

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST-OPERADOS DE
HERNIOPLASTÍA INGUINAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA. HUARAL. 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADEMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRURGICOS.**

ARACELY ABRIOJO FERNANDEZ *Aracely Abriojo Fernandez*

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ : PRESIDENTE
- Mg. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES : SECRETARIO
- Mg. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ : VOCAL

ASESORA : Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº DE LIBRO : 05

Nº DE ACTA : 172 - 2018

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 07 de Marzo del 2018

Resolución de Decanato Nº 627-2018-D/FCS de fecha 26 de Febrero de 2018 de designación del Jurado Examinador del Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados del Informe	38
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIALES	47
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las afecciones que más frecuentemente sufre el ser humano. En los últimos años ha pasado de ser considerada un tema poco importante a ser uno de los procesos mejor estudiados y donde la excelencia del tratamiento se ha convertido en el objetivo final.

El presente trabajo académico describe la experiencia laboral profesional en el Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral la cual brinda atención de salud a los pobladores de 11 distritos ubicados en la Costa y Sierra de la Provincia de Huaral como son: Distrito de Huaral, Aucallama, Ihuarí, Atavillos Bajo, Sumbilca, San Miguel de Acos, Lampian, 27 de Noviembre, Atavillos Altos, San Cruz de Andamarca y Pacaraos. Tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería a los pacientes postoperados de Hemioplastia en el servicio de Hospitalización del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2015 - 2017. Así mismo contribuirá a impulsar, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional.

Consta de VII capítulos , los cuales se detallan a continuación: El Capítulo I describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el Capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el Capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, Capítulo IV resultados; Capítulo V conclusiones, Capítulo VI las Recomendaciones y el Capítulo VII Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática.

Las hernias de la pared abdominal constituyen un importante problema de salud; sin embargo, datos epidemiológicos precisos han sido difícil de obtener. ⁽¹⁾

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que las Hernias inguinales son una patología actualmente de alta prevalencia en el mundo, anualmente se operan 20.000.000 de hernias Se presenta con mayor frecuencia en hombres (9:1), antes del año de edad y después de los 55 años. ⁽²⁾

En España las hernias epigástricas representan en torno al 1,6-3,6% de todas las hernias de pared abdominal. Es más frecuente su aparición entre los 20 y los 50 años de edad y, a pesar de que tradicionalmente se ha descrito una mayor incidencia en el género masculino, en los últimos años se está observando una distribución menos marcada entre sexos, probablemente debido al aumento del trabajo físico entre las mujeres y al hábito de fumar. ⁽³⁾

En México las hernias de pared abdominal representan un serio problema de salud pública, según el reporte del sistema nacional

de Información de salud, en el 2008 se reportaron 150,000 egresos hospitalarios en instituciones públicas relacionadas con esta patología. La cual afecta del 10% al 15% de la población general, con importante repercusión en el desempeño social y laboral de hasta el 25% de la población económicamente activa. Más del 10% de la población en México presenta algún tipo de hernia de la pared abdominal. De estas, el 58,5% son inguinales, 24,3% umbilicales, 10.2% incisionales y el resto (7%) de otros tipos de hernias ⁽⁴⁾

En el Perú la reparación quirúrgica de las hernias de pared abdominal constituye la cirugía electiva que se realiza con más frecuencia en la mayoría de los centros quirúrgicos. se realizan anualmente más de un millón de operaciones de hernias de pared abdominal, siendo la más frecuente la cirugía de hernia inguinal (65.6%) seguidas de las hernias crurales, umbilicales, epigástricas y de Spiegel. De todas estas, entre el 85-90% se realizan en forma ambulatoria, es decir, sin necesidad de hospitalización ⁽⁵⁾

En el Hospital San Juan Bautista de Huaral, los pacientes atendidos por esta patología son muchos, en el año 2015 la incidencia fue de 39 pacientes siendo 22 pacientes femeninos y 17 de sexo masculino, en el año 2016 la incidencia fue de 72 pacientes siendo 33 pacientes mujeres y 39 pacientes varones, en el 2017 la incidencia fue de 84 pacientes con Hernioplastia inguinal siendo 39 pacientes mujeres y 45 pacientes. ⁽⁶⁾

En el servicio de Hospitalización del Hospital San Juan Bautista de Huaral en estos años el cuidado de enfermería del paciente postoperado de Hernioplastia inguinal alcanzo un mayor grado de complejidad debido a que inicialmente se brinda los cuidados desde un punto de vista holístico integral humanizado cubriendo y/o supliendo las necesidades más esenciales.

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas adultas intervenidas quirúrgicamente por hernioplastia inguinal, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología, muchas prácticas del cuidado del paciente son arcaicas basadas más en tradición y hábitos que en ciencia y que pueden traer consecuencias no deseadas para las personas mayores. ⁽⁷⁾

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería que se brinda a los pacientes postoperados de Hernioplastia inguinal en el servicio de Hospitalización del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2015 - 2017.

1.3. Justificación

Según Jimenez Sanchez German la Hernia Epigástrica consiste en un defecto de la pared abdominal en la parte superior y central del abdomen (entre el borde más inferior del esternón y el ombligo; línea alba) a través del cual protruye o sobresale tejido graso o en algunos casos estructuras intraabdominales. ⁽⁸⁾

En los últimos años se han visto incrementados los pacientes intervenidos quirúrgicamente de en el servicio de Hospitalización del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería a los pacientes postoperados de Hernioplastia, actividad fundamental en la atención integral del paciente; además tiene el propósito de detectar, identificar en forma oportuna complicaciones que pueda presentar el paciente postoperados de Hernioplastia.

Este informe beneficiara a los gestores y/o teóricos del cuidado, a la jefatura de Enfermería tanto del servicio y del Hospital y a los(as) licenciados(as) en enfermería que están al cuidado de los pacientes postoperados de Hernioplastia inguinal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional

PIEDRAHITA LEON, Javier Jose. (Ecuador) en el año 2016, realizó un estudio titulado: **Factores de riesgos y complicaciones de hernias inguinales en niños menores de 4 años en el Hospital Leon Becerra Camacho de Milagro periodo entre Enero y Diciembre del 2015**, con el objetivo de Identificar los factores de riesgo y las posibles complicaciones de las hernias inguinales en niños menores de 4 años por estudios indirectos (Historiales clínicos) atendidos el Hospital León Becerra Camacho de Milagro de enero a diciembre del 2015. El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo analítico y retrospectivo, que analizó la información estadística de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de Hernia Inguinal en el Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro durante el año 2015; concluyendo que Las hernias inguinales se presentaron con mayor frecuencia en niñas (54% frente al 46% en niños) lo cual discrepa con la literatura médica. El grupo de edad que más asiduamente presento esta patología fue de 4 a 5 años de edad. Al comparar los grupos de edad con el sexo, se demuestra que entre los niños de 1 a 3 años se encuentra un pico de casos, más prolongado que lo descrito en la

literatura; mientras en niñas este pico aparece después de los 4 años. ⁽⁹⁾

A Nivel Nacional

GAMARRA YURIVILCA, Miguel Antonio. (Perú) en el año 2015, realizó un estudio titulado: **Complicaciones de las hernioplastias inguinales según técnica de Lichtenstein Hospital III Essalud Chimbote** , con el objetivo de determinar las complicaciones hernioplastias inguinales según la técnica de Lichtenstein utilizadas en el Hospital III Essalud de Chimbote durante el año 2013. El tipo de estudio es retrospectivo, descriptivo de tipo observacional. La población de estudio fueron los pacientes postoperados de **hernioplastia inguinal con malla según la técnica de Lichtenstein en el Hospital III Essalud Chimbote en el año 2013**; se totalizó 272 pacientes. Se utilizó una ficha de recolección de datos para consolidar los recogidos del seguimiento del paciente. Después de procesarlos, se procedió a realizar los siguientes análisis estadísticos: **Obtención de frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar, elaboración de tablas de doble entrada, significancia estadística con la prueba de Chi-cuadrado. Resultados: Entre los resultados más resaltantes observamos que el grupo etáreo que presentó complicaciones en las hernioplastias inguinales sobresale los pacientes cuyas edades oscilaban entre 50 a 79 años, predominando las complicaciones tempranas. Respecto al tipo de sexo que presentó más complicaciones fueron los pacientes varones**

comparando con las mujeres. Por último, analizando la estancia hospitalaria de los pacientes operados de hernioplastias inguinales con malla según técnica de Lichtenstein, el 77,21 % de los pacientes fue operado por cirugía ambulatoria y el 22,79 % tuvo una corta estadía. La cantidad mínima de horas de estadía fue de 5 y la máxima de 32; concluyendo que la técnica de Lichtenstein en el caso de hernioplastias presenta escasas complicaciones. ⁽¹⁰⁾

MORALES SILVA, Ana Gabriela. (Ecuador) en el año 2013, realizó un estudio titulado: **Guía de protección física para disminuir la hernia inguinal asociada a esfuerzos físicos en el Hospital José María Velasco Ibarra abril 2013 – marzo 2014**, con el objetivo de elaborar una guía de protección física para disminuir la hernia inguinal asociada a esfuerzo físico, se realizó un estudio de diseño **descriptivo, transversal con una muestra de 60 pacientes con hernia inguinal** ingresados en el Hospital José María Velasco Ibarra en el período Abril de 2013 a Marzo del 2014 y que cumplían los criterios de inclusión. La información se recogió de las historias clínicas de los pacientes mediante una ficha de recolección de datos, y se **procesó en el sistema estadístico IBM SPS@20 Statistics**, con lo que se obtuvieron los siguientes resultados: Se presenta en relación a edades 24 y 34 años, en hombres y mujeres 30%, con respecto al sexo, el 56,7% han sido varones y el 43,3 % mujeres, se observó que agricultores son el 30%, según la procedencia han sido urbanos 40% y rurales 60%, en cuanto al tipo la hernia inguinal indirecta en

un 48,3%, según la localización es mayor en el lado derecho el 50% **y la técnica quirúrgica más utilizada es la de Mc Vay un 56,3%. Se concluye que la hernia inguinal se presenta con mayor frecuencia en relación a edades productivas, en hombres con profesión relacionada con la realización de esfuerzos físicos. Se recomienda utilizar una guía de protección física como ayuda y orientación durante trabajos forzados.** ⁽¹¹⁾

CHAVARRI NORIA, Guido Martin (Perú) en el 2014, realizó un **estudio titulado infección de sitio operatorio asociada a la reparación protésica y tisular en el tratamiento de las hernias inguinales incarceradas en el hospital regional docente de Trujillo**, con el objetivo de determinar si la reparación protésica tiene **menor riesgo de infección de sitio operatorio comparada con la reparación tisular en el tratamiento de hernias inguinales incarceradas en el Hospital Regional Docente de Trujillo**. Se llevó a **cabo un estudio de tipo, observacional, retrospectivo, de casos y controles anidados**. La población de estudio estuvo constituida por **pacientes operados por hernia inguinal incarcerada según criterios de inclusión y exclusión establecidos y distribuidos en dos grupos: reparación protésica y reparación tisular**. Los resultados obtenidos **fue que la frecuencia de infección de sitio operatorio en los pacientes con reparación protésica y tisular fue de 8% y 24% respectivamente, concluyendo que la reparación protésica se asocia con una menor frecuencia en la aparición de infección de sitio operatorio comparada**

con la reparación tisular en el tratamiento de hernias inguinales encarceradas.⁽¹²⁾

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Hernia

Es la protrusión de cualquier órgano o tejido fuera de la **cavidad del cuerpo en que está alojado normalmente**. Las hernias más comunes se desarrollan en el abdomen, cuando **una debilidad de la pared abdominal genera un hueco**, a través del cual se produce una protrusión del peritoneo parietal. A pesar de que las hernias más conocidas en medicina son las relacionadas con la **cavidad abdominal**, existen también hernias en sitios diferentes como la **Hernia discal y la Hernia cerebral**.⁽¹³⁾

2.2.2. Tipos de Hernias

2.2.1 Hernias Inguinales.

Hernia inguinal directa

Este tipo de hernia se produce en la zona final del músculo, al lado de la abertura del canal inguinal, en la región inguinal.

Habitualmente, las hernias directas se presentan en hombres

mayores de 40 años y pueden producirse a causa del envejecimiento o de lesiones.

Hernia inguinal indirecta

La hernia indirecta es el tipo de hernia más frecuente en los varones y se produce cuando un asa intestinal o grasa hace presión contra el canal inguinal (o a través del mismo), en la región inguinal. Esta zona puede presentar un defecto congénito, lo que permite que aparezcan hernias con el tiempo. Tanto hombres como mujeres pueden presentar este tipo de hernia.

Hernia femoral

Esta hernia es más frecuente en las mujeres, y aparece como consecuencia de una debilidad de la zona del canal femoral de la ingle.

2.2.2 Hernias Ventrales.

Hernia incisional

Con la cirugía abdominal aparece el riesgo de una hernia incisional. Este tipo de hernia aparece a través de la cicatriz de una intervención quirúrgica previa, y puede producirse en cualquier parte del abdomen, meses o años después de la operación.

Hernia umbilical

Esta hernia se observa en los niños y adultos de ambos sexos, en el anillo umbilical que rodea el ombligo. Puede ser **causada por un defecto congénito o bien puede producirse con el tiempo, debido a la obesidad, la tos excesiva o el embarazo.**

Hernia epigástrica

Una hernia epigástrica aparece a través de la pared abdominal, entre la parte inferior del esternón y el ombligo. Tanto hombres como mujeres pueden presentar este tipo de hernia, que generalmente se produce a consecuencia de una debilidad congénita, combinada con una presión intrabdominal a lo largo de la línea media⁽¹⁴⁾

2.2.3. Causas

Por lo regular, no hay causa clara para una hernia. Algunas veces, se presentan por:

- **Levantar objetos pesados**
- **Hacer esfuerzo al usar el baño**
- **Realizar cualquier actividad que eleve la presión dentro del abdomen**

Las hernias pueden presentarse al nacer, pero es posible que la protuberancia no sea notoria hasta más adelante en la vida. Algunas personas tienen antecedentes familiares de **hernias**.

Los bebés y los niños pueden desarrollar hernias. Esto sucede cuando hay una debilidad en la pared abdominal. Las hernias inguinales son comunes entre los niños. Algunos niños no presentan síntomas hasta que son adultos.

Cualquier actividad o problema de salud que incremente la presión en el tejido y los músculos de la pared abdominal puede llevar a una hernia, incluso:

- **Estreñimiento crónico y pujar (hacer esfuerzo) fuertemente para defecar**
- **Tos crónica o estornudos**
- **Fibrosis quística**
- **Agrandamiento de la próstata, esfuerzo para orinar**
- **Sobrepeso**
- **Líquido en el abdomen (ascitis)**
- **Diálisis peritoneal**
- **Desnutrición**
- **Tabaquismo**

- Esfuerzo excesivo
- Testículo que no ha descendido (Criptorquidia).⁽¹⁵⁾

2.2.4. Pruebas y diagnóstico de una hernia

El diagnóstico de una hernia normalmente es sencillo, usualmente el médico será capaz de verla y palparla.

Su médico puede solicitarle que se doble o incline, como también que se mueva mientras él palpa en busca de la hernia, así mismo se le puede solicitar toser, ya que esto puede engrandecer la protuberancia.

El médico puede ordenar algún examen de imágenes para la hernia, como por ejemplo una ecografía que ayude a la visualización del problema. Una tomografía computarizada (TC) es considerada también como una opción para este tipo de pruebas.

2.2.5. Tratamiento de una hernia

La observación cautelosa es una opción en muchas hernias asintomáticas, pero esto puede ser riesgoso en ciertos casos. Por ejemplo, dentro de los dos años siguientes de diagnosticarse una hernia femoral, el 40% de estas provocan estrangulación intestinal.

Para una hernia inguinal, los médicos difieren en sus opiniones de si la cirugía programada de reparación es

necesaria, de si produce síntomas o no, o de si esta puede repararse completamente.

Otros, en cambio, autoridades de salud del Reino Unido, **recomiendan la reparación quirúrgica para eliminar el riesgo** de posterior estrangulación del intestino, cuando el suministro de sangre a la parte afectada se corta, lo cual es una **indicación de emergencia para la cirugía**. También se añade que una operación programada es menos riesgosa que una **de emergencia**.

Las opciones quirúrgicas dependen de las circunstancias de cada individuo, como también de la ubicación de la hernia, **pero existen en general dos tipos de intervenciones quirúrgicas:**

Cirugía abierta

Cirugía laparoscópica ("cirugía mínimamente invasiva").

La reparación quirúrgica abierta cierra la hernia mediante suturas, mallas, o una combinación de ambas, y la herida **quirúrgica en la piel se cierra con suturas, grapas o pegamento quirúrgico**.

La reparación laparoscópica se utiliza para operaciones de repetición y una de sus finalidades principales es evitar cicatrices, y aunque suele ser más costosa, es menos

probable que se presenten complicaciones, como por ejemplo **infecciones.**

Para reparaciones quirúrgicas de una hernia guiadas por un **laparoscopia, incisiones más pequeñas son posibles, lo cual** permite una recuperación más rápida de la operación.

Una revisión sistemática de 2014 casos en 20 años, que **comparaba la reparación quirúrgica de la hernia mediante** cirugía convencional abierta y laparoscopia en niños, encontró **que la cirugía laparoscópica era más rápida para hernias** bilaterales, pero no había diferencia significativa en las hernias unilaterales.

La tasa de recurrencia es similar en ambos procedimientos, pero la tasa de complicaciones como infección de la herida es **mayor en el caso de cirugía abierta, especialmente en bebés.**

La hernia inguinal es una de las causas más comunes de **cirugía en los niños.**

La hernia se corrige de la misma manera como en la cirugía abierta, pero en este caso guiada por una pequeña cámara y **una luz que se introduce a través de un tubo.**

Los instrumentos quirúrgicos son introducidos a través de otra **pequeña incisión. El abdomen es inflado con gas para mejorar** la visualización y el espacio; este procedimiento se realiza en su totalidad bajo anestesia general. ⁽¹⁶⁾

2.2.6. Hernioplastia

La hernioplastia umbilical es el nombre de una de las cirugías que corrigen una hernia umbilical, caracterizada por la colocación de materiales biológicos para el cierre o refuerzo del anillo umbilical. Los materiales más usados son hechos de poliéster, polipropileno y parches de politetrafluoroetileno (PTFE).

La operación consiste en una laparotomía que se realiza alrededor del ombligo, que es una de las áreas débiles del abdomen y el sitio de la común de herniación umbilical. Debido a la alta incidencia de recurrencias que se relatan con las técnicas anatómicas, actualmente se recomienda efectuar una reparación sin tensión, utilizando sistemáticamente prótesis en hernias con anillo mayor a 1 cm, incluso en todas las hernias sin importar el tamaño del defecto.

2.2.7. Complicaciones Generales

Las complicaciones sistémicas aparecen con una frecuencia similar la observada en otros procedimientos quirúrgicos de magnitud equiparable, generalmente en relación con el empleo de anestesia general y la edad avanzada. Es preciso mencionar los problemas respiratorios, la obstrucción intestinal y la hemorragia digestiva. Para reducir la incidencia de embolias pulmonares en pacientes con riesgo, es importante la deambulacion precoz además de la profilaxis tromboembólica.

Uno de los principales argumentos críticos contra la hernioplastia laparoscópica (HL) es el riesgo de complicaciones específicas de la anestesia general. La incidencia de complicaciones generales puede reducirse con un mayor empleo de la anestesia local o regional, especialmente en pacientes de edad avanzada o con elevado riesgo quirúrgico. La complicación más frecuente de la anestesia general regional es la retención urinaria, siendo la incidencia mayor en pacientes con hipertrofia prostática benigna, por lo que en estos casos es preferible realizar primero una resección transuretral, o realizar ambas cirugías en el mismo acto operatorio. Con la anestesia intradural puede suceder una cefalea postoperatoria y lesiones neurológicas. Las complicaciones con la anestesia local son mínimas si se evita las sobredosis e inyección del anestésico en vena. ⁽¹⁷⁾

2.2.8. Complicaciones Locales

En general, las complicaciones locales son más comunes en las reparaciones de hernias recidivadas. Globalmente, son las más frecuentes y, por lo general, tienen una fácil solución.

Formación de seroma e hidrocele

Conceptualmente, el seroma es un exudado consecuente al trauma producido por el bisturí, tijeras, cauterio y cuerpos extraños. El riesgo de formación de un seroma es mayor tras la reparación de hernias recidivadas, uso de prótesis y en pacientes mayores con

bajo gasto cardíaco². Para reducir esta complicación, la malla debe colocarse en el plano más profundo de la disección y en hernias gigantes con gran despegamiento durante la disección es recomendable colocar un drenaje aspirativo tipo redón.

La incidencia global de seromas es próxima al 5%. En un estudio retrospectivo que hemos realizado sobre 1.000 casos de hernias de la región inguinocrural reparadas con prótesis (datos pendientes de publicación), la tasa de seromas es del 6% en las hernias primarias y del 8,5% en las recidivadas.

Los seromas suelen formarse el cuarto o quinto día postoperatorio y se resuelven mediante punción y aspiración del exudado o con drenaje quirúrgico.

La incidencia de hidroceles posherniorrafia es menor del 1%. El abandono de la parte distal del saco herniario facilita la colección de líquido en el escroto. Una excesiva disección del cordón espermático puede interrumpir el drenaje venoso y linfático y dar lugar a una acumulación de líquido en el canal inguinal y escroto, que generalmente responde a la aspiración simple con una jeringa. Es infrecuente la formación de un hidrolece permanente tras un seroma.

Infección

La importancia principal de la infección local radica en la posibilidad de recidiva en caso de comprometer los tejidos situados por debajo

de la aponeurosis del oblicuo externo. La incidencia de infección de **la herida quirúrgica después de una herniorrafia inguinal primaria** es del 1-2%. En nuestra serie la tasa de infección de la herida **operatoria fue del 1,3%, utilizándose siempre profilaxis antibiótica.** Se ha observado una tasa mayor de infecciones en hernias encarceradas, recidivadas y crurales, en pacientes de edad **avanzada, intervenciones prolongadas y cuando se mantiene un drenaje largo tiempo.** Por otro lado, parece que los programas de **cirugía mayor ambulatoria se asocian a una incidencia menor.** Aunque clásicamente se ha considerado la colocación de una prótesis como otro factor de riesgo, algunos autores no han **encontrado una incidencia mayor de infecciones.** Sin embargo, sí hay acuerdo en que existe un comportamiento distinto de las **diferentes mallas una vez han sido colonizadas por microorganismos patógenos.** En las mallas microporosas es más **fácil la retención de gérmenes y más difícil el acceso de macrófagos.** Lo mismo sucede con los biomateriales trenzados. Por ello, es preferible el uso de prótesis pero de poro grande, nudo **abierto y sencillo, fijada con monofilamento.** Otros factores que reducen el riesgo de infección de la malla son la realización de una **hemostasia exhaustiva, manejo cuidadoso de la malla sin tocarla y colocación de ésta en un plano profundo.** Se ha observado también una menor incidencia de infección frente a la hernioplastia por vía **abierta.**

Un aspecto controvertido en la cirugía de la hernia es la profilaxis antibiótica. En las hemiorrafias sin prótesis no es necesario, al tratarse de una cirugía limpia. Aunque Gilbert y Felton no han apreciado diferencias significativas en la incidencia de infección con o sin profilaxis antibiótica cuando se utilizan mallas, otros autores sí han observado una tasa mayor de infecciones tras la colocación de una prótesis sin profilaxis antibiótica. En un estudio multicéntrico realizado en el ámbito nacional, un 66% de los cirujanos encuestados utilizaba profilaxis antibiótica. Hasta que no haya estudios más amplios que aclaren esta controversia consideramos todavía recomendable la profilaxis antibiótica monodosis preoperatoria.

La infección es tratada con apertura de la herida, drenaje y curas locales. La presencia de una malla no necesariamente implica su retirada en caso de infección. Debe intentarse tratamiento con antibióticos según antibiograma y curas locales. Si persiste la infección o la malla se encuentra cubierta por abundante líquido purulento es recomendable su retirada. En nuestra serie, a un paciente (0,1%) fue preciso retirarle la malla (polipropileno) por abscesos repetidos y fistula de pared abdominal. En el estudio nacional sobre 5.000 pacientes hay otro caso de intolerancia y retirada de la malla.

Complicaciones vasculares

La incidencia de hematomas es menor del 5%, siendo del 2,7% en nuestra serie. Los hematomas superficiales suelen producirse por **mala ligadura o hemostasia insuficiente con el bisturí eléctrico de los vasos situados entre las fascias de Scarpa y de Camper.** En este plano es preferible la ligadura de las venas epigástricas superficiales, mejor que la coagulación. Los hematomas pequeños y las equimosis escrotales desaparecen espontáneamente en las **primeras semanas del postoperatorio, por lo que no requieren más tratamiento que tranquilizar al paciente.** En caso de hematomas grandes debe valorarse el drenaje.

En un plano más profundo una hemostasia quirúrgica incompleta puede producir en el postoperatorio un hematoma a tensión, que puede extenderse hasta el escroto; en ocasiones requiere una exploración quirúrgica con cobertura antibiótica para realizar hemostasia. La hemorragia intraoperatoria, a este nivel, sucede por lesión de la rama púbica de la arteria obturatriz (corona mortis), vasos espermáticos externos, vasos epigástricos inferiores **profundos, vasos circunflejos ilíacos o vasos ilíacos externos.**

La lesión de los tres primeros vasos suele controlarse con una **correcta exposición de la zona sangrante y ligadura del vaso.** Deben evitarse los puntos hemostáticos demasiado profundos y el pinzamiento a ciegas. Los vasos circunflejos ilíacos profundos **pueden lesionarse durante la colocación de suturas profundas a**

través del ligamento iliopúbico. En esta situación debe extraerse la **sutura inmediatamente e intentar la hemostasia mediante compresión y ligadura**. Los vasos ilíacos externos pueden **lesionarse, especialmente con las técnicas de Lotheissen-McVay y las preperitoneales**. Una hemorragia poco abundante puede controlarse retirando el punto y realizando compresión. Si la **hemorragia es mayor debe abrirse el suelo del conducto inguinal paralelamente a la arcada inguinal para una mejor exposición que nos permita un control del vaso y sutura cuidadosa del punto sangrante**. Otra causa menos frecuente de hemorragia intraoperatoria es la lesión laparoscópica de la circulación venosa del espacio de Bogros. En estos casos la hemorragia suele controlarse con electrocoagulación, aunque en ocasiones puede **ser aconsejable la colocación de un drenaje aspirativo**.

Menos común es el atrapamiento de la vena femoral por una sutura durante una reparación con el ligamento de Cooper. La frecuencia real de esta complicación es desconocida, pues en muchos pacientes esta constricción venosa pasa clínicamente inadvertida y **no se realiza una flebografía diagnóstica**. Sin embargo, en ocasiones puede provocar una trombosis venosa profunda al final de la primera semana del postoperatorio, con el consiguiente riesgo de embolia pulmonar. Ante la confirmación diagnóstica con flebografía, además de anticoagulación, debe considerarse la **reintervención con retirada de la sutura causante**.

Son prácticamente anecdóticas la tromboflebitis de la vena dorsal del pene y la trombosis de la vena epigástrica inferior ascendente.

En nuestra revisión no hemos encontrado ninguna complicación mayor de las citadas en los apartados anteriores.

Lesiones de nervios

Durante la reparación de una hernia inguinal puede producirse una lesión advertida o no, de alguno de los nervios de la región. El conocimiento profundo de la anatomía de la región inguinal ayuda a evitar estas lesiones y sus secuelas postoperatorias.

Los nervios que potencialmente pueden lesionarse son el iliohipogástrico, ilioinguinal y las ramas genital y crural del nervio genitocrural. Los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal surgen de T2 y L1, atraviesan el músculo oblicuo menor a la altura del tercio externo de la ingle y se ubican entre ese músculo y la aponeurosis del oblicuo mayor. El nervio ilioinguinal se encuentra debajo de la aponeurosis del oblicuo externo, justo sobre el cordón espermático, atraviesa el anillo superficial y recoge la sensibilidad de la base del pene, parte alta del escroto y zona adyacente del muslo. En el 40% de los pacientes, presenta una distribución anormal localizándose debajo o por dentro del cremáster, incluso en ocasiones las fibras son tan finas que no pueden identificarse. El nervio iliohipogástrico se localiza sobre el oblicuo interno, 1-2 cm por encima del conducto inguinal, atraviesa la aponeurosis del oblicuo externo cerca del

músculo recto y alcanza el tejido subcutáneo y la piel, recogiendo **la sensibilidad de la zona suprapúbica. La lesión de este nervio es menos frecuente que la del ilioinguinal, sucediendo generalmente al realizar una incisión de relajación sobre la vaina del recto del abdomen.** El nervio genitocrural nace de L1-L2, se encuentra sobre el músculo psoas y se divide en sus ramas genital y crural por **dentro y encima del anillo inguinal profundo. La rama genital perfora el músculo oblicuo interno en el origen del cremáster, transcurre sobre el tracto iliopúbico y aporta el control sensitivo y motor del cremáster y la sensibilidad de la piel de pene y escroto.** En la mujer acompaña al ligamento redondo y termina en la piel **púbica y de los labios mayores. La rama crural acompaña a la arteria femoral por debajo del ligamento inguinal, es responsable de la sensibilidad del triángulo superior del músculo y rara vez es lesionada.** ⁽¹⁸⁾

Lesiones de órganos y vísceras

Lesiones viscerales

Durante una herniorrafia no es infrecuente lesionar **accidentalmente la vejiga deslizada en el interior de una hernia directa o crural.** En caso de apertura de la vejiga debe cerrarse mediante dos suturas continuas de material reabsorbible 2/0, y **colocar una sonda vesical que se mantendrá durante 5 días aproximadamente.** Hemos encontrado 2 casos (0,2%) de lesiones

de la pared vesical, identificadas en el acto operatorio y sin **complicaciones posteriores.**

Las complicaciones intestinales están relacionadas principalmente **con la liberación de un segmento intestinal estrangulado, la lesión** inadvertida del colon deslizado con el saco herniario y ligadura alta del saco herniario con atrapamiento intestinal.

Los puntos más frecuentes de estrangulación son el anillo inguinal superficial y el crural. La morbimortalidad de las hernias **estranguladas dependerá de una rápida identificación y reparación** quirúrgica. Es difícil determinar con precisión la viabilidad del segmento intestinal estrangulado, aunque en la mayoría de los **casos se reconoce clínicamente en función de la coloración y** peristaltismo intestinal y pulso de los vasos mesentéricos. Otras **pruebas descritas, como la inyección de fluoresceína y el examen** con la lámpara de Wood o la arteriografía, son de difícil realización **intraoperatoria.** Debe evitarse que un segmento de viabilidad dudosa se deslice a la cavidad abdominal tras realizar la quelotomía. En ese caso es necesario realizar una laparotomía si la **reparación herniaria se ha abordado por una incisión anterior.** Si se ha empleado una vía preperitoneal pueda realizarse un acceso **directo a través de la misma herida quirúrgica.**

El intestino también puede ser lesionado en las hernias por deslizamiento. Una disección poco cuidadosa del saco herniario **puede provocar hemorragia o una laceración de la pared intestinal.**

Si se abre el colon se realizará una sutura en dos planos, con **material reabsorbible para la mucosa e irreabsorbible en el plano seromuscular**. En caso de compromiso de la vascularización se **realizará una laparotomía individualizando la actitud quirúrgica en cada caso**.

Otra complicación poco frecuente es el atrapamiento de un **asa intestinal con un punto transfixante y ligadura alta del saco de una hernia indirecta si no se realiza bajo control visual**. Esta complicación puede provocar el desarrollo de una fístula enterocutánea, un absceso en la pared intestinal o una obstrucción.⁽¹⁹⁾

2.2.9. Cuidados de Enfermería a pacientes postoperados de Hemiooplastia

OBJETIVOS:

Debido al gran número de intervenciones quirúrgicas que se realizan, hemos considerado de interés informar sobre el cuidado de pacientes operados de hernias y desarrollar un **plan de cuidados de Enfermería**.

RESULTADOS: Tras la valoración del paciente y eligiendo las etiquetas diagnósticas según la taxonomía II de la NANDA, establecemos los resultados mediante la taxonomía NOC y planificamos las intervenciones para alcanzar los resultados usando la clasificación NIC.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnósticos NANDA:

- **00146 Ansiedad r/c Cambios en el estado de salud del paciente y Cambio del entorno y m/p Inseguridad, Miedo de consecuencias inespecíficas y Dificultad para conciliar el sueño.**
- **Resultados NOC: 1402 Control de la ansiedad**
- **Intervenciones NIC:**
 - 5820 Disminución de la ansiedad
 - **5270 Apoyo emocional**
 - 4920 Escucha activa
 - 7310 Cuidados de Enfermería al ingreso
 - **1850 Fomentar el sueño**
 - 5610 Enseñanza: pre quirúrgica
- **00085 Deterioro de la movilidad física r/c Malestar, dolor y Miedo a iniciar el movimiento m/p Dificultad para realizar las actividades de auto cuidados, Comunicación verbal o codificada de dolor y Dificultad para conciliar el sueño.**
- **Resultados NOC: 0202 Nivel de movilidad. 1811 Conocimiento: actividad prescrita.**
- **Intervenciones NIC:**
 - 1804 Ayuda con los auto cuidados: aseo(eliminación)
 - 1803 Ayuda con los auto cuidados: alimentación

- 1802 Ayuda con los auto cuidados: vestir/arreglo **personal**
- 1801 Ayuda con los auto cuidados: baño/higiene
- **5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito**
- 1400 Manejo del dolor
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c Alteración de **la sensibilidad, Alteración del estado metabólico y Alteración de la circulación m/p Destrucción de las capas de la piel(dermis)**
- Resultados NOC: 1102 curación de la herida: por primera intención
- **Intervenciones NIC:**
 - 2316 Administración de medicación: tópica
 - **3590 Vigilancia de la piel**
 - 3660 Cuidados de las heridas
 - 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
 - **6540 Control de infecciones**
 - 6550 Protección contra las infecciones

Hematoma: acumulación de sangre fuera de los vasos sanguíneos, en un estado de semicoagulación, relacionada con la intervención quirúrgica. Se evidencia mediante la equimosis y la inflamación.

Cuidados de Enfermería: valoración continúa de los **hematomas ya que indica una hemorragia interna leve y administración de medicamentos para manejar el dolor y la inflamación cuando sea necesario.**

- Seroma: acumulación de linfa en la herida. Se manifiesta con tumefacción y molestia local sin eritema ni calor.

Cuidados de Enfermería: prevención del seroma (vendaje o apósito compresivo), en caso de que aparezca se hace una punción para la extracción del líquido en condiciones de asepsia y colocación de vendaje o apósito compresivo.

- Dehiscencia: separación de los bordes de la herida.

Cuidados de Enfermería: valoración de las características de la herida, garantizar la inmovilización estricta del paciente en posición semifowler.

- Evisceración: protrusión del contenido de la herida, graves cuando son incisiones abdominales. Ocurre cuando ceden las suturas, o cuando hay tos, infección o distensión.

Cuidados de Enfermería: valoración de las características de la herida, garantizar la inmovilización estricta del paciente en posición semifowler, manejo del dolor con medicamentos según necesidad, acompañamiento constante al paciente para tranquilizarlo y monitorizarlo.

- Absceso: acumulación de pus y material infectado dentro de la pared abdominal, se observa inflamación local, calor e induración.

Cuidados de Enfermería: realización de cura diaria con técnica aséptica, drenaje de la herida, administración de antibióticos según prescripción médica y valoración de la herida y del proceso de cicatrización. ⁽²⁰⁾

2.2.10 Teoría de Virginia Henderson.

El paradigma de la integración es la que refleja Virginia Henderson en sus investigaciones realizadas. Henderson refiere que la atención se centra en aquellos enferma e incapacitada que requieren de cuidados básicos de enfermería.

El cuidado está dirigido a sustituir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. Es la **independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:**

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

- 2°.- Comer y beber adecuadamente:** Ingerir y absorber **alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.**
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo:** Deshacerse de las **sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.**
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y **mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.**
- 5°.- Descansar y dormir:** Mantener un modo de vida regular, **respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.**
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada:** Llevar ropa adecuada **según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.**
- 7°.- Mantener la temperatura corporal:** Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de **acuerdo a la temperatura ambiental.**

- 8°.-** Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- 9°.-** Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integral física y psicológica
- 10°.-** Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles una las otras.
- 11°.-** Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero
- 12°.-** Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
- 13°.-** Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- 14°.-** Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. ⁽²¹⁾

2.3 Definición de términos

2.3.1 Cuidado

El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, **tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.**

2.3.2 Cuidado enfermero

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación **interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico** orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad. ⁽²²⁾

2.3.3 Hernioplastia.

La Hernioplastia es un procedimiento para corregir una hernia cuando la pared muscular es débil, ya que, tras retirarla, el **saco busca la reparación de la pared abdominal.**

2.3.4 Cuidados postoperatorios.

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención

quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la **sala de recuperación post-anestésica**, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica. ⁽²³⁾

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de enfermería del servicio de Hospitalización de Cirugía del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral, se realizó la revisión de los libros de registro de los pacientes atendidos postoperados de **Hernioplastia en los periodos 2015-2017.**

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral.

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de Enfermería del servicio a fin de obtener acceso a los registros anteriores.

3.2 Experiencia Profesional

Desde el año de 2004 (Mayo) laboro en el Hospital San Juan Bautista de Huaral hasta la actualidad. Soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral la inicié en el año 2004 por la modalidad de Servicio no personales hasta el año 2007 en el servicio de hospitalización II (Pediatria, Cirugia y

medicina); luego desde el 2007 paso a contrato administrativo de **servicios (CAS) bajo la modalidad de Contrato Administrativo (CAS)** hasta el 2014, luego en setiembre del año 2014 Ingrese en la **condición de nombrada donde se me asignaron funciones de enfermera asistencial.**

En Setiembre del 2016 asumo el cargo de Coordinadora del servicio **de cirugía hasta Noviembre del mismo año.**

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

La Función Básica en el servicio de Enfermería de cirugía:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados en la ejecución de actividades medicas propios del Servicio de Enfermería de cirugía para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de **Enfermería de Cirugía son:**

- a) **Organizar, coordinar y evaluar la atención de enfermería durante el pre y postoperatorio del usuario aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.**
- b) **Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.**

- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los **datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.**
- d) **Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.**
- e) **Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.**
- f) **Cumplir con el tratamiento médico indicado.**
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente **comunicando al médico de guardia cualquier complicación.**
- h) Actualizar el kardex de enfermería en ausencia de la enfermera **jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.**
- i) **Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.**
- j) **Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.**

- k) Realizar programas de educación en los servicios de Cirugía para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) **Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Cirugía.**
- m) **Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de cirugía.**
- n) **Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.**
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.
- s) **Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.**

Innovaciones y Aportes

Aplicación de escalas de valoración para identificar complicaciones postoperatorias.

Capacitaciones al personal técnico.

Plan de charlas al familiar – acompañante.

Reuniones mensuales del servicio para evaluar el trabajo en conjunto.

Limitaciones para el desempeño profesional

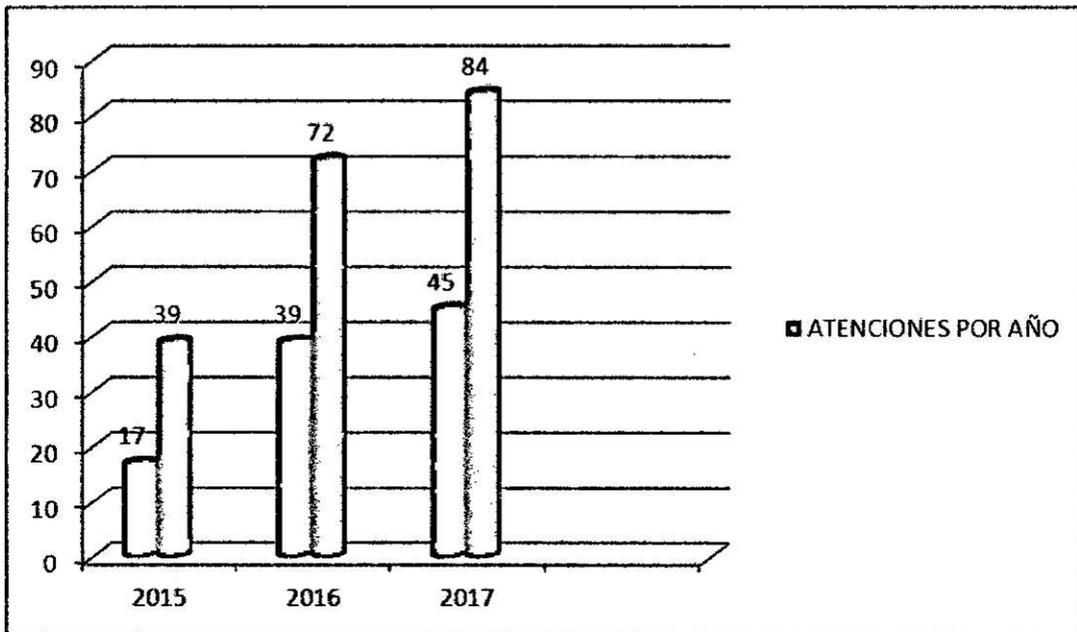
Insuficiente número de personal de Enfermería en el servicio de cirugía.

No se cuenta con una Base de datos digitalizados en el servicio.

No se cuenta con un servicio de hospitalización de cirugía, exclusivo para el cuidado a pacientes varones y mujeres postoperados por especialidad médica.

Grafica 4.3

**PACIENTES POSTOPERADOS DE HERNIOPLASTIA POR AÑO Y
ATENCIONES A PACIENTES DE SEXO MASCULINO EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE
HUARAL DEL 2015 - 2017**



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la gráfica 4.2 se observa que entre el año 2015 al 2017 se tuvo un total de **101 pacientes del sexo masculino post operados de Hernioplastia**, la cual representa aproximadamente el 52% del total de números de **pacientes post operados por año en dicho servicio.**

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) **Los años de experiencia en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el servicio de cirugía me han servido para tener mayores habilidades y destrezas en la atención y manejo de pacientes post operados de Hernioplastia.**

- b) **Las intervenciones de enfermería deben sustentarse con una base teórica, realizando siempre un Proceso de Cuidado de Enfermería para garantizar la adecuada atención en salud.**

- c) **La experiencia profesional me permitió que desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente post operado de Hernioplastia.**

- d) **Los pacientes post operados varones de Hernioplastia representan la población mayoritaria que acude al hospital San Juan Bautista de Huaral para dicha intervención.**

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales y autoridades de enfermería, implementar guías, **talleres y capacitaciones permanentes donde nos permita desarrollar destrezas y actualizar conocimientos sobre cuidados a pacientes post operados de Hernioplastias.**
- b. A la institución que en los diferentes servicios en especial **hospitalización cirugía ubiquen al personal según su especialización** para mejorar la calidad del cuidado al paciente, dotar de mayor **personal y mejorar las estrategias de concientización al personal.**
- c. Hacer partícipe a la familia en los cuidados del paciente post **operado de Hernioplastia, la cual disminuirá las complicaciones.**
- d. Se recomienda a la institución la revisión y uso de la guía de **intervención de Enfermería.**

CAPÍTULO VII

REFERENCIALES

1. **WILLITAL, GUENTER H.** Atlas de cirugía infantil: indicaciones y técnicas operatorias. Editorial Reverté. 1986.
2. **SANCHEZ-MANUEL F, LOZANO-GARCÍA J, SECOGIL J.** Profilaxis antibiótica para la reparación de la hernia. The Cochrane Library, Issue 1, 2006
3. **J. PAGNOZZI ÁNGEL, T. DÍAZ VICO.** Hernia epigástrica con incarceration de antro gástrico, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.España.2016.
- 4 **BOUCHET A, CUILLERET J:** Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. Barcelona, editorial médica panamericana 1980.
5. **VISCIDO, GERMÁN et al.** Análisis prospectivo de hemioplastias umbilicales en adultos (en español). Rev Chil Cir . 2009.
6. **Hospital San Juan Bautista de Huaral. Oficina de Estadística. 2017**
7. **Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria(SEPEAP).** Las Hernias Umbilicales y Yuxtaumbilicales. 2010.
8. **Universidad Nacional Mayor de San Marcos.** Hernias y Eventraciones (en español). Cirugía I, Cirugía General:

Departamento Académico de Cirugía. Último acceso 20 de mayo de 2010.

9. **PIEDRAHITA LEON, Javier Jose, Factores de riesgos y complicaciones de hernias inguinales en niños menores de 4 años en el Hospital Leon Becerra Camacho de Milagro. Ecuador. 2016.**
10. **GAMARRA YURIVILCA, Miguel Antonio. Complicaciones de las hernioplastias inguinales según técnica de Lichtenstein Hospital III Essalud Chimbote. Peru .2015.**
11. **MORALES SILVA, Ana Gabriela. Guía de protección física para disminuir la hernia inguinal asociada a esfuerzos físicos en el Hospital José María Velasco Ibarra. Ecuador. 2013.**
12. **CHAVARRI NORIA, Guido Martin. infección de sitio operatorio asociada a la reparación protésica y tisular en el tratamiento de las hernias inguinales incarceradas en el hospital regional docente de Trujillo. Perú. 2014.**
13. **Núñez Bartolome, María Reyes. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas (2da edición). Elsevier, España. 1991.**
14. **Eubanks WS. Hernias. En: Townsend, C ed. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003.**
15. **Grau Talens EJ, Vinagre Velasco LM, Téllez Peralta F. Anatomía quirúrgica de la región inguinal. Criterios de importancia quirúrgica. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid.. 2002.**

16. Sánchez Estella R. Hernia femoral o crural. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. **Cirugía de la pared abdominal**. Madrid: Arán. 2002.
17. Carbonell Tatay F. **Clasificación de las hernias inguinales**. En: Carbonell Tatay F ed. **Hernia Inguinocrural**. Madrid. Asociación Española de Cirujanos, 2001.
18. Porrero JL. La técnica canadiense. Técnica de Shouldice. En: Carbonell Tatay F, ed. **Hernia Inguinocrural**. Madrid.2001.
19. **Sociedad Valenciana de Cirugía. Consenso entre cirujanos. Cirugía de la pared abdominal**. Valencia: Sociedad Valenciana de Cirugía; 2000.
20. WESLEY, R L. **Teorías y Modelos de Enfermería**. 2ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.1997.
21. HENDERSON, Virginia. **Principios básicos de los Cuidados de Enfermería**. Organización Panamericana de la Salud. 1961.
22. **CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. La investigación de Enfermería: instrumento de acción**. 2008.
23. DAZA C, MEDINA L. **Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia**. Revista: cultura de los cuidados. 2006.

ANEXOS



