



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD  
**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**  
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**FACTORES DE RIESGO SISTÉMICO ASOCIADOS A HERNIA  
INGUINAL RECIDIVADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO – ICA, 2020-2022**

Presentado por:

**QUISPE LÓPEZ, HERNÁN ALFREDO**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **9%** por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 08 abril del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“DANIEL ALCIDES CARRION”**



**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO SISTÉMICO ASOCIADOS A HERNIA  
INGUINAL RECIDIVADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO – ICA, 2020-2022.**

**Línea de investigación**

**Salud pública y conservación del medio ambiente**

**PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Autor:**

**QUISPE LÓPEZ, HERNÁN ALFREDO**

**Asesor:**

**Mg. Edgar Genaro Flores Valdivia**

**Ica – Perú  
2024**

## **Dedicatoria**

Esta tesis se la dedico a mi madre quien siempre estuvo presente en mi proceso de estudiante confiando en que lograría mis objetivos planteados y sin ella no podría haber logrado llegar a cumplirlos.

A aquellos maestros de mi casa de estudios de quienes aprendí muchas cosas que nunca olvidare y podre aplicar en mi vida profesional.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios por darme el privilegio de estudiar una de las carreras más altruistas y maravillosas y de la cual me siento orgulloso de haber estudiado, a mi madre quien me apoyo incondicionalmente confiando en mi hasta el final.

Agradezco a cada una de las personas que me motivaron a continuar en este largo y satisfactorio proyecto en aras a convertirme en un profesional de la salud.

# Índice

## Índice de contenidos

Portada .....	1
Dedicatoria.....	2
Agradecimientos .....	3
Índice .....	4
Índice de contenidos.....	4
Índice de tablas .....	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
I. Introducción.....	9
1.1 Antecedentes de investigación.....	16
1.2 Planteamiento del problema .....	22
1.3 Formulación de la investigación .....	24
1.4 Justificación de la investigación.....	24
1.5 Objetivos de investigación .....	25
1.6 Hipótesis de la investigación .....	26
1.7 Variables de la investigación .....	27
II. Estrategia metodológica.....	29
2.1 Tipo, nivel y diseño de la Investigación .....	29
2.2 Población y Muestra .....	31
2.4 Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de datos .....	33
2.5 Aspectos éticos .....	34
III. Resultados .....	35
IV. Discusión .....	42

V. Conclusiones .....	45
VI. Recomendaciones .....	46
VII. Referencias Bibliográficas .....	47
Anexo 1: Instrumentos de recolección de información .....	55
Anexo 2: Operacionalización de variables.....	58
Anexo 3: Matriz de consistencia .....	63
Anexo 4: Solicitud de ejecución de estudio .....	67
Anexo 5: Validación del instrumento .....	68



## Índice de tablas

Tabla 1 – Características demográficas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	35
Tabla 2 – Características quirúrgicas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	36
Tabla 3 – Características clínicas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	37
Tabla 4 – Factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	38
Tabla 5 – Factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	39
Tabla 6 – Factores clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	40
Tabla 7 – Factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022. ....	41

## Resumen

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

**Metodología:** Investigación con diseño observacional, analítico (casos y controles), transversal y retrospectivo. La población total comprendía a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal, de los cuales 87 pacientes presentaron recidiva (casos). Se evaluó a todos los pacientes con recidiva y a 87 pacientes sin recidiva (controles). El instrumento fue una ficha de recolección de datos. La estadística principal fue realizada mediante la prueba de momios (OR).

**Resultados:** La edad fue un factor crítico, con pacientes mayores de 60 años presentando una frecuencia de recidiva del 63,7%, y un riesgo 1,9 veces mayor en comparación con los de 35 a 60 años (OR: 1,9; IC95%: 1,0-3,7). La procedencia también influyó, con pacientes de Ica teniendo un riesgo 2,9 veces mayor de recidiva que aquellos de otras localidades (OR: 2,9; IC95%: 1,2-7,1). En términos quirúrgicos, la hernioplastía a tensión aumentó significativamente el riesgo de recidiva (OR: 11,1; IC95%: 1,3-89,2). Clínicamente, la diabetes mellitus tipo 2 se asoció con un riesgo 8,8 veces mayor de recurrencia (OR: 8,8; IC95%: 1,9-40,0). Sin embargo, el tiempo operatorio de más de 120 minutos no mostró un mayor riesgo de recidiva en comparación con cirugías de 60 a 120 minutos ( $p=0,893$ ).

**Conclusiones:** Existen factores demográficos, quirúrgicos y clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

**Palabras claves:** Factores de riesgo, Hernia inguinal, Recidiva (DeCS).

## Abstract

**Objective:** Determine the systemic risk factors associated with recurrent inguinal hernia in patients at the Santa María Del Socorro Hospital – Ica in the period 2020-2022.

**Methodology:** Research with observational, analytical (cases and controls), cross-sectional and retrospective design. The total population included patients who underwent surgery for inguinal hernia, of which 87 patients had recurrence (cases). All patients with recurrence and 87 patients without recurrence were evaluated (controls). The instrument was a data collection form. The main statistics were performed using the odds test (OR).

**Results:** Age was a critical factor, with patients over 60 years of age presenting a recurrence frequency of 63.7%, and a 1.9 times higher risk compared to those between 35 and 60 years of age (OR: 1.9; 95%CI: 1.0-3.7). Origin also had an influence, with patients from Ica having a 2.9 times higher risk of recurrence than those from other locations (OR: 2.9; 95% CI: 1.2-7.1). In surgical terms, tension hernioplasty significantly increased the risk of recurrence (OR: 11.1; 95% CI: 1.3-89.2). Clinically, diabetes mellitus type 2 was associated with an 8.8-fold increased risk of recurrence (OR: 8.8; 95% CI: 1.9-40.0). However, operative time of more than 120 minutes did not show a higher risk of recurrence compared to surgeries of 60 to 120 minutes ( $p=0.893$ ).

**Conclusions:** There are demographic, surgical and clinical systemic risk factors associated with recurrent inguinal hernia in patients at the Santa María Del Socorro Hospital – Ica in the period 2020-2022.

**Keywords:** Risk factors, Inguinal hernia, Recurrence (MeSH).

## I. Introducción

La hernia inguinal es una condición médica en la cual una porción del tejido o de un órgano interno, como parte del intestino, protruye a través de una debilidad o un defecto en la pared abdominal en la región inguinal (1). Esta región se encuentra en la ingle, en ambos lados del cuerpo, y es el lugar donde el abdomen se encuentra con los muslos. La debilidad en la pared abdominal puede ser causada por diversos factores, como predisposición genética, presión abdominal excesiva debido al levantamiento de objetos pesados o tos crónica, obesidad, e incluso el proceso natural de envejecimiento de los tejidos. Cuando una hernia inguinal se desarrolla, generalmente se presenta como una protuberancia en la ingle que puede ser dolorosa o incómoda. La cirugía se realiza a menudo para reparar la hernia y fortalecer la pared abdominal debilitada, pero en algunos casos, puede haber recurrencia, lo que subraya la importancia de analizar los factores de riesgo demográficos, quirúrgicos y clínicos para gestionar eficazmente esta afección (2).

La hernia inguinal puede variar ampliamente en sus manifestaciones clínicas, desde ser asintomática hasta potencialmente mortal. A menudo, se diagnostica durante un examen físico de rutina o cuando el paciente nota un bulto doloroso en la ingle. Es importante destacar que las hernias indirectas tienden a causar más síntomas que las hernias directas. El dolor en la ingle, que puede ser intenso debido a la tensión ejercida sobre los tejidos herniados, puede llevar a un diagnóstico incorrecto y al síndrome doloroso posterior a la cirugía si no se aborda adecuadamente. Los pacientes suelen describir una sensación de pesadez, malestar o incluso dolor agudo en la zona inguinal. En algunos casos, para aliviar el malestar, es necesario tomar reposo o ajustar la postura. Aunque poco común, en ocasiones, el dolor puede desencadenarse repentinamente, especialmente después de levantar objetos pesados, lo que subraya la importancia de abordar esta afección de manera temprana y adecuada para prevenir complicaciones graves (3).

La detección temprana y el tratamiento adecuado de la hernia inguinal son fundamentales para prevenir complicaciones graves. Dado que esta condición puede variar en sus manifestaciones clínicas, desde ser asintomática hasta

causar dolor agudo, es esencial que los pacientes busquen atención médica si notan cualquier cambio en la zona inguinal. Además, es crucial para los profesionales de la salud realizar un diagnóstico preciso y determinar si se requiere cirugía para reparar la hernia. El manejo inadecuado de la hernia inguinal puede llevar a complicaciones potencialmente mortales, como la estrangulación, donde los tejidos herniados quedan atrapados y privados de sangre. Por lo tanto, la comprensión de las manifestaciones clínicas y la importancia de una atención temprana y adecuada son esenciales para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes con hernia inguinal (4).

El tratamiento de la hernia inguinal varía según la gravedad de la afección y las necesidades individuales del paciente (5). En casos leves, es posible que se opte por un enfoque de espera vigilante, junto con el uso de un dispositivo llamado braguero que proporciona apoyo y alivio de los síntomas. Sin embargo, en situaciones más graves o cuando la hernia se vuelve dolorosa e incapacitante, la cirugía se convierte en la opción de tratamiento necesaria. Existen dos enfoques principales para la cirugía de hernia inguinal: la reparación con tensión y la reparación mínimamente invasiva (6).

En la reparación con tensión, se realiza una incisión en la zona inguinal afectada para acceder a la hernia y reposicionar los tejidos herniados. Luego, se refuerza la zona debilitada de la pared abdominal mediante la colocación de una malla sintética. En contraste, la reparación mínimamente invasiva implica realizar pequeñas incisiones en el abdomen y utilizar tecnología sin tensión o robótica para acceder a la hernia y colocar la malla de refuerzo. Este enfoque tiende a generar menos molestias y cicatrices visibles, lo que a menudo permite una recuperación más rápida y una vuelta más temprana a las actividades cotidianas. Sin embargo, independientemente del tipo de cirugía, es importante que los pacientes comprendan que se requerirá un período de recuperación antes de retomar completamente sus actividades normales, lo que implica seguir las indicaciones médicas y cuidar adecuadamente la incisión para prevenir complicaciones (7).

Para evitar la aparición de una hernia, es recomendable adoptar ciertas medidas. Estas incluyen utilizar técnicas adecuadas al levantar objetos pesados, mantener

un peso saludable y evitar el estreñimiento mediante una dieta rica en fibra, mantener una buena hidratación, acudir al baño cuando se sienta la necesidad y realizar ejercicio de forma regular. Además, es importante que los hombres consulten a su médico si experimentan dificultad al orinar, ya que esto puede ser un indicio de agrandamiento de la próstata. Siguiendo estas pautas, se puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar una hernia y promover la salud general del cuerpo (8).

La hernia inguinal recidivada es una condición médica en la que una hernia inguinal previamente reparada quirúrgicamente reaparece, con la protrusión de tejido abdominal a través de una debilidad en la pared abdominal en la región inguinal, que se encuentra en la ingle. Las causas de esta recurrencia pueden variar, incluyendo factores como una técnica quirúrgica inadecuada en la reparación inicial, tensión excesiva en la zona reparada, predisposición genética, envejecimiento de los tejidos y presión abdominal constante debido a actividades como el levantamiento de objetos pesados o la tos crónica. Las complicaciones asociadas con la hernia inguinal recidivada pueden incluir dolor crónico, obstrucción intestinal, estrangulación de los tejidos herniados y, en casos graves, daño a los órganos abdominales, que podría requerir cirugía de emergencia (9). El tratamiento generalmente implica una nueva intervención quirúrgica, pero es importante abordar los factores de riesgo y las técnicas quirúrgicas adecuadas para minimizar la posibilidad de futuras recurrencias y sus potenciales complicaciones (10).

La reparación quirúrgica de una hernia inguinal generalmente implica la colocación de una malla o suturas para fortalecer la pared abdominal y cerrar la abertura a través de la cual protruye el tejido; sin embargo, en algunos casos, la hernia puede volver a aparecer en el mismo lugar o en un sitio cercano después de la cirugía inicial, esta recurrencia se conoce como hernia inguinal recidiva (11).

La reparación de los defectos en la pared abdominal primarios o secundarios es una de las cirugías más comunes realizadas por especialistas en cirugía general. Por lo tanto, como cirujano o residente, es importante tener un dominio de las técnicas quirúrgicas tradicionales, como Bassini, McVay, Shouldice o

Lichtenstein, entre otras, y aplicarlas en la reparación inicial de las hernias inguinales; en países latinoamericanos, se observa un comportamiento similar; en Nicaragua, la herniorrafia es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes en los servicios de cirugía general, durante un período de ocho años, se informó que alrededor del 10% de las hospitalizaciones estuvieron relacionadas con cirugías de hernias de pared abdominal (12).

Existen ciertos factores que pueden promover una hernia recidivada. Con respecto a la edad, a medida que las personas envejecen, los tejidos del cuerpo pueden volverse más débiles y menos elásticos, lo que puede aumentar el riesgo de que una hernia reaparezca después de la reparación quirúrgica, además, a medida que envejecemos, es más probable que se presenten otras condiciones de salud que pueden debilitar los tejidos, como enfermedades crónicas o factores de riesgo asociados con un estilo de vida poco saludable; la edad puede influir en la respuesta de los tejidos a la cirugía y en el proceso de cicatrización, en general, se considera que las personas mayores tienen una cicatrización más lenta y una respuesta tisular reducida, lo que puede contribuir a un mayor riesgo de recurrencia de la hernia (1).

En relación con el sexo, la hernia inguinal es más común en hombres que en mujeres debido a diferencias anatómicas y factores de riesgo asociados, como debilidad del tejido conectivo en la región inguinal y esfuerzo físico intenso. Sin embargo, la incidencia de recurrencia de la hernia inguinal no parece diferir significativamente entre hombres y mujeres que han sido sometidos a cirugía para reparar una hernia inguinal (13).

Las cirugías abdominales previas se sabe que existe relación entre las cirugías abdominales previas y el riesgo de recidiva de la hernia inguinal, las cirugías abdominales anteriores pueden debilitar los tejidos de la pared abdominal y aumentar la probabilidad de que se forme una hernia en el área inguinal (14). Cuando se realiza una cirugía abdominal, se realizan incisiones en la pared abdominal para acceder a los órganos internos; estas incisiones pueden debilitar los tejidos y los músculos de la pared abdominal, lo que puede llevar a una mayor vulnerabilidad a la formación de una hernia en el futuro (15).

El tipo de cirugía puede ser otro factor que se asocia a la recidiva; las técnicas tradicionales de reparación de hernias inguinales, como la reparación de Bassini, McVay y Shouldice, se basan en la sutura y reparación de los tejidos de la pared abdominal sin el uso de mallas (16). estas técnicas han sido utilizadas durante muchos años y en algunos casos pueden proporcionar resultados satisfactorios; asimismo, se ha demostrado que las técnicas de reparación con mallas, como la técnica de Lichtenstein y la cirugía Sin tensión (como la reparación TAPP o TEP), tienen tasas de recidiva más bajas en comparación con las técnicas tradicionales de sutura. Estas técnicas de "tensión-free" ayudan a fortalecer y soportar la pared abdominal, reduciendo la tensión y el estrés en los tejidos reparados (17).

La obesidad se caracteriza por un exceso de grasa corporal y puede ejercer presión adicional sobre la pared abdominal. Esto puede aumentar la tensión en los tejidos reparados durante la cirugía de hernia inguinal y comprometer la integridad de la reparación, lo que puede incrementar el riesgo de recurrencia de la hernia, por otro lado, está asociada con una disminución de la fuerza y calidad de los tejidos, lo que puede dificultar una reparación sólida y duradera de la hernia inguinal (18).

La diabetes mellitus tipo 2 también tiene asociación con la recidiva de hernias; se ha observado que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pueden tener una mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas, incluyendo la recidiva de la hernia inguinal y puede alterar la función inmunológica y vascular, lo que puede comprometer la curación de la herida y aumentar el riesgo de fallos en la reparación de la hernia (18).

Una complicación comúnmente asociada a la recidiva de la hernia inguinal es la aparición de síntomas y molestias recurrentes en el área de la hernia (19). Estos síntomas pueden incluir dolor agudo o crónico, una sensación de presión constante en la región inguinal, la protrusión repetida de tejido a través de la hernia y la dificultad para llevar a cabo actividades físicas normales. Estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente, ya que pueden interferir con la movilidad y causar molestias persistentes en la zona afectada (20).



Otra complicación potencial que puede surgir con la recidiva de la hernia inguinal es el desarrollo de complicaciones postoperatorias, que son similares a las que pueden ocurrir después de una reparación primaria de la hernia inguinal (21). Estas complicaciones pueden incluir infección de la herida quirúrgica, formación de seroma (acumulación de líquido), hematoma (acumulación de sangre) en el sitio de la cirugía, dolor crónico en la zona operada e incluso daño a estructuras vecinas, como nervios o vasos sanguíneos, lo que puede requerir tratamientos adicionales o cirugía de revisión (22). Estas complicaciones postoperatorias pueden prolongar el tiempo de recuperación del paciente y requerir atención médica adicional para abordar de manera adecuada los problemas que surgen después de la cirugía de recidiva de hernia inguinal (23).

La ingle es un defecto natural que se encuentra en la pared abdominal anterior. Esta área se encuentra cubierta por la fascia transversal, es dividida por el ligamento inguinal en dos partes, en los hombres es penetrada por el cordón espermático, y en mujeres por el ligamento redondo y los vasos femorales. La integridad del área es, por lo tanto, depende principalmente de la fascia transversal, cuya incapacidad para sostener la grasa preperitoneal y la presión intraabdominal variable es, por lo tanto, la causa fundamental de la formación de hernia inguinal congénita o adquirida. Las hernias inguinales se tratan reparando el defecto fascial en el orificio miopectíneo de Fruchaud o fortaleciendo la fascia transversal debilitada mediante la colocación de una prótesis (malla) (30).

Después del diagnóstico de una hernia inguinal sintomática el tratamiento adecuado pasa por la corrección quirúrgica. En este sentido, hace años que se ha demostrado que la colocación de una malla quirúrgica es la mejor opción. Con la malla se obtienen resultados muy superiores a la sutura simple del defecto herniario, además de una menor necesidad de reaparición por recidiva de la misma hernia (42).

Existen dos maneras de colocar la malla quirúrgica para tapar el defecto herniario: reparación por vía anterior y reparación por vía posterior en esta última el dolor postoperatorio es mucho menor. El motivo por el que se utiliza menos esta técnica es su dificultad. Al tratarse de una cirugía más difícil, es necesario

que la realice un cirujano experto en un centro con las instalaciones adecuadas (42).

El dolor postoperatorio crónico tras cirugía de la hernia inguinal se puede dividir en dos tipos: el dolor nociceptivo se debe a la propia disección quirúrgica y a la inflamación que esto provoca, además, la colocación de una malla (cuerpo extraño) provoca un aumento del proceso inflamatorio en la zona operada, y dolor neuropático se debe a la lesión directa de nervios sensitivos. Esto puede ocurrir por una sección del nervio, por el atrapamiento con la malla o por una lesión al coser la malla al atrapar uno de los nervios (42).

## **1.1 Antecedentes de investigación**

### **Antecedentes internacionales**

Vitulli J (24), en Venezuela, en el año 2023, en su investigación titulada “Recidiva de hernias inguinales. Estudio de 52 casos”, cuyo objetivo fue demostrar las causas específicas que pueden hacer recidiva de las hernias inguinales. El diseño fue de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico. Se halló que se analizaron 52 casos de hernias inguinales recurrentes, lo que representa un 43% del total de 120 pacientes sometidos a hernioplastia inguinal. Las técnicas quirúrgicas con mayor incidencia de recidiva fueron la de Bassini con un 14%, la de Rutkow-Robbins con un 10% y la de Lichtenstein con un 9% de los casos, además, se observó que el tiempo transcurrido entre la primera intervención y la recidiva fue mayor a un año. Se concluye que la tasa de recidiva fue ligeramente superior al promedio, además se observó que la recurrencia ocurrió principalmente después de un año desde la intervención inicial. Las técnicas quirúrgicas más comúnmente asociadas a la recidiva, en orden descendente, fueron Bassini, Rutkow-Robbins y Lichtenstein.

Cardozo-Arias H et.al. (25), en Paraguay, en el año 2021, en su investigación titulada “Complicaciones de la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en el Servicio de Cirugía general del Hospital Militar de las FF.AA. Periodo 2018 a 2019”, cuyo objetivo fue demostrar las complicaciones que se obtuvo ante esa técnica. El diseño fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal con una población de 60 pacientes. Se halló que los tipos de hernias más comunes según la Clasificación de Gilbert Modificado por Rutkow y Robbins fueron las hernias inguinales indirectas tipo I y tipo II, representando el 38,33% en ambos casos. La mayoría de las hernias afectaban el lado derecho (53,3%) seguido del lado izquierdo (46,7%), en cuanto al tiempo quirúrgico, la media fue de 48 minutos, con un rango de 40 a 75 minutos, la mayoría de las hernioplastias (75%) se realizaron en un tiempo quirúrgico de 40 a 50 minutos, mientras que el 25% restante fue superior a 55 minutos, el 90% de los pacientes que se sometieron a la cirugía fueron dados de alta del Servicio de Cirugía General después de 24 horas, mientras que el 10% restante tuvo una estancia hospitalaria de 36 a 48 horas, de las 60 intervenciones

realizadas utilizando la técnica de Lichtenstein para reparar hernias inguinales, se observaron complicaciones en 7 pacientes, lo que representa el 11,7%. Las conclusiones se registraron complicaciones posteriores a la cirugía en 7 pacientes, de los cuales 2 presentaron infección en el sitio quirúrgico y 2 desarrollaron seroma. Además, 2 pacientes experimentaron inguinodinia, y se observó recidiva en 1 paciente después de 12 meses de seguimiento, lo que representa un porcentaje del 1,67%.

Solarte H et.al. Col (26), en Colombia, en el año 2021, en su investigación titulada "Herniorrafía Inguinal Sin tensión por Técnica TAPP. Experiencia inicial en Hospital de tercer nivel en Manizales - Caldas" cuyo objetivo fue demostrar la frecuencia de complicaciones que tiene la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP). El diseño metodológico es de tipo descriptivo y retrospectivo. Se halló que el 76.9% de los participantes en el estudio fueron hombres, la mayoría de los participantes se clasificaron según la American Society of Anesthesiologist (ASA) como ASA I o ASA II; el tipo más común de hernia encontrada fue la tipo L2P, se observó que un 19.7% (n=30) de los participantes experimentaron alguna complicación postoperatoria; la complicación más frecuente fue la funiculitis, con un 9.2% (n=14), seguida del hematoma, con un 6.5% (n=10), y el seroma, con un 4.6% (n=7), los demás eventos se presentaron en una frecuencia inferior al 4%. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni recurrencias tempranas. Se concluye que no se observaron complicaciones intraoperatorias graves en ningún caso. Sin embargo, en comparación con varios estudios previos, se registró una tasa más alta de complicaciones postoperatorias tempranas.

Diallo M et.al. Col (27), en Cuba, en el año 2019, en su investigación titulada "Factores asociados a las complicaciones de la cirugía electiva de las hernias inguinales", cuyo objetivo fue es determinar los factores que se relacionan con las complicaciones de la cirugía programada de hernias inguinales. El diseño fue de tipo observacional y descriptivo. Se halló que hubo un total de 18 complicaciones (7,3%) en este estudio, se observó una mayor incidencia de complicaciones en el grupo de edad comprendido de 51 a 70 años, representando el 47,8% de los casos. Se observó una predominancia

significativa del sexo masculino en comparación con las mujeres, con una proporción de 15,4 a 1; el estado físico preoperatorio se clasificó como ASA 1 en 183 pacientes (74,4%) y ASA 2 en 62 pacientes (25,2%), del total de pacientes con complicaciones, el 72,2% presentaba al menos una enfermedad asociada, en cuanto a la clasificación de Nyhus, el tipo 2 fue el más común, representando el 29,7% de los casos y el 44,4% de los pacientes con complicaciones. Se concluye que la edad superior a 50 años, el sexo masculino, los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o la clasificación de las hernias como tipo II según la clasificación de Nyhus estuvieron relacionados con la aparición de complicaciones agudas, como edema del cordón espermático e infección del sitio operatorio, así como complicaciones crónicas, como recidiva o formación de granulomas, en la cirugía electiva de las hernias inguinales.

Correa L y Domínguez D (28), en Cuba, en el año 2018, en su investigación titulada "Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral", cuyo objetivo fue demostrar las características epidemiológicas de pacientes con hernia inguinal. El diseño metodológico fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se halló que un promedio anual de 21 casos, los pacientes masculinos predominaron sobre los femeninos (82.3% frente a 17.74%); el grupo de edad más común fue el de mayores de 60 años, con una media de 66 años, la mayoría de los pacientes con hernia presentaron hernias inguinales bilaterales indirectas (87.1%), la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 fueron los antecedentes patológicos más frecuentes, con tasas del 45.2% y 30.6%, respectivamente, la técnica quirúrgica más utilizada fue la de Nyhus, el principal factor desencadenante fue la edad del paciente (69.4%), seguido de los esfuerzos crónicos relacionados con la defecación, la micción, la tos o el levantamiento de objetos pesados (61.29%), y el sedentarismo (50.00%). Se concluye que las características principales de los pacientes con hernia inguinal bilateral son las siguientes: son pacientes masculinos de edad avanzada, con hipertensión arterial y diabetes; además, suelen realizar esfuerzos crónicos debido a un estilo de vida sedentario.

### **Antecedentes nacionales.**

Vigil-Guerrero R y Del Castillo M (29), en Lima – Perú, en el año 2022, en su investigación titulada “Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria”, cuyo objetivo fue analizar los resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral (HIU) que fueron sometidos a cirugía en una unidad de cirugía mayor ambulatoria en un hospital de nivel III. El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se halló que los pacientes que se sometieron a la técnica Con tensión (Lichtenstein) recibieron anestesia regional, mientras que aquellos que se sometieron a las técnicas Sin tensionés recibieron anestesia general. Se siguió un protocolo para la recuperación postoperatoria y el alta de todos los casos, el dolor fue controlado mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) u opioides, un total de 34 pacientes (22%) no recibieron el alta el mismo día de la cirugía, de estos, 26 pacientes (16.8%) se hospitalizaron debido a que la cirugía se prolongó requiriendo un mayor tiempo de recuperación dentro del hospital, sin embargo, no cumplieron los criterios para la hospitalización. Ocho pacientes (5.2%) requirieron hospitalización debido a complicaciones: cuatro en la cirugía Con tensión, dos por punción dural advertida, dos por dificultad en la disección de la hernia y colocación de drenaje local; y cuatro en la cirugía Sin tensión, dos por taquicardia intraoperatoria en la técnica TAPP y dos por otras razones, como antecedentes neurológicos o adherencias del saco herniario que requirieron conversión a la técnica Con tensión, en un caso de técnica TAPP, se realizó una conversión debido a una hernia en pantalón, pero el paciente recibió el alta dentro de las 8 horas estipuladas, asimismo, no se registraron muertes durante el período estudiado. Se concluye que la cirugía ambulatoria de HIU en adultos realizada por la técnica Con tensión o Sin tensión, es un procedimiento seguro que permite el alta del paciente el mismo día de la cirugía.

Bravo E (30), en Lima – Perú, en el año 2020, en su investigación titulada “Factores de riesgo asociados a hernia inguinal recidivante en pacientes post operados del servicio de cirugía general del Hospital Sergio E. Bernales, del 2016 al 2018”, cuyo objetivo fue identificar los elementos de riesgo relacionados con

la aparición recurrente de hernia inguinal en pacientes que han sido sometidos a cirugía previa en el servicio de Cirugía General. El diseño de estudio fue de tipo observacional, retrospectivo y analítico. Se halló que, de los 208 participantes incluidos en el estudio, el 49,3% de los hombres presentaron recidiva de hernia inguinal, mientras que el 50,7% no la experimentó. Se observó que la mayoría de los pacientes con recidiva tenían más de 60 años (60,9%), mientras que aquellos menores de 60 años tenían una menor probabilidad de sufrir una recidiva (63,4%). Se encontró una asociación significativa entre la recidiva de hernia inguinal y tres factores de riesgo: edad mayor de 60 años, con un Odds Ratio (OR) ajustado de 2,48 (IC 95%: 1,36-4,50;  $p=0,003$ ); hipoproteinemia, con un OR ajustado de 3,19 (IC 95%: 1,33-7,66;  $p=0,010$ ); y un índice de masa corporal (IMC) alto, con un OR ajustado de 3,53 (IC 95%: 1,92-6,47;  $p<0,001$ ). Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la reaparición de hernia inguinal y tres factores: un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 25 Kg/m<sup>2</sup>, niveles bajos de proteína en sangre (hipoproteinemia) y una edad superior a 60 años.

Dobbertin P (31), en Lima – Perú, en el año 2020, en su investigación titulada “Recidiva de hernias inguinales en pacientes operados en el Hospital Central FAP en los años del 2015 al 2018”, cuyo objetivo fue demostrar los factores para que haga recidiva las hernias inguinales. El diseño de estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se halló que la variable de sexo no mostró una relación estadísticamente significativa con la recidiva de hernias inguinales entre los 208 pacientes sometidos a cirugía. Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad (OR=1,89), el consumo de tabaco (OR=2,47) y la recidiva de hernias inguinales. En cuanto a la técnica operatoria utilizada, los pacientes que no se sometieron a la técnica Lichtenstein tuvieron un riesgo de recidiva 1.96 veces mayor en comparación con aquellos que sí la utilizaron, según el análisis multivariado. Se concluye que en el período comprendido entre 2015 y 2018, se identificaron factores de riesgo asociados a la recurrencia de hernias inguinales en el HC-FAP. Estos factores incluyeron la obesidad, el tabaquismo y el no uso de la técnica operatoria tipo Lichtenstein.

Rodriguez Z (32), en Trujillo- Perú, en el año 2019, en su investigación titulada “Factores de riesgo para recidiva en pacientes post hernioplastia inguinal” cuyo objetivo fue identificar los elementos de riesgo asociados con la recurrencia en pacientes que han sido sometidos a hernioplastia inguinal. El diseño de este estudio fue de tipo comparativo, casos y controles, retrospectivo. Se halló que las variables con una significancia estadísticamente aceptada fueron historiales de hipertensión (OR 0.383, IC 95% 0.179-0.819;  $p=0.012$ ), historial de tabaquismo (OR 21.805, IC 95% 8.348-56.954;  $p=0.000$ ), historial de herniorrafía previa (OR 3.603, IC 95% 1.450-8.955;  $p=0.004$ ) y complicación postquirúrgica de dolor inguinal crónico (OR 2.335, IC 95% 1.166-4.674;  $p=0.016$ ). El análisis multivariado reveló que el tabaquismo ( $p=0.001$ , OR 35.98, IC 95% 11.82-109.57), historial de herniorrafía previa ( $p=0.001$ , OR 8.99, IC 95% 2.64-30.67) y la edad ( $p=0.020$ , OR 1.04, IC 95% 1.01-1.08) fueron factores de riesgo significativos para la recurrencia de hernia inguinal después de la cirugía. Se concluye que existe una mayor probabilidad de encontrar tabaquismo y antecedentes de herniorrafía en pacientes con recidiva de hernia inguinal después de la cirugía, en comparación con aquellos pacientes que no presentan estos factores de riesgo.

Gutiérrez J (33), en Arequipa – Perú, en el año 2019, en su investigación titulada “Factores relacionados a la recidiva de hernias inguinales en pacientes hospitalizados en cirugía del Hospital III Goyeneche”, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la recidiva de hernias inguinales y variables como la edad, sexo, desnutrición, obesidad, presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), estreñimiento, tabaquismo y ocupación en pacientes hospitalizados. El diseño fue de tipo observacional, retrospectivo y transversal. Se halló que la edad superior a 60 años y el desempeño de ocupaciones que implican esfuerzo físico se identificaron como factores asociados a la recidiva de hernia inguinal, se observó una frecuencia de recidiva del 20,31%. La técnica quirúrgica más comúnmente utilizada en intervenciones previas en pacientes con hernias inguinales recurrentes fue aquella que involucra tensión, con un 58,97%. Se concluye que se identificó que la edad mayor a 60 años y la realización de ocupaciones que implican esfuerzo físico se asocian significativamente con la recidiva de hernias inguinales, además, se observó una mayor frecuencia de



hernia recidivada en hombres, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística.

### **Antecedentes locales**

No se encontraron.

### **1.2 Planteamiento del problema**

La recurrencia se define como la reaparición de un defecto herniario en la misma ubicación anatómica específica de la hernia que fue previamente operada y temporalmente desapareció mediante cirugía, en caso contrario, si aparece en una ubicación diferente, se considerará como una segunda hernia primaria y distinta. La reaparición de la hernia es el problema más común a largo plazo después de la reparación de la hernia inguinal, aunque las técnicas de "libre de tensión" utilizando mallas y la cirugía Sin tensión han ayudado a reducir estas tasas, las hernias inguinales recurrentes siguen representando una proporción significativa de las herniorrafías inguinales y no muestran una tendencia clara a disminuir (18).

A nivel mundial, la hernia inguinal es indudablemente una de las razones más comunes para buscar atención quirúrgica, se ha informado que su incidencia varía entre 6,3 y 25,5 casos por cada 10.000 habitantes, lo que la convierte en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados por los cirujanos; se recomienda utilizar una técnica de reparación con malla, y el procedimiento puede realizarse de forma Con tensión o mediante técnicas mínimamente invasivas, cada año, se realizan aproximadamente 2.000.000 de cirugías para reparar hernias inguinales en todo el mundo, lo cual constituye una gran parte de las intervenciones en el campo de la Cirugía General, estas hernias ocurren con mayor frecuencia en hombres, con una relación de 9 a 1 antes del primer año de vida y después de los 55 años, la incidencia de recurrencia de la hernia varía según el centro médico, la técnica quirúrgica utilizada y la condición de los tejidos del paciente (34).

En Latinoamérica, en Cuba se observó que en una investigación se registraron 18 complicaciones (7,3 %) en la muestra analizada, el tipo 2, según la

clasificación de Nyhus, fue el más común, con 73 pacientes (29,7 %) en el total y ocho (44,4 %) de los casos complicados, se realizaron cirugías Con tensiones, siendo predominantes las técnicas de sobrecapas fasciales (Goderich) con 111 casos (45,1 %) y las técnicas protésicas (Lichtenstein) con 85 casos (34,5 %); hubo complicaciones en 7 pacientes (38,8 %) y 3 pacientes (16,6 %), respectivamente, el método anestésico más utilizado fue la anestesia local con sedación en 171 casos (69,5 %), y se registraron complicaciones en 13 de ellos (72,3 %) (35). En Argentina, se analizó las características demográficas y se observó que la edad promedio en el G1 fue de 55 años, mientras que en el G2 fue de 58 años, ambos grupos presentaron una predominancia significativa de pacientes masculinos (90%), el índice de masa corporal (IMC) promedio fue similar en ambos grupos, con 25,9 kg/cm<sup>2</sup> en el G1 y 26,3 kg/cm<sup>2</sup> en el G2; no se encontraron diferencias significativas al clasificar el IMC según los diferentes grados de obesidad, todos los pacientes en el G1 y el 98% en el G2 fueron clasificados como ASA I-II, indicando un estado de salud general bueno a moderado. Se observó una mayor proporción de pacientes fumadores en el G1 (40%) en comparación con el G2 (18%), y este hallazgo fue estadísticamente significativo [OR: 4,1 (1,5-11,5), p = 0,01]; además, se encontró una mayor proporción de pacientes que fueron sometidos a cirugía por una hernia recidivada en el G1 (31%) en comparación con el G2 (12%), y este hallazgo también fue significativo [OR: 3,5 (1,2-10,3)]. sin embargo, al realizar un análisis multivariado, solo el tabaquismo (TBQ) demostró ser estadísticamente significativo (36).

En Perú, en una investigación en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se observó que en el año 2019, se observó la mayor proporción de casos de hernia inguinal no recidivada, alcanzando el 97,09% del total, por otro lado, el año 2017 registró el mayor número de casos de hernia inguinal no recidivada, con un total de 290 casos; en cuanto a la hernia inguinal recidivada, se encontró la mayor frecuencia en el año 2019, representando el 2,91% de los casos, además, el año 2017 tuvo el mayor número de casos de hernia inguinal recidivada, con un total de 25 casos; al analizar por género, se observa que la hernia inguinal no recidivada fue más frecuente en hombres, representando el 72,28% de los casos, en comparación con el 27,72% en mujeres; en el caso de

la hernia inguinal recidivada, también se encontró una mayor frecuencia en hombres, con un 67,95%, mientras que las mujeres representaron el 32,05%, sin embargo, al aplicar la prueba de Chi cuadrado a los datos presentados, se concluye que la relación entre el género y la recurrencia de la hernia inguinal no es estadísticamente significativa (37).

### **1.3 Formulación de la investigación**

#### **Problema General**

¿Cuáles son los factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?

#### **Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son los factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?
- ¿Cuáles son los factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?
- ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?

### **1.4 Justificación de la investigación**

Esta justificación se sustenta en estudios y conocimientos científicos sobre la fisiopatología de la hernia inguinal, así como en la identificación de factores de riesgo que pueden afectar la integridad de la pared abdominal; como la debilidad del tejido conectivo, la obesidad, el tabaquismo y las enfermedades crónicas pueden influir en la recurrencia de la hernia inguinal.

Asimismo, radica en la importancia de considerar estos factores en la práctica clínica para mejorar los resultados del tratamiento. Identificar y abordar los factores de riesgo sistémico puede ayudar a adaptar el enfoque quirúrgico, promover cambios en el estilo de vida y optimizar la atención médica, reducir así la probabilidad de recurrencia de la hernia inguinal y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los estudios retrospectivos, por otro lado, pueden aprovechar los datos clínicos y registros médicos existentes para analizar retrospectivamente la relación entre los factores de riesgo y la recurrencia de la hernia inguinal. Estos estudios pueden proporcionar información valiosa sobre una gran población de pacientes y permitir análisis estadísticos para evaluar la asociación entre los factores de riesgo y la recurrencia.

Se basa en el impacto positivo que puede tener el conocimiento de estos factores en la sociedad en general, al promover la prevención, mejorar la atención médica y fomentar la investigación, se puede trabajar hacia una sociedad más saludable, reducir la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los individuos afectados por la hernia inguinal.

## **1.5 Objetivos de investigación**

### **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar los factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

- Determinar los factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- Determinar los factores clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

## 1.6 Hipótesis de la investigación

### Hipótesis de la investigación

#### Hipótesis general

- **H1:** Existen factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- **H0:** No existen factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022

#### Hipótesis específicas

##### Específica 1

- **H1:** Existen factores demográficos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- **H0:** No existen factores demográficos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

### **Específica 1**

- **H1:** Existen factores quirúrgicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- **H0:** No existen factores quirúrgicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

### **Específica 2**

- **H1:** Existen factores clínicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- **H0:** No existen factores clínicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

## **1.7 Variables de la investigación**

Identificación de variables

### **Variable dependiente**

Hernia inguinal recidivada

### **Variable independiente**

Factores demográficos

- Edad
- Género
- Procedencia

### Factores quirúrgicos

- Cirugías abdominales previas
- Tiempo de operación
- Tiempo de cirugía

### Factores clínicos

- Obesidad
- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedades del tejido conectivo
- Enfermedades inflamatorias intestinales

## **II. Estrategia metodológica**

### **2.1 Tipo, nivel y diseño de la Investigación**

#### **Tipo de investigación**

El estudio realizado se enmarcó en la categoría de investigación básica, un enfoque que se centró en la generación de conocimiento teórico sin una aplicación inmediata y directa. La finalidad principal era profundizar en la comprensión de los fundamentos y principios subyacentes de un fenómeno o teoría, sin necesariamente abordar problemas prácticos específicos en ese momento. Esta investigación básica estableció una base sólida de evidencia científica que sirvió como cimiento para futuros estudios de mayor complejidad y aplicabilidad, los cuales buscarán resolver problemas concretos relacionados con el tema de estudio. En este sentido, la investigación básica desempeñó un papel crucial al proporcionar los fundamentos conceptuales necesarios para el avance del conocimiento y la solución de problemas prácticos en investigaciones posteriores, contribuyendo al desarrollo científico y tecnológico en diversas áreas de estudio (38).

#### **Diseño metodológico**

El diseño de investigación adoptado en el presente estudio se sustentó en los principios teóricos establecidos por la Sociedad Hispana de Investigadores Científicos (SHIC) (39). En este sentido, se seleccionó un diseño de investigación de tipo observacional, en el cual el investigador asumió el papel de observador, encargándose de registrar y medir los hechos o fenómenos tal como acontecieron en su entorno natural, sin intervenir directamente en el proceso de estudio. Además, también fue de carácter analítico subtipo casos y controles, ya que se orientó a explorar y analizar la posible asociación entre las variables independientes y dependientes a través de técnicas de análisis bivariado. Esta metodología facilitó la identificación de relaciones significativas que arrojaron luz sobre los patrones o tendencias presentes en los datos recopilados. Asimismo, el estudio se enmarcó en un diseño transversal, lo que significó que se llevó a cabo una única medición en cada participante en un momento específico. Esto



proporcionó una instantánea de la situación en un momento determinado, sin un seguimiento longitudinal a lo largo del tiempo. Por último, se consideró que este estudio tenía un enfoque retrospectivo, ya que los datos utilizados en la investigación eran preexistentes al momento del estudio. Esto implicó que se analizaron datos o registros que se generaron en el pasado y que se utilizaron con el propósito de investigar y obtener conclusiones relevantes para el presente. Este diseño permitió aprovechar la información disponible de manera eficiente y valiosa para alcanzar los objetivos de la investigación.

### **Nivel de investigación**

El nivel de investigación que se consideró para este proceso fue el nivel relacional, ya que se buscó determinar el grado de asociación que tenían las variables estudiadas (27).

### **Método de la Investigación**

La metodología de esta investigación estuvo arraigada en el paradigma positivista o racionalista, que se caracterizó por la formulación de hipótesis con la finalidad de predecir eventos o fenómenos y posteriormente someterlos a verificación y comprobación rigurosa (40). Este enfoque se apoyó en la aplicación del análisis estadístico como una herramienta fundamental para poner a prueba las hipótesis planteadas. El paradigma positivista abogó por la búsqueda de leyes y regularidades en los datos recopilados, lo que permitió establecer relaciones causa-efecto y comprender las estructuras subyacentes que rigieron los fenómenos estudiados. La presente investigación es de diseño observacional, analítico (casos y controles), transversal y retrospectivo. La población total comprendía a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal, de los cuales 87 pacientes presentaron recidiva (casos). Se evaluó a todos los pacientes con recidiva y a 87 pacientes sin recidiva (controles). El instrumento fue una ficha de recolección de datos. La estadística principal fue realizada mediante la prueba de momios (OR).

## **2.2 Población y Muestra**

### **Población de Estudio**

La población de estudio estuvo conformada por las unidades de investigación definidas como los pacientes del Hospital Santa María del Socorro ubicado en la provincia de Ica para el período comprendido entre los años 2020 al 2022. Por la información obtenida del área de ingresos y registros de pacientes del establecimiento de salud se conoce que la población es de 485 pacientes.

### **Criterios de Elegibilidad**

- Criterios de inclusión
  - Pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro.
  - Pacientes atendidos en durante los años 2020, 2021 y 2022.
  - Pacientes de ambos géneros.
  - Pacientes mayores de mayores de 18 años.
  - Pacientes con residencia y estadía permanente en Ica.
  - Pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal
- Criterios de exclusión
  - Pacientes inmunosuprimidos
  - Pacientes con historias clínicas incompletas

### **La muestra**

La muestra fue de 174 pacientes que asistieron al Hospital Santa María del Socorro – Ica, 2020-2022.

## **Fuente de información**

La fuente de información que suministró todos los datos resaltantes provino directamente de los registros de las historias clínicas de los pacientes del hospital que cumplían con los criterios de elegibilidad. Estas historias clínicas representaron una fuente de información que fueron relevantes relacionados con la salud de los pacientes.

## **Proceso de recolección de datos**

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se realizó una visita al lugar de aplicación, en este caso, el Hospital Santa María del Socorro, para presentar el estudio y solicitar su aprobación para su ejecución.
- Se coordinó una visita al servicio de estadística del servicio de cirugía para obtener acceso al listado de pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad. Este procedimiento se realizó mediante una solicitud enviada al encargado del servicio.
- Se procedió a la aplicación de los instrumentos diseñados, adaptados y validados para la recolección de los datos necesarios para alcanzar los objetivos de investigación.
- Es importante mencionar que todos los datos obtenidos durante el proceso de recolección se almacenaron y resguardaron hasta el momento de su procesamiento estadístico.

## **Instrumento de recolección de datos**

La recolección de información se llevó a cabo a través de la técnica de revisión documental, ya que este enfoque resultó fundamental para obtener datos secundarios que respaldaran la investigación. El instrumento utilizado para esta tarea fue una ficha de recolección de datos cuidadosamente estructurada en función de los factores demográficos, que contenía información sobre la edad, el género y la etnia de los sujetos de estudio. Además, se recopilaban datos

relacionados con factores quirúrgicos, como antecedentes de cirugías abdominales previas, tiempo de operación y tipo de cirugía realizada. También se recabaron datos clínicos pertinentes, incluyendo aspectos relacionados con la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades del tejido conectivo, las enfermedades inflamatorias intestinales y, por último, se registró la presencia o ausencia de hernia inguinal recidivada.

Es importante destacar que el instrumento utilizado en este proceso de recolección de datos no implicaba el uso de escalas, por lo que no fue necesario aplicar pruebas para evaluar sus propiedades métricas.

#### **2.4 Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de datos**

Para el desarrollo del procesamiento de la información, se llevaron a cabo una serie de acciones que se consideraron técnicas científicas que garantizaban la rigurosidad.

- En primer lugar, se aplicó control de calidad a los instrumentos para constatar su consistencia y legibilidad en los formatos, y este proceso se llevó a cabo a través de la inspección visual. Es importante resaltar que los instrumentos que no superaron este proceso fueron descartados y se declararon en la sección de los resultados del informe final.
- Seguidamente, se procedió a la digitalización y codificación de toda la información obtenida durante la recolección de datos, para luego ingresarla a una matriz general de datos que se diseñó a través del programa de Microsoft Excel 365.
- Así mismo, se hizo el vaciado y organización de toda la información recogida en esta etapa mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 25.0, conformando así la matriz informativa para la respectiva aplicación de las pruebas de análisis de datos.
- Por la naturaleza de la presente investigación, se aplicó un proceso de análisis de tipo bivariado para poder así determinar el nivel de covarianza entre dos variables. Por lo tanto, la prueba estadística empleada fue la

Chi<sup>2</sup> de Pearson, considerando significancia estadística a los p-valores menores a 0,05, y también se utilizó la prueba de regresiones logísticas, utilizando como medida de asociación al Odds Ratio (OR) (95% confianza,  $p < 0,05$ ).

- Igualmente, se aplicó la estadística descriptiva para analizar el proceso minuciosamente, y se utilizó para determinar las frecuencias absolutas y relativas, así como las medidas de tendencia central.
- Los resultados obtenidos durante el procesamiento de análisis estadístico se organizaron cuidadosamente a través de esquemas gráficos y cuadros estructurados y diseñados detalladamente para su fácil y correcta interpretación.

## **2.5 Aspectos éticos**

Los aspectos éticos que respaldaron el desarrollo científico de la investigación realizada se basaron en los marcos éticos y las regulaciones nacionales e internacionales aplicables a los estudios biomédicos. En este contexto, se aseguró el cumplimiento de las directrices legales requeridas para la ejecución de la investigación. Desde una perspectiva institucional, el estudio fue sometido a una evaluación y aprobación por parte de las autoridades universitarias en relación a los aspectos éticos a través del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Rectoral N° 1305-R-UNICA-2020. Este comité desempeñó un papel fundamental en la supervisión y garantía del cumplimiento de los principios éticos en la investigación médica, asegurando que se respetaran los derechos y el bienestar de los participantes involucrados en el estudio y que se mantuvieran los más altos estándares éticos a lo largo de todo el proceso investigativo.

### III. Resultados

**Tabla 1** – Características demográficas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

Características demográficas	Frecuencia	
	N	%
Edad promedio	57,39 (DE±18,28)	
Edad categórica		
Menos de 35 años	22	12,6
De 35 a 60 años	61	35,1
Más de 60 años	91	52,3
Género		
Masculino	131	75,3
Femenino	43	24,7
Procedencia		
Ica	146	83,9
Otra provincia	28	16,1

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 1 se observa que la edad promedio de la muestra evaluada fue de 57 años y que el 52,3% tuvo más de 60 años. Asimismo, el 75,3% eran pacientes varones y el 83,9% era procedente de Ica.

**Tabla 2 – Características quirúrgicas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.**

Características quirúrgicas	Frecuencia	
	N	%
Tiempo operatorio promedio	87,98 (DE±23,40)	
Tiempo operatorio categórica		
Menos de 60 minutos	20	11,5
De 60 a 120 minutos	142	81,6
Más de 120 minutos	12	6,9
Cirugía abdominal previa		
No	155	89,1
Si	19	10,9
Tipo de cirugía según técnica		
Sin tensión	163	93,7
Con tensión	11	6,3

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 2 se observa que el tiempo operatorio promedio fue de 88 minutos y que el 81,6% estuvo en cirugía entre 60 a 120 minutos. Por otro lado, solo el 10,9% había tenido una cirugía abdominal previa. En la mayoría de pacientes se les practicó una hernioplastia sin tensión (93,7%).

**Tabla 3 – Características clínicas de los pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.**

Características clínicas	Frecuencia	
	N	%
Obesidad		
Ausente	151	86,8
Presente	23	13,2
Diabetes mellitus tipo 2		
Ausente	157	90,2
Presente	17	9,8
Enfermedad de tejido conectivo		
Ausente	174	100,0
Presente	0	0,0
Enfermedad intestinal inflamatoria		
Ausente	174	100,0
Presente	0	0,0

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 3 se observa que solo el 13,2% de los pacientes presentaron obesidad y el 9,8% presentó diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, ningún paciente presentó enfermedad de tejido conectivo (0,0%) o enfermedad intestinal inflamatoria (0,0%).



**Tabla 4 – Factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.**

Factores demográficos	Hernia inguinal recidivada				Chi <sup>2</sup> (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Edad categórica					
Menos de 35 años	0	0,0	22	100,0	29,016 (<0,001)
De 35 a 60 años	29	47,5	32	52,5	
Más de 60 años	58	63,7	33	36,3	
Género					
Masculino	68	51,9	63	48,1	0,772
Femenino	19	44,2	24	55,8	(0,380)
Procedencia					
Ica	79	54,1	67	45,9	6,129
Otra provincia	8	28,6	20	71,4	(0,013)

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 4 se aprecia que la edad ( $p < 0,001$ ) y la procedencia ( $p = 0,013$ ) son factores asociados a la hernia inguinal recidivada. Los pacientes que tuvieron más de 60 años fueron los que presentaron una mayor frecuencia de hernia inguinal recidivada (63,7%); asimismo, se observó que la frecuencia en menores de 35 años fue nula (0,0%) y que a medida que la edad aumentaba la frecuencia de recidiva también se incrementaba. Los pacientes de procedencia de Ica fueron los que presentaron una mayor frecuencia de recibida en comparación de los pacientes de otras provincias (54,1% vs. 28,6%).

**Tabla 5** – Factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

Factores quirúrgicos	Hernia inguinal recidivada				Chi <sup>2</sup> (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Tiempo operatorio					
Menos de 60 minutos	0	0,0	20	100,0	22,615 (<0,001)
De 60 a 120 minutos	80	56,3	62	43,7	
Más de 120 minutos	7	58,3	5	41,7	
Cirugía abdominal previa					
No	77	49,7	78	50,3	0,059
Si	10	52,6	9	47,4	(0,808)
Tipo de cirugía según técnica					
Sin tensión	77	47,2	86	52,8	7,861
Con tensión	10	90,9	1	9,1	(0,005)

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 5 se observa que el tiempo operatorio ( $p < 0,001$ ) y el tipo de cirugía ( $p = 0,005$ ) fueron factores asociados a la hernia inguinal recidivada. En cuanto al tiempo operatorio se observó que a partir de los 60 minutos se observó casos recidiva, siendo la mayor frecuencia en pacientes con cirugías de más de 120 minutos (58,3%). Por otro lado, los pacientes que fueron intervenidos mediante una hernioplastía Con tensión presentaron una notorio mayor frecuencia de recidiva en comparación de los pacientes con hernioplastia sin tensión (90,9% vs. 47,2%).

**Tabla 6** – Factores clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.

Factores clínicos	Hernia inguinal recidivada				Chi <sup>2</sup> (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Obesidad					
Ausente	79	52,3	72	47,7	2,455 (0,177)
Presente	8	34,8	15	65,2	
Diabetes mellitus tipo 2					
Ausente	72	45,9	85	54,1	11,018 (0,001)
Presente	15	88,2	2	11,8	
Enf. de tejido conectivo					
Ausente	87	50,0	87	50,0	NC
Presente	0	0,0	0	0,0	
Enf. intestinal inflamatoria					
Ausente	87	50,0	87	50,0	NC
Presente	0	0,0	0	0,0	

**NC:** No calculable

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 6 se aprecia que solo la diabetes mellitus tipo 2 estuvo estadísticamente asociado a la hernia inguinal recidivada ( $p=0,001$ ). Referente a las frecuencias se observó un mayor número de recidiva en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en comparación de aquellos que no tenía dicha comorbilidad (88,2% vs. 45,9%).

**Tabla 7 – Factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.**

Factores de riesgo	OR	p-valor	IC95%	
			Lim. Inf	Lim. Sup
Edad categórica				
Menos de 35 años	Excl.			
De 35 a 60 años	Ref.			
Más de 60 años	1,939	0,048	1,003	3,751
Procedencia				
Otra provincia	Ref.			
Ica	2,948	0,013	1,220	7,122
Tiempo operatorio				
Menos de 60 minutos	Excl.			
De 60 a 120 minutos	Ref.			
Más de 120 minutos	1,085	0,893	0,329	3,583
Tipo de cirugía según técnica				
Sin tensión	Ref.			
Con tensión	11,169	0,005	1,397	89,270
Diabetes mellitus tipo 2				
Ausente	Ref.			
Presente	8,854	0,001	1,959	40,019

**Excl:** Excluido por falta de datos

**Fuente:** Historias clínicas del HSMS-Ica (2020-2022).

En la tabla 7 se aprecia que los pacientes con edades mayores a 60 años tuvieron 1,9 veces el riesgo de recidiva en comparación de los pacientes de 35 a 60 años (OR:1,9; IC95%:1,0-3,7). Los pacientes de Ica tuvieron 2,9 veces el riesgo de recidiva en comparación de los pacientes de otras localidades (OR:2,9; IC95%:1,2-,71). Los pacientes con hernioplastias a tensión tuvieron 11,1 veces el riesgo de recidiva en comparación de los que tuvieron hernioplastia sin tensión (OR:11,1; IC95%:1,3-89,2). Los pacientes diabéticos tuvieron 8,8 veces el riesgo de recidiva en comparación de los que no tenían dicha comorbilidad (OR:8,8; IC95%:1,9-40,0). El tiempo operatorio de más de 120 minutos no mostró tener un mayor riesgo de recidiva en comparación de los que tuvieron una cirugía de 60 a 120 minutos ( $p=0,893$ ).

#### IV. Discusión

Los resultados de la presente investigación demostraron que existen ciertos factores de riesgo sistémico asociados a la hernia inguinal recidivada, por otro lado, los factores que tuvieron mayor asociación fue los factores demográficos, en donde se observó que la edad ( $p < 0,001$ ) y el lugar de origen ( $p = 0,013$ ) están vinculados a la recurrencia de hernia inguinal; dentro de los factores quirúrgico, por otro lado se encontró como asociación en los factores quirúrgicos a que la duración de la operación ( $p < 0,001$ ) y la modalidad de la cirugía ( $p = 0,005$ ) se encuentran vinculadas a la recurrencia de hernia inguinal.

Según el primer objetivo específico de esta investigación, se buscó determinar los factores demográficos de riesgo, Diallo (27) en su estudio observó que de su población que hubo una frecuencia más alta de complicaciones en el grupo de individuos de 51 a 70 años, abarcando el 47,8% de los casos. También se evidenció una marcada predominancia de individuos masculinos en comparación con las mujeres, con una proporción de 15,4 a 1. Por su parte, Correa L y Domínguez (28), observó que en un total de 21 casos, se observó una prevalencia mayor de pacientes masculinos en comparación con los femeninos (82,3% frente a 17,74%). El grupo de edad más frecuente fue el de individuos mayores de 60 años, con una edad promedio de 66 años. La mayoría de los pacientes con hernia mostraron tener hernias inguinales bilaterales indirectas, representando el 87,1%. Bravo (30), observó que, en 208 pacientes, se observó que la mayoría de los pacientes que experimentaron recidiva tenían más de 60 años (60,9%), en contraste con aquellos menores de 60 años, quienes mostraron una probabilidad menor de sufrir una recidiva (63,4%). Se identificó una asociación significativa entre la recurrencia de hernia inguinal y tres factores de riesgo, siendo la edad mayor de 60 años uno de ellos, con un Odds Ratio (OR) ajustado de 2,48 (IC 95%: 1,36-4,50;  $p = 0,003$ ). En nuestro estudio se apreció que los individuos mayores de 60 años exhibieron una frecuencia más elevada de hernia inguinal recidivada (63,7%). En contraste, se observó que la frecuencia fue nula en aquellos menores de 35 años (0,0%), y a medida que la edad aumentaba, también lo hacía la frecuencia de recurrencia. En cuanto a la procedencia, los pacientes originarios de Ica mostraron una frecuencia de

recurrencia más alta en comparación con aquellos de otras provincias (54,1% vs. 28,6%).

Según el segundo objetivo específico de esta investigación, se buscó determinar los factores quirúrgicos de riesgo sistémico, Cardozo (25) demostró que de 60 pacientes, la mayoría de las hernias afectaron el lado derecho (53,3%), seguido del lado izquierdo (46,7%). En cuanto a la duración de la operación, la media fue de 48 minutos, con un rango que osciló entre 40 y 75 minutos. La mayoría de las hernioplastias (75%) se llevaron a cabo en un tiempo quirúrgico de 40 a 50 minutos, mientras que el 25% restante superó los 55 minutos. Solarte (26), notó que un 19,7% (n=30) de los sujetos experimentaron alguna complicación después de la operación. La incidencia más común de complicaciones fue la funiculitis, registrando un 9,2% (n=14), seguida por el hematoma con un 6,5% (n=10) y el seroma con un 4,6% (n=7). Gutiérrez (33), demostró que la técnica quirúrgica más usada fue tensional con un 58,97%. En nuestro estudio se observó que el tiempo de la operación ( $p < 0,001$ ) y el tipo de procedimiento quirúrgico ( $p = 0,005$ ) demostraron estar vinculados con la recurrencia de la hernia inguinal. Respecto al tiempo operatorio, se observó que a partir de los 60 minutos se registraron casos de recidiva, siendo la frecuencia más alta en aquellos pacientes sometidos a cirugías que superaron los 120 minutos (58,3%). Por otra parte, los pacientes que se sometieron a una hernioplastia Con tensión exhibieron una frecuencia notablemente superior de recidiva en comparación con aquellos que se sometieron a una hernioplastia sin tensión (90,9% vs. 47,2%).

Según el tercer objetivo específico de esta investigación, se buscó determinar los factores clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada, Rodríguez (32), por su parte demostró en su estudio que las variables que mostraron una significancia estadística fueron los antecedentes de hipertensión (OR 0.383, IC 95% 0.179-0.819;  $p = 0.012$ ) y el historial de tabaquismo (OR 21.805, IC 95% 8.348-56.954;  $p = 0.000$ ). Dobbertin (31), demostró que de 208 pacientes, se identificó una relación estadísticamente significativa entre la obesidad (OR=1,89), el hábito de fumar (OR=2,47) y la recurrencia de hernias inguinales. Vigil- Guerrero M (29), observó que el 5,2% de los casos necesitaron

ser hospitalizados debido a complicaciones: cuatro en la cirugía Con tensión, dos relacionados con la punción dural advertida y las dificultades en la disección de la hernia y la colocación del drenaje local; mientras que otros cuatro casos ocurrieron en la cirugía Sin tensión. En nuestro estudio se encontró que solo la diabetes mellitus tipo 2 estuvo estadísticamente asociado a la hernia inguinal recidivada ( $p=0,001$ ).

La comprensión de los factores de riesgo sistémico asociados a la hernia inguinal recidivada reviste una importancia crucial en la práctica médica. La investigación detallada de estos factores clínicos permite no solo prever el desarrollo de la recurrencia de la hernia inguinal, sino también diseñar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas. En este contexto, la asociación estadística de la diabetes mellitus tipo 2 con la recidiva de la hernia inguinal subraya la necesidad de evaluar y gestionar cuidadosamente a los pacientes diabéticos sometidos a intervenciones quirúrgicas de este tipo. La diversidad de resultados entre distintos estudios, que han señalado la relevancia de variables como la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad y el hábito de fumar, destaca la complejidad del panorama clínico. La atención a estos factores no solo impacta en la prevención y manejo de la recurrencia, sino que también puede influir en la planificación de intervenciones quirúrgicas y en la atención postoperatoria, mejorando así la calidad de la atención médica brindada a los pacientes con hernia inguinal.

## **V. Conclusiones**

- El índice de masa corporal es un factor de riesgo estadísticamente significativo para recidiva de hernia inguinal.
- Existen factores demográficos, quirúrgicos y clínicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- La edad mayor de 60 años y la procedencia de Ica son factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- La hernioplastía a tensión es un factor quirúrgico de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.
- La diabetes mellitus tipo 2 es un factor clínico de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.



## VI. Recomendaciones

- En pacientes postoperados debe darse un descanso prudente y justo según el tipo de labor que realiza el paciente, y acorde al esfuerzo físico que demande se debe prolongar o acortar la exoneración de labores a fin de promover una mayor recuperación y prevención de recidiva.
- La realización de la primera cirugía para el tratamiento de la hernia inguinal en un centro con experiencia, con la tecnología adecuada y profesionales especialistas, será sinónimo de menor riesgo de recidiva de la hernia inguinal.
- Se sugiere un seguimiento más riguroso y frecuente en pacientes mayores de 60 años, junto con la implementación de estrategias preventivas específicas para esta población. La procedencia geográfica también debe ser considerada en el desarrollo de programas de salud pública dirigidos a la educación y la prevención de complicaciones relacionadas con hernias inguinales, especialmente en áreas con mayor incidencia.
- Debe promoverse la formación y actualización en técnicas quirúrgicas menos invasivas y con menor tasa de recurrencia, como la hernioplastia sin tensión o el uso de mallas. La revisión periódica de las técnicas quirúrgicas empleadas en el hospital y la evaluación de sus resultados a largo plazo pueden ayudar a identificar áreas de mejora en la práctica quirúrgica.
- Para los pacientes diabéticos, es esencial un control glucémico óptimo antes y después de la cirugía. Deberían establecerse protocolos de manejo interdisciplinarios que incluyan la colaboración entre cirujanos, endocrinólogos y médicos de atención primaria. La educación del paciente sobre la importancia del control de la diabetes en la prevención de complicaciones postoperatorias es también una parte fundamental del manejo.

## VII. Referencias Bibliográficas

1. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. Rickham's neonatal Surg [Internet]. 2022 Aug 15 [cited 2023 Jun 1];637–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>
2. Prada-Silvy CE, Briceño Iragorry L, Ordaz-Humbría I. Laparoscopia y exploración del lado opuesto de la hernia inguinal en el niño. Gac Med Caracas [Internet]. 2006 Sep 1 [cited 2023 Jun 1];114(3):198–200. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622006000300004&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000300004&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
3. Vasco Guerrero MT. Características clínicas y epidemiológicas de la hernia inguinal en pacientes adultos atendidos en el Hospital MINSA II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre 2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto; 2021. Available from: <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/4280>
4. Proctor VK, O'Connor OM, Burns FA, Green S, Sayers AE, Hawkins DJ, et al. Management of Acutely Symptomatic Hernia (MASH) study. Br J Surg [Internet]. 2022;109(8):754–62. Available from: <https://doi.org/10.1093/bjs/znac107>
5. Diccionario Médico. Hernioplastia [Internet]. 2023 [cited 2023 May 23]. p. 1–3. Available from: [https://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php?title=Hernioplastia](https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Hernioplastia)
6. Clinic M. Hernia inguinal [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 17]. p. 8. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/inguinal-hernia/diagnosis-treatment/drc-20351553>
7. Zhu X, Liu Z, Shen J, Liu J, Tang R. Comparison of open and laparoscopic inguinal-hernia repair in octogenarians. Asian J Surg [Internet]. 2023;46(2):738–41. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.06.149>

8. MedlinePlus. Hernia [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 17]. p. 6. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000960.htm>
9. Kazzam ME, Ng P. Postoperative Seroma Management. StatPearls [Internet]. 2022 Aug 22 [cited 2023 Jun 1];01(02):1–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585101/>
10. Acevedo F. A, León S. J, García P. G. Hernia inguinal recidiva. Tratamiento ambulatorio con anestesia local por la vía Con tensión anterior. Rev Chil cirugía [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 Jun 1];67(5):511–7. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262015000500008&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000500008&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
11. Bruna Esteban M, Cantos Pallarés M, Artigues Sánchez de Rojas E, Vila MJ. [Prospective randomized trial of long-term results of inguinal hernia repair using autoadhesive mesh compared to classic Lichtenstein technique with sutures and polypropylene mesh]. Cir Esp [Internet]. 2014 Mar [cited 2023 Jun 1];92(3):195–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24060164/>
12. Alonso Y, López J, Gil R, Hernández A, Hernández R. Caracterización de los pacientes con hernia inguinal operados por la técnica de Lichtenstein. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2023 Jun 1];59(04):14–9. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932020000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400004)
13. Yen HC, Chen IC, Lin GC, Ke YY, Lin MC, Chen YM, et al. Sex-specific genetic variants associated with adult-onset inguinal hernia in a Taiwanese population. Int J Med Sci [Internet]. 2023 May 1 [cited 2023 Jun 1];20(5):607. Available from: </pmc/articles/PMC10110472/>
14. León Larico JL. Factores de riesgo asociados a la infección de sitio operatorio en postcesareadas en el Hospital II Luis Negreiros Vega - 2017

- [Internet]. Universidad César Vallejo; 2018. Available from: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23875/Leon\\_LJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23875/Leon_LJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Hori T, Yasukawa D. Fascinating history of groin hernias: Comprehensive recognition of anatomy, classic considerations for herniorrhaphy, and current controversies in hernioplasty. *World J Methodol* [Internet]. 2021 Jul 7 [cited 2023 Jun 1];11(4):160. Available from: </pmc/articles/PMC8299909/>
  16. Pita L, Castrillón O, Acosta I. Edad, aprendizaje, tiempo quirúrgico y complicaciones en la cirugía videoSin tensión. *Rev Cuba Cirugía* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Jun 1];38(03):1–6. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74931999000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000300005)
  17. Buitrago J, Martínez D. ¿Intervenimos adecuadamente las hernias inguinales? *Rev Colomb Cirugía* [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2023 Jun 1];29(02):1–5. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822014000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822014000200006)
  18. Fonseca F, Lorenzo A, Yaima R, Llópez R. Factores de riesgo asociados a la hernia inguinal recurrente en el adulto mayor. *Rev cirugía* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Jun 1];71(01):1–5. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000100061&script=sci\\_arttext\\_plus&tlng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000100061&script=sci_arttext_plus&tlng=es)
  19. Hidalgo M, Castellón C, Figueroa J, Eymar J, Moreno González E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Cirugía Española* [Internet]. 2001 Mar 1 [cited 2023 Jun 1];69(3):217–23. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-cirugia-hernias-11000114>
  20. Benites M. Inguinal hernioplasty with the liechtenstein technique: recurrence rate, 36-month follow-up in the general surgery service of the regional hospital of Pilar. *Cienc Lat* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Jun

- 1];01(05):1–6. Available from:  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/673/902?inline=1>
21. Mudarra Vela M, Rivas Ruiz F, Atienza Carrasco J, Medina Cano F. Impacto en la incidencia de perforación gastrointestinal durante la pandemia de COVID-19 en el área sanitaria Costa del Sol. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 2022 May [cited 2022 May 15]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.02.004>
22. Valera Sánchez Z, Morales Conde S, López Bernal F, Cadet Dussort H. Gran hematoma de pared abdominal secundario a colocación de trocar. *Rev Española Enfermedades Dig* [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2023 Jun 1];100(10):645–645. Available from:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082008001000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Adelsdorfer CO, Slako MM, Klinger JR, Carter M JE, Bergh CO, Claudia Benavides EJ. Complicaciones postoperatorias de la serie prospectiva de pacientes con hernioplastia inguinal, en protocolo de hospitalización acortada del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. *Rev Chil cirugía* [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2023 Jun 1];59(6):436–42. Available from:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Vitulli Romero JR. Recidiva de hernias inguinales. Estudio de 52 casos. *Rev Digit Postgrado* [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2023 Jun 1];12(1):359–62. Available from:  
[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/25873](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/25873)
25. Cardozo-Arias HR, Verdecchia-Insfran C, Fretes-Gómez AM, Caballero-Rodriguez A, Aguilera P, Cardozo-Arias HR, et al. Complicaciones de la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en el Servicio de Cirugía general del Hospital Militar Central de las FF AA. Periodo 2018 a 2019. *Cirugía paraguaya* [Internet]. 2021 Apr 30 [cited 2023 Jun 1];45(1):6–

8. Available from:  
[http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-04202021000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
26. Solarte H, Vergara G, Morales A, Torres N. Herniorrafía Inguinal Sin tensión por técnica TAPP. Experiencia inicial en Hospital de tercer nivel en Manizales - Caldas. [Internet]. [Caldas]: Universidad de Caldas; 2021 [cited 2023 Jun 1]. Available from:  
<https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/16724>
27. Diallo MS, Fernández ZR, Álvarez GJ, LastNameYodú RLG, Callejas EC. Factores asociados a las complicaciones de la cirugía electiva de las hernias inguinales [retractado] | Saliou Diallo | Revista Cubana de Medicina Militar. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 21];48(4):25–35. Available from:  
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/413/406>
28. Correa L, Domínguez D. Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Jun 1];22(03):1–8. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300009)
29. Vigil-Guerrero RE, Del Castillo Yrigoyen MA. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. Rev Medica Hered [Internet]. 2021 Jan 19 [cited 2023 Jun 1];32(4):201–6. Available from:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2021000400201&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000400201&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Bravo E. Factores de riesgo asociados a hernia inguinal recidivante en pacientes post operados del Servicio de Cirugía general del Hospital Sergio E. Bernales, del 2016 al 2018 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2878>

31. Dobbertin Soto PM. Recidiva de hernias inguinales en pacientes operados en el Hospital Central FAP en los años del 2015 al 2018 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3019>
  
32. Rodríguez Z. Factores de riesgo para recidiva en pacientes post hernioplastia inguinal [Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [cited 2023 Jun 1]. Available from: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4085/1/REP\\_MED.HUMA\\_ZUHLY.RODRIGUEZ\\_FACTORES.RIESGO.RECIDIVA.PACIENTES.POSTHERNIOPLASTIA.INGUINAL.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4085/1/REP_MED.HUMA_ZUHLY.RODRIGUEZ_FACTORES.RIESGO.RECIDIVA.PACIENTES.POSTHERNIOPLASTIA.INGUINAL.pdf)
  
33. Gutiérrez Chambi JC. “Factores relacionados a la recidiva de hernias inguinales en pacientes hospitalizados en cirugía del Hospital III Goyeneche” [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2018 [cited 2023 Jun 1]. Available from: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA\\_1f7446e5db4eab81a6de90b21ac02fd8](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_1f7446e5db4eab81a6de90b21ac02fd8)
  
34. Christian Antonio Chasi Peñafiel. Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019. [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2020 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102646/tesis-christian-chazi.pdf>
  
35. Saliou M, Rodríguez Z, Joubert G, Gavilán R, Casamayor E. Complicaciones postquirúrgicas de las hernias inguinales. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Jun 1];58(02):1–5. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932019000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200004)
  
36. Peña M, Dreifuss N, Sadava E. Factores de riesgo de recidiva luego de la hernioplastia inguinal Sin tensión: seguimiento de una cohorte a 5 años.

- Rev Argent Cir [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2023 Jun 1];110(04):1–5. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2018000400004&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2018000400004&script=sci_arttext&lng=es)
37. Castillo Ramos DA. Factores de riesgos sistémicos asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2015 – 2019 [Internet]. Repositorio de Tesis - UNMSM. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16032>
38. Sánchez Flores FA. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Rev Digit Investig en Docencia Univ [Internet]. 2019 Apr 24 [cited 2022 Apr 7];13(1):102–22. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
39. Chacma-Lara E, Laura-Chávez T. Quantitative research: Seeking the standardization of a taxonomic scheme. Rev Med Chil [Internet]. 2021 Sep;149(9):1382–3. Available from: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000901382>
40. Coello Valdéz E, Blanco Balbeíto N, Reyes Orama Y. Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico-epistemológico. Rev EDUMECENTRO [Internet]. 2012 May [cited 2021 Jul 29];4(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742012000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200017)
41. Babativa Novoa CA. Investigación cuantitativa [Internet]. Fondo edit. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017 [cited 2022 Sep 24]. 1–143 p. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424046.pdf>
42. Expert J. Hernia inguinal: tratamiento (la malla quirúrgica), dolor



postoperatorio y recidiva [Internet]. [Barcelona]; [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.barnaclinic.com/blog/patologia-pared-abdominal/tratamiento-hernia-inguinal-malla-quirurgica/>

## VIII. Anexos

### Anexo 1: Instrumentos de recolección de información



Ficha de recolección de datos

Factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica, 2020-2022.

Ficha N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_ años

#### Género

- Varón ( )
- Mujer ( )

#### Procedencia

- Ica ( )
  - Otra provincia ( )
- 

#### FACTORES QUIRÚRGICOS

#### Cirugías abdominales previas

- Sí ( )
- No ( )

**Tiempo de operación:** \_\_\_\_\_ minutos

**Tipo de cirugía según técnica**

- Hernioplastía Con tensión ( )
- Hernioplastía Sin tensión ( )

**FACTORES CLÍNICOS**

**Obesidad**

- Si ( )
- No ( )

**Diabetes mellitus tipo 2**

- Si ( )
- No ( )

**Enfermedades del tejido conectivo**

- Si ( )
- No ( )

**Enfermedad inflamatoria intestinal**

- Si ( )
- No ( )

---

**VARIABLE DE ESTUDIO**

**Hernia inguinal recidivada**

- Si ( )
- No ( )

## Anexo 2: Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variables	Escala de medición	Unidades de medida
<b>Hernia inguinal recidivada</b>	La hernia inguinal recidivada se refiere a la reaparición de una hernia inguinal después de una cirugía previa para reparar una hernia en la misma área. Es una variable categórica con valores que pueden ser Presente (indicando la presencia de una hernia inguinal recidivada) o Ausente (indicando su ausencia).	Pacientes postquirúrgicos con diagnóstico de CIE-10 K40 a K46	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	- Ausente - Presente
<b>Edad</b>	La edad representa la cantidad de años cumplidos por el paciente en el momento de la evaluación o cirugía. Es una variable numérica que toma valores en números enteros.	Historia clínica	Cuantitativa discreta	Escala de razón	Años
<b>Género</b>	El género se refiere a la identidad de género del paciente, indicando si es hombre o mujer.	Historia clínica	Categórica dicotómica	Escala nominal	- Masculino - Femenino

	Es una variable categórica con valores de Hombre o Mujer.				
<b>Procedencia</b>	La procedencia indica el lugar de residencia habitual del paciente, determinado por la dirección de residencia reportada por el mismo. Es una variable categórica que puede tomar varios valores correspondientes a diferentes lugares geográficos de residencia.	Historia clínica	Categórica dicotómica	Escala nominal	- Ica - Otra provincia
<b>Cirugías abdominales previas</b>	Se consideran cirugías abdominales previas aquellas intervenciones quirúrgicas realizadas anteriormente en la región abdominal del paciente. Es una variable categórica con opciones de Presente (indicando presencia de cirugías abdominales previas) o Ausente (indicando su ausencia).	Historia clínica	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	- Ausente - Presente
<b>Tiempo de operación</b>	El tiempo de operación se refiere a la duración en minutos o horas de la cirugía para reparar la hernia inguinal recidivada. Es una variable numérica que toma valores en minutos.	Historia clínica	Cuantitativa discreta	Escala de razón	Minutos

<b>Tipo de cirugía</b>	El tipo de cirugía se refiere al procedimiento quirúrgico específico realizado en el paciente para reparar la hernia inguinal recidivada. Es una variable categórica que puede tomar varios valores correspondientes a los diferentes procedimientos quirúrgicos utilizados en la reparación de hernias inguinales recidivadas, como hernioplastía Con tensión o Sin tensión	Historia clínica	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con tensión</li> <li>- Sin tensión</li> </ul>
<b>Obesidad</b>	La obesidad se define como el exceso de grasa corporal que afecta negativamente la salud. Esta variable es categórica y se acompaña del valor del Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado. Se registra como "Presente" cuando el IMC del paciente se encuentra en el rango de obesidad (por ejemplo, IMC de 30 o	Historia clínica	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Presente</li> </ul>

	superior) y como "Ausente" cuando el IMC está fuera de ese rango.				
<b>Diabetes mellitus tipo 2</b>	La diabetes mellitus tipo 2 se refiere a una enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo regula el azúcar en la sangre. Esta variable es categórica y se acompaña del valor de diagnóstico, que se registra como "Presente" cuando el paciente ha sido diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 y como "Ausente" cuando no se ha realizado dicho diagnóstico.	Historia clínica	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	- Ausente - Presente
<b>Enfermedades del tejido conectivo</b>	Las enfermedades del tejido conectivo se refieren a trastornos que afectan el tejido conectivo del cuerpo, como el lupus eritematoso sistémico o la esclerodermia. Es una variable categórica con opciones de Presente (indicando la presencia de enfermedades del tejido conectivo) o Ausente (indicando su ausencia).	Historia clínica	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	- Ausente - Presente



<b>Enfermedades inflamatorias intestinales</b>	<p>Las enfermedades inflamatorias intestinales incluyen afecciones como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa que afectan el tracto gastrointestinal. Es una variable categórica con valores que pueden ser Presente (indicando la presencia de enfermedades inflamatorias intestinales) o Ausente (indicando su ausencia).</p>	<p>Historia clínica</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Escala nominal</p>	<p>- Ausente - Presente</p>
--	--	-------------------------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------------

### Anexo 3: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>GENERAL:</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p><b>PE 1:</b> ¿Cuáles son los factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?</p> <p><b>PE 2:</b> ¿Cuáles son los factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?</p> <p><b>PE 3:</b> ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo sistémico</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar los factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p><b>OE 1:</b> Determinar los factores demográficos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>OE 2:</b> Determinar los factores quirúrgicos de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>OE 3:</b> Determinar los factores clínicos de riesgo sistémico</p>	<p><b>GENERAL:</b> Existen factores de riesgo sistémico asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p><b>HE 1:</b> Existen factores demográficos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>HE 2:</b> Existen factores quirúrgicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.</p> <p><b>HE 3:</b> Existen factores clínicos de riesgo asociados a hernia inguinal recidivada en</p>	<p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Hernia inguinal recidivada</p> <p><b>Variable independiente</b></p> <p>Factores demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Género</li> <li>• Procedencia</li> </ul> <p>Factores quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías abdominales previas</li> <li>• Tiempo de operación</li> <li>• Tiempo de cirugía</li> </ul> <p>Factores clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Diabetes mellitus tipo 2</li> <li>• Enfermedades del tejido conectivo</li> </ul>

asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022?	asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.	pacientes del Hospital Santa María Del Socorro – Ica en el periodo 2020-2022.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedades inflamatorias intestinales</li></ul>
---	---	---	---

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p><b>-Nivel:</b> Relacional</p> <p><b>-Tipo de Investigación:</b> Observacional, analítico (casos y controles), transversal y retrospectivo</p>	<p><b>Población:</b> La población de estudio estuvo conformada por las unidades de investigación definidas como los pacientes del Hospital Santa María del Socorro ubicado en la provincia de Ica para el período comprendido entre los años 2020 al 2022. Por la información obtenida del área de ingresos y registros de pacientes del establecimiento de salud se conoce que la población es de 485 pacientes; de los cuales 87 presentaron recidiva.</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro.</li> <li>• Pacientes atendidos en durante los años 2020, 2021 y 2022.</li> <li>• Pacientes de ambos géneros.</li> <li>• Pacientes mayores de mayores de 18 años.</li> <li>• Pacientes con residencia y estadía permanente en Ica.</li> <li>• Pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes inmunosuprimidos</li> <li>• Pacientes con historias clínicas incompletas</li> </ul> <p><b>Muestreo:</b> Sin muestra</p> <p><b>Muestra:</b> Sin muestreo</p>	<p><b>Técnica:</b> Revisión documental</p> <p><b>Software Estadístico:</b> SPSS v26.0</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</p>

.....

Dr.  
ASESOR

.....

Lic.  
ESTADÍSTICO

## **Anexo 4: Solicitud de ejecución de estudio**

## **Anexo 5: Validación del instrumento**