



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0901 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 546-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, con proveído N°4167 favorable, de fecha 18 de septiembre del 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N° 546-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, la jefatura del Departamento de Cirugía solicita a la Dirección Ejecutiva, la aprobación y proyección del Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Hernia Incisional";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Artículo 1° del Título del Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales, que se aprobó la Resolución Ministerial N° 616-2003-SA-DM, de fecha 4 de junio del 2003, el objeto del Modelo es establecer el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales de alta, mediana y baja complejidad de atención de la salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25 del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de fecha 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, de acuerdo a las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, de fecha 11 de julio del 2021, donde establece disposiciones destinadas a fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, órganos desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos;

Que, la normativa antes mencionada, define como Guía técnica a todo documento normativo del Ministerio de Salud, con él se define por escrito y de manera el desarrollo de determinados procesos, procedimiento y actividades administrativas, asistenciales y sanitarias. En ella se establecen metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica;

Que, de igual forma en esta misma norma se establece que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario y cuando esta se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), en este caso contienen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0901 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

modo que orientes y facilites el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud;

Que, en mérito al documento emitido por la jefatura del Departamento de Cirugía, con proveído N°4167, de fecha 18 de septiembre del 2024, la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Hernia Incisional";

Que, de acuerdo a la finalidad de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Hernia Incisional", es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Hernia Incisional, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Hernia Incisional del Departamento de Cirugía", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, al Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad, Departamento de Cirugía e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 620879 - RNE. 026425

IOCC/JGRC/jacv

9104

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

GUIA TÉCNICA: GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA

PARA EL DIAGNÓSTICO Y

TRATAMIENTO DE HERNIA

INCISIONAL



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

AÑO 2024

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA INCISIONAL

I. FINALIDAD

La Finalidad de esta Guía Práctica Clínica es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Hernia incisional ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

II. OBJETIVO

Establecer una Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Hernia incisional en el Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Práctica Clínica es de aplicación obligatoria en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

IV.1. NOMBRE Y CODIGO

NOMBRE : Diagnóstico y Tratamiento de Hernia incisional
CODIGO CIE10: K 43.0-K 43.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

V.1. DEFINICION

Se denomina, hernia incisional o eventración a la salida de peritoneo acompañado o no de vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica o traumáticamente, distinta a los orificios naturales por donde emergen las hernias ventrales primarias.

Existen tres elementos importantes en toda eventración: el anillo, el saco y el contenido.

El orificio de eventración está formado por bordes musculares y/o aponeuróticos retraídos e invadidos por tejido fibroso.

El saco de eventración se forma cuando se inicia la separación músculo aponeurótica; muchas fibras que fueron disgregadas, invadidas por tejido conjuntivo fibroso, van constituyendo el saco de eventración, que rápidamente adherido a la cara profunda de la cicatriz cutánea constituye el fondo del futuro gran saco. Por su lado interno, el saco se muestra con aspecto peritoneal.

El contenido del saco es variable, estando frecuentemente constituido por el epiplón, intestino delgado, colon, etc. y este contenido puede ser reductible o irreductible, denominando a este último como atascado o encarcelado y también puede estar estrangulado con datos evidentes de sufrimiento vascular y/o necrosis, con la consiguiente gravedad que acarrea esta complicación.



V.2. ETIOLOGIA

La etiología es multifactorial e incluye factores locales, sistémicos, factores que aumentan la presión intraabdominal y defectos en el metabolismo del tejido extracelular. (Evidencia 2-3 Recomendación B).

Se puede influir en prevenir los factores locales, sistémicos y de aumentos bruscos de la presión intraabdominal. Poco se ha logrado aún para la prevención de los defectos del metabolismo del tejido extracelular. (Evidencia 2-3. Recomendación B).

V.3. FISIOPATOLOGIA

La dehiscencia de los tejidos ocurre al final de la primera semana del postoperatorio en la fase inflamatoria y de colagenolisis de los bordes de la herida. (Evidencia 2-3 y 5. Recomendación B y D).

La reparación requiere adecuada aproximación de tejidos evitando el área de colagenolisis y la menor cantidad de cuerpos extraños. (Evidencia 2-3 y 5. Recomendación B y D).

V.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La hernia incisional se presenta en aproximadamente el 10 al 15 por ciento de los pacientes con una incisión abdominal previa. Puede desarrollarse después de cualquier tipo de incisión, incluidas las incisiones de línea media, paramediana, subcostal, de McBurney, de Pfannenstiel y en el flanco. La incidencia depende de la ubicación y el tamaño de las incisiones.

Las incisiones en la línea media tienen las incidencias más altas de hernias incisionales (3 a 20 por ciento). En una revisión sistemática, el riesgo de hernia incisional fue mayor para las incisiones en la línea media que para las incisiones transversales (riesgo relativo [RR] 1,77, IC del 95% 1,09-2,87) y las incisiones paramedianas (RR 3,41, IC del 95% 1,02-11,45), respectivamente.

Las incisiones verticales tienen un mayor riesgo de hernia que las incisiones transversales/oblicuas, y las incisiones abdominales superiores son más susceptibles a la hernia que las incisiones abdominales inferiores.

La hernia incisional del flanco se desarrolla típicamente después de cirugías abiertas que implican un abordaje retroperitoneal, como nefrectomía, suprarrenalectomía, reparación de aneurisma aórtico abdominal o resección hepática. Las hernias incisionales del flanco se analizan en detalle en otro tema.

Las hernias incisionales también pueden desarrollarse en algunos sitios de acceso mediante trócares laparoscópicos.

La frecuencia de hernia incisional o eventración en el 10 al 13% de todas las laparotomías y entre el 3 al 8% de las incisiones para puertos laparoscópicos. Aumenta hasta el 23 a 40% si existió infección de la herida quirúrgica. Aparecen en los primeros 3 años del post-



operatorio y el 50% lo hacen dentro del primer año de operados. (Evidencia 2-3. Recomendación B).

Su tasa de mortalidad se ha calculado en 0.24%. (Evidencia 4. Recomendación C).

VI. FACTORES DE RIESGO

Las hernias incisionales son resultado de una ruptura del cierre fascial. El mecanismo de desarrollo de una hernia incisional es multifactorial y en él contribuyen factores tanto técnicos como del paciente.

Factores del paciente : las condiciones comórbidas, que incluyen la vejez, la obesidad, el tabaquismo, la desnutrición, la terapia inmunosupresora y los trastornos del tejido conectivo, entre otros, pueden impedir la cicatrización normal de las heridas y aumentar el riesgo de hernia incisional.

La obesidad es posiblemente el factor más importante del paciente que predispone a la formación de hernia incisional. La obesidad se ha asociado con un mayor riesgo de formación de hernia incisional y encarcelamiento, así como complicaciones y recurrencias después de la reparación de la hernia. En la mayoría de los estudios sobre hernias, el paciente promedio tenía un índice de masa corporal de 33 kg/m², u obesidad de clase I según la Organización Mundial de la Salud.

Un estudio retrospectivo de 21.501 pacientes que se sometieron a cirugía colorrectal encontró que tres dominios morfométricos identificables en imágenes de tomografía computarizada (TC) preoperatorias de rutina estaban asociados con la hernia: ensanchamiento del complejo recto, aumento del volumen visceral y atrofia del músculo esquelético de la pared corporal

Factores técnicos : los factores relacionados con la cirugía abdominal también pueden predisponer a la formación de hernia incisional. El desarrollo de una hernia incisional en las primeras etapas del posoperatorio sugiere que uno o más de estos factores técnicos (p. ej., infección, tensión, técnica) son responsables de la formación de la hernia.

- Infección de la herida : la infección de la herida interfiere con el proceso normal de cicatrización de la herida. Entre los pacientes con una infección en el sitio quirúrgico, hasta el 25 por ciento desarrollará una hernia incisional; la incidencia es incluso mayor después de una infección en una incisión en la línea media.
- El cierre subóptimo de la fascia también contribuye al desarrollo de la hernia incisional. Como ejemplos, la tensión excesiva de la herida y no lograr una relación de sutura a longitud de la herida de >4:1 se han asociado con la formación de hernia incisional. Las técnicas adecuadas para el cierre de heridas abdominales se analizan en otro tema.
- La dehiscencia de la fascia abdominal , que puede estar relacionada con suturas rotas o pérdida de integridad de la fascia abdominal, conduce a una hernia incisional si no se corrige. Los factores de riesgo para el desarrollo de la dehiscencia de la herida incluyen edad >70 años, sexo masculino, enfermedad pulmonar crónica, ascitis, ictericia, anemia, cirugía de emergencia, tos, tipo de cirugía e infección de la herida.
- Tipo de cirugía abdominal : ciertos tipos de cirugía abdominal (por ejemplo, reparación abierta de aneurisma aórtico abdominal o cirugía bariátrica abierta) se han identificado como factores de riesgo para la formación de hernia incisional.



VII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

VII.1. CUADRO CLÍNICO

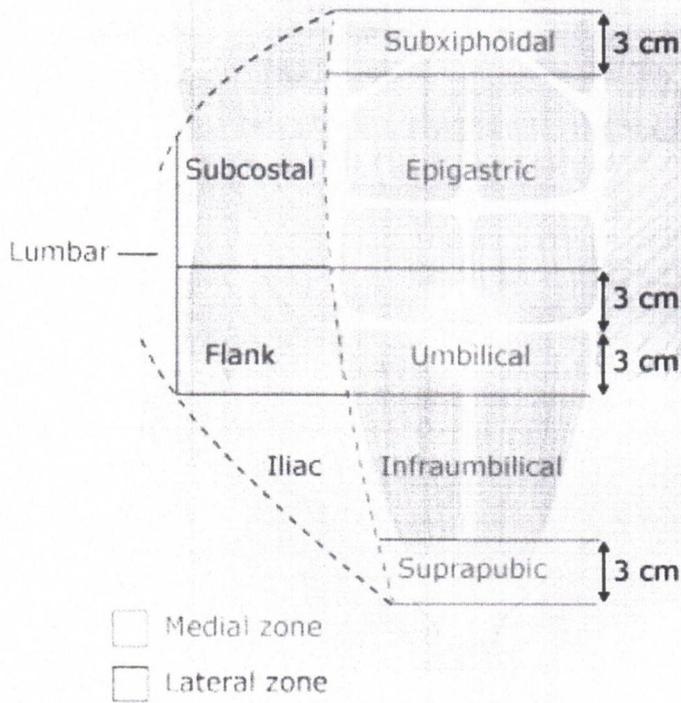
Examen físico: presencia de un tumor reductible o no, a nivel o inmediato a una cicatriz, con 1 o varios anillos herniarios.

VII.2. DIAGNÓSTICO

Por especialista por medio de:

- Examen clínico
- Imagenología (Eco y/o TAC) en casos de duda diagnóstica o sospecha de complicaciones.





ZONAS DE HERNIA INSICIONAL

La información anatómica más importante sobre una hernia incisional es su ubicación en la pared abdominal y su tamaño. La clasificación de la Sociedad Europea de Hernia (EHS) para las hernias incisionales de la pared abdominal divide el abdomen en una zona medial y una zona lateral. La zona medial, definida como medial al margen lateral de la vaina del recto, se subdivide en cinco subzonas (subxifoidea, epigástrica, umbilical, infraumbilical y suprapúbica). La zona lateral se subdivide en cuatro subzonas (subcostal, flanco, ilíaca y lumbar).

VII.3. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

VII.3.1. Medidas generales y preventivas

Aunque la evidencia muestra que no hay significancia en dar antibiótico profiláctico o no, al ser la infección un factor que aumenta la aparición de hernias incisionales, debe hacerse profilaxis en pacientes con factores de riesgo. (Evidencia 4. Recomendación C).

Los pacientes a los cuales se les corrigen sus factores, locales, sistémicos y enfermedades concomitantes tendrán menor oportunidad de desarrollar una hernia incisional. (Evidencia 4. Recomendación C).

VII.3.2. Terapéutica

INDICACIONES PARA LA CIRUGIA

Aunque la evidencia muestra que no hay significancia en dar antibiótico profiláctico o no, al ser la infección un factor que aumenta la aparición de hernias incisionales, debe hacerse profilaxis en pacientes con factores de riesgo. (Evidencia 4. Recomendación C).

Los pacientes a los cuales se les corrigen sus factores, locales, sistémicos y enfermedades concomitantes tendrán menor oportunidad de desarrollar una hernia incisional. (Evidencia 4. Recomendación C).

POSICIÓN DE LA MALLA:

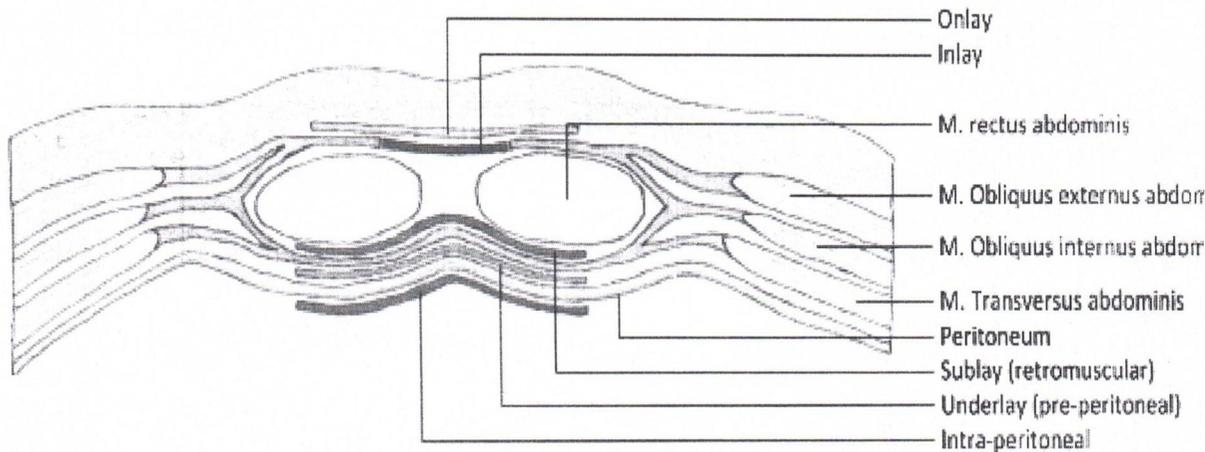
Existen varios niveles de la pared abdominal en donde se puede colocar una malla para reparar una hernia incisional, conocidas universalmente por su denominación anglosajona como: Sublay o Underlay (intraperitoneal, preperitoneal, retromuscular o premuscular subaponeurótica), b) Onlay (supra-aponeurótica), c) Inlay (suturada a los bordes del defecto), d) Mixta (Sándwich):

- A) **Sublay o Underlay:** Es la posición en que da menores índices de recidiva (<10%) por su mecanismo de acción a manera de tapón aprovechando la presión intra-abdominal para su posicionamiento firme. Esa puede tener diferentes modalidades de colocación y vías de acceso:
- **Intraperitoneal o IPOM**, (Intra Peritoneal OnlayMesh) ya sea por vía abierta o lo más común por vía laparoscópica. Para esta se requiere de mallas separadoras de tejido (con capa antiadherente a vísceras).
 - **Preperitoneal y/o retromuscular**, La colocación de la malla se coloca indistintamente de acuerdo a la facilidad técnica en el espacio retromuscular donde hay aponeurosis posterior (arriba del arco de Douglas) o en el espacio preperitoneal donde no hay aponeurosis posterior (debajo del arco de Douglas). Lo más común es que se utilice uno u otro espacio simultáneamente de acuerdo a la fibrosis y facilidades disección de los espacios en cada paciente en particular. La vía de acceso para su colocación casi siempre es por vía abierta, aunque por laparoscopia se pueden levantar colgajos peritoneales y/o de aponeurosis posterior para ser colocada en estos espacios, con cierre posterior de los mismos.





- **Subaponeurótica premuscular**, La malla se coloca por debajo de la aponeurosis anterior sobre los músculos. Esta solo puede efectuarse cuando se involucra la línea media y encontramos músculos rectos, además de que el defecto herniario no sea muy grande, pues de lo contrario pierde estabilidad la malla. Otro inconveniente es el que la disección de este plano es más traumática y sangrante que en el espacio retromuscular.
- B) **Onlay**: Es la colocación de la malla en forma supra-aponeurótica a manera de parche, siempre por vía de acceso abierto y puede colocarse después de haber cerrado con tensión el defecto herniario o sin cerrarlo, cuando el cierre es imposible o a mucha tensión. Involucra mayor disección de colgajos de piel y tejido celular subcutáneo, lo que favorece infecciones, hematomas y seromas. Su efectividad es menor en cuanto a índice de recidivas.
- C) **Inlay**: Es la colocación de una malla justo del tamaño del defecto y suturada a sus bordes, sin cierre del defecto. Se efectúa siempre por vía de acceso abierto. Tiene un alto índice de recidivas (comparado al de las plastias con tensión de cierre primario).



CIERRE DEL DEFECTO O APROXIMACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA:

No hay clara evidencia de que unir la línea media o cerrar el defecto herniario devuelva la funcionalidad o fisiología normal a la pared abdominal. Hacerlo disminuye la superficie de contacto de la malla con el TCS evitando seromas. Se deberá intentar solo cuando no exista demasiada tensión en los bordes al hacerlo. (Evidencia 5. Recomendación D).

La técnica de reparación de componentes aporta un avance de los músculos rectos hacia la línea media de hasta 20 cm para aproximar la línea media o cerrarla completamente, siempre utilizando un refuerzo de malla para evitar recurrencias.



(Evidencia 4. Recomendación C)

INDICACION PARA MALLAS SEPARADORA DE TEJIDOS

Es imperativo el uso de una malla antiadherente cuando esta quedará en contacto con vísceras o asas intestinales para evitar complicaciones de adherencias y erosiones viscerales, ya sea como malla simple o compuesta (bi o tricapa). (Evidencia 2. Recomendación B).

MATERIALES PROTESICOS POR TECNICA:

▪ Técnica abierta no intraperitoneal:

El material de elección por costo/beneficio para la reparación de una hernia incisional por vía abierta sin contacto con visceras (técnica de Chevrel, preaponeurótica u Onlay. Técnica de Rives/Stoppa preperitoneal y/o retromuscular) es el polipropileno ligero o reducido asociado aun material absorbible (mallas ligeras parcialmente absorbibles).

Si al efectuar los procedimientos anteriores quedan áreas sin cubierta peritoneal y no se puede aislar la malla con un parche de epiplón, colgajo o peritoneo libre, etc. Se deberá utilizar una malla separadora de tejido, ya sea como malla adicional o malla mixta (polipropileno ligero más el material antiadherente por el otro lado).

Los materiales de fijación para las técnicas anteriores deben ser idealmente monofilamentos y de absorción lenta. De preferirse los pegamentos, el sellante de fibrina es lo ideal con la técnica de aspersión.

CONDUCTA FRENTE A LA CONTAMINACIÓN

▪ Lesión visceral:

- Contaminación menor: Sutura de la enterotomía, lavado y no abortar el procedimiento de reparación hemiaria. (Evidencia 5. Recomendación D)
- Contaminación mayor: Sutura de la enterotomía, lavado y diferir la reparación. (Evidencia 5. Recomendación D).
- Contaminación tardía: lavado de cavidad reparación de perforación o fuente de contaminación. Retiro de malla si hay contaminación mayor o en cualquier caso si se usó malla microporo (Evidencia 5. Recomendación D).

▪ Proceso séptico

Cuando tenemos un paciente con un abdomen agudo por una sepsis abdominal y un gran defecto herniario, no colocamos mallas sintéticas. En estos casos, y dependiendo del escenario, se resuelve el proceso agudo (apendicitis, perforación visceral, oclusión intestinal) y se puede optar de acuerdo a las condiciones del paciente por diferir la plastia, por un cierre primario, o si se dispone y es necesario, una malla biológica.



VII.4. COMPLICACIONES

- **Seroma:**

Es la más frecuente de las complicaciones con rangos entre el 5 al 20%. Su presentación se incrementa en las hernias con defecto mayor a 6 cm, en las laparoscópicas y cuando se deja mucha superficie de contacto entre la malla y el tejido celular subcutáneo como en las mallas supra-aponeuróticas (onlay).

Su profilaxis consiste en realizar la menor disección posible de colgajos de piel y TCS en las abiertas, colocación de mallas preperitoneales o retromusculares, evitar espacios muertos, drenaje cerrado en los casos adecuados y vendajes compresivos en el postoperatorio.

Hay consenso en que la conducta es expectante hasta por 8 a 12 sem. De no haber molestias clínicas de dolor, o que no tienda al crecimiento. Si no se reabsorbe, disminuye o drena espontáneamente, se punciona o drena en forma abierta, siempre con los máximos cuidados de asepsia, dejando si lo requiere tubos de drenaje cerrado, antibioticoterapia profiláctica y vendajes compresivos.

En su forma crónica o encapsulada (seromas quísticos) se deberá efectuar un drenaje amplio y extirpación de su capsula y detritus, haciendo un cierre simple con drenaje.

- **Hematoma:**

Es una complicación rara en laparoscopia. Por vía abierta está en relación a la extensión de la disección. En pacientes anticoagulados, cirróticos o tomadores crónicos de aspirina es una complicación frecuente. En el postoperatorio los vómitos, náuseas extremas o accesos de tos pueden condicionar un sangrado de un vaso mal ligado o no coagulado en el transoperatorio.

Su profilaxis está en la corrección de trastornos de hemorragias previo a la cirugía. Hemostasia adecuada con cauterio y/o ligadura, en especial de las ramas perforantes. Evitar elevaciones bruscas de la presión abdominal en el postoperatorio como vómitos o tos intensa.

El manejo es igual al del seroma, dejando la evacuación de coágulos cuando es un hematoma de gran magnitud. Su drenaje igualmente es con altas medidas de asepsia, drenaje y antibioticoterapia profiláctica.

- **Hemoperitoneo:**

Es rara su presentación en cirugías abiertas, ocasionado por falta de control en la hemostasia de liberación de bridas intestinales o de epiplón. En cirugía laparoscópica a lo anterior se agrega el sangrado postoperatorio de puertos laparoscópicos. Los pacientes anticoagulados o tomados crónicos de aspirina, aumentan las posibilidades de este problema.

La profilaxis de este problema es la hemostasia minuciosa de las zonas de adherenciólisis de epiplón o vísceras. Los puertos laparoscópicos deberán siempre verificarse previo a la salida de los trocares.



Si fue cirugía abierta, se efectuará laparotomía para evacuar sangre y coágulos, así como el control del sangrado. Si la cirugía fue laparoscópica, se pueden reintroducir los trocates por las mismas incisiones previas y evacuar coágulos, lavado y control del sangrado.

- **Dolor postoperatorio prolongado:**

El dolor postoperatorio inmediato de la pared abdominal está relacionado con el proceso de inflamación de la herida y su disección, con la colocación de puntos transmurales (transcutáneo transfaciales) y la colocación de grapas de fijación. Su forma crónica no es tan común como la inguinodinia, pero por lo general está relacionada con atrapamiento de filetes nerviosos entre los puntos transmurales y rara vez por la colocación de una grapa sobre dichos nervios.

Se debe informar al paciente de la presencia de dolor de pared abdominal en el postoperatorio. Si se tiene la necesidad de colocación de puntos transmurales se deberán pasar y anudar en forma transversal más que longitudinal para disminuir la posibilidad de atrapamiento de filetes nerviosos. Su anudado no debe ser excesivo. Se usará de preferencia materiales de absorción lenta para evitar permanencia continua. Los materiales de grapado deberán ser lo menos traumáticos posibles y de preferencia en la actualidad con grapas reabsorbibles.

Se administrará analgesia adecuada para las primeras 12 a 24 hs posterior a estos procedimientos. En su forma crónica no incapacitante, las infiltraciones con esferoides y anestésicos pueden mejorar la sintomatología. Cuando se confirma que es por un punto transmural y este se dio con material no absorbible hay necesidad de retirar el punto por medio de una incisión pequeña en el punto doloroso. Con las grapas el problema es mayor pues no hay forma de saber cuál es la causante y entrar laparoscópicamente a retirarlas es un procedimiento laborioso.

- **Oclusión intestinal:**

Su presentación en cirugías abiertas es cuando no se abre el saco e inspeccionan las asas intestinales, aunque esto no debe hacerse de rutina si no hay antecedentes obstructivos. En cirugía laparoscópica donde rutinariamente se liberan las adherencias viscerales a la pared abdominal sus causas pueden ser; formación de nuevas adherencias intestinales, introducción de un asa a través de un puerto laparoscópico, introducción de un asa entre la pared abdominal y una malla mal fijada.

La prevención será el efectuar una revisión de cavidad con apertura del saco en las reparaciones abiertas cuando hay antecedentes de cuadros oclusivos o sub-occlusivos y en la laparoscópica, un cierre adecuado de puertos laparoscópicos mayores de 5 mm, así como una fijación adecuada de la malla sin dejar espacios holgados que pudieran permitir la introducción de un asa entre esta y la pared abdominal.

El tratamiento debe seguir las normas y lineamientos de los cuadros oclusivos de cualquier etiología, abordando por la vía en que se realizó el procedimiento de reparación.

- **Fístula enterocutánea:**

En la actualidad es una complicación poco frecuente por el tipo de materiales utilizados.



Esta ocasionado por el contacto de asas intestinales con la malla (polipropileno o dacrón) si fueron utilizadas como único material en contacto con las visceras. Con las mallas separadoras de tejido existe riesgo de contacto directo cuando se dejan expuestas las fibras de polipropileno o dacrón cuando lesionamos la capa antiadherente en las maniobras de introducción de la malla por los puertos laparoscópicos o cuando se recortan algunos tipos de malla que dejan expuestas fibras de material permanente.

En la actualidad no es adecuado el uso de mallas sin capas antiadherentes en contacto con las asas intestinales. Si hay duda de contacto directo se deberá implementar un aislamiento con parche de epiplón o de peritoneo en cirugía abierta. En la vía laparoscópica se tomará precaución extrema a la introducción de la malla por los puertos tomando esta con el grasper por su cara de polipropileno para no dañar la capa visceral, agrandando el puerto laparoscópico envolviendo a la malla en un plástico para su fácil introducción. Verificar si la malla que queremos seccionar deja o no expuestas sus fibras de polipropileno.

El tratamiento al igual que las oclusiones debe seguir los lineamientos de cualquier fístula enterocutánea.

- **Desplazamiento de la malla:**

Es también una complicación rara, que es causa de recidiva hemiaria u otras complicaciones a veces graves, cuando invaden visceras vecinas.

Su profilaxis se logra extremando los cuidados en la fijación de la malla, especialmente en la reparación por vía laparoscópica. Con esta técnica, cuando no se dejan puntos transmuralles hay consenso en colocar una doble hilera circunferencial de grapas (doble corona), una rodeando el anillo fibroso y la otra en la periferia de la malla intraperitoneal.

Para su tratamiento se adecuará a las consecuencias del desplazamiento de la malla. Cuando ha provocado una recidiva se la tratará con otra malla correctamente ubicada y fijada, sin que sea necesario extirpar la anterior.

- **Hernia por puerto de trocar laparoscópico:**

Es una complicación que se presenta con el antecedente de una reparación laparoscópica ocasionada por la falta de cierre o cierre inadecuado de orificios de trocares mayores a 5 mm.

Su profilaxis consiste en un cierre adecuado de todos los orificios de trocares mayores a 5 mm, aquellos que se tuvieron que extender o cuando se utiliza técnica mano-asistida.

El tratamiento es el de que se le da a cualquier hernia incisional.

Las complicaciones postoperatorias de una reparación de hernia incisional se presentan con una frecuencia del 5 al 15% en la mayoría de las series publicadas, independientemente de los materiales y las vías de acceso. (Evidencia 2. Recomendación B).

La única forma de llevar a una cifra inferior de complicaciones es la prevención de las mismas con la preparación adecuada del paciente, una elección de material protésico y de fijación específica a cada caso en particular y cuidado con los detalles técnicos. (Evidencia 5. Recomendación D).



El manejo de las complicaciones no difiere de la forma convencional en que se realiza con otros procedimientos. (Evidencia 5. Recomendación D).

Conducta ante la infección de herida y de la prótesis:

De no existir factores de riesgo, la aplicación de mallas de polipropileno macroporosas en las reparaciones hemiarias no aumentan la posibilidad de una infección de herida. (Evidencia 1. Recomendación A).



Existen factores de riesgo bien establecidos, tanto locales, del paciente, del manejo de la prótesis y del medio ambiente, favorecedores de la aparición de una infección que debe oscilar entre el 3-14% de todas las reparaciones de hernias incisionales. (Evidencia 2. Recomendación B.)

La vía de acceso laparoscópico disminuye en forma importante la presencia de infecciones de herida quirúrgica que pueden desarrollar posteriormente infección de la malla, aunque no evita la contaminación de la malla por mal manejo de la misma. (Evidencia 3. Recomendación B).

La profilaxis antibiótica no ha probado tener evidencia de evitar o disminuir la frecuencia de infecciones en pacientes sin factores de riesgo (Evidencia 1. Recomendación A). Sin embargo, en pacientes con factores de riesgo, condiciones hospitalarias no ideales y como protección meramente legal en pacientes sin factores de riesgo, es conveniente la aplicación de profilaxis antibiótica sistémica y/o local. (Evidencia 5. Recomendación D).

Las infecciones agudas se manejan en la forma convencional sin retiro de la malla si esta es macroporosa y se encuentra en posición adecuada y correctamente fijada. Las mallas microporo siempre deberán retirarse por su fácil colonización. (Evidencia 4. Recomendación C).

El retiro de una malla, siempre nos llevará a la reaparición de la hernia. Su reparación inmediata o diferida dependerá de las condiciones del paciente, el área quirúrgica y la experiencia del cirujano en este tipo de casos. (Evidencia 5. Recomendación D).

No hay consenso en cuanto al tiempo de espera para reoperar a un paciente con colocación de nueva prótesis, después de que esta se retiró por una infección, (sin consenso).

VII.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Hospital de Apoyo II-2, cuenta con todos los recursos humanos y tecnológicos para la atención integral de todos los pacientes con hernias de la pared abdominal.

Control postoperatorio: La primera consulta de control debe realizarse en la primera semana posterior al alta, por el cirujano tratante.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guía clínica Hernias de la Pared Abdominal, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2008.
- Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal, Asociación Mexicana de Hernia, Mayo 2009.
- Retrofascial mesh repair of ventral incisional hernias. The American Journal of Surgery, Volume 189, Issue 3, Pages 373-375 H. Le, J. Bender.
- A Comparison of Suture Repair with Mesh Repair for Incisional Hernia. New England Journal of Medicine -- August 10, 2000 -- Vol. 343, No. 6
- Open preperitonealretrofascial mesh repair for multiply recurrent ventral incisionalhernias. Novitsky YW, Porter JR, Rucho ZC, Getz SB, Pratt BL, Kercher KW, Heniford BT Carolinas Hernia Center, División of Gastrointestinal and Minimally Invasive Surgery, Department of Surgery, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC 28203, USA.
- Rutkow IM. The recurrence rate in hernia surgery. How important is? Arch Surg 1995; 130: 575-76
- Hesselink VJ, Luijendijk RW, de Wilt JHW, Jeekel RH. J. An evaluation of risk factors in incisional hernia recurrence. SurgGynec&Obst 1993; 176: 228-34
- Chevrel J.P, Rath A.M. Classification of the incisional hernias of the abdominal wall. Hernia Vol 4, N° 1 March 2000 4:1 Pag 7-11
- Amid PK (1997) Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. Hernia 1:12-19.

