

*Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
Hernia Umbilical.*

Adaptada de la Guía de diagnóstico y reparación de la hernia umbilical CENETEC

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	3
METODOLOGÍA.....	6
OBJETIVO (S) Y ASPECTO (S) DE SALUD CUBIERTO POR LA GUÍA.....	7
POBLACIÓN OBJETO.....	8
USUARIOS DIANA.....	8
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	8
RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA.....	9
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	11
HERNIORRAFIA EN NIÑOS.....	11
HERNIORRAFIA EN ADULTOS.....	12
ALGORITMO DE MANEJO DE HERNIA UMBILICAL EN NIÑOS.....	16
ALGORITMO DE MANEJO DE HERNIA UMBILICAL EN ADULTOS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

INTRODUCCION

Las hernias de pared abdominal se encuentran entre los problemas quirúrgicos más comunes. El conocimiento de estas hernias (habituales e inusuales) y de protuberancias que las imitan es un componente esencial del arsenal del cirujano general y pediátrico.

El ombligo es una cicatriz hundida dejada por la inserción del cordón umbilical después del nacimiento, tras la trombosis de la vena y las arterias umbilicales, el uraco y en ocasiones del conducto onfalomesentérico. Anatómicamente, es una zona débil de la pared abdominal por donde pueden presentarse hernias (Rouvière H, 1967).

Una hernia umbilical es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo) que se desliza y pasa a través del ombligo y contiene grasa y epiplon. Clínicamente este saco está recubierto por el tejido graso subcutáneo y la piel, y se caracteriza porque protruye hacia fuera con las maniobras de Valsalva y disminuye con el decúbito. Se puede reducir completamente y palpar el orificio fibromuscular que lo delimita o sólo parcialmente cuando el anillo comprime el contenido (hernia encarcerada).

Las hernias se clasifican según su tamaño y sobre todo por la clínica que producen (Simons MP, 2009). Así:

Por el tamaño:

- <2 cm: hernia pequeña.
- >2-4 cm: hernia mediana.
- >4 cm: hernia grande.

Por la clínica:

- Hernia reductible que desaparece con el decúbito o la presión suave y que sólo causa molestias con la tos, ejercicio físico, etc.
- Hernia encarcerada que no se reduce y provoca molestias continuas y estéticas. Suele ser más grande, asociada con obesidad y multiparidad. Con el tiempo, puede causar dolor intenso a la palpación, obstrucción intestinal y necrosis intestinal (hernia estrangulada).
- Hernia umbilical del cirrótico: contiene epiplón y líquido ascítico y provoca trastornos tróficos cutáneos.

La incidencia de la hernia umbilical es del 2% de la población y representa entre el 3 y el 14% de las hernias de la pared abdominal (Muysoms FE, 2009). Todos los procesos que causan distensión

abdominal (cirrosis hepática, obesidad, embarazo, etc.) o favorecen la separación de los músculos de la pared abdominal, predisponen a este tipo de hernias. Es más frecuente entre los 40 y los 60 años de edad, aunque también la podemos encontrar en prematuros donde representa probablemente la enfermedad quirúrgica más frecuente de la edad pediátrica. De hecho, la inmensa mayoría de las hernias umbilicales se diagnostican antes de los seis meses de edad (Bellón JM, 2008).

El diagnóstico se establece mediante la exploración física, al palpar una tumoración que protruye del ombligo con la tos. Como se ha mencionado, se clasifica como una hernia reductible o encarcerada según el contenido se reduzca total o parcialmente en la cavidad abdominal con el decúbito o con maniobras suaves de presión.

La mayoría de las veces el paciente sólo consulta cuando la hernia produce un trastorno estético o presenta un episodio de encarceración con dolor continuo o progresivo. Dependiendo del contenido del saco herniario y de la duración del episodio, puede evolucionar a un cuadro de obstrucción intestinal y de estrangulación, con fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y mal estado general (Simons MP, 2009). Como pruebas complementarias, sólo está indicada una ecografía en bipedestación, cuando se sospeche en pacientes obesos o para hernias muy pequeñas.

En los niños, el signo más importante es un aumento de volumen a nivel del ombligo que puede hacerse más prominente cuando el paciente llora o puja. A la exploración se palpa un defecto circular en la cicatriz umbilical, rodeado por un anillo fibroso, que usualmente mide poco más de 1 centímetro. En muy raras ocasiones, cuando la hernia se encarcera o estrangula, puede haber cambios de coloración, vómitos y dolor abdominal.

El diagnóstico de la mayoría de las anomalías umbilicales pediátricas es también fundamentalmente clínico; sin embargo, existen algunas situaciones como la existencia de un “ombligo húmedo” que requiere exploraciones especiales para descartar una onfalitis o una malformación fetal. En el recién nacido, hay que considerar el onfalocele o falta de coalescencia en la pared abdominal, que causa una protrusión de vísceras abdominales a través de la base del cordón umbilical, en la que el recubrimiento del saco herniario está constituido por el saco amniótico y el peritoneo. A veces puede ser pequeño y ser confundido con un cordón umbilical normal.

En los adultos la mayoría de las hernias no se tratan, al ser pequeñas y asintomáticas, conteniendo simplemente grasa en su interior. La cirugía programada sí está indicada cuando la hernia aumenta de tamaño, produce molestias o crean un trastorno estético, pues progresivamente se crean adherencias entre el contenido y el saco herniario que favorecen la aparición futura de episodios de encarceración (López González C, 2013).

La hernia umbilical encarcerada debe intervenir de forma preferente y con carácter urgente si aparecen síntomas obstructivos o complicaciones a nivel local (dolor intenso a la palpación o signos inflamatorios cutáneos).

La hernia umbilical del paciente cirrótico tiene una consideración diferente pues está relacionada con la presencia de ascitis y sólo se opera muy selectivamente cuando la hepatopatía esta compensada.

En los niños, la gran mayoría de las hernias umbilicales no requieren cirugía, ya que se resolverán solas de forma espontánea antes de los tres años de edad sobre todo si el defecto es menor de 1,5 cm. Las únicas indicaciones absolutas de reparación antes de esa edad es el cambio de coloración acompañada de dolor, vómito o fiebre. Otra indicación relativa son los defectos herniarios mayores de 2 cm que condicionan una deformidad importante de la pared abdominal. Actualmente es razonable esperar hasta la edad preescolar para indicar el cierre quirúrgico de una hernia umbilical, ya que los episodios de encarceración son muy raros. No obstante, es importante el seguimiento por el pediatra o cirujano pediátrico, para asegurar que el anillo fibromuscular continúa su proceso normal de cierre (Kelly KB, 2013).

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Se recomienda investigar la presencia de defecto herniario en el área umbilical particularmente, en la población con factores de riesgo para disminuir el riesgo de complicaciones e incapacidades laborales. **(Recomendación C)**

Durante la exploración física, se recomienda que el médico familiar o especialista investigue intencionadamente; en el área umbilical, aumento de volumen cuando el paciente se encuentre en reposo o cualquier tipo de esfuerzo como toser o pujar. **(Recomendación D)**

Se recomiendan valoración preanestésica 5 días previos o antes del procedimiento quirúrgico, así como valoración preoperatoria en pacientes mayores de 40 años de edad o con enfermedades concomitantes por el servicio correspondiente. **(Recomendación D)**

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos para las herniorrafias o hernioplastias, dada la baja frecuencia de infección de sitio quirúrgico. **(Recomendación A)**

En unidades de atención médica con tasas de infecciones superiores a 5% se recomienda el uso de antibióticos profilácticos, considerando los principales gérmenes causales de infección en las cirugías limpias. **(Recomendación A)**

Se recomienda la cirugía abierta en las herniorrafias umbilicales ya que es el método que requiere menos tiempo para su ejecución. **(Recomendación A)**

Se recomienda la cirugía ambulatoria en pacientes con hernia umbilical ya que, disminuye las complicaciones y la estancia hospitalaria. **(Recomendación A)**

En niños mayores de 2 años de edad con defecto herniario el tratamiento es quirúrgico. En los niños se recomienda realizar herniorrafia umbilical cuando el defecto herniario es mayor de 1.5 cm a cualquier edad o, si éste persiste después de los 2 años de edad. **(Recomendación D)**

Se recomienda el cierre del defecto herniario con la técnica de Mayo, utilizando material de sutura absorbible del tipo ácido poliglicólico o poliglactina 910. **(Recomendación D)**

Se recomienda el cierre del defecto herniario con la técnica de Mayo, utilizando material absorbible (ácido poliglicólico o poliglactina 910) o no absorbible (polipropileno). **(Recomendación D)**

Se recomienda el uso de material protésico del tipo de polipropileno y mallas parcialmente absorbibles como material de elección en caso de hernias umbilicales con defectos mayores a 3 cm de diámetro; la técnica de colocación será de acuerdo a lo seleccionado por el cirujano. **(Recomendación A)**

Se recomienda un periodo de incapacidad que varía de 14 a 28 días. **(Recomendación D)**

METODOLOGÍA

Para la selección de la guía se convocó al grupo de Grupo de Cirujanos Generales de la Clínica Antioquia, quienes por consenso y con aprobación del Grupo Desarrollador de Guías General de la Clínica, se decidió adoptar la guía “Guía de Práctica Clínica de Hernia Umbilical”, desarrollada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2009. Es una guía con una evaluación por AGREE II del 80% (metodología), con lo cual se cumplen los criterios generales para la adaptación de guías de práctica clínica según el documento “Protocolo para la elaboración y actualización de guías de atención” de la Clínica Antioquia.

Se adoptó además la evaluación de la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación de la guía original:

Niveles de Evidencia	
Ia	Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios
Ib	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios
Ila	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
Ilb	Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte
III	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
IV	Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas
Grados de Recomendación	
A	Directamente basada en evidencia categoría I
B	Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
C	Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
D	Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

OBJETIVO (S) Y ASPECTO (S) DE SALUD CUBIERTO POR LA GUÍA

La finalidad de este guía, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de salud, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las siguientes acciones:

- Establecer por medio de los datos clínicos la presencia de hernia umbilical sin la necesidad de solicitar estudios para confirmar el diagnóstico
- Proponer el uso de técnicas quirúrgicas de acuerdo al tamaño del anillo herniario umbilical
- Definir los periodos de incapacidad laboral con base a la actividad laboral en el paciente operado de reparación de hernia umbilical
- Establecer los criterios clínicos de derivación de pacientes con hernia umbilical

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

POBLACIÓN OBJETO

Pacientes niños y adultos con hernia umbilical, no aplica para pacientes con episodios de encarceramiento.

USUARIOS DIANA

Médicos Generales, Internistas, Pediatras, Cirujanos Generales, Cirujanos Pediátricos

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La hernia umbilical se define como un abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiplón, parte del intestino delgado o intestino grueso.

La hernia umbilical constituye una de de las patologías mas comunes de la región umbilical y representa entre el 6 y el 14% de las hernias de la pared abdominal en adultos (Perrakis, 2003); en niños es secundaria a un defecto en el cierre del anillo umbilical, se presentan en uno de cada 6 niños, siendo mas frecuentes en lactantes de bajo peso, prematuros y asociadas a otras enfermedades como el síndrome de Down, hipotiroidismo, síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de Ehlers-Danlos (Neblett, 2006).

En el adulto es secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo en el área umbilical (Stevens, 2008). La obesidad, la multiparidad, la presencia de ascitis, tumores abdominales o esfuerzos muy intensos son factores de riesgo para el desarrollo de hernia umbilical (Asolati,2006). La hernia umbilical es mas frecuente en mujeres con una relación de 1.7:1 y es mas común en personas de edad avanzada.

El diagnóstico es básicamente clínico y se realiza en la consulta externa de medicina familiar, corroborando el aumento de volumen y defecto aponeurótico en el área umbilical. Existe en la actualidad controversia con relación al envío oportuno de la consulta externa del primer nivel al servicio quirúrgico correspondiente; en cuanto a la edad apropiada en los niños así como, al tamaño del defecto para la corrección de la hernia umbilical.

Con relación a los criterios de envío de los pacientes adultos a la consulta de cirugía general es evidente que todo paciente con hernia umbilical deberá ser referido, Así mismo, establecer la mejor técnica quirúrgica y el uso de material protésico según se requiera.

Es necesario proponer una Guía de Práctica Clínica (GPC) actualizada con la mejor evidencia, para estandarizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno y en caso de los adultos establecer el tiempo óptimo de incapacidad laboral. Así como, los criterios de referencia al segundo nivel de atención.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

- Aproximadamente, el 5% de la población padece de hernia abdominal. De éstas, el 10% son umbilicales y predominan en mujeres (2 mujeres por 1 hombre).
- Cerca de 5 a 20% de las hernias abdominales se encarcelan, de las cuales se estrangulan de 2 a 5%.
- Los factores que pueden condicionar el desarrollo de hernia umbilical son:
 - Obesidad (IMC mayor 35)
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - Tos crónica
 - Enfermedad obstructiva urinaria
 - Ascitis
 - Constipación y estreñimiento
 - Prostatismo
 - Multiparidad

Se recomienda investigar la presencia de defecto herniario en el área umbilical particularmente, en la población con factores de riesgo para disminuir el riesgo de complicaciones e incapacidades laborales. **(Recomendación C)**

El diagnóstico de hernia se establece con los datos clínicos.

Durante la exploración física, se recomienda que el médico familiar o especialista investigue intencionadamente; en el área umbilical, aumento de volumen cuando el paciente se encuentre en reposo o cualquier tipo de esfuerzo como toser o pujar. **(Recomendación D)**

El diagnóstico de la hernia umbilical es clínico. No se recomienda realizar estudios de laboratorio o gabinete para su confirmación. Se recomienda efectuar en la unidad familiar los siguientes exámenes de laboratorio (preoperatorios) para la programación de la herniorrafia o hernioplastía, según el caso:

- Hemoleucograma
- Tiempos de coagulación
- Glicemia, urea y creatinina
- Grupo y Rh

Se sugiere valoración preanestésica a todos los pacientes 5 días antes de su cirugía o previo al acto quirúrgico. Si el paciente es mayor de 60 años o tiene alguna condición especial, que el anestesiólogo o el cirujano determine, se recomienda realizar la valoración preoperatoria.

Se recomiendan valoración preanestésica 5 días previos o antes del procedimiento quirúrgico, así como valoración preoperatoria en pacientes mayores de 40 años de edad o con enfermedades concomitantes por el servicio correspondiente. **(Recomendación D)**

En los pacientes mayores de 40 años, se recomienda realizar además de los estudios laboratorios, radiografía de tórax y electrocardiograma.

En la actualidad el uso de profilaxis de antibióticos en la reparación de hernias es controversial, dada la discrepancia que existe en los resultados de los estudios. En una revisión sistemática de 12 ensayos clínicos aleatorios se encontró que las tasas de infección fueron de: 2.9% en el grupo de pacientes con antibióticos y 3.9%, en el grupo control (OR 0.64; IC 95%:0.48-0.85) (evidencia IA).

En otro estudio de revisión sistemática con meta-análisis, en el cual se analizaron las frecuencias de infección incisional profunda en pacientes operados de hernioplastia, se observó que no hubo diferencia significativa entre el grupo que recibió antibióticos y el grupo control, es decir, 0.3% versus 0.6%, respectivamente (OR 0.54; IC 95 % 0.24-1.21).

El uso de mallas en la hernioplastia, implica la colocación de material protésico; algunos proponen el uso de profilaxis de antibióticos en este tipo de cirugías limpias.

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos para las herniorrafias o hernioplastias, dada la baja frecuencia de infección de sitio quirúrgico. **(Recomendación A)**

La tasa de infección no debe de exceder de 2% en las cirugías limpias de hernioplastia. Sin embargo, cuando se registran altas tasas de infección no puede evitarse la administración de antibióticos.

En unidades de atención médica con tasas de infecciones superiores a 5% se recomienda el uso de antibióticos profilácticos, considerando los principales gérmenes causales de infección en las cirugías limpias. **(Recomendación A)**

Para el control del dolor en el posoperatorio se recomienda usar diclofenaco en las primeras horas y posteriormente, continuar con Acetaminofen:

- En niños: Acetaminofen a 10 a 15 mg por kilogramo de peso por dosis, cada 6 horas, por vía oral hasta 5 días.
- En adultos: Diclofenaco 75 mg por vía intravenosa cada 12 horas. Posteriormente, acetaminofen a dosis de 500 mg a 1 gr por vía oral cada 6 horas, hasta completar 5 días.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se recomienda la cirugía abierta en las herniorrafias umbilicales ya que es el método que requiere menos tiempo para su ejecución. **(Recomendación A)**

Actualmente la cirugía de la hernia umbilical se realiza en la mayor parte del mundo en forma ambulatoria y bajo anestesia regional. Se recomienda la cirugía ambulatoria en pacientes con hernia umbilical ya que, disminuye las complicaciones y la estancia hospitalaria. **(Recomendación A)**

Al nacimiento el ombligo está representado por un defecto en la línea media; rodeado por un anillo fibromuscular el cual, se cierra por completo después de que el cordón se desprende. Cuando el cierre espontáneo no ocurre el saco peritoneal sobresale a través del defecto y condiciona una hernia umbilical. En los niños cuando el defecto herniario es menor de 1.5 cm. se sugiere manejo conservador hasta los 2 años de edad. En niños mayores de 2 años de edad con defecto herniario el tratamiento es quirúrgico. En los niños se recomienda realizar herniorrafia umbilical cuando el defecto herniario es mayor de 1.5 cm a cualquier edad o, si éste persiste después de los 2 años de edad. **(Recomendación D)**

HERNIORRAFIA EN NIÑOS

Durante la herniorrafia se realiza los siguientes pasos:

- Paso 1. Se practica una incisión en el pliegue dérmico infra umbilical semicircular

- Paso 2. Se abre el saco dejando una porción adherida a la piel umbilical
- Paso 3. Se secciona completamente el saco umbilical y se extirpa hasta la fascia fuerte
- Paso 4. Se cierra el defecto de la fascia en forma transversal con puntos separados de material absorbible.
- Paso 5. El saco umbilical restante se asegura a la fascia por debajo de la sutura anterior con puntos absorbibles.
- Paso 6. Se cierra la incisión de piel con sutura subdérmica no absorbible y se coloca apósito compresivo.

Se recomienda para la preparación preoperatoria de cirugía ambulatoria en niños.

- Ingresa el mismo día 2 horas previas a su intervención
- Ayuno de 6 a 8 horas, excepto en lactantes
- Contar con el expediente completo
- Canalizar con catéter 22 o 24 G
- Canalizar con solución glucosada al 5%
- Verificar que se cuente con valoración pre anestésica y autorización de las cartas de consentimiento informado

Se recomienda el cierre del defecto herniario con la técnica de Mayo, utilizando material de sutura absorbible del tipo ácido poliglicólico o poliglactina 910. **(Recomendación D)**

HERNIORRAFIA EN ADULTOS

Para la reparación de la hernia umbilical se realizan los siguientes pasos:

- Paso 1. Se hace una incisión en el pliegue umbilical inferior desde las tres hasta las nueve horas. Conservando la vascularidad del ombligo. Si la piel está degenerada y el paciente es anciano no es necesario conservar el ombligo.
- Paso 2. Se separa el saco de la grasa con un bisturí o tijeras y después del aislamiento el mismo se sugiere abrir reducir el contenido hacia la cavidad abdominal.
- Paso 3. Se recorta el saco hasta el anillo, se ligan los puntos sangrantes.

- Paso 4. Se cierra el saco con puntos continuos absorbibles. Se prepara la lámina anterior de la vaina del recto hasta una distancia de 1 a 2 cm alrededor del defecto.
- Paso 5. Se cierra el defecto en dirección transversal con o sin imbricación o con sutura continua con material de sutura absorbible o no absorbible.
- Paso 6. Se fija la cicatriz umbilical a la vaina anterior del recto con sutura absorbible.
- Paso 7. Se cierra la piel con puntos separados o subcutáneos a preferencia del cirujano.

En la preparación preoperatoria se recomienda:

- Ingresar al paciente el mismo día, 2 horas previas a su intervención.
- Contar con el expediente completo
- Ayuno de 8 horas
- Canalizar con catéter 14 o 16 G
- Utilizar solución Hartman
- Verificar que el paciente cuente con la valoración preanestésica
- Confirmar si se efectuó la valoración preoperatoria en los mayores de 40 años y la autorización de las cartas de consentimiento informado

Se recomienda el cierre del defecto herniario con la técnica de Mayo, utilizando material absorbible (ácido poliglicólico o poliglactina 910) o no absorbible (polipropileno). **(Recomendación D)**

En la actualidad la aplicación de material protésico tiene como ventajas baja recurrencia (0.4-1%), menos dolor posoperatorio, mayor aceptación del procedimiento en forma ambulatoria y retorno precoz a actividades habituales.

Las mallas de polipropileno, tienen gran resistencia a la infección y presenta las características de una malla ideal.

El uso de mallas parcialmente reabsorbibles evita en gran parte los problemas atribuidos a la presencia de material protésico, como dolor crónico, sensación de cuerpo extraño y alteración de la biomecánica abdominal.

Se recomienda el uso de material protésico del tipo de polipropileno y mallas parcialmente

absorbibles como material de elección en caso de hernias umbilicales con defectos mayores a 3 cm de diámetro; la técnica de colocación será de acuerdo a lo seleccionado por el cirujano.
(Recomendación A)

Ante la sospecha diagnóstica de hernia umbilical, se recomienda enviar al paciente a la especialidad correspondiente, con exámenes preoperatorios realizados en su unidad de atención primaria.

Se recomienda enviar a valoración por cirugía infantil a:

- Niños mayores de 2 años de edad
- Niños con defectos herniarios mayores de 1.5 cm de diámetro, independientemente de la edad

Se sugiere en pacientes posoperados de reparación de hernia umbilical continuar el seguimiento en su EPS, y en caso de los adultos después del término de la incapacidad laboral.

Posterior al posoperatorio se recomienda:

- Valorar el alta del servicio después de la recuperación anestésica total, en las siguientes 6 horas de la intervención
- Enfatizar las medidas de higiene: realizar curaciones locales diarias con jabón y cubrir la herida
- Retirar la sutura a los 7 días del posoperatorio
- Cita a la consulta externa de cirugía pediátrica de 7 a 10 días, según el caso

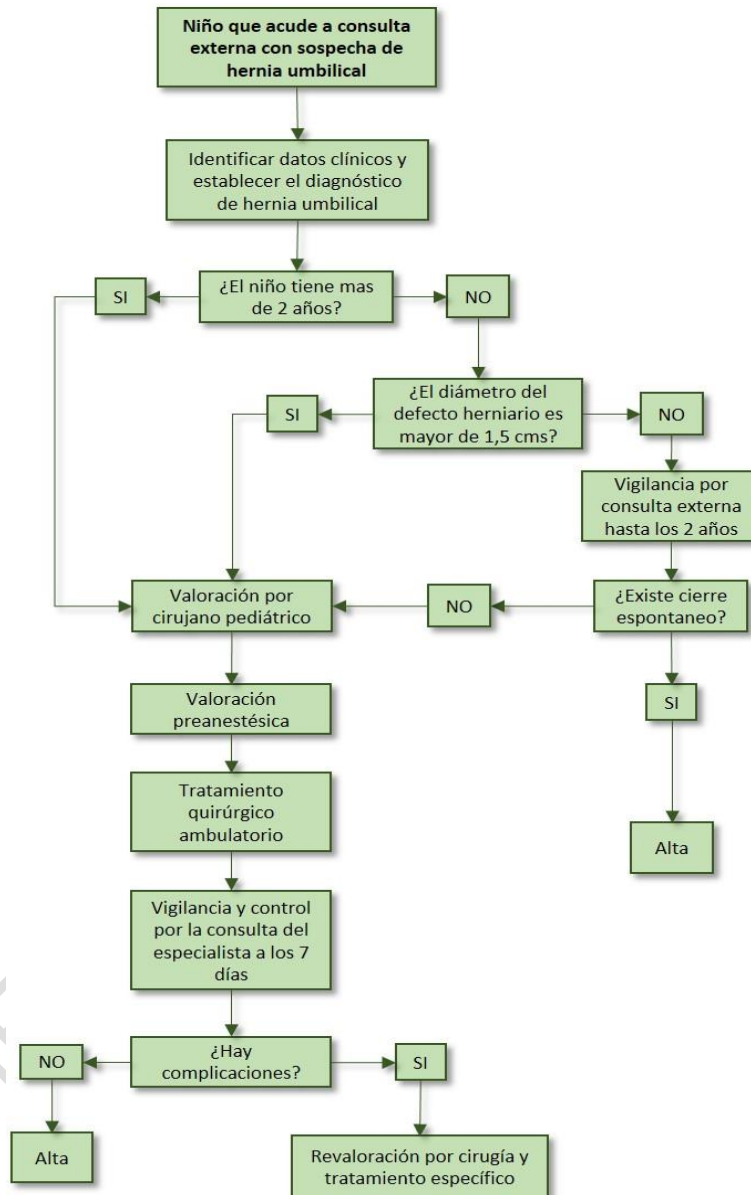
En los adultos, se recomienda:

- Valorar el alta del servicio posterior a la recuperación anestésica total en las siguientes 6 horas de la intervención.
- Enfatizar las medidas de higiene: realizar curaciones locales diarias con jabón y cubrir la herida
- Retirar la sutura a los 7 días del posoperatorio por el módulo de curaciones
- Cita a la consulta externa de cirugía general a los 14 o 28 días, según el caso

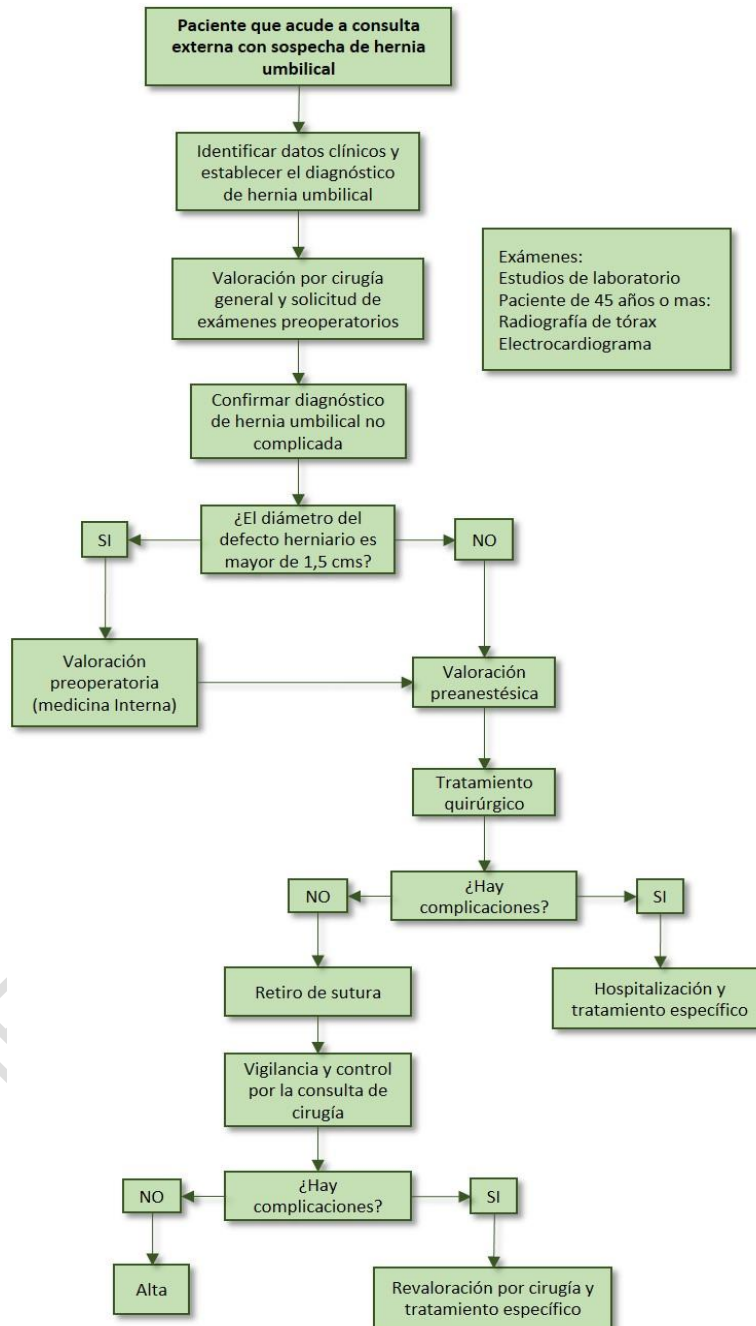
En caso de complicaciones e incidentes durante el acto quirúrgico o en el posoperatorio se debe hospitalizar al paciente (niños o adultos) para tratamiento específico.

En la hernioplastia o herniorrafia se sugiere un periodo óptimo de incapacidad laboral que varía de 14 a 42 días. Se recomienda un periodo de incapacidad que varía de 14 a 28 días. (Recomendación D)

ALGORITMO DE MANEJO DE HERNIA UMBILICAL EN NIÑOS



ALGORITMO DE MANEJO DE HERNIA UMBILICAL EN ADULTOS



BIBLIOGRAFÍA

1. Andre Hebra, Pediatric Hernias emedicine-May 30, 2006. www.emedine.com
2. Asolati M, Huerta S, Sarosi G, Harmon R, Bell Ch, Anthony T. Al. predictors of recurrence in veteran patients with umbilical hernia. Am J. Surg 2006;192:627-630.
3. Aufenacker TJ, Koelemay MJ, Gouma DJ, Simons MP. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of antibiotic prophylaxis in prevention of wound infection after mesh repair of abdominal wall hernia. B J Surg 2006; 93(1):5-10.
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
5. Feins N, Dzakovic A, Papadakis K. Minimally invasive closure of pediatric umbilical hernias. J. Pediatr Surg. 2008. 43:127-130
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
10. The Medical Disability Advisor. MDAl, en español. Pautas de duración de incapacidad. Disponible en: <http://www.mdainternet.com/espanol/mdaTopics.aspx> (acceso 10 Noviembre 2008)
11. Ministerio de Salud. Guía Clínica Hernias de pared Abdominal. Santiago: MInisal, 2008.
12. Perrakis E. et al. A new free technique for the repair of umbilical hernia using The prolene hernias system-early results from 48 cases. Hernia 2003;7:178-80
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
14. Sanchez-Manuel FJ, Lozano-Garcia J, Seco-Gil JL. Profilaxis antibiótica para la reparación de hernias. (Cochrane review). In: la Biblioteca Cochrane Plus, Issue 2, 2008: Update software.
15. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM-205-SSA1-2002) para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. México. SSA; 2003
16. Stevers GE Abdominal Hernias, emedicina- jun 30 2008. www.emedine.com
17. Ware N.W Hernia Umbilical, en: Ashcraft KW, Holder TM, editors. Cirugía Pediátrica, 2da ed. Mexico: Interamericana; 2004. p. 573-577.

18. Work Loss Data Institute .Hernia Corpus Christi (TX): 2007 May 2. 42p. Disponible en www.guideline.gov
19. Zollinger Jr.: Zollinger's atlas of surgical operations, Eighth Edition New York United States of America McGraw- Hill 2003.
20. Arroyo A, Costa D, Fernández A, Pérez F, Serrano P, García P, et al. ¿Debe ser la hernioplastia la técnica de elección en el tratamiento de la hernia umbilical del adulto? Cir Esp. 2001;70(2):69-71. [Texto completo](#)
21. Bellón JM, Durán HJ. Factores biológicos implicados en la génesis de la hernia incisional. Cir Esp. 2008;83(1):3-7. PubMed [PMID: 18208741](#). [Texto completo](#)
22. Bellón JM. Bioprótesis: indicaciones y utilidad en la reparación de defectos herniarios de la pared abdominal. Cir Esp. 2008;83(6):283-9. PubMed [PMID: 18570842](#). [Texto completo](#)
23. Delgado Gomis F, Blanes Masson F, Gómez Abril S, Richart Aznar J, Trullenque Juan R. Complicaciones de la cirugía laparoscópica. Cir Esp. 2001;69:330-6. [Texto completo](#)
24. Kelly KB, Ponsky TA. Pediatric abdominal wall defects. Surg Clin North Am. 2013;93(5):1255-67. PubMed [PMID: 24035087](#)
25. Liang MK, Berger RL, Li LT, Davila JA, Hicks SC, Kao LS. Outcomes of laparoscopic vs open repair of primary ventral hernias. JAMA Surg. 2013;148(11):1043-8. PubMed [PMID: 24005537](#)
26. López González C, García Moreno G, Gutiérrez Romero JR. Hernias primarias de la línea media: umbilicales y epigástricas. Diástasis de rectos. En: Guía Clínica de Cirugía de la Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos. Cap. 21. Madrid: Aran; 2013. p. 231-40.
27. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia. 2009;13(4):407-14. PubMed [PMID: 19495920](#). [Texto completo](#)
28. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional. Tomo II. Barcelona: Elsevier Masson; 1967. p. 573–6. ISBN 13: 978-84-458-0807-8
29. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009;13(4):343-403. PubMed [PMID: 19636493](#). [Texto completo](#)

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Diciembre 2014	Elaboración de la guía.	Jefe de Cirugía	Dirección Médica	Comité de Calidad
002	Diciembre 2017	Actualización de la guía.	Coordinador Tecnocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.