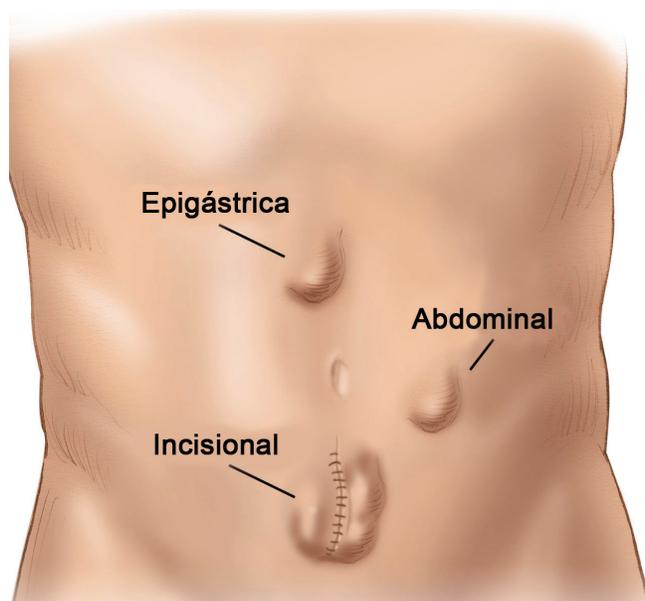


# Reparación de hernia ventral



Áreas comunes para la hernia ventral

## La afección

La hernia ventral es una protuberancia que sobresale de una abertura en los músculos del abdomen. La hernia puede aparecer en la zona de una incisión anterior (incisional), sobre el ombligo (epigástrica) u otras zonas de músculos débiles (principalmente abdominales).

## Síntomas comunes

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

## Opciones de tratamiento

### Procedimiento quirúrgico

**Reparación de hernia abierta (open hernia repair, OVHR):** 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 (laparoscopic hernia repair, LVHR):** 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.<sup>1</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.

**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.

**Si decide someterse a una cirugía, los posibles riesgos incluyen** la reaparición de la hernia; una infección; lesiones en la vejiga, los vasos sanguíneos o 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. Su cirujano/a y el/la anestesta revisarán su historia clínica, los medicamentos caseros 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 su medicamento 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 para reparaciones más complejas. La duración promedio de la internación para pacientes con reparaciones de hernias complejas es de 1.5 días.<sup>2</sup>

**Llame a su cirujano/a** si tiene dolor intenso, calambres abdominales, escalofríos con fiebre elevada (más de 101 °F), hedor o mayor drenaje de la incisión o ausencia de evacuaciones durante 3 días.

### Vuelta al trabajo y a la escuela

- Después de la recuperación, por lo 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 durante 4 a 6 semanas después de la cirugía.
- La restricción de levantar peso puede extenderse hasta 6 meses para reparaciones de hernia complicadas o recurrentes.

**SURGICAL PATIENT  
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

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

## Información para usted

### Hernias en la pared abdominal

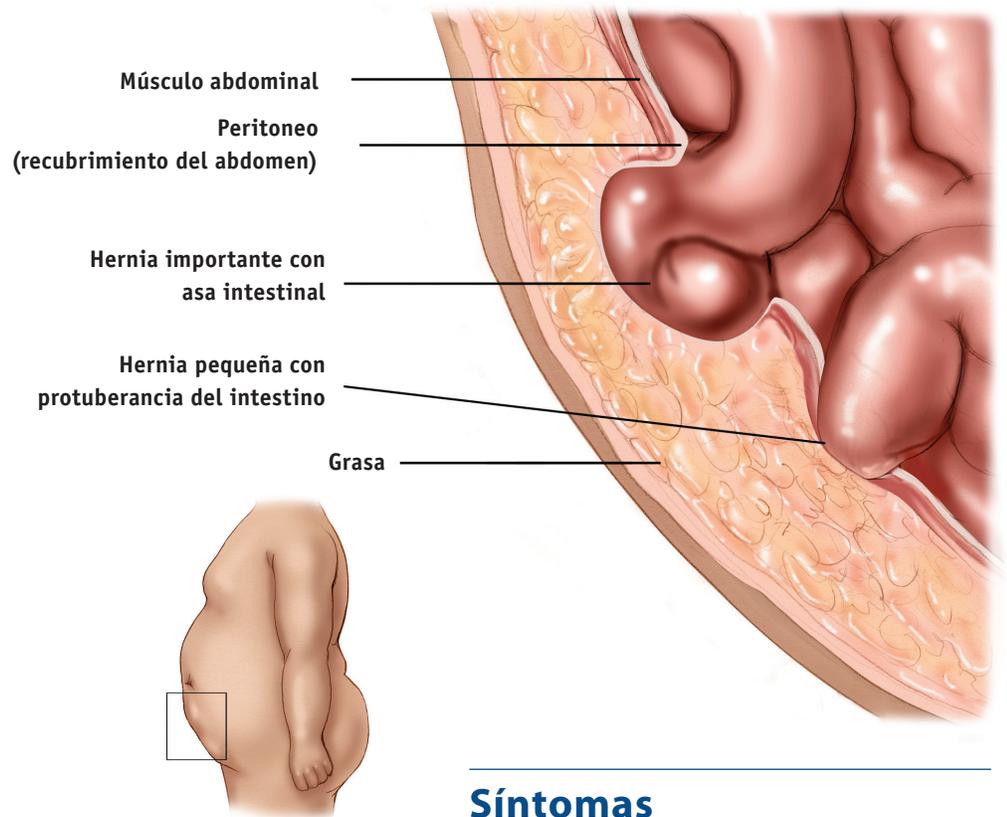
También se les conoce como hernias ventrales. Pueden producirse:

- Al nacer (congénita)
- Con el paso del tiempo debido al debilitamiento de los músculos
- En una zona de incisión anterior

### Eventraciones

Las eventraciones o hernias incisionales se producen en alrededor del 12 % de los casos después de una cirugía abdominal abierta importante, y alrededor del 3 % en las cirugías laparoscópicas.<sup>3</sup> La mayoría aparece durante los primeros cinco años posteriores a una cirugía. Los factores de riesgo que pueden contribuir a la formación de eventraciones son:

- La obesidad, que crea tensión y presión en los músculos abdominales
- Incisiones abdominales grandes
- Infección posoperatoria (tenga en cuenta que fumar está relacionado con tasas elevadas de infección)
- Debilidad del tejido conectivo (el material entre las células corporales que les brinda fuerza, que a veces se conoce como pegamento celular)
- Diabetes mellitus
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad hepática



## La afección

### La hernia

Una hernia ventral se produce cuando existe una debilidad o un agujero en los músculos del abdomen, y una parte del intestino o del tejido abdominal ejerce presión sobre la capa muscular.<sup>4</sup> 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 es **estrangulada** si el intestino queda atrapado en el saco herniario, lo que disminuye la irrigación sanguínea hacia el intestino. **Esto es una urgencia quirúrgica.**

Existen 3 tipos de hernia ventral:

**Hernia epigástrica (zona del estómago):** entre el esternón y el ombligo.

**Hernia umbilical:** en la zona del ombligo.

**Hernia por incisión:** se desarrolla en el lugar de una incisión quirúrgica o una reparación laparoscópica anterior como resultado del tejido cicatricial o de músculos débiles en la zona.

## 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 ingresó en el saco herniario y está estrangulado.

**Esto es una urgencia quirúrgica que requiere tratamiento inmediato.**

## Pruebas comunes

### Historia clínica y examen físico

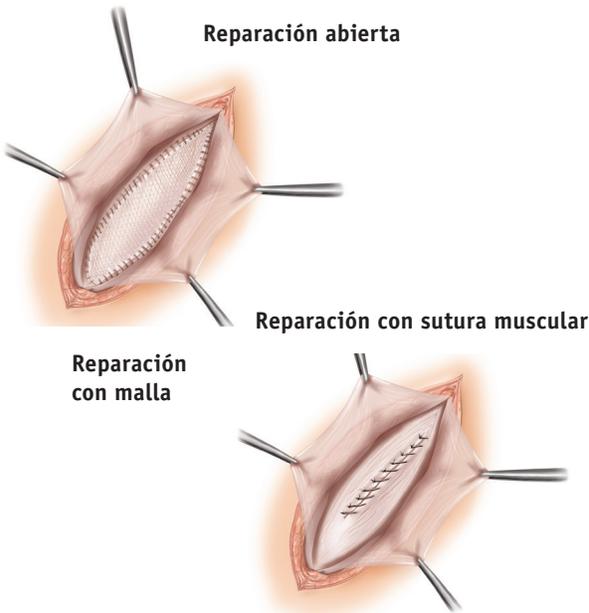
Se revisa la zona en búsqueda de un bulto.

### Pruebas adicionales (véase glosario)

Otras pruebas pueden incluir:

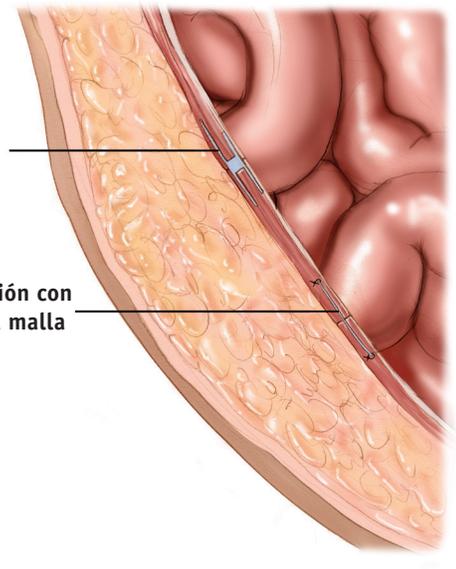
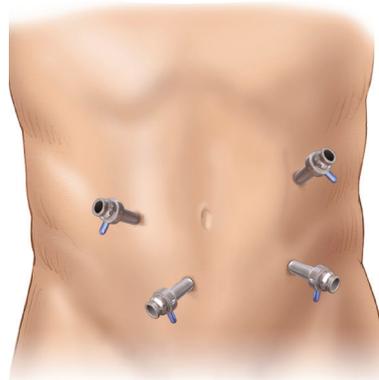
- Ultrasonido
- Tomografía computarizada (TC)
- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Electrocardiograma (ECG) para pacientes mayores de 45 años, o con riesgo elevado de problemas cardíacos

# Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos



Reparación con malla doble

Reparación laparoscópica



## 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 la reparación de una hernia.

### Reparación abierta de hernia

El/la cirujano/a hace 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 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 puede reducir el riesgo de reaparición de la hernia. La zona de la piel se cierra por medio de suturas, grapas o pegamento quirúrgico. El procedimiento más básico es una reparación abierta sin malla, que se utiliza para defectos menores a 2 cm.<sup>5</sup>

## Reparación laparoscópica de hernia

El/la cirujano/a realizará punciones o incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos o trócares (tubos huecos) en las aberturas. Se colocan los instrumentos quirúrgicos en los puertos. Se infla el abdomen con gas de dióxido de carbono para poder ver mejor los órganos internos. 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. En un estudio importante, 19 % (1 de cada 5) de los pacientes con hernias incisionales y 16 % (1 de cada 7) con hernias umbilicales/epigástricas hicieron espera en observación. Cuatro por ciento de ellos necesitaron una cirugía de emergencia dentro de los 5 años. No se registraron diferencias en readmisiones a los 30 días, nueva operación o tasa de mortalidad entre pacientes con cirugía y pacientes que esperaron una reparación de hernia.<sup>1</sup> 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 pueden mejorar la comodidad de alrededor un tercio de aquellas personas que los usan. Una cirugía es el único tratamiento para una reparación de hernia.

## Información para usted

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

No hay un solo tipo de reparación que sea bueno para todas las hernias ventrales. Las reparaciones laparoscópicas están asociadas con tasas bajas de infección y tiempos cortos de hospitalización. No hay diferencias en las tasas de reaparición, el dolor a largo plazo o la calidad de vida.<sup>6</sup> Para pacientes con intestinos estrangulados e infecciones, el procedimiento laparoscópico podría no ser una opción.

### ¿Reaparecerá mi hernia?

La malla reduce el riesgo de reaparición de la hernia.<sup>7</sup> La malla absorbible demostró reducir el riesgo de reaparición de hernias y mejorar la calidad de vida.<sup>7</sup> La malla puede fijarse, graparse o suturarse.

La obesidad y las complicaciones de la herida incrementan el riesgo de reaparición.<sup>8,9</sup> Es posible que lo/la ingresen en un programa para bajar de peso, dejar de fumar o controlar la diabetes antes de una reparación electiva a fin de fomentar el mejor resultado.

# Riesgos de este procedimiento

SAMPLE

Riesgos basados en la calculadora de riesgo del ACS en julio de 2022*	Porcentaje	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	<b>Abierta</b> 5,8 % <b>Laparoscópica</b> Menor al 1 %	Se podrían necesitar antibióticos y drenajes de la herida. Fumar puede incrementar el riesgo de infección.
<b>Regreso a la cirugía:</b> La necesidad de volver al quirófano debido a un problema después de la cirugía previa	<b>Abierta</b> 3,7 % <b>Laparoscópica</b> Menor al 1 %	El dolor significativo y el sangrado pueden generar una nueva cirugía. El equipo de cirugía y anestesia está preparado para reducir todos los riesgos de volver al quirófano.
<b>Neumonía:</b> Infección en los pulmones.	<b>Abierta:</b> 0.8 % <b>Laparoscópica</b> Menor al 1 %	Dejar de fumar, el movimiento y la respiración profunda después de la cirugía pueden ayudar a prevenir infecciones respiratorias.
<b>Infección urinaria:</b> Infección de la vejiga o los riñones	<b>Abierta</b> 0.7 % <b>Laparoscópica</b> Menor al 1 %	La ingesta de líquidos y el cuidado del catéter disminuyen el riesgo de infección urinaria.
<b>Coágulo:</b> Un coágulo en las piernas puede viajar a los pulmones	<b>Abierta</b> 0.5 % <b>Laparoscópica</b> Menor al 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>Problemas cardíacos:</b> Incluye un ataque cardíaco o un paro cardíaco repentino	Menor al 1 %	La anestesia puede agravar los problemas del corazón o de los pulmones. Su anestesista revisará su historia clínica y le sugerirá la mejor opción.
<b>Falla renal (riñones):</b> Los riñones ya no funcionan para generar 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 aumentar el riesgo.
<b>Muerte</b>	Menor al 1 %	
<b>Todas las complicaciones, que incluyen:</b> infecciones quirúrgicas, dificultades respiratorias, coágulos, complicaciones renales (riñón), complicaciones cardíacas y el regreso al quirófano	<b>Abierta</b> 10.1 % <b>Laparoscópica</b> 2.6 %	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.
Los riesgos surgen de los resultados informados en los últimos 10 años de bibliografía	Porcentaje	Información para usted
<b>Retención urinaria:</b> Incapacidad para orinar después de haber retirado 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 podría utilizar un catéter temporal o medicamentos para tratar la retención.
<b>Seroma:</b> Acumulación de fluidos serosos (claros/amarillos)	12 %	Un seroma suele desaparecer por sí solo en 4 a 6 semanas. El fluido casi nunca se remueve con una aguja estéril. <sup>10</sup>
<b>Reaparición:</b> La hernia puede reaparecer varios años después de la reparación	<b>Abierta</b> 12 % <b>Laparoscópica</b> 10 % <b>Sin malla</b> 17 % <sup>11</sup>	Las tasas de reaparición son más elevadas en reparaciones de hernia complejas o infectadas o en reparaciones sin malla. El seguimiento de largo plazo muestra que el uso de una malla parece reducir la reaparición de hernias en comparación con la sutura, pero puede aumentar las complicaciones como seroma, infección u obstrucción intestinal. <sup>11</sup>
<b>Intestinos/lesión intestinal</b>	<b>Abierta</b> Menor al 1.9 % <b>Laparoscópica</b> 1.9 % <sup>12</sup>	Se reparará la lesión en el momento de la cirugía. Si hay pérdida de los intestinos dentro de la cavidad abdominal, se realizará la reparación de hernia después de que los intestinos sanen. Se colorará un tubo nasogástrico (NG) para mantener vacío el estómago hasta que el fluido se transporte a través de los intestinos.

**\*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 su cirugía

## Qué puede esperar

### Medicamentos

Traiga la lista de todos los medicamentos, vitaminas y cualquier medicamento de venta libre que esté tomando. Es posible que ajusten sus medicamentos antes de la cirugía. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación y su respuesta a la anestesia. Por lo general, tomará sus medicamentos por la mañana con un sorbo de agua.

### Anestesia

Avísele al/a la anestesista 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 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. 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 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 sin dolor durante la cirugía. Se le 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, cerca de la columna vertebral. Estará despierto durante la operación, pero no sentirá dolor.

## El día de la cirugía

- Su equipo de atención médica le aconsejará cuándo debe dejar de comer y beber antes de la cirugía.
- Debe bañarse o tomar una ducha y limpiar su abdomen con un jabón antibacteriano.
- Debe cepillarse los dientes y enjuagarse la boca con un enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía, el equipo de cirugía recortará el vello cerca de la zona de incisión.
- Avísele 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 debe traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (véase glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Zapatos de calzado fácil que no lo obliguen a agacharse

### 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. Se disminuye el riesgo al levantarse y caminar 5 o 6 veces por día, al utilizar medias de compresión y botas de compresión en las piernas y, para pacientes con riesgos altos, al tomar un medicamento anticoagulante.

## Preguntas

### Sobre mi operación:

- ¿Cuáles son los efectos adversos y los 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?
- ¿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)?
- ¿Se me puede realizar una reparación de hernia durante una cirugía de bypass gástrico?

## 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 por al menos 2 días.

### Nutrición

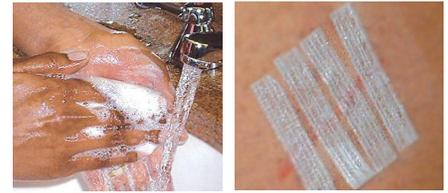
- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente descompuesto/a, puede comenzar a ingerir alimentos regulares.
- Siga bebiendo entre 8 y 10 vasos de agua al día.
- Aliméntese con una dieta rica en fibras para no esforzarse al momento de evacuar.

### Actividad

- Aumente su actividad poco a poco. Asegúrese de levantarse y caminar alrededor de una vez por hora para evitar la formación de coágulos.
- Podría 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.
- No levante elementos que pesen más que 10 libras ni participe en actividades extenuantes durante un mínimo de 6 semanas.

### 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/>



Lavado de manos      Steri-Strips®

- 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 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.

## 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 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 evacuaciones después de 3 días de la cirugía

## 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 opioide. 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	¿Cuán 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 a 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 infrecuente con el uso a corto plazo.</p> <p>Los ejemplos de opioides de acción rápida incluyen: Tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>

## Información para usted

### Dolor después de la reparación de hernia ventral

Los pacientes jóvenes, del sexo femenino, aquellos que tienen dolores preoperatorios o hernias recurrentes pueden sentir dolor hasta un mes después de la cirugía. En el control al mes de la operación, más pacientes de cirugías de reparación de hernias ventrales sufrieron dolor y limitaciones de movimiento. En los controles a los 6 y 12 meses no hubo diferencias en calidad de vida. La duración de la hospitalización y las tasas de infección pueden ser menores en las cirugías de reparación de hernias ventrales, pero las complicaciones generales y las tasas de reaparición son iguales.<sup>6</sup>

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 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.

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

### Tomografía computarizada (TC):

Una prueba diagnóstica que usa rayos X y una computadora para crear una imagen detallada y tridimensional del abdomen.

### Electrocardiograma (ECG):

Mide la frecuencia y la regularidad de los latidos, el tamaño de las cámaras del corazón y cualquier daño al corazón.

### Anestesia general:

Un tratamiento con medicamentos determinados que duermen a la/el paciente para que no sienta dolor durante la cirugía.

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

**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.

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

**Análisis de orina:** Un examen visual y químico de la orina que, en general, 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.

- Kokotovic D, Sjølander H, Gögenur I y otros. Watchful waiting as a treatment strategy for patients with a ventral hernia appears to be safe. *Hernia* 20, 281–287 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10029-016-1464>
- Calculadora de riesgo del ACS: <https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/>
- Goodenough CJ, Ko TC, Kao LS y otros. Development and validation of a risk stratification score for ventral incisional hernia after abdominal surgery: hernia expectation rates in intra-abdominal surgery (the HERNIA Project). *J Am Coll Surg*. 2015 Abr;220(4):405-13. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.12.027.
- Ventral Hernia. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16531-ventral-hernia> 2018.
- Smith J, Parmely JD. Ventral Hernia. [Actualizado el 11 de agosto de 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499927/>
- Ecker, B. L. y otros. Laparoscopic versus open ventral hernia repair: Longitudinal outcomes and cost analysis using statewide claims data. *Surg Endosc*. 30(3), 906–915. <https://doi.org/10.1007/s00464-015-4310-y> (2016).
- Rosen MJ, Bauer JJ, Harmaty M y otros. Multicenter, Prospective, Longitudinal Study of the Recurrence, Surgical Site Infection, and Quality of Life After Contaminated Ventral Hernia Repair Using Biosynthetic Absorbable Mesh: The COBRA Study. *Ann Surg*. 2017 Ene;265(1):205-211. doi: 10.1097/SLA.0000000000001601. PMID: 28009747; PMCID: PMC5181129.
- Nieto EP, Ponz CB, Ananin SF y otros. Obesity as a risk factor for complications and recurrences after ventral hernia repair. *Int J Abdom Wall Hernia Surg* 2020;3:1-3
- Veilleux E, Lutfi R. Obesity and Ventral Hernia Repair: Is There Success in Staging? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2020 Ago;30(8):896-899. doi: 10.1089/lap.2020.0265. Epub 2020 Mayo 21. PMID: 32453617.
- Blount AL, Craft RO, Harold KL. Safety of laparoscopic ventral hernia repair in octogenarians. *JLS*. 2009 Jul-Sep;13(3):323-6. PMID: 19793470; PMCID: PMC3015979.
- Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long-term recurrence and complications associated with elective incisional hernia repair. *JAMA*. 2016; 316(15):1575–1582. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.15217> PMID: 27750295
- Colavita PD, Tsirlina VB, Belyansky I, Walters AL, Lincourt AE, Sing RF, Heniford BT. Prospective, long-term comparison of quality of life in laparoscopic versus open ventral hernia repair. *Ann Surg*. 2012 Nov;256(5):714-22; discussion 722-3. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182734130. PMID: 23095614.

## 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 para pacientes quirúrgicos por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la 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 2012, 2014, 2017 y 2022 por:

David Feliciano, MD, FACS  
Mary T. Hawn, MD, FACS  
Kathleen Heneghan, PhD, MSN, RN, FAACE  
Nancy Strand, MPH, RN