



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y QUIRÚRGICAS  
DE PACIENTES SOMETIDOS A PREHABILITACIÓN DE  
PARED ABDOMINAL COMO TRATAMIENTO  
COMPLEMENTARIO A LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA  
DE HERNIAS INCISIONALES COMPLEJAS EN EL  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DURANTE LOS AÑOS  
2021 - 2023**

**DEMOGRAPHIC AND SURGICAL CHARACTERISTICS OF  
PATIENTS SUBJECTED TO ABDOMINAL WALL  
PREHABILITATION AS A COMPLEMENTARY  
TREATMENT TO THE SURGICAL REPAIR OF COMPLEX  
INCISIONAL HERNIAS AT THE CAYETANO HEREDIA  
HOSPITAL DURING THE YEARS 2021 - 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
CIRUGÍA GENERAL

AUTOR

MARY CARMEN CASAHUAMAN URQUIA

ASESOR

VICTOR EDUARDO RAMOS RAMOS

LIMA – PERÚ

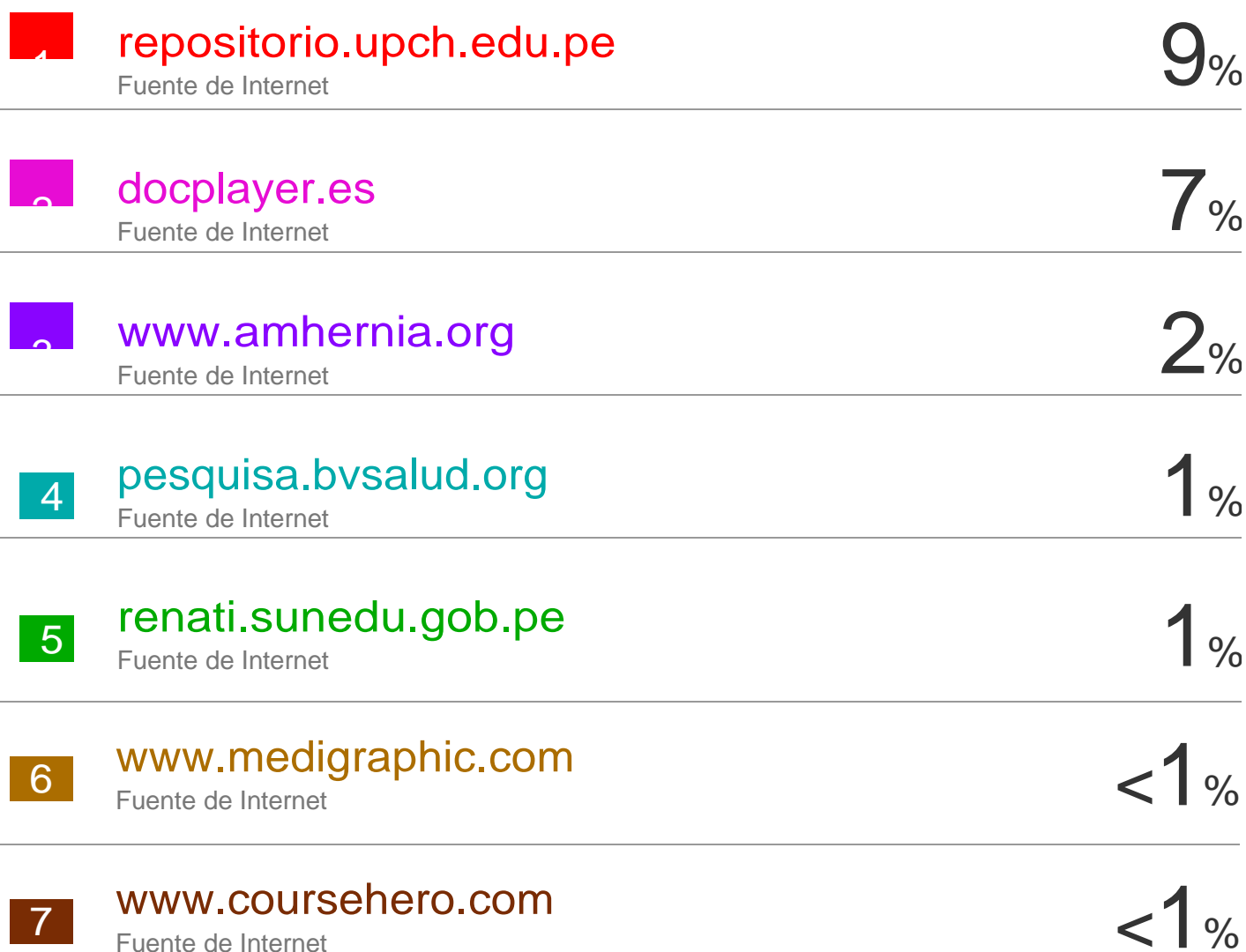
2024

# CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A PREHABILITACIÓN DE PARED ABDOMINAL COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERNIAS INCISIONALES COMPLEJAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DURANTE LOS AÑOS 2021-2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS



[www.resed.es](http://www.resed.es)

8

Fuente de Internet

<1 %

9

"Puesta al día en clínica: Noticias / Actualizaciones / Investigación", Nursing (Ed. española), 2006

Publicación

<1 %

10

[www.bucaramanga.gov.co](http://www.bucaramanga.gov.co)

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## **1. RESUMEN:**

Las características de una hernia incisional compleja como el tamaño del defecto, dimensiones del saco herniario, localización o procesos locales adyacentes es lo que condicionan un desafío quirúrgico, lo que conlleva a la utilización de métodos adyuvantes de prehabilitación para lograr una cirugía más segura. Múltiples estudios muestran la importancia de la evaluación preoperatoria adecuada del paciente para una prehabilitación eficiente en términos de seguridad, eficiencia intraoperatoria y resultados postoperatorios a corto y largo plazo, logrando con ello disminuir los riesgos de una cirugía incompleta o insatisfactoria y disminuir la recurrencia postoperatoria que aún continúa siendo un problema importante a nivel mundial.

El presente estudio longitudinal tiene como objetivo principal el determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidos a prehabilitación como tratamiento complementario a la reparación quirúrgica de hernias incisionales complejas en el hospital Cayetano Heredia desde 2021 al 2023. Estos datos permitirán tener una base de las principales características que determinan que dicha prehabilitación sea eficiente logrando correcciones quirúrgicas adecuadas.

Palabras claves: Hernia incisional, prehabilitación abdominal, toxina botulínica, neumoperitoneo

## **2.- INTRODUCCIÓN**

En cirugía general, uno de los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia son las cirugías de pared abdominal, siendo la reparación de hernias uno de los procedimientos quirúrgicos más importantes realizados en la actualidad, lo que conlleva a un gran impacto socio-económico. (1) (2)

Las hernias incisionales se presentan en aproximadamente el 9% al 22% de los pacientes con una incisión abdominal previa. Esta incidencia varía dependiendo del tipo de cirugía, del tipo de laparotomía, estado del paciente, etc. (2) Pudiendo incrementar dicho porcentaje tras el creciente número de cirugías abdominales. Dichos defectos se pueden desarrollar de manera temprana en el post operatorio o después de incluso varios años. (3) (4)

Se considera una hernia incisional compleja cuando por su localización, dimensiones del saco herniario, tamaño del defecto o procesos locales agregados necesitan de un método adyuvante de prehabilitación que permite disminuir los riesgos de no poder realizar la cirugía de corrección, realizarla de forma incompleta o insatisfactoria y de generar un síndrome compartimental postoperatorio. (3)(5)

Este tipo de hernias son el producto de la retracción lateral de los músculos abdominales, que con el tiempo genera que el defecto ventral se agrande. Tras la atrofia por desuso, continua una fibrosis irreversible de dichos músculos volviéndose menos elásticos y más rígidos. (3) En consecuencia, se vuelven más cortos y gruesos, lo que genera los efectos secundarios fisiológicos presentes. Conforme los órganos intraabdominales se hernian fuera de la cavidad abdominal, se reduce la presión intraabdominal, causando el descenso de diafragma

(abatimiento de hemidiafragmas) y con todo ello, alteraciones en la función respiratoria, urinaria y defecatoria. A menudo se produce la estasis venosa portal lo que genera un edema mesentérico y de la pared intestinal provocando un aumento del volumen visceral del saco herniario por edema crónico, dificultando aún más su reducción. (3)(5) Además, la mala alineación de los músculos rectos, la atrofia de los músculos de la correa abdominal y la reducción de la presión intrabdominal dan como resultado una columna vertebral sin soporte adecuado generando limitación en los movimientos del tronco, desequilibrio de la columna lumbar y dolor crónico de espalda. (3)

Se considera una hernia compleja a:

- Hernias con pérdida de dominio.
- Hernias con defectos gigantes cuyos diámetros horizontales son mayores a 15 cm.
- Hernias por secuela del manejo de abdomen abierto (laparostoma).
- Hernias con pérdida significativa de piel
- Hernias con defectos con márgenes óseos (lumbares, suprapúbicos, subxifoideo, subcostal).
- Hernias con múltiples recidivas y presencia de una o varias mallas.
- Hernias paraostomales.
- Hernias con defectos por denervación (pseudohernias) con o sin defecto herniario asociado. (5) (6)

Pacientes con laparostoma y sepsis abdominal presentan un defecto ventral que ha quedado abierto, necesitando en muchas ocasiones de sistemas de presión negativa

o injertos de piel, predisponiendo a una retracción muscular y a la dehiscencia de la fascia de la pared anterior presentándose grandes hernias ventrales, donde las vísceras abdominales residen fuera de la cavidad abdomino pélvica. (5) (7)

En este contexto, se describe como hernia con pérdida de dominio a aquella que es irreductible por falta de espacio en el compartimiento abdomino pélvico, residiendo los órganos herniados fuera de dicha cavidad. Dicho en otras palabras, los órganos herniados pierden su “derecho de dominio” dentro de la cavidad abdomino pélvica. (3)(7)

En la evaluación tomográfica para evaluar una pérdida de dominio se utilizan los métodos volumétricos de Tanaka y Sabbagh. Tanaka muestra la relación entre el volumen del saco herniario y el volumen de la cavidad abdominal, considerando pérdida de dominio cuando es dicha relación es mayor a 25%. Sabbagh, muestra la relación entre el volumen del saco herniario y la suma del volumen del saco con el de la cavidad abdominal, considerando pérdida de dominio cuando es mayor a 20%. (7)

Cuando a una hernia compleja se agrega la presencia de un proceso infeccioso ya sea agudo o crónico que involucra a la incisión y/o a la malla o cuando se evidencia una fístula intestinal a través del saco herniario se considera a dicha hernia como compleja en escenarios catastróficos. (5)

Todo esto genera que la reparación de una hernia compleja represente un desafío quirúrgico, siendo cirugías más complejas en pacientes con comorbilidades y otros factores de riesgo, lo que conlleva a la utilización de métodos adyuvantes de prehabilitación abdominal. (5)(6)

En la evaluación diagnóstica la tomografía abdominal con o sin contraste, en reposo y en Valsalva es útil para valorar las estructuras del abdomen, realizar mediciones (diámetro del defecto, longitud de los músculos rectos, longitud y grosor de los complejos laterales, diámetro y volumen de la cavidad abdominal y del saco herniario) y con ello comparar con tomografías posteriores a la prehabilitación y adquirir índices pronósticos. (5)

Los métodos adyuvantes de prehabilitación como el uso de toxina botulínica y el neumoperitoneo progresivo son métodos con el fin de lograr una adecuada corrección del defecto herniario, métodos complementarios a técnicas transoperatorias de separación de componentes anterior y posterior, traslape de estructuras aponeuróticas y de sacos herniarios o resección visceral. (4)(5)

La toxina botulínica de serotipo A genera parálisis flácida preoperatoria de los músculos del complejo lateral de la pared abdominal (oblicuos y transversos), su elongación en un 35%, disminución del diámetro transversal del defecto hasta en un 38%, aumento del volumen abdominal hasta en un 20%. (4)(5)(8) Los efectos máximos se evidencian entre las 4 a 6 semanas después de su infiltración. La dosis está en relación al grosor del complejo lateral evidenciado por tomografía (<2.5cm, 200U; 2.5cm, 300U; >2.5cm, 400U). (5)

El neumoperitoneo progresivo tiene como objetivo incrementar el volumen de la cavidad abdominal hasta en un 35% a 40%, elongar los músculos abdominales contraídos, incrementar la presión intraabdominal, lisis de adherencias, mejorar el retorno de la circulación portal y linfática, reducir el volumen edematizado visceral hasta en un 47%, estabilizar la forma y función de hemidiafragmas. El tiempo de



neumoperitoneo aún es controversial, variando desde 2 a 4 semanas para evidenciar los resultados deseados. (4)(5)

El uso conjunto de toxina botulínica y neumoperitoneo preoperatorio, es el denominado neumoperitoneo abreviado, donde la suma de fuerzas es útil en hernias con defectos gigantes o hernias con pérdida de dominio. La toxina refuerza el efecto del neumoperitoneo al actuar sobre una musculatura paralizada, aumentando el volumen de la cavidad abdominal de forma más rápida y fácil. Tras 4 a 6 semanas de la infiltración de toxina botulínica se inicia el neumoperitoneo que dura de 8 a 12 días. (4)(5)(8)

Múltiples estudios muestran la importancia de la evaluación preoperatoria adecuada del paciente para una prehabilitación eficiente en términos de seguridad, eficiencia intraoperatoria y resultados postoperatorios a corto y largo plazo, logrando con ello disminuir los riesgos de una cirugía incompleta o insatisfactoria y disminuir la recurrencia postoperatoria que aún continúa siendo un problema importante a nivel mundial. (4)(6)

Este tipo de manejo tiende a ser más complejo en pacientes con comorbilidades y otros factores de riesgo relacionados al paciente como el aumento de la edad, el fumar, IMC mayor de 35kg/m<sup>2</sup>, uso de medicamentos (anticoagulantes o anticoagulantes), estado nutricional pobre, reparaciones previas o el uso previo de mallas que pueden influenciar de manera negativa durante la corrección quirúrgica. (6)

En la actualidad, existen múltiples estudios que muestran variación en relación a la dosis y tiempo de uso de toxina botulínica A y neumoperitoneo para lograr el éxito del cierre evitando efectos secundarios en el paciente. (4)

Ante lo planteado, el presente estudio busca determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidos a prehabilitación como tratamiento complementario a la reparación quirúrgica de hernias incisionales complejas en el hospital Cayetano Heredia. Estos datos permitirán tener una base de las principales características que determinan que dicha prehabilitación sea eficiente logrando correcciones quirúrgicas adecuadas.

### **3.- OBJETIVOS**

#### *Objetivo general*

A. Describir las características demográficas y quirúrgicas de pacientes sometidos a prehabilitación como tratamiento complementario a la reparación quirúrgica de hernias incisionales complejas en el hospital Cayetano Heredia desde enero 2021 a diciembre 2023.

#### *Objetivos específicos*

- A. Describir las características demográficas de pacientes sometidos a toxina botulínica y neumoperitoneo como parte de la prehabilitación en hernias incisionales complejas
- B. Describir las características quirúrgicas de pacientes sometidos a toxina botulínica y neumoperitoneo como parte de la prehabilitación en hernias incisionales complejas.

C. Describir características postquirúrgicas de pacientes sometidos a toxina botulínica y neumoperitoneo como parte de la prehabilitación en hernias incisionales complejas.

D. Determinar la incidencia de pacientes sometidos a prehabilitación abdominal.

#### **4.- MATERIALES Y MÉTODOS**

##### **A. DISEÑO**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal.

##### **B. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El presente estudio incluirá a todos aquellos pacientes diagnosticados con hernia incisional compleja que recibieron prehabilitación abdominal como tratamiento complementario a la reparación quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Cayetano Heredia desde enero del 2021 a diciembre del 2023 y que cumplan con los criterios de inclusión.

La muestra incluirá al total de pacientes diagnosticados con hernia incisional compleja que recibieron prehabilitación abdominal.

##### **Criterios de inclusión:**

- Personas con edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes diagnosticados con hernia incisional compleja.
- Pacientes sometidos a prehabilitación abdominal previa corrección quirúrgica.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no lograron completar por algún motivo la prehabilitación abdominal.

### C. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se incluirá el tipo de variable, escala de medición, definición operacional y la forma en la que se encuentran registradas de acuerdo con el siguiente cuadro de operacionalización.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES						
Nº	VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO	FUENTE
1	Sexo	Catagórica dicotómica	Nominal	Identificación del sexo	1= Hombre 2= Mujer	Historia clínica
2	Edad	Numérica continua	Razón	Número de años cumplidos	Años	Historia clínica
3	Índice de masa corporal (IMC)	Numérica continua	Razón	Resultado de la división del peso en kilogramos sobre el cuadrado de la altura en metros (kg/m <sup>2</sup> )	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 30-34.9 35 -39.9 ≥40	Historia clínica
4	Antecedentes patológicos	Catagórica politómica	Nominal	Es el antecedente de enfermedades previas		Historia clínica
5	Índice de Comorbilidad de Charlson	Numérica discreta	Razón	Valor obtenido al aplicar el índice a cada paciente	1= Ausencia de comorbilidades (0-1punto) 2=Comorbilidad baja (2 puntos) 3=Comorbilidad alta (≥3 puntos)	Historia clínica
6	Fumar	Catagórica dicotómica	Nominal	Práctica donde el tabaco es quemado e inhalado	Si No	Historia clínica
7	Antecedentes quirúrgicos	Catagórica dicotómica	Nominal	Es el antecedente de tener una cirugía abdominal.	Si No	Historia clínica
8	Tipo de hernia ventral	Catagórica dicotómica	Nominal	Defecto producto de una debilidad en la pared o incisión quirúrgica	1= Primaria 2= Incisional	Historia clínica

9	Grosor tomográfico del complejo lateral antes y después de prehabilitación	Numérica continua	Razón	Tamaño de los músculos oblicuos y del transverso	< 2.5cm 2.5cm > 2.5cm	Historia clínica
10	Variación del tamaño del defecto herniario en tomografía antes y después de la prehabilitación	Numérica continua	Razón	Discusión del diámetro del defecto herniario.	< 2.5cm 2.5cm – 5cm >5cm	Historia clínica
11	Dosis de toxina botulínica A	Numérica continua	Razón	Cantidad de toxina botulínica infiltrada en músculos laterales.	< 100U 100 – 200U 201-300U 301-400U >400U	Historia clínica
12	Cantidad de neumoperitoneo	Numérica continua	Razón	Cantidad de aire ambiente insuflado	< 5 litros 5-10 litros >10 litros	Historia clínica
13	Tiempo de administración de toxina	Numérica continua	Razón	Tiempo de administración toxina antes de cirugía	< 2 semanas 2-4 semanas 4-6 semanas >6 semanas	Historia clínica
14	Tiempo de neumoperitoneo	Numérica continua	Razón	Tiempo de insuflación aire ambiente	< 2 semanas 2-4semanas >4 semanas	Historia clínica
15	Tipo de abordaje quirúrgico	Categórica dicotómica	Nominal	Procedimiento quirúrgico realizado	1= Abierta 2= Laparoscópica	Historia clínica
16	Realización de separación de componentes	Categórica dicotómica	Nominal	Incisiones de descarga durante cirugía para lograr el cierre del defecto	Si No	Historia clínica
17	Éxito de cirugía	Categórica dicotómica	Nominal	Posibilidad de cierre del defecto herniarios	Si No	Historia clínica
18	Escala Clavien Dindo	Categórica politómica	Ordinal	Evalúa el grado de complicación Postoperatoria en el paciente	1-2-3a-3b- 4a4b-5	Historia clínica
19	Tiempo de cirugía	Numérica continua	Razón	Número de minutos que duró la intervención quirúrgica	Minutos	Historia clínica

20	Tiempo de hospitalización	Numérica continua	Razón	Cantidad de días que permaneció el paciente hospitalizado posterior a cirugía.		Historia clínica
21	Recidiva de hernia	Categoría dicotómica	Nominal	Reaparición de un defecto a los 6 meses en el mismo sitio de la hernia primaria operada	Si No	Entrevista con el paciente

#### D. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

El presente estudio se realizará en el servicio de Cirugía General del Hospital Cayetano Heredia, considerando a pacientes que cumplan con los establecidos criterios de inclusión. La obtención de datos será a partir de la información registrada en las historias clínicas y el cuaderno de reportes operatorios y se registrará en una ficha de recolección de datos (Anexo N°1). Por medio de comunicación telefónica se citará al paciente para controles al mes, 3 meses y 6 meses posterior a su cirugía para evaluación de recidivas. Para el llenado de la ficha de recolección de datos se contará con un colaborador, manteniendo el anonimato del paciente al ser identificado con un código.

#### E. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Para iniciar con la recolección de datos, cada paciente será informado de forma verbal sobre el estudio. Recibirá un consentimiento informado el cual será firmado de manera voluntaria tras comprender en su totalidad lo explicado (Anexo N°2).

Por otro lado, se solicitará al Comité de Ética del hospital Cayetano Heredia la aprobación para la realización del estudio. Se mantendrá en todo momento la confidencialidad del paciente mediante su identificación con un código. Se creará una base de datos donde se registrará los datos obtenidos

de los pacientes. Dicha base tendrá un código de acceso la cual solo será manejada por los investigadores.

#### F. PLAN DE ANÁLISIS

Tras la obtención de la información en una base de datos, serán procesados en el programa Microsoft Excel 2013. Este análisis permitirá segregar la información según variables cualitativas y permitirá el cálculo de promedios, proporciones y desviaciones estándar que serán expuestas en tablas y gráficas según corresponda.

### 5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. B M, M R. Tipos de hernias. Clasificaciones actuales. Cirugía Andaluza. 2018 Mayo; 29(2).
2. Trujillo J, Gomez J. Manejo laparoscópico de las hernias ventrales mediante abordaje totalmente extraperitoneal (eTEP): experiencia inicial y resultados a corto plazo. MedUNAB. 2022 Julio; 25(3): p. 359-371.
3. Parker S, Halligan S. ¿Que significa exactamente "pérdida de dominio" para hernia ventral? Revisión sistemática de definiciones. World Journal of Surgery. 2018 Septiembre; 43: p. 396-404.
4. Barretto V, JGR O. Toxina botulínica A en la reparación de hernia incisional compleja: una revisión sistemática. Springer. 2013 Mayo.
5. Mayagoita J, Cisneros H. Guía de práctica clínica de la hernia incisional compleja. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2021; 9(2): p. 95-104.
6. Kontovounisios C, Montgomery A. Optimización perioperatoria en hernias complejas de pared abdominal: declaración del consenso Delphi. BJS Society. 2021 Octubre; 5(5).
7. Parker S, Halligan S. Definiciones de pérdida de dominio: consenso internacional Delphi de cirujanos expertos. World Journal of Surgery. 2019 Diciembre; 44: p. 1070-1078.
8. Toxina botulínica A: su importancia en pacientes con grandes hernias abdominales. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(4): p. 131-132.

## 6.- PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### A. Presupuesto

Concepto	Cantidad	Costo unitario	Costo total
<b>Salarios</b>			
Asesor (colaborador)	1	1000	1000
<b>Material y equipo</b>			
Acceso a internet	6 (meses)	0	0
Llamadas telefónicas	50		100
Computadora	1	0	0
Hojas bond 75gr A4	1 paquete 500	20	20
Copias	10	0.10 por hoja (30 hojas)	30
Impresiones	10	0.10 por hoja (30 hojas)	30
Faster	10	1	10
Folder manila A4	10	0.50	5
Lapiceros	5	2	10
CD	5	3	15
USB 4GB	1	50	50
Transporte	1	200	200
<b>TOTAL S/.</b>			1470

### B. Cronograma

Actividades	Octubre 2023	Noviembre 2023	Diciembre 2023	Enero 2024	Febrero 2024	Julio 2024	Agosto 2024	Septiembre 2024
Presentación del protocolo	X	X						
Aceptación del protocolo				X				



Recolección de datos					X			
Procesamiento de datos						X		
Análisis de los resultados							X	
Informe final								X
Publicación								X

## 7.- ANEXOS

### ANEXO Nº1 .

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CODIGO** **DE** **IDENTIFICACIÓN:**

..... **TELÉFONO:**.....

1. **SEXO:** F ( ) M ( )                      2. **EDAD:** .....
3. **IMC:** <18.5 ( )    18.5-24.9 ( )    25-29.9 ( )    30-34.9 ( )    35 -39.9 ( )  
≥40 ( )
4. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**.....
5. **ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON:**.....
  - 1= Ausencia de comorbilidades (0-1 punto)
  - 2=Comorbilidad baja (2 puntos)
  - 3=Comorbilidad alta (≥3 puntos)
6. **HABITO DE FUMAR:**    SI ( )    NO ( )
7. **ANTECEDENTES QUIRURGICOS:** SI ( ) NO ( )
8. **TIPO DE HERNIA VENTRAL:** PRIMARIA ( )    INCISIONAL ( )
9. **GROSOR TOMOGRÁFICO DEL COMPLETO MUSCULAR:**
  - PREVIO A PREHABILITACIÓN:  
    < 2.5cm ( ) 2.5cm ( ) > 2.5cm ( )
  - POSTERIOR A PREHABILITACIÓN:  
    < 2.5cm ( )          2.5cm ( ) > 2.5cm ( )
10. **VARIACIÓN DEL TAMAÑO DEL DEFECTO HERNIARIO EN TOMOGRAFÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA PREHABILITACIÓN:**  
    < 2.5cm ( )          2.5cm ( ) > 2.5cm ( )
11. **DOSIS DE TOXINA BOTULÍNICA A:**  
    < 100U ( )    100 – 200U ( )    201-300U ( )    301-400U ( )    >400U ( )
12. **CANTIDAD DE NEUMOPERITONEO:**  
    < 5 litros ( )          5-10 litros ( )          > 10 litros ( )
13. **TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE TOXINA:**  
    < 2 semanas ( )    2-4 semanas ( )    4-6 semanas ( )    >6 semanas ( )
14. **TIEMPO DE NEUMOPERITONEO:**

- < 2 semanas ( )                      2-4semanas ( )                      >4 semanas ( )
- 15. TIPO DE ABORDAJE QUIRÚRGICO:** Abierta ( )      Laparoscópica ( )
- 16. REALIZACIÓN DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES:** SI ( ) NO ( )
- 17. ÉXITO DE CIRUGÍA:** SI ( ) NO ( )
- 18. ESCALA CLAVIEN DINDO:**
- 1 ( )      2 ( )      3a ( )      3b ( )      4a ( )      4b ( )
- 5 ( )
- 19. TIEMPO DE CIRUGÍA:**..... minutos
- 20. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIO** ..... días
- 21. RECIDIVA DE HERNIA:**
- AL MES: SI ( ) NO ( )
  - A LOS 3 MESES: SI ( ) NO ( )
  - A LOS 6 MESES: SI ( ) NO ( )

**ANEXO N°2**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, (DATOS DEL PACIENTE):

Nombres y Apellidos			
DNI		Edad	
Historia Clínica		Fecha	

Declaro haber sido informado/a por: (Nombres y Apellidos del profesional responsable) \_\_\_\_\_ sobre el estudio y su importancia. Se me comunica sobre el concepto de hernia incisional compleja, el método de prehabilitación (uso de toxina botulínica y neumoperitoneo) y el tipo de procedimiento quirúrgico al que fui sometido. Recolectarán mis datos y los de mi cirugía para poder lograr tener una base de datos con la cual se podrá determinar las características de los pacientes y de la cirugía que ayudará a obtener mejor resultados en la reparación quirúrgica de hernias complejas y disminuir la frecuencia de recurrencia. Soy consciente de que se trata de un estudio que no presenta riesgo para mi persona y doy el consentimiento de que se me realice un

seguimiento por vía telefónica para evaluar mi evolución al mes, 3 meses y 6 meses posterior a mi cirugía. Dichos datos serán manejados manteniendo mi privacidad, declarando haber entendido con claridad lo explicado, motivo por el cual decido dar el consentimiento para obtener la información permitida deseada de mi historia clínica y me comprometo a continuar con los controles médicos necesarios.

FIRMA: .....  
 NOMBRE Y APELLIDOS: .....  
 DNI: .....

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, (DATOS DEL PACIENTE):

Nombres y Apellidos			
DNI		Edad	
Historia Clínica		Fecha	

Expreso mi decisión de revocar el consentimiento informado firmado en la fecha ..... No deseando participar en el presente estudio.

FIRMA: .....  
 NOMBRE Y APELLIDOS: .....  
 DNI: .....