



Hernia Inguinal/Femoral

La Educación del Paciente

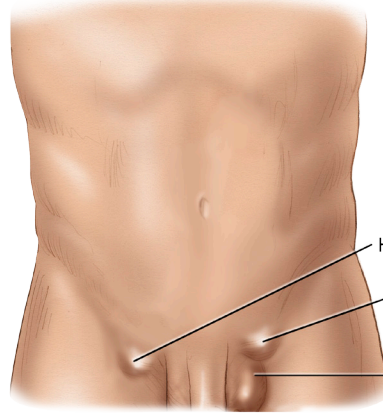
El propósito de esta información educativa es ayudarle a estar mejor informado sobre su operación y habilitarlo con las destrezas y conocimiento necesario para que participe concientemente en su propio cuidado.

Manteniéndole Informado

Esta información le ayudará a entender aún más su operación y su involucramiento en su recuperación.

La Educación Cubre Estos Temas:

Revista General Sobre la Reparación de la Hernia	1
La Condición, Síntomas y Pruebas ...	2
Opciones para el Tratamiento	3
Riesgos y Posibles Complicaciones	4
Preparativos y Expectativas.....	5
Su Recuperación y Dada de Alta.....	6
Control del Dolor	7
Glosario y Referencias	8



Localización de la hernia

Opciones de Tratamiento

Procedimiento Quirúrgico

Operación abierta de la hernia—

Se hace una incisión sobre el lugar y se repara la hernia con una malla o, con menos frecuencia, cerrando el músculo con suturas.

Reparación Laparoscópica de la hernia—

Se repara la hernia con malla o suturas haciendo uso de instrumentos colocados dentro de pequeñas incisiones en el abdomen.

No Quirúrgicas

Para adultos con hernias que no causan molestia, una espera en alerta es una opción recomendable. Esta opción no es recomendable para hernias femorales o para infantes.²⁻⁶

Beneficios y riesgos

Beneficios—La única forma de reparar una hernia es una operación. Usted puede regresar a sus actividades normales y, en la mayoría de los casos, no experimentará más malestar.

Riesgo de no operarse—El dolor y el tamaño de su hernia pueden aumentar. Si su intestino queda atrapado en la bolsa de su hernia, usted experimentará un repentino dolor, vómito y requerirá una operación inmediata.

Las posibles complicaciones incluirán: re-aparición de la hernia, infección, daño a la vejiga, los vasos sanguíneos, los intestinos, o nervios, dificultad para orinar; dolor continuo e hinchazón de los testículos o del área de la ingle.

Expectativas

Antes de su operación—La evaluación puede incluir pruebas de sangre y análisis de orina. Su cirujano y el proveedor de la anestesia discutirán su historial de salud, qué medicamentos de casa debería tomar usted el día de su operación y sus opciones para el control del dolor.

El día de su operación—No deberá comer ni beber por seis horas antes de la operación. Por lo general, tomará sus medicamentos normales con un sorbo de agua. Después de la operación necesitará que alguien lo transporte de regreso a su hogar.

Su recuperación—Si usted no sufre complicación alguna, por lo regular regresará a su hogar el mismo día de la operación.

Llame a su cirujano si usted sufre dolores severos, calambres estomacales, escalofríos, calentura (sobre 101° F), mal olor o aumento del drenaje de su incisión, o si no tiene movimiento intestinal por tres días.

La Condición

Una hernia inguinal ocurre cuando un pequeño tejido se abulta a través de una apertura en el músculo. Cualquier parte de la pared abdominal puede debilitarse y desarrollar una hernia, pero los lugares más frecuentes son la ingle, el ombligo o el lugar de una previa incisión quirúrgica.

¿Cuáles Son Los Síntomas Comunes?

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

Esta primera página es un resumen. Para información más detallada, revise el documento en su totalidad

La Condición, Señales y Síntomas y Exámenes de Diagnóstico

Manteniéndole Informado

¿Quién Es Propenso a las Hernias?

Puede no haber causa para una hernia. Algunos factores de riesgo son:

Edad avanzada—Los músculos se debilitan

Obesidad—el aumento de peso crea presión en el músculo abdominal.

Jalar o hacer esfuerzos o giros repentinos.

Esfuerzos crónicos

Historial de la familia

Desordenes de tejidos conectivos

Embarazo—1 de 2,000 mujeres desarrollan una hernia durante su embarazo.

Consideraciones Pediátricas

Las hernias inguinales ocurren en hasta 50 de 1,000 infantes de término completo y 300 de 1,000 infantes de término incompleto. Las hernias inguinales son 5 veces más frecuentes en los niños.

Los infantes o los niños siempre reciben reparación quirúrgica debido al alto riesgo de encarcelación. La encarcelación puede ocurrir en hasta 100 de 1,000 niños y en hasta 400 de 1,000 infantes prematuros. En las mujeres 150 de 1,000 tienen un ovario en el saco de su hernia.

Otros desordenes médicos que tienen síntomas parecidos a las hernias incluyen agrandamiento de los ganglios linfáticos, quistes, y problemas testiculares tales como hidrocele en el escroto.³⁻⁴

La Condición

La Hernia

Una hernia inguinal ocurre cuando la cavidad abdominal se abulta a través de una apertura en el músculo.

Una hernia reducible puede ser empujada de regreso por la apertura; cuando el intestino o el tejido abdominal llena el saco de la hernia y no se le puede empujar se le llama **hernia irreducible o encarcelada.**

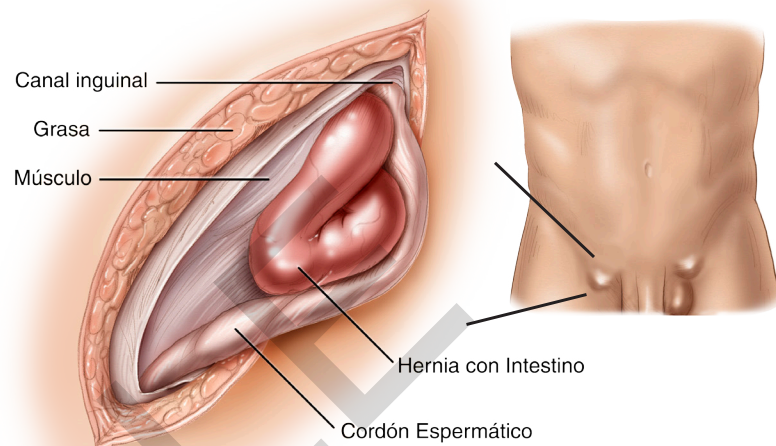
Una hernia está estrangulada cuando disminuye el abasto de sangre al intestino o a la bolsa de la hernia.³⁻⁴

Hay dos tipos de hernia de la ingle.

- Una **hernia inguinal** se aparece como un bulto en la ingle o el escroto. Las hernias inguinales representan un 80% de todas las hernias y son más comunes en los hombres.
- Una **hernia femoral** se aparece como un bulto en la ingle, muslo superior, o la labia (dobleces de piel que rodean la apertura vaginal). Las hernias femorales son más comunes en las mujeres. Son siempre reparadas debido al alto riesgo de estrangulación.^{1-2, 6}

La **hernio rafia** es un término quirúrgico para la reparación de una hernia.

Hernia Inguinal



Síntomas

Los síntomas más comunes son:

- Abultamiento en la ingle y en el escroto, o el área abdominal que a menudo aumenta en tamaño cuando se tose o se hace un esfuerzo
- El dolor o presión en la hernia
- El dolor abdominal agudo y vómito pueden indicar que el intestino se ha deslizado a través del saco de la hernia y está estrangulado. Esta es una emergencia médica y requiere tratamiento inmediato.

Exámenes Comunes de Diagnóstico

Historial y examen físico

Se examina el área para un abultamiento.

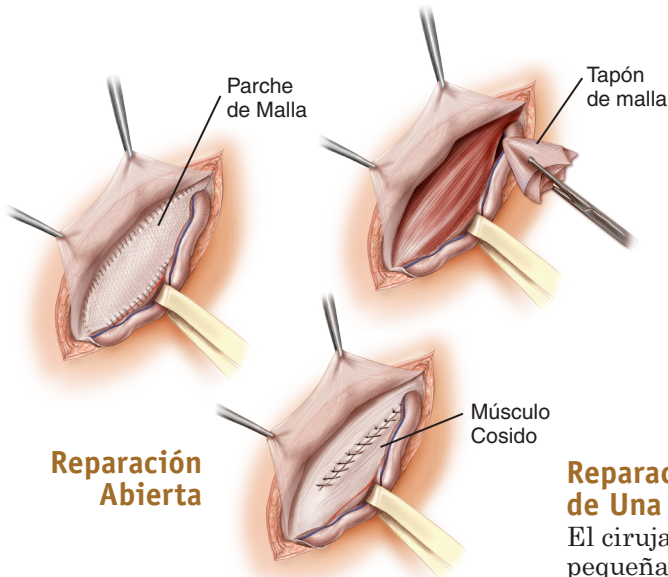
Examen adicional (vea el glosario)

Un examen físico es la mejor manera de determinar la presencia de una hernia inguinal.³

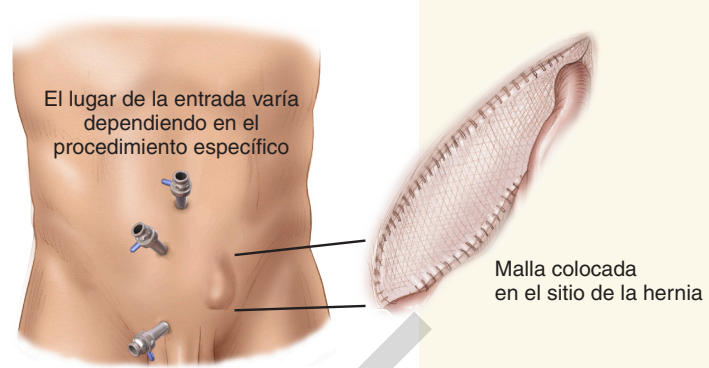
Otras pruebas pueden incluir:

- Examen digital
- Pruebas de sangre
- Análisis de la orina
- Electrocardiograma (EKG) solamente si existe un alto riesgo de problemas cardíacos
- Ultrasonido
- Escaneo de tomografía computarizado

Tratamiento Quirúrgico y No Quirúrgico



Reparación Abierta



Reparación Laparoscópica

Reparación Laparoscópica de Una Hernia.

El cirujano hará varias punzadas pequeñas o incisiones en el abdomen. Los puertos (tubos huecos) son insertados en las aperturas. El abdomen se infla con gas de carbono dióxido para facilitar que el cirujano vea los órganos internos. Los instrumentos quirúrgicos y una luz laparoscópica se colocan en los puertos. Se repara la hernia con una malla que se sutura o se engrapa en su posición. La reparación se hace como un procedimiento PrePeritoneal TransAbdominal (PPPTA) lo que significa que se penetra en el peritoneo, (que es la bolsa que contiene todos los órganos abdominales), o como un procedimiento Totalmente Extra Peritoneal (TEP).³⁻⁴

Variaciones pediátricas. La reparación pediátrica por lo regular es hecha sin malla. Para la reparación laparoscópica se usan entradas más pequeñas, y se puede referir a ésta como reparación agujascópica.¹

Tratamiento No Quirúrgico

La espera en alerta es una alternativa si tiene usted una hernia inguinal sin síntoma alguno. El encarcelamiento de una hernia ocurrió en menos del 2% de hombres que esperaron más de dos años para hacerse una reparación. Las hernias femorales deberían ser reparadas siempre debido al alto riesgo (30–40%) de encarcelamiento y de estrangulación del intestino en un periodo de dos años a partir de la fecha del diagnóstico.

Las vendas o cinturones hechos para aplicar presión sobre una hernia necesitan un ajuste correcto. Las complicaciones incluyen daño a los nervios testiculares y encarcelación.⁴

Manteniéndole Informado

Reparación Abierta vs. Reparación Laparoscópica

Inicialmente hay un regreso más rápido a las actividades usuales y menos dolor con el procedimiento laparoscópico. No hay diferencia alguna en los resultados a largo plazo.

Riesgo de Complicaciones

Cuando la hernia se extiende hacia adentro del escroto, el riesgo de complicaciones aumenta para ambos procedimientos.⁸

Tratamiento Quirúrgico

El tipo de operación depende del tamaño de la hernia y su localización, su salud, edad, riesgos con la anestesia, y la experiencia del cirujano.

Una operación es el único tratamiento para hernias encarceladas/estranguladas y hernias femorales.

Reparación Abierta de la Hernia

El cirujano hace una incisión cerca del sitio de la localización de la hernia. Se repara el área del músculo débil. Una reparación abierta puede hacerse con anestesia local.

Se puede suturar la malla (coserla) o engraparla a tejidos fuertes contiguos al sitio de la hernia. También se pueden colocar tapones de malla dentro del espacio de la hernia inguinal o femoral. El tapón de malla llena el lugar abierto y las puntadas pueden no ser necesarias.

En la reparación sin malla de una hernia, la apertura se une cosiéndole y el tejido alrededor del sitio se usa para reforzar el área débil. La reparación abierta sin la malla se usa principalmente para reparar hernias estranguladas o infectadas, para pequeñas hernias simples (menos de 3 centímetros), o para hernias simples de infantes y hernias pediátricas. En casos de reparación de hernia infantil, si hay la necesidad, se podría hacer una orquidopexia (bajando al escroto el testículo que no ha descendido).³⁻⁴

Riesgos de este procedimiento

El Riesgo	Qué Sucede	Manteniéndole Informado
Dolor a largo plazo	Dolor que dura más de tres meses en 74 de 100 pacientes que recibieron reparación laparoscópica y 127 de 1,000 para procedimientos de malla abierta. Dolor severo ocurrió en 17 de 1,000 adultos. ⁸	El dolor por lo regular es menos con los procedimientos laparoscópicos abiertos. El dolor continúa aminorándose paulatinamente. El dolor se puede tratar con medicamentos anti inflamatorios sin contenido de esteroides.
Re-aparición	Se reportó la re-aparición en 37 de 1,000 adultos y un promedio de 24 de 1,000 niños. La malla no se usa rutinariamente en la reparación de hernia en un infante. ³⁻⁸ La re-aparición ocurre la mitad de las veces cuando la malla es usada en contraste a cuando no es usada.	No hay diferencia alguna entre tapones de malla, malla plana y malla abierta. La reparación laparoscópica se recomienda frecuentemente para hernias que re-aparecen porque el cirujano evita cicatrices del tejido anteriores. ³⁻⁴ Hay un promedio más alto de re-aparición en hombres maduros con la reparación laparoscópica.
Retención urinaria	La dificultad para orinar ocurre en cada 22 de 1,000 pacientes a quienes se les administra anestesia general o anestesia regional y en cada 4 de 1,000 pacientes que reciben anestesia local. ⁷⁻⁸	La anestesia general o regional, próstata crecida y la edad avanzada, está asociadas con la retención urinaria .Se puede insertar un catéter urinario temporal. ³⁻⁴
Serosa	Una serosa (una colección de fluido claro/amarillento) puede ocurrir en 80 de 1,000 pacientes con reparación de malla y en 31 de 1,000 con procedimientos sin malla.	Las serosas pueden formarse alrededor de los antiguos sitios de hernias. La mayoría desaparecen por sí mismos. La extracción del fluido con una aguja será quizás necesaria. Los serosas son raros en los infantes-niños. ^{5,7}
Heridas a los órganos internos—intestinos, vejiga y vasos sanguíneos	Los instrumentos que se insertan para una reparación laparoscópica pueden causar heridas. Heridas a los intestinos y a la vejiga se han reportado como 1 en cada 1,000 y heridas a los vasos sanguíneos como 1 en 1,000. ⁷⁻⁸	Para heridas del intestino, el sitio es reparado y/o una sonda nasa gástrica es colocada para mantener el estómago vacío. Toda herida a los vasos sanguíneos se repara. Para heridas en la vejiga se mantiene un catéter de Foley para drenar la orina hasta que la vejiga se sane, o puede que una reparación quirúrgica sea necesaria. ³⁻⁴
Infección	La infección en la herida ocurre un promedio de 5 de 1,000 pacientes laparoscópicos; 25 de 1,000 de procedimiento de malla abierta y de procedimientos sin malla se ha reportado que 12 de cada 1,000 pacientes han tenido heridas pediátricas infectadas. ⁷⁻⁸	Para la reparación de hernia inguinal o temporal por lo regular no se administran antibióticos. El fumar o la presencia de otras enfermedades pueden aumentar el promedio de infección ³
Hematoma	El hematoma, (una acumulación de sangre en el lugar de la herida o en el escroto) se han reportado en 122 de 1,000 procedimientos de malla y 70 de 1,000 cuando la malla no se usó. No hay diferencia entre los procedimientos de malla abierta y los procedimientos sin malla. ⁷⁻⁸	Los hematomas son tratados con medicamento antiinflamatorio y con descanso. Raramente se necesita el reemplazo de la sangre o pruebas adicionales para detectar heridas en los vasos sanguíneos. ⁴
Dolor testicular e inflamación	No hay diferencia en cuanto a problemas testiculares en los procedimientos abiertos vs. procedimientos laparoscópicos. Se ha reportado dolor testicular en cada 8 de 1,000 pacientes que reciben reparación de la malla. Menos de 1 de cada 1,000 reportaron una disminución de la libido después de la reparación. ⁷⁻⁸	Inflamación testicular después de la operación (orquitis) puede ser consecuencia de la manipulación de las venas cercanas a los testes. La inflamación a menudo aparece entre los 2 a 5 días después de la operación y puede durar de 6 a 12 semanas. El tratamiento incluye medicamento antiinflamatorio. Este riesgo se reduce con el uso de instrumentos y un trocar mas pequeño. ³
Hernia en el lugar de colocación	Una hernia ocurre en menos de 4 de cada 1,000 en el lugar donde se insertó el tubo (trocar) laparoscópico. ⁴	Los riesgos que se han reportado incluyen: atrofia testicular (disminución del Tamayo de los testes) 1.6 de 1,000. ³⁻⁴
Dolor del nervio (hormigueo y entumecimiento)	Hormigueo y entumecimiento en la ingle y el escroto es menos reportado para procedimientos laparoscópicos (74 de 1,000) que en procedimientos abiertos (107 de 1,000). En 2 de 1,000 pacientes se ha reportado un nervio atrapado. ⁷⁻⁸	Presión, grapas, puntadas, o un nervio atrapado en el área de la cirugía pueden causar dolor del nervio. Infórmele a su doctor si siente dolor severo, agudo o con hormigueo en la ingle y pierna inmediatamente después de su procedimiento. Una operación podría ser requerida si el nervio está atrapado. ³
Riesgos pediátricos	Los riesgos reportados son: atrofia testicular (disminución del tamaño de los testículos) 1.6 de 1,000 niños; hidrocele (fluido alrededor de los testes) 12 de 1,000; infección de la herida 12 de 1,000; apnea (periodos sin respirar) inmediatamente después de la operación 47 de 1,000 para infantes prematuros. ^{5, 10-12}	El procedimiento abierto es más común en la reparación de hernias pediátricas. Atrofia testicular es reportada solamente en casos de estrangulación. El apnea esta asociada con infantes prematuros quienes tienen un historial de apnea y otros problemas médicos antes de la reparación de la hernia. ^{5, 10-12}
Corazón/Respiración	No existen reportes de complicaciones del corazón o la respiración relacionados específicamente a la operación de hernia.	Otros problemas de salud aumentan el riesgo de complicaciones con el corazón y la respiración relacionadas con la anestesia. Su anestesiólogo le sugerirá la mejor opción de anestesia para usted.
Riesgos con ancianos	Los pacientes ancianos experimentan menos dolor crónico. Las complicaciones relacionadas con anestesia general pueden ser más altas a causa de otras enfermedades/problemas de salud.	Si la anestesia general es una preocupación, una reparación abierta con anestesia local podría ser recomendada.
Muerte	No se han reportado muertes directamente relacionadas a la reparación selectiva de la hernia inguinal o femoral. El fallecimiento puede suceder después del tratamiento de una hernia estrangulada o en pacientes altamente en riesgo.	Dejar de fumar y estar en peso de cuerpo ideal antes de la cirugía reduce los riesgos de complicación. Su equipo de cirujanos está preparado para todo tipo de emergencias.

Expectativas: Preparación para su Operación

Preparándose para Su Operación

Medicamento en Casa

Traiga consigo una lista de todos los medicamentos y vitaminas que usted está tomando. Por lo regular usted tomará su medicamento matutino con un sorbo de agua. Si usted toma adelgazadores de la sangre (Plavix, Coumadin, aspirina y medicamento antiinflamatorio sin esteroides) podría pedirle su médico que dejara de tomarlos.

Preparación en el Hogar

Puede ser que usted regrese a su casa el mismo día del procedimiento. Su estancia puede ser alargada si experimenta náusea, vómito, no puede orinar, o si la hernia estaba encarcelada. Los niños prematuros podrán permanecer toda la noche.

Anestesia

Infórmele a su anestesista si usted tiene alergias, enfermedad neurológica (epilepsia, embolia), enfermedad del corazón, problemas estomacales, enfermedad pulmonar (asma, enfisema), enfermedad endocrina (diabetes, condición de la tiroides), dientes flojos, o si fuma, bebe alcohol, usa drogas, o si toma algunas hierbas o vitaminas.

Se le suministrará un medicamento antivómito si usted tiene historial de náusea y vómito con la anestesia.

El día de su Operación

No Coma o Beba

El no comer o beber al menos 6 horas antes de la operación reduce el riesgo de complicaciones a causa de la anestesia.

Qué Traer

- Tarjeta de seguro e identificación
- Directiva adelantada
- Lista de medicamentos

- Ropa holgada y cómoda
- Zapatillas en las que pueda deslizar el pie sin necesidad de agacharse
- Deje prendas y cosas de valor en casa.

Lo Que Usted Puede Esperar

Se le colocará en su muñeca un brazalete con su nombre y número de hospital o clínica. Su identificación deberá ser revisada por miembros del equipo de cuidado de salud antes de hacerle cualquier procedimiento o suministrarle medicamento. Si usted sufre de alergias, también se le dará un brazalete de alerta en cuanto a sus alergias.

Le colocarán una línea intravenosa (IV) para darle fluidos y medicamento.

En el caso de anestesia general, se le insertará un tubo en la garganta para ayudarlo a respirar durante la operación. Para anestesia por la espina dorsal, se le colocará una pequeña aguja en su espalda al lado de la espina dorsal.

Después de su operación, será llevado a un cuarto de recuperación donde su ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, saturación de oxígeno, presión arterial y la producción de orina le serán examinados con atención.

Durante Su Operación

Previendo Neumonía y Coágulos de Sangre

Después de la operación, el movimiento y la respiración profunda pueden ayudar a prevenir complicaciones postoperatorias tales como coágulos de sangre, fluidos en el pulmón, y neumonía. Un procedimiento de la hernia es muy corto y estas complicaciones no son comunes.

Previendo Infección

El riesgo de infección disminuye si el cabello alrededor del área quirúrgica es removido con pinzas en lugar de ser afeitado. Asegúrese que todos los visitantes se lavan las manos.

Preguntas a Hacer

En cuanto a mis medicamentos de casa

- ¿Qué medicamentos debo dejar de tomar antes de mi operación?
- ¿Debo de tomar alguna medicina el día de mi operación?

En cuanto a mi operación

- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de la anestesia?
- ¿Qué técnicas se usará para reparar la hernia—laparoscópica o abierta; con malla o con saturas?
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Estará realizando el procedimiento en su totalidad usted mismo?
- ¿Qué nivel de dolor debo de esperar y en qué manera será manejado?
- ¿En cuanto tiempo podré regresar a mis actividades normales—trabajo, guiando, levantando?

Respiración Profunda

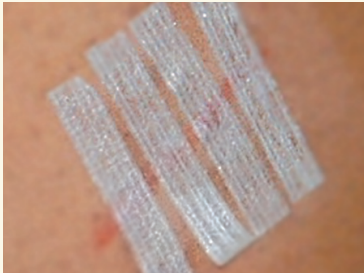
La respiración profunda se puede practicar tomando 5–10 respiraciones profundas y aguantar cada una por 3–5 segundos. Los niños pequeños pueden practicar respiración profunda soplando burbujas.

Su Recuperación y Dada de Alta

Manteniéndole Informado



Absténgase de manejar



Las tiras esterilizadas se caerán o serán removidas en su primera visita a la oficina



Lávese las manos antes y después de haberse tocado cerca del sitio de la incisión

Comidas Con Alto Contenido En Fibra

Las comidas con alto contenido en fibra incluyen frijoles, cereales de salvado y panes de granos enteros, chícharos, fruta seca (higos, albaricoques, dátiles), frambuesas, zarzamoras, maíz dulce, brócoli, papas asadas con cáscara, ciruelas, peras, manzanas, verduras y nueces.

Su Recuperación y Dada de Alta

Pensando Claramente

Si se le suministró anestesia general puede ser que se sienta diferente por 2 o 3 días. No maneje, no tome bebidas alcohólicas, ni haga decisiones importantes por al menos 2 días.

Nutrición

- Cuando usted despierte de la anestesia usted podrá beber pequeñas cantidades de líquidos. Si no se siente enfermo, usted podrá ingerir comidas regulares.
- Continúe bebiendo de 8 a 10 vasos de líquidos por día.
- Coma una dieta alta en fibra.

Actividad

- Aumente su actividad paulatinamente. Por lo regular usted podrá reanudar la totalidad de sus actividades regulares en 1-2 semanas en caso de un procedimiento laparoscópico, y de 2-3 semanas en uno de procedimiento abierto.
- Las personas activas sexualmente antes de la operación reportaron tener actividades sexuales en un promedio de 14 días después del día de su operación. No se esfuerce o levante objetos de más de 10 libras de peso o participe en actividades agotadoras por al menos 2 semanas.

Trabajo y Regreso a la Escuela

Usted puede regresar a su trabajo cuando se sienta lo suficientemente bien. Existe una amplia gama de tiempo necesario para la recuperación. El promedio de tiempo para regresar al trabajo es de 14–21 días. Discuta el calendario con su cirujano.

El Cuidado de su Herida

- Lávese las manos antes y después de haberse tocado cerca del sitio de la incisión.

- No se remoje en la bañera hasta que sus puntadas, vendas esterilizadas, o grapas sean removidas. Usted podrá tomar una ducha después del segundo día después de la operación, al menos que se le indique que no lo contrario.
- Siga las instrucciones de su cirujano en cuanto a cuándo cambiar su vendaje.
- una mínima cantidad de drenaje de la incisión es normal. Si su vendaje está saturado de sangre llame a su cirujano.
- Si se le han colocado tiras esterilizadas, se le caerán en 7 a 10 días.
- Si su incisión está cubierta por un tipo de goma, permita que se desprenda por si sola.
- Evite usar ropa ajustada o áspera. Podrían frotar sus incisiones y hacer más difícil el que sanen.
- Proteja la nueva piel especialmente del sol. El sol podría quemarle y causar una cicatriz más oscura.
- Su cicatriz sanará de entre 4 a 6 semanas y se tornará más suave y continuará desvaneciéndose a lo largo del siguiente año.
- Para los infantes, el área será cubierta con un vendaje impermeable para protegerla del orín o de las heces.

Evacuación Intestinal

- Evite el esfuerzo al tener evacuación intestinal aumentando la fibra en su dieta con comidas altas en fibra o con medicamentos de fibra como Metamucil y Fibercon.

Dolor

La intensidad del dolor es diferente para cada persona. Para los adultos, el promedio de tiempo en el que se usaron narcóticos fue de 3 días, sin que algunos pacientes necesitaran medicamentos adicionales para el dolor. Si usted tiene dolor ocasionado por el tubo insertado en su garganta durante la anestesia, puede usar pastillas para la garganta.

Medicamentos en el Hogar—Dolor

La medicina que usted necesitará después de la operación es para el control del dolor.

Cuando llamar a un cirujano

Si usted tiene:

- Dolor que empeora
- Dolor que no desaparece
- Fiebre de más de 101F
- Vómito
- Hinchazón, enrojecimiento
- sangramiento, o mal olor del drenaje del lugar de su herida
- Dolor abdominal agudo o continuo o hinchazón de su abdomen
- Falta de movimiento intestinal por 3 o 4 días después de la operación

Control del Dolor

Todos reaccionamos al dolor en forma diferente. Para medir el dolor se usa una escala del 0 al 10. En “0” usted no sienta dolor alguno. El “10” es para el peor dolor que jamás haya experimentado. A veces el dolor se siente en el hombro después de un procedimiento laparoscópico. Esto se debe al gas insertado en su abdomen durante el procedimiento. El caminar y moverse ayuda a disminuir el gas y el dolor en el hombro.

El dolor extremo le pone extra estrés a su cuerpo cuando su cuerpo necesita enfocarse en sanar. No espere a que su dolor sea inaguantable o a que alcance el nivel de “10” antes que llame su doctor o enfermera. Es mucho más fácil controlar el dolor antes de que agudice.

Medicinas Comunes para el Control del Dolor

El dolor de la hernia es controlado con narcóticos y frecuentemente combinados con acetaminfeno.

Los **Narcóticos** y **opiodes** se usan para el dolor agudo. Los posibles efectos secundarios de los narcóticos es somnolencia; presión sanguínea baja, bajo ritmo del corazón y respiración; erupción cutánea y comezón; constipación; náusea; y dificultad en orinar. Algunos ejemplos de narcóticos son la morfina y la codeína.

Medicamento no Narcótico para el Dolor

La mayoría de analgésicos no opioide son clasificados como drogas antiinflamatorias, no-esteroides (NSAIDs). Estas se usan para tratar el dolor leve e inflamaciones o combinado con narcóticos para tratar el dolor agudo. Los posibles efectos secundarios de NSAIDs son malestar estomacal, sangramiento en el tracto digestivo, y retención de fluidos. Estos efectos secundarios no son vistos con el uso a corto plazo. Ibuprofeno y Aleve son ejemplos de NSAIDs.

Control del Dolor sin Medicamentos

- La distracción le ayuda a enfocar en otras actividades en lugar del dolor. Música, juegos, u otras actividades son de especial ayuda para con los niños.
- Entablillar su estómago poniendo un cojín sobre su abdomen con presión firme antes de toser o moverse pueden ayudarle a controlar su dolor.
- Imágenes guiadas le ayudan a dirigir y controlar sus emociones. Cierre sus ojos y respire y expire lentamente. Imagínese a si mismo en un lugar hermoso. Sienta la belleza que le rodea y como sus emociones regresan bajo su control. Usted deberá de sentirse mas calmado.

Otras Instrucciones

Citas de Seguimiento

Con quién	Fecha	Teléfono

Manteniéndole Informado

Dolor después de una reparación de hernia inguinal

Se reporta que a 110 de 1,000 pacientes les continuó el dolor después de la reparación de una hernia inguinal, con dolor de moderado a agudo en 17 de 1,000 pacientes. Ochenta por ciento de los pacientes con dolor agudo en la ingle tenían dolor agudo antes de la operación. El dolor disminuyó por un 50% en un año. El dolor era mas alto cuando se usó malla pesada en contraste con quien se usó malla liviana. La mayoría de los estudios no reportan una diferencia en el dolor crónico entre la reparación abierta a la operación laparoscópica.

Dolor en Niños

Se reportó que 28 de 1,000 adultos quienes tuvieron su hernia reparada en su niñez, ocasionalmente tuvieron dolor.⁹

Para niños con una reparación simple de su hernia, 63% reportaron estar libres de dolor para el siguiente día. Par hernia mas orquidopexia, casi un 75% reportaron dolor el siguiente día. Se necesitó mas medicamento para el dolor.



Imágenes guiadas

Para Más Información

Para más información sobre exámenes y procedimientos, favor de consultar el portal electrónico sobre la Educación del Paciente del Colegio Americano de Cirujanos en el www.facs.org/patienteducation/.

Glosario de Términos

Directivas Anticipadas. Documentos firmados por una persona competente dándoles dirección a los proveedores de cuidado de salud en cuanto a las opciones de cuidado.

Escaneo de tomografía computarizado. Un examen de diagnóstico que usa rayos X y una computadora para crear una foto tridimensional detallada de su abdomen. Un escaneo CT es comúnmente usado para detectar anomalías o enfermedades dentro del abdomen. En algunas ocasiones se usa para encontrar una hernia que no ha sido evidente durante el examen físico.

Examen Digital. El examinador colocará suavemente el dedo índice enguantado en el saco escrotal y hasta que haga contacto con el anillo inguinal de la ingle. Entonces se le pide al paciente que se tense.

Electrocardiograma (ECG). Mide el ritmo y la regularidad de los latidos del corazón y el daño al corazón.

Hematoma. La colección de sangre que se ha filtrado a los tejidos bajo la piel o en un órgano, a causa de una incisión quirúrgica o por la incapacidad de la sangre para coagular.

Sonda nasa gástrica. Una sonda plástica suave que se inserta por la nariz hasta el estómago y se usa para vaciar el estómago de contenidos y gases para darle descanso al intestino.

Serosa. El acumulamiento de líquido serosos (claro amarillento).

Ultrasonido. Se usa ondas de sonido para determinar la localización de estructuras profundas en el cuerpo. Se coloca un rodillo manual encima de gel clara y se rueda sobre el abdomen. Un ultrasonido puede usarse para encontrar una hernia que no es evidente durante el examen físico.

Análisis de orina. Una examen visual y químico de la orina mas frecuentemente utilizado para la detección de infección del tracto urinario y enfermedades del riñón.

Referencias

La información presentada en este reporte ha sido seleccionada de artículos recientes basados en las tendencias o investigación clínica de relevancia. Los artículos de investigación que siguen no representan toda la información disponible acerca de su operación. Pregúntele a su doctor si, él o ella recomiendan que usted lea algunas investigaciones adicionales.

1. Fitzgibbons RJ, Jr., Giobbie-Hurder A Gibbs JO et al. Espera en alerta vs. reparación de la hernia inguinal en hombres con síntomas mínimos: ensayo clínico aleatorizado. *JAMA*. 2006;295:285-292.
2. Gallegos NC, Dawson J Jarvis M, et al. Riesgo de estrangulación en hernias de la ingle. *British Journal of Surgery*. 1991;78:1611-1673.
3. Malangoni MA, Rosen, MJ. *Hernias*. In: CM Townsed, RD Beauchamp, et al. Libro de Texto de Cirugía. Philadelphia, PA: Saunders, 2008.
4. Fitzgibbons RJ, Jr. Filipi CJ, Quinn TH. *Hernias Inguinales*. In: FC Brunicaardi, DK Anderson, et al. *Principios de Cirugía (8th Edition)*. New York, NY: McGraw Hill, 2005.
5. Ein SH, Njere I, Ein A. Mil trecientas sesenta y una hernias pediátricas inguinales: Una revista a 35 años. *Diario de Cirugía Pediátrica*. 2006;41:980-986.
6. Zamakshary M, To T, Guan J, et al. Riesgo de encarcelación de hernia inguinal entre infantes y niños jóvenes en espera de cirugía electiva. *Diario de la Asociación Médica Canadiense*. 2008;179:1001-1005.
7. Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparación de procedimientos endoscópicos vs. Lichtenstein y otras técnicas de malla abierta para la reparación de la hernia inguinal. un meta-análisis de ensayos clínicos controlados aleatorios. *Endoscopia Quirúrgica*. 2005;19:188-199.
8. Schwab JR, et al. Después de 10 años y 1,903 hernias inguinales, ¿cuál es el resultado para la reparación laparoscópica? *Endoscopia Quirúrgica*. 2002;16:1201-1206.
9. Aasvang EK, Kehle H. Dolor crónico después de la reparación de hernia de la ingle durante la niñez. *J Pediatr Surg*. 2007;42:1403-1408.
10. Schier F. Reparación laparoscópica de hernia inguinal: una serie prospectiva de 542 niños. *J Pediatric Surg*. 2006;41:1081-1084.
11. Takehara H, Yakabe S, Kameoka K. Cierre percutáneo laparoscópico extraperitoneal de hernia inguinal en niños: Resultados clínicos de 972 reparaciones hechas en 3 instituciones quirúrgico-pediátricas. *J Pediatr Surg*. 2006;41:1999-2003.
12. Murphy JJ, Swanson T, Ansermino Metal M, et al. La frecuencia de apnea en niños prematuros después de reparación de hernia inguinal: ¿necesitan monitoreo toda la noche en la unidad de cuidado intensivo? *J Pediatr Surg*. 2008;43:865-8.

Revisado por: Robert Fitzgibbons, MD, FACS
Mark Malangoni, MD, FACS
Kathleen Heneghan, RN, MSN

Revisado en noviembre del 2009

Estamos agradecidos a Ethicon Inc. por su apoyo en la impresión de este documento.

Renunciación

Esta información es publicada con el propósito de educarle en cuanto a su procedimiento quirúrgico específico. No se intenta reemplazar una discusión con un cirujano competente quien este familiarizado con su situación. Es importante recordar que cada individuo es diferente, y que las razones y resultados de cualquier operación dependen en la condición individual del paciente.

El Colegio Americano de Cirujanos es una organización científica y educativa dedicada a la práctica ética y competente de la cirugía. Fue fundada para elevar las normas de la práctica quirúrgica, y para mejorar la calidad del cuidado del paciente. La ACS se ha esforzado por presentar información para futuros pacientes basado en información científica actual. No existen garantías en cuanto a la actualidad, precisión, o utilidad de este contenido.