

# Reparación de hernia umbilical en adultos



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:  
Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

## Información para el/la paciente

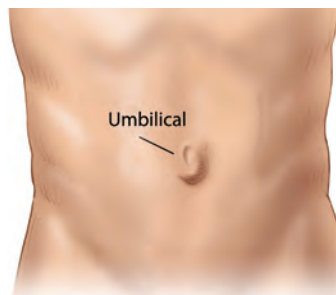
Esta información educativa sirve para ayudarle a estar mejor informado/a sobre su cirugía y para darle las habilidades y los conocimientos necesarios para participar activamente en su cuidado.

## Lo/La mantenemos informado/a

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

### 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



## Ubicación de la hernia umbilical

## La condición

La hernia umbilical ocurre cuando un tejido se abulta y se hace camino a través de la abertura de los músculos abdominales cerca del ombligo. Cerca del 10 % de las hernias abdominales son hernias umbilicales.<sup>1</sup>

## Síntomas comunes

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

## Opciones de tratamientos

### Procedimiento quirúrgico

**Reparación de hernia abierta:** se realiza una incisión cerca del área. El/La cirujano/a reparará la hernia con una malla o suturará (coserá) la capa muscular.

**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

En general, no se recomienda la espera en observación en adultos con una hernia umbilical. Es posible que pueda esperar para reparar las hernias umbilicales que son muy pequeñas, reducibles (que se pueden presionar y volver a la posición normal) y no incómodas.<sup>2</sup> Existe el riesgo de que el saco herniario apriete los intestinos y corte la irrigación sanguínea (estrangulación). Si esto ocurre, necesitará una cirugía de urgencia.<sup>3</sup>

## 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 realizarse una cirugía:** la hernia puede causar dolor y puede incrementarse en tamaño. Si el saco herniario aprieta el intestino, tendrá un dolor repentino, vómitos y requerirá una cirugía de urgencia.

**Los riesgos posibles incluyen** 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/La cirujano/a y el/la anestesista 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 lo/la lleve a casa.

**La recuperación:** por una reparación simple, es posible que pueda irse el mismo día. Necesitará quedarse más tiempo por reparaciones complejas.<sup>4</sup>

**Llame al/a la cirujano/a** si tiene dolor intenso, calambres abdominales, escalofríos o fiebre alta (más de 101 °F o 38.3 °C), hedor, mayor drenaje 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.

## Lo/La mantenemos informado/a

### ¿A quiénes afecta una hernia umbilical?

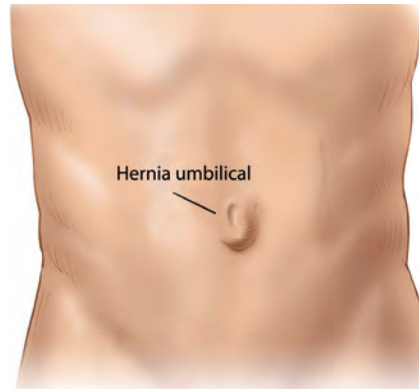
El diez por ciento de todas las hernias en adultos son umbilicales.<sup>2</sup> Las hernias umbilicales pueden aparecer de repente. Ocurren con mucha más frecuencia en adultos mayores de 60 años cuando sus músculos comienzan a debilitarse.<sup>5</sup>

### Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Edad avanzada: los músculos se vuelven más débiles
- 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

### Consideraciones en el embarazo

La reparación de las hernias umbilicales durante el embarazo solo se considera si la hernia está encarcelada o estrangulada.<sup>2</sup>



## Ubicación de la hernia

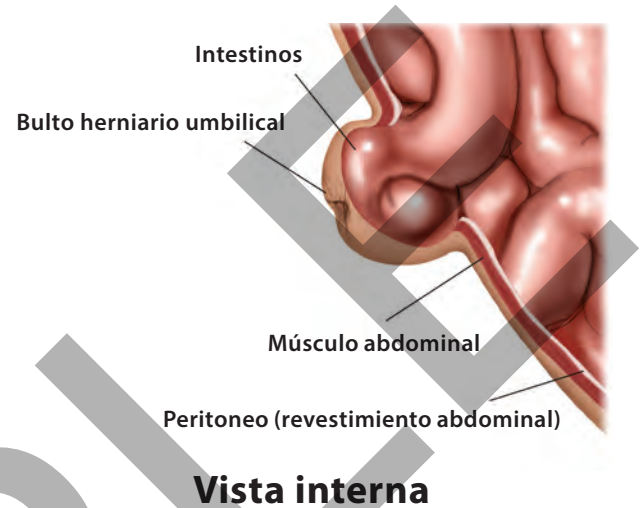
### La condición

Una **hernia umbilical** aparece cuando parte del intestino o del tejido adiposo se abulta a través del músculo cerca del ombligo. La mayoría de las hernias umbilicales (9 de cada 10) en adultos son adquiridas. Es decir, la presión intensa cerca del ombligo causa el bulto de la hernia umbilical.

Una **hernia reducible** se puede presionar de vuelta a su posición normal en la apertura o disminuye su tamaño en posición horizontal. Cuando el intestino o el tejido abdominal llena el saco herniario y no se puede presionar de vuelta a su posición normal se lo denomina hernia **irreducible o encarcelada**. Una **hernia estrangulada** es cuando el intestino queda atrapado en el saco herniario y la irrigación sanguínea hacia el intestino se corta. **Esto es una urgencia quirúrgica.**<sup>3</sup>

**Herniorrafia** es la reparación quirúrgica de una hernia.

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



### Síntomas

Los síntomas más comunes 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 un tratamiento inmediato.**

### Pruebas de diagnóstico comunes<sup>4</sup>

#### Historia y examen físico

Controles para verificar la presencia de bultos

#### Pruebas adicionales (ver glosario)

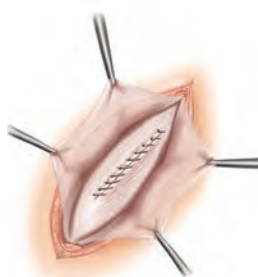
Otras pruebas pueden incluir:

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

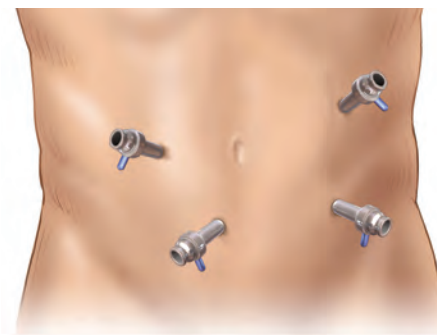
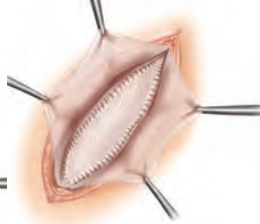


Reparación abierta

Reparación con sutura muscular



Reparación con malla



Reparación laparoscópica

## Tratamiento quirúrgico

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

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

### Reparación de hernia abierta

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

- Para la reparación solo con sutura: 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.<sup>6</sup>
- Para una reparación abierta con malla: Se remueve el saco herniario. La malla se coloca debajo de la zona de la hernia. La malla se sujeta por medio de 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. Se acomoda el ombligo nuevamente en el músculo. La malla con frecuencia se utiliza para las reparaciones de hernias más grandes y reduce el riesgo de la reaparición de la hernia.
- Para todas las reparaciones abiertas, la zona de la piel se cierra por medio de suturas, grapas o pegamento quirúrgico.
- Una reparación abierta se puede realizar con anestesia local o sedación intravenosa (IV).

- El/La cirujano/a podría inyectar anestesia local alrededor de la zona de reparación de la hernia para ayudar a 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 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 y una cámara con luz 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 puede suturar o fijar con grapas con el músculo que rodea la zona de la hernia. Las aberturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento.

## Tratamiento no quirúrgico

En general, no se recomienda la espera en observación, excepto para hernias umbilicales muy pequeñas.<sup>7</sup> Se recomienda una reparación quirúrgica en los adultos que tienen síntomas, estrangulamiento, adelgazamiento de la piel o ascitis incontrolables.

Debido a que los músculos se debilitan con la edad, la hernia puede incrementar su tamaño y hay un riesgo de una hernia irreductible o estrangulada.<sup>2</sup> Los vendajes que presionan el bulto de nuevo a su posición normal no repararán la hernia.

## Lo/La mantenemos informado/a

### La reparación laparoscópica en comparación con la abierta

No hay evidencia significativa sobre la mejor técnica para reparar una hernia umbilical y se requieren más estudios. El tipo de reparación también podría depender del tamaño de la hernia.

- Cuando se compara una reparación con malla abierta con la reparación con malla laparoscópica, no hay diferencia en la duración de la hospitalización o en la tasa de recurrencia. Hay un índice un poco más bajo de complicaciones en heridas, incluidos los seromas, los hematomas y las infecciones con la reparación laparoscópica.<sup>6,8</sup> Ambos tipos de operaciones tienen resultados similares a largo plazo.
- Las reparaciones abiertas se pueden realizar con anestesia local, en vez de con anestesia general, y se realizan con frecuencia como procedimientos ambulatorios.
- 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.<sup>9</sup>
- La reparación por sutura dará lugar a una pequeña incisión alrededor del área de la hernia. Las reparaciones laparoscópicas generalmente tienen cicatrices 3 a 4 veces más pequeñas en la zona de los puertos de ingreso.

# Riesgos de este procedimiento

## Los riesgos basados en la calculadora de riesgo ACS

Cirugía de hernia umbilical abierta y laparoscópica desde la calculadora de riesgo ACS, 7 de abril, 2016

Riesgos	Porcentajes para un/ una paciente promedio	Lo/La mantenemos informado/a
<b>Infección de la herida:</b> infección en el área de incisión o cerca del órgano en donde se realizó la cirugía.	<b>Abierta</b> 1.2 % <b>Laparoscópica</b> 0.9 %	Se podrían necesitar antibióticos y drenajes de la herida. Fumar puede incrementar el riesgo de infección.
<b>Complicaciones:</b> incluidas las infecciones quirúrgicas, dificultades respiratorias, coágulos, complicaciones renales (riñón) y cardíacas, y regreso al quirófano.	<b>Abierta</b> 2.2 % <b>Laparoscópica</b> 3.4 %	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.
<b>Neumonía:</b> infección en los pulmones.	<b>Abierta</b> 0.1 % <b>Laparoscópica</b> 0.2 %	El movimiento, la respiración profunda y dejar de fumar pueden ayudar a prevenir infecciones respiratorias.
<b>Infección del tracto urinario:</b> infección de la vejiga o de los riñones.	<b>Abierta</b> 0.1 % <b>Laparoscópica</b> 0.4 %	Beber líquidos y el cuidado del catéter disminuye el riesgo de una infección urinaria.
<b>Trombosis venosa:</b> un coágulo en las piernas que puede viajar a los pulmones.	<b>Abierta</b> 0.1 % <b>Laparoscópica</b> 0.3 %	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.
<b>Muerte</b>	Menor al 1 %	El equipo de cirugía está preparado para las situaciones de emergencia.
Los riesgos de los resultados reportados en los últimos 10 años de bibliografía	Porcentajes para un/ una paciente promedio	Lo/La mantenemos informado/a
<b>Dolor postoperatorio inmediato</b>	No hay una diferencia en las escalas de valoración de dolor cuando se compara la reparación con sutura frente a la reparación con malla y frente a la reparación laparoscópica en el tercer día posterior a la cirugía. <sup>6</sup>	El procedimiento laparoscópico evita una incisión grande. Puede que sienta una opresión en el abdomen debido a que el músculo se ha unido. Se controlará el dolor por medio de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, con reposo, sin esforzarse y sin levantar peso.
<b>Recurrencia:</b> una hernia puede reaparecer luego de la reparación.	<b>Reparación con suturas</b> 0 % al 14 % <b>Reparación con malla</b> 0 % al 3 % <sup>10</sup>	Pareciera que el uso de malla u otro tipo de reparación con parche reduce la tasa de recurrencia. <sup>11</sup> La obesidad, la diabetes y fumar pueden afectar la sanación de las heridas e incrementar la tasa de recurrencia. <sup>12</sup> La reparación laparoscópica se recomienda para las hernias recurrentes debido a que el/la cirujano/a evita el tejido cicatricial o las hernias más grandes. <sup>13-14</sup> Hay una tasa mayor de recurrencia en los hombres mayores con una reparación laparoscópica.
<b>Seroma:</b> acumulación de fluidos claros/amarillos.	<b>Abierta y laparoscópica</b> <b>Reparación con suturas</b> 50 de 1000 <b>Reparación con malla</b> 60 de 1000 <sup>9</sup>	Los seromas se pueden formar alrededor de la zona de la hernia. Se podría requerir la extracción de fluidos con una aguja estéril.
<b>Hematoma:</b> acumulación de sangre en la zona de la herida o del escroto.	No hay una diferencia en la tasa de recurrencia entre la reparación con sutura y con malla.	Los hematomas se tratan con medicamentos antiinflamatorios, elevación y descanso. La mayoría se absorben con el tiempo.

Los datos han sumado una media por 1,000 casos

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>.



## Preparación para la cirugía

### 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 anestesta 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. Puede encontrar fuentes que lo/la ayudarán a dejarlo ingresando a [www.facs.org/patienteducation](http://www.facs.org/patienteducation) o [www.lungusa.org/stop-smoking](http://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.

## 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, en especial alrededor del área umbilical, 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.

### 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 agacharse
- Dejar las 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. 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 ayudarlo 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.

### 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 ayudarlo 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? ¿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)?

# 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, zarcamoras, frutillas, brócolis, papas cocidas con piel, ciruelas, manzanas, hojas verdes y nueces.



## Recuperación y alta

### Pensar con claridad

Si le administran anestesia general o si está tomando narcóticos para el dolor, es posible que se sienta diferente por 2 o 3 días. Podría tener problemas para recordar o podría sentirse cansado/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

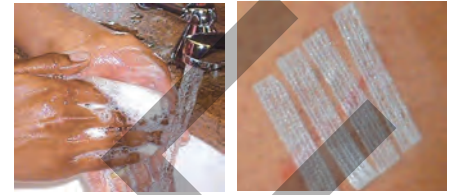
- De a poco vaya aumentando la actividad. Asegúrese de levantarse y caminar cada hora aproximadamente para prevenir la formación de coágulos.
- Podría irse a casa el mismo día en el caso de reparaciones simples. Si tiene otras afecciones médicas o problemas de salud, como náuseas, vómitos, hemorragias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

### Trabajo y vuelta a la escuela

- Luego de la recuperación, en general puede regresar al trabajo 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 una hernia umbilical.
- La restricción de levantar peso podría durar hasta 6 meses para reparaciones complicadas o recurrentes.<sup>2</sup>

### 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.



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.

### 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.

No levante nada que pese más de 10 libras.

Un galón de leche pesa 9 libras.

## 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. Imagínesse 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:**



Inmovilización del estómago



Distracción



Imágenes guiadas



# Más información

Para obtener más información, diríjase al sitio web de Educación Quirúrgica del Paciente de la American College of Surgeons, ingresando en [www.facs.org/patienteducation](http://www.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 [www.facs.org/SRGS](http://www.facs.org/SRGS).

## GLOSARIO

**Análisis de orina:** un examen visual y químico de la orina, por lo general 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.

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

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

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

**Hematoma:** acumulación de sangre que se ha filtrado hacia los tejidos de la piel o un órgano y que es fruto de las incisiones de una cirugía o de la incapacidad de la sangre para formar un coágulo.

**Hernia irreductible:** la protrusión o constricción de un órgano a través de la pared de la cavidad que normalmente lo contiene.

**Instrucciones anticipadas:** 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.

**Ultrasonido abdominal:** 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.

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

**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. Una TC se realiza en alrededor de 15 minutos o menos.

## 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. Klinge U, Prescher A, Klosterhalfen B et al. Entstehung und Pathophysiologie der Bauchwanddefekte. *Der Chirurg*. 1997;68:293.
2. Muschawek U in Umbilical and epigastric hernia repair, *Surgical Clinics of North America*. 2003;1207-1221.
3. Malangoni MA, Rosen MD. Hernias. En: CM Townsend, RD Beauchamp, et al. *Textbook of Surgery*. Filadelfia, PA. Saunders, 2008.
4. Weinstein PR, Hoff JT. Hernias and Other Abdominal Lesions of the Abdominal Wall. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Eds. L.W. Way and Gerald M. Doherty. 11.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill, 2004. 783-796.
5. "Strangulated Hernia" obtenido de <http://medicaldb.blogspot.com/2011/01/strangulated-hernia.html>.
6. Lau H, Patil NG. Umbilical Hernia in Adults, *Surgical Endoscopy*. 2003;17:2016-2220.
7. Greenfield's surgery: Scientific principles and practice. Eds, Mulhollan M. et al. Lippincott Williams y Wilkins, 2011. P. 1131.
8. Solomon TA, Wignesvaran P, Chaudry MA, Tutton MG. *Surgical Endoscopy*. 2010;24:3109-3112.
9. Arroyo A., García P, Pérez F, Andreu J., Candela F., Calpeña R. Randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults. *British Journal of Surgery*. 2001;88:1321-1323.
10. Earle DB, McLellan JA. Repair of umbilical and epigastric hernias. *The Surgical Clinics of North America*. 2013;93(5):1057-1089.
11. Arslani N., Patrlj L., Kopljar M., Rajkovic Z., Altarac S., Papes D., Stritof D. Advantages of new materials in fascia transversalis reinforcement for inguinal hernia repair. *Hernia*. 2010;14(6):617-21.
12. Martin DF, Williams RF, Mulrooney T., Voeller GR. Ventrelex mesh in umbilical/epigastric hernia repairs; clinical outcomes and complications. *Hernia*. 2008;379-383.
13. Wright BE, Becerman J., Cohen M., Cumming JK, Rodriguez JL. Is laparoscopic umbilical hernia repair with mesh a reasonable alternative to conventional repair? *The American Journal of Surgery*. 2002;184:505-509.
14. Helgstrand F, Rosenberg J., Bisgaard T. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: A qualitative systematic review. *Hernia*. 2011;15:113-121.

## 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.

**Revisado en abril de 2016 por:** Nancy Strand, MPH, RN  
Mark Malangoni, MD, FACS  
Brian Heniford, MD, FACS