UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Favio César Cutipa Valentín

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

CO-ASESOR:

Méd. Esp. Cir. Gral. Carlos Javier Mego Silva

Tarapoto - Perú

2020

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Favio César Cutipa Valentín

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

CO-ASESOR:

Méd. Esp. Cir. Gral. Carlos Javier Mego Silva

Tarapoto - Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Favio César Cutipa Valentín

ASESOR:

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

CO-ASESOR:

Méd. Esp. Cir. Gral. Carlos Javier Mego Silva

Tarapoto – Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019

AUTOR:

Favio César Cutipa Valentín

Sustentada y aprobada el día 25 de noviembre del 2020, ante el honorable jurado:

…… **Dra. Alicia Bartra Reátegui** **Presidente**	…… **Méd. Fredy Huamán Hidalgo** **Secretario**
…… **Méd. M.Sc. Mauro Olmedo Vásquez Sánchez** ***Miembro***	…… **Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez** ***Asesor***

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez;

HACE CONSTAR:

Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.**

Elaborado por:

Bach. Medicina Humana: Favio César Cutipa Valentín

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 25 de noviembre del 2020.

……

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Favio César Cutipa Valentín, con DNI N° 48275585, egresado de la Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 25 de noviembre del 2020.

……

Bach. Méd. Favio César Cutipa Valentín

DNI N° 48275585

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Cutipa Valentín Favio César		
Código de alumno :	124307	**Teléfono:**	990146103
Correo electrónico :	fccvdgtd3@hotmail.com	**DNI:**	48275585

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Titulo :	"Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019"
Año de publicación:	2020

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus *repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales* serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".**

.....

Firma y huella del Autor

---

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

01 / 12 / 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto – UNSM-T.

.....

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por estar siempre conmigo, encaminándome en cada paso que doy, siendo mi fortaleza.

A mis padres, hermana, que en cada momento me brindaron su apoyo, motivación y consejos para seguir adelante, confiando en mi capacidad.

A mi novia Dayan Troya Paredes que está siempre motivándome, celebrando mis triunfos, no dejando que adversidades me frenen en mi camino.

Favio César Cutipa Valentín

Agradecimiento

A mis docentes, que marcaron una etapa importante en nuestro estudio universitario desde el inicio hasta la culminación de las clases.

Al Dr. Carlos Javier Mego Silva y Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez quienes me ayudaron en asesorías y dudas que presentaba durante la elaboración de la tesis.

Al ingeniero Carmelino por su tiempo, dedicación y conocimientos brindados para culminar la tesis.

A la Universidad Nacional de San Martín por confiar en nosotros, preparándonos y formándonos para un futuro competitivo, con valores.

Favio César Cutipa Valentín

Índice

Pág.

Dedicatoria.....vi
Agradecimiento vii
Resumen….....xii
Abstract…..... xiii

I. INTRODUCCION.....1
1.1. Realidad problemática.....1
1.2. Antecedentes de la investigación.....2
1.3. Bases Teóricas.....5
1.3.1. Anatomía región inguinal.....5
1.3.2. Características epidemiológicas.....6
1.3.3. Etiología y o factores de riesgo 6
1.3.4. Tipos de hernia inguinal 7
1.3.5. Características clínicas.....8
1.3.6. Características quirúrgicas.....10
1.3.7. Complicaciones post operatorias 11
1.4. Definición de términos 12
1.5. Justificación y/o importancia.....13
1.6. Formulación del problema.....13

II. OBJETIVOS.....14
2.1. Objetivo General 14
2.2. Objetivos Específicos.....14
2.3. Hipótesis de la investigación.....14
2.4. Sistema de variables 14
2.5. Operacionalización de variables.....15

III. MATERIAL Y MÉTODOS 18
3.1. Tipo de investigación 18
3.2. Diseño de investigación.....18
3.3. Nivel de investigación.....18

3.4. Población y muestra 18
3.5. Tamaño de muestra..... 18
3.6. Procedimiento..... 19
3.7. Métodos e instrumentos de recolección de datos 20
3.8. Plan de tabulación y análisis de datos 20

IV. RESULTADOS 21
4.1. Características clínicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados..... 21
4.2. Características epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados 22
4.3. Características quirúrgicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados..... 23

V. DISCUSIÓN..... 27

VI. CONCLUSIONES..... 32

VII. RECOMENDACIONES 33

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 34

ANEXOS: 38

Índice de Tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Hernia inguinal según edad	22
2	Contenido del saco herniario de casos de hernia inguinal	25

Índice de Figuras

Figura	Título	Pág.
1	Signos y síntomas predominantes de la hernia inguinal	21
2	Hernia inguinal según el género	22
3	Lugar de procedencia de pacientes con hernia inguinal	23
4	Tipo de hernia inguinal	23
5	Localización de la hernia inguinal	24
6	Condición de la hernia inguinal	24
7	Procedimiento quirúrgico utilizado	25
8	Complicaciones post-operatorias de la hernia inguinal	26

Resumen

Objetivo: Conocer las principales características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II- 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019. **Método**: Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental. El tamaño de la muestra fue de 66 pacientes mayores de 18 años. La recolección de datos se hizo mediante una ficha de recolección de datos. **Resultados**: Los signos y síntomas predominantes fueron el dolor y el abultamiento. El grupo etario entre 51 y 70 años predominó con 43%. Predominó el sexo masculino, de procedencia urbana. El tipo más frecuente de hernia es la indirecta con un 68 %. La localización derecha es más frecuente con un 56 % de casos, el 89% no presento complicaciones, el 62% de hernias no presentaron contenido. El procedimiento quirúrgico más usado fue la hernioplastia con un 97%. Se observó que el 92% de los casos no presentó complicación postquirúrgica. **Conclusiones**: Los signos y síntomas más frecuentes fue el dolor, seguido del abultamiento. La edad promedio fue de 51 a 70 años, en el sexo masculino, cuya procedencia predominante fue la urbana. Las hernias inguinales se localizaron más en el lado derecho, predomina el tipo indirecto, la técnica más utilizada fue la hernioplastía, sin presentar complicaciones postquirúrgicas.

Palabras clave: Características clínicas, epidemiológicas, quirúrgicas, hernia inguinal.

Abstract

Objective: To determine the main clinical, epidemiological and surgical characteristics of patients over 18 years old who have undergone surgery for inguinal hernia at Hospital II- 2 Tarapoto between January and September 2019. Methods: It is a quantitative, descriptive, retrospective, transversal and non-experimental study. The sample size was made of 66 patients over 18 years old. Data collection was carried out using a data collection sheet. Results: The predominant signs and symptoms were pain and swelling. The age group between 51 and 70 years old predominated with 43%. Males, of urban origin, predominated. The most frequent type of hernia was indirect with 68%. The right location is more frequent with 56% of cases, 89% did not present complications, 62% of hernias did not present content. The most used surgical procedure was hernioplasty with 97%. It was observed that 92% of the cases did not present post-surgical complications. Conclusions: The most frequent signs and symptoms were pain, followed by swelling. The average age was 51 to 70 years, in the male sex, whose predominant origin was urban. Inguinal hernias were located more on the right side, the indirect type predominates, the most used technique was hernioplasty, without presenting post-surgical complications.

Key words: Characteristics, Clinical, Epidemiological, Surgical, Inguinal Hernia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
COORDINACIÓN
CENTRO DE IDIOMAS

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad problemática

La hernia inguinal es hasta la actualidad una patología quirúrgica frecuente; se la considera como una de las causas más comunes de las consultas en la especialidad de cirugía. En los últimos tiempos las complicaciones que puede traer consigo esta patología hace que le tomemos más importancia, por lo que se debe realizar un diagnóstico precoz.

Se calcula que aproximadamente el 75% de todas las hernias abdominales se localiza en la región inguinal, de las cuales el 15% se pueden encontrar en los hombres adultos, de la cual la hernia indirecta es la que predomina. Se desconoce con exactitud la prevalencia en la población, pero si bien es cierto su frecuencia de presentación es igual a la de la apendicitis aguda y la litiasis vesicular; que se consideran como las principales causas de ingreso a la sala de operación (1).

Las hernias inguinales, son frecuentemente asintomáticas o con sintomatologías leves, característica que se evidencia incluso en el diagnóstico. En cualquiera de estas situaciones, su evolución no está ajena de complicaciones que pueden implicar un riesgo de obstrucción acompañado o no de estrangulación intestinal, que son más frecuentes en adultos mayores. Por lo que su abordaje oportuno y control pos operatorio óptimo son de gran importancia (2).

Debido a su elevada incidencia es hoy en día un problema tanto social como quirúrgico por ser una de las intervenciones más realizadas en sala de operaciones por los cirujanos generales, siendo la obesidad, la multiparidad, ascitis, tumores abdominales o esfuerzos muy intensos factores de riesgo para el desarrollo de hernia inguinal (3).

Toda hernia inguinal debe ser reparada a cualquier edad, para evitar la posibilidad de presentar complicaciones del contenido herniario, que obliguen a intervenciones de urgencia que conllevan morbilidad y mortalidad importantes. Cada paciente debe contar con exámenes básicos normales de acuerdo a lo exigido, según las pautas de protocolo de cada centro hospitalario (4).

La implementación de hernioplastía como tratamiento quirúrgico causaron que el porcentaje de recidivas de hernias inguinales disminuyan, por lo que gran parte de pacientes operados de hernia inguinal que llegan a la consulta externa se encuentran sin complicaciones (5).

Razón por la cual se ha decidido hacer una investigación y estudio a este problema, ya que no deja de ser un problema de salud por la falta de una guía adecuada de atención, la elección de un tratamiento quirúrgico que disminuya las complicaciones y recidivas de pacientes post-operados.

1.2. Antecedentes de la investigación

- **Internacional**

Sánchez y otros en el año 2005 (6), presentaron un artículo científico donde trataba sobre "Hernia inguinal ", en cual reporta un total de 688 pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal, dentro del cual se observó que el 36 % de los pacientes eran entre 41 y 50 años, el más joven del tenía 16 años y el de mayor 92 años. El sexo masculino predominó en una proporción de 16 a 2. Además se demostró que la hernia inguinal indirecta es más frecuente que la directa en una proporción 4 a 1. De los pacientes con hernia inguinal indirecta, 15 pacientes presentaron hernia deslizada, siendo la vejiga el órgano más frecuentemente afectado.

Acevedo en 2008 (7), presentó un artículo de investigación en Chile sobre la manifestación clínica de la hernia inguinal en los pacientes que acudieron al consultorio externo del Centro de referencia en Salud Cordillera Oriente para su intervención quirúrgica por una hernia inguinal derivados de consultorios de cirugía general. Se estudiaron 102 mujeres y 591 varones y se dividieron dos grupos según su edad: de 14 a 44 y mayores de 45 años. El dolor predominó en el 82,4% de los casos y fue el motivo de consulta en el 75%, seguido por la incomodidad en el 17%. Las hernias directas constituyeron el 52% del total de la muestra. En los pacientes menores de 45 años predominaron las hernias indirectas con un 64,0% y en los mayores de 45 las hernias inguinales directas con un 60,6%.

Meretta en 2012 (8), En 2012 realizó un estudio en Guayaquil que trataba del manejo quirúrgico de la hernia inguinal llegando a concluir que las hernias son un problema de salud, que afecta tanto a hombres como mujeres, a cualquier edad, con un 27 % de presentarse en hombres y el 3 % en las mujeres.

Palacio en 2016 (9), realizó una investigación en Colombia habla sobre la epidemiologia y factores que puede llevar a la recidiva una hernia inguinal ya operada en la ciudad de Bogotá. Se recolectaron datos de 377 pacientes operados en el Hospital de San Blas de Bogotá por hernia inguinal. Se encontró que la mayoría de pacientes que acudieron a consultorio por hernia inguinal eran hombres (76,7%), entre los 16 y 91 años, promedio de 57 años. La hernia indirecta fue la más frecuente fue indirecta en el 64,2%, unilateral en el 90,5%. El 48,0% de los casos fue intervenido por vía preperitoneal. El dolor crónico en el 6,1% fue la complicación postoperatoria más frecuente.

Carrera y Camacho en 2018 (10), presentó un artículo de investigación en México sobre el tipo de hernia inguinal encontrado en la población general. Fueron operados 114 pacientes de hernioplastía inguinal, donde se observó que el grupo de mayor prevalencia fue el de 61 a 80 años de edad, representando 40% del total, el más joven del grupo sólo tenía seis años y el de mayor edad 84 años, según el género predominó el sexo masculino con 97 pacientes, un total de 92.4%. La técnica quirúrgica más usada fue la hernioplastía tipo Lichtenstein con un 64.8% de los pacientes.

Bejerano en 2018 (11), realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en Venezuela de 747 pacientes operados de hernias abdominales externas en el Centro de Diagnóstico Integral “La Atlántida”, donde predominaron el grupo etario de 51-60 años (37,8 %), seguido por el 41-50 (34,5 %), así como el sexo masculino (75,1 %). La técnica quirúrgica más empleada fue la hernioplastia (72,6 %), en cambio las técnicas clásicas (27,4 %), 43 pacientes presentaron complicaciones posoperatorias, sobresaliendo el edema del cordón y el seroma en 9 de ellos (25,6 %, respectivamente), así como la recidiva herniaria y la infección del sitio operatorio en 7 (16,3 %).

Casamayor en 2018 (12), presentó un artículo en Cuba sobre las características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales. De las 2043 personas operadas por hernias inguinales en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, el sexo predominante fue el masculino con 1834 pacientes (40,8 %), y el grupo etario más frecuente fue el de 61 y más años, con 45,7 %, la técnica quirúrgica de Lichtenstein fue la más utilizada, con 1845 pacientes (97,1 %).

- **Nacional**

Alva y Ayala en 2012 (13), realizó un estudio en Huancayo denominada "Hernias inguinales en adultos en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé", en la que, de 183 pacientes, 109 cumplieron con el 100% de los criterios de inclusión. Predominando el sexo masculino con un 87,2% y 12,8% las mujeres; el grupo etario más frecuente fue el de 46-65 años con un 41.3%. En el post operatorio, del total de hernias, el 53,3%, fueron directas, el 34,4% indirectas, y un 6,6% eran mixtas.

Díaz en 2014 (14), llevó a cabo una investigación en Trujillo sobre el perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de la patología herniaria de pared abdominal en el Hospital Belén. Hubo un registro total de 1240 historias clínicas, de las cuales, 300 fueron seleccionadas de forma aleatoria. La edad frecuente fue entre los 19-59 años correspondiendo al 52.4% de los pacientes, predominando el sexo masculino con 59%, hernia reductible no complicada fue la más frecuente 58%, seguida de hernia complicada (incarcerada 18% y estrangulada 1%).

Carrasco realizó un estudio en el Hospital II Essalud "Jorge Reátegui Delgado" (15) en el periodo de diciembre del 2014 a enero del 2016 donde se registraron y operaron 48 pacientes con el diagnóstico de hernia inguinal, de las cuales 21 pacientes fueron de sexo femenino (43.75%) y 27l masculino (56.25%). La cantidad de pacientes se agrupó entre las edades de 40 a 69 años con 32 pacientes (66.67%). Se hallaron 63 hernias en 48 pacientes, notando la presencia de distintos tipos de hernia, de igual manera se muestran 4 pacientes (8.33%), que presentaban bilateralidad de hernia. En 13 pacientes las hernias mostraron regular complejidad siendo la indicación por

recidiva en el preoperatorio de 4 pacientes (8.33%); 5 presentaron hernias inguinoescrotales (10.42%) y en 4 se observaron características de irreductibilidad (8.33%).

Bendezú en 2018 (16), realizó un estudio en Lima en el Hospital Nacional Arsobispo Loayza. De 128 pacientes con el diagnóstico de hernia inguinal, el sexo que predominó más fue el masculino con un 75% de los casos, mientras que las mujeres el 25%. El grupo etario más frecuente fueron los mayores de 65 años que correspondió al 46,1% de la población. Según la localización, el 80,3% se presentó en un solo lado; dentro de los cuales el 50% fue en el lado derecho y el 38,3% en el lado izquierdo; las hernias inguinales bilaterales representaron solo el 11,7%.

1.3. Bases Teóricas

La hernia es una protrusión de un órgano o tejido a través de un defecto, ya sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared abdominal. En una hernia inguinal, este fenómeno ocurre a través del canal inguinal. Suele presentar un saco formado por peritoneo parietal, pudiendo presentar contenidos como asas intestinales, epiplón u otros órganos intraabdominales (17).

1.3.1. Anatomía región inguinal

La zona inguinal es una compleja red constituida por ligamentos, aponeurosis y músculos que forman múltiples planos. El conducto inguinal se localiza en la cavidad pélvica, localizada en la porción inferoanterior, con una longitud de 4 a 6 cm aproximadamente. Inicia en el anillo inguinal profundo o interno y termina en el anillo inguinal externo o superficial. En los varones contiene al cordón espermático, mientras que en las mujeres el ligamento redondo. La cara anterior está conformada por la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, la parte posterior por la fascia transversalis y el músculo transverso. La cara superior está limitado por el músculo oblicuo interno y en la parte inferior por el ligamento inguinal. La zona posterior del conducto inguinal está formada por la fascia transversalis solo en el caso del 25% de pacientes, como también en un menor porcentaje de personas el conducto inguinal

está limitado por el tendón conjunto en la parte superior, que es la fusión del músculo oblicuo interno y del músculo transverso (18).

1.3.2. Características epidemiológicas

Las hernias inguinales representan 75% de las hernias de la pared abdominal, siendo más frecuente en el sexo masculino con respecto al femenino, presentándose con más frecuencia entre las edades 30 y 59 años. Las hernias indirectas son las más frecuentes, representan el 79% de todas las hernias inguinales, las directas le sigue con un 18% y por ultimo las femorales 3% (19). La reparación de la hernia inguinal constituye el procedimiento quirúrgico más realizado por cirujanos generales, mientras que a nivel mundial es la segunda cirugía más frecuente. Se realiza aproximadamente 20 millones de operaciones para la reparación de hernias inguinales al año.

Esto da una noción de la importancia que significa la patología herniaria en la región inguinal a nivel mundial, así como la repercusión económica que causa la hernia inguinal, desde su diagnóstico hasta su reparación y manejo, así como las posibles secuelas que pudiese darse (20).

1.3.3. Etiología y o factores de riesgo

La etiopatogenicidad de las hernias inguinales son multifactoriales:

Factores biológicos (metabólicos y bioquímicos)

En el que se encuentran la disminución en la síntesis de colágeno o la síntesis de colágeno de mala calidad, ya sea debido a patologías hereditarias o genéticas (Marfan, Ehlers-Danlos, entre otros) o adquiridos (desnutrición, obesidad) y el aumento en la degradación de colágeno, como sucede en el tabaquismo (21).

Factores anatómicos

Que incitan a la aparición de hernias inguinales, como la permanencia del conducto peritoneo-vaginal en el hombre o el conducto de Nuck en la mujer, entre otros (21).

Factores fisiológicos o mecánicos

Está un deficiente cierre del orificio inguinal interno y piso inguinal en el descenso del oblicuo menor y el transverso sobre el ligamento inguinal, asincronia entre el incremento de la presión intraabdominal y la contracción de la pared abdominal, o también aumentos crónicos de la presión intraabdominal, como pasa en pacientes con EPOC, cirróticos, embarazos múltiples, entre otros (21).

1.3.4. Tipos de hernia inguinal

Puede clasificarse en las siguientes:

- **Indirecta:** Que ingresa al anillo inguinal interno y cruza el canal inguinal.
- **Directa:** Que empuja a través de la pared posterior del canal inguinal medial al anillo interno.

Hernia inguinal indirecta

Pasa a través del anillo interno, a lo largo del canal inguinal, enfrente del cordón espermático y, si es lo suficientemente grande, sale a través del anillo externo y desciende hacia el escroto. Si la hernia es reducible, puede manejarse por presión con un dedo sobre el anillo inguinal profundo, que yace a 1 o 2 cm arriba del punto en que la arteria femoral pasa por debajo del ligamento inguinal, es decir, 1 a 2 cm por arriba del pulso femoral (22). Las hernias indirectas pueden ser congénitas, debido a la persistencia del proceso vaginal; que se presentan al momento del nacimiento o posteriormente, aunque puede también surgir en la adolescencia.

La hernia puede ser adquirida, ocurriendo a cualquier edad en el adulto y ahí se forma el saco como una extrusión del peritoneo abdominal. A menudo la hernia no alcanza su tamaño completo sino hasta que el paciente se ha levantado y caminado por cierto tiempo, y entonces no se reduce de inmediato cuando la persona se acuesta, pues toma un tiempo para que el contenido de la hernia pase al interior o exterior del saco por el cuello estrecho. La indirecta tiene la tendencia a estrangularse en el sitio de dicho orificio estrecho (22).

Hernia inguinal directa

Pasa directamente hacia adelante a través de la pared posterior del canal inguinal.

Debido a que se encuentra medial al anillo interno, no se logra mantener con presión digital aplicada sobre el anillo. Dicha hernia sobresale directamente hacia adelante (de ahí el nombre), en comparación con la vía oblicua hacia abajo hacia el escroto de una hernia inguinal indirecta.

Otros aspectos que diferencian una hernia directa de una indirecta son que la directa siempre es adquirida y por lo tanto es rara en la lactancia y la adolescencia; suele tener un gran orificio y por lo tanto aparece de inmediato al ponerse de pie, y desaparece cuando el paciente se acuesta. Además, debido a lo grande de la abertura, la estrangulación suele ser rara. Lo es aún más en mujeres. Aunque en clínica se suele diferenciar entre ambos tipos de hernias inguinales, la diferenciación definitiva se realiza al momento de la cirugía: los vasos epigástricos inferiores demarcan el borde medial del anillo interno; por lo que, una hernia indirecta pasa en sentido lateral a estos vasos y una hernia directa lo hace medialmente. Incluso es frecuente que una hernia directa y una indirecta coexistan; sobresalen a ambos lados de los vasos epigástricos inferiores como las piernas en un par de pantalones. El 60% de las hernias inguinales ocurren en el lado derecho, 20% en el izquierdo y 20% son en ambos lados (23).

1.3.5. Características clínicas

La presencia de signos o síntomas de una hernia inguinal, puede significar posibles complicaciones, como la incarceración y el estrangulamiento del contenido de un saco, en ocasiones asociado a náuseas y vómitos, así como fiebre y escalofríos. Mientras que las asintomáticas tienden a ser diagnosticadas de manera incidental mediante el examen físico, la aparición de una masa en región inguinal.

Las personas que presentan clínica sintomática con frecuencia presentan dolor en región inguinal, siendo otros menos frecuentes como alteración a nivel intestinal o síntomas urinarios, que indica la presencia de una hernia por deslizamiento cuyo contenido es la vejiga. Sin importar el tamaño, una hernia inguinal puede causar presión a los nervios que se encuentran cercanos, conduciendo a una amplia variedad de síntomas. Éstos incluyen dolor local o irradiado ya sea al escroto, testículo, cara interna del muslo, sensación de presión o de pesadez en la ingle.

Se considera importantes en la anamnesis del paciente la duración y progresión de los síntomas. Posteriormente, las hernias a menudo incrementan el tamaño y el volumen de su contenido. Los pacientes pueden reducir el contenido hacia el abdomen manualmente causando un alivio en los síntomas, pero a medida que incrementa en tamaño y volumen se dificultara la reducción de la misma (24).

Exploración física

Aunque la anamnesis puede llegar hacer sospechar de una hernia inguinal, es importante la exploración física para establecer el diagnóstico. Existe un inconveniente en caso de pacientes con obesidad mórbida, en la que es difícil definir la anatomía inguinal externa y puede dificultar encontrar una hernia inguinal.
Lo ideal, es que al paciente debe ser examinado en posición de pie con exposición de la región inguinal y al escroto. La posición de pie incrementa la presión intraabdominal respecto al estar en decúbito dorsal, por lo que es más fácil detectar la hernia. Se inspecciona identificando la presencia o no de una protrusión en la región inguinal o en el escroto (25).

Se realiza la palpación, colocando el dedo índice en el escroto, tratando de examinar. Posteriormente con la ayuda del paciente se provoca un aumento de la presión intraabdominal mediante la tos (maniobra de Valsalva) viendo si hay o no protrusión del contenido herniario. La aparición de los síntomas, ya se una sensación de presión vaga y generalizada no siempre puede ser reproducida con estas maniobras porque son producto de la presión sobre el contenido del cordón. Sin embargo, la maniobra de Valsalva podría revelar una protrusión anormal y permitir que el médico establezca si la hernia es reductible o no (26). La exploración del lado contralateral le da la oportunidad al examinador de comparar la extensión del defecto en ambos lados. Una de las técnicas de exploración física es la prueba de oclusión inguinal, colocando un dedo sobre el anillo inguinal superficial con la colaboración del paciente para realizar la tos. Si la fuerza transmitida por la tos se puede controlar, es indirecta, en cambio si el impulso de la tos aún se manifiesta, entonces la hernia es directa. Así, con un dedo en el conducto inguinal, la tos puede utilizarse para establecer el tipo de hernia. Si la fuerza que se realiza se percibe en la punta del dedo, entonces la hernia es indirecta en tanto que si se percibe en el dorso del dedo es

directa. Sin embargo, cuando se comparan los resultados de la exploración clínica con los hallazgos quirúrgicos la probabilidad de diagnosticar correctamente el tipo de hernia es cercana a 50%. Concluyendo que dichas pruebas no diagnostican el tipo de hernia inguinal y sólo se utilizan para establecer si existe o no una hernia.
Si el diagnóstico es dudoso, los estudios de imagen pueden proporcionar una respuesta (27) (28).

1.3.6. Características quirúrgicas

Tratamiento

El tratamiento de las hernias inguinales se puede realizar con varias técnicas quirúrgicas (29). Cualquier tipo de hernia inguinal debe someterse a procedimiento quirúrgico una vez diagnosticado, aun en hernias asintomáticas, ya que las complicaciones en procedimientos electivos son bajas y retrasar el manejo quirúrgico o mantener expectante, podría generar sucesos adversos que al final llegarán a cirugía, y quizás en condiciones no favorables, aumentando la morbilidad y mortalidad.
La elección de una de las técnicas dependerá de diferentes factores, entre ellos la edad del paciente, ya que en aquellos que no han llegado a su desarrollo físico completo no se recomienda el uso de prótesis, en cuanto al tipo y tamaño de la hernia en la actualidad se debe optar por realizar técnicas libres de tensión, incluso estas técnicas deben considerarse hoy en día el estándar de oro en la reparación de hernias inguinales (30) (31).

<u>Herniorrafias</u>

Técnica de Bassini
Especialmente es usado en las hernias inguinales indirectas y las hernias directas con volumen menor. Se sutura el tendón conjunto al ligamento inguinal.

Técnica de Mc-Vay
Es usado en hernias inguinales grandes, de hernias inguinales directas y recurrentes. El tendón conjunto se sutura al ligamento de Cooper desde el tubérculo del pubis lateralmente al canal femoral (32).

Hernioplastia

Técnica de Lichtenstein

Es una reparación libre de tensión realizada con el reforzamiento con malla del piso inguinal disminuyendo así las recidivas. Se realiza un corte en forma transversa sobre el anillo inguinal superficial, se diseca por planos hasta ingresar al conducto inguinal (32).

Se reconocen los nervios para no seccionarlos, se liberan los elementos del cordón, el o los sacos herniarios hasta que estos se puedan reducir con facilidad teniendo cuidado de no disecar por completo el cordón espermático en el caso del hombre, respetando las fibras del musculo cremaster. Se puede fijar el piso del conducto inguinal con un sutura continuo utilizando material monofilamento no absorbible, con el fin de contener los sacos herniarios, y así poder reparar desde el punto de vista anatómico el anillo inguinal profundo, además de facilitar la colocación de la malla. Se coloca un segmento de 7 x 15 cm de un material protésico, una malla ligera y absorbible, se fija al arco del transverso, tubérculo del pubis y al ligamento inguinal con una sutura continua y a la zona conjunta con dos puntos simples con un material de fijación monofilamento no absorbible o de absorción lenta. Como parte fundamental, se debe elaborar dos "colas" a la malla para que se pueda deslizar por debajo del cordón creando así un tipo de anillo inguinal protésico sobre el segmento superior de las colas de la malla, sobre el inferior y fijándolo al ligamento inguinal (33).

1.3.7. Complicaciones post operatorias

La incidencia es de 2-15%. Siendo el seroma una de las más frecuentes, con una incidencia del 5% en hernias primarias e incluso un 10% en hernias que recidivan, el hematoma con un aproximado de 2,8% (34).

Las complicaciones locales suelen ser las más comunes en las reparaciones de hernias que recidivan. De manera general, son las más frecuentes y tienen una Solución favorable.

Seroma: Puede aparecer en el tercer o cuarto día postoperatorio. Viene a ser una colección de suero en una herida operatoria, contiene leucocitos y algunos eritrocitos. El tamaño se relaciona con la proporción. Suele asociarse a reacciones debido a un

cuerpo extraño (prótesis), trauma tisular. El seroma predispone a que se infecte la herida operatoria, cicatrizando con dificultad. La herida se presenta con aumento de volumen, pero sin signos de inflamación ni dolor. La ecografía confirma el diagnóstico. Se Tiende a reabsorberse de 2 a 3 semanas (34).

Infección herida operatoria: El riesgo de infección se aumenta por factores como el uso de la malla, la ubicación de la inserción de la malla, la técnica utilizada por el cirujano durante la reparación primaria, el uso de drenajes, entre otros.

Hematoma: Es una complicación que se puede evitar con una correcta hemostasia, ligando vasos que se presenta en el tejido celular subcutáneo debajo de la fascia superficial. Si se infecta y se forma un absceso, se realiza un drenaje quirúrgico inmediato (35).

Atrapamiento del nervio: En este caso el nervio ilio inguinal como resultado de la reparación quirúrgica es una complicación grave de la reparación de la hernia inguinal. Sin embargo, la mayoría responde bien a los analgésicos no esteroideos y se resuelven con el tiempo. Si el nervio lesionado es la rama genital del nervio genitofemoral, puede presentar hipersensibilidad de la ingle, y de la parte superior del muslo. Esta complicación requiere la utilización de anestésicos locales a lo largo de su trayecto.

Dolor postoperatorio: Aproximadamente un 15 a un 20% de los pacientes operados pueden presentar neuralgias, parestesias, neuropraxia o hiperestesia.

Hernia recidivada: Es la complicación más frecuente a largo plazo que se presenta en la herniorrafia inguinal (36).

1.4. Definición de términos

- **Edad:** Es la cantidad de años del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento (37).
- **Sexo:** Condición orgánica masculina o femenina de las personas (37).

- **Hernia inguinal:** Salida, ocasional o permanente, de órganos, tejidos intraabdominales a través de un defecto anatómico en el conducto inguinal (37).

- **Recidiva:** Aparición de un nuevo problema herniario en el mismo lugar donde se realizó la anterior operación (37).
- **Infección de herida operatoria:** Herida con presencia de calor, rubor, tumor y dolor, asociado de un síndrome febril, exudado purulento (37).
- **Complicaciones post operatorias:** Alteración que se presenta luego de un procedimiento quirúrgico (37).

1.5. Justificación y/o importancia

La hernia inguinal es una de las más frecuentes patologías de ver en la práctica del cirujano general y sus complicaciones siguen siendo causa de morbimortalidad, por lo que su tratamiento quirúrgico debe ser oportuno.
Siendo el servicio de cirugía uno de los que más atención realiza en la ciudad, además de atender a pacientes que llegan referidos de todas partes de la ciudad y de lugares aledaños. Actualmente no presenta investigaciones sobre esta patología y los datos estadísticos son insuficientes. Por lo que es de importancia la realización de esta investigación, con fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con hernia inguinal, al proporcionar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de esta patología, exponiendo el estado actual, evidenciando cifras que puedan permitir dar a conocer un alcance de su frecuencia, y así permitir que se realice oportunamente el diagnóstico para un tratamiento adecuado así como la prevención de las posibles complicaciones postoperatorias en la población. Brindando además al personal de salud y al servicio de Cirugía datos estadísticos más completos, información que van a permitir mejorar el nivel de atención, facilitando el manejo individualizado de los pacientes, disminuyendo el tiempo de espera de las programaciones operatorias.

1.6. Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes operados de hernia inguinal mayores de 18 años en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses de enero a setiembre del 2019?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Conocer las principales características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las características clínicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.
- Describir las características epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses de enero a setiembre del 2019.
- Describir las características quirúrgicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

2.3. Hipótesis de la investigación

Al ser una investigación de alcance descriptivo, que una de las características clínicas, epidemiológicas o quirúrgicas sea la principal, la hipótesis es implícita.

2.4. Sistema de variables

- Características clínicas
    - Dolor
    - Abultamiento
    - Náuseas y vómitos
    - Fiebre y escalofrío
- Características epidemiológicas
    - Edad

- Sexo
- Procedencia

- Características quirúrgicas
  - Tipo de hernia inguinal
  - Localización de la hernia inguinal
  - Condición de la hernia inguinal
  - Contenido del saco herniario
  - Procedimiento quirúrgico
  - Complicación post-operatoria

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medida	Indicador
Características clínicas	Son las manifestaciones que el paciente refiere acerca de su enfermedad, y se constatan al momento del examen físico y que orientan hacia el diagnóstico.	Hallazgo objetivo y subjetivo de una enfermedad percibido por un examinador hacia el paciente.	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	- Dolor - Abultamiento - Náuseas y vómitos - Fiebre y escalofríos

Variable	Indicador	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo	Unidad de medición	Escala de medición	Instrumento de medida
Características epidemiológicas	Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad del paciente.	Duración de la existencia del paciente medida en unidades de tiempo.	Cualitativa	- 18-30 años - 31-50 - 51-70 - >70	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Género de los pacientes que han sido atendidos en el servicio de cirugía en el periodo de estudio.	Rasgo que se expresa únicamente en individuos de un determinado sexo. Condición biológica de la persona.		- Masculino - Femenino	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Procedencia	Lugar donde reside el paciente, según historia clínica	Origen, principio de donde nace o deriva una persona.		- Rural - Urbano	Nominal	Ficha de recolección de datos

Variable	Indicador	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo	Unidad de medida	Escala de medición	Instrumento de medida
Características quirúrgicas	Tipo de hernia	Clasificación basada en conceptos anatómicos, en el postoperatorio.	Diferenciación entre las formas de Hernia inguinal según clasificaciones diversas, basado en el diagnostico postoperatorio.	Cualitativa	-Directa -Indirecta -Mixta	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Localización de hernia	Lado anatómico del cuerpo en plano sagital en el cual se presenta la hernia	Ubicación anatómica de la hernia en alguno de los planos en corte sagital		-Derecha .Izquierda -Bilateral		
	Condición de la hernia	Estado de la hernia que puede amenazar o no la vida del paciente	Estado de hernia donde puede existir o no algún compromiso físico, clínico, vital		-Complicada -No complicada		
	Contenido del saco herniario	Cualquier viscera abdominal que se encuentre dentro de la bolsa peritoneal	Bolsa peritoneal que acompaña a las hernias de la que contiene las vísceras abdominales		-Epiplón -Asas intestinales -Sin contenido -vejiga -Otros		
	Procedimiento quirúrgico	Acto quirúrgico utilizada para la corrección de hernia inguinal, ya sea con o sin tension y uso de malla.	Conjunto de procedimientos que se ponen en práctica para la curación operatoria del paciente,		- Hernioplastía - Herniorrafia		
	Complicación postoperatoria	Cualquier situación sobreagregada posterior al procedimiento quirúrgico, y que va en detrimento del mismo; en este caso en la región de la herida operatoria	Fenómeno que sobreviene sobre una enfermedad, sin ser propio de la misma		-Infección -Hematoma -Seroma -Recidiva -Otras		

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

Cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo con recolección de datos.

3.2. Diseño de investigación

Es descriptivo, ya que no existe manipulación de variables, y se realizó la revisión sistemática de todas las historias clínicas, el libro de reporte operatorio de todos los pacientes operados de hernia inguinal mayores de 18 años en el Hospital II - 2 Tarapoto entre los meses de enero a setiembre del 2019.

3.3. Nivel de investigación

No experimental

3.4. Población y muestra

Para el desarrollo de la investigación y por sus características particulares, la población objetivo fue definida por 79 pacientes anuales operados en promedio en el servicio de cirugía general del Hospital II-2 Tarapoto.

En base a los pacientes por año se calculó un tamaño de muestra estudio, se corresponde con el Muestreo no probabilístico, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, durante los meses de enero a setiembre del 2019.

A partir de un universo de 79 pacientes por año se calculó un tamaño de muestra para los 9 meses que duró el estudio.

3.5. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra no probabilística de acuerdo al criterio basado en expertos, se determinó usando el procedimiento definido por Munch L y Angeles E, (Métodos y Técnicas de Investigación, (1996) (44). El asesor metodológico aceptó la muestra por lo que se continuó con la misma.

Fórmula para poblaciones finitas:

$n = (N \times o^2 \times Z^2) / [(N - 1) \times e^2 + o^2 \times Z^2]$

Donde:

Tamaño de la muestra: n

Total, de la población o universo: N

Error máximo permitido: e = 0.05

Margen de confiabilidad: Z = 1.96

Desviación estándar de la población: o = 0.9

n=66 (Acevedo, 2006).

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos.
- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de hernia inguinal tratados quirúrgicamente.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes mayores de edad atendidos en el servicio de cirugía general en Hospital II-2 Tarapoto de enero a setiembre del 2019, por patologías quirúrgicas diferentes a la hernia inguinal.
- Todas las historias clínicas de pacientes que no se encontraron en el archivo del Hospital II-2 Tarapoto al momento de la recolección de datos.
-

3.6. Procedimiento

- Para obtener información de la investigación se realizó coordinaciones correspondientes al director del Hospital II-2 Tarapoto, la autorización para el uso de instrumentos que permitieron la recolección de datos.

- Se escogió aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para el procesamiento de datos.

3.7. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Se solicitó la autorización y los permisos respectivos del Hospital II-2 Tarapoto, director, jefe de departamento del servicio de cirugía, jefe de archivo para la revisión de las historias clínicas de los pacientes operados de hernia inguinal en el servicio de cirugía general en el período especificado. Para la obtención de los datos se revisó las historias clínicas y el libro de reporte operatorio. Para recolectar la información se hizo uso de un instrumento, como es la ficha de recolección de datos, la cual fue elaborada anticipadamente (Anexo 1).

3.8. Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron ordenados y clasificados, teniendo en cuenta las características clínicas, epidemiológicos y quirúrgicas de los pacientes operados de hernia inguinal mayores de 18 años. El procesamiento de datos se realizó en computador mediante la base de datos Excel de Office 2013 de Microsoft, que ayudó en el análisis estadístico y de esa manera presentar los resultados en tablas de frecuencia, porcentaje, gráficos y establecer relaciones entre las variables independientes y dependientes.

Los datos se analizaron, interpretaron, comparando con información de estudios mencionados en el marco teórico, así como de literaturas internacionales.

IV. RESULTADOS

En el presente se muestran los resultados del estudio de investigación, los cuales están vinculados al objetivo general y objetivos específicos. De los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el servicio de cirugía del Hospital II-2 Tarapoto entre los meses de enero a setiembre del 2019, que cumplieron los criterios de inclusión.

4.1. Características clínicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados

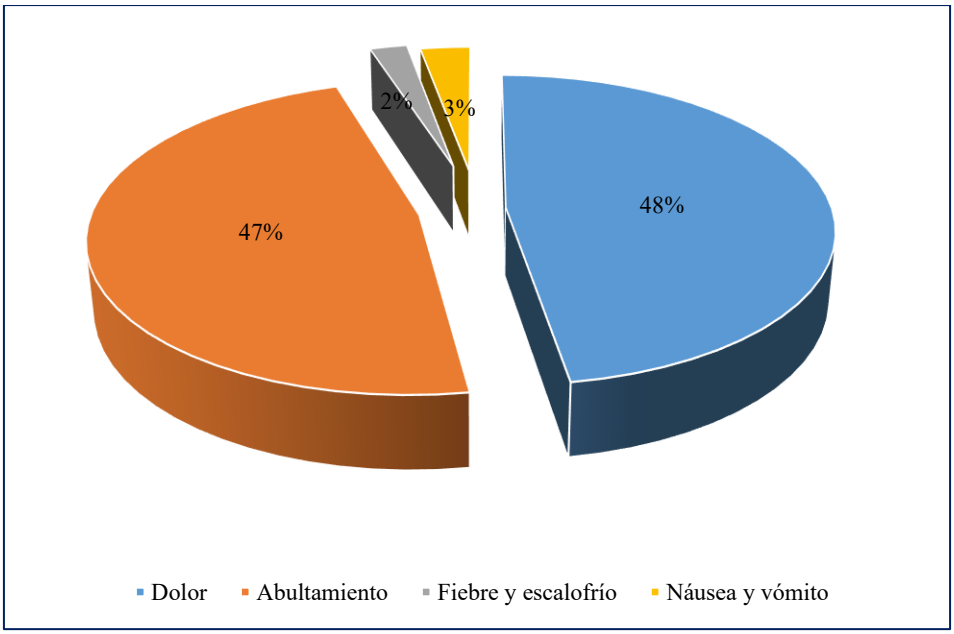

Figura 1. Signos y síntomas predominantes de hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años atendidos en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 1, se muestra la frecuencia porcentual de los signos y síntomas predominantes de hernia inguinal en pacientes operados mayores de 18 años. Se observa que el 48% presentaron dolor, seguido de la presencia de un abultamiento con un 47% de los casos, siendo los más frecuentes. Mientras que el 3% (4 casos) solo presento náusea y vómito y el 2% (3 casos) fiebre y escalofrío.

4.2. Características epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados

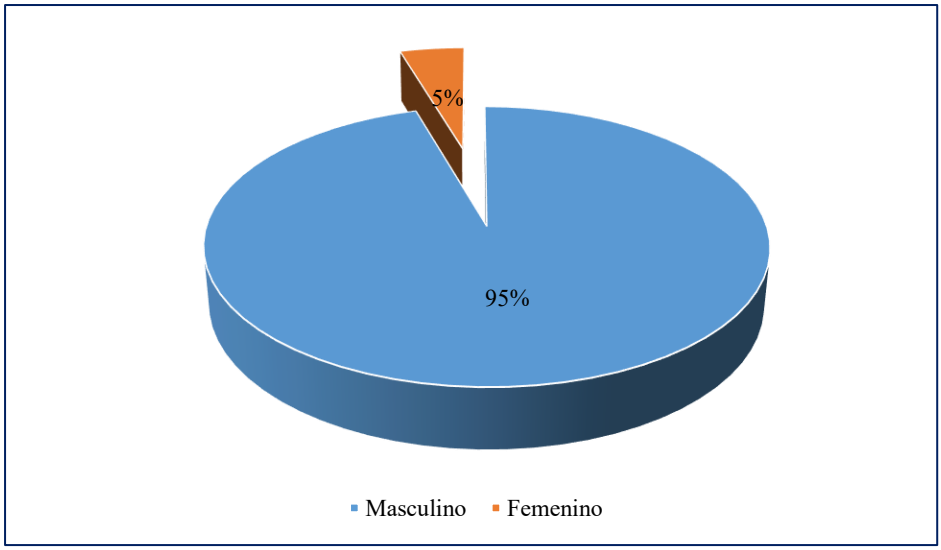

Figura 2. Hernia inguinal según el género en pacientes mayores de 18 años atendidos en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 2, se muestra la frecuencia porcentual de hernia inguinal según el género. Se observa que el 95% (63 casos) pertenecen al género masculino y el 5% (3 casos) al género femenino.

Tabla 1. Hernia inguinal según edad en pacientes mayores de 18 años atendidos en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-30	5	8
31-50	16	25
51-70	28	43
> 70	17	26
Total	66	100

En la Tabla 1, se muestra la frecuencia y porcentaje de hernia inguinal según edad. Se observa que el grupo etario comprendido entre 51 y 70 años, es el que tiene mayor frecuencia porcentual de hernia inguinal con un 43%, seguido de las personas mayores a 70 años. Mientras que el grupo etario más joven (18-30) presenta el porcentaje de casos más bajo, con un 8%.

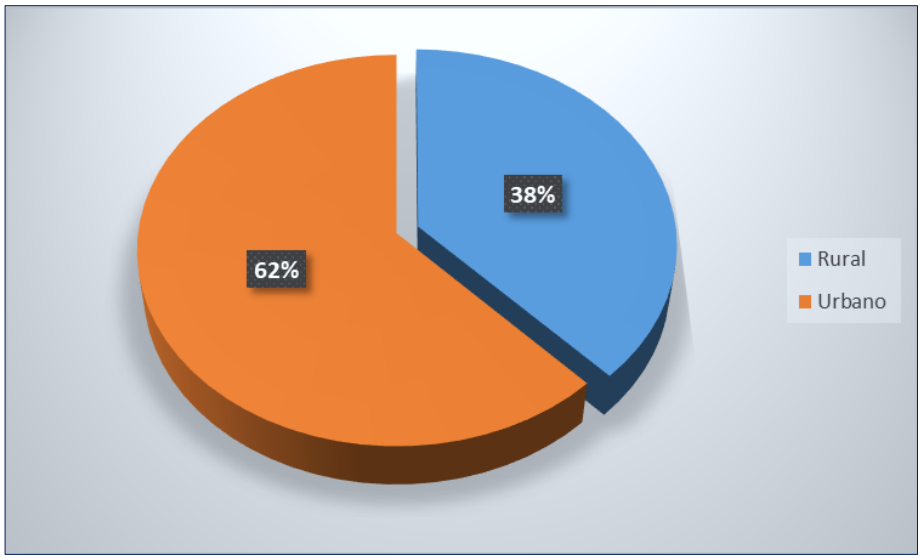

Figura 3. Lugar de procedencia de pacientes mayores de 18 años con hernia inguinal atendidos en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la figura 3, se observa que en relación al lugar de procedencia, los pacientes de zonas urbanas son los más afectados por las hernias inguinales que corresponde al 62%(41 casos), mientras que el 38% (25 casos) procede de zonas rurales.

4.3. Características quirúrgicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados

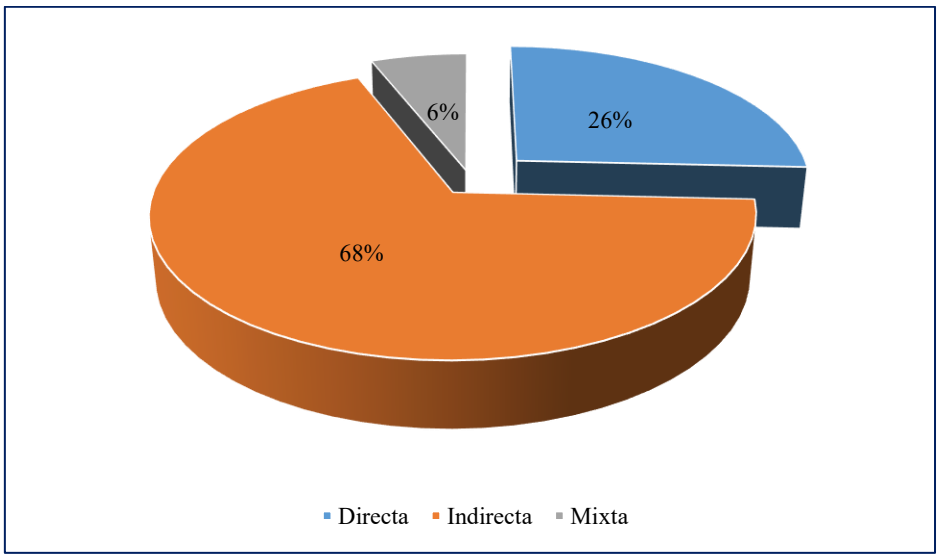

Figura 4. Tipo de hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 4 se muestra la frecuencia porcentual del tipo de hernia inguinal. Se observa que el 68%(45 casos) de hernia inguinal fueron de tipo indirecta siendo los más frecuentes, mientras que el 26% (17 casos) de tipo directa. En menor porcentaje está el de tipo mixta con un 6% (4 casos).

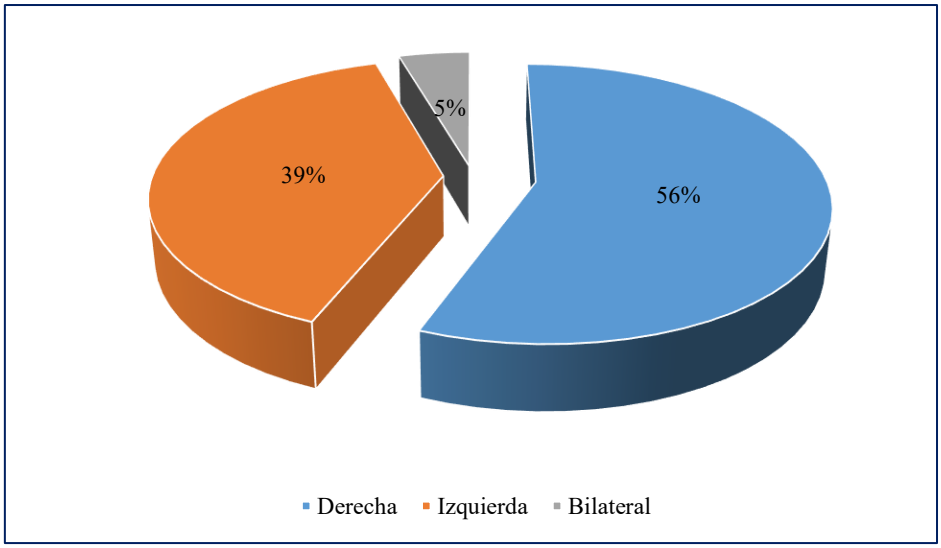

Figura 5. Localización de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 5. se muestra la frecuencia porcentual de la localización de la hernia inguinal. Se observa que la localización más frecuente de las hernias inguinales fue en el lado derecho con un 56% (37 casos), seguido del lado izquierdo con un 39% (26 casos). Solo el 5% (3 casos) son bilaterales.

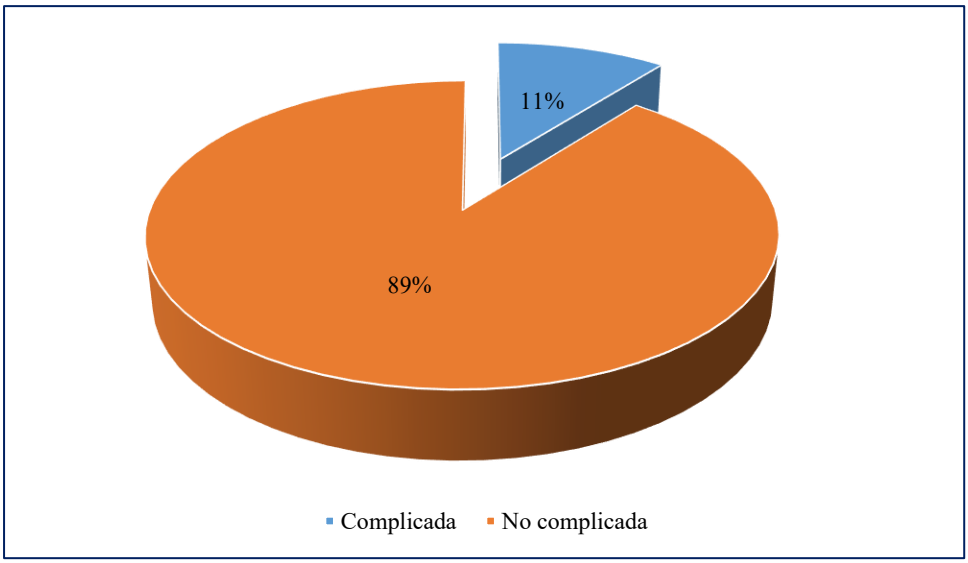

Figura 6. Condición de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 6, se muestra la frecuencia porcentual de la condición de hernia inguinal. Se observa que el 89% (59 casos) de las hernias inguinales eran de condición no complicada, mientras que solo el 11% (7 casos) fueron complicadas.

Tabla 2. Contenido del saco herniario de los casos de hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

Contenido de saco herniario	Frecuencia	Porcentaje
Sin Contenido	41	62
Asas Intestinales	6	9
Epiplón	11	17
Vejiga	1	2
Colon	2	3
Grasa Pre-peritoneal	5	8
Total	66	100

En la Tabla 2, se muestra el contenido del saco herniario de casos de hernia inguinal. Se observa que lo más frecuente es sin la presencia de contenido con un 62%. El colon como contenido del saco herniario fue el menor con un 3% de los casos.

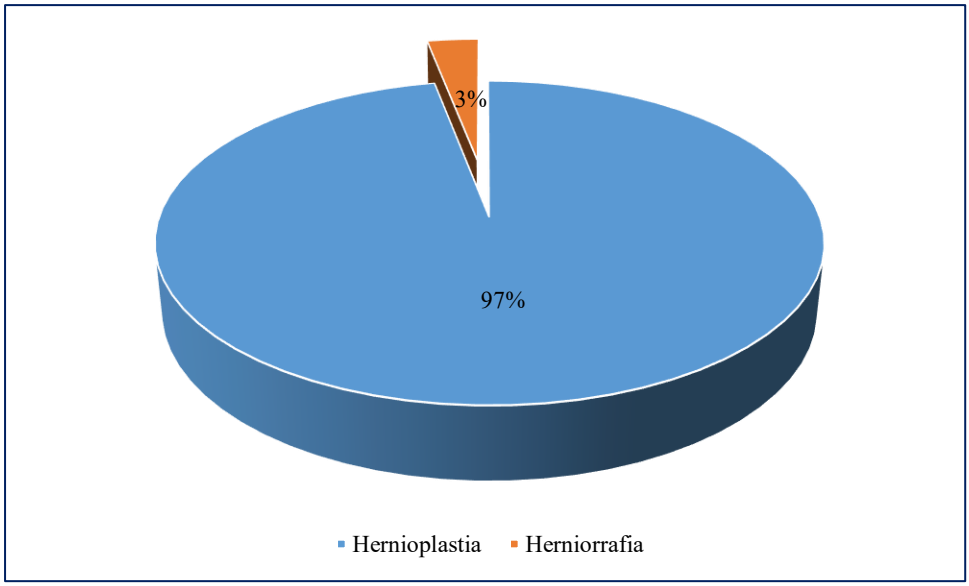

Figura 7. Procedimiento quirúrgico utilizado en pacientes mayores de 18 años con hernia inguinal en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 7, se muestra la frecuencia porcentual de procedimientos quirúrgicos utilizados para el tratamiento de la hernia inguinal. Se observa que en el 97%(64 casos) se utilizó la hernioplastia, mientras que el 3%(2 casos) se utilizó la técnica de herniorrafia.

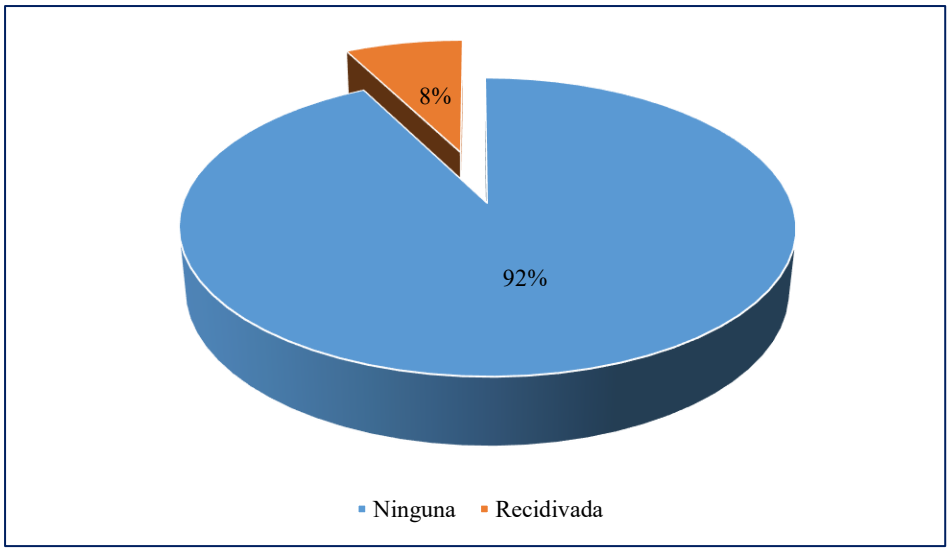

Figura 8. Complicaciones post-operatorias de hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hernia inguinal atendidos en el hospital II-2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En la Figura 8, se muestra la frecuencia porcentual de las complicaciones post-operatorias de hernia inguinal. Se observa que el 92%(61 casos) no presentó complicación alguna y el 8% (5 casos) presentaron complicación recidivada.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se ha desarrollado para: Conocer las principales características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 18 años operados de hernia inguinal en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019.

En atención al objetivo específico: Describir las características clínicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019. En lo que se refiere a signos y síntomas predominantes de hernia inguinal (Fig. 1), podemos encontrar que la presencia de dolor en la región inguinal constituye un 48 % de casos, junto con el abultamiento, con un 47%, siendo lo signos y síntomas más frecuentes, datos que coincide con otros estudios y literatura internacional. ACEVEDO F ALBERTO, en su estudio con 693 pacientes, el dolor estuvo presente en el 82,4% de los casos y fue el motivo de consulta en el 75% de los casos (7). SABISTON menciona que la hernia inguinal se asocia a un dolor o una molestia vaga de carácter local (1). SCHWARTZ menciona que con frecuencia puede presentar hernias sin ningún síntoma y se diagnostican de manera incidental por la presencia de una protrusión anormal (38). El síntoma del dolor puede ser indicio de una hernia inguinal que está pasando hacia la incarceración, siendo indicador que pueda llegar a una complicación y servirnos para su manejo precoz y oportuno.

En atención al objetivo específico: Describir las características epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses de enero a setiembre del 2019. En la tabla 1 podemos ver que teniendo en cuenta la edad, encontramos que la hernia inguinal se encuentra con mayor frecuencia entre los 51-70 años con un 43%, seguido de los mayores de 70 años con un 26%, dichos resultados coinciden con los estudios mencionados anteriormente. PALACIO BERNAL ANDRES en su estudio de 377 pacientes, el principal grupo etáreo fue entre 55 a 59 años en el caso de hombre y en las mujeres, entre los 60 a 64 años de edad (9). CARRERA L NARDA, CAMACHO L MARCOS en su estudio de un total 114 pacientes, se encontró que el grupo de mayor prevalencia fue el de 61 a 80 años de edad, representando 40% del total (10). CASAMAYOR C ERNESTO en

su estudio realizado con 2043 pacientes, el grupo etario más afectado fue el de 61 y más años, con 45,7 % (12). ALVA P JONATHAN R, AYALA P CARLOS en su estudio obtuvieron que delos 109 pacientes operados de hernia inguinal, el grupo etáreo más frecuente se encuentra entre 46 a 65 años, con 45 pacientes que corresponde al 41,3% de la población estudiada (13). ALBURQUEQUE C ANIBAL en su estudio realizado con 48 pacientes operados, el grupo etario más frecuente fue de 40 a 69 años con 32 pacientes, que representa el 66,67% del total (15). BENDEZU C YASMIN en su estudio donde reportó 128 pacientes, de los cuales el grupo etario más frecuente eran mayores de 65 años (46.1%) (16). Esto se debe a que conforme pasa los años existe una pérdida de fuerza de la pared abdominal asociada a diversas comorbilidades donde se incrementa la presión intraabdominal, dado que la mayoría de ellos se ocupaban en labores de campo (39).

En cuanto la distribución según el sexo (Fig.2), nuestro estudio presenta que el mayor porcentaje de casos corresponde al sexo masculino con un 95% y el sexo femenino con un 5%, por lo que los resultados concuerdan con la mayoría de estudios realizados y la literatura. SÁNCHEZ P CARLOS en su estudio realizado de 688 pacientes, el sexo masculino predominó con 89,09% de los casos, con una proporción de 16 a 2 en relación con el sexo femenino que sólo represento el 10,90 % de los pacientes (6). MERETTA C ANNA en su estudio de 118 sometidos a operación quirúrgica, el 77% representaba al sexo masculino (8). PALACIO B ANDRES en su estudio realizado, de los 377 pacientes operados de hernia inguinal, el 76,7% eran del sexo masculino (9). CARRERA L NARDA en su estudio de 114 pacientes encontró predominio del sexo masculino con 97 pacientes (92.4%) (10). CASAMAYOR C ERNESTO en su estudio realizado con 2043 pacientes, el sexo predominante fue el masculino con 89,8 % (12). ALVA P JONATHAN, AYALA P CARLOS L en su estudio con 109 pacientes tratados quirúrgicamente, sexo masculino predominó con 95 pacientes que corresponde al 87,2%, mientras que 12.8% equivale a 14 de sexo femenino (13). BENDEZU C YASMIN en su estudio de 128 pacientes, el sexo que masculino fue el más predominante con un 75% del total (16). Sin embargo en el estudio de ALBURQUEQUE C ANIBAL en un total de 48 pacientes el sexo masculino predominó solo con 56,25% (15), un porcentaje menor que el de la mayoría de los estudios mencionados. Los hombres son más propensos a tener una debilidad a lo largo del canal inguinal por la forma en que los varones se desarrollan antes del nacimiento. En los niños recién nacidos, los testículos se forman dentro del abdomen y luego

descienden por el canal inguinal hacia el escroto. Poco después del nacimiento, el conducto inguinal se cierra casi por completo, dejando solo espacio suficiente para que el cordón espermático pase a través de él, pero no lo suficiente como para permitir que los testículos se muevan de nuevo en el abdomen. A veces, el canal no se cierra correctamente, dejando un área debilitada. En el sexo femenino, hay menos posibilidades de que el canal inguinal no se cierre después del nacimiento (22).
En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes (Fig. 3), la zona urbana fue la más frecuente con 62% de los casos, respecto de la zona rural con 38%. Dichos resultados son similares a estudios mencionados. ALVA P JONATHAN, AYALA P CARLOS en su estudio de 109 pacientes, los de zonas urbanas son los más afectados con 103 pacientes que corresponde al 94.5%; mientras que sólo 6 pacientes, es decir el 5,5%, procede de zonas rurales (13). BENDEZU C YASMIN en su estudio con 128 pacientes, los que proceden de zonas urbanas son los más afectados con 103 pacientes que representa el 80,5%; mientras que 26 pacientes proceden de zonas rurales, es decir el 19,5% (16).

En atención al objetivo específico: Describir las características quirúrgicas de la hernia inguinal en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital II – 2 Tarapoto entre los meses enero a setiembre del 2019. En cuanto al tipo de hernia (Fig 4), de los casos encontrados el 68% corresponden al de tipo indirecto, le sigue después la hernia inguinal directa con un 26% de casos, lo cual concuerda con la mayoría de los estudios nacionales e internacionales mencionada. SANCHEZ P CARLOS habla de su estudio de 688 pacientes, donde predominó la hernia inguinal indirecta sobre la directa en proporción de 4 a 1 con 541 pacientes (6). PALACIO B ANDRES en su estudio de 377 pacientes operados, la hernia más frecuente fue indirecta en el 64,2% respecto a la directa con 30,2%, solo el 1,3% fue mixta (9). ALBURQUEQUE C ANIBAL en su estudio de 48 pacientes, la indirecta predomino con 50,79%, respecto de la directa con 25,40%, siendo el resto otros tipo de hernias (15). En cambio ACEVEDO F ALBERTO en su estudio de 693 pacientes, las hernias directas constituyeron el 52% del total de la muestra (7). ALVA P JONATHAN, AYALA P CARLOS en su estudio de 109 pacientes, predomino la directa con 53%, mientras que la indirecta 34%, solo 6,6 % representó el mixto (13). La hernia inguinal indirecta debido a la persistencia del conducto peritoneovaginal representa el 79% de total las hernias inguinales (19).

En cuanto a la localización de hernia inguinal (Fig. 5), Se encontró que se presenta con mayor frecuencia en el lado derecho, con un 56 % de los casos, y la izquierda corresponde a un 39%, bilateral corresponde al 5%. Dichos resultados coinciden con los estudios mencionados. SANCHEZ P CARLOS en su estudio de 688 paciente, evidencia lado derecho es más frecuente con 58,72 %, y guarda una relación de 3 a 2 con la izquierda, solo 26 pacientes presentaron en los dos lados (6). ALVA P JONATHAN, AYALA P CARLOS en su estudio de 109 pacientes tanto el lado derecho como el izquierdo fueron frecuentes con 44% cada uno, siendo bilateral solo el 12% (13). BENDEZU C YASMIN en su estudio con 128 pacientes, se observó que lado derecho predominó con el 50% de los casos, mientras que el izquierdo 38,3%, solo la localización bilateral represento el 11,7% (16). ALONSO G TATIANA en su estudio de 62 pacientes, encontró que el lado más frecuente fue el derecho con 64.40%, mientras que del lado izquierdo 34%, solo el 1.60% de los casos presento en ambos lados (39). PALACIO B ANDRES en su estudio de 377 pacientes operados la localización más frecuente fue del lado derecho con 49%, seguido del izquierdo con 40%, solo el 9,5% de pacientes presentaron en ambos lados (9). Esto se debe por el desarrollo embriológico, ya que en el lado derecho el conducto peritoneovaginal se ocluye después del que lo hizo el lado izquierdo, debido a que el descenso testicular es más tardío en el lado derecho (40).

En cuanto a la condición de la hernia inguinal (Fig. 6), se observó que el 89 % de casos son no complicadas, en cambio solo el 11% fueron complicadas (acá se encuentran las incarceradas, estranguladas). El porcentaje de hernias complicadas coincide con la literatura. DIAZ R CARLOS en su estudio con 294 pacientes que presentaban hernia abdominal, solo el 19,4% presentaron complicaciones (14). Todos los casos de hernias complicadas correspondieron a hernias incarceradas. En los casos de hernia inguinal complicada por incarceración se encontró en los signos y síntomas además de la tumoración presencia de dolor en la zona inguinal, fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos (41).

En cuanto al contenido del saco herniario (Tabla 2), en el mayor de los casos no presentó contenido, representando un 62% del total, el epiplón representó el 17% de casos. El colon y la vejiga representaron los menores casos con 3% y 2% respectivamente. Estos resultados que aunque sean raros encontrarlos, en nuestra región se puedo evidenciar. Tanto la vejiga como colon como contenido pueden

complicar a la hernia, ya que puede generar complicaciones, como obstrucción intestinal en el caso del colon, por lo que es muy importante tenerlos en cuenta (42).

En cuanto al procedimiento quirúrgico usado (Fig. 7), el 97% correspondió a la hernioplastia, la mayoría de los casos de tipo Lichtenstein, que concuerda con los estudios mencionados, como el de BEJERANO G RAMIRO en su estudio de 747 pacientes operados, donde la hernioplastía fue la más frecuente con 72,6 %, en tanto la herniorrafia represento el 27,4 % (11). CASAMAYOR C ERNESTO en su estudio con 2043 pacientes, el procedieminto que más predomino fue la hernioplastía con el 93% de casos, mientras que la herniorrafia solo el 7% (12). La utilización de malla disminuye la tensión en región inguinal y disminuye la tasa de recidivas. Cabe mencionar que la elección del procedimiento quirúrgico es criterio de cada médico con especialidad en cirugía general, de acuerdo a sus resultado y factores asociados (1) (32).

En cuanto a complicaciones post-quirúrgicas (Fig. 8), se observa que el 92% de los casos no presentó complicación alguna y el 8% presentaron complicación recidivada. Dichos resultados concuerdan con estudios realizados nacionales e internacionales, como ADELSDORFER O CEDRIC en su estudio de 214 pacientes operados, solo el 14,9% de los pacientes tuvo alguna complicación, la más frecuente fue el seroma de la herida operatoria en 9 casos, seguidas de la neuralgia aguda y la presencia de hidrocele; la más grave fue 1 caso de orquitis isquémica (34). ALVA P JONATHAN, AYALA P CARLOS en su estudio de 109 pacientes sólo el 13,8% presentaron complicaciones, entre seroma (7,3%), infección (0,9%), hematoma (2,8%) y hematoma infectado (0,9%) (13). BEJERANO G RAMIRO en su estudio de 747 pacientes, se evidencio que solo el 43 pacientes (5,7%) presentó complicaciones, del cual solo 7 pacientes presentaron recidiva (11). BENDEZU C YASMIN en su estudio de 128 pacientes operados de hernia inguinal, 48,4% no presentó ninguna complicación; el 6,3% desarrolló seroma, el 2,3% tuvo hematoma, mientras que solo 0.8% presentó otra complicación como infección del Sitio operatorio o recidiva (16). Con frecuencia en las operaciones, no suele presentar complicaciones. Dentro de los que sí se puede presentar esta los seromas, infección de las heridas, recurrencia de la hernia, dolor inguinal crónico. La recidiva de la hernia en numerosos tipos de reparaciones oscila entre el 1,7 y el 10%. Las reparaciones sin tensión presentan menor tasa de recidiva (1) (38).

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye que ciertos resultados en este trabajo son semejantes a otras investigaciones realizadas. En cuanto a las características clínicas. Se observa que el 48% presentaron dolor, seguido de la presencia de un abultamiento con un 47% de los casos, siendo los más frecuentes.

2. En cuanto a las características epidemiológicas, el grupo etario más afectado fue entre los 51-70 años con el 43% del total, predominando el sexo masculino con el 95% de los casos. La zona urbana es donde presento más casos con un 62%.

3. En cuanto a las características quirúrgicas, el tipo de hernia inguinal más frecuente fue de tipo indirecto con un 68%, la localización derecha fue más frecuente con un 56% de los casos, la mayoría fueron no complicadas representando el 89% de los casos, sin presentar contenido en el saco herniario en la mayoría de casos (62%). La hernioplastía continúa siendo el procedimiento quirúrgico más utilizado con un 97%, y la que presenta menos recidiva. La mayoría fue sin complicaciones postoperatorias (92%). Cabe resaltar que 5 casos presentaron recidiva, por lo que la hernioplastía en nuestra región no está ajeno a presentar complicaciones, siendo este la que menos recidiva causa.

VII. RECOMENDACIONES

1. Aplicación de la semiología por parte del personal de salud para llegar a un diagnóstico preciso, debido a que ciertos especialistas optan recién diagnosticarlos después de la operación quirúrgica.

2. Realizar un manejo eficaz de los datos estadísticos hospitalarios, clasificando de mejor manera la casuística por grupos de edad con rangos, sexo, tipos de hernia inguinal, procedimiento quirúrgico, complicaciones post-operatorias, ya que la parte estadística de cirugía es insuficiente.

3. Tratar de individualizar a cada paciente el procedimiento quirúrgico que le realizarán, adaptándole a las actividades diarias de cada paciente, entorno familiar, así también como las preferencias del cirujano según su experiencia y sus resultados obtenidos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabiston. Cirugía general y del aparato digestivo. 19th. ed. España: Elsevier; 2014.

2. Morales S, Aguayo J. Cirugía de la pared abdominal. 2nd ed. Madrid: Arán Ediciones; 2013.

3. Asociación Mexicana de Cirugia General. Tratado de cirugía general. 3rd. ed. México: El Manual Moderno; 2017.

4. Itani K, Fitzagbbons R, Award S, Duh Q-Y, Ferzli G. Manejo de las hernias inguinales recidivadas. J Am Coll Surg. 2009; 209(5): 653-658.

5. Kelly E, Behrman W. The safety and efficacy of prosthetic hernia repair in clean-contaminated and contaminated wounds. Am Surg. 2002; 68(6): 524-529.

6. Sánchez C, Oriolo M, Ruizcalderón I, Sosa R, Humarán L. Hernia inguinal. Estudio de 2 años. Rev. Ciencias Médicas. 2005; 9(3): 1-10.

7. Acevedo A, Viterbo A, Cápona R, Dellepiane V. Manifestaciones clínicas de la hernia inguinal: ¿qué motiva alpaciente a buscar una resolución quirúrgica?. Rev Chilena de Cirugía. 2008; 60(3): 231-235.

8. Beretta A. Evaluación de la herniorrafia convencional vs hernioplastia con malla de polipropileno para reparación de defectos herniarios inguinales [Tesis]. Guayaquil-Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2012.

9. Palacio A. Epidemiología y factores que influyen en la recidiva de pacientes intervenidos por hernia inguinal en una institución de nivel II de la ciudad de Bogotá, 2005-2014 [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.

10. Carrera N, Camacho M. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Rev Cir Gen. 2018; 40(4): 250-254.

11. Bejerano R. Caracterización de pacientes operados de hernias abdominales externas en un centro de diagnóstico venezolano. MediSan. 2018; 22(9): 1171-1181.

12. Casamayor E, Legrá J, Danger M, Pardo E. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales. MediSan. 2018;22(06): 400-407.

13. Alva J, Ayala C. Hernias inguinales en adultos en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, periodo 2012 [Tesis]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2013.

14. Díaz C. Características clínicas, epidemiológicas y del resultado del manejo de los pacientes con hernia de pared abdominal [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.

15. Carrasco A, Jara V. Hernioplastía Laparoscópica TEP sin balón ni fijación. Rev Cir Gral. 2017; 13(1): 17-24.

16. Bendezú Y. Características y complicaciones de hernioplastía con las técnicas de Lichtenstein, Nyhus y Stoppa en el manejo de las hernias inguinales en un Hospital del Perú [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020.

17. Durán H. Cirugía. Tratado de patología y clínica quirúrgicas. 1st ed. Madrid: McGraw-Hill ; 1993.

18. Sobotta. Anatomía general y aparato locomotor. 23rd ed. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2018.

19. Herrera B. Manual de Procedimientos Quirúrgicos en Pediatría. 1st. ed. Madrid: Salvat Medicina; 1997.

20. Cervantes J. Inguinal hernia in the new millennium. World J. Surg. 2004; 28: 343–347.

21. Arap A. Actualización del Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía general Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir. 2009; 48(2): 1-22

22. Cervantes J, Rojas G, Sanchez G, Guadarrama F, González S, Toiber M. Medicina basada en evidencia. Hernia inguinal: Cirugía abierta vs laparoscópica. Mediagraphic. 2006; 51(2): 65 - 69.

23. Mamani C. Hernia inguinal en niños menores de 12 años, Hospital Honoria Delgado Espinoza [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa; 1987.

24. Rita C. Harper A. Inguinal Hernia A common problem of premature infants weighting 1,000 grams or less at birth. Pediatrics. 1975; 56(1): 112-115.

25. Ministerio de Salud. *Guías Clínicas de Cirugía Pediátrica*. San Salvador. 2016.

26. Ministerio de salud de el Salvador. *Guías Clínicas de Pediatría*. El Salvador. 2012.

27. Gutiérrez J, Díez R, Ardela E, Domínguez F. Urgencias quirúrgicas en el niño. Bol Pediatr. 2001; 41: 91-98.

28. Cadavid L, García C. Caso Clínico-Radiológico. Rev Chil Pediatr. 2010; 81(2): 170-173.

29. Ramirez L. Hernioplastía ambulatoria de pared abdominal bajo anestesia local y locorregional por bloqueo de nervios periféricos. Cirujano General. 2005; 27(4): 286-290.

30. Sociedad colombiana de pediatría. Cirugía ambulatoria: Pautas de atencion en niños [Online]. Colombia; 2003. [Acceso 11 de Mayode 2019]. Disponible en: https://issuu.com/precopscp/docs/precop_ano2_mod2_cirugia.

31. Meneghello. Tratado de Pediatría. 5th. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997.

32. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido; 2007.

33. Moya M, Maravi A, De Agustín J. Hernias más frecuentes de la pared abdominal. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(5): 231-235.

34. Adelsdorfer C, Slako M, Klinger J, Carter J, Bergh C, Benavides C. Complicaciones postoperatorias de la serie prospectiva de pacientes con hernioplastia inguinal, en protocolo de hospitalización acortada del Hospital. Rev Chilena de Cirugía. 2007; 59(6): 436-442.

35. Hidalgo M, Castellona C, Figueroa M, Eymar L, Moreno E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. Cir Esp. 2001; 69(3): 217-223.

36. Granda C, Santos T, Quispe M. Herniorrafía con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones postoperatorias en un hospital del Perú. Acta Med Peru. 2016; 33(3): 208-16.

37. Asociación Mexicana de hernia. *Guía de práctica clínica para Hernias de la pared abdominal*. Asociación Mexicana de hernia. 2015; 1-44.

38. Gamboa A. Descripción clínico-epidemiológica de los pacientes mayores de 60 años operados de hernia inguinal. Cirujano General. 2018; 40(4): 255-261.

39. Schwartz. Principios de cirugía. 10th ed. México: Mc Graw Hill; 2015.

40. Huertas L, Espinosa R, Muñoz T. Patología del descenso testicular. Pediatr Integral. 2014; 18(10): 718-728.

41. Lobato L, Felices M. Patología urgente de las hernias de la pared abdominal. Madrid; 2013.

42. Cabrera G. Hernias y eventraciones [Online]. Lima: Biblioteca virtual de la unmsm. [Acceso 13 de Mayode 2020]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_23-1_hernias%20y%20eventraciones.htm.

43. Chaiña, J. Características clínicas y epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes de 0 a 15 años en el hospital honorio delgado espinoza durante los años 2011-2015 [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016.

44. Munch L, Angeles E. Métodos y técnicas de investigació. 2nd. ed. México: Trillas; 1966.

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

HUMANA

ANEXO 1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nro. De Casos: ……

HCNo: ……...

EDAD: 18-30 31-50 51-70 >70

SEXO: F / M

PROCEDENCIA:

Rural Urbana

MES DE HOSPITALIZACIÓN / INTERV QX:

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Setiembre

SIGNOS Y SINTOMAS:

Dolor Tumoración Fiebre y escalofríos Náuseas y vómitos

TIPO DE HERNIA INGUINAL

Directa Indirecta Mixta

LOCALIZACION DE LA HERNIA

Derecha Izquierda Bilateral

CONDICION DE LA HERNIA

Complicada No Complicada

CONTENIDO DEL SACO HERNIARIO

Sin contenido Intestino delgado Vejiga Epiplón Colon Grasa preperitoneal

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Herniorrafia Hernioplastia con malla

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

SI NO RECIDIVA

Instrumento tomado y adaptado de: Chaiña, J. "características clínicas y epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes de 0 a 15 años en el hospital honorio delgado espinoza durante los años 2011-2015" Arequipa – Perú. [Tesis] Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2016 (43).