

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES TARDIAS EN
PACIENTES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA EN EL
HOSPITAL CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD ENTRE LOS MESES
NOVIEMBRE 2015 Y FEBRERO 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA
GENERAL**

**PRESENTADO POR
ANDREA CAROLINA RIVERA VERGARA**

**ASESOR
MEDICO CIRUJANO VICTOR GALVEZ MIDEIROS
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

LIMA-PERÚ 2022

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la realidad problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Limitaciones	7
1.6 Viabilidad	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones conceptuales	15
2.4 Hipótesis	17
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	18
3.1 Diseño	18
3.2 Población y muestra	18
3.3 Tamaño de muestra	19
3.4 Selección de la muestra	19
3.5 Operacionalización de variables	21
3.6 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	23
3.7 Técnicas para el procesamiento de la información	23
3.8 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	25
4.1 Recursos	25
4.2 Cronograma	26
4.3 Presupuesto	26

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	30
1. Matriz de consistencia	30
2. Instrumentos de recolección de datos	32

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La hernia inguinal primaria es una patología de gran prevalencia en la población. La ocurrencia de por vida de hernia inguinal o femoral es de 27 – 43% en hombres y 3 – 6% en mujeres.(1) Anualmente más de 20 millones de pacientes son quirúrgicamente intervenidos a nivel mundial.(2)

Las primeras cirugías de hernia se realizaron a finales del siglo XVI. Desde entonces se han descrito distintas técnicas. Comienzos de 1980 técnicas mínimamente invasivas (TAPP Y TEP) fueron descritas. Actualmente las técnicas más utilizadas son, en la cirugía abierta, la técnica de Lichtenstein y la cirugía laparoscópica (TAPP Y TEP). Distintos estudios han demostrado superioridad de la técnica laparoscópica sobre la abierta en cuanto al dolor postoperatorio, el uso de analgésicos y la posterior incorporación a las actividades de la vida diaria; teniendo en cuenta la curva de aprendizaje. Sin embargo, todavía hay mucho estudio por realizar en cuanto a las complicaciones de las técnicas de cirugías mínimamente invasiva y los factores de riesgo para desarrollarlas. Debido a que son técnicas quirúrgicas relativamente nuevas todavía hay mucho por investigar. En el Perú no existen estudios que comparen las técnicas mínimamente invasivas y además asocie factores de riesgo a sus complicaciones. Así mismo, el servicio de cirugía del hospital Carlos Alcántara no dispone de estudios referentes a la cirugía de hernia inguinal en general. Con este trabajo se buscan los factores asociados a las complicaciones tardías (dolor crónico y recidiva) en pacientes operados mediante la técnica de Lichtenstein, TAPP y TEP. También obtendremos valores sobre la prevalencia de estas complicaciones.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a complicaciones tardías en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores asociados a complicaciones tardías en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Carlos Alcántara de Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de dolor crónico y recidiva en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield.
2. Determinar y asociar los factores epidemiológicos (sexo y edad) de los pacientes operados de hernia inguinal con las complicaciones (dolor crónico y/o recidiva)
3. Determinar si la presencia de comorbilidades en los pacientes operados de hernia inguinal (IMC, DM, HTA, HBP, tabaquismo y EPOC) están asociados a más complicaciones (dolor crónico y/o recidiva).
4. Determinar si el tipo de cirugía, el tiempo operatorio y la fijación o no de la malla representan factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones (dolor crónico y/o recidiva) en pacientes operados de hernia inguinal.
5. Determinar el tipo de hernia, según la clasificación Nyhuss, que con mayor frecuencia se asocia a las complicaciones mencionadas en los pacientes operados en el Hospital Carlos Alcántara

1.4 Justificación

La cirugía de hernia inguinal es uno de los procedimientos efectuados con mayor frecuencia en la especialidad de cirugía general. En las últimas décadas se han desarrollado distintas técnicas de corrección del defecto herniario inguinal, siendo en la actualidad las técnicas libres de tensión y a la cabeza Lichtenstein, TAPP y TEP, las más realizadas. Como todo procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones. Las complicaciones a mediano y largo plazo más frecuentes son el dolor crónico en la zona inguinal, que puede llegar a afectar la calidad de vida del paciente y la recidiva. Distintos factores de riesgo han sido asociados a estas complicaciones, tanto modificables como no modificables. Sin embargo, al ser las técnicas mínimamente invasivas (TAPP Y TEP) relativamente nuevas (menos de dos décadas) en nuestro medio, no se cuenta con estudios donde se estudien los factores de riesgo que podrían estar asociados a las complicaciones tardías.

Actualmente, estudios, han demostrado que el sexo y la edad, si son considerados factores de riesgo para la recidiva en pacientes operados con la técnica de Lichtenstein, sin embargo, no queda claro si estos también lo son para las técnicas mínimamente invasivas (TAPP y TEP). Así mismo comorbilidades como la obesidad, DM, HBP, tabaquismo.

Existen distintos estudios que comparan las tres técnicas quirúrgicas en relación con la recidiva. Inicialmente estudios mostraban más frecuencia de recidivas en pacientes sometidos a TEP en comparación con TAPP y Lichtenstein, sin embargo, últimos estudios han obtenido resultados estadísticos con diferencias no significativas, por lo que podría deberse a la curva de aprendizaje, ya que la técnica (TEP) es la más recientemente incorporada.

En cuanto a la fijación de la malla o no, existen estudios que muestran la no existencia de diferencias significativas en cuanto al dolor y a la recidiva. Sin embargo, existe evidencia que podría indicar que el uso de grapadora endoscópica sería un factor de riesgo para las recidivas en comparación del pegamento.

Se ha comparado el tipo de hernia que con mayor frecuencia se asocia al dolor crónico y la recidiva, encontrándose como la más frecuente la hernia inguinal directa, sin embargo, en nuestro medio no contamos con ese dato.

Teniendo en consideración lo mencionado y que en nuestro medio no se han realizado estudios al respecto, fue que se decidió realizar este estudio.

El Hospital Carlos Alcantara Butterfield cuenta con una base de datos de 342 pacientes operados entre las fechas señaladas de hernia inguinal.

Encontrando los factores asociados a estas complicaciones se podría modificar los factores de riesgo modificables para un mejor control de la patología y disminuir los costos de una re-operación, una pobre calidad de vida y/o un constante tratamiento analgésico; además de incentivar a la realización de otros estudios a largo plazo, con más años de seguimiento de estos pacientes.

En la actualidad no contamos con estudios similares en la institución. Se desconoce la tasa de complicaciones mediatas e inmediatas en los pacientes operados de hernia inguinal y los factores de riesgo asociados, sea con técnica laparoscópica o abierta, por lo que es importante la realización de este estudio.

1.5 Limitaciones

El presente estudio se circunscribe a los pacientes operados de hernia inguinal no complicada con las técnicas Lichtenstein, TAPP o TEP de manera electiva en el Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, en el periodo de noviembre del 2015 a febrero del 2019.

Los pacientes incluidos se encuentran afiliados a Essalud, una institución de seguridad social, tanto los titulares como los llamados derecho-habientes, que son los familiares de los trabajadores asegurados.

Como limitaciones tenemos falta de datos clínicos detallados en las historias de cada paciente, motivo por el cual se excluyó del estudio a pacientes.

1.6 Viabilidad

La institución ha autorizado la investigación y cuenta con el apoyo del servicio de cirugía general. Además, se cuenta con los recursos económicos para desarrollarla. Se accederá al archivo de historias clínicas del hospital Carlos Alcantara Butterfield y a la base de datos del servidor EsSi de EsSalud.

No va en contra de lo principio éticos, ni altera las normal e legislación

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

N. L. Bullen et al realizaron una revisión sistemática y metanálisis "Open versus laparoscopic mesh repair of primary unilateral uncomplicated inguinal hernia: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis" (3) en donde se incluyeron 12 ensayos aleatorizados controlados contando con 1926 pacientes a los que se los opero con la técnica de Lichtenstein y 2040 pacientes vía laparoscópica. No se encontró diferencias significativas en cuanto a la recidiva de hernia inguinal entre las técnicas quirúrgicas mencionadas (Odds ratio (OR) 1.14, 95% CI 0.51–2.55, $p = 0.76$). La reparación laparoscópica se asoció con una menor tasa de dolor agudo en comparación con la reparación abierta (diferencia media 1,19, IC - 1,86, - 0,51, $p \leq 0,0006$) y una reducción de las probabilidades de dolor crónico en comparación con la abierta (OR 0,41, IC 0,30-0,56, $p \leq 0,00001$). Sin embargo, los ensayos incluidos fueron de calidad metodológica variable. El análisis secuencial de ensayos informó que es poco probable que estudios adicionales demuestren una diferencia estadísticamente significativa entre las dos técnicas.

Sevinc, Bans et al "Comparison of early and long term outcomes of open Lichtenstein repair and totally extraperitoneal herniorrhaphy for primary inguinal hernias"(4) encontró que el tiempo de cirugía era menor en el grupo TEP con 49.2 +/- 15.5 min a comparación con el grupo Lichtenstein 54.3 +/- 14.6 min. Así mismo la estancia hospitalaria fue significativamente más corta en el grupo TEP ($P= 0.001$). La puntuación media de la escala analógica visual post operatoria fue significativamente menor en el grupo TEP. Con un seguimiento medio de 40,95 meses, las tasas de recurrencia fueron similares en ambos grupos con una tasa del 4,3%. En términos de dolor crónico, el grupo TEP tiene mejores resultados que Lichtenstein con 3.4% vs 25.2%, respectivamente ($P = 0.001$).

Uwe Scheuermann, et al "Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials"(5) encontró a diferencia de Sevinc Bans que el tiempo de cirugía era más corto con la técnica Lichtenstein (SMD = 6.79 min, 95% IC, -0.68 – 14.25) sin diferencia estadísticamente significativa. Comparando las dos técnicas quirúrgicas, los pacientes intervenidos TAPP tuvieron menos dolor crónico (OR = 0.42, 95% IC, 0.23-0.78). Se encontró más sangrado intraoperatorio con la técnica TAPP, sin embargo, no tuvo diferencia significativa con Lichtenstein. Otros factores estudiados fueron la recidiva, el tiempo para regresar al trabajo, infección de herida operatoria, hematoma, seroma no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

Manjunath Siddaiah-Subramanya, et al en "Causes of recurrence in laparoscopic inguinal hernia repair" (6) encontraron distintos factores de riesgo responsables de recidiva tras una cirugía laparoscópica de hernia inguinal. Estos incluían factores de riesgo modificables, como no modificables relacionados al paciente y a la técnica quirúrgica. Se encontró como factores de riesgo modificables un IMC > 30, tabaco, diabetes e infección de herida operatoria. Entre los factores quirúrgicos, la experiencia del cirujano, una malla más grande con mejor superposición de tejido y técnicas quirúrgicas cuidadosas para reducir la incidencia de seroma o hematoma ayudan a reducir la tasa de recurrencia. Otros factores, incluido el tipo de malla y la fijación de la misma, no han demostrado ninguna diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de recurrencia. concluyendo, esperan que los ensayos controlados aleatorios futuros aborden algunos de estos problemas e inicien protocolos preoperatorios para modificar algunos de estos factores de riesgo para reducir el riesgo de recidiva después de la herniorrafia inguinal laparoscópica.

Vega, Blanco et al "Factores de riesgo de recurrencia de hernias inguinales"(7) encontró como factores asociados a recurrencia de hernia: sexo masculino

($p=0.03$), mayor de 65 años ($p=0.007$), obesidad ($p=0.0006$). Sin embargo, en este estudio solo se realizaron técnicas de cirugía abierta, siendo la más frecuentemente realizada la de Bassini.

Li Yue, et al "Risk and protective factors for chronic pain following inguinal hernia repair: a retrospective study"(8) halló que un 14.4% de los pacientes intervenidos presentaron dolor crónico. Los factores de riesgo independientes asociados a este fueron los siguientes: corrección de hernia inguinal bilateral (OR 4.44, 95% IC 1.62 a 12.17, $p=0.004$), dolor pre operatorio (OR 2.57, 95% IC 1.14 a 5.79, $p=0.023$), ansiedad preoperatoria (OR 1.05, 95% IC 1.01 a 1.09, $p=0.018$) y dolor agudo moderado-severo en la primera semana post operado (OR 1.40, 95% IC 1.03 A 1.91, $p=0.031$). Estos hallazgos pueden ayudar con la prevención primaria al permitir que los médicos realicen pruebas de detección de personas con riesgo de presentar dolor crónico post operatorio. Así mismo es de los pocos trabajos que asocia problemas de salud mental con el resultado de una intervención quirúrgica.

Kockerling Ferdinand, et al. "Lichtenstein Versus Total Extraperitoneal Patch Plasty Versus Transabdominal Patch Plasty Technique for Primary Unilateral Inguinal Hernia Repair" (9) encontró comparando la técnica de Lichtenstein versus TEP, que la cirugía de Lichtenstein presentaba más complicaciones post operatorias (3.4% vs 1.7%, $P<0.001$), complicaciones que necesitaron re intervención (1.1% vs 0.8%, $P=0.008$), dolor en reposo (5.2% vs 4.3%, $P=0.003$). La cirugía TEP tuvo desventajas en cuanto a las complicaciones intraoperatorias (0.9% frente a 1.2%, $P=0.035$). Así mismo, la comparación de Lichtenstein vs TAPP mostró desventajas para la operación de Lichtenstein con respecto a las complicaciones postoperatorias (3.8% vs 3.3%, $P=0.029$), re operaciones relacionadas con complicaciones (1.2% vs 0.9%; $P=0.019$), dolor en reposo (5% frente a 4,5%; $P=0,029$) y durante el esfuerzo (10,2% frente a 7,8%; $P<0,001$). Concluyendo así que TEP y TAPP tienen ventajas sobre la operación de Lichtenstein.

Giraldez, Jharmila en su Tesis "Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Honorio Delgado de Arequipa 2017-2018"(10) encontró que el sexo masculino presentaba mayor tasa de complicaciones con una diferencia estadísticamente significativa. Vale señalar que el tipo de cirugía realizada en los pacientes del estudio fueron técnicas de cirugía abierta. También encontró que la edad promedio de pacientes con complicaciones fue de 63.86 ± 16.36 años, pero sin diferencia estadísticamente significativa a comparación de otras edades. En el análisis bivariado las variables asociadas a las complicaciones fueron: el sexo [$p = 0.03$, OR masc = 3.60, IC 95%: 1.10 - 11.75], la obesidad [$p < 0.01$, OR obes = Inf, IC 95%: NC – inf], diabetes [$p < 0.01$, OR obes = Inf, IC 95%: NC – inf], el tiempo operatorio ($p < 0.01$), técnica quirúrgica ($p = 0.01$). Dentro de las variables no estadísticamente significativas se encontró la edad: ($p = 0.65$), hipertensión: [$p = 0.29$, OR HTA = 1.97, IC 95%: 0.56 – 7.02], profilaxis antibiótica: [$p = 0.23$, OR Sin atb = 3.53, IC 95%: 0.40 – 31.51]..Se evidencio el predominó de seroma (40.54%), la infección de herida operatoria (27.03%), y el hematoma de pared (10.81%); en menor proporción hubo dolor inguinal (8.11%) y retención urinaria (5.41%).

2.2 Bases teóricas

La hernia inguinal es una patología muy frecuente en la población. El tratamiento de esta es quirúrgico, siendo la hernioplastia una de las cirugías más realizadas en los servicios de cirugía general. En el transcurso de los años se han desarrolla distintas técnicas para la corrección del defecto herniario. Inicialmente se realizaban técnicas a tensión ej. McVay, Shouldice, Bassini, Halsted. Posteriormente técnicas sin tensión ej. Nyhuss, Stoppa, Lichtenstein (la más frecuente). Las dos últimas décadas, con el auge de la cirugía mínimamente invasiva se han incorporado nuevas técnicas vía laparoscópica ej. TAPP, TEP, E-TEP.

Múltiples estudios se han realizado comparando las distintas técnicas de hernioplastia. Los primeros estudios que incorporaron la cirugía laparoscópica mostraban mayores tasas de complicaciones en estas. Cervantes Jorge, et al. realizó un estudio en México 2006 comparando la estancia hospitalaria, el tiempo quirúrgico, costo y complicaciones entre los grupos de pacientes operados con cirugía abierta (n=2072) y cirugía laparoscópica (n=278). (11) encontrando mayor costo, estancia hospitalaria, complicaciones y tiempo quirúrgico en la cirugía laparoscópica. Concluyendo que la técnica abierta continúa siendo la mejor técnica para el tratamiento de las hernias inguinales y resalta que los resultados a largo plazo son bien conocidos en la cirugía abierta, pero no es así en la cirugía laparoscópica. Este trabajo no hace mención de la experticia de los cirujanos, y habría que tener en consideración la curva de aprendizaje por tratarse de técnicas novedosas.

En estudios más recientes se observan resultados distintos a los encontrados por Cervantes, Jorge. En el 2019 en Francia N.L.Bullen publicó un metanálisis donde comparaba la cirugía Lichtenstein (n=1926) con cirugía laparoscópica (TAPP y TEP) (n=2040) en paciente con hernia inguinal no complicada encontrando menor dolor post operatorio en el grupo de cirugía laparoscópica. No encontró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas técnicas en cuanto a la recurrencia.(3) Mismos resultados obtuvo un estudio realizado en Turkia en el 2019 encontrando menor dolor crónico en los pacientes operador vía laparoscópica a diferencia de cirugía abierta. No se encontraron diferencias en cuanto a la tasa de recidiva. Sin embargo, recalco que la mayoría de estudios no contaban con un seguimiento lo suficientemente largo, siendo en promedio el seguimiento realizado de 3 años.(4) Estudios que compararon TAPP y TEP encontraron resultados variables, inicialmente se encontró mayor tasa de recurrencia en TEP (12,13), sin embargo esto puede deberse la curva de aprendizaje ya TAPP fue incorporada más tempranamente. Otros estudios, como el realizado por Kockerling et al en el 2019 (ya mencionado) no mostraron diferencias significativas entre TAPP y TEP con respecto a las recidivas. (9)

El metanálisis realizado en el 2017 por Scheuermann comparando TAPP con Lichtenstein encontró mismos resultados en cuanto a la recurrencia y el dolor agudo post operatorio, más no se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto a la incorporación al trabajo. Tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en a la presentación de infección de herida operatoria, hematoma, seroma y complicaciones urológicas. Además, encontraron la que en la cirugía TAPP se había encontrado mayor sangrado intraoperatorio y el tiempo operatorio había sido mayor también con comparación de Lichtenstein. (5) Este sangrado obligo en ocasiones a la conversión de la cirugía.

En cuanto a las variables epidemiológicas, como son el sexo y la edad, existen controversias. En un estudio realizado en el 2018 por Manjunath, et al. encontró que en la cirugía laparoscópica la edad y el sexo no se asociaba a recidiva o dolor crónico, mientras que estudios realizados con técnica abierta muestran que la recidiva es mayor en el sexo masculino.(6) En cuanto a la edad no se encontró asociación en ninguna de las técnicas, sin embargo revisando bibliografía se encontraron estudios que encontraban más frecuencia de recurrencia en pacientes más jóvenes. (14–16) mientras que otros encontraron mayor recurrencia en pacientes adultos mayores de 65 años.(7)

El tipo de hernia ha sido también evaluado, la hernia inguinal directa presento mayor tasa de recurrencia. (17)

La fijación o no de malla, el material de la malla no he demostrado tampoco tener diferencias estadísticamente significativas con respecto a la recidiva o al dolor post quirúrgico.(17–19). El estudio realizado por Olmi S, et al 2007 encontró que el uso de la grapadora endoscópica para la fijación de malla estaba asociado a mayor recidiva en comparación a la fijación con pegamento. (20) Muchas de las lesiones y sangrados intraoperatorios son causados por el uso de la grapadora endoscópica, por lo que sería necesario indagar sobre su necesidad real.

Las morbilidades del paciente que se han encontrado asociadas a dolor crónico y/o mayor recidiva son IMC > 30, tabaco, DM y ansiedad. (6) Siendo estos factores modificables.

2.3 Definiciones conceptuales

Hernia inguinal

Protrusión anormal (ya sea congénita o adquirida) de cualquier estructura anatómica a través de las capas musculo-fascio-aponeuroticas de la pared abdominal anterior que se ubica inferior de las espinas iliacas anterosuperiores, de manera bilateral. (11)

Hernioplastía inguinal

Reparación del defecto herniario causado por un defecto de la pared abdominal de la región inguinal, donde se utiliza una prótesis sintética, o tejidos liofilizados, o no pediculados del propio paciente. (21)

Cirugía laparoscópica TAPP

La técnica TAPP consiste en la reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal de la hernia inguinal. Como su nombre indica, se realiza desde el interior de la cavidad peritoneal, lo que resulta determinante tanto para sus ventajas como para sus inconvenientes. (25)

Cirugía laparoscópica TEP

La técnica TEP consiste en el abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal para el reparo de la hernia inguinal.(22)

Cirugía Lichtenstein

La técnica de Lichtenstein consiste en la reparación de la pared posterior con una malla de polipropileno de 14 x 8 cm. La instalación de la malla comienza anclando con puntos separados, la parte medial de la malla al recto anterior en su punto de inserción al hueso pubiano. Luego se sutura el borde inferior de la malla al ligamento inguinal o cintilla iliopubiana con sutura continua o separada (más de 4 puntos), terminando lateral al anillo inguinal (AI) profundo, realizando

una Bufanda alrededor del cordón (entre 1/3 externo y 2/3 internos del ancho de la malla). Finalmente ésta se fija a la aponeurosis del oblicuo menor.(23)

Tiempo quirúrgico

Es la secuenciación y orden que se siguen de las maniobras quirúrgicas, el cual está medido por minutos, donde se define un acto quirúrgico para el tratamiento o manejo de una patología determinada. (24)

Hernia recidivada

Aquella hernia que aparece, luego de haber sido reparada, en el sitio de la operación inicial, con la misma alteración que aquella para la cual se llevó a cabo antes la reparación. Se clasifican de la misma forma que las hernias simples. Las hernias recidivadas plantean mayor dificultad técnica, peculiaridades y una anatomía topográfica distorsionada. En el presente estudio se realizará el diagnóstico con el examen físico del paciente y en caso de duda se realizará una ecografía de partes blandas de la zona inguinal. (26)

Dolor crónico

Dolor persistente en la zona operatoria pasados los tres meses de la hernioplastia. Será clasificado según la escala numérica de dolor (NRS). (2)

Comorbilidades

Afecciones que se agregan a la enfermedad primaria o sujeta a estudio y que no guardan entre ellas un origen común. En el presente estudio se considerarán las siguientes: obesidad, tabaquismo, hiperplasia de próstata, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus. (27)

Variables sociodemográficas

En este estudio se consignan el sexo y la edad de los pacientes como variables sociodemográficas.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

Los factores de riesgo estudiados se encuentran asociados a la presencia de complicaciones tardías de la hernia inguinal en los pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019.

2.4.2 Hipótesis específicas

La edad y el sexo de los pacientes operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcántara Butterfield noviembre 2015 – febrero 2019 condicionan la presencia de la recidiva de hernia inguinal y/o presencia de dolor crónico.

La técnica operatoria (Lichtenstein/TAPP/TEP y la fijación o no de malla) condiciona recidiva y/o dolor crónico en los pacientes de 18 a 80 años operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019.

El tipo de hernia inguinal, en específico la hernia inguinal directa, es un factor de riesgo para la presencia de recidiva en los pacientes de 18 a 80 años operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019.

Existen factores de riesgo modificables asociados a la presencia de dolor crónico y/o recidiva en los pacientes de 18 a 80 años operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Analítico observacional de casos y controles retrospectivo.

3.2 Diseño

Analítico: ya que demuestra una asociación entre factores de riesgo y complicaciones de la cirugía de hernia inguinal no complicada.

Observacional: porque no presenta intervención, no se manipularán las variables.

Casos y controles: se cuenta con dos grupos de pacientes. Casos, pacientes que han presentado una complicación (recidiva o dolor crónico) y controles pacientes sin complicaciones mencionadas.

Retrospectivo: debido a que el evento de estudio ya ocurrió y por lo tanto se tomarán datos de un periodo anterior.

3.3 Población y muestra

Pacientes entre los 18 a 80 años operados de hernia inguinal no complicada con las técnicas de Lichtenstein, TAPP o TEP en el hospital Carlos Alcantara de Butterfield entre los meses de noviembre 2015 y febrero 2019.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de 18 a 80 años operados de hernia inguinal no complicada con las técnicas de Lichtenstein, TAPP o TEP en el hospital Carlos Alcantara de Butterfield entre los meses de noviembre 2015 y febrero 2019
- Pacientes con ASA I Y II
- Pacientes con IMC < 38

- Pacientes sin complicaciones de la hernia inguinal (obstrucción, estrangulamiento)
- Pacientes operados por cirugía electiva

Criterios de exclusión:

- Se excluyen pacientes mayores de 80 y menores de 18 años
- Pacientes con ASA III y IV
- Pacientes con IMC > 38
- Pacientes con hernia inguinal complicada con alguna emergencia (obstrucción, estrangulación, encancerada)
- Pacientes operados con otra técnica quirúrgica que no sea Lichtenstein, TAPP o TEP

3.4 Tamaño de la muestra

El Tamaño de muestra será la totalidad de los casos operados de hernia inguinal no complicada, sea Lichtenstein, TAPP o TEP, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión entre los meses de noviembre 2015 y febrero 2019 en el hospital Carlos Alcantara Butterfield.

3.5 Selección de la muestra

Selección no probabilística, ya que se incluirán a todos los pacientes operados de hernia inguinal no complicada, sea Lichtenstein, TAPP o TEP, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión entre los meses de noviembre 2015 y febrero 2019 en el hospital Carlos Alcantara Butterfield.

Se cuenta con un total de 342 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

Casos: pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Carlos Alcantara Butterfield entre las fechas indicadas que presenten complicaciones.

Controles: pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el hospital Carlos Alcántara Butterfield entre las fechas indicadas que no presenten complicaciones.

3.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
DEPENDIENTE Complicaciones tardías	Presencia de efectos observacionales no deseados luego de la cirugía por hernioplastia inguinal después de los primeros 90 días post cirugía	Dolor crónico: dolor en zona inguinal pasados los 90 días de la cirugía Recurrencia: presencia de hernia inguinal en paciente ya operado de la misma	Escala numérica del dolor Examen físico + ecografía de partes blandas	Cualitativo ordinal Cualitativo nominal	1. Leve 2. Moderado 3. Severo 0. No 1. Si
DEPENDIENTE Complicaciones tempranas	Presencia de efectos observacionales no deseados luego de la cirugía de hernia inguinal dentro de los primeros 90 días post cirugía	.	.	.	0
INDEPENDIENTE Tipo de cirugía	Procedimiento médico invasivo destinado a restaurar la funcionalidad de la pared inguinal	Laparoscópica/conventional % de pacientes por técnica empleada	Cualitativa nominal politómica	cualitativa	0= lichtenstein (abierta) 1= TAPP 2= TEP
Tiempo operatorio	Pasos que suceden de forma secuencial y ordenada desde la primera incisión hasta que termina el acto quirúrgico	Tiempo en unidad de minutos que tarda la cirugía según reporte operatorio	Cuantitativo intervalo Minutos	cuantitativa	0= < 30 min 1= 30-60 min 2= 60-90 min 3 > 90 min
Tipo de hernia (Nyhuss)	Parámetros que causan una alteración de la pared inguinal	Clasificación NYHUS consignada como hallazgo operatorio	Cualitativa nominal	Cualitativa	Tipo I indirecta con anillo interno normal

					Tipo II indirecta con anillo interno dilatado Tipo III a directas B indirectas grandes C femoral Tipo IV recurrentes
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Genero orgánico	Genero señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= masculino 1= femenino
IMC	Índice de masa corporal	Peso (Kg)/estatura (m) ²	Cuantitativa continua	Independient e cuantitativa	Rango normal > 18.5 – 24.9 Sobrepeso 25 – 29.9 Obesidad grado I 30 – 34.9 Obesidad grado II 35 – 39.9 Obesidad grado III > 40
Comorbilidades previas	Trastorno que precede a el desarrollo de la enfermedad, aumentando su riesgo de incidencia	Consignado en la historia clínica	Nominal dicotómica	Cualitativa	1= HTA 2=DM 3=HBP 4= Tabaquismo

3.7 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

La recolección de datos se realizó por medio de revisión y análisis de las historias clínicas, incluyendo el reporte operatorio, de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión dentro del periodo de tiempo noviembre 2015 a febrero 2019. Se contó con la aprobación y apoyo de la oficina de archivos de historias clínicas y del hospital Carlos Alcantara Butterfield.

Se elaboró una ficha de recolección de datos en Excel (anexada), la cual comprendió las variables y datos necesarios para el cumplimiento correcto de los objetivos del trabajo de investigación.

3.8 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el trabajo de investigación se elaboró una base de datos informáticos utilizando el programa Excel 2019 del paquete Office de la compañía Microsoft. Esta base de datos será revisada por dos investigadores corroborando un llenado de calidad. En el análisis multivariado para determinar las diferencias significativas se utilizará en el caso de las variables cualitativas pruebas de chi cuadrado y para las variables cuantitativas las pruebas de U de Mann Whitney con un intervalo de confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo. La medida de asociación que se utilizará será OR. Se diseñarán los gráficos respectivos utilizando el programa SPSS Statistics 24.0 de la compañía IBM.

3.9 Aspectos éticos

Para la realización del estudio se mantuvieron los datos de los pacientes en anonimato, garantizando así la confidencialidad de la información personal de los

pacientes. Se obtuvo el permiso del Hospital Carlos Alcantara Butterfield para acceder a las historias clínicas de los pacientes. Así mismo, se garantiza la veracidad de la información y datos recogidos para el análisis y elaboración de este estudio, sin realizarles modificaciones a estos.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Recursos humanos y materiales

RECURSOS HUMANOS			
Cantidad	Personal	Precio unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
1	Estadista	1000	1000
1	Investigadora, estudiante universitaria	0	0
Subtotal			1000

RECURSOS MATERIALES				
Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio unitario (S/.)	Costo total (S/.)
3	Paquete	Papel Bond A4 de 500 hojas	12	36
2	Unidad	Archivador	20	40
10	Unidad	Tinta de impresora	20	200
4	Unidad	lapiceros	4	16
Subtotal				268

SERVICIOS				
Cantidad	Descripción	Precio Unitario (S/.)	Costo (S/.)	Total
3	Empastados	40	120	
Subtotal			120	
TOTAL (S/.)			1388	

4.2 Cronograma

ETAPAS	2021				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elaboración del proyecto	X	X			
Presentación del proyecto		X			
Revisión bibliográfica		X			
Trabajo de campo y captación de información		X	X		
Procesamiento de datos			X	X	
Análisis e interpretación de datos				X	
Elaboración del informe					X
Presentación del informe final					X

4.3 Presupuesto

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	1200.00
Internet	300.00
Movilidad	1700.00
Total	3450.00

BIBLIOGRAFÍA

1. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *The Lancet*. 8 de noviembre de 2003;362(9395):1561-71.
2. (PDF) International guidelines for groin hernia management [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322618536_International_guidelines_for_groin_hernia_management
3. Bullen NL, Massey LH, Antoniou SA, Smart NJ, Fortelny RH. Open versus laparoscopic mesh repair of primary unilateral uncomplicated inguinal hernia: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg*. junio de 2019;23(3):461-72.
4. Sevinç B, Damburacı N, Güner M, Karahan Ö. Comparison of early and long term outcomes of open Lichtenstein repair and totally extraperitoneal herniorrhaphy for primary inguinal hernias. *Turk J Med Sci*. 11 de febrero de 2019;49(1):38-41.
5. Scheuermann U, Niebisch S, Lyros O, Jansen-Winkel B, Gockel I. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Surg*. 10 de mayo de 2017;17(1):55.
6. Siddaiah-Subramanya M, Ashrafi D, Memon B, Memon MA. Causes of recurrence in laparoscopic inguinal hernia repair. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg*. diciembre de 2018;22(6):975-86.
7. Blanco R, Lara F, Muñoz M. Factores de riesgo de recurrencia de hernias inguinales. *Univ Cienc*. 26 de julio de 2017;9:13.
8. Liu Y, Zhou M, Zhu X, Gu X, Ma Z, Zhang W. Risk and protective factors for chronic pain following inguinal hernia repair: a retrospective study. *J Anesth*. junio de 2020;34(3):330-7.
9. Köckerling F, Bittner R, Kofler M, Mayer F, Adolf D, Kuthe A, et al. Lichtenstein Versus Total Extraperitoneal Patch Plasty Versus Transabdominal Patch Plasty Technique for Primary Unilateral Inguinal Hernia Repair: A Registry-based, Propensity Score-matched Comparison of 57,906 Patients. *Ann Surg*. febrero de 2019;269(2):351-7.
10. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2017-2018 [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en:

<https://1library.co/document/yj7jxnmy-factores-asociados-complicaciones-pacientes-complicada-hospital-delgado-arequipa.html>

11. Medicina basada en evidencia. Hernia inguinal: cirugía abierta versus laparoscópica [Internet]. [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8386>
12. Lal P, Kajla RK, Chander J, Ramteke VK. Laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair: overcoming the learning curve. *Surg Endosc.* abril de 2004;18(4):642-5.
13. Morales-Conde S, Socas M, Fingerhut A. Endoscopic surgeons' preferences for inguinal hernia repair: TEP, TAPP, or OPEN. *Surg Endosc.* septiembre de 2012;26(9):2639-43.
14. Junge K, Rosch R, Klinge U, Schwab R, Peiper C, Binnebösel M, et al. Risk factors related to recurrence in inguinal hernia repair: a retrospective analysis. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg.* agosto de 2006;10(4):309-15.
15. Memon MA, Feliu X, Sallent EF, Camps J, Fitzgibbons RJ. Laparoscopic repair of recurrent hernias. *Surg Endosc.* agosto de 1999;13(8):807-10.
16. El-Dhuwaib Y, Corless D, Emmett C, Deakin M, Slavin J. Laparoscopic versus open repair of inguinal hernia: a longitudinal cohort study. *Surg Endosc.* marzo de 2013;27(3):936-45.
17. Schjøth-Iversen L, Refsum A, Brudvik KW. Factors associated with hernia recurrence after laparoscopic total extraperitoneal repair for inguinal hernia: a 2-year prospective cohort study. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg.* octubre de 2017;21(5):729-35.
18. Garg P, Nair S, Shereef M, Thakur JD, Nain N, Menon GR, et al. Mesh fixation compared to nonfixation in total extraperitoneal inguinal hernia repair: a randomized controlled trial in a rural center in India. *Surg Endosc.* octubre de 2011;25(10):3300-6.
19. Claus CMP, Rocha GM, Campos ACL, Bonin EA, Dimbarre D, Loureiro MP, et al. Prospective, randomized and controlled study of mesh displacement after laparoscopic inguinal repair: fixation versus no fixation of mesh. *Surg Endosc.* marzo de 2016;30(3):1134-40.
20. Olmi S, Scaini A, Erba L, Guaglio M, Croce E. Quantification of pain in laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernioplasty identifies marked differences between prosthesis fixation systems. *Surgery.* 1 de julio de 2007;142(1):40-6.

21. HERNIAS INGUINOCRURALES - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/807741-Hernias-inguinocrurales.html>
22. Daes J. La técnica totalmente extraperitoneal de vista extendida (e-TEP) para la reparación de la hernia . Rev Mex Cir Endoscop 2011;12(3): 108-122. Rev Mex Cir Endosc. 1 de enero de 2011;12:118-22.
23. Venturelli M. F, Uherek P. F, Cifuentes V. C, Folch C. P, Felmer E. O, Valentin H. P. Hernia inguinal: Conceptos actuales. Cuad Cir. 2007;21(1):43-51.
24. E PG, P FU, L MDP, C AO, R ER. Hernia inguinal: un desafío quirúrgico permanente. Cuad Cir. 14 de mayo de 2018;15(1):96-106.
25. C. Méndez-García, E. Montes-Posada, G. Salguero-Seguí. TAPP: hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal. ¿Cómo, cuándo y por qué? Cirugía Andaluza · Volumen 29 · Número 2 · Mayo 2018
26. Nyhus LM, Condon RE. Hernia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1991. Disponible en: <https://www.cirugiadocente.com/wp-content/uploads/2018/04/Libro-Hernia-Inguinal.pdf>
27. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Discapacidad y Salud. 2018 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

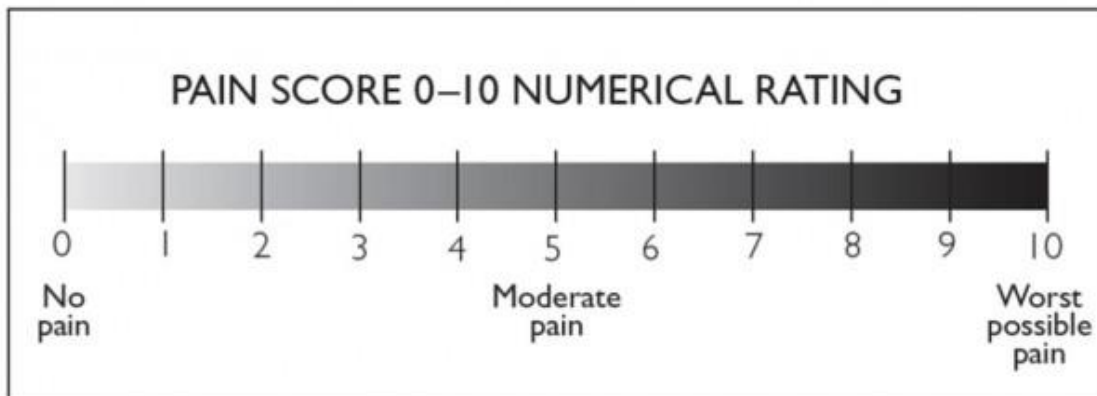
ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son los factores asociados a las complicaciones tardías de la cirugía de hernia inguinal en pacientes de 18 a 80 años operados en el hospital Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019?	<p>Objetivo general: Identificar los factores asociados a las complicaciones tempranas y tardías de la cirugía de hernia inguinal en pacientes de 18 a 80 años operados en el hospital Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019</p> <p>Objetivos específicos: Determinar los principales factores de riesgo de los pacientes operados de hernia inguinal con recurrencia. Determinar los principales factores de riesgo de los pacientes operados de hernia inguinal con inguinodinia. Determinar los principales factores de riesgo de los pacientes operados de hernia inguinal con complicaciones tempranas.</p>	El tipo de cirugía es un factor asociado a las complicaciones tempranas y tardías de la cirugía de hernia inguinal en pacientes de 18 a 80 años operados en el hospital Alcántara Butterfield entre los meses noviembre 2015 y febrero 2019	<p>Variables dependientes: complicaciones</p> <p>Variables independientes: (factores de riesgo) Tipo de cirugía Tiempo operatorio Tipo de hernia Sexo Edad IMC Comorbilidades previas: HTA, HBP, DM, Tabaquismo</p>	Analítico Observacional Casos y controles Retrospectivo	<p>Pacientes mayores de 18 a 80 años operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcantara Butterfield entre los meses de noviembre 2015 y febrero 2019</p> <p>Selección de muestra no probabilística, ya que se incluirán a todos los pacientes entre 18 y 80 años operados de hernia inguinal en el hospital Carlos Alcantara entre las</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Historia clínica Con seguimiento por consultorio externo de los pacientes.</p>	<p>Ficha de recolección de datos será transcrita hacia una base de datos informáticos utilizando el programa Excel 2019 del paquete Office de la compañía Microsoft. Se diseñaron los gráficos respectivos utilizando el programa SPSS Statistics 24.0 de la compañía IBM</p>

	<p>Determinar si el tiempo operatorio es factor de riesgo para las complicaciones de la cirugía de hernia.</p> <p>Determinar el tipo de hernia, según la clasificación Nyhuss con mayor prevalencia en los pacientes operados en el hospital Alcantara de hernia inguinal.</p> <p>Determinar si la edad y sexo son factores de riesgo en los pacientes operados de cirugía de hernia inguinal.</p> <p>Determinar si el IMC es un factor de riesgo en los pacientes operados de cirugía de hernia inguinal.</p> <p>Determinar si la presencia de comorbilidades previas a la cirugía (DM, HBP, DM, Tabaquismo) son factores de riesgo para complicaciones tempranas y/o tardías en los pacientes operados de cirugía de hernia inguinal.</p>				<p>fechas mencionadas</p>		
--	---	--	--	--	---------------------------	--	--

2. Escala del dolor numérica (NRS)



3. EXCEL de recolección de datos

C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
NOMBRES	EDAD	SEXO	H.CL	DNI	TELEFONO	ANTECEDENTES	IMC	TIPO HERNIA NYHIUS	LADO	TIPO DE CIRUGIA	FIJACION DE MALLA	GRAPADORA ENDOSCOPICA	TIEMPO OPERATORIO	TIPO DE ANESTESIA	ANTIBIOTICO PROFILAXIS	COMPLICACIONES
1																
2	ADELAIDA	68	F	333262	8094561	3487690		II	I	ICHENSTEIN NO MODIFICADA	SI	NO	1H40MIN	REGIONAL	SI	NO
3	ALBERTO	80	M	5735	7272246	929269068	HTA, CX PROSTATA	27	II	D	ABIERTA	SI	NO	1H30MIN	REGIONAL	NO
4	GLORIA	72	F	97435		985339112		18	IIIA	D	LICHENSTEIN	SI	NO	50MIN	REGIONAL	SI
5	OSCAR ENRIQUE	77	M	307008				24	II	D	LICHENSTEIN	SI	NO	35MIN	REGIONAL	NO
6	ELENA	71	F	97781	10866282	2751065	HTA, ASMA	26	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
7	ALEJANDRO	79	M	262735	21075140	4313209	HTA	21	IIIB	D	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
8	MONICA	48	F	374357	9396508	963755786		35	D: IIIA I:IIIC	B	ABIERTA	SI	NO	2H15MIN	REGIONAL	PUNZADAS DOLOR (D) 6PTS
9	YUAN CARLOS	47	M	141082	6810031	990086167	HTA	33	II	I	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
10	OMAR	45	M	365024	10294083	943209225			II	D	ABIERTA	SI	NO	1H10MIN	REGIONAL	SI
11	ULISES	23	M	371692	47718895	992092546	TABAQUISMO	28	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	50MIN	REGIONAL	SI
12	ORIS MARGARITA	66	F	375113	7820854			24	IIIC	D	ABIERTA	SI	NO	1H20MIN	REGIONAL	NO
13	EDGAR	62	M	284082	7303924	3682736	TABAQUISMO	62	IIIA	D	ICHENSTEIN NO MODIFICADA	SI	NO	40MIN	REGIONAL	NO
14	ALBERTO	76	M	49631			HTA		II	I	ABIERTA	SI	NO	48MIN	REGIONAL	SI
15	ANTONIO	72	M	377961		996231732		23	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	50MIN	REGIONAL	SI
16	MARIZA LUPE	58	F	386765	8652807	998338912	NDICECTOMIZADA, CESAREA	27	IIIA	I	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
17	IVIANA ROSARIC	44	F	62789		947056021	HTA	24	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	45MIN	REGIONAL	NO
18	DANIA ELIZABETH	59	F	346763	19996746	3529644	HTA	30	IIIA	I	ICHENSTEIN NO MODIFICADA	SI	NO	1H10MIN	REGIONAL	SI
19	ROJANDO	62	M	138158	8795164	999195186	TABAQUISMO	27	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
20	CESAR	66	M	98654		957595827	HTA, RINITIS ALERGIA	27	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
21	ROSA GUADALUP	67	F	100359		992482834	PROLAPSO GENTAL (8HUIQS)	22	IIIA	D	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
22	ROBERTO	77	M	83962		990585546		77	IIIA	B	ABIERTA	SI	NO	1H30MIN	REGIONAL	SI
23	CARDO FERNAND	51	M	286154	15356905	997378164	CX PROSTATA ANEMIA	28	II	I	ABIERTA	SI	NO	1H55MIN	REGIONAL	SI
24	ROSA GLORIA	58	F	340843		990553069		23	II	I	ABIERTA	SI	NO	60MIN	REGIONAL	SI
																RECIDIVO AL MES

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES TARDIAS EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA EN EL HOSPITAL CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD ENTRE LOS MESES NOVIEMBRE 2015 Y FEBRERO

2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL

ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS



repositorio.unsa.edu.pe

Fuente de Internet



Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante





cadth.ca

Fuente de Internet



repositorio.unan.edu.ni

Fuente de Internet



es.slideshare.net

Fuente de Internet



hernia.grupoaran.com

Fuente de Internet

5%

1%

1%

1%

1 %

<1 %

<1 %



www.liebertpub.com

Fuente de Internet



Alberto Aiolfi, Marta Cavalli, Simona Del Ferraro, Livia Manfredini et al. "Treatment of Inguinal Hernia", Annals of Surgery, 2021

Publicación



repositorio.ug.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

<1 %

<1 %

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words