



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Luz Patricia Albores Vázquez

Nombre del tema: Hernioplastia inguinal

Parcial: Tercero

Nombre de la Materia: Enfermería médico-quirúrgico

Nombre del profesor: Felipe Antonio Hernández Morales

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto

INTRODUCCION

La hernia inguinal representa una actualidad se encuentran la técnica de Liechtenstein (abierta con malla) y las técnicas laparoscópicas (TEP y TAPP), elegidas según las características clínicas del paciente y la experiencia del cirujano.

Desde el punto de vista del cuidado de enfermería, la hernioplastia inguinal implica un abordaje integral antes, durante y después de la intervención quirúrgica. En la fase preoperatoria, es esencial valorar las condiciones clínicas del paciente, identificar factores de riesgo anestésico-quirúrgico y proporcionar educación respecto al procedimiento y cuidados posteriores. Durante la cirugía, el equipo de enfermería desempeña un rol clave en la preparación del quirófano, la asepsia y antisepsia, así como en el apoyo al cirujano. En el postoperatorio, la vigilancia estrecha del dolor, signos de infección, estado de la herida quirúrgica y la movilización temprana forman parte de los cuidados esenciales para una recuperación efectiva.

La incidencia de esta patología y su abordaje quirúrgico requiere un conocimiento sólido por parte del personal de salud, no solo en relación con los aspectos clínicos y anatómicos, sino también en lo referente a las intervenciones de enfermería orientadas a la recuperación y bienestar del paciente. Además, en contextos donde la salud pública enfrenta retos de acceso, calidad y continuidad de la atención, el papel de la enfermería se convierte en un eje fundamental para garantizar que los cuidados posteriores a una hernioplastia, se cumplan de forma adecuada y humanizada. Esto permite no solo una recuperación oportuna, sino también la reintegración del paciente a sus actividades cotidianas y laborales con el menor impacto posible.

de las patologías quirúrgicas más frecuentes en la población general, especialmente en hombres adultos, aunque también puede presentarse en mujeres y en edades pediátricas. Se define como la protrusión de una víscera o parte de ella a través de un defecto en la pared abdominal en la región inguinal, lo que puede generar síntomas variables, desde una simple molestia hasta un cuadro agudo de estrangulación que pone en riesgo la vida del paciente. Esta afección puede clasificarse en directa o indirecta, dependiendo de la localización anatómica del defecto y de la vía de protrusión del contenido herniario.

La reparación quirúrgica de la hernia inguinal, también conocida como hernioplastia inguinal, es el tratamiento de elección debido a que no existe una alternativa médica curativa. A lo largo del tiempo, la técnica quirúrgica ha evolucionado significativamente, pasando de reparaciones convencionales con sutura a métodos más modernos que emplean mallas protésicas, las cuales han demostrado una

menor tasa de recurrencia y una recuperación más rápida para los pacientes. Entre las técnicas más utilizadas en la

Marco Teórico

Definición

La hernioplastia inguinal es un procedimiento quirúrgico que consiste en la reparación de una hernia ubicada en la región inguinal, mediante la reintegración del contenido herniario al interior de la cavidad abdominal y el refuerzo del defecto de la pared abdominal con una prótesis o malla sintética. Su objetivo principal es corregir la protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de un punto débil del canal inguinal, prevenir complicaciones como el estrangulamiento intestinal y reducir el riesgo de recurrencia.

Este tipo de cirugía puede realizarse mediante técnicas abiertas o por laparoscopia, dependiendo de la condición del paciente y del criterio médico. La técnica más utilizada actualmente es la hernioplastia sin tensión, como la de Lichtenstein, en la que se coloca una malla para fortalecer la zona afectada sin necesidad de suturar los bordes bajo tensión, lo que mejora los resultados postoperatorios y acorta el tiempo de recuperación.

La hernioplastia inguinal es una intervención segura, eficaz y de bajo riesgo cuando se realiza bajo condiciones controladas y con cuidados postoperatorios adecuados.

ETIOLOGIA

La hernia inguinal se produce cuando una porción del contenido abdominal, generalmente el intestino, protruye a través de un defecto o debilidad en la pared del canal inguinal. Esta condición puede tener una etiología congénita o adquirida, y está relacionada con diversos factores que comprometen la resistencia de la musculatura abdominal.

Causas congénitas

- Persistencia del proceso vaginal: En los hombres, durante el desarrollo fetal, el testículo desciende a través del canal inguinal. Si este canal no se cierra adecuadamente, queda una vía abierta por donde puede protruir el contenido abdominal (hernia indirecta).
- Debilidad estructural de la pared abdominal: Algunas personas nacen con tejidos menos resistentes, lo que predispone a la formación de hernias.

Causas adquiridas

- Incremento de la presión intraabdominal por:
- Levantamiento de objetos pesados
- Estreñimiento crónico
- Tos crónica (como en EPOC)
- Ascitis o embarazo
- Envejecimiento y pérdida de tono muscular
- Obesidad
- Antecedentes de cirugía abdominal, que pueden debilitar la musculatura local
- Factores genéticos y ocupacionales

El desarrollo de una hernia inguinal es, por lo general, multifactorial y se ve favorecido por una combinación de debilidad muscular y aumento de la presión dentro del abdomen. Cuando esta protrusión genera síntomas o riesgo de complicación, el tratamiento definitivo es la hernioplastia inguinal.

Fisiopatología

La hernia inguinal es una protrusión anormal del contenido intraabdominal, usualmente intestino delgado o grasa pre peritoneal, a través de un punto débil en la región inguinal de la pared abdominal. Esta alteración ocurre por un desequilibrio entre la resistencia de la pared abdominal y el aumento de la presión intraabdominal.

En condiciones normales, el canal inguinal está conformado por varias capas musculares y aponeuróticas que impiden el paso del contenido abdominal. Sin embargo, cuando existe debilidad estructural (por causas congénitas o adquiridas), y se suma un aumento constante o súbito de presión intraabdominal, se facilita la protrusión del contenido abdominal a través de este canal.

Dependiendo del trayecto que siga la hernia dentro del canal inguinal, se clasifica en dos tipos:

- Hernia inguinal indirecta: Se origina lateral a los vasos epigástricos inferiores y atraviesa el anillo inguinal profundo. Es más frecuente en personas jóvenes y suele tener una base congénita.
- Hernia inguinal directa: Atraviesa la pared posterior del canal inguinal, medial a los vasos epigástricos, debido a un debilitamiento adquirido del músculo transversal y la fascia transversales. Es más común en adultos mayores.

Si la hernia se reduce fácilmente, se considera reducible. En cambio, si queda atrapada, puede desarrollarse un encarcelamiento (cuando no puede regresar a la cavidad abdominal), o incluso una estrangulación, donde se compromete el flujo sanguíneo al contenido herniado, lo que representa una urgencia quirúrgica.

La progresión de la hernia sin tratamiento quirúrgico puede llevar a dolor crónico, alteración del tránsito intestinal, y riesgo de necrosis intestinal en casos graves, por lo que la hernioplastia es el tratamiento definitivo.

Diagnostico

1. Diagnóstico clínico

El diagnóstico de una hernia inguinal es principalmente clínico y se basa en los siguientes hallazgos:

- Inspección y palpación de la región inguinal: Se observa una protuberancia blanda en la ingle que aumenta al hacer esfuerzo (toser, levantar peso o pujar) y disminuye en reposo o al estar acostado.
- Molestia o dolor en la región inguinal, especialmente al realizar actividades físicas.
- En algunos casos, el paciente puede describir una sensación de peso o presión en la zona.

Durante el examen físico, el profesional puede introducir un dedo en el canal inguinal a través del escroto y pedir al paciente que tosa. Si se detecta una protrusión, el diagnóstico se confirma.

2. Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar la hernia inguinal de otras patologías que pueden causar una masa en la región inguinal, como:

- Hernia femoral
- Adenopatías inguinales
- Lipomas
- Hidrocele
- Varicocele
- Criptorquidia (en niños)

El diagnóstico preciso es fundamental para evitar errores terapéuticos.

3. Estudios de imagen

Aunque muchas veces, Aunque muchas veces no son necesarios, se emplean cuando el diagnóstico no es claro:

- Ultrasonido inguinal: Es el estudio de elección, no invasivo y útil para distinguir entre distintos tipos de hernias o masas.
- Tomografía computarizada (TC): Se utiliza en casos complejos o cuando se sospechan hernias recurrentes u ocultas.
- Resonancia magnética (RM): Es muy precisa y se reserva para casos con dolor inguinal sin hallazgos claros al examen físico.

4. Estudios de laboratorio

- Biometría hemática (BH): Evalúa glóbulos rojos, blancos y plaquetas, Importante para detectar anemia, infecciones o trastornos de coagulación.
- Química Sanguínea (QS): Glucosa, urea, creatinina y electrolitos.
- Prueba de coagulación: Estas pruebas determinan si hay riesgo de sangrado durante o después de la cirugía.
- Examen general de orina (EGO): Para descartar infección urinaria, es más común en pacientes pediátricos o adultos mayores.
- Pruebas especiales (si hay comorbilidades): Hemoglobina glucosiladas (HbA1c), Gasometría arterial o venosa, Antígeno pronosticado específico (APE/PSA).

Tratamiento

El tratamiento definitivo de la hernia inguinal es quirúrgico, ya que no existe una cura espontánea ni tratamiento médico que repare el defecto de la pared abdominal. La cirugía está indicada tanto en casos sintomáticos como en hernias asintomáticas con riesgo de complicación. Las opciones quirúrgicas se seleccionan según la edad del paciente, el tipo de hernia, el estado de salud general y la experiencia del cirujano.

1. Hernioplastia abierta (convencional)

Es la técnica más utilizada a nivel mundial, especialmente la técnica de Lichtenstein, en la que se coloca una malla de polipropileno para reforzar la pared inguinal sin tensión. Es un procedimiento eficaz, con bajo riesgo de recurrencia y recuperación rápida.

Ventajas:

- Técnica segura y probada.
- Menor tiempo quirúrgico.
- Requiere anestesia local o regional.

2. Hernioplastia laparoscópica

Incluye técnicas como TAPP (Transabdominal Pre peritoneal) y TEP (Totally Extra peritoneal). Se realiza a través de pequeñas incisiones con el uso de una laparoscopia. Se coloca también una malla, pero desde el interior de la cavidad abdominal.

Ventajas:

- Menor dolor postoperatorio.
- Mejor resultado estético.
- Recuperación más rápida.

Desventajas:

- Mayor costo.
- Requiere anestesia general.
- Mayor curva de aprendizaje para el cirujano.

3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en pacientes con hernia inguinal no tiene un papel curativo sobre la patología, ya que la única solución definitiva es quirúrgica. Sin embargo, los fármacos se utilizan de manera complementaria antes y después de la cirugía para aliviar síntomas, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación.

1. Preoperatorio

- Analgesia leve o moderada (si hay dolor):
- Paracetamol o ibuprofeno
- Dosis habitual de paracetamol: 500–1000 mg cada 6–8 h
- Dosis de ibuprofeno: 400–600 mg cada 6–8 h
- Antibióticos profilácticos (en algunos casos para prevenir infección quirúrgica):
- Cefazolina 1–2 g IV una hora antes de la cirugía
- Alternativas: clindamicina o vancomicina si hay alergia a betalactámicos

2. Intraoperatorio

- Anestésicos locales o generales, según el tipo de cirugía:
- Lidocaína o bupivacaína (anestesia regional o local)
- Propofol, fentanilo, midazolam, entre otros, si se usa anestesia general

3. Postoperatorio

- Analgésicos para el control del dolor:
- Paracetamol o AINES (ibuprofeno, ketorolaco)
- Tramadol (en caso de dolor moderado a severo)
- Dosis: 50–100 mg cada 6–8 h
- Antibióticos (si hay signos de infección o como profilaxis prolongada):
- Se puede continuar con cefuroxima o amoxicilina-clavulánico por 5–7 días si es necesario.
- Relajantes musculares (si hay contracturas o dolor muscular):
- Ciclobenzaprina o tiocolchicósido según indicación médica.
- Laxantes suaves (si hay riesgo de estreñimiento postoperatorio):
- Lactulosa o polietilenglicol para evitar esfuerzo al defecar

Complicaciones

1. Complicaciones inmediatas (durante o en las primeras 24-48 h)

a) Hemorragia o hematoma

- Puede ocurrir por lesión de vasos sanguíneos del cordón espermático o vasos epigástricos.
- Se manifiesta como hinchazón, dolor intenso y equimosis en la zona inguinal o escrotal.

b) Lesión de estructuras anatómicas

- Como el nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, que puede causar dolor persistente o parestesias.
- En hombres, puede lesionarse el conducto deferente o el testículo, especialmente si hay fibrosis o adherencias.

c) Infección del sitio quirúrgico

- Mayor riesgo en pacientes diabéticos, inmunodeprimidos o con mala técnica de asepsia.
- Puede requerir antibióticos o drenaje quirúrgico si hay absceso.

2. Complicaciones tempranas (primeras semanas)

a) Seroma

- Acumulación de líquido claro en el lecho quirúrgico.
- Es frecuente cuando se colocan mallas y suele resolverse espontáneamente, aunque en algunos casos requiere drenaje.

b) Dolor postoperatorio agudo

- Puede deberse a manipulación tisular, compresión nerviosa o tensión en la herida.
- El control adecuado del dolor mejora la recuperación funcional del paciente.

c) Dehiscencia de la herida

- Separación de los bordes quirúrgicos por tensión, infección o esfuerzo físico temprano.
- Requiere vigilancia estricta y, en algunos casos, reintervención.

3. Complicaciones tardías (semanas a meses o años después)

a) Dolor crónico (neuralgia inguinal)

- Dolor persistente por más de 3 meses.
- Puede deberse a atrapamiento nervioso, fibrosis postquirúrgica o daño neurológico.
- Afecta la calidad de vida y puede requerir tratamiento médico prolongado o reintervención.

b) Reparación de la hernia (recidiva)

- Aunque es menos común con técnicas modernas con malla, puede ocurrir si hubo tensión excesiva, infección o mala técnica quirúrgica.
- Requiere nueva reparación quirúrgica.

c) Rechazo o migración de la malla

- Aunque raro, la malla puede provocar reacción inflamatoria, infecciones crónicas o moverse de su lugar.
- Puede requerir extracción o corrección quirúrgica.

d) Hidrocele secundario

- Acumulación de líquido en la túnica vaginal del testículo, secundario a inflamación o lesión de linfático.

DIAGNOSTICOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON: Hernioplastia inguinal

ED 00132 Dolor Agudo

DEFINICIÓN: ED

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Inicio lento o súbito de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

R/c: Agentes lesivos físicos

M/p: Expresa dolor, postura de evitación del dolor.

RESULTADO(NOC):	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1605 Control de dolor	-160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	1. Gravemente comprometido	3/4
Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud	-160501 Reconoce factores causales	2. Sustancialmente comprometido	2/3
Clase Q: Conducta de		3. Moderadamente comprometido	3/4
		4. Levemente comprometido	MA:8
		5. No comprometido	AA:11
2102 Nivel dolor	-210201 Dolor referido	1. Gravemente comprometido	4/5
Dominio 05: Salud percibida	-210208 Inquietud	2. Sustancialmente comprometido	2/3
Clase V: Sintomatología	-210217 gemidos y	3. Moderadamente comprometido	2/3
		4. Levemente comprometido	MA:8
		5. No comprometido	AA:11
2109 Nivel de malestar	-210901 Dolor	1. Gravemente comprometido	2/3
Dominio 05: Salud percibida	-210902 Ansiedad	2. Sustancialmente comprometido	3/4
Clase V: Sintomatología	-210906 Estrés	3. Moderadamente comprometido	2/3
		4. Levemente comprometido	MA:7
		5. No comprometido	AA:10

INTERVENCIÓN (): 1400 Manejo del dolor

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Actividades:

- Asegurarse que el paciente reciba los analgésicos correspondientes
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo
- Enseñar los principios de control de dolor
- Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada
- Utilizar medidas de control antes que el dolor sea severo
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente en el control del dolor a intervalos específicos.

INTERVENCIÓN ():

ACTIVIDADES: