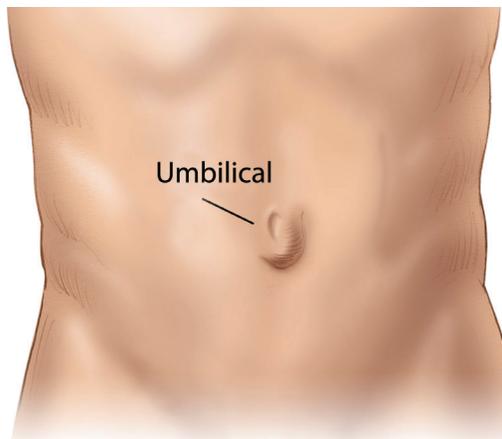


Reparación de hernia umbilical en adultos



Ubicación de la hernia umbilical

La afección

La hernia umbilical ocurre cuando un tejido se abulta y se abre camino a través de la abertura de los músculos abdominales cerca del ombligo (umbilicus). Cerca del 10 % de las hernias abdominales son umbilicales.¹

Síntomas frecuentes

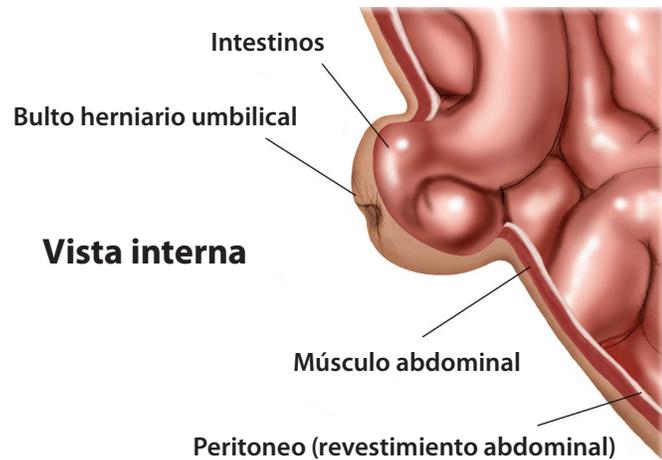
- Bulto visible en el abdomen, en particular cuando tose o se esfuerza.
- Dolor o presión en el área de la hernia.

Opciones de tratamiento

Procedimiento quirúrgico

Reparación de hernia abierta: se realiza una incisión cerca del área. El cirujano repara la hernia con una malla o sutura (cose) la capa muscular.

Reparación por laparoscopia: se repara la hernia mediante la inserción de una malla o con suturas con la ayuda de instrumentos que se pasan por pequeñas incisiones en el abdomen.



Espera en observación

Tal vez pueda esperar para reparar las hernias umbilicales que son muy pequeñas, reducibles (que se pueden presionar y volver a la posición normal) y que no son incómodas.² Si su hernia no se repara quirúrgicamente, existe un 4 % de riesgo de que se estrangule en los próximos cinco años. Esto significa que los intestinos pueden quedar apretados en el saco herniario y el suministro de sangre puede verse interrumpido. Si esto ocurre, necesitará una cirugía de urgencia.

Beneficios y riesgos de la cirugía

Beneficios: la cirugía es la única forma de reparar una hernia. Puede volver a su rutina y, en la mayoría de los casos, no tendrá más molestias.

Los riesgos de no realizarse ninguna cirugía: la hernia puede causar dolor y aumentar de tamaño. Si el saco herniario aprieta el intestino, tendrá un dolor repentino, vómitos y requerirá una cirugía de urgencia.³

Entre los posibles riesgos se encuentran: la reaparición de la hernia; una infección; una lesión en la vejiga, en los vasos sanguíneos, en los intestinos o en los nervios, y dolor constante en la zona de la hernia.

Expectativas

Antes de la cirugía: la evaluación puede incluir análisis de sangre, análisis de orina y ultrasonido. El cirujano y el anestesiólogo revisarán su historia clínica, los medicamentos de venta libre y las opciones para el control del dolor.

El día de su cirugía: no comerá ni beberá durante seis horas antes de la cirugía. Por lo general, tomará su medicación normal con un sorbo de agua. Necesitará que alguien le lleve a casa.

La recuperación: por una reparación simple, quizás pueda irse el mismo día. Necesitará quedarse más tiempo por reparaciones complejas.⁴

Llame al cirujano: si tiene dolor intenso, calambres abdominales, escalofríos o fiebre alta (más de 101 °F o 38.3 °C), hedor, mayor secreción de la incisión o ausencia de movimientos intestinales por tres días.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**
Prepare for the Best Recovery

La primera página es un resumen. Para más información detallada, lea el documento completo.

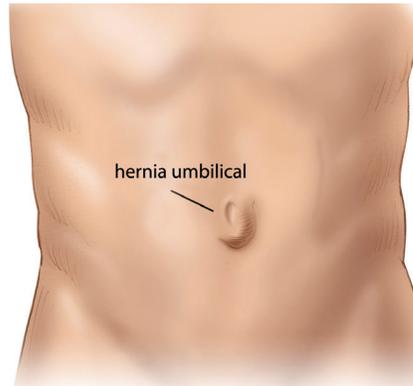
Mantenerse informado

¿A quiénes afecta la hernia umbilical?

El 10 % de todas las hernias en adultos son umbilicales.⁵ Son más frecuentes en mujeres que han tenido varios embarazos; en personas con sobrepeso y en personas que se han sometido a una intervención quirúrgica en el vientre debido al debilitamiento de la pared abdominal. Se producen con la misma frecuencia tanto en hombres como en mujeres mayores de 60 años.⁶

Consideraciones en el embarazo

La hernia en el embarazo es poco frecuente (menos del 1 %). Si la hernia no es complicada, pero sí es sintomática, debería repararse. Si la hernia es irreductible e incoercible o está estrangulada requerirá una reparación de urgencia.⁷



Ubicación de la hernia

La afección

La **hernia umbilical** aparece cuando parte del intestino o del tejido adiposo se abulta a través del músculo cerca del ombligo. En la mayoría de las hernias umbilicales en adultos la causa es el aumento de la presión abdominal contra una pared abdominal debilitada (hernia adquirida).

La **hernia reducible** se puede presionar hacia su posición normal en la abertura o disminuye de tamaño en posición horizontal. Cuando el intestino o el tejido abdominal llena el saco herniario y no se puede devolver al abdomen recibe el nombre de hernia **irreductible o incoercible**. La **hernia estrangulada** es cuando el intestino queda atrapado en el saco herniario y se corta la irrigación sanguínea hacia el intestino. **Se trata de una urgencia quirúrgica y puede que sea necesaria una resección intestinal.**⁸

Síntomas

Los síntomas más frecuentes son:

- Un bulto en la zona abdominal que generalmente aumenta al toser o al hacer esfuerzo.
- Dolor o presión en el área de la hernia.
- El incremento del dolor abdominal agudo y los vómitos pueden significar que la hernia está **estrangulada**. **Esto es una urgencia quirúrgica y se requiere tratamiento inmediato.**

Debido a que los músculos se debilitan con la edad, la hernia puede aumentar de tamaño y existe el riesgo de que se estrangule.² Los vendajes abdominales que presionan el bulto hacia su posición normal no reparan la hernia.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Edad avanzada: los músculos se debilitan.
- Sobrepeso y obesidad: el aumento del peso ejerce presión en los músculos abdominales.
- Esfuerzo crónico.
- Antecedentes familiares.
- Ascitis: acumulación de líquido en el espacio entre los tejidos que revisten el abdomen y los órganos abdominales; puede ser a causa del alcoholismo.
- Embarazo, en particular embarazos múltiples.

Pruebas de diagnóstico comunes

Historia clínica y examen físico

Controles para verificar la presencia de bultos

A menudo las hernias umbilicales se diagnostican únicamente mediante un examen clínico. Si el examen clínico es poco fiable, se puede considerar la posibilidad de realizar una ecografía o una tomografía computarizada.

Pruebas adicionales (ver glosario)

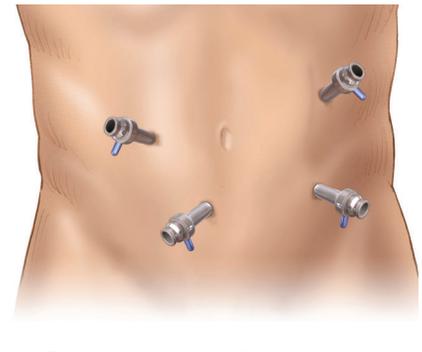
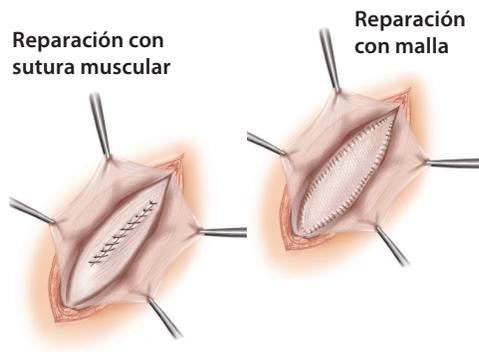
Otras pruebas pueden incluir:

- Ultrasonido
- Tomografía computarizada (TC)
- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Electrocardiograma (ECG) para pacientes mayores de 45 o si tienen un riesgo alto de problemas cardíacos

Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos



Reparación abierta



Reparación por laparoscopia

Tratamiento quirúrgico

El tipo de cirugía depende del tamaño de la hernia, la ubicación y si la hernia tiende a reaparecer (recurrencia). Son también importantes la salud, la edad y la experiencia del cirujano. La cirugía es el único tratamiento para reparar la hernia.

La hernia se puede reparar por medio de un **procedimiento abierto o por laparoscopia**. La reparación se puede realizar únicamente con suturas o con la adición de una malla.

Reparación de hernia abierta

El cirujano hace una incisión cerca del área de la hernia y con cuidado presiona el tejido abultado hacia la posición normal dentro del abdomen. Las suturas o la malla se utilizan para cerrar el músculo.

- Para la reparación con sutura únicamente: Se remueve el saco herniario. Luego, se sutura el tejido a lo largo del músculo. Después, se acomoda el ombligo nuevamente en el músculo. Este procedimiento se utiliza con frecuencia para reparar defectos pequeños.⁹
- Hernioplastia/reparación abierta con malla: Se remueve el saco herniario. La malla se coloca debajo de la zona de la hernia. La malla se sujeta con suturas en el tejido más fuerte alrededor de la hernia. La malla se extiende de 3 a 4 cm más de los límites de la hernia. La reparación abierta con malla y la reparación por laparoscopia de la hernia umbilical no difieren entre sí en cuanto a los resultados a 30 días o al riesgo de recurrencia.¹
- En toda reparación abierta, la zona de la piel se cierra con suturas, grapas o pegamento quirúrgico.
- La reparación abierta se puede realizar con anestesia local o sedación intravenosa (IV).

- El cirujano podría inyectar anestesia local alrededor de la zona de reparación de la hernia para controlar el dolor.
- Con reparaciones de hernias grandes o complejas, se pueden colocar drenajes pequeños que van desde el interior hacia el exterior del abdomen.

Reparación de hernia por laparoscopia

La reparación por laparoscopia disminuye el riesgo de complicaciones de la herida y puede recomendarse para las hernias umbilicales grandes (más de 4 cm). La reparación por laparoscopia puede considerarse para las hernias de tamaño mediano en pacientes con alto riesgo de infección en la herida.

El cirujano realiza pequeñas punciones o incisiones en el abdomen. Se insertan puertos o trocares (tubos huecos) en las aberturas. Se colocan los instrumentos quirúrgicos y una cámara con luz en los puertos. Se infla el abdomen con dióxido de carbono para que le sea más fácil ver la hernia. La malla se puede suturar o fijar con grapas al músculo que rodea la zona de la hernia. Las aberturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento.

Herniorrafia es la reparación quirúrgica de la hernia.

La **hernioplastia** es la reparación quirúrgica de la hernia con una malla, la cual se inserta para reforzar el área débil.

Tratamiento no quirúrgico

En general, no se recomienda la espera en observación, excepto para hernias umbilicales muy pequeñas.² Se recomienda la reparación quirúrgica en los adultos que tienen síntomas, hernia irreductible, adelgazamiento de la piel o ascitis incontrolable.

Mantenerse informado

La reparación por laparoscopia en comparación con la reparación abierta

No hay evidencia significativa sobre la mejor técnica para reparar una hernia umbilical. El tipo de reparación también dependería del tamaño de la hernia.

- La reparación abierta y la reparación por laparoscopia de la hernia umbilical no difieren entre sí en cuanto a los resultados a 30 días o al riesgo de recurrencia. Hay un índice un poco más bajo de complicaciones en heridas, incluidos los seromas, los hematomas y las infecciones con la reparación por laparoscopia.¹ Ambos tipos de operaciones tienen resultados similares a largo plazo.
- La reparación abierta puede realizarse con anestesia local, en vez de con anestesia general, y se realiza con frecuencia como procedimiento ambulatorio.
- Puede que las hernias estranguladas deban repararse por medio de un procedimiento abierto.
- El uso de una malla brinda una reparación más resistente y disminuye la tasa de recurrencia.
- La reparación por sutura dará lugar a una pequeña incisión alrededor del área de la hernia. La reparación por laparoscopia generalmente deja cicatrices de tres a cuatro veces más pequeñas en la zona de los puertos de ingreso.

Riesgos de este procedimiento

SAMPLE

Riesgos basados en la calculadora de riesgo del American College of Surgeons (ACS)

Cirugía de hernia umbilical abierta y por laparoscopia a partir de la calculadora de riesgo de ACS, 30 de marzo de 2022

Riesgos	Porcentajes para el paciente promedio	Mantenerse informado
Infección de la herida: infección en el área de incisión o cerca del órgano en donde se realizó la cirugía.	Abierta 1.3 % Laparoscopia 0.6 %	Por lo general, el tabaquismo y la obesidad aumentan el riesgo de complicaciones postoperatorias en las heridas. Se aconseja dejar de fumar de cuatro a seis semanas y perder peso hasta alcanzar un índice de masa corporal (IMC) inferior a 35 antes de la reparación umbilical programada.
Complicaciones: infección quirúrgica, dificultad respiratoria, coágulos, complicaciones renales (riñón) y cardíacas, y regreso al quirófano.	Abierta 2.1 % Laparoscopia 2.6 %	Las complicaciones relacionadas con la anestesia general y la cirugía pueden ser mayores en las personas fumadoras, de la tercera edad, con obesidad, con hipertensión arterial y con problemas respiratorios. La cicatrización de las heridas podría también disminuir en las personas fumadoras y con diabetes o trastornos en el sistema inmune.
Neumonía: infección en los pulmones.	Abierta 0.1 % Laparoscopia 0.2 %	El movimiento, la respiración profunda y dejar de fumar pueden prevenir infecciones respiratorias.
Infección urinaria: infección de la vejiga o de los riñones	Abierta 0.2 % Laparoscopia 0.1 %	Beber líquidos y el cuidado del catéter disminuye el riesgo de infección urinaria.
Trombosis venosa: un coágulo en las piernas que puede desplazarse hacia los pulmones.	Abierta 0.1 % Laparoscopia 0.1 %	Una cirugía más larga y el reposo incrementan el riesgo. Levantarse, caminar 5 o 6 veces al día y ponerse medias de compresión reducen el riesgo.
Muerte	0 %	El equipo de cirugía está preparado para las situaciones de emergencia.
Los riesgos de los resultados registrados en los últimos 10 años de bibliografía	Porcentajes en el paciente promedio	Mantenerse informado
Dolor postoperatorio inmediato	El método de reparación en sí no parece tener ninguna diferencia significativa en el dolor postoperatorio temprano. ¹⁰	Puede que sienta una opresión en el abdomen debido a que el músculo se ha unido. Se controlará el dolor con antiinflamatorios no esteroideos, con reposo, sin esforzarse y sin levantar peso. ¹¹
Recurrencia: la hernia puede reaparecer luego de la reparación.	Reparación con suturas 17 % Reparación con malla 2.3 % ¹²	Pareciera que el uso de malla u otro tipo de parche reduce la tasa de recurrencia. ¹² La ascitis, la enfermedad hepática, la diabetes, la obesidad y la reparación por sutura sin malla se asocian a la recurrencia. ¹²
Seroma: acumulación de fluidos claros o amarillentos. Hematoma: acumulación de sangre en la zona de la herida o del escroto.	Abierta y por laparoscopia Reparación con suturas .05 % Reparación con malla .06 % ⁹	Los seromas son la complicación más frecuente después de la reparación de hernia umbilical. Los seromas se pueden formar alrededor de la zona de la hernia. Se podría requerir la extracción de fluidos con una aguja estéril. Los hematomas se tratan con medicamentos antiinflamatorios, elevación y descanso.

Los datos se promedian por 1000 casos

La calculadora de riesgos quirúrgicos de ACS estima el riesgo de un resultado desfavorable. Los datos provienen de un gran número de pacientes que se sometieron a un procedimiento similar a este. Si es saludable y no tiene problemas de salud, sus riesgos podrían estar por debajo del promedio. Si fuma, tiene obesidad o cardiopatías, entonces su riesgo podría aumentar. Esta información no reemplaza el asesoramiento médico. Para revisar los riesgos, consulte la calculadora de riesgos de ACS ingresando en <http://riskcalculator.facs.org>.

Preparación para su cirugía

Medicamentos que toma en casa

Traiga la lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluso vitaminas y cualquier medicamento de venta libre. Puede que se tenga que ajustar su medicación antes de la cirugía. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación y su reacción ante la anestesia. Por lo general, tomará su medicación de la mañana con un sorbo de agua.

Anestesia

Avísele al anestesiólogo si tiene o tuvo alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, accidente cerebrovascular), enfermedades cardiovasculares, enfermedades estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, enfermedades de la tiroides), dentadura floja; si consume alcohol o drogas, ingiere hierbas o vitaminas, o si suele tener náuseas o vómitos por la anestesia.

Si fuma, debería decirle al equipo de cirugía y considerar dejarlo. Dejar de fumar antes de la cirugía puede disminuir la tasa de complicaciones respiratorias y de heridas. Dejar de fumar también incrementa las posibilidades de tener una vida libre de tabaco. Encuentre recursos de ayuda para dejar de fumar en *Resources to help you Quit Smoking*: www.facs.org/quit-smoking

Duración de la hospitalización

Si le administraron anestesia local, generalmente se irá a casa el mismo día. Podría quedarse la noche si le realizaron la reparación de una hernia grande o irreductible. La reparación por laparoscopia podría exigir más tiempo bajo anestesia. Las complicaciones como las náuseas intensas y los vómitos o la incapacidad para orinar pueden alargar la hospitalización.

El día de la cirugía

- Su equipo de atención médica le aconsejará cuándo debe dejar de comer y beber antes de la cirugía.
- Báñese o tome una ducha y limpie su abdomen, en especial alrededor del área umbilical, con un jabón antibacteriano.
- Cepílese los dientes y enjuáguese la boca con un enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía; el equipo de cirugía rasurará el vello cerca de la zona de incisión.

Qué traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (ver el glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado fácil de ponerse que no requiera agacharse
- Deje sus joyas y pertenencias valiosas en casa

Qué puede esperar

Se le colocará en la muñeca un brazalete de identificación y un brazalete de alergias con su nombre y número de historia clínica. El equipo médico lo examinará antes de realizar cualquier procedimiento o darle medicación. El cirujano demarcará la zona de la cirugía.

Fluidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrar fluidos y medicación. Para la anestesia general, estará dormido y sin dolor durante la cirugía. Lo intubarán por la garganta para facilitar la respiración durante la cirugía. Para la anestesia espinal, se le inyecta medicamento por medio de una aguja pequeña en la espalda, alrededor de la columna vertebral. Estará despierto durante la cirugía, pero no sentirá dolor.

Después de la cirugía

Se le trasladará a una sala de recuperación, donde controlarán de cerca su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese de que todas las visitas se laven las manos.

Prevención de neumonía y coágulos

Mantenerse en movimiento y respirar profundo luego de la cirugía previene las complicaciones postoperatorias, como coágulos, fluidos en los pulmones y neumonía. Cada hora respire profundo de 5 a 10 veces y retenga la respiración de tres a cinco segundos.

Cuando le realizan una cirugía, hay propensión a que se formen coágulos de sangre por la inmovilidad durante la anestesia. Se disminuye el riesgo al levantarse y caminar cinco o seis veces por día, al utilizar medias o botas de compresión en las piernas y, en el caso de los pacientes con alto riesgo, al tomar una medicación anticoagulante.

Preguntas

Sobre mi cirugía:

- ¿Cuáles son los efectos adversos y los riesgos de la anestesia?
- ¿Qué técnica se usará para reparar la hernia? (¿Reparación abierta o por laparoscopia? ¿Con malla o con suturas?)
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Hará toda la cirugía usted?
- ¿Cuánto dolor debería esperar y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podré volver a mi rutina (trabajar, conducir y levantar peso)?

Mantenerse informado

Alimentos ricos en fibra

Evite esforzarse con los movimientos intestinales; eleve la ingesta de alimentos ricos en fibra.

Tome de 8 a 10 vasos de agua por día.

Entre los alimentos ricos en fibra se encuentran los frijoles, cereal de salvado y panes integrales, guisantes, frutos secos (higos, albaricoques y dátiles), frambuesas, zarzamoras, frutillas, brócolis, papas cocidas con piel, ciruelas, manzanas, hojas verdes y nueces.



No levante nada que pese más de 10 libras.
Un galón de leche pesa 9 libras.

Convalecencia y alta hospitalaria

Pensar con claridad

Si le administran anestesia general o si está tomando analgésicos, es posible que se sienta diferente durante dos o tres días. Podría tener dificultad para recordar o sentir cansancio. No conduzca, no ingiera alcohol ni tome ninguna decisión importante durante al menos dos días.

Nutrición

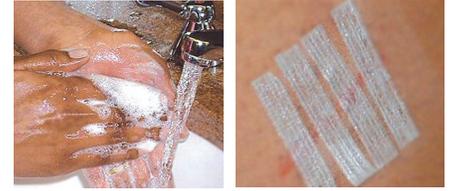
- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente descompuesto, puede comenzar a ingerir alimentos regulares.
- Siga tomando cerca de 8 a 10 vasos de agua al día.
- Coma una dieta rica en fibra para no esforzarse cuando tenga movimientos intestinales.

Actividad

- De a poco vaya aumentando la actividad. Levántese y camine cada hora aproximadamente para prevenir la formación de coágulos.
- Podría irse a casa el mismo día en el caso de una reparación sencilla de la hernia. Si tiene otras afecciones médicas o problemas de salud, como náuseas, vómitos, hemorragias o infecciones después de la cirugía, podría quedarse más tiempo.

Vuelta al trabajo y a la escuela

- Una vez pasado el período de convalecencia, en general puede regresar al trabajo en el lapso de dos a tres días.
- No podrá levantar nada de más de 10 libras, trepar ni realizar actividades agotadoras durante un lapso de cuatro a seis semanas tras la reparación quirúrgica de la hernia umbilical.
- La restricción de levantar peso podría durar hasta seis meses con las reparaciones complejas o recurrentes.²



Lavado de manos

Steri-Strips®

Cuidado de la herida

- Siempre lávese las manos antes y después de tocar cerca de la zona de incisión.
- No tome baños en bañera hasta que le quiten los puntos, Steri-Strips® o grapas. Puede ducharse luego del segundo día posoperatorio, a no ser que le indiquen lo contrario.
- Siga las instrucciones del cirujano sobre cuándo cambiar los vendajes.
- Es normal que la incisión drene un poco. Si el apósito está empapado en sangre, llame al cirujano.
- Si le colocaron puntos Steri-Strips, se caerán en un lapso de 7 a 10 días.
- Si tiene un revestimiento de pegamento sobre la herida, deje que el pegamento se descascare solo.
- Evite usar prendas apretadas o de material áspero. Podrían rozar la incisión y dificultar la cicatrización.
- Proteja la piel nueva, en especial del sol. El sol puede quemar y oscurecer la cicatriz.
- La cicatriz sanará aproximadamente después de cuatro a seis semanas; se ablandará y desaparecerá el siguiente año.
- Puede acceder al programa de ACS sobre el tratamiento de heridas quirúrgicas en el hogar aquí: www.facs.org/woundcare

Control del dolor

Puede controlarse el dolor con acetaminofén (Tylenol®) e ibuprofeno (Motrin®, Advil®). La terapia sin medicamentos, como el hielo, también puede ser eficaz. Si siente un dolor intenso que le impide moverse y dormir, quizás necesite un opiode. Para el día 4 después de la cirugía, la mayoría de las personas no acusa ningún dolor intenso. El dolor de la incisión quirúrgica generalmente desaparece en 7 a 10 días. Consulte la **Guía de control del dolor seguro y eficaz** a continuación o en el sitio web de ACS para obtener más información. <https://www.facs.org/for-patients/safe-pain-control/>

Dolor	¿Qué tan intenso es mi dolor?	¿Qué puedo tomar para sentirme mejor?	Terapias más comunes
Leve	<ul style="list-style-type: none"> Apenas percibo mi dolor y no interfiere con mis actividades. Percibo mi dolor y me distrae, pero aún puedo realizar actividades (sentarme, caminar, pararme). 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamentos orales no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos según sea necesario cuando sienta dolor. Estos alivian el dolor y la hinchazón (inflamación) 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hielo, elevación, descanso, meditación, masaje, distracción (música, TV, juegos) caminata y ejercicio leve Inmovilización del abdomen con almohadas <p>Medicamentos no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Acetaminofén (Tylenol®) Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, ibuprofeno (Motrin®, Advil®) naproxeno (Aleve®)
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Mi dolor es difícil de ignorar y es más notorio incluso cuando descanso. Mi dolor interfiere con mis actividades cotidianas. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamentos orales no opioides</p> <p>Tómelos con horario programado.</p>	<p>Terapia sin medicamentos y medicamentos no opioides</p> <p>en un horario regular en vez de cuando sea necesario. (Por ejemplo: Tylenol® cada 6 horas a las 9 a. m., 3 p. m., 9 p. m., 3 a. m. y Motrin® cada 6 horas a las 12 a. m., 6 a. m., 12 p. m., 6 p. m.)</p>
Intenso	<ul style="list-style-type: none"> Estoy enfocado en mi dolor y no puedo realizar mis actividades cotidianas. Estoy gimiendo de dolor y no puedo dormir. No puedo hacer nada. El dolor es demasiado intenso y no puedo pensar en otra cosa. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamentos orales no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos con horario programado. <p>Opioides de acción corta</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos durante unos días y disminuya o déjelos lo antes posible 	<p>Los opioides bloquean el dolor y dan una sensación de euforia (sentirse drogado). La adicción es un efecto secundario grave de los opioides, pero infrecuente con el uso a corto plazo.</p> <p>Ejemplos de opioides de acción corta: Tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>

Más información

Para obtener más información, diríjase al sitio web de Educación para el Paciente de la American College of Surgeons, ingresando en www.facs.org/patienteducation. Para una revisión completa de la reparación de hernia, consulte las lecturas seleccionadas en *General Surgery*, Vol. 45, Nro. 5, 2019, Hernia.

GLOSARIO

Radiografía abdominal: búsqueda de asas intestinales o sacos llenos de aire.

Ultrasonido abdominal: ondas sonoras que se utilizan para determinar la ubicación de las estructuras profundas en el cuerpo. Una especie de rodillo de mano se coloca sobre un gel y se pasa por el abdomen.

Ascitis: acumulación de líquido en el espacio entre los tejidos que revisten el abdomen y los órganos abdominales; puede ser debido al alcoholismo o a una enfermedad hepática.

Instrucciones anticipadas: los documentos firmados por una persona en pleno uso de sus facultades que ofrecen directrices a los médicos en cuanto a las opciones de tratamiento.

Análisis de sangre: Los análisis por lo general incluyen un cuadro químico sanguíneo de seis elementos (sodio, potasio, cloruro, dióxido de carbono, nitrógeno ureico en sangre y creatinina) y hematología completa (recuento de eritrocitos y leucocitos).

Tomografía computarizada (TC): prueba diagnóstica en la que se utilizan rayos X y una computadora para generar una imagen detallada y tridimensional del abdomen. La TC se realiza en alrededor de 15 minutos o menos.

Electrocardiograma (ECG): mide la frecuencia y la regularidad de los latidos, el tamaño de las cámaras del corazón y cualquier daño al corazón.

Anestesia general: tratamiento con determinados medicamentos que sedan al paciente para que no sienta dolor durante la cirugía.

Hematoma: acumulación de sangre que se ha goteado hacia los tejidos de la piel o en un órgano y que resulta de las incisiones en una cirugía o de la falta de coagulación.

Hernia irreductible: la protruberancia o constricción de un órgano por la pared de la cavidad que normalmente lo contiene.

Anestesia local: pérdida de sensación solo en el área corporal en donde se administra o inyecta la anestesia.

Seroma: acumulación de fluidos serosos de color claro o amarillento.

Estrangulación: el saco herniario estrangula parte del intestino o grasa y se corta la irrigación sanguínea al tejido.

Análisis de orina: examen visual y químico de la orina, con frecuencia se utiliza para descartar infección urinaria o enfermedad renal.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Nota importante sobre el uso de este documento

American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos, fundada en 1913, para mejorar la calidad de la atención a pacientes quirúrgicos por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la práctica quirúrgica. La ACS se esmera en impartir instrucción a los posibles pacientes y aquellos que les educan. La intención no es reemplazar la consulta con el cirujano tratante. La ACS se esmera en brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía al respecto.

Revisado y actualizado en el 2016 y el 2022 por:

Kathleen Heneghan, PhD, MSN, RN, FAACE
Nancy Strand, MPH, RN Mark Malangoni, MD, FACS
Brian Heniford, MD, FACS

REFERENCIAS

- Shankar DA, Itani KMF, O'Brien WJ, Sanchez VM. Factors Associated with Long-term Outcomes of Umbilical Hernia Repair (Factores asociados a los resultados a largo plazo de la reparación de la hernia umbilical). *JAMA Surg*. 2017;152(5):461-466. doi:10.1001/jamasurg.2016.5052
- Kokotovic D, Sjølander H, Gögenur I, Helgstrand F. Watchful waiting as a treatment strategy for patients with a ventral hernia appears to be safe (La espera en observación como estrategia de tratamiento para pacientes con hernia ventral se considera segura) *Hernia* 2016; 20: 281-287.
- Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society (Directrices para el tratamiento de las hernias umbilicales y epigástricas de la Sociedad Europea y la Sociedad Americana de Tratamiento de Hernias). *BJs Br J Surg*. 2020;107(3):171-90.
- <https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/March 30, 2022>.
- Coste AH, Jaafar S, Misra S, Parmely JD. Umbilical hernia (Hernia umbilical) *InStatPearls* [Internet] 29 sep 2019. StatPearls Publishing.
- Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle GT. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? (Frecuencia de las hernias de la pared abdominal: ¿está desactualizada la enseñanza clásica?) *JRSM short reports*. 2011 ;2(1):1-6.
- Kulacoglu H. Umbilical Hernia Repair and Pregnancy: Before, during, after... (Reparación de la hernia umbilical y embarazo: antes, durante, después...) *Front Surg*. 2018;5:1. Publicado el 29 de enero de 2018. doi:10.3389/fsurg.2018.00001
- Ozbagriacik M, Bas G, Basak F, et al. Management of strangulated abdominal wall hernias with mesh; early results (Tratamiento con malla de las hernias estranguladas de la pared abdominal; primeros resultados). *North Clin Istanbul*. 2015;2(1):26-32. Publicado el 24 de abril de 2015. doi:10.14744/nci.2015.03522.
- Hernia Repair Surgery (Cirugía de reparación de hernia). <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/17967-hernia-repair-surgery>. Consultado el 31 de marzo de 2022.
- Kaufmann R, Halm JA, Eker HH, et al. Mesh versus suture repair of umbilical hernia in adults: a randomised, double-blind, controlled, multicentre trial (Reparación con malla en comparación con la reparación con sutura de la hernia umbilical en adultos: ensayo aleatorizado, con doble ocultamiento, controlado y multicéntrico). *Lancet*. 2018;391(10123):860-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30298-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30298-8).
- Shaukat N, Jaleel F, Jawaid M, Zulfiqar I. Is there difference in chronic pain after Suture and Stapler fixation method of mesh in Ventral Hernia? (¿Hay diferencia en el dolor crónico después del método de fijación de la malla con sutura o con grapa en la hernia ventral? Is stapler fixation method quicker? (¿El método de fijación con grapa es más rápido?)) Ensayo controlado aleatorizado. *Pak J Med Sci*. 2018;34(1):175-178. doi:10.12669/pjms.341.
- Kokotovic D., Bisgaard T., Helgstrand F. Long-term Recurrence and Complications Associated With Elective Incisional Hernia Repair. (Recurrencia y complicaciones a largo plazo asociadas a la reparación programada de hernia por medio de incisión). *J Am Med Assoc* 2016;316:1575-82.