

Reparación de eventración



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

Información para el/la paciente

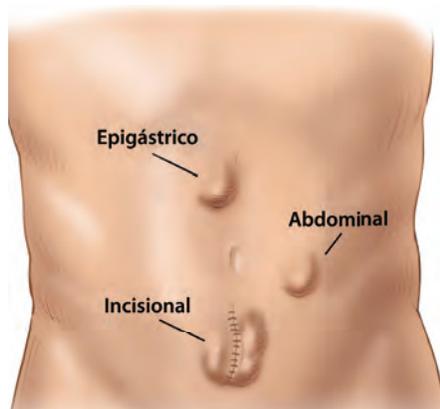
Esta información educativa sirve para ayudarle a estar mejor informado/a sobre su cirugía y para darle las habilidades y los conocimientos necesarios para participar activamente en su cuidado.

Lo/La mantenemos informado/a

La información que lo/la ayudará a entender mejor la cirugía y el rol que usted desempeñará en la sanación.

La información incluye lo siguiente:

Descripción general de la reparación de hernia	1
Condición, síntomas, pruebas	2
Opciones de tratamientos	3
Riesgos y posibles complicaciones	4
Preparación y expectativas	5
Recuperación y alta	6
Control del dolor	7
Glosario/Referencias	8



Áreas comunes para la eventración

La condición

Una eventración es un bulto que sobresale de una apertura en los músculos abdominales. La hernia puede aparecer en el área de una incisión anterior (hernia quirúrgica), sobre el ombligo (epigástrica) u otras áreas de músculos débiles (en especial, los abdominales).

Síntomas comunes

- Bulto visible en el abdomen, en especial al toser o al esforzarse
- Dolor o presión en el área de la hernia

Opciones de tratamientos

Procedimiento quirúrgico

Reparación de hernia abierta:

se realiza una incisión cerca de la zona y se repara la hernia con una malla, o se cierra el músculo con suturas.

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

La espera en observación es una opción para los adultos con hernias reducibles y no incómodas.¹⁻³

Beneficios y riesgos de la cirugía

Beneficios: una 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 tener una cirugía: el tamaño de la hernia y el dolor que causa pueden aumentar. Si el intestino queda atrapado en el saco herniario, tendrá un dolor repentino y vómitos, y requerirá una cirugía de urgencia.

Si decide tener la cirugía, los riesgos posibles incluyen la reaparición de la hernia, una infección, una lesión en la vejiga, en los vasos sanguíneos o en los intestinos, y dolor constante en la zona de la hernia.

Expectativas

Antes de la cirugía: la evaluación puede incluir análisis de sangre, análisis de orina, ultrasonido o una TC. El/La cirujano/a y el/la anestesta revisarán su historia clínica, 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 de venta libre con un sorbo de agua. Necesitará que alguien lo/la lleve a casa.

Su recuperación: podría volver a casa dentro de las 24 horas después de procedimientos de hernias pequeñas, pero podría necesitar quedarse más tiempo en el hospital a causa de reparaciones más complejas. El tiempo de hospitalización promedio para pacientes con reparaciones complejas de hernias es de 1.5 días.¹

Llame al/a la cirujano/a si tiene dolor intenso, calambres abdominales, escalofríos con fiebre alta (más de 101 °F), hedor o mayor drenaje de la incisión o ausencia de movimientos intestinales por 3 días.

SURGICAL PATIENT EDUCATION PROGRAM

Prepare for the Best Recovery

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

Lo/La mantenemos informado/a

Hernias en la pared abdominal

También se las conoce como «hernias ventrales». Pueden ocurrir:

- En el nacimiento (congénita)
- Con el paso del tiempo debido a la debilitación muscular
- En una zona de incisión anterior

Hernias quirúrgicas²⁻⁴

Las hernias quirúrgicas pueden desarrollarse en el área del puerto laparoscópico en 5 de 1000 pacientes, y en hasta 150 de 1000 pacientes que tuvieron una incisión abdominal abierta previa. La mayoría aparecen en los primeros 5 años luego de una cirugía. Los factores de riesgo que pueden contribuir con la formación de una hernia quirúrgica son:

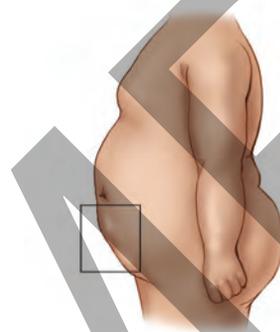
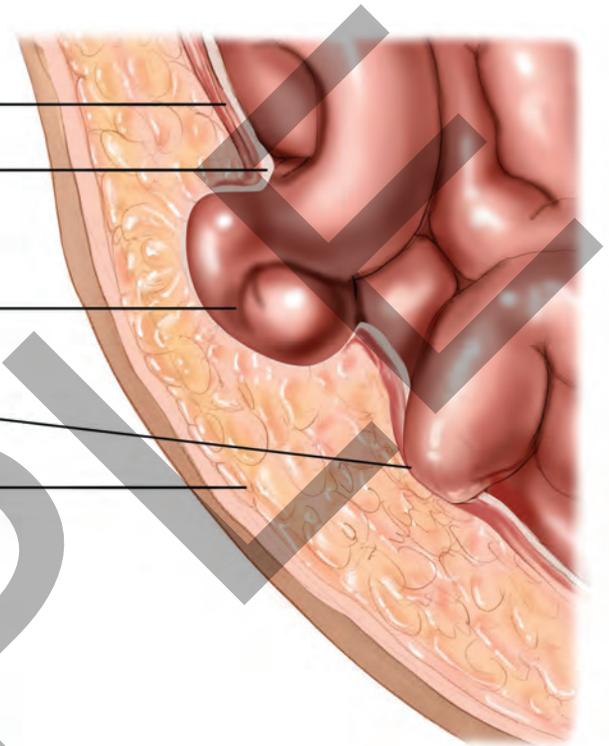
- La obesidad, la cual crea tensión y presión en los músculos abdominales
- Incisiones abdominales grandes
- Infección posquirúrgica (tenga en cuenta que fumar está relacionado con las tasas altas de infección)
- La debilidad del tejido conectivo (el material entre las células corporales que les brinda fuerza, a veces denominado «pegamento celular»)
- Diabetes mellitus
- Enfermedad pulmonar

Músculo abdominal
Peritoneo (revestimiento abdominal)

Hernia extensa con un asa intestinal

Hernia pequeña con un bulto intestinal

Grasa



La condición

La hernia

Una **eventración** es un bulto que sobresale de una apertura en los músculos abdominales. Si la hernia se reduce cuando una persona está en posición horizontal o en respuesta a la presión manual, es **reducible**. Si no se puede reducir, es una **hernia irreducible o encarcelada**, y una porción del intestino se puede abultar en el saco herniario. Una **hernia estrangulada** es cuando el intestino queda atrapado en el saco herniario y la irrigación sanguínea hacia el intestino disminuye. **Esto es una urgencia quirúrgica.**²

Una **hernia abdominal primaria** ocurre espontáneamente en una zona de debilidad natural del músculo abdominal.

Una **hernia quirúrgica** se abulta en una zona de incisión anterior. El problema puede ser consecuencia de un tejido cicatricial o de músculos débiles alrededor de la zona.

Una **hernia epigástrica** se abulta en la línea media sobre el ombligo.

Síntomas

Los síntomas más comunes de una hernia son:

- Un bulto visible en la pared abdominal, en especial al toser o al esforzarse
- Dolor o presión en el área de la hernia

El dolor abdominal agudo y los vómitos pueden significar que el intestino ha ingresado en el saco herniario y está estrangulado.

Esto es una urgencia quirúrgica y se requiere un tratamiento inmediato.

Los análisis comunes

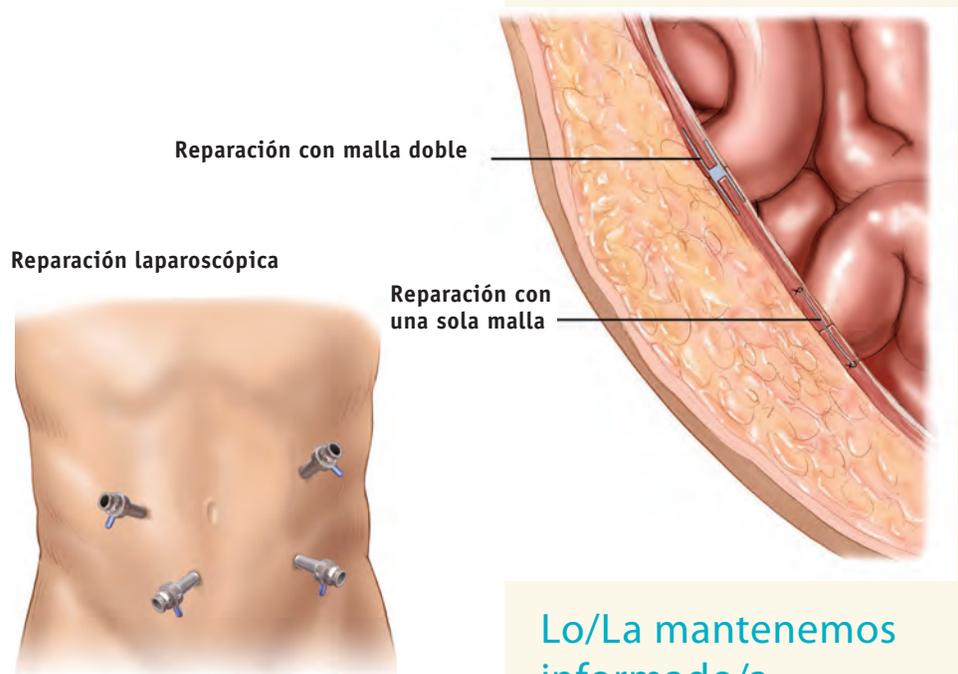
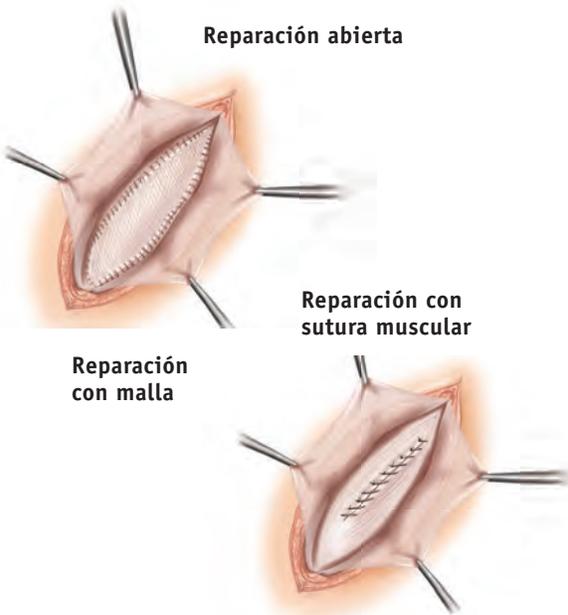
Historia y examen físico

Se revisa la zona en búsqueda de un bulto.

Pruebas adicionales (ver glosario)

Otras pruebas pueden incluir:

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



Tratamiento quirúrgico

El tipo de cirugía depende del tamaño de la hernia, la ubicación y si es una hernia constante. Son también importantes la salud, la edad, los riesgos de la anestesia y la experiencia del/de la cirujano/a. Una cirugía es el único tratamiento para una reparación de hernia.

Reparación de hernia abierta

El/La cirujano/a realiza una incisión cerca de la zona de la hernia. El tejido abultado se presiona con cuidado de vuelta a su posición normal en el abdomen. Se utilizan las suturas, la malla o un colgajo de tejido para cerrar el músculo. Con reparaciones de hernias grandes o complejas, se pueden colocar drenajes pequeños que van desde el interior hacia el exterior del abdomen. La zona de la piel se cierra por medio de suturas, grapas o pegamento quirúrgico.

Reparación abierta con malla

Se remueve el saco herniario. La malla se coloca sobre la zona de la hernia. La malla se sujeta por medio de suturas en el tejido más fuerte alrededor de la zona de la hernia. La malla se utiliza para reparaciones de hernias más grandes y podría reducir el riesgo de que la hernia reaparezca. La zona de la piel se cierra por medio de suturas, grapas o pegamento quirúrgico.

Reparación laparoscópica de hernia

El/La cirujano/a realizará pequeñas punciones o incisiones en el abdomen. Se insertan puertos o trocares (tubos huecos) en las aberturas. Se colocan los instrumentos quirúrgicos en los puertos. Se infla el abdomen con dióxido de carbono para que le sea más fácil al/a la cirujano/a ver la hernia. La malla se adhiere con suturas, grapas o clips al músculo alrededor de la zona de la hernia. La zona de la hernia también se puede suturar con puntos directamente.

Tratamiento no quirúrgico

La espera en observación es una opción para las hernias asintomáticas. Todas las personas deberían recibir un tratamiento si tienen un dolor agudo abdominal repentino y vómitos. Estos síntomas pueden indicar una hernia encarcelada o una obstrucción intestinal.

Los bragueros o cinturones hechos para aplicar presión en la hernia requieren una colocación correcta. Cuando se utilizan correctamente, se logra un control parcial o completo de la hernia en el 31 % de los/las pacientes, y el 64% opinó que el braguero era incómodo.⁵

Lo/La mantenemos informado/a

La reparación laparoscópica en comparación con la abierta

No hay un solo tipo de reparación que sea bueno para todas las eventraciones. Las reparaciones laparoscópicas están asociadas con tasas bajas de infección y tiempos cortos de hospitalización. No hay diferencias en las tasas de recurrencia, el dolor a largo plazo o la calidad de vida. Para pacientes con intestinos estrangulados e infecciones, el procedimiento laparoscópico podría no ser una opción.^{1,6,7}

¿Reaparecerá mi hernia?

La malla reduce el riesgo de la reaparición de la hernia.⁸ La malla puede ser fijada, engrapada o suturada.

La obesidad y las complicaciones de la herida incrementan el riesgo de recurrencia.⁹ Es posible que lo/la ingresen en un programa para bajar de peso, para dejar de fumar o para controlar la diabetes antes de una reparación electiva con el fin de fomentar el mejor resultado.

Riesgos de este procedimiento

Los riesgos de los resultados reportados en los últimos 10 años de literatura	Porcentaje	Lo/La mantenemos informado/a
Retención urinaria: la incapacidad de orinar luego de que se removió el catéter urinario.	21 %	La anestesia general, la edad avanzada, los problemas de próstata y la diabetes pueden estar asociadas con la retención urinaria. Se podrían utilizar un catéter temporal o medicamentos para tratar la retención.
Seroma: la acumulación de fluidos (claros/amarillos) serosos.	12 %	Un seroma en general desaparece por sí solo dentro de 4 a 6 semanas. Rara vez se remueve el fluido con una aguja estéril. ¹⁰
Recurrencia: una hernia puede reaparecer incluso varios años después de la reparación.	Abierta 12 % Laparoscópica 10 % Sin malla 17 % ¹¹	Las tasas de recurrencia son más altas en reparaciones de hernia complejas o infectadas, o en reparaciones sin malla. En un seguimiento de 5 años, del 6 % al 20 % de los/las pacientes con una reparación con malla experimentaron complicaciones graves, incluidas obstrucciones intestinales, fístulas o heridas cavitadas. ¹²
Lesión intestinal	Abierta Menor al 1 % Laparoscópica 4.3 % ¹³	Se reparará la lesión en el momento de la cirugía. Si hay pérdidas de los intestinos dentro de la cavidad abdominal, se realizará la reparación de hernia luego de sanar los intestinos. Se colorará un tubo nasogástrico (NG) para mantener vacío el estómago hasta que el fluido se transporte a través de los intestinos.
Los riesgos basados en la calculadora de riesgo ACS en junio de 2017*	Porcentaje	Lo/La mantenemos informado/a
Infección de la herida: una infección en el área de incisión o cerca del órgano en donde se realizó la cirugía.	Abierta 3.9 % Laparoscópica Menor al 1 %	Se podrían necesitar antibióticos y drenajes de la herida. Fumar puede incrementar el riesgo de infección.
Regreso a la cirugía: la necesidad de volver al quirófano debido a un problema luego de la cirugía previa.	Abierta 2.5 % Laparoscópica Menor al 1 %	Mucho dolor y las hemorragias pueden provocar la vuelta a una cirugía. El equipo de cirugía y anestesia está preparado para reducir los riesgos de volver al quirófano.
Neumonía: infección en los pulmones.	Abierta: 1.2 % Laparoscópica Menor al 1 %	Dejar de fumar, el movimiento y la respiración profunda luego de la cirugía pueden ayudar a prevenir infecciones respiratorias.
Infección del tracto urinario: una infección de la vejiga o de los riñones.	Abierta 1.2 % Laparoscópica Menor al 1 %	Beber líquidos y el cuidado del catéter disminuye el riesgo de una infección urinaria.
Coágulo: un coágulo en las piernas puede viajar a los pulmones.	Abierta 1.1 % Laparoscópica Menor al 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.
Problemas cardíacos: incluye un ataque cardíaco o un paro cardíaco repentino	Menor al 1 %	La anestesia puede agravar los problemas del corazón o de los pulmones. El/La anestesista revisará su historia clínica y le sugerirá la mejor opción.
Falla renal (de los riñones): los riñones ya no funcionan para crear orina o limpiar la sangre de toxinas	Menor al 1 %	Las condiciones renales preexistentes, el desequilibrio de fluidos, la diabetes tipo 1, ser mayor de 65 años, los antibióticos y otros medicamentos pueden incrementar el riesgo.
Muerte	Menor al 1 %	
Cualquier complicación, lo cual incluye: las infecciones quirúrgicas, las dificultades respiratorias, los coágulos, las complicaciones renales (riñón), las complicaciones cardíacas y el regreso al quirófano.	Abierta 9.7 % Laparoscópica 2.9 %	Las complicaciones relacionadas con la anestesia general y la cirugía pueden ser mayores en las personas fumadoras, mayores de edad, con obesidad, con presión arterial alta y con problemas respiratorios. La sanación de las heridas podría también disminuir en las personas fumadoras y con diabetes o trastornos en el sistema inmune.

***La calculadora de riesgos quirúrgicos ACS estima el riesgo de un resultado no favorable. Los datos provienen de un gran número de pacientes que tuvieron 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 enfermedades cardíacas, entonces su riesgo podría ser mayor. No se pretende que la información reemplace el consejo de un/una doctor/a o un/una profesional de la salud. Para revisar los riesgos, consulte la calculadora de riesgos ACS ingresando en <http://riskcalculator.facs.org>.

Expectativas: La preparación para su cirugía

Qué puede esperar

Medicamentos de venta libre

Traiga la lista de todos los medicamentos, vitaminas y cualquier medicamento de venta libre que esté tomando. Sus medicamentos se tendrían que modificar 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/a la anestesiista 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, e incrementar sus posibilidades de tener una vida libre de tabaco. Puede encontrar fuentes que lo/la ayudarán a dejarlo ingresando a www.facs.org/patienteducation o www.lungusa.org/stop-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 encarcelada. La reparación laparoscópica podría demandar un tiempo más largo bajo anestesia. Las complicaciones como las náuseas intensas y los vómitos o la incapacidad para orinar pueden demandar un tiempo más largo de hospitalización.

Controles de salud

Se le colocará en la muñeca un brazalete de identificación y un brazalete de alergias con su nombre y número de historia clínica. Los miembros del equipo sanitario los revisarán antes de realizar cualquier procedimiento o darle medicación. El/La cirujano/a marcará la zona de la cirugía.

Fluidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrarle fluidos y medicación. Para la anestesia general, estará dormido/a y sin dolor durante la cirugía. Se lo/la intubará por la garganta para ayudarle a respirar 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/a durante la cirugía pero sin dolor.

El día de la cirugía

- No debe comer o beber durante al menos 6 horas antes de la cirugía.
- Debe bañarse o tomar una ducha y limpiar su abdomen con un jabón antibacteriano.
- Debe lavarse los dientes y limpiarse la boca con un enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía, el equipo de cirugía rasurará el pelo cerca de la zona de incisión.
- Hágale saber al equipo de cirugía si no se siente bien o si hubo cambios en su salud desde la última vez que vio a su cirujano/a.

Qué traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (ver glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado fácil de ponerse que no requiera que se agache

Después de la cirugía

Lo/La trasladarán a una sala de internación en 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 puede ayudarle a prevenir complicaciones postoperatorias, como coágulos, fluidos en los pulmones y neumonía. Cada hora respire profundo de 5 a 10 veces y mantenga la respiración de 3 a 5 segundos.

Cuando le realizan una cirugía, tiene el riesgo de desarrollar coágulos de sangre por la inmovilidad durante la anestesia. Cuanto más larga y complicada la cirugía, mayor será el riesgo. Se disminuye el riesgo al levantarse y caminar 5 o 6 veces por día, al utilizar medias y botas de compresión en las piernas y, para pacientes con riesgos altos, al tomar una medicación anticoagulante.

Preguntas

Sobre mi cirugía:

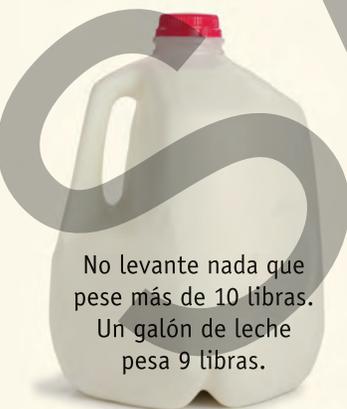
- ¿Cuáles son los efectos adversos y riesgos de la anestesia?
- ¿Qué técnica se usará para reparar la hernia (laparoscópica o abierta, con malla o con suturas)?
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Hará toda la cirugía usted?
- ¿Cuánto dolor debería esperar y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podrá volver a mi rutina (trabajar, conducir y levantar peso)?
- ¿Se me puede realizar una reparación de hernia durante una cirugía de bypass gástrico?

Recuperación y alta

Lo/La mantenemos informado/a

Alimentos ricos en fibra

Los alimentos ricos en fibras incluyen los porotos, 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.

Recuperación y alta

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 debería conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante por al menos 2 días.

Nutrición

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

Actividad

- De a poco vaya aumentando la actividad. Asegúrese de levantarse y caminar cada hora aproximadamente para prevenir la formación de coágulos.
- Podría irse a casa el mismo día en el caso de reparaciones simples. Si tiene otras afecciones médicas o problemas de salud, como náuseas, vómitos, hemorragias o infecciones después de la cirugía, podría quedarse más tiempo.
- No levante elementos que pesen más que 10 libras ni participe en actividades extenuantes por al menos 6 semanas.

Trabajo y vuelta a la escuela

- Luego de la recuperación, en general puede regresar al trabajo o a la escuela dentro de 2 a 3 días.
- No podrá levantar nada de más de 10 libras, trepar ni realizar actividades agotadoras por de 4 a 6 semanas tras la reparación quirúrgica de eventración.
- La restricción de levantar peso podría durar hasta 6 meses para reparaciones complicadas 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 menos que le indiquen lo contrario.
- Siga las instrucciones de su cirujano/a sobre cuándo cambiar los vendajes.
- 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 en 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 las incisiones y dificultar el proceso de sanación.
- Proteja la piel nueva, en especial del sol. El sol puede quemar y oscurecer la cicatriz.
- La cicatriz sanará aproximadamente en de 4 a 6 semanas; se ablandará y desaparecerá el siguiente año.

Movimientos intestinales

Evite esforzarse con los movimientos intestinales al incrementar la cantidad de alimentos ricos en fibras que consume en su dieta o con medicamentos de venta libre (como Metamucil® y FiberCon®). Asegúrese de tomar de 8 a 10 vasos de agua por día.

Dolor

La intensidad del dolor es diferente en cada persona. Los nuevos medicamentos que necesitará luego 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.

Cuándo comunicarse con su cirujano/a

Comuníquese con su cirujano/a si tiene:

- Dolor incesante
- Empeoramiento del dolor
- Fiebre alta mayor a 101 °F (38.3 °C)
- Vómitos constantes
- Hinchazón, enrojecimiento, hemorragia o drenaje con mal olor de la zona de la herida
- Dolor abdominal fuerte o continuo, o hinchazón en el abdomen
- Sin movimientos intestinales luego de 3 días de la cirugía

Control del dolor

Todas las personas reaccionan de manera diferente al dolor. Se utiliza una escala de 0 a 10 para medir el dolor. Donde «0» significa que no siente dolor, y «10» es el peor dolor que ha sentido. Tras el procedimiento laparoscópico, es posible que a veces sienta dolor en el hombro. Esto se debe al gas que se le insertó en el abdomen durante el procedimiento. Moverse y caminar ayudan a disminuir el gas y el dolor en el hombro.

El dolor agudo ejerce un estrés extra en el cuerpo cuando este necesita enfocarse en sanar. No espere hasta que el dolor alcance el «10» en la escala o que sea insoportable para avisarle al/a la profesional de la salud. Es mucho más fácil controlar el dolor antes que se vuelva agudo.

Medicamentos no narcóticos para el dolor

La mayoría de los analgésicos no opiáceos se clasifican como medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se utilizan para tratar dolores leves e inflamación o se combinan con narcóticos para tratar dolores intensos. Los posibles efectos adversos de los AINE son dolores de estómago, hemorragia en el tracto digestivo y retención de fluidos. Estos efectos adversos por lo general no se suelen ver con la administración a corto plazo. Notifique al/a la médico/a si tiene problemas cardíacos, renales o hepáticos. Los ejemplos de AINE incluyen Ibuprofeno, Motrin®, Aleve®, y Toradol® (administrados como inyección).

Medicamentos no narcóticos (opiáceo) para el dolor

Los **narcóticos o los opiáceos** se utilizan para el dolor agudo. Los posibles efectos adversos de los narcóticos son el sueño, baja presión arterial, baja frecuencia cardíaca y baja frecuencia respiratoria; la erupción cutánea y la picazón, el estreñimiento, las náuseas y la dificultad para orinar. Algunos ejemplos de narcóticos incluyen la morfina, oxicodona (Percocet®/Percodan®) e hidromorfona (Dilaudid®). Se pueden administrar medicamentos para controlar varios de los efectos adversos de los narcóticos.

Control del dolor sin medicamentos

La **distracción** le ayuda a enfocarse en otras actividades en lugar de en el dolor. Escuchar música, divertirse con juegos o cualquier otra actividad atractiva pueden ayudarle a controlar el dolor leve y la ansiedad.

Inmovilice el estómago colocando una almohada sobre el abdomen y haciendo presión firme sobre él antes de toser o moverse; hacer esto puede ayudar a reducir el dolor.

Imágenes guiadas le ayudan a dirigir y controlar sus emociones. Cierre los ojos, exhale e inhale con tranquilidad. Imagínese en el centro de algún lugar hermoso. Sienta la hermosura que lo rodea y que vuelve a tener el control sobre sus emociones. Se debería sentir más calmado/a.

OTRAS INSTRUCCIONES:

TURNOS DE SEGUIMIENTO

NOMBRE:

FECHA:

TELÉFONO:

Lo/La mantenemos informado/a

Dolor después de la reparación de eventración

No hubo diferencia en la puntuación del dolor a largo plazo y de la calidad de vida cuando se comparó el procedimiento laparoscópico con el abierto. El dolor que se mantuvo por más de 6 meses se reportó en 30 de 1000 pacientes que tuvieron el procedimiento laparoscópico, y en 20 de 1000 pacientes que tuvieron el procedimiento abierto. El/La cirujano/a evaluará la causa del dolor a largo plazo. En ocasiones, tratarán dicho dolor con inyecciones locales de analgesia.⁸



Imágenes guiadas



Inmovilización del estómago

Más información

Para obtener más información, diríjase al sitio web de Educación Quirúrgica del Paciente de la American College of Surgeons, ingresando en facs.org/patienteducation. Para una revisión completa de la reparación de hernia, consulte las lecturas seleccionadas en *General Surgery*, «Hernia», 2015, Vol. 41, Nro. 7, disponible en facs.org/SRGS.

GLOSARIO

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

Análisis de sangre: los análisis por lo general incluyen un cuadro químico sanguíneo de 6 elementos (sodio, potasio, cloruro, dióxido de carbono, nitrógeno ureico en sangre y creatinina) y un conteo sanguíneo completo (conteo de glóbulos rojos y blancos).

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

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

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

Fístula: una conexión anormal entre dos espacios huecos, como los vasos sanguíneos, los intestinos u otros órganos huecos.

Hematoma: una acumulación localizada de sangre en el tejido o en el órgano.

Heridas cavitadas: las heridas que tienen canales o vías que se extienden desde la herida hacia las capas más profundas de la piel, músculo o grasa.

Instrucciones anticipada: los documentos firmados por una persona competente que establecen las instrucciones con respecto a las opciones de tratamiento para los/las profesionales de la salud.

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

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

Tomografía computada (TC): una prueba diagnóstica en la que se utilizan rayos X y una computadora para crear una imagen detallada y tridimensional del abdomen.

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

REFERENCIAS

La información brindada en este informe se eligió de artículos actuales basados en investigaciones o tendencias clínicas significativas. Las investigaciones que figuran debajo no representan toda la información que está disponible para su cirugía. Pregúntele a su médico/a si le recomienda leer alguna investigación adicional.

1. Kurian A., Gallagher S., Cheeandira A., et al. Predictors of in-hospital length of stay after laparoscopic ventral hernia repair: Results of multivariate logistic regression analysis. *Surg Endosc.* 2010 Nov; 24(11):2789-2792. doi: 10.1007/s00464-010-1048-4. Epub 2010, 24 de abril.
2. Malangoni MA, Rosen MD, Hernias. En CM Townsend, RD Beauchamp et al. *Textbook of Surgery.* Filadelfia, PA: Saunders, 2008.
3. Helgstrand F, Rosenberg J, Bisgaard T. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: A qualitative systematic review. *Hernia.* 2011;15:113-121.
4. Yahchouchy-Chouillard E., Aura T., Picone O. et al. Incisional hernia related risk factors. *Digestive Surgery.* 2003;20:3-9.
5. Cheek CM, Williams MH, Farndon JR. Trusses in the management of hernia today. *British Journal of Surgery.* 1995;82:1611-1613.
6. Forbes SS, Eskicioglu C., McLeod RS et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing open and laparoscopic ventral and incisional hernia repair with mesh. *British Journal of Surgery.* 2009;96:851-858.
7. Hwang CS, Wichterman KA, Alfrey EJ. Laparoscopic ventral hernia repair is safer than open repair: Analysis of the NSQIP data. *Journal of Surgical Research.* 2009;156:213-216.
8. Brill JB, Turner PL. Long-term outcomes with transfascial sutures versus tacks in laparoscopic ventral hernia repair: A review. *The American Surgeon.* 2011;77:458-465.
9. Sauerland S., Korenkov M., Kleinen T., et al. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. *Hernia.* 2004 feb;8(1):42-46. Epub 2003 6 de sep.
10. Turner PL, Park AE. Laparoscopic repair of ventral incisional hernias: Pros and cons. *Surgical Clinical of North America.* 2008;88:85-100.
11. Kokotovic D., Bisgaard T., Helgstrand F. Long-term Recurrence and Complications Associated With Elective Incisional Hernia Repair. *JAMA.* 2016 oct 18;316(15):1575-1582. doi: 10.1001/jama.2016.15217.
12. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg.* 2004 oct;240(4):578-83.
13. Zhang Y., Zhou H., Chai Y., et al. Laparoscopic versus Open Incisional and Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg.* 2014 sep;38(9):2233-2240. doi: 10.1007/s00268-014-2578-z.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos/as que se fundó en 1913 para mejorar la calidad de los cuidados para el/la paciente quirúrgico por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la práctica quirúrgica. ACS se esfuerza por brindar educación procedimental para posibles pacientes y aquellos que los/las educan. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de su situación. ACS se esfuerza por brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía sobre ella.

Inicialmente revisado en enero del 2012 por: David Feliciano, MD, FACS
Mary T. Hawn, MD, FACS
Kathleen Heneghan, PhD, RN

Revisado en mayo del 2014 y julio del 2017 por: David Feliciano, MD, FACS
Mary T. Hawn, MD, MPH, FACS
Nancy Strand, MPH, RN