



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL
“DR. ÁNGEL LARRALDE”, EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN
APLICANDO LOS CRITERIOS DE AMID

AUTORA:
FRANGELIS SÁNCHEZ.
C.I. 22.614.828

BÁRBULA, NOVIEMBRE DE 2024



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL
“DR. ÁNGEL LARRALDE”, EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN
APLICANDO LOS CRITERIOS DE AMID**

AUTORA:
FRANGELIS SÁNCHEZ.
TUTOR CLÍNICO:
DR. YHORDAN GARCÍA

BÁRBULA, NOVIEMBRE DE 2024



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

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

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ÁNGEL LARRALDE", EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN APLICANDO LOS CRITERIOS DE AMID

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

SANCHEZ H., FRANGELIS N.
C.I. V.- 22.614.828

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Loyda Galíndez., titular de la C.I. V.- 3.840.404, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/02/2025**

Prof. Loyda Galíndez

(Pdte)

C.I. 3840404

Fecha 06-02-2025

Prof. Yhordan García

C.I. 22740511

Fecha 06/02/2025

TEG: 43-24



Prof. Marcos Guerra

C.I. 15.527.471

Fecha 06/02/2025

Agradecimiento

Agradezco principalmente a dios, por darme la oportunidad de existir, por todas y cada una de sus bendiciones, por darme salud y fortaleza en los momentos difíciles, por darme la sabiduría y el entendimiento ante cada circunstancia, agradezco a mis padres Celina Hernández y Francisco Sánchez por ser un pilar fundamental en mi carrera, sin ellos nada de esto sería posible, agradezco a mis hermanos Francelys Sánchez y Francisco José Sánchez porque al igual que mis padres me apoyaron en todo momento, fueron mi hombro de apoyo en mis días difíciles, agradezco a el servicio de cirugía y a todos y cada uno sus adjuntos por cada aprendizaje en especial a mi tutor Yhordan García quien tuvo mucha paciencia y sabiduría ante mi formación, y finalmente la Universidad De Carabobo por abrir sus puertas en mi formación de especialista como cirujano General.

Dedicatoria

Dedicada a mi familia, quienes fueron mi inspiración en cada momento, a ellos que compartieron mis alegrías y tristezas, mis victorias y derrotas.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	Iv
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	Vi
RESUMEN.....	Vii
ABSTRACT.....	Viii
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS.....	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”



NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR.
ÁNGEL LARRALDE”, EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN APLICANDO LOS
CRITERIOS DE AMID

Autor: Frangelis Sánchez
Tutor Clínico: Dr. Yhordan García
Noviembre, 2024

RESUMEN

La presente investigación tiene como **objetivo:** describir el Nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid. **Materiales y métodos:** se trata de estudio descriptivo, prospectivo y con un diseño no experimental transversal, donde la población y muestra la constituyen 30 adjuntos y residentes del recinto hospitalario antes descrito. Mientras que la muestra fue de tipo probabilística censal puesto que, se consideró el total de la población al ser esta una cantidad finita y asequible Para la recolección de la información, se recurrió a la encuesta y como instrumento un cuestionario conformado por 16 interrogantes con opciones de respuestas múltiples. **Resultados:** el personal médico bajo estudio posee un conocimiento intermedio sobre la técnica, con énfasis en los criterios propuestos por Amid. También, se identificaron debilidades en la correcta comprensión e implementación de las modificaciones e incorporación de enfoques quirúrgicos, como la fijación de mallas como medio alternativo. **Conclusiones:** es imperante abordar la capacitación teórica y práctica del personal, atendiendo a la estandarización de los procedimientos y sus actualizaciones. Así como el diseño de programas en función de las deficiencias observadas para reducir discrepancias en las intervenciones quirúrgicas.

Palabras Clave: conocimientos, técnica de Liechtenstein, residentes, cirugía general.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”



LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE RESIDENT ATTACHMENTS OF THE GENERAL
SURGERY SERVICE OF THE NATIONAL GENERAL HOSPITAL “DR. ÁNGEL
LARRALDE”, IN THE LIECHTENSTEIN TECHNIQUE

Autor: Frangelis Sánchez
Tutor Clínico: Dr. Yhordan García
Noviembre, 2024

ABSTRACT

The objective of this research is: to describe the level of knowledge of the assistants and residents of the General Surgery Service of the National General Hospital “Dr. Ángel Larralde”, in the Liechtenstein technique applying the Amid criteria. **Materials and methods:** this is a descriptive, prospective study with a non-experimental cross-sectional design, where the population and sample consist of 30 assistants and residents of the hospital facility described above. While the sample was of a census probabilistic type since the total population was considered as this was a finite and affordable quantity. To collect the information, the survey was used and as an instrument a questionnaire made up of 16 questions with options multiple responses. **Results:** the medical personnel under study have intermediate knowledge of the technique, with emphasis on the criteria proposed by Amid. Also, weaknesses were identified in the correct understanding and implementation of the modifications and incorporation of surgical approaches, such as mesh fixation as an alternative means. **Conclusions:** it is imperative to address the theoretical and practical training of personnel, taking into account the standardization of procedures and their updates. As well as the design of programs based on the deficiencies observed to reduce discrepancies in surgical interventions.

Keywords: knowledge, Liechtenstein technique, residents, general surgery.

INTRODUCCIÓN

Una Hernia Inguinal (HI), es una condición médica que ocurre cuando una porción del intestino o tejido graso sobresale a través de un área debilitada en la pared abdominal inferior, específicamente en el canal inguinal. Este se ubica en una región donde los músculos de la pared abdominal se debilitan, creando una abertura por la cual pueden protruir los órganos internos. Es importante destacar que esta condición es más común en hombres que en mujeres, debido a diferencias anatómicas y de desarrollo (1).

Estos padecimientos pueden variar, pero comúnmente se manifiestan como una corpulencia a nivel de la ingle siendo o no doloroso y tiende a hacerse más evidente durante actividades que aumentan la presión abdominal, como toser, inclinarse o levantar objetos pesados. Existen dos tipos principales de HI: las congénitas y las adquiridas. La primera de ellas, ocurren debido a una debilidad en la pared abdominal presente desde el nacimiento, mientras que las adquiridas están relacionadas con factores como el esfuerzo físico intenso, la tos crónica o el levantamiento de peso. En ambos escenarios, la presión repetida sobre la pared abdominal puede generar el debilitamiento de los tejidos y facilitar la protrusión de órganos o tejidos a través del canal inguinal (2).

Ahora bien, el tratamiento principal para este padecimiento es la cirugía, especialmente si la hernia es dolorosa o acrecienta de tamaño. Durante la cirugía, se reposiciona el tejido protruido y se refuerza la pared abdominal para prevenir futuras hernias. Esto es crucial debido al riesgo de complicaciones, como la incarceration o estrangulación siendo esta última la más grave. La incarceration, se origina cuando el tejido protruido queda atrapado en el canal inguinal, lo que puede causar dolor agudo y dificultar su reducción manual. La estrangulación, es una complicación más grave en la que el flujo sanguíneo al tejido atrapado se ve comprometido, lo que puede conllevar a la necrosis y requerir atención médica de emergencia (3). Por lo tanto, es fundamental emplear técnicas efectivas para su diagnóstico, así como la búsqueda de tratamientos médicos oportunos con la finalidad de evitar complicaciones potencialmente peligrosas.

En cuanto a los datos epidemiológicos a nivel mundial, se pudo conocer que la HI es una de las más frecuentes de las hernias a nivel de pared abdominal en un 10% y 15% con un predominio del sexo masculino en una relación 4:1 en comparación al sexo femenino. Por otra parte, se presenta en la etapa productiva del paciente entre los 30 y 59 años, entre sus complicaciones resalta la incarceration en un 9.7% y estrangulación con (1%); finalmente su recidiva posterior a su intervención es entre el 0.2% y el 5% de los casos (4).

Para el caso de Latinoamérica, esta condición es habitual en un 20% y 30% de la población colombiana en pacientes con edades correspondidas entre los 30 y 50 años de edad. Mientras que, en Cuba la HI se presenta en promedio de 21 casos anuales, siendo prevalente en el sexo masculino con una media de edad entre los 66 años donde la técnica mayormente empleada para su intervención fue la Nyhus (5). En lo que respecta a Venezuela, se constató por medio de un estudio realizado por Virtulli (6) que la HI, se refleja un 43% de la población masculina y las técnicas que presentan mayor índice de recidivas fueron la “técnica de Bassini con 14%, Rutkow-Robbins con 10% y Linchtenstein con 9% de los casos”.

Sobre las consideraciones antes expuestas, es evidente que la HI resulta un común denominador en los servicios de cirugía general a nivel mundial y su abordaje varía de acuerdo al contexto. Al respecto, Cisneros *et al* (4) expone en cuanto al tratamiento quirúrgico de la HI con malla que, el empleo de material protésico reduce la posibilidad de recidiva hasta un 75% de los casos en comparación con las técnicas donde no se hace uso de mallas. Aunado a ello, refleja que la Sociedad Europea de Hernia (EHS) desde el año 2009 ultimó el empleo de técnicas quirúrgicas que incluyan una malla en todo hombre adulto con la finalidad de minimizar sus recurrencias ya que, “la utilización de material protésico en la HI no aumenta per se el riesgo de infección ni de complicaciones relacionadas con la herida”.

En este sentido, actualmente existen diversas técnicas que se pueden emplear bien sea por abordaje abierto o endoscópico haciendo uso de malla para intervenir las HI, entre las cuales destacan de manera global y por abordaje anterior abierto las técnicas

de “Lichtenstein, mesh-plug, Gilbert, Cisneros y Celdrán/HERD; por abordaje abierto posterior: Stoppa, Wantz, Nyhus y Dávila”. Así como también, “por abordaje endoscópico transabdominal preperitoneal (TAPP), totalmente extraperitoneal (TEP) y su variante totalmente extraperitoneal de visión extendida (e TEP) y, en casos muy esporádicos, la intraperitoneal inguinal (IPOM inguinal)”.

En línea con esto, y en consonancia con la investigación en curso, se considera relevante explorar la técnica de Lichtenstein, la cual constituye un procedimiento quirúrgico utilizado para abordar hernias inguinales. Esta técnica ha ganado reconocimiento por su efectividad, evidenciada por su baja tasa de recurrencia y la posibilidad de una recuperación más rápida en comparación con otros métodos (7).

Su proceso de intervención se divide en cinco fases o etapas distintas (7): En primer lugar, se determina si el paciente requerirá anestesia local o general, lo cual se decide según la preferencia del cirujano y las necesidades individuales del paciente para garantizar un procedimiento seguro y cómodo.

Una vez administrada la anestesia adecuada, se realiza una pequeña incisión en la región inguinal (ingle) para acceder al sitio afectado. Posteriormente, expuesta la hernia, el cirujano procede a evaluar su tamaño y contenido para planificar el tratamiento más apropiado.

La etapa siguiente implica la colocación de una malla, comúnmente de polipropileno u otro material similar, sobre el área afectada. Esta malla se posiciona estratégicamente para reforzar la pared abdominal, fortaleciendo así la zona debilitada y reduciendo significativamente la probabilidad de recurrencia de la hernia.

Finalmente, tras completar la reparación de la hernia, se cierra la incisión con suturas o grapas para asegurar una correcta cicatrización y recuperación del paciente. De esta manera, la técnica de Lichtenstein no solo ofrece resultados satisfactorios en términos de corrección de la hernia y prevención de recurrencias, sino que también se destaca por su meticuloso enfoque en cada fase del procedimiento, garantizando la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico.

Por su parte, García *et al* (8) reflejan que, esta técnica abierta sin tensión actualmente es concebida el estándar de oro en la reparación de hernias inguinales debido a sus numerosas ventajas que incluyen la reproducibilidad, baja morbilidad perioperatoria, accesibilidad para pacientes que no pueden tolerar anestesia general, menor costo en comparación con las técnicas laparoscópicas y una curva de aprendizaje más corta.

A razón de esto, en cirugía, una malla obedece a un dispositivo artificial que se esgrime para remplazar un defecto corporal, clasificada esta por el Dr. Amid de acuerdo al tamaño de sus poros en macroporosa (tipo I), microporosa (tipo II), mixta (tipo III) y orgánica (tipo IV). Ahora bien, la técnica de Lichtenstein ha sido modificada para disminuir el dolor y la recurrencia, con cambios implementados por Parviz Amid. Entre las modificaciones se encuentran la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico, 3-4 cm por encima del triángulo de Hesselbach y 5-6 cm laterales al anillo interno (8).

Posteriormente, la malla se fija con sutura continua de 4 pasadas a la cintilla iliopubiana y con 2 o 3 suturas interrumpidas en el tendón conjunto para prevenir el enrollamiento y el desplazamiento. Las colas de la malla se cruzan por detrás del cordón espermático para evitar recurrencias laterales al anillo interno y se mantiene la malla ligeramente relajada en forma de domo, para disminuir la tensión.

En este mismo orden de ideas, Vaccaro (9) menciona algunas consideraciones técnicas para la reparación de hernias mediante la técnica de Lichtenstein en las cuales se incluyen varios aspectos importantes. En primer lugar, valorar la presión intraabdominal promedio es de 8 cm H₂O cuando el paciente está acostado, aumentando a 11 cm H₂O al ponerse de pie y superando los 80 cm H₂O durante actividades como el esfuerzo y el vómito. Este aumento de presión induce una protrusión de la pared abdominal inferior, especialmente en la fascia transversalis, que queda protegida cuando la reparación de la hernia se realiza sin tensión.

Acto seguido, la fijación adecuada de los bordes de la malla al tejido inguinal es decisivo para prevenir la recurrencia de la hernia. En el cuerpo, las mallas pueden reducirse aproximadamente un 20% debido a la contracción. Incluso expone Vaccaro (9) que, un pequeño desplazamiento de la malla desde el tubérculo púbico, el

ligamento inguinal y el área del anillo interno puede causar fallos en la reparación de la hernia. Razón por la cual, una malla completamente plana en un paciente sedado y acostado estará sujeta a tensión cuando el paciente se ponga de pie o haga esfuerzo.

Entonces a finales de los años 1980, la evaluación de las recidivas y los fracasos, junto con la consideración del gradiente de presión intraabdominal y la contracción de la malla, llevaron a establecer los siguientes principios antes expuesto tales como: utilizar una malla grande que se extienda 2 cm mediales al tubérculo púbico, entre 3 y 4 cm por encima del triángulo de Hesselbach y entre 5 y 6 cm laterales al anillo interno, recomendándose una hoja de malla de 7.5 x 15 cm para facilitar su manejo. Cruzar las colas de la malla por detrás del cordón espermático para evitar recurrencias laterales en el anillo interno, fijar la malla con dos suturas interrumpidas en su borde superior y una sutura continua con no más de cuatro pasadas en el borde inferior; dejar la malla ligeramente relajada en forma de domo para contrarrestar la protrusión frontal de la fascia transversalis cuando el paciente está de pie y compensar la contracción de la malla. Finalmente, identificar y proteger los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital para evitar el dolor crónico postoperatorio (8,9).

Dicho esto, se procede entonces a detallar los estudios realizados que respaldan la investigación en curso, especificando que se encuentran vinculados a la variable objeto de estudio en el ámbito nacional e internacional y con una data no superior a los últimos años. Es así como, en primer lugar, se encuentra el trabajo realizado por Amantini *et al* (10) en Brasil año 2024, quienes investigaron el conocimiento de los principios técnicos relacionados con la técnica de Lichtenstein para reparar hernias inguinales. Descubrieron que existe una falta de uniformidad en cómo los cirujanos aplican la técnica, con un 53.4% introduciendo sus propias modificaciones. Además, notaron que muchos cirujanos aún prefieren la disección manual del cordón espermático, mientras que solo una minoría (15.2%) utiliza suturas absorbibles en la región de la aponeurosis del oblicuo interno. En consecuencia, destacan la necesidad de revisar y modernizar la técnica de Lichtenstein para mejorar los resultados quirúrgicos y reducir las tasas de recurrencia y dolor crónico después de la operación.

El estudio antes mencionado, sobre el conocimiento de los principios técnicos de la técnica de Lichtenstein en la reparación de hernias inguinales establece un antecedente relevante para la investigación en desarrollo puesto que, la falta de uniformidad en la aplicación de la técnica observada en el estudio previo sugiere la posibilidad de que los residentes también presenten disparidades en su entendimiento y aplicación de los procedimientos quirúrgicos estándar. Además, la identificación de prácticas aún comunes, como la disección manual del cordón espermático, y la subutilización de técnicas modernas, como el uso de suturas absorbibles. Así como también, señala la importancia de evaluar y actualizar el conocimiento y las prácticas de los residentes en cirugía general, reforzando así la relevancia de la presente investigación al resaltar la necesidad de una formación integral y actualizada en técnicas quirúrgicas para mejorar la calidad de la atención y los resultados para los pacientes.

Por otra parte, Simons *et al* (11) llevaron a cabo un estudio en los países bajos en el año 2020, en el cual se plantearon como objetivo establecer pautas a nivel internacional sobre el manejo de las hernias inguinales y evaluar su aceptación por parte de los cirujanos. Los resultados revelaron un consenso mayoritario en gran parte de las recomendaciones, con un acuerdo del 87% entre los participantes. Indicando un consenso generalizado para el diagnóstico y tratamiento de las hernias inguinales a nivel global, lo que puede servir de base para uniformar la atención a los pacientes.

Esto suministra al presente estudio, un aporte significativo porque establece pautas internacionales para el tratamiento de las hernias inguinales, así como su medición y aceptación entre cirujanos. Razón por la cual, evidencia la importancia y disposición de un consenso y una uniformidad en las prácticas médicas a nivel global. En síntesis, queda demostrada la existencia de una base establecida para estandarizar la atención a los pacientes en el ámbito de la cirugía general, lo que puede influir en el nivel de conocimiento y práctica clínica de los adjuntos y residentes en este campo.

También, Turiño *et al* (7), en España durante el año 2018, buscaron como objetivo proporcionar una visión sobre la popularidad y eficacia de la hernioplastia abierta de Lichtenstein en la reparación primaria de hernias inguinales. Destacando que esta

técnica es ampliamente utilizada a nivel mundial debido a su simplicidad, seguridad y reproducibilidad; aunado que, puede realizarse con anestesia local. Conjuntamente, argumentan que la técnica de hernioplastia sin tensión tipo Lichtenstein presenta baja morbilidad y un índice de recurrencia inferior al 0.5%. Enfatizan que esta técnica se basa en el uso de una malla para reparar adecuadamente el defecto herniario, eliminando la necesidad de procedimientos adicionales, como el refuerzo de suturas previas con la malla.

La investigación antes reseñada, ofrece una visión detallada sobre la eficacia y prevalencia de la hernioplastia abierta de Lichtenstein en la reparación primaria de hernias inguinales. Resaltando su uso a nivel mundial, así como sus características de simplicidad, seguridad y reproducibilidad, este antecedente subraya la importancia de que los adjuntos y residentes del servicio de cirugía general adquieran un sólido conocimiento sobre esta técnica quirúrgica fundamental. Además, al mencionar su baja morbilidad y reducido índice de recurrencia, el estudio enfatiza la relevancia de que los estos comprendan con profundidad los principios y procedimientos vinculados con la variable de estudio para garantizar resultados óptimos en la práctica clínica. Finalmente, destacan la importancia de evitar prácticas innecesarias, como el refuerzo de suturas previas con malla, enfatizando la necesidad de que los residentes adquieran habilidades para aplicar técnicas modernas y basadas en evidencia en su formación quirúrgica.

De igual modo, se halla el trabajo realizado por Vilchez (12) en Perú 2021, el cual tuvo como objetivo general comparar la eficacia (dolor postoperatorio y recurrencia) del uso de goma para la fijación de malla versus la fijación de la malla con sutura en la hernioplastia inguinal de Liechtenstein. Los resultados obtenidos por medio de un ensayo aleatorizado revelaron que, el uso de pegamento contribuyó a la disminución del dolor postoperatorio en comparación con las suturas. Además, no se percibieron diferencias significativas en cuanto a complicaciones postoperatorias, dolor crónico y recurrencia después de un año; sin embargo, no se localizaron otros estudios que resguarden la superioridad del pegamento sobre las suturas. En conclusión, sugiere que la fijación con pegamento podría reducir el dolor postoperatorio agudo, pero no

afecta el dolor crónico ni su recurrencia; por lo tanto, alega la necesidad de otras investigaciones para confirmar la eficacia del pegamento en la fijación de mallas.

Este trabajo se toma en consideración como sustento de la investigación en curso ya que, le proporciona una base empírica para mejorar la formación en técnicas avanzadas de hernioplastia de Lichtenstein. Puesto que, al poseer conocimientos actualizados sobre las mejores prácticas en la fijación de mallas, es de vital importancia para residentes y adjuntos a fin de mejorar las decisiones clínicas y optimizar los resultados para los pacientes. Debido a ello, la inclusión de estos hallazgos sobre el uso de pegamento en la formación y práctica de los cirujanos residentes podría ayudar a reducir el dolor postoperatorio y mejorar la recuperación de los pacientes que asisten al servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”.

Ahora bien, como se ha mencionado con anterioridad la técnica de Lichtenstein es altamente reconocida y aplicada en la reparación de hernias inguinales debido a su efectividad, baja morbilidad y tasas mínimas de recurrencia. Sin embargo, ha sido modificada en varios aspectos con la finalidad de mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones tales como dolor postoperatorio y las recidivas. Las cuales incluyen cambios en el tamaño y la colocación de la malla, así como en las técnicas de fijación y el manejo de los nervios inguinales.

En el Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en el Municipio Naguanagua Valencia, Estado Carabobo, los adjuntos y residentes del servicio de Cirugía General son fundamentales para la implementación de la técnica de Lichtenstein. No obstante, se evidencia una creciente preocupación sobre el conocimiento de estos residentes respecto a las modificaciones recientes de la técnica, de acuerdo a observaciones realizadas. Pudiéndose deber a falta de actualizaciones en su manejo y que, de una manera u otra, podrían resultar en mayor tasa de complicaciones postoperatorias y recurrencias de la hernia; además de un manejo inadecuado del dolor crónico postoperatorio.

Por otra parte, dicho desconocimiento de las modificaciones de la técnica puede ser atribuido a diferentes causas, como una formación insuficiente durante la residencia, falta de acceso a la literatura médica actualizada o supervisión y evaluación

inadecuadas por parte de cirujanos con amplia experiencia. Estas deficiencias formativas pueden afectar negativamente la calidad de la atención a los pacientes y los resultados quirúrgicos a largo plazo. Debido a ello, se requiere abordar esta situación problemática describiendo el nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes en relación a las modificaciones de la técnica de Liechtenstein a fin de proponer soluciones viables, como la implementación de programas de formación continua, talleres prácticos y la integración de supervisores capacitados que aseguren la correcta aplicación de las técnicas actualizadas.

En cuantos a los aspectos que justifican el presente estudio se tiene desde una perspectiva teórica, un aporte para la comprensión profunda sobre la integración de la técnica de Lichtenstein y sus modificaciones en la formación quirúrgica. Así como el suministro de una base empírica sobre el conocimiento de los residentes, aspectos fundamentales para la identificación de vacíos en la formación académica y profesional. Además, proporcionará datos valiosos para futuras investigaciones y desarrollos en la cirugía de hernias, fortaleciendo el marco teórico sobre la importancia de la educación continua y la actualización en técnicas quirúrgicas.

A nivel práctico, la investigación en curso contribuirá significativamente a la calidad de la atención quirúrgica en el recinto hospitalario seleccionado ya que, al identificar las deficiencias en el conocimiento de los residentes se podrán diseñar e implementar herramientas que conlleven a optimizar el manejo del dolor crónico postoperatorio; incidiendo en la satisfacción del paciente y proceso de recuperación.

Finalmente, a nivel metodológico este estudio propone un enfoque riguroso para evaluar el conocimiento de los residentes, a través de un cuestionario el cual establecerá un estándar para futuras evaluaciones de conocimientos en el ámbito quirúrgico, ofreciendo un modelo replicable en otros hospitales y centros de formación; puesto que, al identificar las brechas en el conocimiento existente favorecerá el desarrollo de intervenciones educativas específicas y personalizadas para mejorar la eficacia de la formación quirúrgica.

Objetivos

Objetivo general

Describir el nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid.

Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra de estudio de acuerdo a edad y sexo.
- Calificar la experiencia práctica de los adjuntos y residentes sobre la técnica de Liechtenstein.
- Diagnosticar el grado de familiaridad de los adjuntos y residentes del servicio de cirugía general con los protocolos y directrices establecidos para aplicación de la técnica de Liechtenstein.
- Precisar el conocimiento sobre las modificaciones de la técnica Liechtenstein en la muestra bajo estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación en curso, se consideró de tipo descriptiva y prospectiva con un diseño no experimental de corte transversal; donde la población objeto de estudio, la constituyeron cirujanos adjuntos y residentes para un total de 30 profesionales médicos del área de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua. Edo. Carabobo durante el período 2024. Mientras que, la muestra fue de tipo probabilística censal puesto que, se consideró el total de la población al ser esta una cantidad finita y asequible.

En cuanto al proceso de recolección de datos, se recurrió a la encuesta como técnica y como instrumento se elaboró un cuestionario (Ver Anexo A), constituido por 16 interrogantes de selección múltiple relacionadas a las dimensiones e indicadores establecidos en cada objetivo propuesto en la investigación. Finalizada esta etapa, se procedió a la obtención del consentimiento informado colectivo por parte de la muestra bajo estudio; previa explicación de la intencionalidad del estudio y dando cumplimiento a las consideraciones éticas que se deben seguir en todo proceso investigativo (Ver Anexo B).

Posteriormente, se recolectaron los datos a fin de conocer las características sociodemográficas de la muestra, la experiencia práctica con la técnica de Liechtenstein y los conocimientos sobre las modificaciones de la técnica Liechtenstein. Finalizada esta etapa, la información que se recolectada fue transcrita y tabulada en una matriz de datos con la herramienta Office Excel, con la finalidad de cuantificar y visualizar cada una de las dimensiones que son objeto de estudio.

Acto seguido, se recurrió al programa SPSS 23® de licencia libre, para procesar dichos datos y dar a conocer la consumación de los objetivos propuestos. Es importante señalar que, se consideraron las frecuencias absolutas y porcentajes para describir el nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid.

Hechas las consideraciones anteriores, vale destacar que todo proyecto de investigación requiere de un marco administrativo para ser llevado a cabo. Por lo tanto, para efectos del presente estudio contar con los recursos humanos resulta una arista fundamental es por ello que, se contará con un equipo multidisciplinar conformado por la investigadora, los médicos adjuntos, residentes de postgrado, tutor clínico y metodológico. Mientras que, a nivel institucional se dispondrá del contexto investigativo, es decir, el servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”.

Asimismo, entre los recursos materiales destacan los insumos de oficina, como hojas blancas, impresiones, fotocopias, internet, bolígrafos, carpetas y computadoras; materiales necesarios para la recolección de datos y ejecución del proceso investigativo. Por último, es menester resaltar que la ejecución del estudio será autofinanciada por la investigadora.

RESULTADOS

El presente acápite se encuentra conformado por la presentación de los resultados una vez finalizado el proceso de recolección de datos, a razón de ello, es importante mencionar que la muestra la constituyeron 30 médicos entre cirujanos adjuntos y residentes del área de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua. Edo. Carabobo, período 2024. A continuación, se muestran los hallazgos del proceso investigativo por medio de tablas de distribución de frecuencias y porcentajes para su posterior análisis y discusión en conformidad con los objetivos trazados.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25-30 años	16	53,33
31-36 años	6	20
Más de 37 años	8	26,67
Total	30	100
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	43,33
Masculino	17	56,67
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

Por medio de la tabla número 1, se puede observar la caracterización de la muestra objeto de estudio en donde 16 encuestados se correspondieron con el grupo etario entre los 25-30 años de edad (53,33%) mientras que, otros 6 en los rangos de 31-36 años (20%) y finalmente 8 médicos con más de 37 años de edad (26,67%). Es decir, hubo mayor representatividad de edad joven adulta. En cuanto al sexo, 17 médicos fueron masculinos (56,67%) y 13 féminas (43,33%), reflejando predominio del sexo masculino en la muestra estudiada.

TABLA 2. EXPERIENCIA PRÁCTICA CON LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN.

Con respecto a la estandarización de la técnica por AMID		
Grado de familiaridad sobre los criterios de AMID	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente familiarizado	14	46,67
Parcialmente familiarizado	9	30
No familiarizado	7	23,33
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

Por medio de la tabla número 2, se puede observar el nivel de conocimiento y la experiencia práctica de la muestra, en cuanto a la técnica Lichtenstein en conformidad con los criterios estandarizados y definidos por Amid. En donde 14 médicos alegaron estar completamente familiarizado (46,67%), 9 parcialmente familiarizados (30%) y otros 7 no familiarizados (23,33%). Evidenciando deficiencias en la comprensión de la misma.

TABLA 3. GRADO DE FAMILIARIDAD CON LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN.

Familiaridad con la técnica de Lichtenstein		
Grado de conocimiento sobre la técnica original de Lichtenstein	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente familiarizado	26	86,67
Parcialmente familiarizado	4	13,33
No familiarizado		
Total	30	100
Experiencia práctica en el uso de la técnica de Lichtenstein		
Con práctica en la aplicación	28	93,33
Sin práctica en la aplicación	2	6,67
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

Por medio de la tabla número, se observa la familiaridad de la técnica expresada por 26 encuestados que exhibieron estar totalmente familiarizados (86,67%) y 4 parcialmente familiarizados (13,33%); lo cual presume un elevado nivel de preparación teórica. En lo referente a la experiencia práctica en el uso de la técnica de Lichtenstein, 28 médicos aseveraron poseer la práctica necesaria para dicha aplicación (93,33%) y 2 de ellos negaron la disposición práctica (6,67%). Esto corrobora un alto grado de conocimiento teórico, pero con deficiencias en la familiaridad con los criterios de Amid.

TABLA 4. CONOCIMIENTO SOBRE LAS MODIFICACIONES DE LA TÉCNICA LIECHTENSTEIN EN LA MUESTRA BAJO ESTUDIO

Sobre disección y movilización del cordón espermático		
	Frecuencia	Porcentaje
Con farabeuf	10	33,33
Dren de penrouse	8	26,67
Manual	5	16,67
uso otro material para la movilización del cordón	7	23,33
Total	30	100
Con respecto al tamaño de la malla		
Utilizo 15 – 8cm	16	53,33
Dependiendo del paciente	14	46,67
Utilizo mallas más pequeñas		
Total	30	100
Con respecto a las fijaciones de la malla		
Siempre fijo la malla	23	76,67
Uso pegamento		
Dependerá del paciente	7	23,33
Total	30	100
Sobre la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico		
Conozco y aplico esta modificación	17	56,67
Conozco, pero no aplico esta modificación	8	26,67
No conozco esta modificación	5	16,67
Total	30	100
Sobre la extensión de la malla 3-4 cm por encima del triángulo de Hesselbach		
Conozco y aplico esta modificación	13	43,33
Conozco, pero no aplico esta modificación	14	46,67
No conozco esta modificación	3	10
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

A través de la tabla número 4, se observan los resultados obtenidos sobre el conocimiento y las prácticas vinculadas con las modificaciones de la técnica Lichtenstein en la muestra objeto de estudio. Donde 10 médicos alegaron que el método mayormente utilizado es el Farabeuf en cuanto a la movilización del cordón espermático (33,33%), acto seguido el dren de Penrose por 8 participantes (26,67%); otros 5 con la técnica manual (16,67%) y 7 exhibieron como respuestas otros materiales (23,33%).

En lo que concierne al tamaño de la malla, 16 médicos emplean la malla 15 – 8cm (53,33%) y el resto de 14 participantes realizan ajustes de acuerdo a los requerimientos del paciente (46,67%). Mientras que, para la fijación de la malla 23 médicos expresaron que siempre fijan la malla (76,67%) y otros 7 de acuerdo al caso clínico (23,33%). Para la extensión de la malla medial al tubérculo púbico, se halló que 17 encuestados la conocen y aplican (56,67%); 8 la conocen, pero no la implementan (26,67%) y finalmente 5 la desconocen (16,67%).

En cuanto a la extensión de la malla sobre el triángulo de Hesselbach, 13 médicos aseveraron su conocimiento y aplicación (43,33%); 14 tienen conocimientos, pero no la aplican (46,67%) y otros 3 posee desconocimiento (10%). Los hallazgos refieren el fortalecimiento práctico del conocimiento en líneas generales, para la obtención de una aplicación efectiva y uniforme como técnica quirúrgica.

**TABLA 4. CONOCIMIENTO SOBRE LAS MODIFICACIONES DE LA TÉCNICA
LIECHTENSTEIN EN LA MUESTRA BAJO ESTUDIO (continuación)**

Conocimiento sobre la extensión de la malla 5-6 cm laterales al anillo interno		
	Frecuencia	Porcentaje
Conozco y aplico esta modificación	14	46,67
Conozco, pero no aplico esta modificación	12	40
No conozco esta modificación	4	13,33
Total	30	100
Sobre la fijación de la malla con sutura continua de 4 pasadas a la cintilla iliopubiana		
Conozco y aplico esta modificación	8	26,67
Conozco, pero no aplico esta modificación	16	53,33
No conozco esta modificación	6	20
Total	30	100
Sobre la fijación de la malla con 2 o 3 suturas interrumpidas en el tendón conjunto		
Conozco y aplico esta modificación	9	30
Conozco, pero no aplico esta modificación	16	53,33
No conozco esta modificación	5	16,67
Total	30	100
Sobre la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico		
Conozco y aplico esta modificación	17	56,67
Conozco, pero no aplico esta modificación	8	26,67
No conozco esta modificación	5	16,67
Total	30	100
Sobre cruzar las colas de la malla por detrás del cordón espermático		
Conozco y aplico esta modificación	19	63,33
Conozco, pero no aplico esta modificación	8	26,67
No conozco esta modificación	3	10
Total	30	100
Sobre mantener la malla ligeramente relajada en forma de domo		
Conozco y aplico esta modificación	13	43,33
Conozco, pero no aplico esta modificación	13	43,33
No conozco esta modificación	4	13,33
Total	30	100
Sobre la identificación y protección de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital para evitar el dolor crónico postoperatorio		
Identifico rutinariamente los nervios	17	56,67
No los identifico	3	10
Algunas veces los identifico	10	33,33
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

Sobre los conocimientos de la extensión de la malla 5-6 cm laterales al anillo interno, 14 médicos conocen y aplica dicha modificación (46,67%), otros 12 la conocen, pero no la aplican (40%) y 4 la desconoce (13,33%). En cuanto a la fijación de la malla con sutura continua de 4 pasadas a la cintilla iliopubiana sólo 8 médicos conocen y aplican la modificación (26,67%), 16 tienen conocimiento, pero no la aplican (53,33%) y otros 6 se encuentran en desconocimiento (20%).

Al momento de consultar sobre la fijación de la malla con 2 o 3 suturas interrumpidas en el tendón conjunto 9 médicos conocen la modificación y la aplican (30%), 16 la conocen, pero no la aplican (53,33%) y otros 5 se encuentran en desconocimiento (16,67%). Para el caso de la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico 17 encuestados expresaron conocerla y aplicarla (56,67%), otros 8 no la aplican, pero tienen conocimiento (26,67%) y 5 de estos no la conocen (16,67%).

La modificación vinculada al cruce de las colas de la malla por detrás del cordón espermático, es conocida y aplica por 19 médicos (63,33%), otros 8 también la conocen, pero no la aplican (26,67%) y solo 3 encuestados se encuentran en desconocimiento de esta (10%). Sin embargo, cuando se consultó sobre el mantenimiento de la malla ligeramente relajada en forma de domo se evidenció igualdades ya que, 13 médicos expresaron conocerla y aplicar y otros la conocen, pero no la aplican (43,33%) respectivamente; 4 de ellos no conoce esta modificación (13,33%).

Por último, la identificación y protección de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital para evitar el dolor crónico postoperatorio como modificación, 17 médicos expresaron identificar rutinariamente los nervios (56,67%), otros 3 no los identifica (10%) y 10 los identifican algunas veces (33,33%). Los hallazgos obtenidos evidencian uniformidad en el uso práctico de las modificaciones aun cuando existe conocimiento de las mismas, por tanto, se hace imperante fortalecer la formación en el área de los adjuntos y residentes con la finalidad de optimizar su implementación en la práctica clínica.

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados obtenidos, se realiza en función de los objetivos que fueron establecidos en la investigación a fin de describir el nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid. Comprendiendo que dicha técnica, constituye un procedimiento que se emplea quirúrgicamente para el tratamiento de las hernias inguinales, con basamento en la colocación de una malla protésica para reforzar la pared abdominal; la cual funge como elemento de prevención para la recurrencia de las hernias. Mientas que los criterios de Amid, obedecen a un compendio de directrices que se utilizan con la finalidad de evaluar y categorizar las técnicas quirúrgicas empleadas para la reparación de las hernias inguinales; las mismas aseguran minimizar los niveles de recurrencia y reparación exitosa de esta.

En este sentido, se pudo conocer la existencia de una muestra diversa en cuanto a conocimiento y aplicación de las modificaciones de la técnica de Liechtenstein, esto tomando en consideración que el (86,67%) del personal médico encuestado se halla familiarizado con la extensión lateral de la malla al anillo interno mientras que, otro (83,33%) con la extensión medial de la malla; siendo estos dos elementos lo más frecuentes de la técnica. No obstante, la fijación de la malla con sutura continua en la cintilla iliopubiana fue más limitada debido a que un (26,67%) del personal lo implementa en sus prácticas quirúrgicas.

Sobre las aseveraciones antes mencionadas, queda en evidencia la separación existente entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de la técnica, reflejando deficiencias en la muestra bajo estudio para la adopción de las nuevas modificaciones y ejecución de estas al contexto clínico. Estos hallazgos, guardan relación con los ideales de Amanti *et al* (10) en los cuales hacen mención al fallo de la consistencia en la implementación la técnica de Liechtenstein, en cuanto a las diferencias relacionadas con las modificaciones y su puesta en marcha tal como lo es la fijación de las mallas mediante adhesivos o suturas absorbibles.

Del mismo modo, Simons *et al*, señala la importancia de fomentar prácticas quirúrgicas uniformes y optimizar la capacitación del personal médico cirujano. Por otra parte, se hallaron coincidencias con Vilchez (12), quien alega que la fijación de la malla durante la recuperación postoperatoria es importante para el manejo del dolor agudo y su reducción.

Los resultados antes descritos, guardan relación con el objetivo enfocado en diagnosticar el grado de familiaridad con los protocolos y lineamientos establecidos para la aplicación de la técnica Liechtenstein ya que, aunque el personal encuestado asegura conocer los protocolos, se exhibieron debilidades en la aplicación de ciertos aspectos. Es decir, hubo inconsistencias que pudiesen deber a las diferencias de formación, estandarización de los procedimientos o limitaciones de equipos y recursos necesarios para tal fin.

Ahora bien, sobre la experiencia práctica de los médicos adjuntos y residentes se obtuvo un porcentaje representativo de estos que poseen conocimientos sobre las modificaciones de la técnica. En contraste, se halló un bajo porcentaje en cuanto a la implementación de algunas de ellas en la práctica quirúrgica. Estas diferencias demuestran, la existencia de elementos que inciden en la adopción de las modificaciones por parte de la muestra objeto de estudio. Tales como, enfoques institucionales, carencia de recursos, formación previa, entre otros; pudiendo ser barreras que impiden una eficiente implementación.

En este mismo orden de ideas, otro hallazgo relevante fue el conocimiento y ejecución de la identificación y protección de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital en el (57,68%) de los casos de manera rutinaria. Arrojando la valoración de las complicaciones postoperatorias en cuanto a dolor por lesión de nervios por parte de la muestra.

Asimismo, se obtuvieron resultados similares con el objetivo destinado a precisar el conocimiento por parte de los médicos adjuntos y residentes sobre las modificaciones de la técnica de Lichtenstein. Puesto que, poseen conocimientos de las modificaciones

y aplican de manera integral estrategias para minimizar complicaciones postoperatorias.

Aunque la presente investigación, se enfocó específicamente en el conocimiento de las modificaciones de la técnica de Liechtenstein y los criterios establecidos por Amid, otras investigaciones se orientaron a la ejecución de análisis generalizados o desarrollo de pautas internacionales razón por la cual, se evidencia la necesidad del presente estudio a fin de contrastar los hallazgos en torno a la variable conocimiento. Es decir, se demuestra el vacío literario existente. Sin embargo, a nivel metodológico el estudio realizado tomó en cuenta las experiencias del personal médico bajo una orientación práctica y local, diferenciándose de investigaciones más extensas como los trabajos efectuados por Bruno *et al* (13) y Amanti *et al* (10).

En efecto, se lograron identificar ciertas adaptaciones en particular como la extensión lateral y medial de la malla, elemento poco considerado por parte de la literatura que sustenta la presente investigación. Finalmente, el estudio de Turiño *et al* (7), pese que posee datos menos actuales, abordó distintos contextos en cuanto a la aceptación de las prácticas actuales quirúrgicas, sobresaliendo la necesidad y actualidad del presente estudio.

Por ende, se puede ratificar que los hallazgos obtenidos guardan vinculación con el sustento teórico seleccionado ya que, demuestra la carencia de la estandarización de la técnica de Liechtenstein y la necesidad de robustecer la formación quirúrgica en la muestra bajo estudio. Además, los elementos contextuales y metodológicos empleados durante el desarrollo de la indagación, corroboran su beneficio para optimizar las prácticas quirúrgicas en el entorno hospitalario seleccionado.

CONCLUSIONES

Tomando como basamento los resultados obtenidos, se pudo corroborar que tanto los adjuntos como residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” poseen conocimientos significativos a nivel práctico y teórico sobre la técnica de Lichtenstein. No obstante, se hallaron debilidades en cuanto a la comprensión y aplicación de los criterios de Amid de manera consistente.

Al momento de caracterizar la muestra de acuerdo a edad y sexo, pretensión del primer objetivo específico se constató que la muestra mayormente se constituyó por médicos jóvenes, es decir, mayor frecuencia del sexo masculino con un (56,67%) y en edades comprendidas entre los 25 – 20 años (53,33%). Lo cual pudiese influir en la experiencia adquirida a nivel profesional y el acceso a las oportunidades de formación quirúrgica.

En lo que respecta al segundo objetivo específico, encargado de calificar la experiencia práctica de la muestra bajo estudio se evidenció que un (93,33%) de estos han implementado en su práctica médica dicha técnica. Aunque solo el (46,67%) de los casos se encuentran plenamente familiarizados con los criterios estandarizados, por tanto, se presume una diferencia entre los conocimientos teóricos y la implementación clínica. En relación a esto, el personal médico afirmó dominio de la técnica original de Lichtenstein de acuerdo al (86,67%) de ellos. La familiaridad con las modificaciones y protocolos puntuales exhibieron variaciones, haciendo énfasis en la necesidad de promover la capacitación en esas áreas.

Sobre las modificaciones de la técnica, existieron significativamente tendencias como es el caso de la movilización del cordón espermático, llevado a cabo principalmente con el uso de Farabeuf con un (33,33%) de afirmaciones o el dren de Penrose con un (26,67%). Por otra parte, la fijación de la malla (76,67%) aún cuando el restante de la muestra la ejecuta en conformidad con las características del paciente. Para las extensiones de la malla, un (56,67%) de la muestra la realiza con una extensión medial

al tubérculo púbico y otro (43,33%) sobre el triángulo de Hesselbach. Sin embargo, hubo un porcentaje del personal que se encuentra en conocimiento, pero no las aplica, esto refleja deficiencias en la práctica quirúrgica que demandan mejoras en la integración de los aspectos mencionados.

En los marcos de las observaciones anteriores, se recomienda a fin de optimizar el conocimiento y las prácticas quirúrgicas de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”:

- Reforzar los programas de formación continua a través de herramientas integrales donde se fusionen los aspectos teóricos y prácticos con énfasis en los criterios de Amid y las nuevas actualizaciones de la técnica Lichtenstein.
- Entre las herramientas o estrategia se incluyen revisiones periódicas, talleres, simulaciones, entre otros. Las cuales promoverán una ejecución consistente en las prácticas médicas.
- Planificar programas de formación con competencias específicas en promover las habilidades de movilización del cordón espermático, fijación de la malla y su extensión en función de los elementos anatómicos establecidos. Esto garantiza una eficiente integración de los procedimientos quirúrgicos.
- Promover los procesos investigativos en cuanto a la implementación de las modificaciones de la técnica y sus resultados quirúrgicos con la finalidad optimizar los métodos de enseñanza en conjunto con los protocolos existentes.
- Establecer un sistema de evaluación que monitorice las habilidades prácticas del personal y su conocimiento en aras de reforzar las deficiencias y generar retroalimentación de manera constructiva.
- Fomentar la mentoría clínica con supervisión de expertos para el acompañamiento del personal objeto de estudio al momento de realizar las intervenciones quirúrgicas.
- Propiciar el uso de herramientas educativas y tecnológicas que favorezcan el aprendizaje autónomo del personal, así como también, estar actualizados sobre los avances concernientes a cirugía general

REFERENCIAS

1. Mayo Clinic. Hernia inguinal. [Online].; mayoclinic.org [cited 2021 abril 24. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>.
2. Carrera N, Camacho M. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cirujano general. 2018 diciembre; 40(4): p. 250-254.
3. Barahona E. Complicaciones de las hernioplastías inguinales en pacientes del servicio de Cirugía General, Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, diciembre del 2013 a diciembre del 2016 Managua: (Trabajo de especialización). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua; 2019.
4. Cisneros H, Mayagoitia J. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2021; 9(2).
5. Correa L, Domínguez D. Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2018 junio; 22(3).
6. Virtulli J. Incidencia de recidiva de hernias inguinales Caracas: (Trabajo de especialización). Universidad Central de Venezuela. Venezuela; 2022.
7. Turiño J, Mirón I, Cabello A, Rodríguez C, Martínez A, Santoyo J. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. Cirugía Andaluza. 2018; 29(2).
8. García C, Aguilar F, Ramírez N, Farell J. Plastia Lichtenstein actualizaciones y recomendaciones. ¿Cómo lo hacemos nosotros? Cirugía Andaluza. 2023 febrero; 34(1): p. 52-58.
9. Vaccaro J. Hernioplastia abierta inguinal con malla. Técnica de Lichtentein. In colaboradores Gy. Enciclopedia Cirugía Digestiva.; 2018. p. 1-18.

10. Amantini B, Lustre P, Sandoval T, Mocchetti É, Almeida C, Waisberg J, et al. La técnica de Lichtenstein se está utilizando adecuadamente en reparaciones de hernias inguinales: análisis nacional y revisión de la técnica quirúrgica. Rev Col Bras Cir 50. 2024;; p. 1-10.
11. Veenendaal N, Simons M, Hope W, Tumtavitikul S, Bonjer J. Consenso sobre directrices internacionales para el tratamiento de las hernias inguinales. Endoscopia quirúrgica. 2020 abril;(34).
12. Vilchez V. Eficacia de la fijación de malla con goma versus sutura para manejo de dolor crónico y recurrencia en la hernioplastia de Liechtenstein: Revisión Sistemática Trujillo: (Trabajo de Grado). Universidad privada Antenor Orrego. Perú; 2021.

ANEXO A.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Saludos cordiales, el presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información para llevar a cabo una investigación titulada: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”, EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN APLICANDO LOS CRITERIOS DE AMID.** Es importante mencionar que, su participación es voluntaria y anónima, los datos obtenidos serán empleados solo con fines académicos. Razón por la cual, se valora su participación. El cuestionario consta de 16 preguntas de selección múltiple, por favor marque solo una opción en cada enunciado de acuerdo a su apreciación y experiencia en el área.

Datos Demográficos

1. Edad:

- 25-30 años
- 31-36 años
- Más de 37 años

2. Sexo:

- Femenino
- Masculino

Con respecto a la estandarización de la técnica por AMID

3. Grado de sobre los criterios de AMID

- Totalmente familiarizado con los criterios de AMID
- Parcialmente familiarizado con los criterios de AMID
- No familiarizado con los criterios de AMID

Familiaridad con la Técnica de Lichtenstein

4. Grado de conocimiento sobre la técnica original de Lichtenstein:

- Totalmente familiarizado
- Parcialmente familiarizado
- No familiarizado

5. Experiencia práctica en el uso de la técnica de Lichtenstein:

- Con práctica en la aplicación
- Sin práctica en la aplicación

Conocimiento sobre las Modificaciones de la Técnica de Lichtenstein

6. conocimiento en cuanto a la disección y movilización del cordón espermático

- Con farabeuf
- Dren de penrouse
- Manual
- uso otro material para la movilización del cordón

7. Con respecto al tamaño de la malla

- utilizo 15 – 8cm
- Dependiendo del paciente
- Utilizo mallas más pequeñas

8. Con respecto a las fijaciones de la malla

- Siempre fijo la malla
- Uso pegamento
- Dependerá del paciente

9. Conocimiento sobre la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico:

- Conozco y aplico esta modificación
- Conozco, pero no aplico esta modificación
- No conozco esta modificación

10. Conocimiento sobre la extensión de la malla 3-4 cm por encima del triángulo de Hesselbach:

- Conozco y aplico esta modificación
- Conozco, pero no aplico esta modificación
- No conozco esta modificación

11. Conocimiento sobre la extensión de la malla 5-6 cm laterales al anillo interno:

- Conozco y aplico esta modificación
- Conozco, pero no aplico esta modificación
- No conozco esta modificación

12. Conocimiento sobre la fijación de la malla con sutura continua de 4 pasadas a la cintilla iliopubiana:

- Conozco y aplico esta modificación
- Conozco, pero no aplico esta modificación
- No conozco esta modificación

13. Conocimiento sobre la fijación de la malla con 2 o 3 suturas interrumpidas en el tendón conjunto:

- Conozco y aplico esta modificación
- Conozco, pero no aplico esta modificación
- No conozco esta modificación

14. Conocimiento sobre cruzar las colas de la malla por detrás del cordón espermático:
- Conozco y aplico esta modificación
 - Conozco, pero no aplico esta modificación
 - No conozco esta modificación
15. Conocimiento sobre mantener la malla ligeramente relajada en forma de domo:
- Conozco y aplico esta modificación
 - Conozco, pero no aplico esta modificación
 - No conozco esta modificación
16. Conocimiento sobre la identificación y protección de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital para evitar el dolor crónico postoperatorio:
- Identifico rutinariamente los nervios
 - No los identifico
 - Algunas veces los identifico

ANEXO B



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Residente Adjunto,

Por medio del presente escrito, le invito cordialmente a participar en el estudio de investigación titulado **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADJUNTOS Y RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”, EN LA TÉCNICA DE LIECHTENSTEIN APLICANDO LOS CRITERIOS DE AMID.** Este estudio tiene como objetivo general: describir el Nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y todas sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para fines académicos e investigativos, respetando siempre los principios éticos establecidos para la investigación con seres humanos y garantizando su bienestar como participante. El procedimiento consistirá en completar un cuestionario diseñado por 18 interrogantes de selección múltiple para sus respuestas. El tiempo estimado para completar el mismo es de aproximadamente 10 minutos.

No se anticipan riesgos significativos al participar en este estudio, y los posibles beneficios incluyen contribuir al avance del conocimiento en la práctica quirúrgica y mejorar la educación dentro del hospital. Al completar y hacer entrega del cuestionario, estará otorgando su consentimiento voluntario para participar en dicha investigación; si desea participar, se le solicita firmar este documento. Para cualquier pregunta o duda sobre el estudio, no dude en contactarme.

Agradezco sinceramente su disposición y contribución a esta investigación. Atentamente,

Dra. Frangelis Sánchez

C.I. 22.614.828

Teléfono: 0412-1120272

Fecha:

Firma:

ANEXO C

Cuadro de operacionalización

Objetivo general	Describir el nivel de conocimiento de los adjuntos y residentes del Servicio de Cirugía General del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, en la técnica de Liechtenstein aplicando los criterios de Amid.	
Variable	Dimensión	Indicador
Características demográficas	Edad	-25-30 años -31-36 años -Más de 37 años
	Sexo	-Femenino -Masculino
Experiencia práctica con la técnica de Liechtenstein	Familiaridad	-Totalmente familiarizado -Parcialmente familiarizado -No familiarizado
	Experiencia	-Práctica en la aplicación -Sin práctica en la aplicación
Conocimiento sobre las modificaciones de la técnica Liechtenstein	Conocimiento sobre la extensión de la malla 2 cm mediales al tubérculo púbico	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre la extensión de la malla 3-4 cm por encima del triángulo de Hesselbach	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre la extensión de la malla 5-6 cm laterales al anillo interno	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre la fijación de la malla con sutura continua de 4 pasadas a la cintilla iliopubiana	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre la fijación de la malla con 2 o 3 suturas interrumpidas en el tendón conjunto	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre cruzar las colas de la malla por detrás del cordón espermático	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre mantener la malla ligeramente relajada en forma de domo	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación
	Conocimiento sobre la identificación y protección de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genital	-Conozco y aplico esta modificación -Conozco, pero no aplico esta modificación -No conozco esta modificación

ANEXO D.

Cuadro de actividades o Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	OCT 2023			ENE- OCT2024									
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Tema de investigación													
Revisión bibliográfica													
Introducción													
Metodología													
Recolección de datos													
Análisis y procesamiento de los datos													
Elaboración del informe final													
Presentación													

Fuente: elaboración propia