

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023**

TESIS

PRESENTADA POR

Jampier Ladrón de Guevara Vargas
(ORCID 0009-0003-1808-3588)

ASESOR:

Doctor Cesar Fernando Lanchipa Picoaga
(ORCID 0000-0003-3158-5163)

Para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano

Tacna – Perú
2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre, a mi padre y a mi hermano, por su apoyo mostrado durante todos estos años de estudio y haber creído en mí desde que decidí estudiar esta carrera.

AGRADECIMIENTOS

A mí mismo por no haber desistido durante siete años de carrera, a mi familia por estar presente siempre, a mi asesor por haberme guiado durante la realización del trabajo, a los amigos que hice durante la carrera por tantos momentos compartidos juntos, al servicio de Cirugía General del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna y a los asistentes por la confianza brindada, a mis residentes por haber influido en la formación de mi carácter como profesional.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Jampier Ladrón de Guevara Vargas, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 74082234, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: “ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023”

Asesorada por Doctor César Fernando Lanchipa Picoaga, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

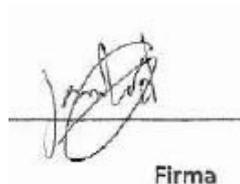
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



Firma

DNI: 74082234

Fecha: 20/05/2024

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y factores asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Metodología: Estudio retrospectivo con un tamaño de muestra de 117 pacientes observados en historial clínico.

Resultados: El 40,2% tenía de 70 a más años. El 88.9% era de sexo masculino. El 60,7% tenía menos de 1 año y el 37,6% de 1 a 5 años de tiempo de enfermedad. El 52,1% no presentó ninguna comorbilidad. En el grupo con ubicación de la hernia en el lado derecho, el 57,9% el tipo fue indirecta. En aquellos con ubicación izquierda, el 48,9% fue indirecta. No hubo diferencia estadísticamente significativa del tipo de hernia y ubicación. La mayor proporción fue de presentación clínica primaria con el 88.9%, en contraste con el resto de las presentaciones clínicas. Dentro de la presentación clínica primaria se encontró que el 91,2%, 85,1% y 92,3% correspondían a la ubicación derecha, izquierda y bilateral, respectivamente. La principal clasificación Nyhus fue la de tipo II. El 81,2% la técnica quirúrgica utilizada fue Lichtenstein seguido de un 12% laparoscópica

Conclusiones: El único factor asociado a complicaciones fue la edad (p:0,030)

Palabras clave: Hernia, Hernia inguinal, Complicaciones, características clínicas, hernioplastía

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical characteristics and factors associated with complications in patients diagnosed with inguinal hernia between January 2022 and December 2023 at the Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Methodology: Retrospective study with a sample size of 117 patients observed in clinical history.

Results: 40.2% were aged 70 years or older. The 88.9% were male. 60.7% had less than 1 year and 37.6% had been ill for 1 to 5 years. The 52.1% did not present any comorbidity. In the group with hernia location on the right side, 57.9% had an indirect type of hernia. In those with left location, 48.9% were indirect. There was no statistically significant difference in hernia type and location. The highest proportion was of primary clinical presentation with 88.9%, in contrast to the rest of the clinical presentations. Within the primary clinical presentation, it was found that 91.2%, 85.1% and 92.3% corresponded to the right, left and bilateral location, respectively. The main Nyhus classification was type II. 81.2% the surgical technique used was Lichtenstein followed by 12% laparoscopic.

Conclusions: The only factor associated with complications was age ($p:0.030$).

Key words: Hernia, Inguinal hernia, Complications, clinical characteristics, hernioplasty.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE.....	7
CAPÍTULO I.....	10
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	11
1.2.1 PREGUNTA GENERAL.....	11
1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS.....	11
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	12
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	13
CAPÍTULO II.....	14
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	14
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	14
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	17
2.2 MARCO TEÓRICO	19
2.2.1 HERNIA INGUINAL.....	19

2.2.1.1	Concepto	19
2.2.1.2	Pared Abdominal	19
2.2.1.3	Conducto Inguinal.....	20
2.2.2	ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA	21
2.2.3	CLASIFICACION.....	21
2.2.4	DIAGNÓSTICO	23
2.2.5	TRATAMIENTO	24
2.2.6	COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA	25
CAPÍTULO III	27
3	VARIABLES E HIPÓTESIS.....	27
3.1	HIPÓTESIS	27
3.2	VARIABLES Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	27
CAPÍTULO IV	31
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	31
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
4.3.1	POBLACION Y MUESTRA	31
4.3.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
4.3.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
	32	
4.4.1	Técnica	32
4.4.2	Instrumento	32
CAPÍTULO V	33

5	PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	33
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	33
5.2	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
5.3	PROCESAMIENTO ANALÍTICO DE LOS DATOS	34
	RESULTADOS.....	35
	DISCUSIÓN	50
	CONCLUSIONES	53
	RECOMENDACIONES.....	54
	BIBLIOGRAFÍA	55

CAPÍTULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías de la pared abdominal, entre ellas la hernia inguinal, es una entidad frecuente en la población que se observa durante la práctica clínica, sin embargo, no se disponen de datos precisos o estudios sobre la prevalencia en nuestro país, ni mucho menos de sus complicaciones. A nivel mundial, no existen grandes estudios que documenten esta prevalencia, en algunos países como Estados Unidos se encuentran prevalencias que van desde 0.06% hasta 9,41%. (1). A lo largo de la vida, se ha demostrado que una persona tiene un riesgo de padecer o desarrollar hernia inguinal de aproximadamente un 27% para los hombres y un 3% para las mujeres. De todos estos pacientes hasta un 10% requieren ser intervenidos quirúrgicamente debido a la sintomatología que produce. (2)

A pesar de que se observa esta patología con cierta frecuencia, tenemos pacientes asintomáticos, a los cuáles se les debería realizar la operación de manera electiva y programada ya que en algún momento pueden desencadenarse los síntomas y pueden existir complicaciones como la incarceration o estrangulamiento. (3)

Respecto al tratamiento de las hernias inguinales antiguamente lo que se realizaba eran las populares rafias, existiendo distintas técnicas en las cuales se reforzaba la pared abdominal uniendo estructuras del conducto inguinal mediante suturas, sin embargo, en gran parte de los pacientes ocurrían recidivas de las hernias, por lo que estas técnicas fueron reemplazadas por las plastias, en las

cuales, se reforzaba la pared abdominal con mallas sintéticas, actualmente el tratamiento está cambiando de un abordaje abierto hacia uno laparoscópico, sin embargo, siempre existen complicaciones en algún porcentaje de pacientes como lo son la formación de seromas, hematomas, infecciones de heridas y una complicación que causa disminución en la calidad de vida del paciente lo es el dolor crónico post operatorio por lesiones de nervios, entre otros. (4) (5) (6)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son las características clínicas y los factores asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna?

1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS

- a) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con hernia inguinal intervenidos en el servicio de cirugía entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna?
- b) ¿Cuál es la técnica quirúrgica más utilizada para la reparación de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna?
- c) ¿Cuáles son los factores clínicos y anatómicos relacionados a la presencia de complicaciones de la hernia inguinal de los pacientes

intervenidos en el periodo 2022 al 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas y factores asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con hernia inguinal intervenidos en el servicio de cirugía entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

- b) Identificar la técnica quirúrgica y características anatómicas de la hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

- c) Determinar los factores clínicos y anatómicos relacionados a la presencia de complicaciones de la hernia inguinal de los pacientes intervenidos en el periodo 2022 al 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La patología herniaria de la pared abdominal es común en la población, pero, en nuestro país no se tiene en claro qué porcentaje

de la población padece de esta patología, además, existen factores sociodemográficos que se relacionan con la hernia inguinal los cuales deben ser estudiados para poder realizar intervenciones en el primer nivel de atención para evitar las complicaciones de esta patología. Por otro lado, diversos factores se asocian a complicaciones de la cirugía, los cuáles pueden evitarse con una adecuada intervención temprana y oportuna. (7) (8).

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Hernia inguinal**
Protrusión anormal de contenido de la cavidad abdomino-pélvica a través de un orificio de la pared abdominal inferior, sea congénito o en su defecto, adquirido por alguna debilidad en la pared ya sea de la capa muscular, fascia o aponeurosis. (9)
- **Hernioplastia**
Procedimiento quirúrgico introducido inicialmente por Lichtenstein mediante el uso de mallas protésicas biocompatibles que se utilizan para corregir cualquier hernia sin tensión, aportando tasas de recidiva más bajas en la patología herniaria. (10)
- **Abultamiento**
Signo que se encuentra en la patología herniaria al observarse una protrusión en la región inguinal o afectada, la cual puede reducirse o ser irreductible dependiendo de las características anatómicas circundantes. (11)

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Puneet K Agarwal en su estudio “Study of Demographics, Clinical Profile and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Public Health Problem in Elderly Males”, analizó la parte demográfica, el perfil clínico y aquellos factores de riesgo que estuvieron presentes en pacientes diagnosticados previamente de hernia inguinal, fue un estudio observacional donde fueron incluidos 110 pacientes, de los cuales 43 eran mayores de 50 años, 107 eran varones y solo 3 eran mujeres, además que el factor de riesgo que sobresalió en este estudio fue el levantamiento de objetos pesados, asimismo factores asociados fueron la diabetes y el tabaquismo. Concluyendo que la hernia inguinal era una patología muy común en el anciano de sexo masculino. (12)

Barry de Goede y colaboradores en su investigación titulada “Risk factors for inguinal hernia in middle-aged and elderly men: Results from the Rotterdam Study”, tuvieron como objetivo determinar cuál era la incidencia y cuáles eran los factores de riesgo de hernia inguinal, analizaron el estudio de Rotterdam y realizaron un análisis de regresión multivariado. De 5780 varones sin hernia inguinal en 20 años 416 pacientes la padecieron, además que la edad avanzada hacía que la

incidencia aumente, pero por otro lado, el sobrepeso se asociaba a menor riesgo de desarrollar la hernia. (13)

Sharma S. B. y Ruchi Gupta en su estudio titulado “Prevalence and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Study in a Semi-Urban Area”, determinaron la prevalencia y los factores de riesgo de la hernia inguinal en 200 adultos de India, de los cuales el 79% eran varones, los casos de recurrencias eran alrededor de 84.2%, y el principal factor que se encontraba asociado a la recurrencia o a la presencia de una hernia era el levantar objetos pesados y largos periodos de estreñimiento. (14)

Zenén Rodríguez y colaboradores en su estudio “Factores asociados a las complicaciones de la cirugía electiva de las hernias inguinales” tuvieron como objetivo identificar factores asociados a cirugías electivas de hernia inguinal con complicaciones, evaluaron a 246 pacientes donde el 72.2% complicados tuvieron por lo menos una comorbilidad asociada, como lo era la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, entre otras, concluyendo que las comorbilidades se asociaban a complicaciones tanto agudas como crónicas. (8)

Christian Chasi en su tesis de especialidad de cirugía general titulada “Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019” determinó la prevalencia y los factores asociados a las complicaciones luego de la cirugía. Revisó 240 historias clínicas de las cuales obtuvo como resultados a 81.7% de pacientes varones con un 27.5% de

complicaciones post operatorias, dentro de los factores asociados estuvieron el sexo masculino y la técnica quirúrgica abierta. (15)

Puneet K Agarwal y colaboradores en su estudio “Comparison of Postoperative Chronic Groin Pain After Repair of Inguinal Hernia Using Nonabsorbable Versus Absorbable Sutures for Mesh Fixation”, compararon el nivel de dolor posoperatorio de hernioplastia con malla y suturas no absorbibles vs absorbibles, este estudio fue observacional prospectivo y evaluaron el dolor mediante la EVA, evidenciando que de 111 pacientes luego de 6 meses de cirugía en un 25% se encontró dolor, pero no se encontró diferencias significativas según el tipo de sutura, concluyendo que necesitaban mayores estudios. (16)

Fernando Fonseca y colaboradores en su estudio “Factores de riesgo asociados a la hernia inguinal recurrente en el adulto mayor” evaluaron cuál era la asociación que encontraban entre ciertos factores de riesgo y la recurrencia de hernia inguinal en ancianos. Fue un estudio entre 2002 y 2011 donde incluyeron a 103 pacientes. Obtuvieron como resultado que una demora en la programación quirúrgica, así como las cirugías de emergencia y las hernias deslizadas estuvieron asociadas a las recurrencias de estas. (17)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Roberto Vigil y Mario Del Castillo en su trabajo de investigación titulado “Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria” se plantearon como objetivo describir cuáles eran los resultados clínicos luego del tratamiento de pacientes que padecían de hernia inguinal unilateral, revisaron historias clínicas de 154 pacientes atendidos en 3 años. Dentro de sus resultados no se encontraron diferencias significativas entre sus variables, y concluyeron que tanto la cirugía laparoscópica como abierta es segura ya que la mayoría de los pacientes fueron dados de alta en las 24 horas siguientes a la cirugía. (18)

Gian Carlo Alfaro en su tesis que llevó como título “FACTORES ASOCIADOS A HERNIA INGUINAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL 2018-.” Objetivó identificar factores de riesgo que podían desarrollar hernias inguinales en pacientes que acudían a consultorio externo durante el año 2018. Su estudio observacional analítico transversal estudió a 240 pacientes, de los cuales el 57.9% eran de sexo masculino, y la prevalencia era mayor en aquellos con IMC mayor a 25, concluyendo la asociación entre la hernia inguinal con el sexo masculino y el IMC. (7)

Ana Granda, Santos Correa y Antonio Quispe en su trabajo de investigación titulado “Herniorrafia con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones postoperatorias en un hospital del Perú” buscaron

determinar la incidencia de complicaciones según la técnica quirúrgica empleada de hernioplastia inguinal durante 2 años. Trabajaron con 202 casos de hernioplastias, donde obtuvieron como resultado que las complicaciones más comunes eran las neuralgias, las cuales se asociaban principalmente a la técnica de Lichtenstein. (19)

Gabriela Chumbes en su tesis titulada “Factores asociados a complicaciones post operatorias de las hernias inguinales en un Hospital III nivel de atención, 2013 – 2018” determinó que factores se encontraban asociados a complicaciones luego de las cirugías de reparo de hernias inguinales. En 5 años tuvo 112 pacientes que por lo menos presentaron una complicación, de las cuales, las complicaciones tempranas eran las más frecuentes, llegando a ser un 58.9%. Dentro de los factores asociados obtuvo como resultado las comorbilidades, la programación quirúrgica, en qué lugar estaba localizada la hernia y el IMC. (20)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 HERNIA INGUINAL

2.2.1.1 Concepto

Una hernia inguinal viene a ser considerada como una protrusión de una víscera abdominal a través de un orificio de la pared abdominal inferior en la región inguinal, esto puede deberse a una debilidad de la pared o protruir directamente a través del canal inguinal en su anillo interno. (1). La hernia inguinal puede ocurrir de manera bilateral o unilateral, representa aproximadamente el 75% de las hernias de la pared abdominal, la hernia que protruye por el anillo interno del canal inguinal se denomina hernia inguinal indirecta, generalmente es debido a una malformación congénita por procesos vaginales persistentes. Dentro de los factores de riesgo que encontramos es ser del sexo masculino, la vejez, debilidad de la pared muscular y cualquier causa que aumente la presión intraabdominal; en los varones las hernias laterales suelen ser más frecuente que las centrales, se estima que aproximadamente un tercio de los varones tendrán alguna hernia en su vida, mientras que en las mujeres este valor solo llega al 3-5%. (1) (21),(22)

2.2.1.2 Pared Abdominal

La pared abdominal se compone de bastantes capas de diversos tejidos, superficialmente encontramos a la piel, por debajo de esta se encuentra el tejido celular subcutáneo llamado también fascia superficial, esta fascia está compuesta por dos capas una superficial, valga la redundancia, llamada fascia de Camper la cual en los varones

llega a cubrir hasta el pene y se continúa en el escroto con el Dartos y en las mujeres que cubre parte de los labios mayores; y luego la capa profunda llamada fascia de Scarpa, la cual se une a la fascia profunda de los músculos, en los varones en el pene se confunde con la capa superficial formando el ligamento fundiforme y en las mujeres continuándose con los labios mayores y la porción anterior del periné. Por debajo de la fascia superficial encontramos tres músculos importantes, el oblicuo externo o mayor, el oblicuo interno o menor y el transverso superficial del abdomen, cada uno de estos músculos se acompañan de sus fascias profundas, donde resaltamos a la fascia transversalis. A continuación, profundizando tenemos la fascia extraperitoneal, hasta llegar al peritoneo parietal. (23)_(24)

2.2.1.3 Conducto Inguinal

El conducto o canal inguinal se forma durante la embriogénesis a partir del proceso vaginal, el cual, es una bolsa de peritoneo que se forma antes de que desciendan las gónadas, tiene forma de estructura tubular con varias cubiertas formando así la base del conducto inguinal. Este conducto se encuentra formado por dos anillos, uno superficial y uno profundo, su pared anterior se encuentra formada por la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, su pared posterior por la Fascia Transversalis la cual tiene de refuerzo al tendón conjunto, el techo se encuentra formado por el arqueamiento de las fibras de los músculos oblicuo menor y transverso superficial del abdomen y el piso del conducto se encuentre formado por el ligamento inguinal reforzado por el ligamento lacunar. (23)_(24)

2.2.2 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Se considera que, en general, las hernias inguinales tienen una etiología mixta, ya que existe cierto componente congénito como adquirido. En general en pacientes adultos las hernias inguinales se consideran adquiridas, asimismo, la carga genética cumple un papel relevante en la etiología de las hernias ya que en pacientes con el hecho de tener un antecedente familiar de personas que han padecido de hernias, existe hasta 4 veces más probabilidad de que también la padezcan. Antecedentes patológicos de enfermedades del tejido conectivo también juegan un rol importante, así como el aumento de la presión intraabdominal. Ciertos estudios han demostrado también un desbalance a nivel molecular entre los niveles de colágeno tipo III en comparación con los de tipo I, ya que el colágeno tipo III es menos resistente que el tipo I, por lo tanto, al tener estos pacientes mayor cantidad de colágeno tipo III, se encuentran con mayor tendencia de poder desarrollar alguna hernia inguinal. (25)

2.2.3 CLASIFICACION

Las diferentes hernias de la pared abdominal se encuentran clasificadas de a grandes rasgos si su contenido es reductible o irreductible al poder introducirlo a la cavidad abdominal, también pueden ser coercibles si el contenido permanece dentro de la cavidad abdominal luego de ser reducido, o incoercible en caso vuelva a protruir. Las hernias atascadas son aquellas que comprometen el tránsito intestinal si son irreductibles, las estranguladas aquellas que causan compromiso vascular debido a la obstrucción causando hasta isquemia y necrosis. (26)

También se ha realizado una clasificación por Nyhus de acuerdo con el tipo de protrusión del saco y también de acuerdo con la ubicación

del defecto, es decir, por donde protruyen, asimismo, se clasifican también si se acompañan o no de otros tipos de hernias como las femorales. (27)

TIPO I	Indirecta Anillo inguinal interno de diámetro normal Pared posterior normal Saco herniario alcanza la porción medial del canal inguinal
TIPO II	Indirecta Anillo inguinal interno dilatado Pared posterior normal Vasos epigástricos no desplazados
TIPO III	Defectos de la pared posterior A. Directa pequeña o grande B. Indirecta con dilatación importante del anillo inguinal interno. Pared posterior involucrada. Hernia inguino-escrotal y hernia en pantalón C. Hernia femoral
TIPO IV	Hernias recurrentes A. Directa B. Indirecta C. Femorales D. Combinación de cualquiera de estas

Tabla 1. Clasificación de Nyhus. Tomado de Mayagoitia González JC, Cisneros Muñoz HA, Martínez Munive Á, Blas Azotla R, Álvarez Quintero R, Ramírez Mancillas LR, et al. Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. Asoc Mex Hernia Ac. 2015;49.

Dentro de otras clasificaciones también tenemos a la de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins

TIPO I	Indirecta Anillo interno apretado (normal) con saco peritoneal de cualquier tamaño
TIPO II	Indirecta Anillo interno menor de 4 cm
TIPO III	Indirecta Anillo interno mayor de 4 cm Saco peritoneal con componente de deslizamiento o escrotal Desplazamiento de vasos epigástricos
TIPO IV	Directa Defecto de piso inguinal
TIPO V	Directa Defecto diverticular del piso de no más de 1-2 cm de diámetro
TIPO VI	Hernia mixta, directa e indirecta (en pantalón)
TIPO VII	Hernias femorales

Tabla 2. Clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins. Tomado de Mayagoitia González JC, Cisneros Muñoz HA, Martínez Munive Á, Blas Azotla R, Álvarez Quintero R, Ramírez Mancillas LR, et al. Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. Asoc Mex Hernia Ac. 2015;49.

2.2.4 DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de una hernia inguinal se debe examinar inicialmente al paciente en posición de bipedestación e inspeccionar la región inguinal para buscar la tumoración, si no hay visualización

se debe realizar la palpación del escroto y del canal inguinal. Generalmente no son necesarios los exámenes auxiliares de imágenes para el diagnóstico de hernia, sin embargo, suelen pedirse para confirmar el diagnóstico o para complicaciones luego de la cirugía. (28)

Respecto al ultrasonido según Korenkov, la ecografía doppler tuvo una sensibilidad para diagnosticar la hernia inguinal de 90% y una especificidad de 86%, así como un valor predictivo positivo de 78% y uno negativo de 89%, en resumen, tiene alta precisión en el diagnóstico de hernias inguinales directas. (29)

La tomografía tiene cierto beneficio cuando el diagnóstico no está claro, ya que se puede observar de mejor manera la anatomía inguinal y detectar otras etiologías de masa inguinal, posee una sensibilidad de 80% y una especificidad del 65%. Por otro lado, la resonancia magnética al examinar mejor las partes blandas del organismo tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 96%, sin embargo, rara vez es utilizada, generalmente para el diagnóstico diferencial de lesiones deportivas. (25)

2.2.5 TRATAMIENTO

Dentro del tratamiento de reparación de los defectos del conducto inguinal en la actualidad se realizan mediante técnicas quirúrgicas donde no se utiliza tensión, ya que se utilizan refuerzos con implantes de malla, sin embargo, en la antigüedad solían utilizarse técnicas con tensión mediante suturas, las más utilizadas eran las técnicas de McVay, Bassini y Shouldice, sin embargo, las hernias inguinales solían ser recurrentes a pesar del uso de estas técnicas. En la actualidad, como ya se mencionó, se utilizan refuerzos de la pared con implantes de malla, la técnica que empleada es la de Lichtenstein,

sin embargo, desde la aparición de la cirugía laparoscópica, se han innovado técnicas como la reparación de hernia extraperitoneal total (TEP) y la reparación preperitoneal transabdominal (TAPP), las cuales, si bien no todos los cirujanos las realizan, es a lo que apunta la cirugía mínimamente invasiva en el futuro. (30) (31)

a) Técnica de Lichtenstein: Con un implante de malla hecho a base de prolipropileno se fija el borde inferior de la malla al ligamento inguinal, el borde superior al tendón conjunto, permitiendo que los elementos del cordón inguinal pasen entre ambas ramas de la malla. (32)

b) Técnica Laparoscópica: La técnica laparoscópica utiliza dióxido de carbono para realizar el neumoperitoneo, luego de disecar el peritoneo, se procede a realizar la reparación del defecto con la malla de polipropileno, esta se extiende desde la línea media hasta la espina iliaca anterosuperior, se fija a nivel del ligamento de Cooper, el arco aponeurótico del transversos y en el tracto iliopúbico. (32)

2.2.6 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

Respecto a las complicaciones que se pueden dar luego de la cirugía encontramos a las inmediatas como lo son la retención urinaria, formaciones de hematomas o seromas, sangrado intra o extraperitoneal, edema escrotal y/o de cordón espermático, infección de herida operatoria, entre otras; dentro de las complicaciones tardías se encuentran las complicaciones de carácter neuropático, como las neuralgias las cuales a diferencia del dolor crónico, provocan dolor a lo largo del nervio afectado sin fenómenos inflamatorios, otra complicación tardía que se puede dar es la recidiva de la hernia. (33) (34)

Una de las complicaciones que se está estudiando de manera más seguida es el dolor crónico, el cual se define por la persistencia de dolor por lo menos en 3 meses, esto es algo común en las hernioplastias, sin embargo, no ha sido bien estudiado. Tenemos diferentes causas que pueden producir dolor crónico postoperatorio, dentro de ellas podemos citar la lesión nerviosa directa por la utilización de mallas de diferentes materiales, suturas o grapas. Este dolor generalmente se causa debido a una reacción del periostio a nivel del pubis por tejido cicatricial o por un meshoma debido a la acumulación de la retracción de la malla y la fibrosis periprotésica. El dolor crónico puede ser de origen nociceptivo o de origen neuropático, el cual tiene como antecedente la lesión de un nervio de la zona durante la cirugía. (35) (36) (37)

Dentro de la evaluación del dolor crónico como complicación de la hernioplastia inguinal, se suele evaluar la sensibilidad de los nervios periféricos de dicha zona, como son el iliohipogástrico, el ilioinguinal y el genitofemoral. Al evaluar la sensibilidad de estos nervios se “marcan” aquellas zonas donde existe hiperestesia o hipoestesia, lo que indicaría una lesión nerviosa. Para esta evaluación se utiliza una especie de mapeo según los dermatomas de los nervios previamente citados. (38)

CAPÍTULO III

3 VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

- Las características clínicas y los factores asociados que se evaluaron no estuvieron asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

HIPÓTESIS ALTERNA

- Las características clínicas y los factores asociados que se evaluaron estuvieron asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

3.2 VARIABLES Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Edad	HC	Cuantitativa	De razón	18-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años ≥ 70 años
Sexo	HC	Cualitativa	Nominal	Masculino

				Femenino
Tiempo de enfermedad	HC	Cuantitativa	De razón	< 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años ≥ 11 años
Abultamiento	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Dolor	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
HTA	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
DM2	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Artritis	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Sobrepeso	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Obesidad	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Cardiopatía isquémica	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
EPOC	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Tipo de hernia	HC	Cualitativa	Nominal	Indirecta Directa Mixta
Presentación clínica	HC	Cualitativa	Nominal	Primaria Recidivante Reductible Irreductible Incarcerada Estrangulada

Ubicación de la hernia	HC	Cualitativa	Nominal	Derecha Izquierda Bilateral
Técnica quirúrgica	HC	Cualitativa	Nominal	Lichtenstein Laparoscópica Convertida Herniorrafia Otra
Tipo de anestesia	HC	Cualitativa	Nominal	General Raquídea Epidural Bloqueo regional
Analgesia posterior	HC	Cualitativa	Nominal	Sí - ¿Cuál? No
Profilaxis antibiótica	HC	Cualitativa	Nominal	Sí No
Complicaciones	HC	Cualitativa	Nominal	Infección de sitio operatorio Hematoma Seroma Neuralgia Lesión vesical Orquitis Retención urinaria Dolor crónico Dolor testicular Inflamación testicular

				Lesión de conducto deferente
--	--	--	--	------------------------------------

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de diseño observacional, carácter retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará con pacientes que fueron operados en el servicio de Cirugía del Departamento de Cirugía del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud durante enero de 2022 y diciembre de 2023, en la ciudad de Tacna.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 UNIDAD DE ESTUDIO

Pacientes con el diagnóstico de hernia inguinal que cumplan los criterios de inclusión.

4.3.2 POBLACION Y MUESTRA

La población del estudio se encontró conformada por personas adultas que fueron intervenidas de cirugía de hernia inguinal durante enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna según criterios de inclusión y exclusión determinados para el presente estudio.

4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes asegurados mayores de 18 años con diagnóstico de hernia inguinal complicada o no complicada.
- Pacientes operados electivamente hernia inguinal.
- Pacientes operados de emergencia por hernia inguinal.

4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mujeres que estén cursando con gestación.
- Pacientes en cuya historia clínica se encuentren datos incompletos según el instrumento de recolección de datos.
- Pacientes post operados que fallecieron por causas ajenas a la cirugía luego del alta.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnica

Se redactó un documento para pedir permiso al hospital para poder realizar el estudio, se realizará la revisión de historias clínicas mediante el sistema digital ESSI-SGSS de EsSalud y con los datos obtenidos se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos.

4.4.2 Instrumento

Se elaboró un instrumento en el cual se recopilan los antecedentes del paciente, los cuales se obtendrán de la historia clínica digital, posterior a ello, la información se plasmará en la ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Una vez aprobado el proyecto de investigación, y con el permiso respectivo del hospital, se procedió a revisar el libro de ingresos del servicio de cirugía general del Hospital III Daniel Alcides Carrión, de donde se tomó el número de historia clínica de los pacientes que han sido operados de hernia inguinal durante el periodo 2022 y 2023, posterior a ello, se ingresó al sistema digital ESSI-SGSS de EsSalud, donde se revisaron las historias clínicas digitales de los pacientes, se tomaron los datos respectivos y se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos.

5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realiza la inscripción del proyecto en el comité de ética de la Universidad Privada de Tacna y del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna para su aprobación y posterior ejecución de este. Durante la realización del proyecto se respetó la propiedad intelectual de los autores mediante la respectiva citación de las fuentes bibliográficas. Asimismo, durante la ejecución del trabajo la información de cada historia clínica de cada paciente fue codificada, se respetaron los principios bioéticos al guardarse absoluta confidencialidad de la información recolectada.

5.3 PROCESAMIENTO ANALÍTICO DE LOS DATOS

Se recogieron los datos de las historias clínicas de los pacientes y los datos del instrumento aplicado, posteriormente estos datos se procesaron en los programas estadísticos Excel y SPSS. Se presentaron los resultados en tablas con valores absolutos y relativos. Se realizó la estadística descriptiva y utilización de la prueba de chi cuadrado para identificar variables asociadas a complicaciones con un valor p significativo menor de 0,05.

RESULTADOS

Tabla 01: FRECUENCIA SEGÚN EDAD SEXO Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Edad	30 a 39 años	5	4,3%
	40 a 49 años	10	8,5%
	50 a 59 años	23	19,7%
	60 a 69 años	32	27,4%
	70 a más	47	40,2%
	Total	117	100,0%
Sexo	Masculino	104	88,9%
	Femenino	13	11,1%
	Total	117	100,0%
Tiempo de enfermedad	Menos de 1 año	71	60,7%
	1 a 5 años	44	37,6%
	6 a 10 años	1	,9%
	11 a más años	1	,9%
	Total	117	100,0%

En la tabla 1 se puede observar que el 40,2% tenía de 70 a más años seguido de un 27,4% entre 60 a 69 años y el 19,7% de 50 a 59 años. El 88,9% era de sexo masculino y el 11,1% femenino. Según tiempo de enfermedad, el 60,7% tenía menos de 1 año y el 37,6% de 1 a 5 años.

Tabla 2: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Principales síntomas y signos	Ambos	9	7,7%
	Abultamiento	107	91,5%
	Dolor	1	,9%
	Total	117	100,0%

En la tabla 2 podemos observar que el 91,5% el principal síntoma fue el abultamiento. El dolor sólo se percibió en el 0,9% y en el 7,7% se presentó ambos.

Tabla 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LAS PRINCIPALES COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

	n	%
HTA	30	25,6%
DM2	14	12,0%
Dislipidemias	5	4,3%
Asma	4	3,4%
EPOC	3	2,6%
TBC	3	2,6%
Arritmia	3	2,6%
Artritis	2	1,7%
Artritis psoriásica	2	1,7%
Enfermedad renal crónica	2	1,7%
Cirrosis	2	1,7%
Fibrilación auricular	2	1,7%
Hipotiroidismo/hipertiroidismo	2	1,7%
Obesidad	1	0,9%
Gastritis por H.Pylori	1	0,9%
Osteoporosis	1	0,9%
Esquizofrenia	1	0,9%
Insuficiencia mitral	1	0,9%
Hepatitis C	1	0,9%
Trombosis venosa	1	0,9%

En la tabla 3 observamos las principales comorbilidades encontradas evidenciándose que en el 26,6% fue la hipertensión arterial seguido del 12% con diabetes mellitus tipo 2. Las demás comorbilidades representaron menos del 5%.

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NÚMERO DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
N° de comorbilidades	Ninguna	61	52,1%
	1.00	36	30,8%
	2.00	15	12,8%
	3.00	5	4,3%
	Total	117	100,0%

En la tabla 4 podemos observar que el 52,1% no presentó ninguna comorbilidad. El 30,8% tuvo una comorbilidad y el 12,8% presentó hasta 2 comorbilidades.

Tabla 5: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN UBICACIÓN DE LA HERNIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Ubicación de la hernia	Derecha	57	48,7%
	Izquierda	47	40,2%
	Bilateral	13	11,1%
	Total	117	100,0%

En la tabla 5 podemos evidenciar que el 48,7% de los pacientes presentaron una ubicación de la hernia en el lado derecho seguido del 40,2% en el lado izquierdo y el 11,1% de presentación bilateral.

Tabla 6. TIPO DE HERNIA SEGÚN UBICACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		Ubicación de la hernia							
		Derecha		Izquierda		Bilateral		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de hernia	Indirecta	33	57.9%	23	48.9%	8	61.5%	64	54.7%
	Directa	21	36.8%	22	46.8%	5	38.5%	48	41.0%
	Mixta	3	5.3%	2	4.3%	0	0.0%	5	4.3%
	Total	57	100.0%	47	100.0%	13	100.0%	117	100.0%

En la tabla 6 se puede evidenciar que, en el grupo con ubicación de la hernia en el lado derecho, el 57,9% el tipo fue indirecta seguido de un 36,8% directa y el 5,3% mixta. En aquellos pacientes con ubicación de la hernia en el lado izquierdo, el 48,9% fue indirecta seguido del 46,8% directa y el 4,3% mixta. En el grupo como ubicación de la hernia bilateral, el 61,5% fue indirecta y el 38,5% directa. No hubo diferencia estadísticamente significativa del tipo de hernia y ubicación.

Tabla 7: PRESENTACIÓN CLÍNICA SEGÚN UBICACIÓN DE LA HERNIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		Ubicación de la hernia							
		Derecha		Izquierda		Bilateral		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Presentación clínica	Primaria	52	91.2%	40	85.1%	12	92.3%	104	88.9%
	Recidivante	4	7.0%	5	10.6%	1	7.7%	10	8.5%
	Reductible	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Irreductible	1	1.8%	2	4.3%	0	0.0%	3	2.6%
	Incarcerada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Estrangulada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	57	100.0%	47	100.0%	13	100.0%	117	100.0%

En la tabla 7 se puede evidenciar que según ubicación de la hernia, la mayor proporción fue de presentación clínica primaria evidenciándose una distribución del 91,2%, 85,1% y 92,3% de ubicación derecha, izquierda y bilateral, respectivamente. El 1,8% y 4,3% tuvo una presentación clínica irreductible según ubicación derecha e izquierda, respectivamente.

Tabla 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CLASIFICACIÓN NYHUS Y UBICACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

Clasificación Nyhus	Ubicación de la hernia							
	Derecha		Izquierda		Bilateral		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
II	51	89.5%	41	87.2%	12	92.3%	104	88.9%
IIIa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
IIIb	2	3.5%	1	2.1%	0	0.0%	3	2.6%
IIIc	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
IVa	4	7.0%	3	6.4%	0	0.0%	7	6.0%
IVb	0	0.0%	2	4.3%	1	7.7%	3	2.6%
IVc	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
IVd	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	57	100.0%	47	100.0%	13	100.0%	117	100.0%

La principal clasificación Nyhus fue la de tipo II con una frecuencia según ubicación de la hernia de 89,5% 87,2% y 92,3%, respectivamente.

Tabla 9: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

	n	%	
Técnica quirúrgica	Lichtenstein	95	81,2%
	Laparoscópica	14	12,0%
	Convertida	0	0,0%
	Herniorrafia	1	,9%
	Rutkow	7	6,0%
	Total	117	100,0%

En la tabla 9 podemos observar que el 81,2% la técnica quirúrgica utilizada fue Lichtenstein seguido de un 12% laparoscópica.

Tabla 10: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA EN ACTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Tipo de anestesia	General	24	20,5%
	Raquídea	30	25,6%
	Epidural	61	52,1%
	Bloqueo regional	2	1,7%
	Total	117	100,0%

En la tabla 10 podemos observar que el tipo de anestesia principalmente utilizado fue el epidural con un 52,1% seguido de la raquídea con un 25,6% y la general en el 20,5%.

Tabla 11: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN PROFILAXIS y ANALGESIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Profilaxis Antibiótica	No	2	1,7%
	Sí	115	98,3%
	Total	117	100,0%
Analgesia posterior	No	0	0,0%
	Sí	117	100,0%
	Total	117	100,0%
Analgésico	AINE	32	27,4%
	Paracetamol	83	70,9%
	Tramadol	2	1,7%
	Total	117	100,0%

En la tabla 11 podemos observar que el 98,3% de los pacientes recibieron profilaxis antibiótica. El 100% tuvo la indicación de analgesia posterior siendo el 70,9% principalmente utilizado el paracetamol.

Tabla 12: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL TIPO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

	n	%
Seroma	9	7,69%
Dolor crónico	6	5,13%
Dolor testicular	4	3,42%
Infección de sitio operatorio	3	2,56%
Recidiva	3	2,56%
Hematoma	3	2,56%
Lesión de conducto espermático	2	1,71%
Retención urinaria	1	0,85%
Inflamación testicular	1	0,85%
Fibrosis de cordón	1	0,85%
Engrosamiento de cordón	1	0,85%

En la tabla 12 se puede observar que la principal complicación observada fue el seroma en el 7,69% seguido del dolor crónico en el 5,13% y dolor testicular en el 3,42%. Cabe destacar que, en la presentación de la presente tabla, un paciente pudo haber presentado más de una complicación, por ende no se colocan los totales.

Tabla 13: DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		n	%
Complicaciones	Sin complicaciones	87	74,4%
	Con complicaciones	30	25,6%
	Total	117	100,0%
N° de complicaciones	Ninguna	87	74,4%
	1.00	26	22,2%
	2.00	4	3,4%
	Total	117	100,0%

En la tabla 13 podemos observar que el 74,4% de los pacientes no presentaron complicaciones, pero en el 25,6% sí fueron observadas. Según el número de complicaciones, el 22,2% presentó 01 complicación y el 3,4% hasta 2.

Tabla 14: RELACION DE FACTORES RELACIONADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

		Complicaciones				p
		Sin complicación		Con complicación		
		n	%	n	%	
Edad	30 a 39 años	1	20,0%	4	80,0%	0,030
	40 a 49 años	9	90,0%	1	10,0%	
	50 a 59 años	15	65,2%	8	34,8%	
	60 a 69 años	25	78,1%	7	21,9%	
	70 a más	37	78,7%	10	21,3%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
Sexo	Masculino	76	73,1%	28	26,9%	0,369
	Femenino	11	84,6%	2	15,4%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
Tiempo de enfermedad	Menos de 1 año	56	78,9%	15	21,1%	0,180
	1 a 5 años	30	68,2%	14	31,8%	
	6 a 10 años	0	0,0%	1	100,0%	
	11 a más años	1	100,0%	0	0,0%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
N° de comorbilidades	Ninguna	43	70,5%	18	29,5%	0,103
	1.00	25	69,4%	11	30,6%	
	2.00	15	100,0%	0	0,0%	
	3.00	4	80,0%	1	20,0%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
Tipo de hernia	Indirecta	50	78,1%	14	21,9%	0,514
	Directa	34	70,8%	14	29,2%	
	Mixta	3	60,0%	2	40,0%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
Presentación clínica	Primaria	79	76,0%	25	24,0%	0,518
	Recidivante	6	60,0%	4	40,0%	
	Reductible	0	0,0%	0	0,0%	
	Irreductible	2	66,7%	1	33,3%	
	Incarcerada	0	0,0%	0	0,0%	
	Estrangulada	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	
Técnica quirúrgica	Lichtenstein	68	71,6%	27	28,4%	0,542
	Laparoscópica	12	85,7%	2	14,3%	
	Convertida	0	0,0%	0	0,0%	
	Herniorrafia	1	100,0%	0	0,0%	
	Rutkow	6	85,7%	1	14,3%	
	Total	87	74,4%	30	25,6%	

En la tabla 14 se pudo evidenciar que el único factor asociado a complicaciones fue la edad ($p:0,030$). Se pudo observar que a mayor edad mayor probabilidad de complicaciones evidenciándose esta frecuencia a partir de los 50 años principalmente. Esta diferencia fue altamente significativa comparado al grupo sin complicación. Una observación o hallazgo que amerita una investigación posterior con mayor muestra es en el grupo de 30 a 39 años donde el 80% presentó complicaciones.

DISCUSIÓN

El estudio de la casuística de la intervención de la hernia inguinal y su relación con la presencia de complicaciones es una experiencia que a nivel regional, local e institucional se ha realizado inicialmente con el presente trabajo. El aporte principal es identificar la línea de base de seguimiento de la misma. En el presente grupo se pudo determinar que la edad, que es una variable no modificable, estuvo asociada a la presencia de complicaciones y los demás factores principalmente el acto quirúrgico no tuvo una relación directa o indirecta con la presencia de estas. Puneet K Agarwal identificó que los factores de riesgo para la presencia de hernia inguinal, fue el levantamiento de pesos pesados, la diabetes y el tabaquismo. Concluyendo que la hernia inguinal era una patología muy común en el anciano de sexo masculino. (12) Barry de Goede y colaboradores observaron en 5780 varones sin hernia inguinal que en 20 años 416 pacientes la padecieron, además que la edad avanzada y sobrepeso eran las variable mayormente asociadas (13). Sharma S. B. y Ruchi Gupta en 200 adultos de India, el 79% eran varones, donde los casos de recurrencias eran alrededor de 84.2%, y el principal factor que estaba asociado a esta complicación era el levantar objetos pesados y largos periodos de estreñimiento. (14) Zenén Rodríguez y colaboradores tuvieron como objetivo identificar factores asociados a complicaciones, donde el 72.2% de los complicados tuvieron por lo menos una comorbilidad asociada, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, entre otras, concluyendo que las comorbilidades se asociaban a complicaciones tanto agudas como crónicas. (8) Christian Chasi en su tesis determinó la prevalencia y los factores asociados a las complicaciones donde los pacientes varones (27,5%) las tuvo en el periodo post operatorio, siendo también asociado la técnica quirúrgica abierta. (15) Puneet K Agarwal y colaboradores evidenciaron que luego de 6 meses de cirugía en un 25% se encontró dolor, pero no se encontró diferencias significativas concluyendo que necesitaban

mayores estudios. (16) Fernando Fonseca evaluaron la asociación entre ciertos factores de riesgo y la recurrencia en ancianos. Obtuvieron que una demora en la programación quirúrgica, así como las cirugías de emergencia y las hernias deslizadas estuvieron asociadas a las recurrencias de estas. (17). En Perú, Roberto Vigil y Mario Del Castillo dentro de sus resultados no obtuvieron diferencias significativas entre sus variables, y concluyeron que tanto la cirugía laparoscópica como abierta no son factores asociados a complicaciones. (18) Gian Carlo Alfaro observó que las complicaciones estaban asociadas más a IMC mayor a 25, en nuestro trabajo se presentó la limitación de no contar con un registro completo de datos en las historias clínicas como lo es el IMC, siendo importante también en estos pacientes malnutridos el control laboratorial como podría ser el valor sérico de proteínas identificado en los exámenes prequirúrgicos. (7) Ana Granda, Santos Correa y Antonio Quispe buscaron determinar la incidencia de complicaciones según la técnica quirúrgica empleada de hernioplastia inguinal durante 2 años, donde obtuvieron como resultado que las complicaciones más comunes eran las neuralgias, las cuales se asociaban principalmente a la técnica de Lichtenstein, si bien en nuestro trabajo la técnica quirúrgica de Lichtenstein, la cual fue la que usó principalmente, no estuvo asociada a complicaciones, se encontraron a 6 pacientes con dolor crónico post-operatorio en 2 años de estudio, por lo que se recomendaría cuidar la técnica de Lichtenstein o reemplazarla por otra técnica quirúrgica como lo es la cirugía laparoscópica, que en la actualidad, se encuentra en ascenso. (19) Gabriela Chumbes determinó que las complicaciones estuvieron principalmente asociadas a las comorbilidades, la programación quirúrgica, lugar que estaba localizada la hernia y el IMC. (20).

En nuestro estudio, el 40,2% de los pacientes observados, tenía de 70 a más años seguido de un 27,4% entre 60 a 69 años. El 88.9% era de sexo masculino y el 11,1% femenino. Según tiempo de enfermedad, el 60,7% tenía menos de 1 año. En el 91,5% el principal signo el abultamiento. Las principales comorbilidades encontradas fueron en el 26,6% la hipertensión

arterial y en el 12% la diabetes mellitus tipo 2. El 52,1% no presentó ninguna comorbilidad, el 30,8% si tuvo una comorbilidad y el 12,8% presentó hasta 2 comorbilidades. El 48,7% de los pacientes presentaron una ubicación de la hernia en el lado derecho y 40,2% en el lado izquierdo. El 11,1% fue de presentación bilateral. No hubo diferencia estadísticamente significativa del tipo de hernia y ubicación. La principal clasificación Nyhus fue la de tipo II con una frecuencia según ubicación de la hernia de 89,5% 87,2% y 92,3%, respectivamente. El 81,2% la técnica quirúrgica utilizada fue Lichtenstein seguido de un 12% laparoscópica. El 74,4% de los pacientes no presentaron complicaciones, pero en el 25,6% sí fueron observadas. La principal complicación observada fue el seroma en el 7,69% seguido del dolor crónico en el 5,13% y dolor testicular en el 3,42%. Según el número de complicaciones, el 22,2% presentó 01 complicación y el 3,4% hasta 2. Se pudo evidenciar que el único factor asociado a complicaciones fue la edad ($p:0,030$). Estos resultados pueden evidenciar que las presencias de complicaciones no estuvieron relacionadas con la atención ofertada a los pacientes pues la única variable, no modificable con la presencia de estas, fue la edad, que, como característica idiosincrática del paciente, amerita su observación en las futuras intervenciones a realizarse, asimismo, se debe hacer énfasis en mejorar los registros de datos en las historias clínicas de los pacientes, ya que la edad puede comportarse en nuestro estudio como un factor confusor, puesto que existen datos que no han sido registrados siendo esta una limitación del estudio.

CONCLUSIONES

1. El 40,2% tenía de 70 a más años seguido de un 27,4% entre 60 a 69 años y el 19,7% de 50 a 59 años. El 88,9% era de sexo masculino y el 11,1% femenino. Según tiempo de enfermedad, el 60,7% tenía menos de 1 año y el 37,6% de 1 a 5 años. El 82,9% no presentó ninguna comorbilidad, el 12,8% tuvo una comorbilidad y el 3,4% presentó hasta 2 comorbilidades.
2. En el grupo con ubicación de la hernia en el lado derecho, el 57,9% el tipo fue indirecta. En aquellos con ubicación izquierda, el 48,9% fue indirecta. No hubo diferencia estadísticamente significativa del tipo de hernia y ubicación. La mayor proporción fue de presentación clínica primaria con el 91,2%, 85,1% y 92,3% de ubicación derecha, izquierda y bilateral, respectivamente. El 1,8% y 4,3% tuvo una presentación clínica irreductible según ubicación derecha e izquierda, respectivamente. La principal clasificación Nyhus fue la de tipo II. El 81,2% la técnica quirúrgica utilizada fue Lichtenstein seguido de un 12% laparoscópica.
3. El único factor que estuvo asociado a complicaciones observado en este grupo de estudio fue la edad ($p:0,030$)

RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación que involucren otras variables asociadas a hernia inguinal, como calidad de vida posquirúrgica y sus complicaciones como ser la evaluación del tiempo de demora, programación de cirugía o abordaje de emergencia, en estudios con mayor muestra.
2. Se recomienda una técnica quirúrgica adecuada en los pacientes adultos mayores ya que según los antecedentes del trabajo, la técnica de Lichtenstein se encontró asociada a neuralgias y dolor, si bien en nuestro trabajo no se encontró asociación estadísticamente significativa, debería considerarse el uso de otras técnicas quirúrgicas.
3. Se recomienda también la posibilidad de realizar un estudio prospectivo de evaluación de la presencia del dolor en cortes de 6 meses a más de tiempo postoperatorio
4. Finalmente se recomienda mejorar el registro de datos en las historias clínicas, ya que este déficit formó parte de una limitación en nuestro estudio, donde posiblemente se pudieron haber encontrado otros factores asociados a complicaciones y no solamente la edad avanzada como se evidenció.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abebe MS, Tareke AA, Alem A, Debebe W, Beyene A. Worldwide magnitude of inguinal hernia: Systematic review and meta-analysis of population-based studies. SAGE Open Med. 2022;10:20503121221139150.
2. Primatesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemiol. agosto de 1996;25(4):835-9.
3. O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. Ann Surg. agosto de 2006;244(2):167-73.
4. Yagual SAC, Morla FAV, Cevallos SDP, Garcia CMC. Complicaciones en la cirugía de hernia inguinal. RECIMUNDO. 5 de febrero de 2020;4(1):63-70.
5. Chinchilla Hermida PA, Baquero Zamorra DR, Guerrero Nope C, Bayter Mendoza EF. Incidencia y factores asociados al dolor crónico postoperatorio en pacientes llevados a herniorrafia inguinal. Rev Colomb Anesthesiol. 1 de octubre de 2017;45(4):291-9.
6. Chaveli C, Blázquez L, Marzo P, González G, Miguel M, Abadía T, et al. Dolor crónico inguinal tras reparación herniaria. Análisis de nuestra serie a través de un cuestionario postal*. Rev Hispanoam Hernia. 31 de marzo de 2013;1:5-11.
7. Alfaro Zola GCM. Factores asociados a hernia inguinal en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Sergio E. Bernales en el 2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2967>
8. Saliou Diallo M, Rodríguez Fernández Z, Joubert Álvarez G, Gavilán Yodú RL, Casamayor Callejas E, Saliou Diallo M, et al. Factores asociados

a las complicaciones de la cirugía electiva de las hernias inguinales. Rev Cuba Med Mil [Internet]. diciembre de 2019 [citado 24 de enero de 2024];48(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Varela PS. Hernias de la pared abdominal. Univ Repúb [Internet]. 2018; Disponible en:

https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hernias_de_la_pared_abdominal_CQFM.pdf

10. Venturelli M. F, Uherek P. F, Cifuentes V. C, Folch C. P, Felmer E. O, Valentin H. P. Hernia inguinal: Conceptos actuales. Cuad Cir. 2007;21(1):43-51.

11. Alvarracin PAC, Chinizaca VMC, Cujilema JCS, Chiluisa JYS. Hernia de pared abdominal, diagnostico y tratamiento. RECIMUNDO. 1 de julio de 2022;6(3):128-35.

12. Agarwal PK. Study of Demographics, Clinical Profile and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Public Health Problem in Elderly Males. Cureus [Internet]. abril de 2023 [citado 24 de enero de 2024];15(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10132853/>

13. de Goede B, Timmermans L, van Kempen BJH, van Rooij FJA, Kazemier G, Lange JF, et al. Risk factors for inguinal hernia in middle-aged and elderly men: results from the Rotterdam Study. Surgery. marzo de 2015;157(3):540-6.

14. Prevalence and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Study in a Semi-Urban Area - ProQuest [Internet]. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://www.proquest.com/openview/48be9432dbab2d352b1c61746a9c498e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040251>

15. Chasi Peñafiel CA. Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019. 2020;41-41.
16. Agarwal PK, Sutrave T, Kaushal D, Vidua R, Malik R, Maurya AP. Comparison of Postoperative Chronic Groin Pain After Repair of Inguinal Hernia Using Nonabsorbable Versus Absorbable Sutures for Mesh Fixation. *Cureus*. 15(2):e35562.
17. Fonseca S. FK, Lorenzo M. A, Rey V. YS, Llópiz S. R, Fonseca S. FK, Lorenzo M. A, et al. Factores de riesgo asociados a la hernia inguinal recurrente en el adulto mayor. *Rev Cir*. 2019;71(1):61-5.
18. Vigil-Guerrero RE, Yrigoyen MADC. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. *Rev Médica Hered*. 2021;32(4):201-6.
19. Granda AC, Correa-Tineo S, Quispe AM. 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 Médica Peru*. julio de 2016;33(3):208-16.
20. Chumbes Rueda GL. Factores asociados a complicaciones post operatorias de las hernias inguinales en un Hospital III nivel de atención, 2013 – 2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1740>
21. Berndsen MR, Gudbjartsson T, Berndsen FH. [Inguinal hernia - review]. *Laeknabladid*. septiembre de 2019;105(9):385-91.
22. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión [Internet]. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538218300384>

23. Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados P, Feliu Palá X. Cirugía de la pared abdominal. Guías Clínicas Asoc Esp Cir. 2013;2da Edición:602.
24. Mayagoitia González JC, Cisneros Muñoz HA, Martínez Munive Á, Blas Azotla R, Álvarez Quintero R, Ramírez Mancillas LR, et al. Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. Asoc Mex Hernia Ac. 2015;49.
25. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>
26. Sanchez Garcia A, Masso Odriozola A, Benito Montes G, Diez Orive MO, Lopez Zarraga F, Añorbe Mendivil E, et al. La importancia del tubérculo púbico en la clasificación de las hernias inguinales y femorales. SERAM 2014 [Internet]. 2014 [citado 19 de enero de 2024];(S-0420). Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0420>
27. Carrera Laureán N, Camacho López MR, Carrera Laureán N, Camacho López MR. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cir Gen. diciembre de 2018;40(4):250-4.
28. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 15 de octubre de 2020;102(8):487-92.
29. Korenkov M, Paul A, Troidl H. Color duplex sonography: diagnostic tool in the differentiation of inguinal hernias. J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med. agosto de 1999;18(8):565-8.
30. Pélissier E, Fingerhut A, Ngo P. [Inguinal hernia. What techniques are available for the surgeon? Theoretical and practical advantages and disadvantages]. J Chir (Paris). 2007;144 Spec No 4:5S35-40.

31. Köckerling F, Bittner R, Kofler M, Mayer F, Adolf D, Kuthe A, et al. Lichtenstein Versus Total Extraperitoneal Patch Plasty Versus Transabdominal Patch Plasty Technique for Primary Unilateral Inguinal Hernia Repair: A Registry-based, Propensity Score-matched Comparison of 57,906 Patients. *Ann Surg.* febrero de 2019;269(2):351-7.
32. Bernal Gómez R, Sagüi de la Fuente L, Olivares Ontiveros O, Olivares Valdez O. Plastia inguinal tipo Lichtenstein versus reparación inguinal laparoscópica TAPP. Ensayo clínico abierto. *Cir Gen.* 1 de enero de 2014;36(1):9-14.
33. Hidalgo M, Castellón C, Figueroa JM, Eymar JL, Moreno González E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Cir Esp.* 1 de marzo de 2001;69(3):217-23.
34. Reinoso MEC, Pulla RDV, Reinoso JRC, Reinoso MEC, Pulla RDV, Reinoso JRC. Complicaciones de la hernioplastia inguinal laparoscópica. *Vive Rev Salud.* abril de 2023;6(16):220-30.
35. Angeramo CA, Méndez P, Gómez OHD, Sadava EE. Abordaje multidisciplinario del dolor inguinal crónico luego de hernioplastia inguinal. *Rev Argent Cir.* 2020;526-34.
36. Medina Velázquez R, Marchena Gómez J, Luque García MJ. Dolor inguinal crónico posquirúrgico. Una revisión narrativa. *Cir Esp.* 1 de febrero de 2021;99(2):80-8.
37. Hernández Granados P. Dolor crónico tras cirugía de la hernia inguinal. *Cir Esp.* 1 de abril de 2010;87(4):199-201.
38. Cirocchi R, Mercurio I, Nazzaro C, De Sol A, Boselli C, Rettagliata G, et al. Dermatome Mapping Test in the analysis of anatomo-clinical correlations after inguinal hernia repair. *BMC Surg.* 7 de diciembre de 2020;20:319.

ANEXOS

ANEXO 01. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad: __ años
2. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino
3. Tiempo de Enfermedad: _____ años aprox. o _____ meses aprox.
4. Principales signos y síntomas:
 1. Abultamiento
 2. Dolor
 3. Otro _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
5. Enfermedades concomitantes:
 - 1.HTA
 2. DM2
 3. Artritis
 4. Obesidad
 5. Cardiopatía Isquemica
 6. EPOC
 7. Otro: _____
6. Tipo de hernia:
 1. Indirecta
 2. Directa
 3. Mixta
7. Presentación clínica:
 1. Primaria
 2. Recidivante
 3. Reductible
 4. Encarcelada
 5. Estrangulada
8. Ubicación de la hernia:
 1. Derecha
 2. Izquierda
 3. Bilateral

9. Clasificación NYHUS

- a. I
- b. II
- c. IIIa
- d. IIIb
- e. IIIc
- f. IV
 - i. IVa
 - ii. IVb
 - iii. IVc
 - iv. IVd

10. Técnica quirúrgica utilizada:

- 1. Lichtenstein
- 2. Laparoscópica
- 3. Convertida

11. Analgesia posterior: 1. Si 2. No

a. Cuál:

12. Profilaxis antibiótica:

- 1. Si
- 2. No

13. Complicaciones:

- 1. Infección de herida operatoria
- 2. Hematomas
- 3. Neuralgias (hormigueo o entumecimiento)
- 4. Lesión vesical
- 5. Orquitis
- 6. Seroma
- 7. Retención urinaria
- 8. Dolor crónico
- 9. Dolor testicular
- 10. Inflamación testicular
- 11. Lesión de conducto deferente
- 12. Otras: _____

ANEXO 02. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACSA-CEI/40-02-2024

Tacna, 23 de febrero de 2024

Investigador:

JAMPIER LADRÓN DE GUEVARA VARGAS

Presente. -

PI 40-24: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023"

Estimado Investigador:

Hemos recibido el protocolo de investigación, que ha sido revisado en detalle. Luego de esta revisión el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud ha determinado que su proyecto de investigación está **APROBADO CON RECOMENDACIONES**

- Tabla de variables: Especificar las categorías.
- No menciona sobre el consentimiento informado.

Se les solicita informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, ante la aparición de cualquier evento o efecto – previsible que comprometa la integridad y bienestar del equipo de investigación y los participantes durante el curso de su ejecución, estos deben ser también informados al Comité. Nos reservamos el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad. Nos permitimos recordar a los investigadores que la ejecución de un proyecto de investigación sin una aprobación ética vigente es una falta grave, la cual puede ser sancionada con el cierre definitivo del estudio e imposibilidad de utilizar cualquier dato recolectado o generado en el mismo.

Esta aprobación tiene una duración de 18 meses a partir de la fecha de emisión de este documento. Al término de la ejecución, el investigador deberá emitir un informe de cierre de proyecto, según los formatos del CEI.

Sin otro particular, quedo de ustedes,



Dr. Mardo A. Sánchez Tito
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud



UPT

Universidad Privada de
Tacna

Avenida Jorge Basadre
Grohmann s/n
Campus Capanique, Tacna,
Perú
Tel: +51 52 427212
www.upt.edu.pe

ANEXO 03. RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 073-2024-UPT/FACSA-D
Tacna, 29 de febrero del 2024

VISTA:

La solicitud presentada por el estudiante **LADRÓN DE GUEVARA VARGAS, Jampier**, solicitando la inscripción de su Proyecto de Tesis; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 057-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019 se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 038-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Reglamento para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que, mediante Resolución N° 058-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019, se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 039-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que mediante OFICIO Nro. 00031-2024-UPT-UI-FACSA de fecha 29 de febrero del 2024, el Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA, remite el Proyecto "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023" así como la conformidad de revisión del jurado dictaminador al Mg. Walter Sánchez Esquiche y declarándolo APTO para su ejecución,

Que, el estudiante **LADRÓN DE GUEVARA VARGAS, Jampier**, ha cumplido con los pasos establecidos en el Artículo 11 del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, por lo que es procedente la Inscripción y autorización de Ejecución del Proyecto de Investigación.

Que, estando a las atribuciones conferidas al señor Decano por el Artículo 51° del Estatuto y Artículo 68° del Reglamento General de la Universidad Privada de Tacna;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- INSCRIBIR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN del Proyecto de Tesis: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023", Presentado por el Estudiante **LADRÓN DE GUEVARA VARGAS, Jampier**, teniendo como asesor al Dr. Cesar Fernando Lanchipa Picoaga.

ARTICULO SEGUNDO.- La Secretaría Académico – Administrativa de la Facultad, adoptará las acciones pertinentes para viabilizar lo dispuesto en el Artículo anterior.

Regístrese, comúíquese y archívese.



Firmado por: MARCO
CARLOS ALEJANDRO
RIVAROLA HIDALGO
Cargo: DECANO DE LA
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

Fecha/Hora: 03-03-2024
08:48:52

C.c.: Unidad de Investigación FACSA, Interesado, SAA, Archivo

ANEXO 04. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR UN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN TACNA

Constancia de Aprobación ⁰³ CIEI- - 2024

Tacna, 13 de marzo del 2024

JAMPIER LADRON DE GUEVARA VARGAS
Investigadores Principales
Presente. –



Título del Protocolo: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023
Versión y Fecha del Protocolo: v1.0, 12 de marzo del 2024
Tipo de Estudio: *Observacional*
Revisión del Comité: 13 de marzo del 2024
Decisión del Comité: 13 de marzo del 2024

De nuestra consideración:

El Comité Institucional de ética en Investigación ha revisado la solicitud de evaluación al protocolo de la referencia expresada en su carta del 12/ 03 / 2024. Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos señaladas en la Resolución Ministerial N°233-2020. En virtud a ello ha aprobado el siguiente documento:

- Protocolo de investigación: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA. EN EL PERIODO 2022 AL 2023

Incluyendo los siguientes documentos relacionados al protocolo que se detallan a continuación (Descripción detallada de los documentos evaluados y aprobados, incluir fecha y número de la versión vigente aprobada).

DOCUMENTO
1. Protocolo de investigación
2. RESOLUCION No 073-2024-UPT/FACSA-D
3. Anexo 8 -DECLARACIÓN JURADA DEL INVESTIGADOR
4. Anexo 1, 7

Ninguno de los miembros arriba mencionados declaró tener conflicto de interés.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de " (6) meses; desde el 13.03.24 hasta el 13.09.24, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

Cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este CIEI.

Sírvase hacernos llegar los informes de avance del estudio en forma **semestral** a partir de la presente aprobación y el artículo científico una vez concluido el estudio. El presente ensayo clínico sólo podrá iniciarse en el centro de investigación en mención bajo la conducción del Investigador Principal, después de obtenerse la aprobación por la Gerencia de la Red Prestacional y la autorización de la OGITT del INS.

Tacna, 13 de marzo de 2024.

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA' and 'CIEI'.

Firma, sello
Nombre del presidente del CIEI

13/ 03 / 2024

ANEXO 05. ÍNDICE DE SIMILITUD

CONSTANCIA

QUIEN SUSCRIBE COORDINADOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, HACE CONSTAR:

Que, el estudiante: **Jampier Ladrón de Guevara Vargas** de la Escuela Profesional de **Medicina Humana**, ha presentado la Tesis titulada **“Características clínicas y factores asociados a complicaciones en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, en el periodo 2022 al 2023”** asesorada por **Cesar Fernando Lanchipa Picoaga**, la cual presenta un **20%** de similitud, comprobada por el software Turnitin. Se adjunta el resultado de similitud generado por la aplicación. Se expide la presente, para trámites del Título Profesional.

Tacna, 10 de marzo de 2024



Med. Miguel Ángel Hueda Zavaleta
Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA