

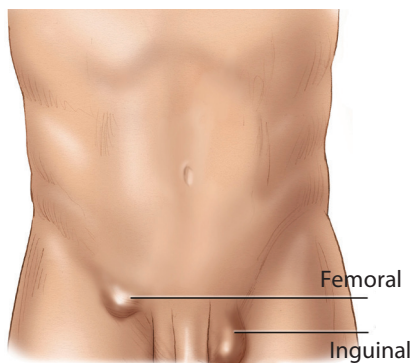
# Reparación de hernia inguinal y femoral de la ingle



## La afección

Una hernia se produce cuando un tejido sobresale a través de una abertura en los músculos. Cualquier parte de la pared abdominal puede debilitarse y desarrollar una hernia, pero los lugares más comunes son la ingle (inguinal), el ombligo (umbilical) y el lugar donde se realizó una incisión quirúrgica previa. La hernia inguinal es más común entre los hombres<sup>1</sup> La hernia femoral puede producirse en la parte superior de la pierna, en el área vaginal o en la ingle, y es más común entre las mujeres.

### Ubicación de la hernia de la ingle



## Síntomas de la hernia de la ingle

- Una protuberancia visible en el escroto o la zona de la ingle, en especial al toser o al hacer un esfuerzo
- Dolor o presión en la zona de la hernia

## Opciones de tratamiento

### Procedimiento quirúrgico

#### Reparación de hernia abierta:

se realiza una incisión cerca de la zona y se repara la hernia con una malla o suturando (cosiendo) el músculo.

#### Reparación de hernia laparoscópica:

se repara la hernia con una malla o suturas insertadas por medio de instrumentos que se colocan dentro de incisiones pequeñas en el abdomen.

## Procedimiento no quirúrgico

Alrededor de 1/3 de los pacientes con hernia de la ingle no presentan síntomas. La espera en observación puede ser una opción segura para adultos que no tienen molestias. La mayoría de los hombres con hernias inguinales necesitan someterse a una cirugía debido al mayor dolor al hacer ejercicios, constipación crónica o síntomas urinarios. El 23 % optó por una cirugía después de 2 años y el 50 %, después de 5 años.<sup>2</sup>

## Beneficios y riesgos de su operación

**Beneficios:** la cirugía es la única forma de reparar una hernia. Puede retomar sus actividades normales y, en la mayoría de los casos, no tendrá más molestias.

#### Los riesgos posibles incluyen:

la reaparición de la hernia; una infección; lesiones en la vejiga, los vasos sanguíneos, los intestinos o los nervios; dificultad para orinar; dolor constante e inflamación de los testículos o la zona de la ingle.

#### Riesgos de no someterse a una cirugía:

la hernia puede causar dolor y aumentar de tamaño. Si su intestino queda atrapado en el saco herniario, tendrá dolor repentino y vómitos, y será necesario someterse a una cirugía de urgencia.

## Expectativas

**Antes de la cirugía:** un examen físico suele ser lo único necesario para diagnosticar hernias de la ingle.<sup>2</sup> La evaluación puede incluir análisis de sangre y análisis de orina. Su cirujano/a y el/la anestesta revisarán su historia clínica, los medicamentos para la casa y las opciones para el control del dolor.

**El día de su cirugía:** no deberá comer ni beber cuatro horas antes de la cirugía. Por lo general, tomará sus medicamentos habituales con un sorbo de agua. Necesitará que alguien lo/la lleve a casa.

**Su recuperación:** si no tiene complicaciones, por lo general, se irá a casa el mismo día. Podrá volver a trabajar de 1 a 2 semanas después de una cirugía laparoscópica o abierta, siempre que no levante objetos pesados.

## Cuándo comunicarse con su cirujano/a

Comuníquese con su cirujano/a en los casos siguientes:

- Dolor incesante
- Empeoramiento del dolor
- Fiebre mayor a 101 °F (38.3 °C)
- Vómitos continuos
- Inflamación, enrojecimiento, hemorragia o drenaje con mal olor de la zona de la herida
- Dolor abdominal fuerte o continuo, o inflamación abdominal
- Sin evacuaciones después de 2 o 3 días de la cirugía

**SURGICAL PATIENT  
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

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

# La afección, los síntomas y las pruebas de diagnóstico

Reparación de hernia inguinal y femoral de la ingle

SAMPLE

## Información para usted

### ¿Quiénes tienen hernias?

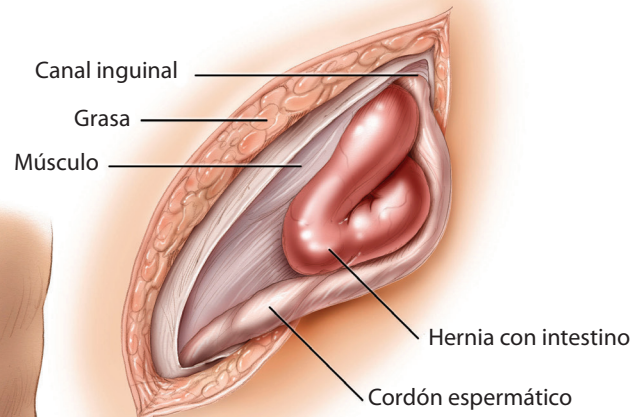
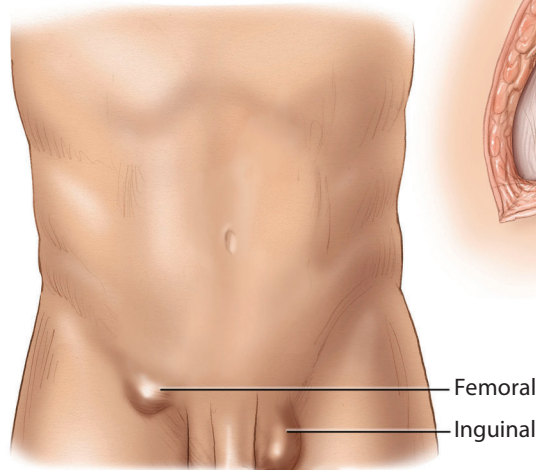
Es posible que no haya un motivo para una hernia. El riesgo de desarrollar una hernia inguinal es de 3 % en las mujeres y de 27 % en hombres.<sup>3</sup> Las hernias inguinales son de 8 a 10 veces más comunes en hombres.<sup>2</sup> Estos son algunos factores de riesgo:

- Edad avanzada: los músculos se debilitan
- Obesidad: el aumento de peso ejerce presión sobre los músculos abdominales
- Torceduras, tirones o esfuerzos repentinos
- Esfuerzo crónico
- Antecedentes familiares
- Enfermedades del tejido conectivo
- Embarazo: 1 de cada 2,000 mujeres desarrollan una hernia durante el embarazo.<sup>4</sup>

### Otras enfermedades

que tienen síntomas similares a las hernias incluyen los ganglios linfáticos agrandados, los quistes y los problemas en los testículos, como la hidrocele testicular.<sup>5</sup>

## Hernia de la ingle



## La afección

### La hernia

Una **hernia de la ingle** se produce cuando un tejido sobresale a través de una abertura en los músculos de la zona de la ingle. Una **hernia reducible** es aquella que puede volver a su posición normal dentro de la abertura. Cuando el intestino o el tejido abdominal llena el saco herniario y no puede volver a su posición normal, se denomina hernia **irreductible o encarcelada**. Una **hernia estrangulada** se produce cuando el intestino queda atrapado en el saco herniario y disminuye la irrigación sanguínea hacia el intestino. **Esto es una urgencia quirúrgica.**<sup>6</sup>

Existen dos tipos de **hernias de la ingle**:

Una **hernia inguinal (inguinal hernia, IH)** aparece como una protuberancia en la ingle o el escroto. Las hernias inguinales representan el 75 % de todas las hernias, y son más comunes en los hombres.<sup>2</sup>

Una **hernia femoral (femoral hernia, FH)** aparece como una protuberancia en la ingle, en la parte superior del muslo o en los labios vaginales (pliegues de piel que rodean la abertura vaginal). Las hernias femorales son cuatro veces más comunes en mujeres.<sup>7</sup> Siempre se reparan debido a un riesgo elevado de estrangulamiento.<sup>2</sup>

**La herniorrafia** es la reparación quirúrgica de una hernia. **La hernioplastia** es la reparación quirúrgica de una hernia con una malla.

## Síntomas

Los síntomas más comunes son:

- Una protuberancia en la ingle, el escroto o en la zona abdominal, que suele aumentar de tamaño al toser o al hacer un esfuerzo.
- Dolor leve o presión en la zona de la hernia.<sup>1</sup>
- Adormecimiento o irritación debido a la presión sobre los nervios que están alrededor de la hernia.<sup>2</sup>
- El dolor abdominal agudo y los vómitos pueden significar que el intestino ingresó en el saco herniario y está estrangulado. **Esto es una urgencia quirúrgica que requiere tratamiento inmediato.**

## Pruebas comunes

### Historia clínica y examen físico<sup>1</sup>

Se revisa la zona en búsqueda de una protuberancia.

Otras pruebas pueden incluir (**véase glosario**):

- Examen digital
- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Electrocardiograma (ECG) para pacientes mayores de 45 años o con riesgo elevado de problemas cardíacos
- Ultrasonido
- Tomografía computarizada (TC)

# Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos

## Tratamiento quirúrgico

El tipo de cirugía depende del tamaño y la ubicación de la hernia, y si es una hernia recurrente. Su salud, su edad, los riesgos de la anestesia y la experiencia del cirujano también son importantes. Una cirugía es el único tratamiento para una hernia femoral o encarcelada/estrangulada.

La hernia se puede reparar a través de un procedimiento **abierto o laparoscópico**. La reparación se puede realizar únicamente con suturas, o agregando una malla.

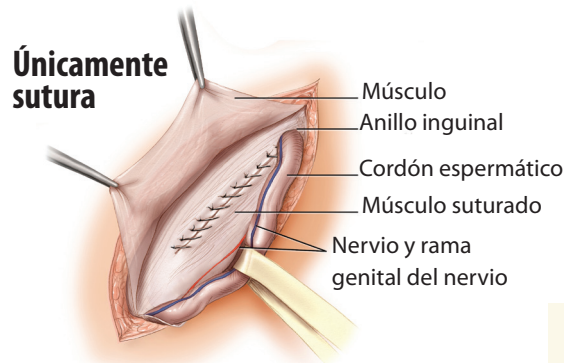
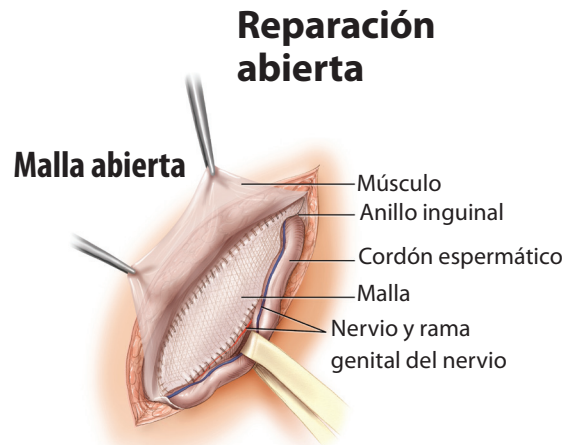
## Reparación abierta de hernia

El/la cirujano/a hace una incisión cerca de la zona de la hernia y presiona la protuberancia para que vuelva a su posición normal dentro del abdomen. En la mayoría de las reparaciones de hernia inguinal se usa una malla para cerrar el músculo y reducir la reaparición.<sup>2</sup> Una reparación abierta se puede realizar con anestesia local.

- **Para una reparación abierta con malla:** Se remueve el saco herniario. La malla se coloca sobre la zona de la hernia. La colocación de una malla es el procedimiento más utilizado en una reparación de IH.<sup>2</sup> La malla se utiliza con frecuencia para reparar hernias más grandes y puede reducir el riesgo de reaparición de la hernia. La zona se cierra por medio de suturas, grapas o pegamento quirúrgico.
- **Para una reparación con sutura:** Se retira el saco herniario. Después, se sutura el tejido a lo largo del músculo. Este procedimiento se utiliza con frecuencia en hernias estranguladas o infectadas, o para reparar defectos pequeños (menores a 3 cm).

## Reparación laparoscópica de hernia

El/la cirujano/a realizará pequeñas punciones o incisiones en el abdomen. Se introducen los puertos (tubos huecos) en las aberturas. Se infla el abdomen con gas de dióxido de carbono para poder ver mejor los órganos internos. Se colocan los instrumentos quirúrgicos y una luz laparoscópica en los puertos. La hernia se repara con malla, y se une con suturas o grapas. La reparación se realiza con un procedimiento transabdominal preperitoneal (TAPP), que significa que se ingresa en el peritoneo (el saco que contiene



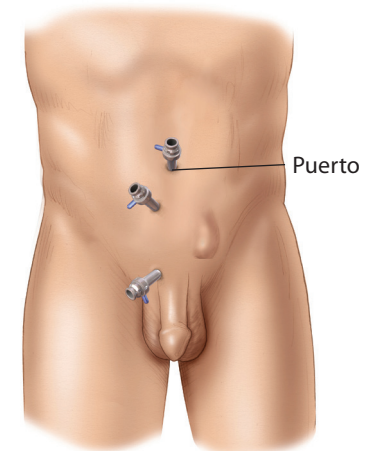
todos los órganos abdominales), o la reparación se realiza con un procedimiento totalmente extraperitoneal (TEP).<sup>8</sup>

## Tratamiento no quirúrgico

La espera en observación es una opción si usted tiene hernia inguinal sin síntomas.<sup>2</sup> La encarcelación de la hernia se produjo en menos del 1 % de los hombres que esperaron más de 2 años antes de someterse a una cirugía reparadora.<sup>9</sup> Las hernias femorales siempre deberían repararse debido a un mayor riesgo de encarcelamiento o estrangulación, y el riesgo aumenta si la hernia está situada en el lado derecho.<sup>10</sup>

Los bragueros o cinturones intentan manejar los síntomas aplicando presión en la zona; sin embargo, no están recomendados ya que pueden causar complicaciones como daño y encarcelamiento del nervio testicular.<sup>9</sup>

## Reparación laparoscópica



Los lugares de los puertos varían



## Información para usted

### La reparación con incisión laparoscópica en comparación con la abierta

La reparación laparoscópica de una hernia inguinal puede generar menor dolor y adormecimiento, una menor tasa de infección y un regreso más rápido a la actividad normal que con una reparación abierta. Cuando los cirujanos tienen experiencia en reparación laparoscópica, los tiempos de operación y las tasas de complicación son comparables a la reparación abierta con sutura. En los controles a los 48 meses no hubo diferencias en dolor crónico agudo y reaparición de largo plazo entre ambos tipos de reparación.<sup>11</sup>

La reparación de ambos lados de una hernia al mismo tiempo (reparación bilateral), cuando la realiza un cirujano laparoscópico experimentado, tiene una recuperación más rápida, menor dolor crónico informado y es rentable.<sup>12</sup>



# Riesgos de este procedimiento

SAMPLE

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

Cirugía de hernia inguinal y femoral abierta y laparoscópica de la calculadora de riesgo del ACS, 19 de julio de 2022

Riesgos	Porcentajes para el paciente promedio	Información para usted
<b>Infección de la herida:</b> Infección en el área de la incisión o cerca del órgano donde se realizó la cirugía	Abierta 0,4 % Laparoscópica 0,3 %	Es posible que sea necesario el uso de antibióticos y drenajes en la herida. Fumar puede aumentar el riesgo de infección.
<b>Complicaciones:</b> Infección quirúrgica, dificultad respiratoria, coágulos, complicaciones renales (riñón) y cardíacas, y regreso al quirófano.	Abierta 1,6 % Laparoscópica 1,5 %	Las complicaciones relacionadas con la anestesia general y la cirugía pueden ser mayores para pacientes fumadores, mayores de edad u obesos, y para los que tienen presión arterial elevada y problemas respiratorios. La curación de las heridas también puede ser más lenta en pacientes fumadores, con diabetes y trastornos en el sistema inmune.
<b>Neumonía:</b> Infección en los pulmones.	Abierta 0,1 % Laparoscópica 0,1 %	El movimiento, la respiración profunda y dejar de fumar pueden ayudar a prevenir infecciones respiratorias.
<b>Infección urinaria:</b> Infección de la vejiga o los riñones.	Abierta 0,2 % Laparoscópica 0,2 %	La ingesta de líquidos y el cuidado del catéter disminuyen el riesgo de infección urinaria.
<b>Trombosis venosa:</b> Un coágulo en las piernas que puede trasladarse a los pulmones.	Abierta 0,1 % Laparoscópica 0,1 %	Una cirugía más prolongada y el reposo en cama aumentan el riesgo. Levantarse, caminar 5 o 6 veces al día y usar medias de compresión reducen el riesgo.
<b>Muerte</b>	Menor al 1 %	El equipo de cirugía está preparado para todas las situaciones de emergencia.
Los riesgos surgen de los resultados informados en los últimos 10 años de bibliografía	Porcentajes para el paciente promedio	Información para usted
<b>Dolor crónico (largo plazo)</b>	Entre 10 y 12 % puede tener dolor hasta un año después de la cirugía; posiblemente menos con procedimiento laparoscópico <sup>13</sup>	Los factores que contribuyen al dolor crónico incluyen reparación de hernias de emergencia, hernia de escroto, reparación de hernias recurrentes, juventud, género femenino, dolor perioperatorio, reparación abierta de hernia, complicaciones perioperatorias y fijación de la malla penetrante. <sup>1</sup> El dolor causado por compresión o tensión disminuirá poco a poco con el tiempo como resultado de la reestructuración de los tejidos. <sup>14</sup>
<b>Reaparición:</b> La hernia puede reaparecer después de la reparación	Todos los pacientes 1 a 17 % <sup>15</sup> Abierta 4,9 % Laparoscópica 10,1 %	La reaparición se produce con menos frecuencia con el uso de malla en comparación con las reparaciones sin malla. <sup>16</sup> La reparación laparoscópica se recomienda para las hernias recurrentes debido a que el/la cirujano/a evita el tejido blando anterior. La tasa de recurrencia es mayor en hombres mayores con reparación laparoscópica.
<b>Neuralgia:</b> El dolor de nervios que causa hormigueo o adormecimiento	Abierta 10,7 % Laparoscópica 7,4 %	La presión, las grapas, los puntos o un nervio atrapado en el área de la cirugía pueden causar neuralgia. Hable con su médico si siente dolor agudo, penetrante u hormigueo en la ingle y la pierna inmediatamente después de su procedimiento; es posible que haya que operar si hay un nervio atrapado. <sup>16</sup>
<b>Seroma:</b> Acumulación de fluidos claros o amarillentos.	5 a 25 % <sup>17</sup>	Los seromas se pueden formar alrededor de la zona de la hernia. Es posible que sea necesario extraer los fluidos con una aguja estéril.
<b>Hematoma:</b> acumulación de sangre en la zona de la herida o del escroto	3,4 % <sup>18</sup>	Los hematomas se tratan con medicamentos antiinflamatorios, elevación y descanso. Casi nunca se necesita una reposición de sangre o más pruebas en caso de lesiones de vasos sanguíneos.

Los datos son un promedio de 100 casos

La calculadora de riesgos quirúrgicos del ACS estima el riesgo de un resultado no favorable. Los datos corresponden a un gran número de pacientes que tuvieron un procedimiento quirúrgico similar a este. Si usted está sano y no tiene problemas de salud, sus riesgos podrían estar por debajo del promedio. Si fuma, es obeso o tiene otras afecciones, su riesgo puede ser mayor. Esta información no pretende reemplazar el consejo de un médico o un profesional de la salud. Para revisar los riesgos, consulte la calculadora de riesgos del ACS ingresando en <http://riskcalculator.facs.org>.

# Expectativas: Preparación para la cirugía

## Preparación para su cirugía

### Medicamentos

Prepare una lista de todos los medicamentos y vitaminas que esté tomando. Es posible que tenga que ajustar su medicación antes de la cirugía. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación y su respuesta a la anestesia. Por lo general, tomará su medicación por la mañana con un sorbo de agua.

### Anestesia

Infórmele a su proveedor de anestesia si tiene alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, derrame cerebral), enfermedades cardíacas, problemas estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, afecciones de la tiroides) o dientes flojos; si fuma, bebe alcohol, consume drogas o toma hierbas o vitaminas; o si tiene antecedentes de náuseas y vómitos con la anestesia.

Si fuma, debería informárselo al equipo de cirugía y pensar en dejar de fumar. Dejar de fumar antes de la cirugía puede reducir la tasa de complicaciones respiratorias y de heridas, y aumentar la posibilidad de tener una vida libre de tabaco para siempre. Para encontrar recursos que lo ayudarán a dejar de fumar, visite <https://www.facs.org/for-patients/preparing-for-your-surgery/quit-smoking/>.

### Duración de la hospitalización

Si le administraron anestesia local, por lo general, se irá a su casa el mismo día. Tal vez pueda pasar la noche en el hospital en caso de reparación de una hernia importante o encarcelada, una reparación laparoscópica con un tiempo de anestesia más prolongado, problemas posteriores a la anestesia como náuseas y vómitos intensos, o si no puede orinar.

## El día de la cirugía

- No coma ni beba durante 4 horas antes de la cirugía, como mínimo.
- Dúchese y limpie su abdomen y el área de la ingle con un jabón antibacteriano suave.
- Cepílese los dientes y enjuague su boca con enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía; el equipo de cirugía rasurará el vello cerca de la zona de incisión.

### Qué debe traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (véase glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Zapatos de calzado fácil que no obliguen a agacharse
- Deje sus joyas y objetos valiosos en su casa

### Qué puede esperar

Se le pondrá un brazalete de identificación (ID) y un brazalete de alergias en la muñeca con su nombre y su número de clínica/hospital. Los miembros del equipo de salud los revisarán antes de realizar cualquier procedimiento o administrarle algún medicamento. El/la cirujano/a marcará la zona de la cirugía.

### Líquidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrarle líquidos y medicamentos. Para la anestesia general, estará dormido/a y no sentirá dolor. Se le colocará un tubo en la garganta para ayudarlo a respirar durante la cirugía. Para la anestesia espinal, se le inyecta medicamento por medio de una aguja pequeña en la espalda, cerca de la columna vertebral. Estará despierto y no sentirá dolor.

### Después de la cirugía

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

### Prevención de neumonía y coágulos

Mantenerse en movimiento y respirar profundo después de la cirugía puede ayudarlo a prevenir complicaciones posoperatorias, como coágulos, líquido en los pulmones y neumonía. Cada hora respire profundo de 5 a 10 veces y mantenga la respiración de 3 a 5 segundos.

Al atravesar una cirugía, usted tiene el riesgo de desarrollar coágulos de sangre por no moverse durante la anestesia. Cuanto más prolongada y complicada sea la cirugía, mayor será el riesgo. Este riesgo se reduce al levantarse para caminar 5 o 6 veces por día, usar medias de compresión o botas de compresión en las piernas y, para pacientes de alto riesgo, tomar un medicamento anticoagulante.

## Preguntas

### Acerca de mi cirugía

- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios de la anestesia general?
- ¿Qué técnica se usará para reparar la hernia: laparoscópica o abierta, con malla o con suturas?
- Consulte con el/la cirujano/a con qué frecuencia realizan este procedimiento.
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Usted realizará toda la cirugía?
- ¿Cuánto dolor debería esperar y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podré retomar mis actividades normales (trabajar, conducir y levantar peso)?

## Información para usted

### Alimentos ricos en fibra

Los alimentos ricos en fibra incluyen frijoles, cereal de salvado y panes integrales, guisantes, frutos secos (higos, damascos y dátiles), frambuesas, moras, frutillas, maíz dulce, brócoli, 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.

## Recuperación y alta hospitalaria

### Pensar con claridad

Si le administran anestesia general o si necesita tomar narcóticos para el dolor, es posible que se sienta diferente por 2 o 3 días, que tenga problemas de memoria o que se sienta más fatigado/a. No debe conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante durante 2 días, como mínimo.

### Nutrición

- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente descompuesto/a, puede comenzar a ingerir alimentos regulares.
- Siga bebiendo entre 8 y 10 vasos de agua al día.
- Aliméntese con una dieta rica en fibras para no esforzarse al momento de evacuar.

### Actividad

- Aumente su actividad poco a poco. Asegúrese de levantarse y caminar alrededor de una vez por hora para evitar la formación de coágulos.
- Los pacientes suelen tardar de 2 a 3 semanas en retomar su actividad normal con comodidad.
- Tal vez pueda irse a casa el mismo día en el caso de reparaciones simples. Si tiene otras afecciones o complicaciones de salud, como náuseas, vómitos, hemorragias o dificultad para orinar, tal vez puede quedarse más tiempo.
- Las personas sexualmente activas antes de la operación informaron que retomaron su actividad sexual en 14 días (promedio).

### Vuelta al trabajo y a la escuela

- Podrá volver a trabajar de 1 a 2 semanas después de una cirugía laparoscópica o abierta, siempre que no levante objetos pesados. Póngase de acuerdo con su cirujano/a para definir en qué momento hacerlo.
- No levante elementos que pesen más que 10 libras ni participe en actividades extenuantes durante un mínimo de 4 a 6 semanas.
- La restricción de levantar peso puede extenderse hasta 6 meses para reparaciones de hernia complicadas o recurrentes.



Lavado de manos



Steri-Strips®

### Cuidado de la herida

- Lávese siempre las manos antes y después de tocar la zona cercana a la incisión.
- No tome baños de inmersión hasta que le retiren los puntos, Steri-Strips® o grapas. Puede tomar una ducha después del segundo día de posoperatorio, salvo que le indiquen lo contrario.
- Para obtener más información, consulte el programa del ACS sobre heridas quirúrgicas: <https://www.facs.org/for-patients/home-skills-for-patients/wound-management/>
- Es normal que la incisión drene un poco. Si el apósito está empapado en sangre, llame al/a la cirujano/a.
- Si le colocaron puntos Steri-Strips, se caerán después de 7 a 10 días.
- Si tiene un revestimiento de pegamento sobre la herida, deje que el pegamento se descascare solo.
- Evite usar prendas ajustadas o de materiales ásperos. Podrían rozar las incisiones y dificultar el proceso de sanación.
- Proteja la piel nueva, en especial del sol. El sol puede quemar y oscurecer la cicatriz.
- Su cicatriz sanará aproximadamente después de 4 a 6 semanas; se ablandará y desaparecerá al año siguiente.

### Evacuaciones

Evite esforzarse en sus evacuaciones aumentando la cantidad de alimentos ricos en fibras que consume en su dieta o con medicamentos de venta libre (como Metamucil® y FiberCon®). Asegúrese de beber entre 8 y 10 vasos de agua al día.

### Dolor

La intensidad del dolor es diferente en cada persona. Los nuevos medicamentos que necesitará después de la cirugía son para el control del dolor; su médico/a le aconsejará la dosis que debería tomar. Puede tomar pastillas para la garganta cuando tenga dolor de garganta debido a la entubación durante la anestesia.

## Control del dolor

Su dolor se puede controlar con paracetamol (Tylenol®) e ibuprofeno (Motrin®, Advil®). Las terapias sin medicamentos, como el hielo, también pueden ser efectivas. Si siente un dolor intenso que le impide moverse y dormir, quizás necesite un medicamento opiode. Al cuarto día, la mayoría de las personas no informa dolores intensos después de una cirugía. El dolor de la incisión quirúrgica suele desaparecer en 7 a 10 días. Consulte la **Guía de control del dolor seguro y eficaz** a continuación o en la página web del ACS para obtener más información. <https://www.facs.org/education/patient-education/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"> <li>Apenas percibo mi dolor y no interfiere con mis actividades.</li> <li>Percibo mi dolor y me distrae, pero aún puedo hacer actividades (sentarme, caminar, pararme).</li> </ul>	<p><b>Terapias sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos según sea necesario cuando sienta dolor.</li> <li>Estos ayudan a disminuir el dolor y la hinchazón (inflamación)</li> </ul>	<p><b>Terapias sin medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hielo, elevación, descanso, meditación, masaje, distracción (música, TV, juegos) caminata y ejercicio suave</li> <li>Inmovilización del abdomen con almohadas</li> </ul> <p><b>Medicamentos no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol (Tylenol®)</li> <li>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, ibuprofeno (Motrin®, Advil®) naproxeno (Aleve®)</li> </ul>
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mi dolor es difícil de ignorar y es más notorio incluso cuando descanso.</li> <li>Mi dolor interfiere en mis actividades cotidianas.</li> </ul>	<p><b>Terapia sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <p>Tómelos con horario programado</p>	<p><b>Tome medicamentos no opioides</b> en un horario regular en lugar de hacerlo de acuerdo con su necesidad. (P. ej., 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>
Grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy concentrado en mi dolor y no puedo realizar mis actividades cotidianas.</li> <li>Estoy gimiendo de dolor y no puedo dormir. No puedo hacer nada.</li> <li>Mi dolor es demasiado intenso y no puedo pensar en otra cosa.</li> </ul>	<p><b>Terapia sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos con horario programado</li> </ul> <p><b>Opioides de acción rápida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos durante unos días, y disminuya o déjelos lo antes posible</li> </ul>	<p>Los opioides bloquean el dolor y dan una sensación de euforia (sentirse drogado) La adicción, un efecto secundario grave de los opioides, es poco frecuente con el uso a corto plazo.</p> <p>Los ejemplos de opioides de acción rápida incluyen: Tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>



# Más información

Para obtener más información, visite la página web de Información para pacientes del American College of Surgeons en [facs.org/patienteducation](https://www.facs.org/patienteducation). Para obtener una revisión completa de la reparación de hernia, consulte las lecturas seleccionadas en *General Surgery*, Vol. 45, Nro. 5, 2019, *Hernia* <https://www.facs.org/for-medical-professionals/news-publications/journals/srgs/>

## GLOSARIO

**Instrucciones anticipadas:** los documentos firmados por una persona competente que les da la directriz a los/las profesionales de la salud sobre las opciones de tratamiento.

**Tomografía computarizada (TC):** una prueba diagnóstica que usa rayos X y una computadora para crear una imagen detallada y tridimensional del abdomen. La TC se utiliza con frecuencia para detectar anomalías o enfermedades en el interior del abdomen. A veces se usa para encontrar una hernia no obvia durante el examen físico.

**Examen digital:** el examinador pondrá su dedo índice cubierto con un guante suavemente en el saco escrotal para sentir el anillo inguinal en la ingle. Después, se le solicitará al paciente que haga presión.

**Electrocardiograma (ECG):** mide la frecuencia y la regularidad de los latidos y cualquier daño en el corazón.

**Anestesia general:** un tratamiento con medicamentos determinados que duermen al/a la paciente para que no sienta dolor durante la cirugía.

**Hematoma:** una acumulación de sangre que se filtró hacia los tejidos de la piel o en un órgano y que se produce por las incisiones en una cirugía, o porque la sangre no logra formar un coágulo.

**Encarcelación:** el abultamiento o la constricción de un órgano en la pared de la cavidad que, por lo general, lo contiene.

**Anestesia local:** la pérdida de sensación únicamente en el área corporal en donde se administra o se inyecta el medicamento anestésico.

**Sonda nasogástrica:** un tubo plástico blando que se inserta desde la nariz hasta el estómago y que se utiliza para vaciar el estómago de contenidos y gases para aliviar el intestino.

**Seroma:** la acumulación de fluidos (claros/amarillos) serosos.

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

**Ultrasonido:** ondas sonoras que se utilizan para determinar la ubicación de las estructuras profundas en el cuerpo. Una especie de rodillo de mano se pone sobre un gel y se pasa por el abdomen. El ultrasonido a veces se usa para encontrar una hernia no obvia durante el examen físico.

**Análisis de orina:** un examen visual y químico de la orina, con frecuencia se utiliza para la búsqueda de infecciones urinarias o enfermedades renales.

## REFERENCIAS

La información proporcionada en este informe se eligió de artículos recientes con base en las investigaciones o tendencias clínicas destacadas. Las investigaciones que figuran a continuación no representan toda la información que está disponible para su cirugía. Pregúntele a su médico/a si le recomienda leer alguna investigación adicional.

- Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T y otros. (2013) Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PLoS One* 8(1):e54367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054367>
- HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. Epub 2018 Ene 12. PMID: 29330835; PMCID: PMC5809582.
- Fitzgibbons RJ, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. *N Engl J Med*. 2015;372:756-763.
- Buch KE, Tabrizian P, Divino CM. Management of hernias in pregnancy. *J Am Coll Surg*. 2008;207(4):539.
- Crawford P, y otros. Evaluation of scrotal masses. *American Family Physician*. 2014;89:723. <http://www.aafp.org/afp/2014/0501/p723.html>. Consultado el 26 de febrero de 2017.
- Pastorino A, Alshuqayfi AA. Strangulated Hernia. [Actualizado el 28 de diciembre de 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555972/>
- Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. Koch A, Edwards A, Haapaniemi S, y otros. *Br J Surg*. 2005;92(12):1553.
- Yang XF, Liu JL. Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults. *Ann Transl Med*. 2016 Oct;4(20):402. doi: 10.21037/atm.2016.10.37. PMID: 27867954; PMCID: PMC5107402. 9.
- Berger D. Evidence-Based Hernia Treatment in Adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 Mar 4;113(9):150-7; quiz 158. doi: 10.3238/arztebl.2016.0150. PMID: 26987468; PMCID: PMC4802357.
- Suppiah A, Gatt M, Barandiaran J y otros. (2007) Outcomes of emergency and elective femoral hernia surgery in four district general hospitals: a 4-year study. *Hernia* 11(6):509-512.
- Eklund AS, Montgomery AK, Rasmussen IC y otros. (2009) Low recurrence rate after laparoscopic (TEP) and open (Lichtenstein) inguinal hernia repair: a randomized, multicenter trial with 5-year follow-up. *Ann Surg* 249:33-38. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31819255d0>
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M y otros (2009) European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 13:343-403. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>
- Niebuhr H, Wegner F, Hukauf M y otros. What are the influencing factors for chronic pain following TAPP inguinal hernia repair: an analysis of 20,004 patients from the Herniamed Registry. *Surg Endosc*. 2018 Abr;32(4):1971-1983. doi: 10.1007/s00464-017-5893-2. Epub 2017 Oct 26. PMID: 29075969; PMCID: PMC5845068.
- Aasvang EK, Gmaehle E, Hansen J y otros. Predictive risk factors for persistent postherniotomy pain. *Anesthesiology*. 2010;112:957-969. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181d31ff8.
- Itani K, Fitzgibbons R, Awad S y otros. Management of recurrent inguinal hernias. *Journal of the American College of Surgeons*. 2009 Nov; 209(5):653-658. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.07.015. Epub 2009 Ago 20.
- Lockhart K, Dunn D, Teo S y otros. Mesh versus non-mesh for inguinal and femoral hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 13;9(9):CD011517. doi: 10.1002/14651858.CD011517.pub2. PMID: 30209805; PMCID: PMC6513260.
- Dedemadi G, Sgourakis G, Radtke A y otros. Laparoscopic versus open mesh repair for recurrent inguinal hernia: a meta-analysis of outcomes. *Am J Surg* 2010;200:291-7.
- Wu J.J., Way J.A., Eslick G.D., Cox M.R. Transabdominal pre-peritoneal versus open repair for primary unilateral inguinal hernia: a meta-analysis. *World J Surg*. 2018;42:1304-13011.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Nota importante sobre el uso de este documento

El American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos y cirujanas fundada en 1913 para mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes quirúrgicos a través del establecimiento de estándares elevados de educación y práctica quirúrgica. El ACS se esfuerza por brindar educación procedimental para posibles pacientes y para quienes los informan. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de su situación. El ACS se esfuerza por brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía sobre la misma.

**Revisado en 2016, 2018 y 2022 por:**

David Feliciano, MD, FACS

Mary Hawn, MD, FACS

Kathleen Heneghan, PhD, MSN, RN, FAACE

Nancy Strand, MPH, RN