero que presentan abundante tejido adiposo en esta zona suele confundirse y se le ha denominado a estos casos como pseudohernia femoral.(27)

2.12. Pruebas de Imagen

Si con la anamnesis no es suficiente tendremos distintos estudios de imagen que nos pueden ayudar al diagnóstico, se las suele utilizar en el siguiente orden dependiendo de la dificultad del caso:

1. Ecografía, siendo este el que no aplique algún tipo de radiación, su utilidad es muy útil debido a su alto porcentaje de sensibilidad llegando al 86%, su especificidad es más baja teniendo un 77%, a este nivel la anatomía es fácil de identificar mediante esta prueba diagnóstica. Existe el riesgo de tener un falso positivo en los pacientes delgados por la contextura de la cavidad abdominal y el desplazamiento del cordón espermático.(28,29)
En las pacientes que cursan embarazos se utiliza la ecografía Doppler cuando existen sospecha de recidivas o el cuadro diagnóstico no está claro por sospecha de varices del ligamento redondo.(30)
2. Tomografía Computarizada, si la ecografía no confirma o descarta el diagnóstico la siguiente prueba a utilizar será la tomografía siendo un detector útil no solo de hernias sino también de patologías adyacentes, permite con gran eficacia la localización de saco herniario, cuando se tiene una sospecha de obstrucción intestinal por el cuadro clínico confuso la tomografía tiene mayor importancia que una ecografía, su sensibilidad es del

80% y su especificidad del 65%.(31)

3. Resonancia magnética, es útil para descartar patologías con afección musculoesqueléticas que no se puedan ver en ecografía, de todas es la opción más sensible y específica con un porcentaje del 95% y 96% respectivamente, a pesar de su eficacia es la última opción por su elevado costo y no todas las casa de salud poseen un resonador. (32)

2.13. Complicaciones

Una hernia inguinal se considera complicada cuando esta encarcelada sea que tenga sospecha de estrangulamiento o no, se lo considera una urgencia médica quirúrgica cuando las maniobras de reducción fracasan, esta complicación es mucho más frecuente en varones debido al tamaño del anilloinguinal en comparación a la del sexo opuesto dando una estadística significativa que va de 10 a 1, a medida que avanza el tiempo se irán presentando los signos como edema, eritema, dolor intenso, y la zona inguinal se pondrá tensa en algunos casos donde existe adherencia visceral en el sacoherniario se puede llegar a reducir parcialmente.(33)

2.14. Tratamiento

El único tratamiento que existe para hernias inguinales es el abordaje quirúrgico mediante una reparación en la pared abdominal, la urgencia de su tratamiento dependerá de la severidad del caso, teniendo así los casos donde las pacientes son asintomáticos o presencian una leve sintomatología casi desapercibida siendo así solo se mantendrá en vigilancia de la misma manera ocurre en las mujeres embarazadas sin complicación herniaria.(33)

El ejercicio físico cardiovascular como trotar, deportes de atletismo, no han demostrado empeorar el cuadro clínico de hernia inguinal, tampoco existe evidencia científica significativa que lo demuestra pero hay reportes de casos donde los pacientes presentan un encarcelamiento en cierto tipos de actividad física, entre estos se describieron ejercicios con pesos exagerados con una mala técnica y deportes de contacto físico, si se llega a presentar una sintomatología se debe restringir la actividad realizada hasta la evaluación quirúrgica.

Un método arcaico como tratamiento inicial es utilizar un braguero inguinal en los pacientes que no desean someterse a cirugía, este es un vendaje que tiene como función mantener fija la zona mediante una pequeña compresión sin embargo es un método inicial que está quedando en el olvido pero en ciertas zonas aún se utiliza.(34)

En las mujeres gestantes está contraindicada la resolución quirúrgica y en ellas se aplica solo vigilancia, es común que se use ecografía Doppler como prueba de imagen adicional para descartar varices del ligamento redondo quees muy común en estos casos siendo su diagnóstico diferencial por el cuadroclínico parecido. A pesar de ser una contraindicación en el embarazo se suelerealizar una reparación quirúrgica al realiza una cesárea.

Para la reparación quirúrgica los cirujanos tienen en cuenta muchos factores o consideraciones anatómicas entre ellas tendremos:

- Ubicación del saco herniario
- Inervación comprometida
- Tipo de hernia inguinal
- Musculatura comprometida

Las técnicas utilizadas en la reparación dependerán del criterio médico, entreestas tendremos las siguientes ordenadas según el orden de preferencia:

1. Reparación Abierta, dependerá de la técnica pero es muy común aproximar el tejido alrededor
 - ✓ Con Malla, más recomendada para las hernias inguinales no complicadas
 - ✓ Sin malla. Se considera que es menos eficaz pero su preferencia en casos de hernias complicadas se debe a la probabilidad de infección post quirúrgica (35)
2. Reparación mínimamente invasiva, en la laparoscopia se realizantécnicas que no necesitan tensión a pesar de que en ambas se utiliza una malla, su beneficio es la recuperación inmediata, las técnicas de reparación que se usan son:
 - ✓ Total extraperitoneal
 - ✓ Con Parche Preperitoneal transabdominal.

Es de elección para los pacientes de sexo masculino con afectación unilateral, según revisiones sistemáticas en pacientes de sexo femenino no tiene base científica contundente que demuestre su eficacia.(33)

CAPITULO 3

3.1. MATERIALES, METODOS Y ANALISIS DE INVESTIGACION

3.1.1. Diseño de estudio

La investigación presente es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, donde la información recopilada fue la base de datos estadística solicitada mediante los respectivos oficios y permiso correspondiente por parte de las autoridades y el departamento de estadística y epidemiología del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS. El universo estaba constituido por los pacientes diagnosticados con hernia inguinal unilateral atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS. Se recolectaron los datos necesarios extraídos de las historias clínicas obtenidas mediante el sistema AS400 según los criterios de inclusión y exclusión acordes al objetivo general y objetivos específicos presentados en esta investigación.

3.2. Población de estudio:

3.3. Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:

Pacientes atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS

3.4. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hernia inguinal unilateral
- Pacientes entre 20 a 50 años
- Pacientes con 1 o más días de hospitalización.

3.5. Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínicas incompletas
- Pacientes con hernia inguinal bilateral
- Pacientes fuera del rango de edad del objetivo

3.6. Proceso de la información

La información obtenida fue recopilada, tabulada y adjuntada en una hoja de datos de Microsoft Excel 2016 así como los respectivos gráficos generados además se utilizó IBM SPSS statistics 29.0.2 como programa de análisis estadístico según los datos obtenidos que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

3.7. Variables

Nombres variables	Indicador	Tipo	Resultado final
Hernia Inguinal Unilateral	Historia Clínica	Cualitativa nominal politómica	Sin obstrucción, sin gangrena Con obstrucción, sin gangrena Con obstrucción, con gangrena
EDAD	Edad	cuantitativa continua	años (Números)
Sexo	Sexo Biológico	Categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
IMC	asociación de la talla y masa del paciente	Cuantitativa continua	Desnutrición: menor 18.5 Kg/m2 Normal: 18.5 -24.9 Kg/m2 Sobrepeso: 25-29.9 Kg/m2
Manifestaciones clínicas	Historia clínica	Categórica nominal dicotómica	Sintomáticos Asintomáticos
Hábitos	Consumo de tabaco	Cualitativa nominal politómica	No fumador Fumador leve 1-5 cigarrillos

			Fumador moderado 6-15 Fumador severo >16 cigarrillos
Antecedentes Patológicos Familiares	Familiar con hernia inguinal	Categórica nominal dicotómica	Si-No

CAPITULO 4

Discusión

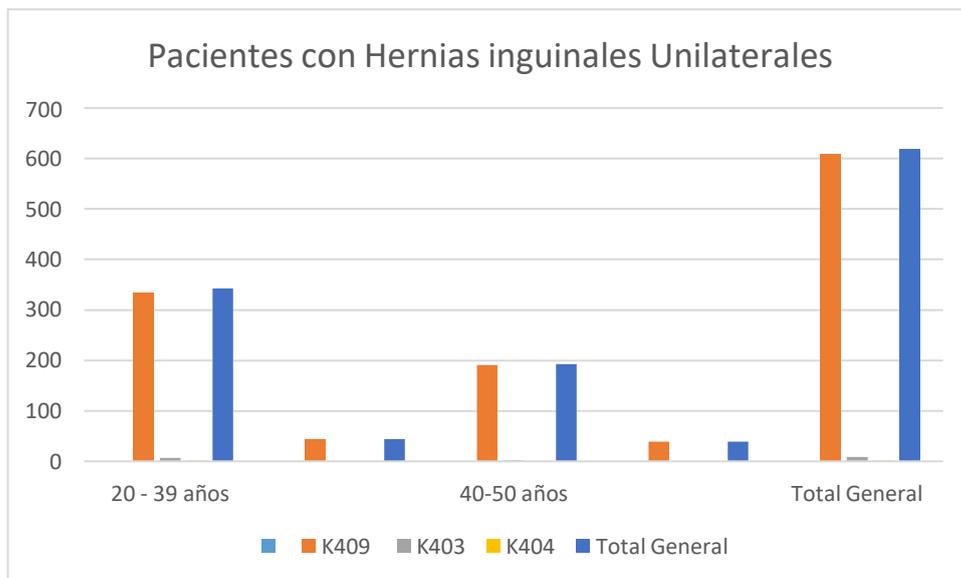
El objetivo principal de esta investigación era determinar la prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023, con una muestra poblacional de 619 de los cuales el 98.22% presento hernia inguinal unilateral sin complicaciones y el 1.45% de toda la población presento hernia inguinal unilateral con obstrucción pero sin gangrena, solo 2 pacientes que corresponden al 0.32% en el rango de edad de 20 a 39 años presentaron hernia inguinal unilateral con complicaciones por gangrena. Esto coincide con la literatura científica en varias de las teorías donde la prevalencia de hernias inguinales es mucho más frecuente en hombres que en mujeres sin embargo la edad en este estudio demostró que en los adultos jóvenes están aumentando los casos de hernias inguinales unilaterales, con un 62.52% para la población con un rango de edad de 20 a 39 años y un 22.94% para los pacientes con un rango de edad de 40 a 50 años, de esta manera podemos confirmar la hipótesis planteada indicando que la prevalencia en pacientes adultos jóvenes es mal alta en comparación a otros estudios y de años anteriores.

Con respecto a los resultados de la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) teniendo un 56.63%, es un porcentaje considerable, sin embargo varios estudios mencionan que el IMC no es un indicativo fiable de obesidad ya que intervienen muchos factores modificables en las personas como lo puede ser la actividad física moderada-intensa donde muchos pacientes presentan buen tamaño muscular alterando así su IMC, para esto se ha recomendado la bioimpedancia.

Resultados

El objetivo principal de esta investigación era determinar la prevalencia de lashernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023. Con un total de 619 pacientes entre estos:

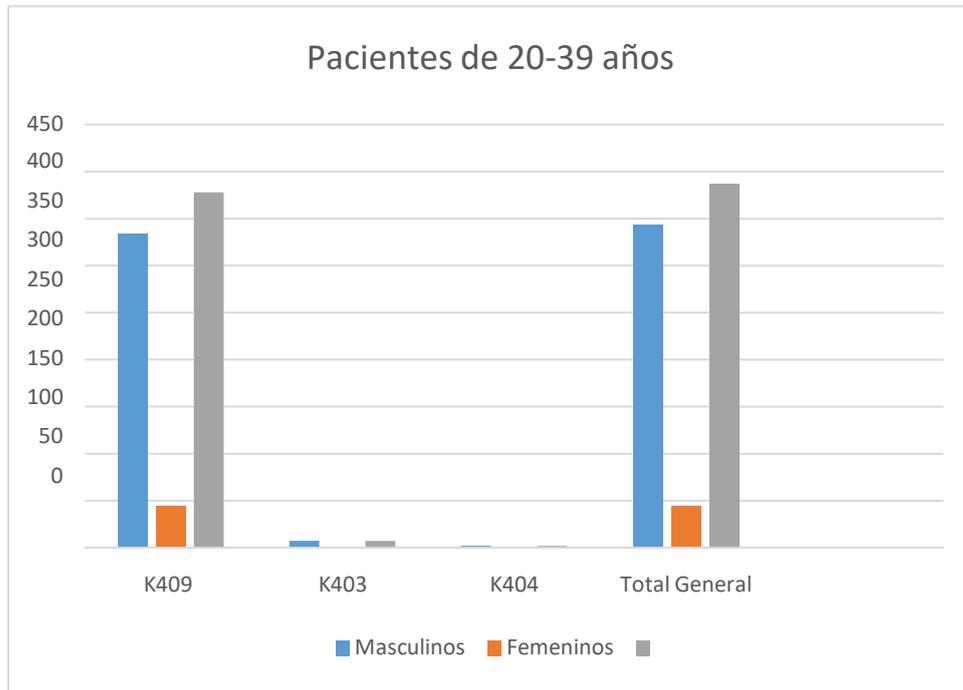
Tabla 1
Pacientes de 20 a 50 años con diagnóstico de hernia inguinales unilaterales durante el año 2023



Con un rango de edad de 20 a 39 años de edad 334 pacientes fueron del sexomascuino y 44 pacientes fueron del sexo femenino con un diagnostico CIE 10 K409 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción nigangrena, con diagnostico CIE 10 K403 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena 7 pacientes fueron del sexo masculino y no se presentaron pacientes del sexo femenino en este grupo, con diagnostico CIE 10 K404 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, con gangrena 2 pacientes fueron del sexo masculino y no se presentaron pacientes del sexo femenino en este grupo y con diagnostico CIE 10 K404 deHernia inguinal unilateral o no especificada, con gangrena solo 2 pacientes fueron del sexo masculino y no se presentaron pacientes del sexo femenino en este grupo.

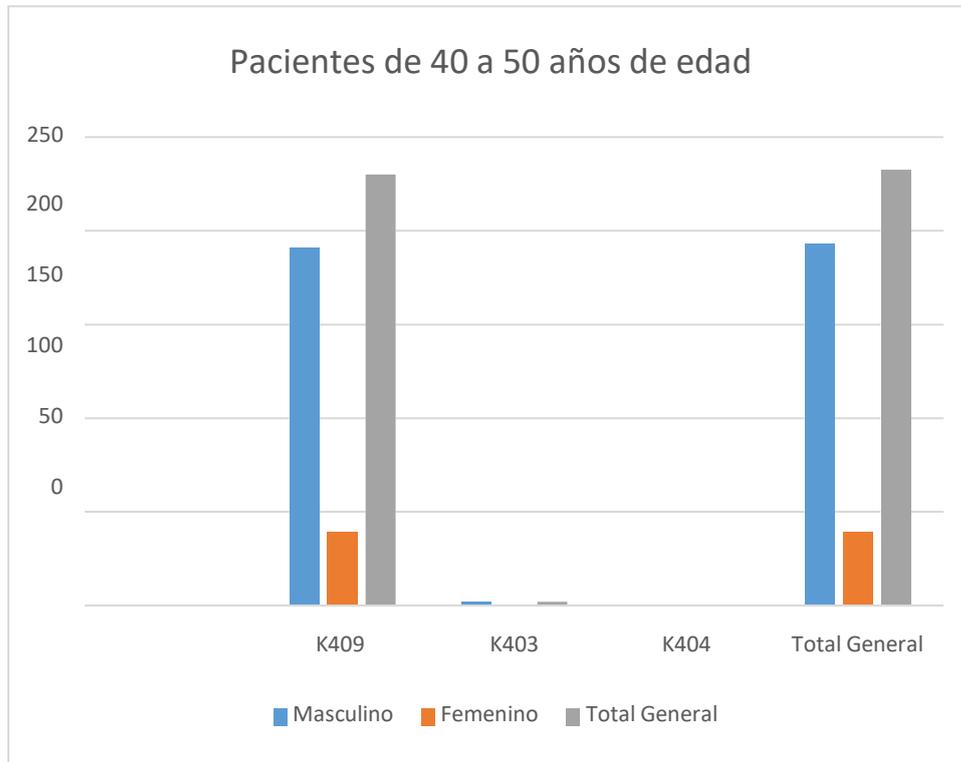
Tabla 2.

Pacientes de 20 a 39 años con diagnóstico de hernia inguinales unilaterales durante el año 2023



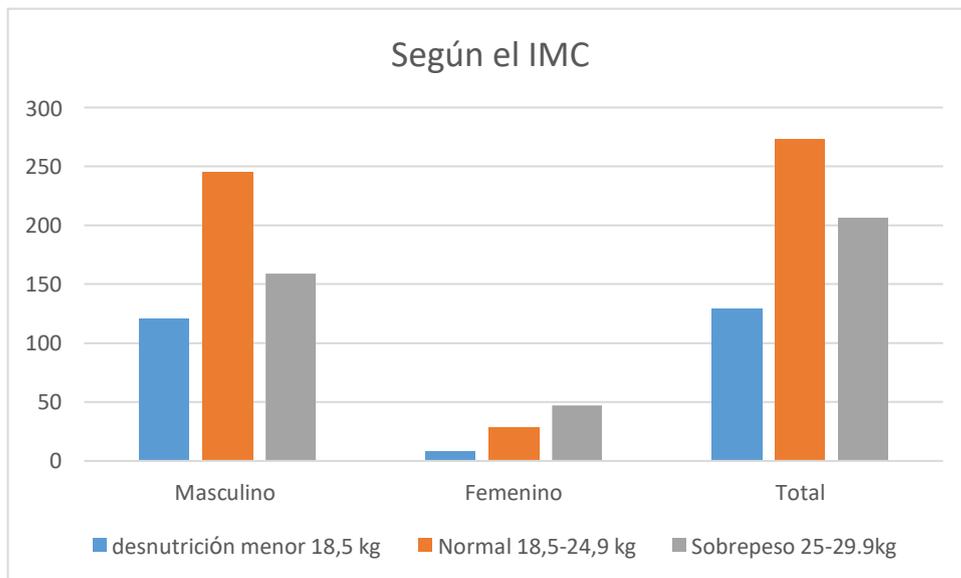
Con un rango de edad de 40 a 50 años de edad 191 pacientes fueron del sexomascuino y 39 pacientes fueron del sexo femenino con un diagnostico CIE 10 K409 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena, con diagnostico CIE 10 K403 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena 2 pacientes fueron del sexo masculino y no se presentaron pacientes del sexo femenino en este grupo, con diagnostico CIE 10 K404 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, con gangrena 2 pacientes fueron del sexo masculino y no se presentaron pacientes del sexo femenino en este grupo y con diagnostico CIE 10 K404 de Hernia inguinal unilateral o no especificada, con gangrena ningún paciente en este rango de edad presento ese diagnóstico.

Tabla 3.
 Pacientes de 40 a 50 años con diagnóstico de hernia inguinales unilaterales durante el año 2023.



Según el Índice de Masa corporal (IMC) con una población masculina de 525 pacientes obtuvimos que el 23.05% correspondiente a 121 pacientes fueron del grupo de Desnutrición menor, con el 46.67% correspondiente a 245 pacientes se encontraron con un IMC normal y el 30.29% correspondiente a 159 pacientes estaban con sobrepeso. En la población femenina con un total de 83 pacientes el 9.64% correspondiente a 8 pacientes tuvieron desnutrición, el 33.73% se encontraron con un IMC normal y el 56.63% tuvieron sobrepeso.

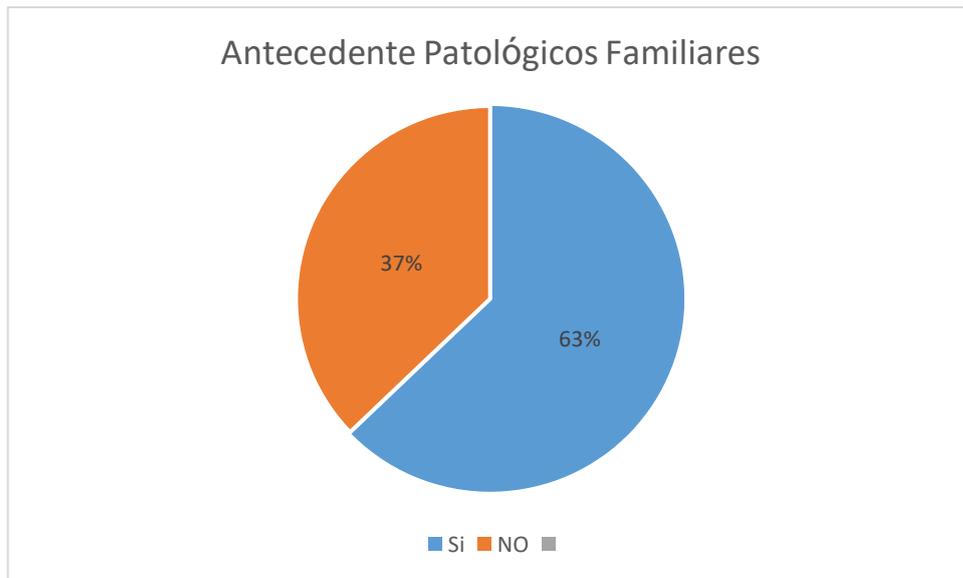
Tabla 4
Estatificación de pacientes según la clasificación de IMC



Con respecto a las manifestaciones clínicas todos los pacientes se presentaron con algún tipo de signo o síntoma.

Los antecedentes de hernias inguinales en familiares resulto ser un punto muy importante para la esta enfermedad con un 63% de la población total resulto que tenían al menos 1 familiar con antecedentes de algún tipo de hernia inguinal.

Tabla 5
Pacientes con Antecedentes Patológicos Familiares de Hernia Inguinal



CAPITULO 5

CONCLUSIONES

- Durante el periodo del año 2023 de enero a diciembre se atendieron un total de 619 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal unilateral donde el 86.59% eran pacientes de sexo masculino demostrando que los hombres son mucho más propensos a padecer esta patología que las mujeres.
- La población más vulnerable presentada durante el año 2023 fueron los pacientes masculinos con un rango de edad entre 20 a 39 años independiente de su actividad física y hábitos. El hábito del tabáquico no fue tan frecuente en esta población por lo que no se lo puede considerar como una evidencia contundente que aumente la prevalencia en esta población.
- Las hernias inguinales encarceladas con gangrena fueron poco frecuentes presentándose tan solo 2 casos en el sexo masculino durante todo el año 2023 con un porcentaje del 0.32% en relación a los 619 pacientes incluidos en el estudio.
- Según el IMC los pacientes con sobrepeso fueron los que más presentaron tendencia a presentar hernia inguinal con un 56.63%.

REFERENCIAS

1. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Hernia inguinal - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterología-quirúrgica/hernia-inguinal>
2. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Hernia inguinal: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>
3. Rodríguez Fernández Z, Saliou Diallo M, Joubert Álvarez G, Gavilán Yodú RL, Casamayor Callejas E, Rodríguez Fernández Z, et al. Fundamentos históricos del diagnóstico y tratamiento de las hernias inguinales. Rev Cuba Cir [Internet]. junio de 2019 [citado 28 de abril de 2024];58(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Köckerling F. TEP for elective primary unilateral inguinal hernia repair in men: what do we know? Hernia. 1 de junio de 2019;23(3):439-59.
5. Zamora-Rodríguez AR, Mantuano-Reina YM, Cruz N del CA de la, Reyes-Proaño SI. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con hernia inguinal. Dominio Las Cienc. 4 de diciembre de 2021;7(4):236-56.
6. Shakil A, Aparicio K, Barta E. Hernias inguinales: diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2021. Disponible en: https://atencionmedica.com.mx/pro/descarga/chopo/2021/new_am_07_01_2021.pdf
7. Clasificación, características clínicas y diagnóstico de las hernias inguinales y femorales en adultos - UpToDate [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernias%20inguinales&source=search_result&selectedTitle=2%7E126&usage_type=default&display_rank=2#H606310492
8. Mayo Clinic [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Hernia inguinal-Hernia inguinal-Síntomas y causas. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>
9. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Hernias de la pared abdominal - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterología-quirúrgica/hernias-de-la-pared-abdominal>
10. Tumbaco Villao AE. Estilos de vida y su influencia en el desarrollo de hernia inguinal en adultos jóvenes. Hospital Dr. José Cevallos Ruíz. Yaguachi. Guayaquil, 2023 [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2023; 2023 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/10478>

11. Pardo García LJ. Factores de riesgo relacionados a hernia inguinal recurrente. Hospital Santa Rosa Piura. Repos Inst - UCV [Internet]. 2022 [citado 28 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88403>
12. Correa Martínez L, Domínguez Rodríguez DL. Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. Rev Cienc Médicas Pinar Río. junio de 2018;22(3):82-9.
13. Piedra Palomino CE. Complicaciones de hernioplastia inguinal con técnica de Lichtenstein en pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso [Internet] [bachelorThesis]. Loja; 2023 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/26015>
14. Salazar DB, Méndez PRC, Fonseca RSS, Monteiro AG, Jiménez- Almaguer D, Beltrán GA. Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastía inguinal, Guinea Bissau / Quality of life in patients undergoing inguinal hernioplasty surgery, Guinea Bissau. Arch Hosp Univ Gen Calixto García [Internet]. 20 de octubre de 2023 [citado 28 de abril de 2024];11(3). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1152>
15. Ada [Internet]. 2022 [citado 28 de abril de 2024]. Hernia inguinal. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/inguinal-hernia/>
16. Franco DCMB, Calvo DJRYC, Lacámara DLS, Lorente DMC, Gimenez DRO, Matínez DIQ. Hernias abdominales: Lo que el radiólogo debe saber. Seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 28 de abril de 2024];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/3907>
17. MacKay MD, Mudreac A, Varacallo M. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Camper Fascia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482246/>
18. Kenhub [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Pared abdominal. Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/pared-abdominal>
19. Anatomy of the abdominal wall - UpToDate [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/anatomy-of-the-abdominal-wall?search=hernias%20inguinales&topicRef=3690&source=see_link#H6
20. Armstrong O. Anatomía quirúrgica de las paredes abdominales. EMC - Téc Quirúrgicas - Apar Dig. 1 de octubre de 2021;37(4):1-12.
21. Carrera Laureán N, Camacho López MR, Carrera Laureán N, Camacho López MR. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cir Gen. diciembre de 2018;40(4):250-4.
22. Un recorrido por la pared abdominal: evaluación de las hernias por tomografía computada multidetector - ScienceDirect [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048761916300278>
23. Hernias y Eventraciones [Internet]. [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_23-1_hernias%20y%20eventraciones.htm
24. Dolor abdominal [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/social/chapter/B34.I.1.3>

25. Chica Alvarracin PA, Carrera Chinizaca VM, Sagñay Cujilema JC, Sinchiguano Chiluisa JY. Hernia de pared abdominal, diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc.* 2022;6(3):128- 35.
26. Brasil BC, Couto BBP, Bessas CDC, Santos JA, Madeira LGM de S. Hérnia inguinal - uma revisão de literatura sobre as causas e fatores de risco, diagnóstico, tratamento, complicações e prognóstico. *Braz J Health Rev.* 4 de abril de 2024;7(2):e68596-e68596.
27. Alfaro Zola GCM. Factores asociados a hernia inguinal en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Sergio E. Bernal en el 2018. *Univ Ricardo Palma [Internet].* 2020 [citado 30 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2967>
28. Fernández Ojeda M del R. La ecografía clínica en medicina interna: ¿herramienta imprescindible? [Internet] [masterThesis]. Universidad Internacional de Andalucía; 2022 [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dspace.unia.es/handle/10334/8491>
29. Duarte BHF, Iamarino APM, Gabor S, Favaro M de L, Juliano Y, Novo NF, et al. Avaliação da acurácia do exame ultrassonográfico em pacientes portadores de hérnia inguinal. *Rev Colégio Bras Cir.* 9 de mayo de 2019;46:e2108.
30. Cordido-Henríquez F, Romano M, Vallejo-Desviat P, Díaz-Villalonga I, Molina-López-Nava P, Cordido-Henríquez F, et al. Bulto y molestias en región inguinal en gestante de 16 semanas. *Sanid Mil.* marzo de 2022;78(1):45-6.
31. Alvarado MJN. Hernias inguinales: generalidades de un motivo de consulta frecuente al servicio de emergencias. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc.* 14 de marzo de 2024;8(1):29-34.
32. Scalas G, Parmeggiani A, Martella C, Tuzzato G, Bianchi G, Facchini G, et al. Magnetic resonance imaging of soft tissue sarcoma: features related to prognosis. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* diciembre de 2021;31(8):1567-75.
33. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=complicaciones%20hernias%20inguinales&source=search_result&selectedTitle=2%7E126&usage_type=default&display_rank=2#H1007478124
34. Almirón-Coronel MT, Ahmed-Coronel S, Porto-Varela M, Montiel-Roa A, Almirón-Coronel MT, Ahmed-Coronel S, et al. CIRUGÍAS AMBULATORIAS VS. RÉGIMEN PROTOCOLAR EN PACIENTES CON HERNIA INGUINAL. *Cir Paraguaya.* agosto de 2018;42(2):8-12.
35. Open surgical repair of inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en:

https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=reparacion%20quirurgica%20abierta%20de%20hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel**, con C.C: # **0927254482** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de enero a diciembre del año 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 06 de mayo de 2024



firmado electrónicamente por:
**JEFFERSON GABRIEL
SORIANO QUISPHE**

f. _____
Nombre: Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel
C.C: 0927254482



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de enero a diciembre del año 2023.		
AUTOR(ES)	Soriano Quisphe, Jefferson Gabriel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Freire Maldonado, Edison Ernesto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	06 de mayo de 2024	No. DE PÁGINAS:	27
ÁREAS TEMÁTICAS:	Epidemiología, Cirugía General, Herniología		
PALABRAS CLAVES	Hernia inguinal Unilateral, directa, indirecta, Prevalencia, Complicadas		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La prevalencia de la hernia inguinal unilateral es importante ya que es un indicador del aumento de casos existente o la disminución del mismo buscando así encontrar los grupos más vulnerables ante esta patología y de esa manera buscar reducir los factores de riesgo más documentados en la población afectada. Objetivo: Determinar la prevalencia de las hernias inguinales unilaterales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el centro clínico quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS de Enero a Diciembre del año 2023. Material y métodos: La investigación presente es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, donde la información recopilada fue la base de datos estadística solicitada mediante los respectivos oficios y permiso correspondiente por parte de las autoridades y el departamento de estadística y epidemiología del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Norte Tarqui-IESS. Resultados: Se incluyeron en el estudio 619 pacientes de los cuales el 98.22% presento hernia inguinal unilateral sin complicaciones y el 1.45% de toda la población presento hernia inguinal unilateral con obstrucción pero sin gangrena, solo 2 pacientes que corresponden al 0.32% en el rango de edad de 20 a 39 años presentaron hernia inguinal unilateral con complicaciones por gangrena. Conclusiones: La población más vulnerable presentada durante el año 2023 fueron los pacientes masculinos con un rango de edad entre 20 a 39 años independiente de su actividad física y hábitos.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593988652003	E-mail: gabrielsoriano38@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Freire Maldonado, Edison Ernesto	
	Teléfono: +593-999536646	
	E-mail: ernesto.freire@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	