

## **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

# **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON HERNIA UMBILICAL**

**NOVIEMBRE 2021**

## Grupo desarrollador Keralty

### Equipo Temático

**Dr. Juan Pablo Ruíz**  
**Dr. Alejandro Lora**  
**Dr. Arnold Barrios**  
**Dr. Neil Valentín Vega**  
Médicos Cirujanos  
Grupo de Pared Abdominal  
Clínica Colsanitas

### Revisor temático

**Dr. Luis Augusto Cortés Del Valle**  
Médico Cirujano General  
Clínica Reina Sofía

### Equipo metodológico

**Dra. Liliana Barrero Garzón**  
Médica Esp. Epidemiología Clínica  
Centro de Evaluación de Evidencia para las Decisiones en Salud  
Instituto Global de Excelencia Clínica  
Presidencia de Salud Keralty

### Comisión Global de Cirugía

**Dr. Arnold Barrios Parra**  
Jefe Nacional del Servicio de Cirugía General  
Clínica Colsanitas

**Dr. Luis Augusto Cortés Del Valle**  
Asesor Científico

**Dr. Joaquín Gustavo Luna**  
Director Científico  
Clínica Reina Sofía

**Dr. Germán Rojas Rodríguez**  
Director Científico  
Clínica Universitaria Colombia

### Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración de la presente guía declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el documento.

### Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty en Colombia.

### Citación

Este documento debe ser citado como: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de personas con hernia umbilical. Keralty, noviembre 2021.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La hernia umbilical constituye una de las patologías más comunes de la región umbilical y representa entre el 6 y el 14% de las hernias de la pared abdominal en adultos; en niños es secundaria a un defecto en el cierre del anillo umbilical, se presentan en uno de cada 6 niños, siendo más 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 (1).

En el adulto es secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo en el área umbilical. La obesidad, la multiparidad, la presencia de ascitis o tumores abdominales son factores de riesgo para el desarrollo de hernia umbilical. Es más frecuente en mujeres con una relación de 1.7:1 y es más común en personas de edad avanzada. Cerca de 5 a 20% de las hernias abdominales se encierran, de las cuales se estrangulan de 2 a 5% (1).

Es importante contar con una Guía de Práctica Clínica con la mejor evidencia, que permita orientar la toma de decisiones para 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 a un nivel de atención superior.

## 2. OBJETIVO

Establecer recomendaciones informadas en evidencia para orientar a los profesionales de salud en el proceso diagnóstico y las alternativas de manejo de los pacientes con hernia umbilical.

## 3. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes adultos y pediátricos con sospecha o diagnóstico de hernia umbilical.

## 4. POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

No aplica para pacientes bajo tratamiento de la especialidad de Cirugía Pediátrica.

## 5. USUARIOS DE LA GUÍA

Médicos Cirujanos, internistas, médicos generales, enfermeras y personal de la salud en formación.

## 6. METODOLOGÍA

La presente guía se construyó con base en el *“Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia del Instituto Global de Excelencia Clínica Keralty, 2020”*.

El equipo de adopción estuvo conformado por cuatro cirujanos generales, miembros del grupo de pared abdominal de Keralty y un médico epidemiólogo del Instituto Global de Excelencia Clínica como asesor metodológico del proceso. El equipo realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), seleccionando la GPC *“Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society” del 2020* (2), disponible para consulta en texto completo en: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.11489>

La GPC seleccionada fue calificada en su calidad metodológica por dos evaluadores, utilizando el instrumento AGREE II, obteniendo una evaluación de 80% en el dominio 3 de rigor en la elaboración y 79% en el dominio 6 de independencia editorial. Un porcentaje  $\geq 60\%$  es considerada de aceptable calidad y se aconseja su uso.

El grupo de expertos clínicos revisó y seleccionó las recomendaciones a adoptar, las cuales una vez analizadas fueron traducidas en el presente documento, con el fin de facilitar su consulta e implementación por el personal de salud de Clínica, las cuales en ningún momento sustituyen el documento original. Se preservaron los niveles de graduación de las recomendaciones y la calificación de la calidad de la evidencia del documento fuente. Para contextualizar algunas de las recomendaciones, el equipo clínico realizó un proceso de integración de evidencia local y evidencia considerada relevante, que resultó en la adopción de diagramas de flujo y otra información útil en la práctica clínica diaria (3-5).

## 7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

El resumen de recomendaciones sigue la estructura propuesta por el equipo de adopción, de 7 dominios y 18 recomendaciones clínicas, con base en la GPC adoptada (4) (Ver tabla 1).

### DOMINIO 1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO (Ver Flujograma 1)

#### 1. ¿Cuál es la definición de hernia umbilical?

La hernia umbilical se define como una hernia primaria con defecto localizado en la línea media (2) comprendida entre 3 cm por encima y por debajo de la cicatriz umbilical, que puede contener epiplón o contenido intestinal (3,5).

#### 2. ¿Están indicadas las imágenes diagnósticas para la evaluación de la hernia umbilical?

Se recomienda que las hernias umbilicales se diagnostiquen mediante un correcto examen físico. En caso de duda, se puede considerar ecografía o TAC. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación fuerte (2).*

#### 3. ¿Es seguro el manejo expectante en pacientes con hernias umbilicales asintomáticas?

Se sugiere manejo expectante en pacientes con hernias umbilicales asintomáticas. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

### DOMINIO 2. OPTIMIZACIÓN PREQUIRÚRGICA

#### 4. ¿Es necesaria la optimización del paciente antes de la reparación electiva de la hernia umbilical?

Se sugiere dejar de fumar durante 4-6 semanas y bajar de peso hasta un IMC por debajo de 35 kg/m<sup>2</sup>, antes de la reparación electiva de la hernia umbilical. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

#### 5. ¿Está indicada la profilaxis antibiótica en la reparación de la hernia umbilical?

Se sugieren antibióticos profilácticos, administrados en una sola dosis perioperatoria, cuando se usa una malla para la reparación de hernias umbilicales. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

### DOMINIO 3. CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS

#### 6. ¿Existe un lugar para la reparación con sutura en la reparación electiva de hernias umbilicales?

Se recomienda el uso de malla para la reparación de hernias umbilicales para reducir la tasa de recurrencia. La reparación con sutura se puede considerar en la toma de decisiones compartida y para pequeños defectos de hernias menores a 1 cm. *Calidad de la evidencia alta. Recomendación fuerte (2).*

#### 7. ¿Cuál es la técnica preferida para la reparación con sutura de hernias umbilicales?

Se sugiere que se utilicen suturas de reabsorción lenta o no absorbible para la reparación con sutura de hernias umbilicales. La técnica de sutura puede elegirla el cirujano. Se recomienda no utilizar suturas de rápida absorción. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

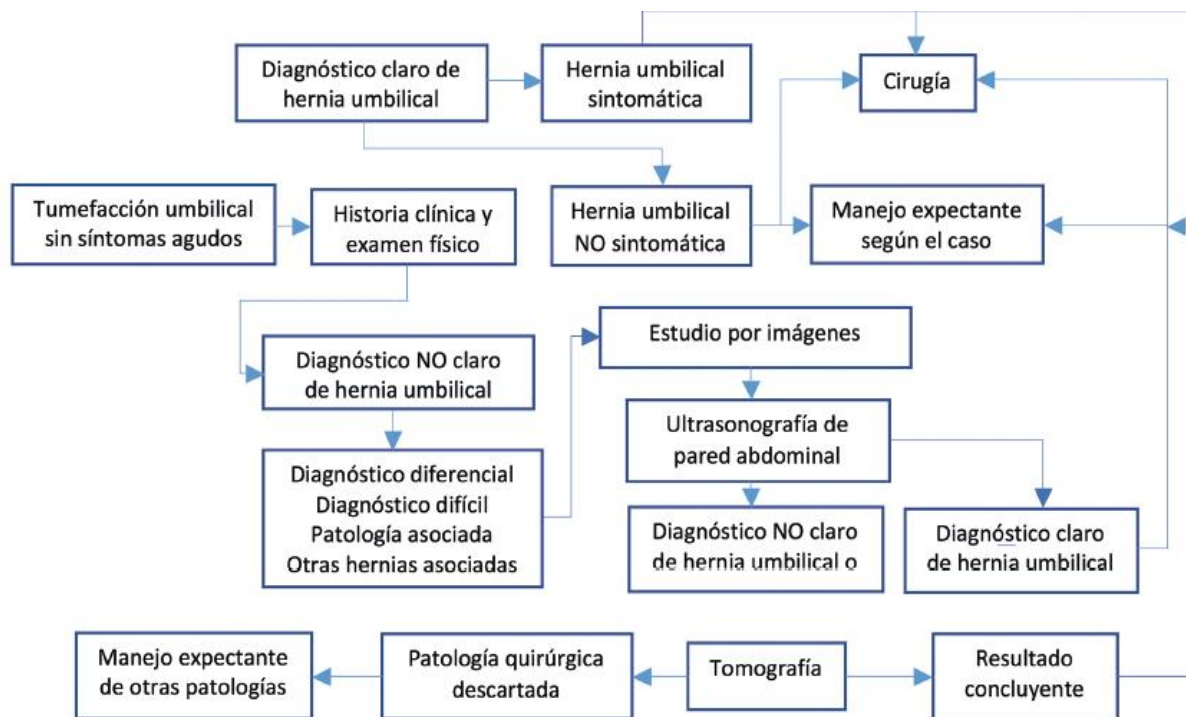
#### 8. ¿Cuál es el abordaje quirúrgico óptimo para una hernia umbilical agudamente estrangulada / encarcelada?

Se sugiere que la reparación de emergencia de las hernias umbilicales se adapte a las características del paciente y de la hernia. Se puede considerar el uso de malla. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

Tabla I. Dominios y recomendaciones en el tratamiento de la hernia umbilical		
Dominio	Aspectos considerados en el consenso	Nivel de la recomendación
Definición y diagnóstico	Definición operativa	Débil
	Estrategias diagnósticas	Fuerte
	Pacientes asintomáticos	Débil
Optimización prequirúrgica	Necesidad de optimización	Débil
	Profilaxis antibiótica	Débil
Consideraciones quirúrgicas	Utilización de malla	Fuerte
	Tipo y técnica de sutura	Débil
	Abordaje quirúrgico en casos complejos	Débil
Cirugía abierta con malla	Ubicación y tipo de malla	Débil
	Nivel de solapamiento de la malla	Débil
	Método de fijación	Débil
	Cierre del defecto	Débil
	Tipo de anestesia	Débil
Cirugía mínimamente invasiva	Indicaciones	Débil
	Abordaje (robótico / transperitoneal / extraperitoneal)	Débil
Abordaje de acuerdo con el caso	Según el paciente, la hernia y el contexto	Fuerte
Curva de aprendizaje y costos	Curva de aprendizaje	Débil
	Impacto en los costes	Débil

Adoptado de: Vega Peña NV, et al. Cirugía de la hernia umbilical: la complejidad en lo pequeño. Rev Hispanoam Hernia. 2021 (4)

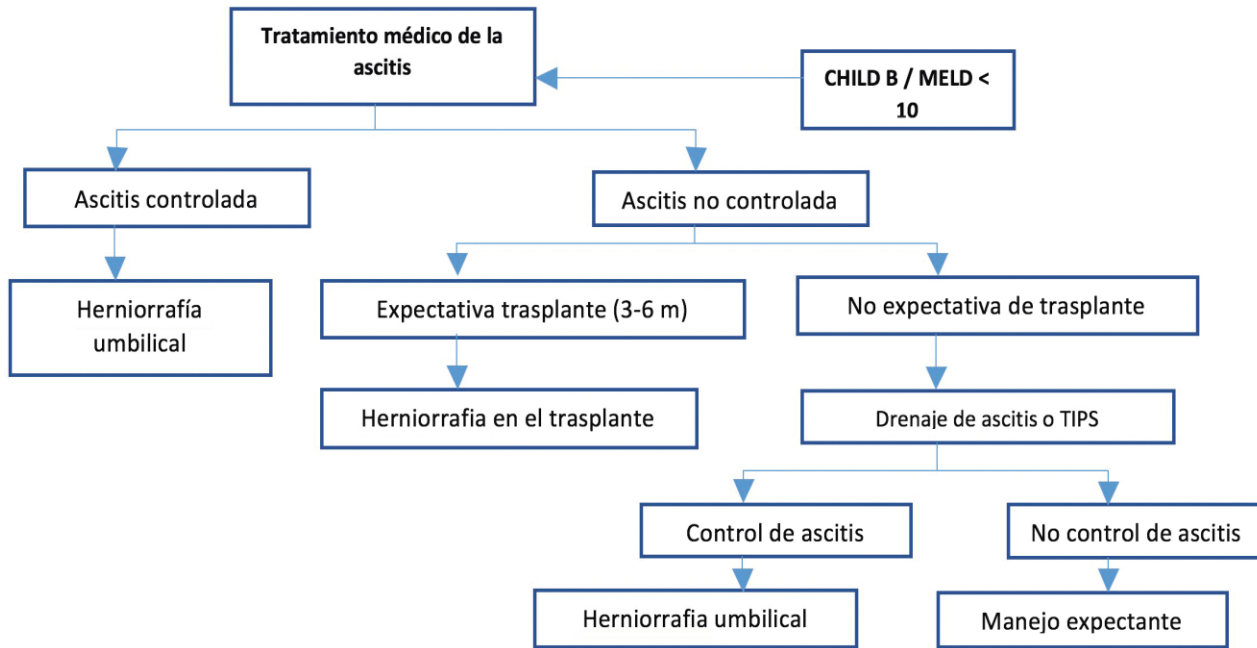
Flujograma 1. Flujograma diagnóstico de hernia umbilical



Adoptado de: Lora-Aguirre A, et al. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia. 2019 (3).

A continuación, información complementaria de manejo de la hernia umbilical en casos complejos:

Flujograma 2. Flujograma de manejo de la hernia umbilical en los pacientes con cirrosis (3)



Adoptado de: Lora-Aguirre A, et al. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia. 2019 (3)

Tabla 2. Consideraciones de la utilización de prótesis y las condiciones de la gestación en las pacientes con hernia umbilical (3)

Adoptado de: Lora-Aguirre A, et al. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia. 2019 (3)

Condición clínica	Reparo primario	Reparación protésica
Expectativa de nuevo embarazo	Riesgo mayor de recurrencia	Posibilidad de dolor en el tercer trimestre
Diagnóstico en el embarazo	Riesgo mayor de recurrencia	Riesgo mayor de infección
Parto por cesárea	Cirugía simultánea sin incisión separada, riesgo mayor de recurrencia	Incisión separada, riesgo mayor de infección
Cirugía posparto	Tiempo óptimo individualizado	Tiempo óptimo individualizado
Diástasis de los rectos	Riesgo mayor de recurrencia	Recomendada, opción discutida con la paciente

**DOMINIO 4. CIRUGÍA ABIERTA CON MALLA**

9. *¿Cuál es el tipo de malla preferido y la capa preferida para la colocación de la malla cuando se realiza una reparación abierta de hernia umbilical?*

Se sugiere que se coloque una malla permanente plana en el espacio preperitoneal para la reparación abierta de la hernia umbilical. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

10. *¿Cuál es la superposición de malla preferida para la reparación abierta de hernias umbilicales?*

En la reparación con malla preperitoneal para la reparación abierta de hernias umbilicales, se sugiere una superposición de 3 cm para defectos de 1 a 4 cm. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

11. *¿Cuál es el método preferido de fijación de malla para la reparación abierta de hernias umbilicales?*

Si la malla se fija para la reparación de una hernia umbilical, se sugiere que se utilice una sutura no absorbible. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

12. *¿Debe cerrarse el defecto para reparaciones abiertas de hernias umbilicales cuando se usa una malla?*

Cuando se realiza la reparación de una hernia umbilical o epigástrica y se utiliza una malla plana, se sugiere cerrar el defecto. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

13. *¿Cuál es el método anestésico preferido para la reparación abierta de hernias umbilicales?*

El grupo de la guía sugiere adherirse a los protocolos locales y que el paciente, el cirujano y el anestesiólogo acuerden el tipo de anestesia para la reparación abierta de la hernia umbilical con base en la toma de decisiones compartida. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

**DOMINIO 5. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA**

14. *¿Cuáles son las indicaciones de la reparación laparoscópica de hernias umbilicales?*

Se sugiere que se considere la reparación laparoscópica para hernias umbilicales grandes, o si el paciente tiene un mayor riesgo de infección de la herida. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

15. *¿Cuál es el método de reparación laparoendoscópico preferido para las hernias umbilicales?*

Para las reparaciones laparoscópicas de hernias umbilicales, se sugiere cerrar el defecto cuando sea posible y colocar la malla en la posición preperitoneal o retromuscular con una superposición de al menos 5 cm. Se sugiere que una malla intraperitoneal se fije con suturas o tachuelas no absorbibles. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

**DOMINIO 6. ABORDAJE DE ACUERDO CON EL CASO**

16. *¿Cuál es el método de reparación preferido para las hernias umbilicales según la hernia y las características del paciente?*

Aunque la mayoría de las hernias umbilicales se pueden reparar con una malla plana preperitoneal abierta, se recomienda que la reparación se adapte a las características del paciente y de la hernia y los recursos locales. También deben tenerse en cuenta las preferencias del paciente y del cirujano. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación fuerte (2).*

**DOMINIO 7. CURVA DE APRENDIZAJE Y COSTOS**

17. *¿Cuál es la curva de aprendizaje para la reparación de hernias umbilicales?*

Se sugiere que la curva de aprendizaje para la reparación abierta y laparoscópica de hernias umbilicales sea de alrededor de 20 y 30 procedimientos supervisados, respectivamente. Se sugiere que se debe ofrecer un programa de capacitación estándar a los aprendices de cirugía, con una evaluación de cuándo pueden realizar los procedimientos de manera segura e independiente. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

#### 18. ¿Cómo se pueden influir los costos de la reparación de las hernias umbilicales?

Para reducir los costos de la reparación de la hernia umbilical, se sugiere que la reparación abierta se realice con una malla plana preperitoneal, con el máximo esfuerzo para reducir las complicaciones potenciales como la infección y la recurrencia considerando la optimización preoperatoria y adaptando el abordaje. *Calidad de la evidencia muy baja. Recomendación débil (2).*

### 8. CRITERIOS DE REFERENCIA

- Ante la sospecha diagnóstica de hernia umbilical, se recomienda enviar al paciente a la especialidad de Cirugía General o Cirugía Pediátrica según sea el caso. *Consenso de expertos de Clínica.*
- Se sugiere en pacientes posoperados de reparación de hernia umbilical continuar el seguimiento en medicina familiar o afines, y en caso de los adultos después del término de la incapacidad laboral. *Punto de buena práctica.*

### 9. SEGUIMIENTO

*Puntos de buena práctica:*

- Posterior al posoperatorio se recomienda:
  - Valorar el alta del servicio después de la recuperación anestésica total, en las siguientes 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 según el caso (de 7 a 10 días en niños, o de 14 a 28 días en adultos)
- En caso de complicaciones e incidentes durante el acto quirúrgico o en el posoperatorio se debe hospitalizar al paciente (niño o adulto) para tratamiento específico.

### Recuperación y días de incapacidad

- Se recomienda un periodo de incapacidad que varía de 5 a 7 días según la actividad laboral. *Consenso de expertos de Clínica.*

### 10. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

En la evolución de los pacientes, se tienen en cuenta una serie de parámetros, que van a permitir el egreso de la institución.

- a. Tolerancia adecuada de la vía oral.
- b. Ausencia de criterios de alarma (taquicardia, fiebre, dolor abdominal, vómito o disnea).
- c. Herida quirúrgica sin signos inflamatorios locales de infección.
- d. Paciente adecuadamente instruido en el protocolo de manejo ambulatorio.

### 11. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES

Se debe informar a los pacientes y cuidadores lo relacionado con la medicación analgésica, signos de alarma y reconsulta, cuidados de la herida quirúrgica, así como recomendaciones en tipo de alimentación y actividad física que debe reanudarse tan pronto como las condiciones físicas del paciente lo permitan.

### 12. REFERENCIAS

1. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. México: Secretaría de Salud, 2009. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/068\\_GPC\\_Herniaumbilical/Hernia\\_umbilical\\_ER\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/068_GPC_Herniaumbilical/Hernia_umbilical_ER_CENETEC.pdf)
2. Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. European and Americas Hernia Societies (EHS and AHS). Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *Br J Surg.* 2020 Feb;107(3):171-190. doi: 10.1002/bjs.11489.
3. Lora-Aguirre A, Vega-Peña NV, Barrios-Parra AJ, Ruiz-Pineda JP. Hernia umbilical: un problema no resuelto. *Iatreia.* 2019;32(4):288-97. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.28>
4. Vega Peña NV, Hanssen Londoño A, Ceballos Muriel C, Navarro Alean J, Hernández JD. Cirugía de la hernia umbilical: la complejidad en lo pequeño. *Rev Hispanoam Hernia.* 2021;9(3):182-189. <https://doi.org/10.20960/rhh.00439>.
5. Muysoms, F. E., Miserez, M., Berrevoet, F., Campanelli, G., Champault, G. G., Chelala, E., et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia.* 2009; 13(4): 407-14. doi: 10.1007/s10029-009-0518-xz