

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017 – 2018**

PRESENTADO POR:

Bach. MEJIA ASENCIOS, Italo Aarón

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

DR. MARIN VEGA, Enrique Antonio

HUACHO-PERÚ

2021

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017 – 2018**

MEJIA ASENCIOS, Italo Aarón

TESIS PREGRADO

ASESOR:

DR. MARIN VEGA, Enrique Antonio

JURADO:

M(O). CUEVAS HUARI, Edgardo Washington

Presidente

DR. SIPAN VALERIO, Gustavo Augusto

Secretario

M.C. RODRIGUEZ PERAUNA, Enrique Marcos

Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

HUACHO – PERÚ

2021

DEDICATORIA.

Esta tesis va dirigida a mi querida familia, sobre todo a mis padres Javier y Olinda, siendo ellos quienes me demostraron que con esfuerzo y dedicación todo es posible.

A mi hermano Cristian, quien me inculcó esta bonita profesión, llena de alegría y satisfacción. Siendo un ejemplo a seguir, ya que me enseñó a ver lo bueno en cada persona.

A mis abuelos Carmen y Félix, quienes me inculcaron valores, los cuales son aspectos importantes que debe forjarse en un hombre de bien.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, porque la persona que soy ahora es el resultado de cada sacrificio que estuvieron dispuestos a hacer, apoyándome en cada etapa de mi vida, consolándome y levantándome en cada caída, confiando fielmente en mí.

Agradezco a mi asesor, el Dr. Marin Vega, Enrique Antonio por el tiempo dedicado en esta investigación y a todos los miembros de mi jurado calificador: M(o). Cuevas Huari, Edgardo Washington y Dr. Sipan Valerio, Gustavo Augusto por su tiempo, contribuciones, apoyo profesional y empático para la obtención del presente trabajo de investigación.

Agradezco también al Hospital Regional Huacho, sede donde realicé mi internado médico, desarrollándome en el aspecto profesional y personal, tomando cada enseñanza para forjar el profesional que quiero ser en un futuro no tan lejano.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I:	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.Descripción de la realidad problemática	2
1.2.Formulación del problema	4
1.2.1.Problema general	4
1.2.2.Problemas específicos	4
1.3.Objetivos de la investigación	5
1.3.1.Objetivo general	5
1.3.2.Objetivos específicos	5
1.4.Justificación de la investigación	6
1.4.1. Conveniencia	6
1.4.2.Relevancia social	6
1.4.3.Implicaciones prácticas	6
1.4.4.Justificación teórica	6
1.4.5.Justificación metodológica	7
1.5.Delimitación del estudio	7
1.5.1.Delimitación espacial	7
1.5.2.Delimitación social	7
1.5.3.Delimitación temporal	7
1.6.Viabilidad del estudio	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1.Antecedentes de la investigación	8
2.1.1.Antecedentes internacionales	8
2.1.2.Antecedentes nacionales	12

2.2.Bases teóricas.....	14
2.2.1. Hernia.....	14
2.2.1.1. <i>Proceso de formación de la hernia</i>	14
2.2.2. Hernia inguinal	15
2.2.2.1. <i>Factores de riesgo</i>	15
2.2.2.2. <i>Anatomía</i>	15
2.2.2.3. <i>Tipos de hernia inguinal</i>	15
2.2.2.3.1. <i>Hernia inguinal indirecta</i>	16
2.2.2.3.2. <i>Hernia inguinal directa</i>	16
2.2.2.4. <i>Características epidemiológicas</i>	16
2.2.2.5. <i>Características clínicas</i>	17
2.2.2.6. <i>Características quirúrgicas</i>	17
2.2.2.6.1. <i>Herniorrafía</i>	17
2.2.2.6.2. <i>Hernioplastia</i>	18
2.2.2.7. <i>Complicaciones postoperatorias</i>	21
2.2.2.8. <i>Diagnóstico</i>	21
2.3.Bases filosóficas.....	23
2.4.Definiciones de términos básicos.....	23
2.4.1. Hernia inguinal	23
2.4.2. Adulto mayor.....	23
2.4.3. Signo	23
2.4.4. Síntoma	24
2.4.5. Sexo.....	24
2.4.6. Procedencia.....	24
2.4.7. Procedimiento quirúrgico.....	24
2.4.8. Complicaciones postoperatorias.....	24
2.4.9. Recidiva.....	24
2.4.10. Infección de sitio operatorio	25
2.5.Formulación de la hipótesis.....	25
CAPITULO III.....	25
3. METODOLOGÍA.....	25
3.1.Diseño metodológico.....	25
3.1.1. Tipo de investigación	25

3.1.2. Nivel.....	25
3.1.3. Diseño.....	26
3.1.4. Enfoque.....	26
3.2. Población y muestra.....	26
3.3. Operacionalización de variables e indicadores.....	28
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.4.1. Técnicas a emplear.....	32
3.4.2. Descripción de los instrumentos.....	32
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información.....	32
CAPITULO IV.....	33
4. RESULTADOS.....	33
4.1. Análisis de resultados.....	33
CAPITULO V.....	42
5. DISCUSIÓN.....	42
5.1. Discusión de resultados.....	42
CAPITULO VI.....	44
6.1. Conclusiones.....	44
6.2. Recomendaciones.....	45
CAPITULO V.....	46
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
5.1. Bibliográficas.....	46
5.2. Hemerográficas.....	47
5.4. Electrónicas.....	52
ANEXOS.....	55
ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
ANEXO 2: JUICIO DE EXPERTOS.....	57
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	60
ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL.....	65
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS EN SPSS 26.....	67
ANEXO 6: INFORME DE TURNITIN.....	69
ANEXO 7: INFORME DE ORIGINALIDAD.....	75
ANEXO 8: CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD.....	77
ANEXO 9: SOLICITUD DE ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....	78

ANEXO 10: AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	79
ANEXO 11: CONSTANCIA DEL ESTADÍSTICO.....	80

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Total de pacientes operados de hernia inguinal.....	33
Tabla 2. Pacientes según signo.....	34
Tabla 3. Pacientes según síntoma.....	35
Tabla 4. Pacientes según sexo.....	36
Tabla 5. Pacientes según procedencia.....	37
Tabla 6. Pacientes según tipo de hernia inguinal.....	38
Tabla 7. Pacientes según localización.....	39
Tabla 8. Pacientes según procedimiento realizado.....	40
Tabla 9. Pacientes según complicación postoperatoria.....	41

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pacientes según signo.....	34
Figura 2. Pacientes según síntoma.....	35
Figura 3. Pacientes según sexo.....	36
Figura 4. Pacientes según procedencia.....	37
Figura 5. Pacientes según tipo de hernia inguinal.....	38
Figura 6. Pacientes según localización.....	39
Figura 7 Pacientes según procedimiento realizado	40
Figura 8. Pacientes según complicación postoperatoria	41

RESUMEN

Objetivo: determinar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018.

Material y métodos: estudio de tipo observacional, nivel descriptivo, retrospectivo, transversal y con enfoque cuantitativo. Se tomó como la población los 190 pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, con una muestra de 100 pacientes adultos mayores, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados, utilizándose una ficha de recolección de datos como instrumento.

Resultados: el signo más frecuente fue la presencia de masa inguinal (80%), dolor a la palpación (18%) y fiebre (2%); el síntoma más frecuente fue el dolor (72%), seguido de sensación de pesadez (22%), náuseas (4%) y vómito (2%). El sexo masculino fue el más frecuente (69%) a comparación del sexo femenino (31%). La procedencia urbana (54%) fue predominante a comparación de la procedencia rural (46%). El tipo de hernia inguinal indirecta se presentó en 54%, seguida del tipo directa (45%) y tipo mixta (1%). La localización que predominó fue el derecho (49%), el izquierdo (46%) y de localización bilateral (5%). Se evidenció que se utilizó la hernioplastia en el 100% de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal. Se observó que el 86% de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal no presentaron complicaciones postoperatorias, seguido de recidiva (86%), seroma (4%), hematoma (1%) e infección de herida operatoria (1%).

Conclusiones: la presencia de masa inguinal y dolor fueron el signo y síntoma más frecuentemente evidenciado como las características clínicas en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal. El sexo masculino y la procedencia urbana fueron las características

epidemiológicas predominantes en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal. En cuanto a las características quirúrgicas, se observó mayor frecuencia en el tipo de hernia indirecta y de localización derecha, con hernioplastia como procedimiento quirúrgico y que la mayor parte de pacientes no presentaron complicaciones postoperatorias.

Palabras claves: características clínicas, características epidemiológicas, características quirúrgicas, hernia inguinal.

ABSTRACT

Objective: to determine the clinical, epidemiological and surgical characteristics in elderly patients operated on for inguinal hernia at the Huacho Regional Hospital, 2017 - 2018.

Material and methods: an observational study, descriptive, retrospective, cross-sectional and with a quantitative approach. The 190 elderly patients operated on for inguinal hernia at the Huacho Regional Hospital were taken as the population, with a sample of 100 elderly patients, who met the proposed inclusion and exclusion criteria, using a data collection form as an instrument. .

Results: the most frequent sign was the presence of an inguinal mass (80%), tenderness (18%) and fever (2%); the most frequent symptom was pain (72%), followed by a feeling of heaviness (22%), nausea (4%) and vomiting (2%). The male sex was the most frequent (69%) compared to the female sex (31%). Urban origin (54%) was predominant compared to rural origin (46%). The indirect type of inguinal hernia was presented in 54%, followed by the direct type (45%) and the mixed type (1%). The predominant location was the right (49%), the left (46%) and bilateral location (5%). It was evidenced that hernioplasty was used in 100% of older adult patients operated on for inguinal hernia. It was observed that 86% of older adult patients operated on for inguinal hernia did not present postoperative complications, followed by recurrence (86%), seroma (4%), hematoma (1%) and infection of the operative wound (1%).

Conclusions: the presence of an inguinal mass and pain were the most frequently evidenced sign and symptom as the clinical characteristics in older adult patients operated on for inguinal hernia. Male sex and urban origin were the predominant epidemiological characteristics in older adult patients operated on for inguinal hernia. Regarding the surgical characteristics, a higher

frequency was observed in the type of indirect and right-located hernia, with hernioplasty as a surgical procedure and that most of the patients did not present postoperative complications.

Key words: clinical characteristics, epidemiological characteristics, surgical characteristics, inguinal hernia.

INTRODUCCIÓN

López (2018) refiere que la hernia es una patología humana desde el inicio de la humanidad, localizándose 75% en la región inguinal, con predominio en el sexo masculino y raza blanca. En la actualidad con la utilización de procedimientos quirúrgicos abiertos sin prótesis, a pesar de las altas tasas de recidivas y dolor crónico; luego se demostró que con la aparición de mallas disminuyeron las tasas de recidivas, pero con persistencia del dolor.

Según Sciuto (2018), a nivel mundial se repararon 20 millones de hernias y en Estados Unidos 750 000 hernioplastias anualmente, a pesar de causar grandes gastos nacionales de salud, por lo que se requiere una mejora en la técnica quirúrgica que permita disminuir esos grandes gastos.

De lo anterior expuesto, podemos inferir que la patología herniaria de localización inguinal es muy común en la actualidad, y que su distribución va incrementando en relación con la edad, con un predominio del sexo masculino a comparación del femenino, con mayor frecuencia de pacientes de procedencia urbana a comparación de los pacientes de procedencia rural; y a pesar que se considera al tratamiento quirúrgico como la resolución de esta patología, en diversos establecimientos de salud se prefiere un manejo más conservador debido a que estos pacientes adultos mayores traen consigo múltiples comorbilidades productos de la edad, lo cual limita la decisión del cirujano.

CAPITULO I:

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según Cisneros, Blas y Magdaleno (2017), la patología herniaria acompaña al hombre desde que adoptó la posición erguida. La hernia es una patología de gran impacto social, ya que alrededor del 15% de la población mundial padecerá de hernia durante la vida.

Vacca (2018) refiere que la hernia inguinal es muy frecuente a nivel mundial, con el 3% en mujeres y el 27% en hombres, aumentando su incidencia en relación a la edad, llegando a su pico máximo a partir de los 60 años. Pueden presentarse de manera asintomática o con complicaciones graves y potencialmente mortal.

Díaz (2021) refiere que por cada 1000 personas atendidas en España en el año 2017; 4.75 personas menores de 14 años presentaron hernia inguinal, 5.19 personas entre 15 a 34 años presentaron hernia inguinal, 17.68 personas entre 35 a 64 años presentaron hernia inguinal, 31.42 personas mayores de 65 años presentaron hernia inguinal.

Ferreyra et al. (2017) realizaron un estudio en pacientes adultos mayores con hernia de localización inguinal, donde concluyeron que: el 40% tenía más de 69 años y el 53% tenía más de 79 años; 57% eran hernia inguinal izquierda, el 28% eran hernia inguinal derecha y el 15% eran hernia inguinal bilateral; el 81% eran de sexo masculino y el 12% eran de sexo femenino.

Turchi, et al. (2020) concluyeron que de 560 hernioplastias realizadas en pacientes adultos mayores; predominó el sexo masculino, el 61.5% fueron hernioplastias derechas, el 31.6% fueron hernioplastias izquierdas, el 6.9% fueron bilaterales. En cuanto al tipo de hernia, el 77.5% correspondía al tipo indirecta, el 16.9% directa y el 3.5% mixta.

Carrera y Camacho (2018) realizaron un estudio, donde concluyeron que la hernia inguinal es predominante en los pacientes de sexo masculino, de localización derecha, en pacientes entre 60 a 70 años. El tipo de hernia más frecuente es la IIIb según la clasificación de Nyhus. siendo Lichtenstein la técnica sin tensión más utilizada para su reparación en la actualidad.

Ruiz, Izurieta, Emén y Ruiz (2017) refieren que según las estadísticas mundiales, se operan aproximadamente 2 000 000 de hernias inguinales anualmente, con predominio en hombres a comparación de mujeres, en una relación de 9 a 1.

Carbo, Vaca, Pincay y Chang (2020) refieren que la hernia es una patología que se origina por la formación de una protuberancia a través de una debilidad de la parte inferior de los músculos del abdomen, siendo más frecuente en la región inguinal, donde parte de la grasa o parte del intestino se deslizan por el anillo inguinal, siendo más comunes en hombres adultos mayores. (Carbo, Vaca, Pincay y Chang, 2020).

La hernia inguinal es un problema sanitario muy frecuente, la cual se cuenta con información limitada en la población adulta mayor, a nivel internacional, nacional y regional; a pesar de ser ésta la población más vulnerable debido a las múltiples comorbilidades que se presenta al pasar de los años. Debido a que durante mi internado en el Hospital Regional Huacho observé la prevalencia de adultos mayores que acudían con hernia inguinal, pero no eran programados para sala de operaciones debido a las múltiples comorbilidades que presentaban cada uno de los pacientes, que conllevaba a un manejo más estricto en cuanto al pre y postoperatorio, por lo que consideré la necesidad de estudiar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes adultos mayores operados de hernias inguinales durante los años 2017 y 2018.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el signo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
2. ¿Cuál es el síntoma predominante en pacientes adultos mayores de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
3. ¿Cuál es el sexo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018?
4. ¿Cuál es la procedencia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
5. ¿Cuál es el tipo de hernia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
6. ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
7. ¿Cuál es la localización predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?
8. ¿Cuál es la complicación postoperatoria predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar el signo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018
2. Determinar el síntoma predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018
3. Identificar el sexo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018
4. Identificar la procedencia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018
5. Identificar el tipo de hernia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018
6. Determinar el procedimiento quirúrgico predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018
7. Determinar la localización predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018
8. Determinar la complicación postoperatorio predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Conveniencia

La presente investigación aportó conocimientos sobre las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, cuyos resultados sirvieron como fundamento para la realización de posteriores investigaciones enfocadas en la población adulto mayor que presentaron dicha patología, ya que hasta la fecha sólo se cuenta con investigaciones en la población en general, a pesar de presentarse una mayor prevalencia en la población adulta mayor.

1.4.2. Relevancia social

La presente investigación tuvo relevancia social, debido a que describió un problema de salud muy frecuente que afectan a los pacientes adultos mayores, lo cual servirá al personal encargado del manejo de dicha patología para posteriores estudios del tema en cuestión.

1.4.3. Implicaciones prácticas

Esta investigación permitió conocer las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, tanto del signo, síntoma, sexo, procedencia, tipo, localización, procedimiento quirúrgico y complicación postoperatorio, con la finalidad de brindar información útil, que servirá como base para un mejor abordaje terapéutico por el personal de salud.

1.4.4. Justificación teórica

La presente investigación se realizó con la finalidad de aportar conocimientos nuevos al ya existente sobre las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal, cuyos resultados de dicha investigación podrán sistematizarse con el fin de ser incorporados como parte del conocimiento sobre dicha enfermedad.

1.4.5. Justificación metodológica

Para lograr el objetivo del presente de la presente investigación, se utilizó una ficha de recolección de información validada como instrumento, lo que permitió recolectar información sobre las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 y 2018, lo cual servirá como referencia para posteriores estudios.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Huacho, ubicado en Jr. José Arámbulo La Rosa N° 251.

1.5.2. Delimitación social

Esta investigación se efectuó en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Huacho.

1.5.3. Delimitación temporal

Esta investigación se llevó a cabo luego de la recolección y procesamiento de la información, obtenida durante el 1 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2018.

1.6. Viabilidad del estudio

1.6.1. Viabilidad temática

La hernia inguinal es un problema de salud pública predominante en la población adulto mayor, por lo que este estudio contará con bibliografía nacional e internacional vinculada al presente tema de investigación.

1.6.2. Viabilidad económica

Esta investigación fue autofinanciada, se contará con los recursos humanos, económicos y logísticos necesarios para llevar a cabo su planeamiento, desarrollo, ejecución, interpretación y procesamiento de la información obtenida.

1.6.3. Viabilidad administrativa

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Regional Huacho, establecimiento de salud ubicado en Av. Arámbulo La Rosa N° 251, para ello se solicitó permiso a la Dirección General del Hospital Regional Huacho y al Servicio de Cirugía, quienes nos brindaron acceso a los expedientes clínicos de los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal durante los años 2017 y 2018.

1.6.4. Viabilidad técnica

En la presente investigación se contó como instrumento a la ficha de recolección de información validada por un juicio de expertos, integrada por especialistas en el tema, lo cual fue utilizada para extraer la información de los expedientes clínicos de los pacientes que integran la muestra.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Chasi (2020) realizó una investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019”, cuyo objetivo fue demostrar la prevalencia y los factores asociados a las complicaciones poshernioplastia inguinal, fue un estudio analítico, transversal, en una población de 240 historias clínicas. En relación a sus resultados, el 1.3% fueron menores de 19 años, 21.3%

fueron entre 20 a 39 años, el 51.7% fueron entre 40 a 64 años, 25.8% fueron mayores de 65 años, el 81.7% eran hombres, el 18.35 eran mujeres, el 60% eran de zona urbana, el 40% eran de zona rural, el 56.7% eran empleados privados, el 43.3% tenían otras ocupaciones, el 26.7% eran hernias de tipo directas, el 70% eran hernias de tipo indirectas, el 3.3% eran hernias mixtas; con una prevalencia de complicaciones del 27.5%, dentro de las primeras 24 horas se presentó el 4.6% presentaban hematoma, el 6.7% presentaban seroma, el 6.7% presentaban edema escrotal, y dentro de los primeros 7 días, el 3.3% presentaban hematoma, el 4.6% presentaban infección de sitio operatorio, el 6.7% presentaban seroma. Se concluyó que: *“la prevalencia de complicaciones quirúrgicas fue mayor a la bibliografía consultada y estuvo asociada a factores como el sexo masculino y la técnica quirúrgica”*

Saliou, Rodriguez, Joubert, Gavilán y Casamayor (2019) realizaron un estudio titulado “Complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales”, cuyo objetivo fue identificar las complicaciones en pacientes con cirugía electiva de las hernias inguinales, fue un estudio de tipo observacional y nivel descriptivo, con una muestra de 246 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal, información tomada de las historias clínicas. En relación a los resultados, el 16.7% presentó infección de sitio operatorio, el 5.6% presentó hematoma, el 22.2% presentó edema del cordón, el 11.1% presentó inguinodinia, el 22.2% presentó granuloma, el 22.2% presentó recidiva. Se concluyó que: *“las características de la población de pacientes aquejados de complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales, referentes a tipo 2 de hernia según Nyhus y presencia de recidiva a largo plazo no difieren de lo reportado por la bibliografía nacional y extranjera”*.

Correa y Domínguez (2018) realizaron un estudio titulado “Epidemiología de pacientes afectados de hernia inguinal bilateral”, Cuba, cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas en los pacientes afectados de hernia inguinal, fue un estudio de tipo

observacional, nivel descriptivo y transversal, en una muestra constituida por 62 pacientes, cuyos datos fueron extraídos de las historias clínicas. En cuanto a los resultados, el 82.3% eran de sexo masculino, el 17.7% eran de sexo femenino, el 64.5% tenían entre 61 a 70 años, el 20.9% eran menores de 60 años, el 3.2% eran directa-directa, el 9.7% eran directa-indirecta, el 87.1% eran indirecta-indirecta, el 45.2% tenían hipertensión arterial, el 30.6% tenían diabetes mellitus, el 24.2% tenían cardiopatía isquémica, el 8 % tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 1.6% tenían hermafroditismo, el 1.6% tenían epilepsia, el 1.65 tenían lupus eritematoso sistémico, en el 50% se utilizó técnica Nyhus, en el 25% se utilizó la técnica Lichtenstein, el 25% se utilizó la técnica Goderich. Se concluyó que: *“las características epidemiológicas principales de pacientes con hernia inguinal bilateral determinadas son: pacientes geriátricos masculinos, hipertensos y diabéticos, asiduos a esfuerzos crónicos y estilos de vida sedentario”*.

Carrera y Camacho (2018) realizaron un estudio titulado “Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus”, México, cuyo objetivo fue describir las características de la hernia inguinal y su reparación, fue un estudio retrospectivo, de tipo observacional y nivel descriptivo; para ello se utilizó las historias clínicas de los 114 pacientes. De acuerdo a los resultados, la edad predominante fue entre 60 a 80 años (40%), de sexo masculino 92.4%, de tipo IIIb (45.7%) y de localización derecha en 65.7%. La hernioplastia de tipo Lichtenstein se empleó en 64.7% y en cuanto a las complicaciones, el hematoma (5.7%) predominante. Se concluyó que: *“las hernias inguinales son más comunes en hombres entre la quinta y séptima década de la vida, el tipo IIIb de Nyhus es el más frecuente y el procedimiento de Lichtenstein es el que más se utiliza”*.

Colás, Hernández, Rueda, Fernández y Quintáns (2018) realizaron un estudio titulado “Hernia inguino-crural en urgencias. ¿Hemos mejorado con los años?”, España; fue un estudio

retrospectivo, cuyo objetivo fue evaluar los resultados en cuanto al manejo de la hernia inguinocrural, para ello se utilizó los expedientes clínicos como instrumento en 249 pacientes. En relación a los resultados, el 60.6 % fueron las hernias de tipo crurales y el 39.4 % fueron inguinales. Se evidenció que el motivo de consulta que predominó en esta investigación fue la tumoración inguinal (41.8 %), seguido de la sintomatología de obstrucción intestinal (30.1 %). Se concluyó que: *“la morbimortalidad de la cirugía urgente de la hernia inguinocrural seguía siendo elevada. Los resultados podrían mejorarse con una exploración física precoz y adecuada”*.

Martínez (2017) realizó un estudio titulado “Cirugía de la hernia inguinal en el anciano”, España, fue una investigación de nivel descriptivo y enfoque retrospectivo, cuyo objetivo fue describir las características clínicas y demográficas, de los pacientes mayores de 70 años, para ello se tomó el expediente clínico de 495 pacientes. De acuerdo a los resultados de la investigación, se observó que el 86.9% fueron varones, y el 13.1% fueron mujeres. El IMC medio de los pacientes fue de 25.9 ± 3.1 . *Se concluyó que: “el mayor porcentaje de hernia inguinal en ancianos se dio en el sexo masculino (86.9%) a comparación de las mujeres (13.1%), con una edad media de 76.3 ± 4.3 , y que las comorbilidades elevan el riesgo de incidencia de hernias inguinales en ancianos”*.

Rivas, Izurieta, Emén y Ruiz (2017) realizaron un estudio titulado “Incidencia de la hernia inguinal y la evolución en pacientes”, Ecuador; fue una investigación longitudinal, de enfoque retrospectivo y no experimental, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de hernia inguinal y su evolución, para ello se utilizó los expedientes clínicos como instrumento, en una muestra de 105 casos atendidos. En relación a los resultados, se evidenció que la media fue aproximadamente 50 años, con predominio en el sexo masculino (4:1), y en cuanto al factor herniogénico se presentó el 36.1% (n=38) por la edad, por obesidad 23.8% (n=25), cirugía previa 16.1% (n=17), esfuerzo

intenso, estreñimiento 7.6% (n=8) y por tabaquismo 3.8% (n=4). Se concluyó que: *“se observó una distribución similar del defecto herniario en cuanto a lateralidad y distribución de género que en otras poblaciones a nivel mundial, siendo la región inguinal derecha y el sexo masculino las características de distribución más prevalentes. En el promedio de edad de nuestra población (50 años) se observó una diferencia de menos de 3 años, en comparación con otros estudios que reportan un promedio de edad de 53 años. Los factores de riesgo que se identificaron con mayor frecuencia fueron el debilitamiento de tejidos de la pared relacionado a mayor edad y obesidad. Factores descritos en la literatura relacionados con la génesis de patología herniaria”*.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cutipa (2020) realizó una investigación 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 y Setiembre del 2019”, cuyo objetivo fue describir las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes mayores de 18 años, fue una investigación de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, retrospectivo; para ello se realizó una revisión sistemática de los expedientes clínicos, de una muestra de 66 pacientes. En cuanto a los resultados, el 48% presentaban dolor, el 47% presentaban abultamiento, el 3% presentaban náusea, 2% presentaban fiebre, el 95% eran de género masculino, el 5% eran de género femenino, el 62% eran de zona urbana, el 38% eran de zona rural, el 68% presentaban hernia inguinal tipo indirecta, el 26% presentaban hernia inguinal tipo directa, el 6% presentaban hernia inguinal tipo mixta, el 56% se localizaban en el lado derecho, el 39% se localizaban en el lado izquierdo, el 5% eran bilaterales, el 89% fueron no complicadas, el 11% fueron complicadas, en el 97% se realizó hernioplastia, en el 3% se realizó herniorrafía, el 92% de pacientes no presentaron ninguna complicación y 8% de pacientes presentaron recidiva como complicación. Se concluyó que: *“los*

signos y síntomas más frecuentes fue el dolor, seguido de abultamiento. El sexo más frecuente fue el masculino, cuya procedencia fue la urbana, de localización derecha, de tipo indirecto, cuya la técnica más utilizada fue la hernioplastia, sin presentar complicaciones postquirúrgicas”.

Bendezú (2020) realizó un estudio titulado “Características y complicaciones de hernioplastia con las técnicas de Lichtenstein, Nyhus y Stoppa en el manejo de las hernias inguinales en un Hospital del Perú”, cuyo objetivo del trabajo de investigación fue determinar las características y complicaciones de las hernias inguinales según la utilización de las técnicas Lichtenstein, Nyhus y de tipo Stoppa, fue una investigación observacional, de nivel descriptivo y de enfoque retrospectivo, utilizando los expedientes, en una muestra de 128 casos. En cuanto a los resultados, se observó que en el 54.7% se utilizaron Lichtenstein, en el 39.8% se utilizaron la técnica de Nyhus y en el 5.5% se utilizaron la técnica de Stoppa. El sexo masculino fue más frecuente (75%) y los mayores de 65 años (46.1%). Las complicaciones que predominaron fueron los seromas (6.3%), seguido de inguinodinia (4.7%) y hermatomas (2.3%). Se concluyó que: *“la técnica operatoria más empleada en el HNAL fue la técnica de Lichtenstein; sin embargo, todas las técnicas evaluadas presentaron por lo menos una complicación postoperatoria, como seroma, hematoma o inguinodinia”.*

Carhuarupay (2020) realizó un estudio titulado “Complicaciones postoperatorias de la hernioplastia inguinocrural en el Hospital Cayetano Heredia de Piura - 2018”, con el objetivo de determinar las complicaciones postoperatorias de la hernioplastia inguinocrural, fue una investigación no experimental, de nivel descriptivo, de enfoque retrospectivo y tipo transversal, en una muestra de 41 pacientes, cuyos datos fueron extraídos de las historias clínicas. En cuanto a los resultados, el 75.6% fueron hombres y el 24.4% fueron mujeres, el 61% eran de procedencia urbana y el 39% de procedencia rural, el 70.7% presentaron hernia inguinocrural de localización

derecha, el 19.5% de localización izquierda y el 9.8% bilateral. El 85.4% de los pacientes no sufrieron complicación alguna durante el postoperatorio. El 87.8% no presentaron ninguna complicación, el 7.32% desarrollaron seroma y el 4.9% hematoma. La localización derecha se observó en los varones (77.4%) y en mujeres (50%%). Las hernias bilaterales se observaron en varones (9.7%) y en mujeres (10%). Se concluyó que: *“se determinó que predomina el sexo masculino, edad media 50.05±19.8 años y procedencia urbana. La tasa de complicaciones tempranas fue relativamente baja, sólo se evidenció la presencia de seroma y hematoma en zona operatoria, dentro de la muestra estudiada durante la hospitalización y primer control por consultorio no se evidencia la presencia de complicaciones tardías”*.

2.2. Bases teóricas

2.2.1.Hernia

“Una hernia es una protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene” (Vacca, 2018).

Una hernia se define como un área de debilidad o rotura completa de los tejidos fibromusculares de la pared corporal. Las estructuras dentro de la cavidad contenida por la pared del cuerpo pueden atravesar o herniarse a través de tal defecto. (Liu, Greenberg y Brooks, 2019, p. 506).

2.2.1.1. Proceso de formación de la hernia

Castillo (2021) refiere que luego del descenso del testículo a través del conducto inguinal, la comunicación que lo aproxima con el peritoneo (proceso vaginal) debe cerrar momentos previos al nacimiento o durante el primer año de vida. La hernia inguinal de tipo indirecta atraviesa la estructura de la cavidad abdominal, quien atraviesa por el anillo inguinal interno o profundo, por medio del conducto inguinal o hasta el escroto. Esta hernia se relaciona con el aumento del diámetro del orificio inguinal interno. Una hernia inguinal de tipo directa protruye por la pared

posterior del conducto inguinal externo, a través del Triángulo de Hesselbach, zona limitada por la arteria epigástrica inferior como cara posterior, el ligamento inguinal por la cara inferior y el borde lateral de la vaina del recto por su cara medial. La cara posterior del conducto inferior está constituida por “Tendón Conjunto” (músculo transverso del abdomen y oblicuo menor) y por la fascia transversalis. Durante la formación de la hernia, la pared posterior se debilita sobre el peritoneo.

2.2.2. Hernia inguinal

2.2.2.1. Factores de riesgo

Vacca (2018) afirma que entre los factores herniogénicos, están los antecedentes, género masculino, adulto mayor, raza blanca, comorbilidades como EPOC, tabaquismo, bajo índice de masa corporal.

2.2.2.2. Anatomía

Según De Luna et al. (2019), el canal inguinal en el adulto corresponde a un trayecto tunelizado con dirección oblicua en la parte inferior de la cavidad abdominal, de aproximadamente 2 a 4 cm, delimitado entre el anillo inguinal profundo (interno) y el superficial (externo). El canal inguinal está delimitado por las siguientes estructuras:

- Anterior: Formada por el oblicuo externo
- Inferior: Formada por el ligamento inguinal (ligamento de Poupart)
- Superior: Formada por el área conjunta, la cual a su vez está compuesta por el borde inferior del músculo oblicuo interno y el músculo transversoabdominal.
- Posterior: Formada por fascia transversalis.

2.2.2.3. Tipos de hernia inguinal

Las hernias inguinales se clasifican según la ubicación anatómica del defecto de la pared abdominal. Existen varios esquemas de clasificación para las hernias inguinales, pero el sistema más simple y útil identifica las hernias inguinales por el sitio anatómico del defecto tisular que separa las hernias inguinales en hernias inguinales indirectas y directas y hernias femorales. (Brooks, 2019).

2.2.2.3.1. Hernia inguinal indirecta

Brooks (2019) refiere que son el tipo más común de hernia en machos y hembras. Las hernias indirectas sobresalen del anillo inguinal interno, que es el sitio donde protruyen el cordón espermático y el ligamento redondo. El origen del saco herniario se localiza externa o lateral a la arteria epigástrica inferior. Las hernias indirectas se desarrollan con mayor frecuencia en el lado derecho en ambos sexos, lo que se cree que se debe, en los varones, a un descenso posterior del testículo derecho y, en las mujeres, a la asimetría de la pelvis femenina.

2.2.2.3.2. Hernia inguinal directa

Brooks (2019) refiere que son las que sobresalen medial a los vasos epigástricos inferiores dentro de triángulo de Hesselbach, que está formado por el ligamento inguinal por la cara inferior, los vasos epigástricos inferiores por su cara lateral, y el músculo recto abdominal por su cara medial. Las hernias inguinales directas ocurren por una debilidad en el piso del canal inguinal. Esta debilidad parece deberse a anomalías del tejido conectivo en muchos casos, aunque algunas pueden ocurrir debido a deficiencias en la musculatura abdominal que resultan de estiramiento excesivo o lesión crónica.

2.2.2.4. Características epidemiológicas

Cutipa (2020) realizó un estudio donde se evidenció predominio del sexo masculino (95%) a comparación del sexo femenino (5%), los pacientes de zona urbana eran más afectados (62%) que

los pacientes de zona rural (38%); con un mayor porcentaje en los pacientes entre 51 a 70 años (43%), seguido de mayores de 70 años (26%).

Según Brooks (2019), se estima que la prevalencia de las hernias inguinales está entre el 5 y el 10 por ciento en los Estados Unidos. La hernia inguinal es el tipo más frecuente de las que se presentan en toda la pared abdominal (p. Ej., Umbilical, epigástrica).

2.2.2.5. Características clínicas

Brooks (2019), refiere que las hernias inguinales tienen una variedad de presentaciones clínicas que van desde el hallazgo de una masa en la región inguinal en el examen físico de rutina (con o sin dolor) hasta presentaciones emergentes que ponen en peligro la vida debido a la estrangulación intestinal.

Un síntoma común asociado con la hernia es una pesadez o un malestar sordo en la ingle, que puede o no estar asociado con un bulto visible. Las hernias de la ingle en las mujeres también pueden provocar un malestar pélvico vago. El dolor de moderado a severo con hernias es inusual y, cuando está presente, debe plantear la posibilidad de encarcelamiento o estrangulación. (Brooks, 2019).

2.2.2.6. Características quirúrgicas

2.2.2.6.1. Herniorrafia

Técnica de Bassini

Tradicionalmente, el paso esencial en la reconstrucción del piso inguinal en la operación Bassini ha sido que "el canal es reparado por suturas interrumpidas que fijan la fascia transversalis medialmente el ligamento inguinal lateralmente ". Quizás una descripción más precisa sería sustituir el término "triple capa (fascia transversalis, músculo transverso abdominal y el músculo

oblicuo interno)” de la “fascia transversalis”, porque este paso se considera la razón de la tasa de recurrencia extremadamente baja. (Shah y Fitzgibbons, 2019, p. 556).

Técnica de Mc Vay

La reparación de McVay es algo más complejo desde el enfoque técnico en comparación a la reparación tipo Bassini e implica la incisión de la fascia transversal en la región del triángulo de Hesselbach para entrar al espacio preperitoneal y exponer al ligamento pectineal. Luego se sutura el tendón conjunto al ligamento de Cooper a partir del tubérculo púbico de manera lateral hasta la vecindad de la vaina femoral cuando cruza el ligamento de Cooper. En ese punto, se coloca un punto de transición que incorpora el tendón conjunto, el ligamento de Cooper, y la vaina del femoral en la cara medial de la vena femoral y el ligamento inguinal (en ocasiones, la vaina femoral no puede identificarse y puede excluirse). El resto del piso inguinal se repara aproximando el tendón conjunto al ligamento inguinal que se extiende lateralmente al área del anillo interno. Esta reparación genera una tensión considerable y requiere una incisión relajante. Para hacer esto, la vaina del recto anterior detrás de la aponeurosis oblicua externa debe exponerse desde el tubérculo púbico en dirección cefálica durante varios centímetros, y luego se incide desde el tubérculo púbico extendiéndose en dirección cefálica aproximadamente 6 centímetros a lo largo de la fusión de la aponeurosis oblicua externa con los otros componentes de la funda. Este tipo de incisión relajante también se puede utilizar con otras reparaciones sin malla. (Griffen, 2021).

2.2.2.6.2. Hernioplastia

Técnica de Lichtenstein

La fascia transversalis no es abierto en esta reparación, pero se crea un gran espacio inferior a la aponeurosis del músculo oblicuo externo, lo cual se extiende desde 2 cm del punto medial al

tubérculo púbico y extendiéndose lateralmente a la espina ilíaca anterosuperior. Este espacio es entonces puenteado mediante la sutura de una prótesis grande (13×8 cm o más) al menos 2 cm medial del tubérculo púbico a la vaina del recto anterior, y luego al mismo. La sutura se continúa en forma de bloqueo asegurando el borde inferior de la prótesis a cada lado del tubérculo púbico, luego al ligamento inguinal y atado en el anillo interno. Luego, la malla se corta lateralmente para acomodar las estructuras del cordón para crear 2 colas. La cola superior más ancha y la cola inferior más estrecha están metidos debajo de la aponeurosis oblicua externa al nivel de la espina ilíaca anterosuperior con la cola superior superpuesta a la inferior. Una sola sutura interrumpida a través del borde inferior de la cola superior, incluyendo el borde de la cola inferior y el de la estantería del inguinal ligamento crea una válvula de obturación alrededor del cordón, que también causa un efecto de pandeo en forma de domo sobre el espacio directo, evitando así la tensión en posición vertical. (Shah y Fitzgibbons, 2019, p. 557).

2.2.2.6.3. Técnica Laparoscópica

Méndez, Montes y Salguero (2018) refieren que desde hace años las técnicas laparoscópicas (TAPP) y endoscópicas (TEP) han entrado de lleno en el manejo quirúrgico de la patología herniaria. Muchos autores las defienden frente a las técnicas abiertas convencionales, aunque aún hay detractores de su uso estandarizado, fundamentalmente por su alto coste, elevado tiempo quirúrgico comparado con la vía abierta tradicional, y la necesidad de anestesia general.

Trasnsabdominal preperitoneal (TAPP)

El TAPP y extraperitoneal total (TEP) son idénticos en la forma en que las reparaciones son en última instancia logrado. La única diferencia es el método de entrada al espacio preperitoneal. Para el TAPP se realiza una laparoscopia convencional, y luego el peritoneo se divide comenzando en

el ligamento umbilical medial a unos 2 cm por encima del defecto de la hernia y se extiende lateralmente en dirección horizontal hacia la espina íliaca anterosuperior. Luego procedemos a la disección radical del espacio pre peritoneal exponiendo los vasos epigástricos inferiores, ligamento de Cooper y sínfisis del pubis, reduciendo los sacos directos o indirectos a medida que se encuentran. Es importante movilizar adecuadamente el colgajo peritoneal inferior alejándolo de los vasos espermáticos internos y conductos deferentes para evitar que la prótesis se enrolle cuando el peritoneo finalmente se cierra. La disección inferior del iliopúbico al tracto lateral debe minimizarse para evitar lesiones neurovasculares. Los sacos indirectos son más difíciles de tratar debido a la dificultad en separarlos de la estructura del cordón, especialmente en las hernias crónicas. Un gran saco inguinoescrotal no necesita ser removido en su totalidad y puede ser dividido en un punto conveniente a lo largo de las estructuras del cordón con el lado proximal ligado y el lado distal dejado ampliamente abierto para evitar la incidencia excesiva de hidrocele y rotura vascular en el cordón distal que podría conducir a diversas complicaciones testiculares. La modificación robótica de esta técnica es cada vez más popular. Además de la óptica tridimensional mejorada, porque las manipulaciones se realizan en las puntas de los instrumentos robóticos, hay menos torsión en los sitios de la cánula laparoscópica, lo que podría traducirse en menos dolor. La mayoría de los cirujanos ahora prefieren una prótesis más grande y menos fijaciones con tachuelas para aliviar el dolor posoperatorio. Se debe tener cuidado para evitar el triángulo de Doom (sitio de los vasos femorales medialmente inferiores al tracto iliopúbico) y el Triángulo del Dolor (sitio del nervio cutáneo lateral del muslo. (Shah y Fitzgibbons, 2019, pp. 560-561).

Total extraperitoneal (TEP)

Se hace una incisión en el ombligo, como si se planeaban realizar una laparoscopia abierta. La vaina del recto se abre en un lado, y el músculo recto se retrae lateralmente. La disección roma comienza en el espacio formado por el músculo recto con la vaina del recto posterior, con o sin el uso de un globo de disección. Una vez que el espacio es suficientemente grande, se colocan 2 cánulas adicionales en la línea media, una de aproximadamente 5 cm superior a la sínfisis pubiana y el otro en el punto medio del ombligo y la sínfisis pubiana. La disección del espacio preperitoneal es completada bajo visión directa. El resto del procedimiento es idéntico al TAPP. Aunque la literatura generalmente favorece a TEP sobre TAPP para evitar las complicaciones asociadas con la entrada a la cavidad peritoneal, que incluyen lesión visceral o vascular, formación de adherencias y hernias en el sitio del trocar, hay datos insuficientes para concluir si TAPP o TEP es superior. La elección se basa en gran medida en el nivel de comodidad y capacitación del cirujano. (Shah y Fitzgibbons, 2019, p. 561).

2.2.2.7. Complicaciones postoperatorias

Dioses (2020) realizó un estudio de complicaciones postoperatorias, donde se evidenció complicaciones en el 14.6% de pacientes operados, siendo más frecuentes las crónicas (8%), por encima de las tasas de hernias recidivadas y presencia de granulomas, quienes presentan porcentajes similares. Y en el caso de las complicaciones tempranas, se destacó una mayor frecuencia al edema del cordón (3.2%).

2.2.2.8. Diagnóstico

Vacca (2018) refiere que el diagnóstico se realiza mediante la correcta realización del expediente clínico y los hallazgos durante la exploración física de cada paciente, para obtener un diagnóstico precoz. Ya que debido a la cercanía de múltiples estructuras anatómicas y a la

existencia de diversas patologías, se puede obtener falsos diagnósticos. Las pruebas de diagnóstico por imagen como radiografías son utilizados para descartar diagnósticos diferenciales.

2.2.3. Adulto mayor en cirugía

Ortega, Fajardo y Núñez (2020) refieren que el envejecimiento es una etapa multifactorial que trae consigo múltiples cambios a nivel anatómico y funcional. Gracias a estos múltiples cambios a través de los años, se tiene que observar al paciente adulto mayor por múltiples especialidades. (Ortega, Fajardo y Núñez, 2020).

Herrera y dHyver (2018) refieren que la población adulta mayor genera la necesidad de un nuevo enfoque en cuanto a la valoración preoperatoria, un nuevo enfoque en cuanto al manejo durante la etapa operatoria y postoperatoria de los pacientes adultos mayores, ya que en estos pacientes se presentan múltiples comorbilidades que se deben considerar durante la evaluación prequirúrgica, con la finalidad de disminuir la tasa de complicaciones, y así favorecer a la reintegración precoz y oportuna al medio social. Durante la valoración preoperatoria se priorizará la indagación o anamnesis, con énfasis en las comorbilidades que pueden conllevar problemas durante el periodo perioperatorio.

Herrera y d'Hyver (2018) refieren que el envejecimiento de la población implica una mayor necesidad de tratamiento quirúrgico en los pacientes adultos mayores. Los médicos deben de considerar que los pacientes adultos mayores tienen diferencias anatómicas y funcionales a comparación de otros grupos de pacientes más jóvenes, pero esto no debe limitar la decisión de un procedimiento quirúrgico.

Kohnenkampf y Maldonado (2019) concluyeron que es necesario la implementación de protocolos perioperatorios en pacientes adultos mayores se deben dar en nuestra realidad, con el objetivo de disminuir la estadía hospitalaria y la mejoría temprana con la rehabilitación, así como

la profilaxis tromboembólica, evitar ayunos prolongados, priorizar la movilización precoz, entre otros.

2.3. Bases filosóficas

Dentro del punto de vista médico filosófico relevante, Diaz (2016) manifiesta que la educación médica terminó por transformarse en la actualidad en una fuente formadora de “buenos obreros”, personas sometidas al sistema que transitan por los pasillos lamentándose por su situación. La ética y moral de los médicos debe ser generar “buenos médicos”, médicos que sientan la necesidad de forjar un nuevo sistema sanitario que no sea tomado como una fuente generadora de dinero disfrazado, sino que sea una medida para la prevención de la enfermedad, de manera efectiva y universal.

2.4. Definiciones de términos básicos

2.4.1. Hernia inguinal

Rivas et al (2017) refieren que la patología herniaria se forma por la protrusión del peritoneo a debido a la debilidad de la pared, su génesis está asociada a múltiples factores predisponentes, como el sexo masculino, obesidad, raza negra, estreñimiento, esfuerzo crónico, entre otros.

2.4.2. Adulto mayor

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021) menciona en su reporte técnico que: “Se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas”.

2.4.3. Signo

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2021), es lo que se observa durante el examen físico, lo que indica que una persona tenga alguna posible enfermedad. Pueden ser fiebre, masa inguinal, dolor a la palpación, inflamación, sarpullido, presión arterial alta o glicemia alta.

2.4.4.Síntoma

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2021), es un “problema multifactorial, en el cual los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos, que generalmente los pacientes se presentan de manera asintomática. Algunos pacientes que se presentan en consultas evidencian síntomas como el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor”.

2.4.5.Sexo

“Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace” (Barba, 2019).

2.4.6.Procedencia

Según Instituto Vasco de Estadística (2021), se define como “el lugar de residencia de los viajeros alojados en los establecimientos. Si es nacional se diferencia por comunidades autónomas, y si es extranjero se diferencia por países o un agregado de los mismos previamente definido”.

2.4.7.Procedimiento quirúrgico

Fisioonline (2021) refiere que son intervenciones invasivas, donde su función principal es mejorar la condición que aqueja al paciente; siendo necesario la realización de exámenes o pruebas complementarias como parte del riesgo quirúrgico y preparación preoperatoria, que le puedan proporcionar datos precisos para un diagnóstico eficaz y veraz.

2.4.8.Complicaciones postoperatorias

“Procesos patológicos que afectan a los pacientes después de un procedimiento quirúrgico. Pueden o no estar relacionados a la enfermedad por la cual se realiza la cirugía y pueden o no ser el resultado directo de la cirugía” (Biblioteca Virtual en Salud, 2017).

2.4.9.Recidiva

Según la Real Academia Española (2020), significa “la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida”.

2.4.10. Infección de sitio operatorio

Castaño, Pineda, Mendoza y Cruz (2018) lo definen como “aquella que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella en los primeros 30 días después de la cirugía o, un año, si se utilizó material protésico”.

2.5. Formulación de la hipótesis

Al ser una investigación de alcance descriptivo, la hipótesis es implícita.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación fue observacional, debido a que según Manterola y Otzen (2014) se registró los fenómenos sin alterar su curso natural. Descriptivo según Muñoz (2015), debido a que determinó o describió las características de las poblaciones investigadas. Retrospectivo según Hernández et al. (2018), porque se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado. Cuantitativo según Hernández et al. (2018), porque se privilegió los datos desde el punto de vista numérico, presentándose con gráficos estadísticos que fueron interpretados para dar una idea como parte de las conclusiones de la investigación planteada. Transversal según Cvetkovic, Maguiña, Soto, Lama y Correa (2021), ya que la evaluación se dio en un momento específico y determinado de tiempo.

3.1.2. Nivel

Fue descriptivo, ya que según Muñoz (2015) debido a que determinó o describió las características de las poblaciones investigadas, con el fin de descubrir las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal de determinados grupos, individuos o fenómenos, en el Hospital Regional Huacho durante el 2017 y 2018.

3.1.3. Diseño

Fue no experimental, ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2014), se efectuó sin la manipulación deliberada de las variables, donde no se hizo variaciones de manera intencional para conocer el efecto sobre las variables planteadas.

3.1.4. Enfoque

Fue cuantitativo según Muñoz (2015), porque se privilegió los datos desde el punto de vista numérico, presentándose con gráficos estadísticos que fueron interpretados para dar una idea como parte de las conclusiones de la investigación planteada, como las características de los pacientes operados de hernia inguinal (Muñoz, 2015).

Este trabajo de investigación se efectuó en el Hospital Regional Huacho, distrito de Huacho. Hospital Regional Huacho es una Institución de Salud de mayor complejidad que cuenta con una población asignada, que brinda atención a la población urbana y rural perteneciente a la zona en mención, busca solucionar los problemas sanitarios que aquejan a la población.

3.2. Población y muestra

La población se conformó por los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal, del Hospital Regional Huacho durante el 2017 a 2018.

La muestra de este estudio estuvo conformada por los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión planteadas en esta investigación.

Criterios de inclusión

1. Pacientes operados, cuyo diagnóstico clínico sea hernia inguinal.
2. Paciente mayor o igual a 60 años.
3. Paciente que haya ingresado entre el 1 de Enero de 2017 al 31 de Diciembre de 2018.
4. Paciente con historia clínica que contenga todos los datos, tomados en cuenta como variables en este trabajo.

Criterios de exclusión

1. Pacientes operados, cuyo diagnóstico no sea hernia inguinal.
2. Paciente menor de 60 años.
3. Paciente que haya ingresado antes del 1 de Enero 2017 o que ingrese luego del 31 de Diciembre del 2018.
4. Paciente cuya historia clínica no contenga uno o más de los datos, tomados como variables en este trabajo de investigación.

3.3. Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Según su naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento
Características clínicas	Signo	Factor identificado durante el examen físico o laboratorio en los pacientes.	Característica que se evidencia durante la evaluación	Cualitativo	Nominal	-Fiebre -Dolor a la palpación -Masa inguinal	Ficha de recolección de datos
	Síntoma	Problema físico o mental, lo que indica la posibilidad de una posible enfermedad.	Característica que refiere el paciente			-Sensación de pesadez -Dolor -Náusea -Vómito	

Variable	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Según su naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento
Características epidemiológicas	Sexo	Características físicas y anatómicas de los seres humanos, los cuales la definen como hombre o mujer dependiendo sus diversas características	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad del paciente.	Cualitativo	Nominal	-Masculino -Femenino	Ficha de recolección de datos
	Procedencia	Establecimiento en la que reside cada paciente atendado.	Lugar donde reside el paciente.			-Rural -Urbano	

Variable	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Según su naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento
Características quirúrgicas	Tipo de hernia	Según el sitio anatómico del defecto tisular.	Diferencia entre los tipos directa, indirecta y mixtas.	Cualitativo	Nominal	-Directa -Indirecta -Mixta	Ficha de recolección de datos
	Localización de la hernia	Lugar del cuerpo en la que se presenta la hernia desde el punto de vista sagital.	Ubicación anatómica desde un punto de vista sagital			-Derecha -Izquierda -Bilateral	
	Procedimiento quirúrgico	Son intervenciones que pueden ser invasivas en el organismo.	Maniobra que se pone en práctica para la corrección de un defecto anatómico			- -Hernioplastia -Herniorrafia	
	Complicación de la hernia	Procesos patológicos que afectan a los pacientes después	Evento posterior a una operación, sin ser previsto.			-Infección -Hematoma -Seroma -Recidiva	

		s de un procedimiento quirúrgico.				-Otros	
--	--	---	--	--	--	--------	--

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear

Se realizó la revisión sistemática de historias clínicas de los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal, transcribiendo los datos de la hoja de informe o historia clínica al instrumento de recolección de la información validada por un juicio de expertos del Hospital Regional Huacho.

3.4.2. Descripción de los instrumentos

Ficha de recolección creada por el autor de la presente investigación, quien tomó los parámetros que se basaron a partir de los objetivos que se planteó durante la investigación, sometidos a los pacientes que integran la muestra.

Esta ficha de recolección se planteó de acuerdo a la información recogida de las historias de cada paciente incluidos en la muestra estudiada en esta investigación, quienes cumplieron con todos los criterios de inclusión planteadas.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

1. Se solicitó la autorización de la Dirección y del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Huacho para la obtención de las historias clínicas de adultos mayores operados de hernia inguinal durante Enero del 2017 a Diciembre del 2018.
2. Se procedió a la clasificación de las historias clínicas del Servicio de Cirugía que cumplieron con los criterios de inclusión.
3. Se llenó manualmente la ficha de recolección con los datos obtenidos de las historias que contenían los datos requeridos para esta investigación.
4. Se transcribieron los datos recogidos con las fichas de recolección al formato de Microsoft Excel 2019.

5. Se procedió al análisis, para lo cual se utilizó el programa estadístico SPSS 26.
6. Se calculó la frecuencia de cada variable planteada en esta investigación.
7. Los resultados que se obtuvieron fueron presentados mediante tablas y gráficos, los cuales fueron elaborados con el programa estadístico SPSS 26.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Tabla 1: Total de pacientes operados de hernia inguinal

		Signo	Síntoma	Sexo	Procedencia	Tipo	Localización	Procedimiento	Complicación
N	Válido	100	100	100	100	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 1 se puede apreciar la cantidad total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal durante los años 2017 – 2018 del Hospital Regional Huacho, con sus respectivas características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas, la cual consta de 100 pacientes que cumplen con cada criterio de inclusión según sus historias clínicas.

Tabla 2. Pacientes según signo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fiebre	2	2,0	2,0	2,0
	Dolor a la palpación	18	18,0	18,0	20,0
	Masa inguinal	80	80,0	80,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes a dultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 2 se puede apreciar que la totalidad de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, siendo la presencia de masa inguinal el signo más frecuente (80%), seguido de dolor a la palpación (18%) y fiebre (2%).

Figura 1. Pacientes según signo

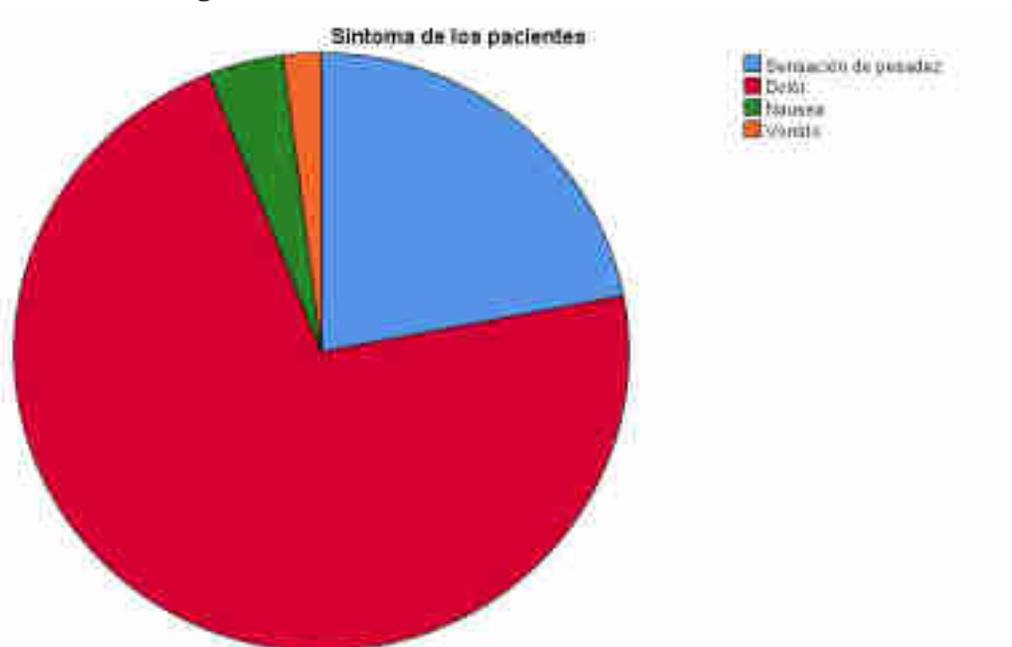
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 3. Pacientes según síntoma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sensación de pesadez	22	22,0	22,0	22,0
	Dolor	72	72,0	72,0	94,0
	Nauseas	4	4,0	4,0	98,0
	Vomito	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes a adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 3 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, siendo el síntoma más frecuente el dolor (72%), seguido de sensación de pesadez (22%), náuseas (4%) y vómito (2%).

Figura 2. Pacientes según síntoma

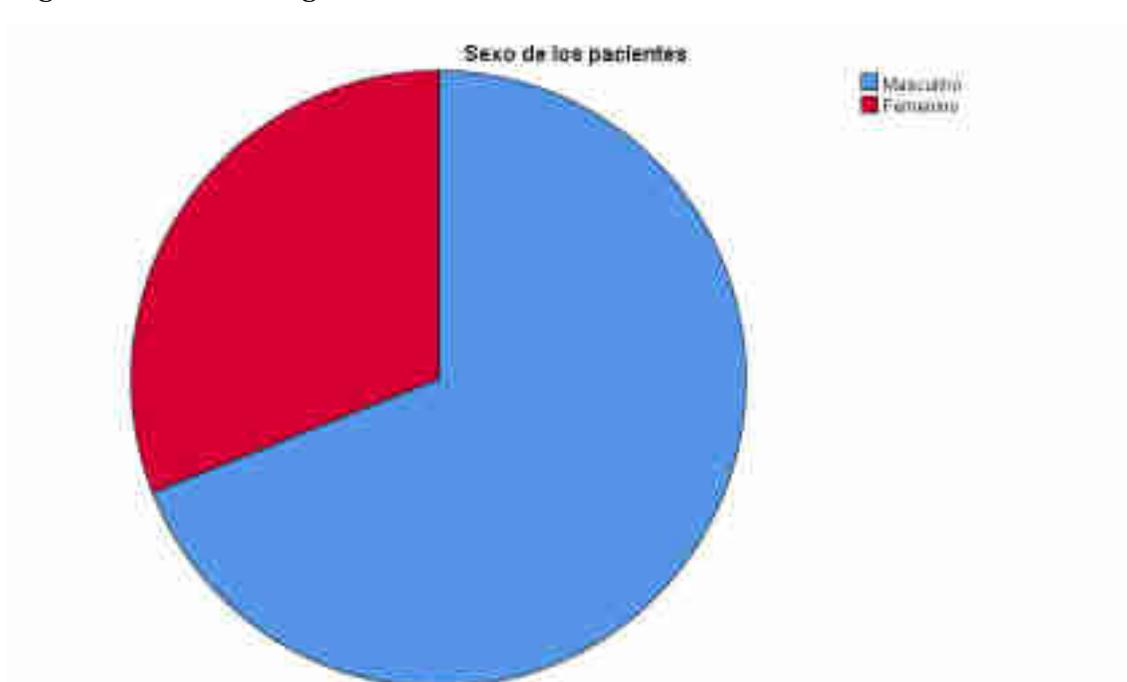
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 4. Pacientes según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	69	69,0	69,0	69,0
	Femenino	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 4 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, con mayor frecuencia del sexo masculino (69%) a comparación del femenino (31%).

Figura 3. Pacientes según sexo

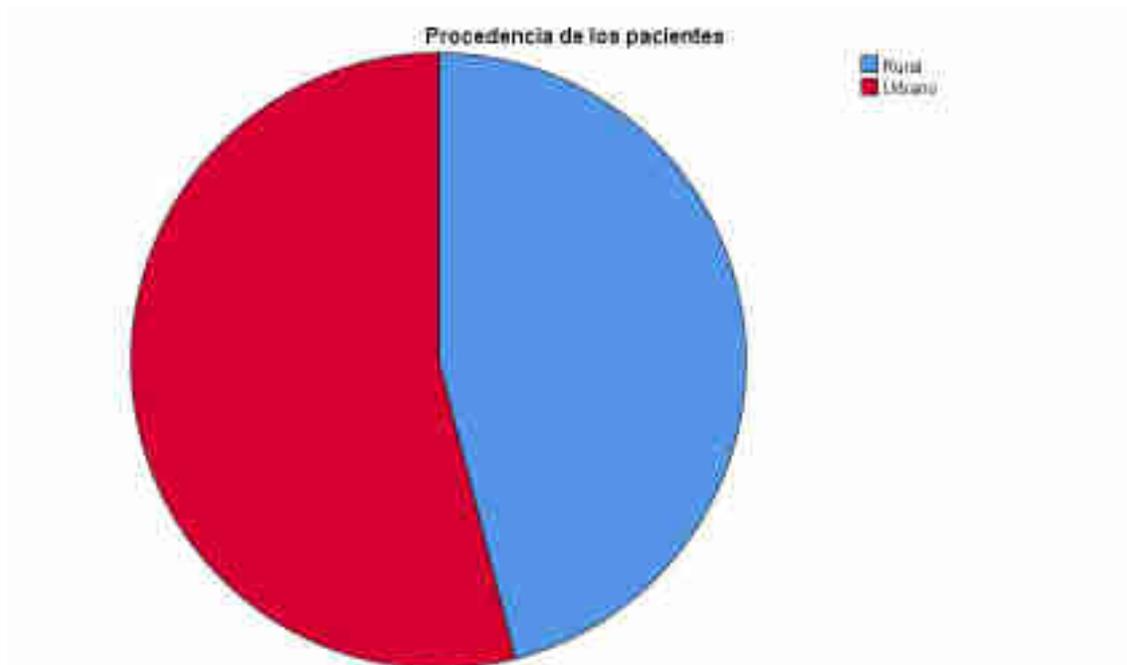
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 5. Pacientes según procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	46	46,0	46,0	46,0
	Urbano	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes a adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 5 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, con un predominio de procedencia urbano (54%) a comparación de la procedencia rural (46%).

Figura 4. Pacientes según procedencia

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 6. Pacientes según tipo de hernia inguinal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Directa	45	45,0	45,0	45,0
	Indirecta	54	54,0	54,0	99,0
	Mixta	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 6 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, con un predominio de hernias inguinales de tipo indirecta (54%), seguido de hernias inguinales de tipo directa (45%) y hernias inguinales tipo mixta (1%).

Figura 5. Pacientes según tipo de hernia inguinal

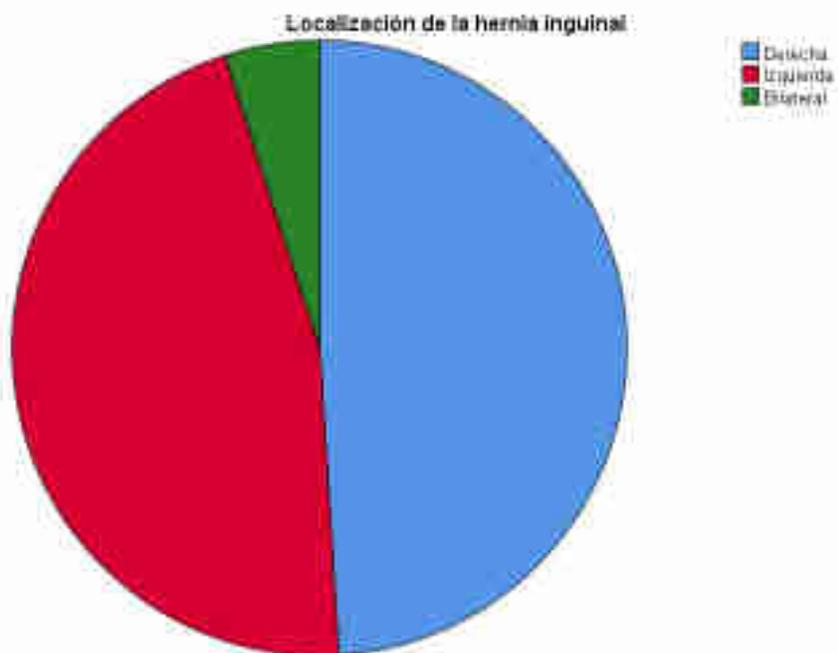
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 7. Pacientes según localización de la hernia inguinal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Derecha	49	49,0	49,0	49,0
	Izquierda	46	46,0	46,0	95,0
	Bilateral	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 7 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, con predominio del lado derecho (49%), seguido del lado izquierdo (46%) y de localización bilateral (5%).

Figura 6. Pacientes según localización de hernia inguinal

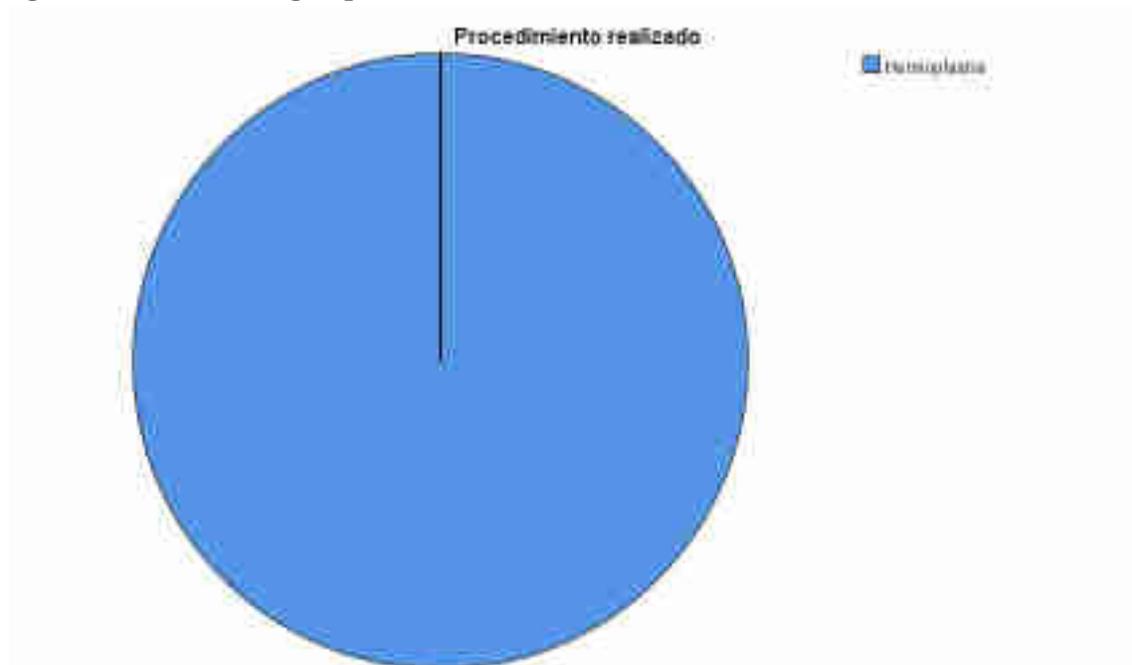
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 8. Pacientes según procedimiento realizado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hernioplastia	100	100,0	100,0	100,0
	Herniorrafia	0	0	0	0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 8 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, con presencia de hernioplastia en la totalidad de pacientes operados de hernia inguinal.

Figura 7. Pacientes según procedimiento realizado

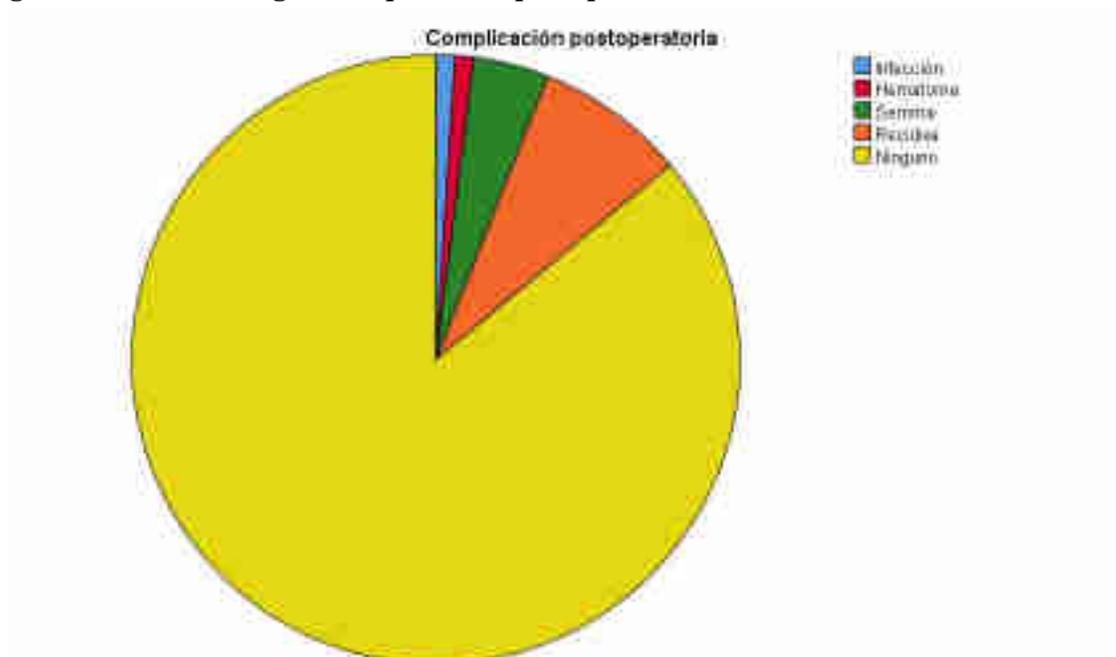
Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

Tabla 9. Pacientes según complicaciones postoperatorias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Infección	1	1,0	1,0	1,0
	Hematoma	1	1,0	1,0	2,0
	Seroma	4	4,0	4,0	6,0
	Recidiva	8	8,0	8,0	14,0
	Ninguno	86	86,0	86,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

En la tabla 9 se puede apreciar que el total de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018 fue 100, donde se evidencia que el 86% de pacientes operados de hernia inguinal no presentaron complicaciones postoperatorias, el 8% presentó recidiva, el 4% presentó seroma, el 1% presentó hematoma y el 1% infección de herida operatoria.

Figura 8. Pacientes según complicación postoperatoria

Fuente: Historias clínicas de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho durante 2017 – 2018.

4.2. Contrastación de hipótesis

Debido a que la presente investigación es de tipo descriptiva, no presentó hipótesis.

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

En esta investigación se observó que la presencia de masa inguinal fue el signo más frecuente y dolor fue síntoma más frecuente, evidenciándose en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, este resultado es corroborado con los resultados nacionales de Cutipa (2020), donde se evidenció que la clínica fue dolor (48%) y presencia de masa inguinal (47%), de igual forma Colás et al. (2018), concluyeron que 41.8% de pacientes presentaron masa en la región inguinal y 16.8% dolor inguinal.

En cuanto al sexo, observamos que el sexo más afectado fue el masculino a comparación del sexo femenino en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, resultado similar a las investigaciones nacionales de Cutipa (2020), donde se evidenció que el 95% eran masculinos y el 5% femeninas, de igual manera que en las investigaciones internacionales de Chasi (2020), con 81.7% de pobladores masculinos y 18.3% femeninas; y Turchi (2020), con 82.7% de población masculina y 17.3% femenina.

La procedencia predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho fue la urbana, resultados que se corroboran con los resultados nacionales de Cutipa (2020), con 62% de los casos de procedencia urbana y el 38% de casos de procedencia rural, Carhuarupay (2020), quien concluyó que el 61% fue de procedencia urbana y

el 39% fue de procedencia rural; de igual manera con los resultados internacionales de Chasi (2020), con 60% de pacientes de procedencia urbana y 40% de procedencia rural.

El tipo de hernia predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho fue la indirecta, resultado semejante a los resultados nacionales de Cutipa (2020), donde se concluyó que el 68% fue de tipo indirecta, el 26% de tipo directa y el 6% de tipo mixta; de igual manera con los resultados de internacionales de Carrera y Camacho (2018), donde se evidenció que el tipo de hernia indirecta fue más frecuente.

La localización predominante de las hernias inguinales operadas en adultos mayores en el Hospital Regional Huacho fue el lado derecho, resultado que se corrobora con los resultados nacionales de Carhuarupay (2020), donde mencionó que el 70.7% fueron de localización derecha, el 19.5% de localización izquierda y el 9.8% bilateral.

La hernioplastia fue el procedimiento predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, resultado que se corrobora con los resultados internacionales de Toapanta y Lange (2020), donde mencionaron que en el 90.82% de pacientes se utilizó hernioplastia y el 9.18% se utilizó herniorrafia, y resultados nacionales Cutipa (2020), donde mencionó que en el 97% se utilizaron hernioplastia y 3% se utilizaron herniorrafia.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias de los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho, se evidenció que la mayor parte de la población no presentó ninguna complicación, resultado que se corrobora con los resultados nacionales de Cutipa (2020), donde el 92% no presentaron complicaciones y el 7% presentaron complicación recidivada.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. La presencia de masa inguinal fue el signo predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018.
2. El dolor fue el síntoma predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018.
3. El sexo masculino fue el más frecuente a comparación del sexo femenino en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho en los años 2017 – 2018.
4. Los pacientes de procedencia urbana fueron más afectados a comparación de los pacientes de procedencia rural en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional durante los años 2017 – 2018.
5. El tipo de hernia inguinal indirecta fue predominante en los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018.
6. La localización de la hernia inguinal fue predominante en el lado derecho de los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho en los años 2017 – 2018.
7. La hernioplastia fue el procedimiento que se utilizó en la totalidad de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018.

8. La mayoría de pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal en el Hospital Regional Huacho durante los años 2017 – 2018, no presentaron ninguna complicación postoperatoria.

6.2. Recomendaciones

1. Se recomienda supervisar y actualizar los formatos donde se recopila la información clínica relevante para estudios posteriores, con la intención de no descartar pacientes en la población total por el incorrecto llenado de datos.
2. Especificar en el informe operatorio el tipo de hernia evidenciado durante el acto quirúrgico para un mejor registro.
3. Se recomienda una valoración más exhaustiva en consultorio para el diagnóstico preciso de hernia inguinal en los pacientes adultos mayores, para así evitar las complicaciones propias de la enfermedad.
4. Se recomienda dar un mejor seguimiento a los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal con el fin de descartar recidivas y complicaciones postoperatorias propias del acto quirúrgico.

CAPITULO V

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5.1. Bibliográficas

Cisneros, H. A., Blas, R., y Magdaleno, M. (2017). Etiopatogenia de las hernias de la pared abdominal y su función del colágeno en la formación de las hernia. En A. M. General, & J. L. Saavedra (Ed.), *Tratado de Cirugia General* (3 ed., Vol. 2, pág. 1497). Ciudad de México, México: El Manual Moderno. Obtenido de <file:///D:/TESIS%20HERNIA%202018/LS%20151161565714826.pdf>

De Luna, D., Toto, J. G., Arreola, D. A., Hurtado, S., León, M. G., Mena, A. A., y Jean, E. R. (2019). Anatomía y fisiología de la región inguinal. En J. A. Ortiz, & Autor (Ed.), *El ABC de la cirugía. Manejo quirúrgico de hernias* (págs. 71-72). Ciudad de México, México: Editorial Alfil. Obtenido de <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/132175?page=94>

Hernandez, A. A., Ramos, M. P., Plasencia, B. M., Indacochea, B., Quimis, A. J., y Moreno, L. A. (2018). *Metodología de la investigación científica*. Alicante, España: Area de Innovación y Desarrollo. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Ramos-Rodriguez/publication/322938332_Metodologia_de_la_investigacion_cientifica/links/5aa14866aca272d448b36198/Metodologia-de-la-investigacion-cientifica.pdf

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En R. F. Hernández, *Metodología de la investigación* (pág. 152). México

D.F.: McGraw - Hill. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Liu, N. G., Greenberg, J. A., y Brooks, D. C. (2019). Inguinal Hernia. En M. J. Zinner, *Abdominal Operations* (pág. 506). New York: McGraw Hill. Obtenido de <https://booksmedicos.org/maingots-abdominal-operations-13th-edition>

Muñoz, C. I. (2015). *Metodología de la investigación*. México D. F., México: Progreso S. A. Obtenido de <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2019/08/56-Metodologia-de-la-investigacion-Carlos-I.-Munoz-Rocha.pdf>

Shah, P. K. & Fitzgibbons, R. J. (2019). Perspective on Inguinal Hernias. En M. J. Zinner, & Autor (Ed.), *Abdominal Operations* (pág. 556). New York: Mc Graw Hill. Obtenido de <https://booksmedicos.org/maingots-abdominal-operations-13th-edition/>

5.2.Hemerográficas

Carrera, N. y Camacho, M. R. (Octubre de 2018). Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. *Medigraphic*, 40(4), 251-252. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg184e.pdf>

Carbo, S. A., Vaca, F. A., Pincay, S. A. y Chang, C. M. (01 de Diciembre de 2020). Complicaciones en la cirugía de hernia inguinal. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(1), 65. Obtenido de <file:///D:/TESIS%20HERNIA%202018/REFERENCIAS%20DE%20HERNIA/Dialnet-ComplicacionesEnLaCirugiaDeHerniaInguinal-7402196.pdf>

- Castaño, A. L. (2018). Infección de sitio operatorio en herida abdominal sucia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33, 2. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v33n4/2011-7582-rcci-33-04-00390.pdf>
- Castillo, M. (2021). *Hernias de la pared abdominal*. Chile. Obtenido de https://www.basesmedicina.cl/cirugia/16_6_hernias/16_6_hernias.pdf
- Colás, E., Hernández, P., Rueda, J. A., Fernández, J. M., y Quintáns, A. (2018). Hernia inguinocrural en urgencias. ¿Hemos mejorado con los años? *Revista Hispanoamericana de Hernia*, 6(2). Obtenido de https://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v6i2/04_OR_Hernia_Colas.pdf
- Correa, L. y. Domínguez, D. L. (2018). Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(3). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n3/rpr09318.pdf>
- Cvetkovic, A. M. (2021). Estudios transversales. *Revista de Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 180. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>
- Díaz, E. (Enero de 2016). Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 119-120. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Ferreira, C. M., Mugianesi, E., Córdoba, M. R., Alvarado, J. C., Martino, A. A., Statti, M. A., Perriello, J. A. (2017). Hernia inguinal en pacientes mayores de 70 años: resultados del manejo conservador. *Revista Argentina de Cirugía*, 109(1), 14-15. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v109n1/v109n1a02.pdf>

Herrera, A., y d'Hyver, C. (Julio de 2018). Valoración preoperatoria del adulto mayor. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(4), 43. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un184j.pdf>

Kohnenkampf, R. y. (2019). Protocolos de recuperación acelerada después de cirugía ¿tienen espacio en nuestra práctica diaria actual? *Revista Chilena de Anestesia*, 48. Obtenido de <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv48n01.05.pdf>

Losada, J. L., Hernández, E. V., Salvat, M., y Losada, J. O. (2019). Evolución histórica del razonamiento clínico. *Medisan*, 23(6), 12. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2019/mds196p.pdf>

Manterola, C. y. (2014). Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int. J. Morphol.*, 32(2), 634. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>

Méndez, C., Montes, E., y Salguero, G. (Mayo de 2018). TAPP: hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal. ¿Cómo, cuándo y por qué? *Cirugía Andaluza*, 29(2), 1. Obtenido de https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir_Andal_vol29_n2_multimedia9.pdf

Ortega, C. P., Fajardo, E., y Núñez, M. L. (Octubre de 2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revista Edu-física.com*, 12(26). Obtenido de <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218/1721>

Rivas, R. A., Izurieta, A. M., Emén, J. P., y Ruiz, G. (Julio de 2017). *Incidencia de la hernia inguinal y la evolución en pacientes*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil. Guayaquil:

Ciencias Medicas. Obtenido de
file:///D:/TESIS%20HERNIA%202018/REFERENCIAS%20DE%20HERNIA/262-559-3-PB.pdf

Saliou, M. R., Rodríguez, Z., Joubert, G., Gavilán, R. L., y Casamayor, E. (2019). Complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(2). Obtenido de <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/773/397>

Sciuto, P. (2018). Hernias de la pared abdominal. *Clinicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República*, 1(2). Obtenido de https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hernias_de_la_pared_abdominal_CQFM.pdf

Turchi, M. J., López, P. V., Crivelli, F- J-, Laborda, N., Maldonado, J. M., Montanelli, A., Adamczuk, P. M., Perriello, J. A. (2020). Cirugia ambulatoria de pacientes ancianos. Estudio comparativo entre mayores y menores de 80 años. *Revista Argentina de Cirugia*, 112(3), 295-296. Obtenido de <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/54>

Vacca, V. (2018). Hernia inguinal. La lucha contra la protrusión. *Hursing2018*, 35(2), 1. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contras0212538218300384>

5.3.Documentales

Bendezú, Y. L. (2020). *Características y complicaciones de hernioplastia con las técnicas de Lichtenstein, Nyhua y Stoppa en el manejo de las hernias inguinales en un Hospital del Perú*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4233/BENDEZ%C3%9A%20CH>

UQUITAYPE%20YASM%C3%8DN%20LUCERO-
%20%20T%C3%8DTULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carhuarupay, R. S. (2020). *Complicaciones postoperatorias de la hernioplastia inguinocrural en el Hospital Cayetano Heredia de Piura - 2018*. Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Piura. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41335/Carhuarupay_AR.S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chasi, C. A. (2020). *Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019*. Proyecto de investigación, Universidad de Cuenca, Cuenca. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102646/tesis-christian-chazi.pdf>

Cutipa, F. C. (2020). *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 de Pregrado, Tarapoto. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3830/MED.%20HUMANA%20-%20Favio%20C%c3%a9sar%20Cutipa%20Valent%c3%adn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dioses, Y. Y. (2020). *Características de las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía electiva de Hernia Inguinal en el Hospital Santa Rosa, Piura, 2019*. Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo, Piura, Piura. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41479/Dioses_AYY.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Lopez, D. F. (2018). *Experiencia y resultados preliminares en herniorrafias inguinales por laparoscopia (TAPP) sin fijación de la prótesis*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62889/1094903707.2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, J. A. (2017). *Cirugía de la hernia inguinal en el anciano*. Tesis de pregrado, Universidad de Cantabria, Santander. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12412/MartinezCastellanosJA.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Toapanta, M. E. (2020). *Estudio comparativo de las complicaciones postquirúrgicas entre herniorrafia vs hernioplastia en pacientes mayores de 18 años operados en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo Agosto 2017 - Agosto 2019*. Tesis de pregrado, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14960/1/T-UCSG-PRE-MED-966.pdf>

5.4. Electrónicas

- Barba, M. (01 de Noviembre de 2019). *Definicion de sexo, género y sexismo*. Obtenido de About Español: <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-1271572>
- Biblioteca Virtual en Salud. (2017). *Complicaciones postoperatorias*. Obtenido de Descriptores en Ciencias de la Salud: http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Complicaciones%20Posoperatorias

Brooks, D. C. (15 de Octubre de 2019). *Clasificación, características clínicas y diagnóstico de las hernias inguinales y femorales en adultos*. Obtenido de UpToDate: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~127&usage_type=default&display_rank=2#H5

Diaz, A. (04 de Junio de 2021). *Número de afectados por hernias inguinales por cada 1000 personas atendidas en España en 2017, por grupos de edad*. Obtenido de Statista: <https://es.statista.com/estadisticas/539254/numero-de-pacientes-con-hernias-inguinales-por-edad-en-espana/>

Fisioonline. (2021). *Procedimientos quirúrgicos y médicos*. Obtenido de Fisioonline. Todo sobre fisioterapia: <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/procedimientos-quirurgicos-y-medicos#termino>

Griffen, F. D. (29 de Marzo de 2021). *Reparación quirúrgica abierta de hernias inguinales y femorales en adultos*. Obtenido de UpToDate: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?sectionName=HERNIA%20REPAIR%20TECHNIQUES&search=mcvay&topicRef=3687&anchor=H1920075&source=see_link#H1920075

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (29 de Marzo de 2021). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf>

Instituto Nacional del Cancer. (2021). *Sintoma*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sintoma?redirect=true>

Instituto Nacional del Cancer. (2021). *Signo*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados?swKeyword=SIGNO>

Instituto Vasco de Estadística. (2021). *Procedencia*. Obtenido de Instituto Vasco de Estadística: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_141/elem_4818/definicion.html

Real Academia Española. (2020). *Recidiva*. Obtenido de Asociación de Academias de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/recidiva>

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y QUIRURGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017 - 2018

1. Características clínicas

1.1. Signo	SI	NO
Fiebre	()	()
Dolor a la palpación	()	()
Masa inguinal	()	()
1.2. Síntoma		
Sensación de pesadez	()	()
Dolor	()	()
Nausea	()	()
Vómito	()	()

2. Características epidemiológicas

2.1. Sexo		
Masculino	()	()
Femenino	()	()
2.2. Procedencia		
Rural	()	()
Urbano	()	()

3. Características quirúrgicas

3.1. Tipo de hernia

Directa	()	()
Indirecta	()	()
Mixta	()	()

3.2. Localización de la hernia

Derecha	()	()
Izquierda	()	()
Bilateral	()	()

3.3. Procedimiento quirúrgico

Hernioplastia	()	()
Herniorrafía	()	()

3.4. Complicación de la hernia

Infección	()	()
Hematoma	()	()
Seroma	()	()
Recidiva	()	()
Otros	()	()



ANEXO 2: JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018"

de Erica Bianca Antunez de Mayolo, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradecemos de viva manera su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionarnos sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, le falta de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.- El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2.- El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3.- Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4.- La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5.- El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6.- Las preguntas son claras	X		
7.- El número de ítems es adecuado	X		
8.- La redacción es buena	X		
9.- Eliminaría algún ítem en el/los instrumentos		X	
10.- Agregaría algún ítem en el/los instrumentos		X	

SUGERENCIAS:

Firma:



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018"

Dr. Silvia Paula Torres Ortega, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva marcar con una X su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionarnos sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1- El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2- El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3- Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4- La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5- El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6- Las preguntas son claras	X		
7- El número de ítems es adecuado	X		
8- La redacción es buena	X		
9- Eliminaría algún ítem en el/los instrumentos		X	
10- Agregaría algún ítem en el/los instrumentos		X	

SUGERENCIAS:

Firma:



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

Proyecto de investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018"

Dr. Jaime Lázaro Dioses se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva marcar con una X su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionar sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEM	SI	NO	OBSERVACIONES
1.- El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2.- El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3.- Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4.- La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5.- El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6.- Las preguntas son claras	X		
7.- El número de ítems es adecuado	X		
8.- La redacción es buena	X		
9.- Eliminaría algún ítem en sí/los instrumentos		X	
10.- Agregaría algún ítem en sí/los instrumentos		X	

SUGERENCIAS

Firma:


 MC. JAIME LAZARO DIOSSES
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. N° 11287 R.N.E. 4355

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018	<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>OJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	Al ser una investigación de alcance descriptivo, la hipótesis es implícita.	<p>-Características clínicas</p> <p>-Características epidemiológicas</p> <p>-Características quirúrgicas</p>	<p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>a) Observacional</p> <p>b) Descriptivo</p> <p>c) Retrospectivo</p> <p>d) Trasversal</p> <p>e) Cuantitativo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital</p>

	<p>1. ¿Cuál es el signo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es el síntoma predominante en pacientes adultos mayores de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>3. ¿Cuál es el sexo predominante en</p>	<p>1. Determinar el signo predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>2. Determinar el síntoma predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>3. Identificar el sexo más predominante pacientes</p>			<p>Regional Huacho, 2017-2018.</p> <p>La muestra estuvo conformada tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
--	---	--	--	--	---

	<p>pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 - 2018?</p> <p>4. ¿Cuáles la procedencia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>5. ¿Cuál es el tipo de hernia predominante en pacientes adultos mayores operados de</p>	<p>adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>4. Identificar la procedencia predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>5. Identificar el tipo de hernia predominante en pacientes adultos mayores operados de</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>6. ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>7. ¿Cuál es la localización predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del</p>	<p>hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>6.Determinar el procedimiento quirúrgico predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>7.Determinar la localización predominante en pacientes adultos mayores operados de</p>			
--	--	--	--	--	--

	<p>Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p> <p>8. ¿Cuál es la complicación postoperatoria predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018?</p>	<p>hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p> <p>8.Determinar la complicación postoperatorio predominante en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017 – 2018</p>			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

HISTORIA	EDAD	SEXO	SINTOMA	SEED	PROCEDENCIA	TPO-HERN	LOCALIDAD	PROCEDIMIENTO	COMPLICACION
157963	74	Masa	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
123433	62	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
83731	70	Masa	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
173163	78	Masa	Nausea	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
263763	62	Masa	Dejar	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
153743	63	Masa	Dejar	F	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
114823	74	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
45345	71	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
151671	64	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
113441	62	Masa	Sensación de pesadez	F	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183771	72	Masa	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
154671	68	Masa	Dejar	V	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
418612	68	Masa	Sensación de pesadez	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
788227	78	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
117142	62	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
146112	62	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183777	74	Masa	Nausea	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
263112	72	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
453212	62	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
82222	81	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
15171	71	Masa	Dejar	F	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
18377	78	Masa	Dejar	F	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
412312	62	Masa	Nausea	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
151712	72	Masa	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
112312	62	Masa	Dejar	F	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183772	78	Masa	Nausea	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes

303172	78	Masa	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
412312	62	Masa	Dejar	F	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183177	78	Masa	Dejar	V	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
114612	62	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
123863	72	Masa	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
173163	62	Masa	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183771	67	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
343163	67	Masa	Nausea	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
157113	72	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
212913	72	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
184263	71	Masa	Dejar	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
117113	62	Masa	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
177113	62	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
283824	70	Masa	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
13771	64	Masa	Nausea	F	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
8171	62	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
12814	62	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Rusia	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183771	68	Distorsión de la posición del	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
215774	78	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
412914	64	Masa	Dejar	V	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
183774	64	Masa	Dejar	V	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes
112324	62	Masa	Sensación de pesadez	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
184224	62	Masa	Dejar	V	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
81771	62	Distorsión de la posición del	Dejar	F	Uruguay	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
183113	64	Masa	Dejar	V	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
343113	71	Masa	Sensación de pesadez	V	Rusia	Directa	Uruguay	Hernioplastia	Vaguita
81801	68	Masa	Dejar	F	Uruguay	Indirecta	Uruguay	Hernioplastia	Rebeldes

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
50	54775	71	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
51	82623	52	Masa	Jacar	I	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
52	54775	71	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
53	13155	66	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
54	15723	71	Masa	Sensacion de pesadez	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
55	7366	62	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
56	114623	61	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
57	714715	72	Masa	Sensacion de pesadez	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
58	89641	61	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
59	267363	72	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
60	96699	62	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
61	47159	78	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
62	15649	66	Masa	Sensacion de pesadez	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
63	44733	72	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
64	303079	78	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
65	54332	64	Masa	Sensacion de pesadez	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
66	132793	74	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
67	54735	62	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
68	16363	62	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
69	39303	62	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
70	219879	78	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
71	2467	72	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
72	25737	71	Chaleco de proteccion	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
73	8427	64	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
74	163487	66	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
75	143877	66	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
76	144662	62	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
75	143877	66	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
76	144662	62	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
77	49307	78	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
78	897	62	Masa	Sensacion de pesadez	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
79	72327	74	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
80	877	66	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
81	13610	78	Chaleco de proteccion	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
82	383169	61	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
83	11733	66	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
84	44423	62	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
85	78379	66	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
86	127943	72	Chaleco de proteccion	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
87	167118	62	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
88	185079	62	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
89	90643	78	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
90	44329	62	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
91	72392	62	Masa	Sensacion de pesadez	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
92	1376	66	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
93	179469	66	Masa	Sensacion de pesadez	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
94	796	78	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
95	67349	62	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
96	8889	62	Masa	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
97	22359	66	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
98	8629	62	Masa	Jacar	V	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
99	163703	66	Chaleco de proteccion	Jacar	V	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
100	47328	72	Masa	Jacar	F	Rural	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		
101	3689	62	Masa	Jacar	F	Urbano	Declaro	cuando	Herido por	Vigora		

ANEXO 6: INFORME DE TURNITIN

BORRADOR DE TESIS 12.07.21- MEJIA ASENCIOS ITALO AARON

INFORME DE ORIGINALIDAD

17 %	16 %	1 %	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	3 %
2	1library.co Fuente de Internet	3 %
3	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	1 %
6	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
7	scielo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
9	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

10	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
12	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	archive.org Fuente de Internet	<1 %
14	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
16	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1 %
17	Å. STRANDBERG. "Atelectasis during anaesthesia and in the postoperative period". Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 02/1986 Publicación	<1 %
18	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	vsip.info Fuente de Internet	<1 %

21	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.ict.ejercito.mil.pe Fuente de Internet	<1 %
26	ikua.iiap.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
27	creativecommons.org Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.espe.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
31	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
32	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

33	www.normalsuperiorocana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
34	www.scielo.org.co Fuente de Internet	<1 %
35	Edwin Filiberto Coy Cordón. "Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI 2019", Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 2019 Publicación	<1 %
36	lookformedical.com Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	www.uvmnet.edu Fuente de Internet	<1 %
40	J. Masson, G. Staub, J.-P. Binder, C. Martinaud, B. Couturaud, M. Revol, J.-M. Servant. "Técnicas e indicaciones de reconstrucción mamaria", EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética, 2007 Publicación	<1 %
41	M. Beck, J.-F. Gillion, M. Soler, E. Pélissier, J.-P. Palot, P. Ngo. "Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales por vía inguinal", EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, 2017	<1 %

	Publicación	
42	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
43	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
45	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
46	secom.org Fuente de Internet	<1 %
47	www.gobernacion.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
48	www.jourlib.org Fuente de Internet	<1 %
49	www.revcmpinar.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
50	L C. Fernow, I McColl, C. Mackie. "Firm, patient, and process variables associated with length of stay in four diseases", BMJ, 1978 Publicación	<1 %
51	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
52	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %

53 qdoc.tips <1 %
Fuente de Internet

54 moam.info <1 %
Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía Activo

ANEXO 7: INFORME DE ORIGINALIDAD

INFORME N° 01-2021-FMH

A : Dr. *VÁSQUEZ ESTELA, DARÍO ESTANISLAO*
Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana

DE : Dr. *MARIN VEGA, ENRIQUE ANTONIO*
Asesor RD N° 0172-2021 FMH

ASUNTO : INFORME DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018", presentado por el Autor:
"MEJIA ASENCIOS, ITALO AARON"

FECHA : Huacho, 14 de julio del 2021

I. FINALIDAD

Emitir y suscribir el Informe de Originalidad del Trabajo de Investigación "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018", presentado por el Autor: "MEJIA ASENCIOS, ITALO AARON", egresado de la Facultad de MEDICINA HUMANA, Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión a través del Software Antiplagio en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (UNFSC)

II. ANTECEDENTES

- 2.1 Reglamento General para el otorgamiento de Grados Académicos y Títulos Profesionales (en adelante RGGAyTP) de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (en adelante UNFSC) aprobado en resolución de Consejo Universitario N° 0146-2020-CU-UNFSC de fecha 20 de febrero del 2020 y sus modificatorias.
- 2.2 Reglamento General de Investigación (en adelante ROI) de la UNFSC, aprobado con RCU N° 1046-2020-CU-UNFSC de fecha 20 de febrero del 2020, y sus modificatorias.
- 2.3 Resolución de Decanato N° 0172-2021 de fecha 08 de junio del 2021, que asigna al Asesor del Trabajo de Investigación "MARIN VEGA, ENRIQUE ANTONIO", presentado por el Autor: "MEJIA ASENCIOS, ITALO AARON"
- 2.4 Resolución de Decanato N° 0221-2021 de fecha de 30 de junio del 2021 que aprueba el Proyecto de Investigación "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018" presentado por el Autor: "MEJIA ASENCIOS, ITALO AARON"

III. ANALISIS

3.1 En el Art. 9° del Reglamento General para el otorgamiento de grados académicos y Títulos profesionales, se regula la designación, atribuciones y responsabilidades del investigador (es) y asesor (a) del Trabajo de investigación que conduzcan el otorgamiento del Título Profesional y Segunda Especialidad Profesional.

3.2 En atribuciones a lo encomendado en los documentos de los numerales 2.3 y 2.4 del presente informe y de las disposiciones pre citadas en calidad de Asesor y en coordinación con el investigador de Trabajo de Investigación: "*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018*" presentado por el autor: "*MERA ASENCOS, ITALO AARON*", se ha revisado la originalidad de la investigación en mención, la misma que cumple con el límite de porcentaje de similitud establecido en el **REGA-TR** y directiva del procedimiento para el uso de software de Antiplagio en la UNIFSC, ambos vigentes.

IV. CONCLUSIONES

Que la investigación "*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLOGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017-2018*", desarrollada por el investigador presenta un 17 % de similitud con otras investigaciones, debidamente referenciadas, el mismo que se encuentra conforme a establecido en el **REGA-TR** y Directiva del procedimiento para el uso del Software de Antiplagio en la UNIFSC, ambos vigentes.

V. RECOMENDACIONES

Emitir la constancia de conformidad de originalidad de la investigación y continuar con el trámite para la sustentación y obtención del Título Profesional.

Atestamos



DR. MARIO VEGA, ENRIQUE ANTONIO
ASESOR

ANEXO 8: CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL
 JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SANCHEZ CARRIÓN, QUIEN SUSCRIBE:

HACER CONSTAR:

Que el (la) trabajo de investigación - tesis titulado(a): "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017 - 2018", desarrollado (a) por el investigador: MEJIA ASENCIOS, ITALO AARÓN para optar al Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO, asesorado por el Doctor: M.C. ENRIQUE ANTONIO MARIN VEGA, es inédita y cumple con los requisitos de conformidad de originalidad, evidenciándose en el informe de originalidad un porcentaje de similitud de 17% (diecisiete)

Se otorga la presente constancia para los fines que estime conveniente.

Huacho, 15 de julio del 2021.




 Dr. Delfo Estanislao Vásquez Estela
 Director de la Unidad de Investigación - FMH

Constancia : N° 83
 Expediente : N° 022750
 Recibo N° : N° 2500804

ANEXO 9: SOLICITUD DE ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SUMILLA: Solicito permiso para ejecución de plan de tesis

Señor:
Dr. Juan Carlos Becerra Flores
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO
Presente.-

Yo, **Mujía Asencios Iridis Aaron**, identificado con DNI N°: 73698647, con domicilio en Calle Indalecio Paz S/N-Pativilla, Arete Ud, respetuosamente me presento y expongo:

Que en mi condición de ex - interno de Medicina Humana del Hospital Regional de Huacho y alumno de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, afiliado a Ud, pido permiso para la ejecución del presente plan de tesis, con título: **"Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional Huacho, 2017-2018"**, para optar el Título Profesional de Médico - Cirujano.

Adjunto:

1. Plan de Tesis
2. Resolución de Decanato N°: 0189-2021-FMH-UNJESC - Designación de Jurado Evaluador.
3. Carta N°0173-2021-UCyT/FMH-UNJESC-MSTFIC-2021-I dirigida al director ejecutivo del Hospital Regional de Huacho.
4. Matriz de consistencia.
5. Instrumento de recolección de datos.
6. Copia de DNI.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huacho, 28 de Junio del 2021



DNI N°: 73698647
 Celular: 993366153
 Correo: iridisaaron1996@gmail.com



ANEXO 10: AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA	HOSPITAL REGIONAL HUACHO RED DE SALUD HUACHO OYÓN	"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
CARGO		
INFORME N° 041-2021-GRL-01RESA-HHO-SBS-UADI-AAI		
PARA	MGO, ENDIRA G. BURGA UGARTE JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
ASUNTO	SOLICITUD DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DE TESTS	
REFERENCIA	DOCUMENTO S/N EXP. 1896287	
FECHA	HUACHO, 06 DE JULIO DEL 2021	

Tengo el agrado de saludarla y dirigirme a usted en relación al documento de la referencia mediante el cual el Sr. Mejía Asencios Italo Aaron, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad José Faustino Sánchez Carrión, solicita permiso para la ejecución del plan de tesis, con título: "Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes adultos mayores operados de hernia inguinal del Hospital Regional de Huacho, 2017-2019", para optar el título de Médico Cirujano.

Al respecto, tengo a bien hacer de su conocimiento lo siguiente:

1. La solicitud presentada cuenta con los requisitos para los fines.
2. Hemos verificado que el presente estudio se encuentra dentro de las prioridades y políticas de investigación institucional.
3. Se ha revisado el proyecto de tesis que adjunta, verificando que cumple con un planteamiento metodológico adecuado.
4. La universidad y el interesado deben tener en cuenta que la autorización conlleva al compromiso de hacer llegar a nuestra institución una copia del informe final de tesis una vez culminada la investigación.

Por lo señalado, se recomienda autorizar la obtención de la información requerida siempre que el interesado respete estrictamente las precauciones de bioseguridad en cuanto al riesgo de exposición al Covid-19, por lo cual el acceso a la información requerida será de manera virtual. En tal sentido, es pertinente comunicar a la Unidad de Estadística e Informática, para las acciones y fines que correspondan.

Es cuanto informo a usted.

Atentamente,



M.C. Jonier Fabián Ramírez
Jefe del Área de Investigación
AV. PÉREZ DE ARRIAGA, 1010 (CALLE VENEZUELA)
CHP 41434 I/AE 28196
C.U. 410001



ANEXO 11: CONSTANCIA DEL ESTADÍSTICO



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CONSTANCIA

REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, hace constatar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el Proyecto de Investigación titulado: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2017 – 2018, elaborado por el Bachiller MEJÍA ASENSIOS ITALO AARÓN, aspirante al Título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las historias clínicas del Hospital Regional de Huacho, los cuales son válidos y confiables, para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huacho, 09 de Julio del 2021

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 INSTITUCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL HUACHO
 Unidad de Estadística e Informática
 Jefe de Unidad
 Dr. Miguel Chumbes Chumbes
 C.O.P. 1018823
 M.P. 1018823



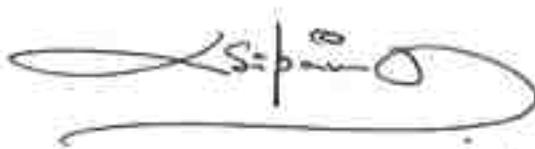
DR. MARIN VEGA ENRIQUE ANTONIO

Asesor



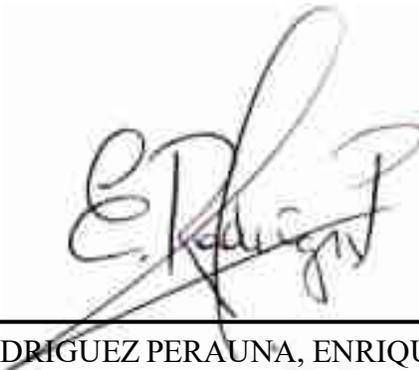
M(O). CUEVAS HUARI EDGARDO WASHINGTON

Presidente



DR. SIPAN VALERIO, GUSTAVO AUGUSTO

Secretario



M.C. RODRIGUEZ PERAUNA, ENRIQUE MARCOS

Vocal