

Resultados de la implementación de una nueva clasificación clínico quirúrgica para hernias inguinales

Results of the Implementation of a New Clinical-Surgical Classification for Inguinal Hernias

Ernesto Casamayor Callejas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2708-9047>

Elvis Pardo Olivares¹ <https://orcid.org/0000-0001-8059-7465>

Zenén Rodríguez Fernández² <https://orcid.org/0000-0002-7021-0666>

Ana María Nazario Dolz² <https://orcid.org/0000-0002-8121-1613>

Carlos Adrián Castilla Frómeta¹ <https://orcid.org/0009-0005-5421-7680>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Hospital Provincial Docente Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: joseer2002@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Varias clasificaciones de las hernias inguinales han surgido en las últimas décadas, sin existir una que unifique criterios de anatomía patológica, criterios funcionales y que pauten el tratamiento quirúrgico. Se desarrolla y aplica una nueva clasificación clínico-quirúrgica, que permite pautar el tratamiento quirúrgico acorde a los factores de riesgo.

Objetivo: Evaluar los resultados de la implementación de una nueva clasificación clínico-quirúrgica para las hernias inguinales.

Métodos: Estudio cuasiexperimental con grupo control no equivalente, realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, de enero 2018 a diciembre de 2022. Se compararon dos grupos de pacientes y se estudiaron variables como probabilidad de recidiva, edad, sexo, uso de bioprótesis, exposición a grandes esfuerzos y procedencia.

Resultados: Se presenta nueva clasificación clínico-quirúrgica para la hernia, que permitió observar predominio para el uso de bioprótesis en el estudio previo (87,3 %) y en la intervención (86,8 %). Las técnicas con bioprótesis fueron empleadas en todos los pacientes expuestos a grandes esfuerzos; mientras, en aquellos no expuestos solo fueron usadas cuando el paciente presentó algún otro factor de riesgo.

Conclusiones: La implementación de la nueva clasificación pauta y perfecciona el tratamiento quirúrgico al incorporar el uso de bioprótesis, sobre todo en pacientes con hernias inguinales pequeñas y presencia de algún otro factor de riesgo considerado.

Palabras clave: hernia inguinal; factores de riesgo; clasificación.

ABSTRACT

Introduction: Several classifications of inguinal hernias have emerged in recent decades, but none has unified pathological anatomy criteria, functional criteria, and guidelines for surgical treatment. A new clinical-surgical classification has been developed and applied, which allows for the planning of surgical treatment based on risk factors.

Objective: To evaluate the results of implementing a new clinical-surgical classification for inguinal hernias.

Methods: A quasi-experimental study with a non-equivalent control group was conducted in the General Surgery Department of the Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso General Hospital in Santiago de Cuba from January 2018 to December 2022. Two groups of patients were compared, and variables such as probability of recurrence,

age, sex, use of bioprostheses, exposure to heavy physical exertion, and place of origin were studied.

Results: A new clinical-surgical classification for hernias is presented, which revealed a predominance of bioprosthesis use in the preoperative assessment (87.3%) and during surgery (86.8%). Bioprosthesis techniques were used in all patients exposed to heavy physical exertion; meanwhile, in those not exposed, they were used only when the patient presented another risk factor.

Conclusions: The implementation of the new classification guides and refines surgical treatment by incorporating the use of bioprostheses, particularly in patients with small inguinal hernias and the presence of any other significant risk factor.

Keywords: inguinal hernia; risk factors; classification.

Recibido: 12/04/2026

Aceptado: 07/05/2026

Introducción

La hernia inguinal, no es más que la protrusión anormal de los tejidos de uno o más órganos abdominopélvicos o parte de ellos, a través de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdominal anterior situada por debajo del nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores, a cada lado de la línea media;⁽¹⁾ y se conoce desde que el hombre adopta la posición erecta por lo que su historia es tan antigua como la propia humanidad

En Estados Unidos de América se reconoce que la prevalencia de la hernioplastia es de 280:100 000 habitantes, en las que 70 % de ellas son inguinales, y donde, además, existen muchos centros de atención con estadías abreviadas. En Chile, se identifica una prevalencia nacional de 136:100 000 habitantes, y aumenta de 11:10 000

habitantes en edades de 16 a 24 años a 200:10 000 habitantes en pacientes mayores de 75 años.^(2,3,4)

En Cuba, un tercio (33,3 %) de las operaciones que se realizan en los servicios de cirugía son debidas a una hernia de la ingle⁽⁵⁾ y el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba es considerado como un centro de experiencia en la cirugía herniaria, que desde su fundación en 2004, y encabezado por el Prof. Dr. José Miguel Goderich Lalán, se dedica al estudio y tratamiento de esta enfermedad, de la que cuenta con un registro de 7586 pacientes operados, de los cuales 69,7 % fueron hombres y 30,2 % mujeres.

A lo largo de las últimas décadas, varios sistemas de clasificación de las hernias inguinales han sido descritos a fin de realizar su sistematización, en la cual la terminología habitual empleada se basa en criterios de la anatomía topográfica y funcional, los que no siempre son suficientemente claros. La literatura reconoce múltiples sistemas de clasificación basados en la dilatación del anillo inguinal profundo, el desplazamiento de los vasos epigástricos y la integridad de la pared posterior.

Las clasificaciones más aceptadas por su simplicidad e integralidad son la de Gilbert modificada por *Rutkow-Robins*^(6,7) y la de *Nyhus*.⁽⁸⁾ Abraham, citado por *Larco* y otros,⁽⁷⁾ propone, en 2009, un nuevo enfoque fisiopatológico y terapéutico de las hernias inguinales, al introducir el concepto de complejo diafragmático, en el cual participan la fascia transversal y la aponeurosis del músculo transverso. Clasificación considerada completa desde el punto de vista fisiopatológico, pero que por su complejidad es difícil de aplicar.

Basado en criterios anteriores, no existe hasta la actualidad una clasificación que unifique criterios de anatomía patológica y funcional, que pautе su tratamiento quirúrgico para las hernias inguinales pequeñas y en dependencia de los factores de riesgo presentes en cada enfermo.

Motivo por lo que se decide desarrollar una nueva clasificación clínico-quirúrgica para las hernias inguinales basada en criterios anatomo-topográficos y funcionales,

que busca demostrar que su aplicación por los cirujanos generales sería de gran utilidad, al resultar una herramienta de trabajo sencilla, precisa y fácilmente extrapolable, en aras de conseguir mejores resultados en términos de recuperación funcional y complicaciones posoperatorias, pues permite pautar, en las hernias inguinales, el tratamiento quirúrgico acorde con los factores de riesgo.

La investigación se propuso como objetivo evaluar los resultados de la implementación de una nueva clasificación clínico-quirúrgica para las hernias inguinales.

Métodos

Se desarrolló un estudio cuasiexperimental con grupo control no equivalente, en el que se compararon sus resultados una vez aplicada una nueva clasificación (anexo), en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, de Santiago de Cuba, en el período de enero de 2018 a diciembre de 2022.

Con vistas a realizar la intervención y comparar sus resultados al aplicar la nueva clasificación, se consideraron dos grupos de pacientes:

1. Grupo control: pacientes con diagnóstico de hernia inguinal evaluados en la consulta especializada en hernias de la institución sede, de enero de 2015 a diciembre de 2018 (diagnosticados y tratados según la clasificación de Nyhus (n = 287)
2. Grupo estudio: pacientes con diagnóstico de hernia inguinal evaluados en la consulta especializada en hernias del hospital sede del estudio, de enero de 2019 a diciembre de 2022 (diagnosticados y tratados según la nueva clasificación, (n = 297) (anexo)

Se estudiaron variables de interés quirúrgico para la investigación, como edad, sexo,

uso de bioprótesis en el estudio inicial, en la intervención, exposición a grandes esfuerzos, y procedencia.

Además, durante el tiempo que abarcó el estudio se efectuó una amplia revisión bibliográfica en la biblioteca del Centro de Información de Ciencias Médicas de la institución, en la que se realizó una pesquisa de artículos científicos indexados en las bases de datos Scopus, Lantindex, Medline, Lilacs, UVS, Pubmed, entre 2018 y 2024.

Procesamiento de la información y análisis estadístico

La información necesaria para llevar a término la investigación se obtuvo a través de las historias clínicas ambulatorias de los pacientes operados de hernia inguinal. Datos todos que, a fin de disminuir los posibles sesgos, fueron recogidos por un solo investigador.

Para el procesamiento de la información los autores se auxiliaron de una computadora Pentium Core i3, en la que se aplicó el sistema Microsoft Word del Office 2011 y el *software* estadístico profesional SPSS versión 11.0. Todos los datos fueron coleccionados en una planilla de vaciamiento y llevados a una base de datos. Se utilizaron como medidas de resumen, el porcentaje y la razón para las variables cualitativas y medidas de tendencia central como media para las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se compararon con el test de Ji al cuadrado o test exacto de Fisher (X^2) en aquellos casos en que más del 20 % de las frecuencias esperadas tuvieran valores menores o iguales que cinco. Se utilizó una confiabilidad del 95 % y el nivel de significación fue igual a 0,05.

Se realizó el análisis de supervivencia al evaluar el resultado del tratamiento quirúrgico, en el que se tomaron en consideración el tiempo de seguimiento y la ocurrencia de la recidiva.

De este modo, conceptualmente se trata de un conjunto de métodos estadísticos muy apropiados, cuando lo que se está investigando es el tiempo hasta que ocurre el

evento de interés, y precisa de recoger como mínimo dos variables: el tiempo y la ocurrencia o no del evento terminal.

Los datos pueden presentarse como función de supervivencia y como función de riesgo.^(9,10) Se calculó la estimación de la probabilidad de supervivencia según Kaplan-Meier.

Aspectos éticos. Durante toda la investigación se cumplieron las normas éticas en cuanto a la discreción, confiabilidad y honestidad en la información que caracterizan a un buen profesional e investigador de la salud. Además, se obtuvo la aprobación del comité de ética y del consejo científico de la institución, los que emitieron los avales correspondientes.

Resultados

En el anexo se expone la nueva clasificación, a partir de la cual se clasificaron a todos los pacientes investigados según su sexo. Mientras que, en la tabla 1 se muestra que, en el sexo masculino hubo predominio de la categoría 3ª (100 %), seguido por la categoría 2 (93,7 %), la categoría 3B (92,3 %), la categoría 1C (93 %) y la categoría 1B (80 %). Con respecto al sexo femenino, la categoría que alcanzó mayor porcentaje fue la 1B (20 %).

Tabla 1 - Distribución de frecuencias según nueva clasificación y sexo

Nueva clasificación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	no.	%	no.	%	no.	%
IB	4	80,0	1	20,0	5	1,7
IC	66	93,0	5	7,0	71	23,9
II	194	93,7	13	6,3	207	69,7
IIIA	1	100,0	0	0,0	1	0,3
IIIB	12	92,3	1	7,7	13	4,4
Total	277	93,3	20	6,7	297	100,0

Nótese en la tabla 2 que predominó el grupo de edad de más de 65 años (44,1 %), y coincide con el estudio previo a la aplicación de la clasificación (solo para Nyhus II).

Tabla 2 - Distribución de frecuencias según nueva clasificación y grupos de edades

Nueva clasificación	Grupos de edades (años)									
	20 a 34		35 a 49		50 a 64		65 y más		Total	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
IB	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5	1,7
IC	5	7,0	10	14,1	26	36,6	30	42,3	71	23,9
II	14	6,8	21	10,1	78	37,7	94	45,4	207	69,7
IIIA	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,3
IIIB	1	7,7	0	0,0	5	38,5	7	53,8	13	4,4
Total	24	8,1	32	10,8	110	37,0	131	44,1	297	100,0

A partir de la tabla 3, se hizo un análisis de los pacientes que pertenecen a la categoría IB y IC de la nueva clasificación (anexo), comparados con los pacientes que pertenecen a la categoría II de Nyhus. Se realizó una distribución según el sexo en ambos grupos de tratamiento, y en ambos predominó el sexo masculino, al resultar en el estudio previo de 91,5 % y en el estudio de intervención de 88,2 %.

En cuanto al análisis del uso de bioprótesis, se pudo observar que hubo predominio de su uso en ambos grupos, el que resultó de 87,3 % en el estudio previo y de 86,8 % en el grupo de la intervención.

Tabla 3 - Distribución de frecuencias según los grupos, el sexo y el uso de bioprótesis

Sexo	Grupo Control				Total	%	Grupo Estudio					
	no	%	sí	%			IB	%	IC	%	Total	%
Femenino	0	0	12	8,5	12	8,5	4	5,3	5	6,6	9	11,8
Masculino	6	4,2	124	87,3	130	91,5	1	1,3	66	86,8	67	88,2
Total	6	4,2	136	95,8	142	100	5	6,6	71	93,4	76	100

En la tabla 4 se muestran los pacientes expuestos a grandes esfuerzos y grupo en el que predominaron tanto en el grupo control (73,2 %) como en el grupo estudio (67,1 %) los pacientes no expuestos a grandes esfuerzos.

En los enfermos sometidos a esfuerzos, en el grupo control se utilizó bioprótesis en el 97,4 % de ellos.

Mientras que en todos los pacientes que conformaron el grupo 2 (100 %) se utilizó bioprótesis, al tenerse en consideración este factor de riesgo.

Nótese que en los pacientes no expuestos también prevaleció el uso de bioprótesis, ya que el 90,3 % de ellos pertenecían al sexo masculino, el 47,7 % a edades mayores de 65 años, el 23,2 % eran sobrepeso, el 38,1 % fumadores y el 43,9 % de procedencia rural.

Al realizar su análisis, se pudo comprobar que las técnicas con bioprótesis fueron empleadas en todos los pacientes expuestos a grandes esfuerzos.

Sin embargo, en los pacientes no expuestos a grandes esfuerzos, estas solo fueron empleadas cuando el paciente presentó algún otro factor de riesgo asociado.

Tabla 4 - Frecuencias exposición a grandes esfuerzos profesionales y uso de bioprótesis

Exposición a grandes esfuerzos en su profesión	Grupo Control						Grupo Estudio					
	Sin bioprótesis		Con bioprótesis		Total n=142		IB		IC		Total n=76	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
Si	1	2,6	37	97,4	38	26,7	0	0,0	25	100,0	25	32,9
No	5	4,8	99	95,2	104	73,2	5	9,8	46	90,2	51	67,1
Total	6	4,2	136	95,8	142	100	5	9,8	71,0	93,4	76	100,0

En la tabla 5 se expone el análisis de la procedencia en ambos grupos de tratamiento, en los que predominaron los pacientes de origen rural (50,9 %) sobre todo en el grupo control (37,2 %) y no coincidió con el grupo estudio (21,1 %). Resultados que son estadísticamente significativos con $p = 0,010$.

Tabla 5 - Distribución de los pacientes según procedencia y grupos de tratamiento

Procedencia	Grupo 1		Grupo 2		Total	
Urbana	61	28,0	46	21,1	107	49,1
Rural	81	37,2	30	13,7	111	50,9
Total	142	65,2	76	34,8	21	100

Nota: $\chi^2 = 6,114$ $p = 0,0134$.

Discusión

El proceso de diagnóstico y tratamiento a pacientes con hernias inguinales no complicadas es continuo y sistemático, al tener en cuenta que la hernia inguinal es una enfermedad que el cirujano debe tratar a diario.

Según lo reportado por *Rodríguez* y otros,⁽¹⁰⁾ el sexo masculino (73,3 %) resulta más afectado en comparación con el sexo femenino. De igual forma, *Köckerling*⁽¹¹⁾ también lo identifica al reportar al sexo masculino (81,7 %) como más afectado sobre el femenino (60,5 %). Según criterio de los autores, los hombres tienen más probabilidades de desarrollar hernias inguinales por presentar un canal inguinal débil debido a su desarrollo embriológico en este sexo.

Es menester aclarar que no existe patrón de comparación con otras categorías de las clasificaciones ya descritas, pues la propuesta es una nueva clasificación para las hernias inguinales.

Autores como *Tran* y otros,⁽¹²⁾ hacen alusión a los pacientes mayores de 60 años al considerar que este es el grupo etario con mayor incidencia de hernias inguinales y en el cual se presentan más complicaciones. *Rodríguez* y otros,⁽¹⁰⁾ señalan que del total de pacientes con hernia inguinal investigados, el 52,2 % de ellos fueron pacientes mayores de 60 años.

Sin embargo, *Betancourt* y otros⁽¹³⁾ demuestran que el grupo de edad más representado fue el de 57 años y más, al ocupar el 37,0 % del total de los pacientes

estudiados, y resultó para ambos sexos el grupo de edades más frecuente con 27 hombres (36,0 %) y tres mujeres, las que representaron el 50,0 % de las mujeres investigadas.

Al realizar el análisis de la edad como factor de riesgo para la aparición de una hernia inguinal basado en los referentes teóricos, cabe señalar que es muy notoria su presencia, pues en la totalidad de los estudios revisados es coincidente que, en edades superiores a 60 años, se presenta con mayor incidencia esta enfermedad y demuestra que la edad es uno de los factores a tener en cuenta por los cirujanos para decidir el uso de técnicas bioprotésicas.

Al realizar el análisis de la exposición a grandes esfuerzos, se obtuvo que las técnicas con bioprótesis fueron empleadas en la totalidad de los pacientes expuestos a grandes esfuerzos; sin embargo, en los pacientes no expuestos, estas solo se emplearon cuando el paciente presentó algún otro factor de riesgo asociado.

Aiolfi y otros,⁽¹⁴⁾ en una revisión sistemática, consideran importante evaluar de donde proceden los pacientes teniendo en cuenta el nivel de actividad física que estos desarrollan, al reportar que el 16 % de los pacientes investigados eran de procedencia urbana y el 84 % de procedencia rural, resultado que coincide con los de la investigación. Además de señalar que respecto al sexo y a la edad, es el sexo masculino de procedencia rural (73 %) el más afectado y la edad media la de 56,64 años.

Los autores consideran que el análisis de esta variable es de importancia, sobre todo asociada a la profesión del enfermo, y fue uno de los elementos a tener en cuenta al tomar la decisión de la técnica quirúrgica realizada.

Es importante señalar que las hernias inguinales pequeñas tienen un porcentaje de recidiva bajo; sin embargo, en los cuatro años de su seguimiento el grupo control clasificados como Nyhus II presentó un porcentaje de recidiva de 5,6 %.

El aporte de la investigación se centra en disponer de una nueva clasificación clínico-quirúrgica que unifica las categorías anteriores utilizadas y pauta el tratamiento de

las hernias inguinales, al tener en cuenta los factores de riesgo en las hernias inguinales pequeñas.

Las limitaciones del estudio están en el reducido número de pacientes que fueron incluidos, teniendo en cuenta la alta frecuencia con que se presenta la enfermedad.

Se concluye que la implementación de la nueva clasificación pauta y perfecciona el tratamiento quirúrgico, al incorporar el uso de bioprótesis, sobre todo en pacientes con hernias inguinales pequeñas y la presencia de alguno de los factores de riesgos considerados.

Referencias bibliográficas

1. Martínez J, García P, Menéndez LM, Pous S. Encuesta nacional sobre el manejo de la hernia inguinal en España. Comparación de resultados con la Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal de The Hernia Surge Group. Rev Hispanoam Hernia. 2021 [acceso 10/02/2024];9(1):36-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7723064&orden=0&info=link>
2. Solís JR, Leal G, Guadarrama EO. Comparación de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con y sin recidiva de hernias inguinales operados en el Centro Méd Naval. Cir y Cir. 2022 [acceso 04/02/2024];90(6):789-95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7723064&orden=0&info=link>
3. Tran HM, MacQueen I, Chen D, Simons M. Systematic Review and Guidelines for Management of Scrotal Inguinal Hernias. J. Abdom. Surg. 2023;2:11195. DOI: <https://doi.org/10.3389/jaws.2023.11195>
4. Fitzgibbons RJ, Forse RA. Groin hernias in adults. N Engl J Med. 2015;372:756-63. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1404068>
5. Diallo MS, Rodríguez Z, Joubert G, Gavilán RL, Casamayor E. Factors associated with the complications of elective surgery of inguinal hernias. Rev Cub Medicina

- Militar. 2019 [acceso 14/04/2024];48(4):707-22. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm2019/cmm194_c.pdf
6. Cisneros HA, Mayagoitia JC. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Rev hispanoam hernia. 2021;9(2):61-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00441>
7. Larco JN, Noboa NL, Zambrano AR. Hernias de la Pared abdominal: diferentes tipos de clasificaciones y complicaciones. International Journal of Medical and Surgical Sciences. 2022;9(2):1-11. DOI: <https://doi.org/10.32457/ijmss.v9i2.1867>
8. European Hernia Society. Guía Internacional para el manejo de la hernia inguinal; 2019 [acceso 14/04/2024]. Disponible en: <https://europeanherniasociety.eu/wp>
9. Mogensen UB, Ishwaran H, Gerds TA. Evaluating Random Forests for Survival Analysis Using Prediction Error Curves. Journal of Statistical Software. 2021;99(9):1-23. DOI: <https://doi.org/10.18637/jss.v099.i09>
10. Klein JP, Moeschberger ML. Survival Analysis: Techniques for Censored and Truncated Data. 3d. Springer; 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-22146-6>
11. Park CL, Chan PH, Prentice HA. Risk factors for reoperation following inguinal hernia repair: results from a cohort of patients from an integrated healthcare system. Hernia. 2023;27:1515-24. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02922-9>
12. Tran HM, MacQueen I, Chen D, Simons M. Systematic Review and Guidelines for Management of Scrotal Inguinal Hernias. J. Abdom. Wall Surg. 2023;2:11195. DOI: <https://doi.org/10.3389/jaws.2023.1>
13. Betancourt D, Solís L, Betancourt L, Hernández JM, Milian EJ, Izaguirre M. Factores predisponentes de infección postquirúrgica de la hernia inguinal, servicio Cirugía Gral Ciego de Ávila. Rev C de la Salud. 2021 [acceso-04/03/2025];5(3):1-10. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/3196/3616>
14. Tran HM, MacQueen I, Chen D, Simons M. Systematic Review and Guidelines for Management of Scrotal Inguinal Hernias. J. Abdom. Wall Surg. 2023;2:11195. DOI: <https://doi.org/10.3389/jaws.2023.11195>

15. Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. Am j surg.1989 [acceso 22/01/2022];157(3):331-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002961089905643>
16. Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era. Surgery.1993 [acceso 22/01/2022];114(1):1-2. Disponible en: <https://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=4829321>
17. Arap JA. Hernias Inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev cubana cir. 2009 [acceso 10/02/2022];48(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0034_74932009000200010&ing=es

Anexo. Clasificación clínico quirúrgica para hernias inguinales

Nueva clasificación. Grupo	Clasificación Gilbert⁽¹⁵⁾	Clasificación Nyhus⁽¹⁶⁾	Clasificación Abraham⁽¹⁷⁾
IA	1	I	IA
IB	2,3	II	IB
IC	2,3	II	IB
II	4-7	III A, B, C	II, III
IIIA	-	IV A, B, C, D	IV A, B
IIIB	-	IV A, B, C, D	V A, B

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Ernesto Casamayor Callejas y Elvis Pardo Olivares.

Curación de datos: Ernesto Casamayor Callejas y Elvis Pardo Olivares.

Análisis formal: Ernesto Casamayor Callejas y Elvis Pardo Olivares.

Metodología: Zenén Rodríguez Fernández y Ana María Nazario Dolz.

Administración del proyecto: Ernesto Casamayor Callejas.

Recursos: Carlos Adrián Castilla Frómeta.

Supervisión: Zenén Rodríguez Fernández y Ana María Nazario Dolz.

Validación: Ernesto Casamayor Callejas y Elvis Pardo Olivares.

Visualización: Carlos Adrián Castila Frómeta.

Redacción-borrador original: Ernesto Casamayor Callejas y Zenén Rodríguez Fernández.

Redacción-revisión y edición: Ernesto Casamayor Callejas, Zenén Rodríguez Fernández y Ana María Nazario Dolz.