



Obstrucción Intestinal Secundaria a Hernia Incisional en Puertos Laparoscópicos de  
5-mm. Reporte de caso

Autor:

Silvia Carolina Barbosa Valenzuela

Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Cirujana general

Bogotá -Colombia

Año 2025

Autor

Silvia Carolina Barbosa Valenzuela

Tutores

Dra. Ana María Barragán González

Programa de Cirugía General

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Bogotá -Colombia

Año 2025

**Identificación del proyecto**

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Cirugía

Título de la investigación: Obstrucción Intestinal Secundaria a Hernia Incisional en Puertos Laparoscópicos de 5-mm.

Instituciones participantes: Fundación Santa Fé de Bogotá

Tipo de investigación:

Investigador principal: Silvia Carolina Barbosa Valenzuela

Investigadores asociados: Santiago Acero Velásquez, Dr. Ricardo Nassar, Dr. Alberto Ricaurte

Asesor clínico o temático: Dr. Alberto Ricaurte

Asesor metodológico: Dra. Ana María Barragán González

1. Introducción	7
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Justificación	8
2. Marco Teórico	8,9,10,11,12
3. Pregunta de investigación	13
4. Objetivos	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivos específicos	14
5. Formulación de hipótesis	14
6. Metodología	14
6.1 Tipo y diseño de estudio	14
6.2 Población y muestra	14
6.3 Criterios de inclusión y exclusión	15
6.3.1 Criterios de inclusión:	15
6.3.2 Criterios de exclusión	15
6.4 Tamaño de muestra	15
6.5 Muestreo	15
6.6 Definición y operacionalización de variables	15
6.6.1 Definiciones:	15
6.6.2 Operacionalización de variables	15,16
6.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos	17
6.8 Plan de procesamiento de muestras biológicas	17
6.9 Plan análisis de datos	17
6.10 Alcances y límites de la investigación	17
7. Aspectos éticos	18
8. Información del paciente	18,19
9. Discusión	20,21,22,23
10. Equipo de investigación	23
11. Categoría de la investigación	24

12. Población sujeta de investigación	24
12.1 Proceso de obtención de consentimiento informado	25
12.2 Uso de datos personales	25
12.3 Riesgos y Beneficios	25
12.4 Titularidad de la información	
12.5 Criterios que se tendrá en cuenta para definir la autoría de los productos de investigación	25
13. Cronograma	26
13.1 Presupuesto	26
13.2 Cronograma	26,27
14. Biografía	28,29
15. Anexos	30
<i>Anexo 1. Formato de recolección de datos</i>	30,31,32
<i>Anexo 2. Consentimiento informado</i>	33

## Resumen

Las hernias incisionales en los sitios de trocares laparoscópicos son una complicación infrecuente, generalmente vistos en los trocares de mayor tamaño, sin embargo portan una alta carga de morbimortalidad cuando se presentan. Este reporte de caso se realizó con el objetivo de identificar los factores de riesgo tanto técnicos como propios del paciente asociados al desarrollo de las mismas, así como una revisión de la literatura disponible, para tratar de identificar escenarios en los que el cierre profiláctico de los mismos esté indicado, así como las técnicas de diagnóstico y manejo disponibles en la actualidad para el manejo de las mismas.

Se presentó un caso de una paciente de 75 años con antecedentes de obesidad y tabaquismo activo, quien desarrolló una obstrucción intestinal secundaria a una evisceración contenida en los sitios de los trócares de 5 mm tras una histerectomía laparoscópica. Se realizó una laparoscopia exploratoria, con la reducción de las asas comprometidas y se realizó el cierre fascial con sutura barbada, logrando una evolución posoperatoria satisfactoria de la paciente.

De una forma similar a lo descrito en otras publicaciones, la corrección de los defectos herniarios por vía laparoscópica, con o sin colocación de prótesis demostró ser una estrategia segura, efectiva para el manejo de esta patología, sin embargo su baja incidencia y la escasa cantidad de reportes disponibles actualmente hace necesario la generación de estudios adicionales para determinar la técnica óptima para la corrección de las mismas. Actualmente no hay evidencia suficiente para recomendar el cierre profiláctico de los puertos menores a 5 mm, excepto en algunos pacientes con factores de riesgo de hernia incisional.

**Palabras clave** : Hernia Incisional , laparoscopia , tratamiento , sitios de trocares , reporte de caso.

**Abstract:**

Incisional hernias at laparoscopic trocar sites are a rare complication, typically seen with larger-sized trocars. However, when they do occur, they carry a high burden of morbidity and mortality. This case report was conducted to identify both technical and patient-specific risk factors associated with their development, as well as to review the available literature. The goal is to identify scenarios where prophylactic closure of these sites is indicated, along with the diagnostic and management techniques currently available.

We present the case of a 75-year-old female with a history of obesity and active smoking who developed an intestinal obstruction secondary to a contained evisceration at a 5 mm trocar site after a laparoscopic hysterectomy. An exploratory laparoscopy was performed to reduce the compromised bowel loops, and fascial closure was achieved with a barbed suture, leading to a satisfactory postoperative recovery.

Similar to other publications, the laparoscopic repair of these hernia defects, with or without mesh placement, proved to be a safe and effective strategy for managing this condition. However, due to its low incidence and the limited number of available reports, further studies are needed to determine the optimal repair technique. Currently, there is insufficient evidence to recommend the prophylactic closure of ports smaller than 5 mm, except in certain patients with risk factors for incisional hernia.

**Keywords:** Incisional hernia; Laparoscopy; Management; Trocar-site hernia, case report

## **1. Introducción**

### *1.1 Planteamiento del problema*

La introducción de la cirugía mínimamente invasiva, ha resultado en una disminución de la morbilidad, una mejoría en la recuperación, menor estancia hospitalaria y un menor dolor

postoperatorio(1). También se ha demostrado que el abordaje laparoscópico disminuye el riesgo de hernias incisionales y sus complicaciones asociadas, en comparación con el abordaje abierto(2).

Las hernias incisionales a través de los sitios de los trócares laparoscópicos están descritas desde 1968 (3), y desde entonces se han realizado múltiples estudios para tratar de identificar su prevalencia, su etiología, así como medidas para su prevención y tratamiento(4).

Con una incidencia descrita aproximada del 0.5% (5) son una complicación infrecuente de la cirugía laparoscópica. Generalmente, cuando se producen estas hernias, lo hacen por los trócares de 10 mm o más de tamaño, las que corresponden a un 94% de todas las hernias incisionales por puerto laparoscópico, y por esta razón suelen cerrarse a nivel fascial (4). Los sitios de trócares de 5 mm suelen cerrarse solo a nivel subcutáneo por dificultad de exponer la fascia a través de la pequeña incisión cutánea sumado a que es muy poco frecuente la incidencia de hernias a través de estos puertos. Sin embargo, en algunas ocasiones, existen pacientes con factores de riesgo en los cuales pueden presentarse generando obstrucción intestinal secundaria y aumentando la morbimortalidad de los pacientes, siendo necesario el cierre de estos puertos durante la cirugía laparoscópica.

En esta ocasión, presentamos un caso de una paciente quien presentó síntomas de obstrucción intestinal posterior a una histerectomía abdominal por laparoscopia, con evidencia tomográfica de una evisceración contenida a nivel de la fosa iliaca derecha, llevándose a la corrección de la misma por vía laparoscópica con una evolución satisfactoria. De la misma manera se llevó a cabo la revisión de la literatura disponible con el fin de conocer los factores de riesgo tanto técnicos como propios del paciente (5), así como los métodos para disminuir la prevalencia de esta complicación en pacientes de alto riesgo.

## **1.2 Justificación**

La hernia incisional asociada a los sitios de inserción de trocares en abordajes laparoscópicos son una complicación infrecuente, en especial a través de trocares de pequeño tamaño (5 mm). (5). A pesar de su frecuencia reducida, pueden producir

complicaciones graves como obstrucción o isquemia intestinales por lo que su identificación temprana es importante.

La literatura específica con respecto a las hernias en puertos de laparoscopia de 5 mm es escasa, en su mayoría siendo reportes de caso y series de caso, con una incidencia aproximada del 0.001% (6), de la misma manera no hay literatura disponible respecto a su diagnóstico, prevención o tratamiento, por lo que este reporte de caso se convirtió en una herramienta útil e importante para la adecuada identificación de potenciales estrategias de manejo y prevención de los mismos.

## **2. Marco Teórico**

La introducción de la cirugía laparoscópica en la práctica quirúrgica diaria ha resultado en la aparición de ciertas complicaciones específicas, entre las que se encuentran las hernias incisionales en los sitios de trocar (5). Estas fueron descritas inicialmente posterior a cirugía ginecológica laparoscópica (3), y desde entonces múltiples estudios han sido publicados en este tema, hasta que en 2004 se publica la primera revisión sistemática describiendo la prevalencia, etiología, así como técnicas de tratamiento y prevención de (4).

Las hernias incisionales se definen como un defecto en la pared abdominal, con o sin protrusión visible, localizado en el sitio de una incisión quirúrgica previa(7). Su clasificación comprende tres tipos principales. Primero, las hernias de inicio temprano, caracterizadas por su aparición poco tiempo después de un procedimiento quirúrgico, presentan dehiscencia tanto de la fascia anterior como posterior y del peritoneo parietal. En segundo lugar, las hernias de inicio tardío, el tipo más común, surgen varios meses después de la cirugía y se asocian a la dehiscencia de ambas fascias, anterior y posterior. Finalmente, las hernias incisionales de tipo especial, que pueden aparecer inmediatamente tras la extracción del trocar al final de una intervención, involucran la dehiscencia completa de la pared abdominal sin saco herniario, aunque en algunos casos hay protrusión intestinal (4). Es relevante destacar que los pacientes obesos, especialmente aquellos con un preperitoneo grueso, presentan un mayor riesgo de desarrollar esta clase de hernias (6).

La frecuencia de hernias incisionales por puertos de laparoscopia en el mundo ha sido reportada cercana a 0.5 % como mediana debido a la baja frecuencia de reportes y a la dispersión de los datos. El rango de frecuencia estimado va desde el 0% al 5,2% (5). Sin embargo, la incidencia real de dicha complicación puede ser mayor porque muchos pacientes no presentan síntomas (Aproximadamente entre el 30% y el 57% de los pacientes no presentan ninguna sintomatología)(8).

Se han descrito múltiples factores de riesgo, tanto relacionados al paciente (Edad, sexo, edad, Índice de masa corporal, cirugía abdominal previa y la presencia de infección de sitio operatorio), así como a la técnica quirúrgica (La técnica de inserción del trocar, el tipo de trocar y el diseño del mismo, el cierre fascial, la localización del puerto, la duración de la cirugía y el tipo de sutura usada para el cierre) sin encontrar evidencia fuerte a favor de alguno de los factores de riesgo (5). La literatura sugiere cierta relación con la duración prolongada de la cirugía, el tamaño del trocar ( Mayores de 12 mm), la edad avanzada e índice de masa corporal elevado, infección quirúrgica, enfermedades crónicas como diabetes mellitus no controlada, cirugía abdominal previa y tabaquismo(9). Debido a esto en la actualidad se aconseja cerrar todos los puertos de los trocates de más de 10 mm (13)

Aunque la gran mayoría de las hernias asociadas al sitio de trocar se presentan con trocates de 10 mm o más (Aproximadamente 94%) (4), se ha descrito la presentación en trocates de menor tamaño, usualmente de 5 mm, con una incidencia estimada del 0.0001% (6). Si bien son hernias pequeñas e infrecuentes, también están asociadas a complicaciones importantes como la obstrucción intestinal o la isquemia intestinal (10). En casos de pacientes con obstrucción intestinal recordemos que las hernias son las responsables de hasta el 15 % de todas las obstrucciones intestinales (11). Y en particular los pacientes que cursan con obstrucción intestinal presentan un contribuyente significativo a la mortalidad principalmente en aquellos que requieren intervenciones quirúrgicas de emergencia. La tasa de mortalidad global directamente atribuible a la obstrucción intestinal sigue siendo sustancial, con una cifra documentada de 2,1 muertes por cada 100.000 personas al año.(12)

Las hernias en puertos umbilicales son más comunes, pero algunos autores han señalado factores adicionales que podrían incrementar el riesgo en puertos extraumbilicales, entre los que se describen (1) las incisiones extraumbilicales se emplean mayormente para la

disección, y la movilización constante de los trocares tiende a agrandar la apertura en la pared abdominal; y (2) los trocares son introducidos en ángulos agudos, ampliando así la lesión sobre la fascia más allá del tamaño de la incisión inicial(13).

Se presentó un caso de una mujer de 75 años con antecedentes de sobrepeso (IMC de 27.34 al momento del procedimiento), realización de bypass gástrico de larga data y tabaquismo activo, quien se encontraba en su sexto día postoperatorio de una histerectomía total vía laparoscópica. Consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal, episodios eméticos, ausencia de deposiciones y sensación de masa a nivel de la fosa ilíaca derecha. Ante la sospecha de obstrucción intestinal al ingreso se le realizó una radiografía de abdomen simple lo que confirmó su diagnóstico. Posterior a esto se realizó una tomografía de abdomen contrastado que evidenció una hernia ventral encarcelada a nivel de la fosa ilíaca derecha e izquierda con contenido de asas intestinales (Figuras 2 y 3).

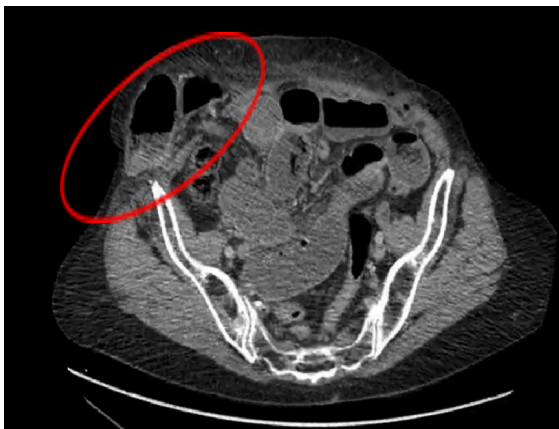


Fig 1. Tomografía contrastada de abdomen, corte sagital. Se aprecia defecto de continuidad a nivel de la pared abdominal en la fosa ilíaca derecha de 18x2 mm, a través del cual protruye parte del ciego y el colon ascendente, sin neumatosis intestinal o engrosamiento de la pared, condicionando una zona de transición a este nivel con dilatación de las asas intestinales proximales. No hay evidencia de neumoperitoneo o líquido libre a nivel del saco herniario. (Imagen tomada del sistema radiológico de la Fundación Santa Fe en Bogotá , Colombia )



Fig 2. Tomografía contrastada de abdomen, corte sagital. A nivel de la fosa iliaca izquierda se aprecia un segundo defecto de la pared abdominal de características similares, conteniendo un asa yeyunal. No hay líquido libre o neumoperitoneo en cavidad, tampoco se evidencia neumatosis intestinal o signos de sufrimiento de asas a nivel del asa protruida, exceptuando un leve engrosamiento de la pared intestinal contenida (Imagen tomada del sistema radiológico de la Fundación Santa Fe en Bogotá , Colombia )

Con estos hallazgos se decidió llevar a la paciente a una laparoscopia exploratoria de urgencia, encontrando de manera intraoperatoria dos defectos herniarios en la pared abdominal, de manera lateral en relación con puertos de 5mm del procedimiento, con extensión del tamaño del defecto fascial en el lado derecho hasta 2 cm. Esto condicionó una evisceración contenida del ciego y el íleon distal del 5 cm con signos de isquemia reversible y deserosamiento del ciego en su cara anti mesentérica además de un hematoma de la pared; del lado izquierdo se documentó la extensión del defecto fascial hasta 1.5 cm, asociado a una evisceración contenida de 10 cm de íleon distal sin cambios isquémicos.

Por vía laparoscópica se realizó la reducción de las asas intestinales, una vez que se verificó su integridad y la recuperación de la circulación, se realizó el cierre de ambos defectos con una sutura barbada de material absorbible (PDS 0. Stratafix Simetric). Así mismo se realizó el cierre de la fascia de todos los puertos con una sutura absorbible multifilamento (VICRYL – Poliglactina 910)

La paciente evolucionó de manera satisfactoria, sin recurrencia de los síntomas, con restablecimiento del tránsito intestinal por lo que se le dió egreso al quinto día de su postoperatorio.

El ingreso a la cavidad fue realizado con técnica cerrada por medio de aguja de Veres. Se introdujo un trocar de 12 mm en el puerto umbilical, y trocates de 5 mm en ambas fosas iliacas, así como en el flanco izquierdo. No hay descripción acerca de la manipulación o la movilización de los puertos de menor tamaño, pero no hubo ampliación de ninguno de los puertos ya que la pieza quirúrgica (Útero y trompas) fue extraída por vía vaginal. El cierre de la fascia del puerto umbilical se realizó con una sutura continua con sutura multifilamento absorbible (Polysorb). No se realizó cierre de la fascia de los puertos de 5 mm.

Debido a la escasa incidencia de las hernias asociadas a los sitios de inserción de los trocates <10 mm, actualmente no hay evidencia suficiente que soporte el cierre rutinario de estos, excepto en pacientes en edad pediátrica, en los que se ha descrito casos de hernia incisional en trocates de 3 y 5 mm, por lo que la mayoría de cirujanos recomiendan el cierre de todas las incisiones independientemente de su tamaño(9). En contraste, la evidencia con respecto al cierre rutinario de dichos puertos en adultos es muy limitada, esto debido a su baja frecuencia, así como la falta de estudios prospectivos adecuadamente diseñados evaluando su utilidad(6).

Sin embargo algunas organizaciones han brindado algunas recomendaciones, como el cierre de la fascia en las cirugías de puerto único según la EHS (European Hernia Society)(15). De manera similar, el grupo holandés de desarrollo de guías de manejo multidisciplinarias en cirugía mínimamente invasiva, recomienda el cierre de la fascia en los puertos menores de 10 mm, en la presencia de factores de riesgo como la hernia umbilical preexistente, antecedente de hernia del sitio de trocar, antecedente de infecciones de sitio operatorio, factores de riesgo para una mala cicatrización (Diabetes mellitus, quimioterapia, uso crónico de esteroides, enfermedad renal crónica o desnutrición), así como en pacientes con ascitis, obesidad, asma, trastornos del tejido conectivo o una manipulación excesiva de los puestos de trabajo(13).

De acuerdo a la revisión sistemática realizada por Swank y colaboradores (5), entre los factores asociados a un mayor riesgo de desarrollar una hernia incisional asociada a los sitios de trocates se encuentran la edad, un IMC mayor a 28 kg/m<sup>2</sup>, la presencia de infección de sitio operatorio, así como el tamaño del trocar (Más de 12 mm), el tipo de trocar (Algunos estudios reportan una mayor incidencia de hernias incisionales con el uso de trocates cónicos), la duración del procedimiento (Mayor a 80 minutos), la localización

del puerto y la sutura utilizada para el cierre. En el caso presentado encontramos que la edad de la paciente, la duración del procedimiento, el índice de masa corporal y el antecedente de cirugía previa (Cirugía bariátrica) podrían estar asociados con el desarrollo de las hernias incisionales descritas, sin embargo no se cuenta con evidencia suficiente en la literatura para soportar el cierre profiláctico de los puertos de menor tamaño.(16)

Con respecto al manejo quirúrgico, se aplicaron los mismos principios de una hernia primaria, entre los que encontramos la adecuada hemostasia para prevención de hematomas, la adecuada disección de los tejidos, la resección del saco herniario y el cierre sin tensión(16). El uso de un abordaje laparoscópico para la hernia incisional representa una técnica efectiva y segura, que permite determinar la viabilidad del intestino comprometido y tiene una tasa de infección incisional disminuida(17). En el caso presentado vemos como la paciente pudo ser llevada de manera prioritaria en un escenario de urgencias a un procedimiento laparoscópico, que permitió tanto la reducción del contenido herniario, así como la corrección del defecto fascial sin ninguna complicación inmediata o durante el curso de su postoperatorio.

Se plantean diferentes técnicas como el cierre primario sin el uso de prótesis(18) tal como se realizó en el caso presentado. El uso de suturas barbadas permite el cierre del defecto por vía laparoscópica con mayor facilidad que los otros tipos de suturas.(18) De acuerdo a otros factores como el tamaño del defecto, la presencia o no de contaminación o las características del paciente se pueden usar otros métodos, como la realización de un flap peritoneal y la colocación de una malla preperitoneal tanto de manera profiláctica como de corrección una vez que se presenta la hernia incisional(19), aunque debido a la baja incidencia de esta patología y la escasa cantidad de casos reportados en la literatura no hay evidencia suficiente para recomendar una técnica sobre otra.

### **3. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características del paciente, del procedimiento laparoscópico, signos y síntomas del paciente y estrategia de reparación de una hernia incisional a través del trocar de 5 mm posterior a una cirugía laparoscópica?

## 4. Objetivos

### 4.1 *Objetivo general*

Describir las características del paciente, del procedimiento laparoscópico, signos y síntomas del paciente y estrategia de reparación de una hernia incisional a través del trocar de 5 mm posterior a la cirugía laparoscópica

### 4.2 *Objetivos específicos*

1. Describir la línea del tiempo del reporte de caso según **Lista de verificación CARE 2013**
2. Caracterizar los antecedentes, los síntomas iniciales, las estrategias diagnósticas del caso clínico
3. Describir la intervención realizada en el paciente y la evolución clínica del caso presentado.
4. Analizar la intervención quirúrgica realizada en el paciente con la evidencia científica para el tratamiento de las hernias incisionales.

## 5. Formulación de hipótesis

No aplica

## 6. Metodología

### 6.1 *Tipo y diseño de estudio*

Se realizó un reporte de caso de acuerdo con las directrices CARE (guidelines for case reports) <https://www.care-statement.org/>

### 6.2 *Población y muestra*

Reporte de un caso

### 6.3 Criterios de inclusión y exclusión

#### 6.3.1 Criterios de inclusión:

Paciente de 75 años con obesidad y tabaquismo la cual tuvo una obstrucción intestinal tras una histerectomía laparoscópica a través de los puertos de 5 mm.

#### Criterios de exclusión:

No aplica

### 6.4 Tamaño de muestra

No aplica

### 6.5 Muestreo

No aplica

### 6.6 Definición y operacionalización de variables

#### 6.6.1 Definiciones:

#### 6.6.2 Operacionalización de variables

*Tabla 1. Operacionalización de variables*

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Sexo	Como está descrito en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Femenino / Masculino
Edad	Al momento de la cirugía	Cuantitativa	Discreta	Años
Índice de masa corporal (IMC)	Peso/Talla <sup>2</sup>	Cuantitativa	Continua	kg/m <sup>2</sup>
Presentación clínica	Dolor localizado/Dolor abdominal/Obstrucción intestinal/Abdomen agudo Otros	Cualitativa	Nominal	Dolor agudo / dolor crónico
Cirugía abdominal previa	Previo a los procedimientos descritos en la historia clínica	Cualitativa	dicotomica	Si / no

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Antecedentes médicos	Patológicos , tóxicos , medicamentosos, quirúrgicos	Cualitativa	Nominal	Obesidad , tabaquismo
Duración del procedimiento previo	Tiempo descrito en la descripción quirúrgica de la histerectomía abdominal por laparoscopia.	Cuantitativa	Discreta	Minutos
Tamaño del trocar (diámetro)	Diámetro de la cánula según describe la casa comercial distribuidora.	Cuantitativa	Discreta	Milímetros
Localización del trocar.	Sitio anatómico de inserción en la cavidad abdominal	Cualitativa	Nominal	Hipogastrio , hipocondrios
Ampliación del trocar durante el primer procedimiento	Si fue necesario la ampliación del puerto para la extracción de instrumental o de la pieza quirúrgica	Cualitativa	Dicotómica	SI/NO
Tipo de trocar usado en el primer procedimiento	Son tipos específicos de trocadores de cirugía laparoscópica (Cortante, cónico, con o sin balón retenedor)	Cualitativa	Nominal	Cortante, cónico, con o sin balón retenedor)
Tipo de sutura usada (Si se cerró el puerto en el primer procedimiento)	Material y calibre de la sutura usada	Cualitativa	dicotomica	Si / no
Cierre del puerto (durante el primer procedimiento)	Si fue necesario el cierre del puerto por el que se presentó la hernia incisional	Cualitativa	Dicotómica	SI/NO
Procedimiento realizado	Como lo describe la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Diagnostico / terapeutico
Vía de abordaje	Abierta, laparoscópica o robótica.	Cualitativa	Nominal	Abierta / laparoscópica
Tipo de sutura usada en el segundo procedimiento	Material y calibre de la sutura usada para la corrección del defecto	Cualitativa	Nominal	Absorbible / no absorbible
Uso de malla	Describir si se colocó una prótesis (MESH) para el cierre del defecto	Cualitativa	Dicotómica	SI/NO
Días de estancia POP	Contando desde el primer día del segundo procedimiento hasta el día del egreso	Cuantitativa	Discreta	Días

### 6.7 *Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos*

Estudio descriptivo basado en la recolección de un caso clínico junto con una revisión de la literatura en buscadores científicos . Pubmed y Google Scholar .

### 6.8 *Plan de procesamiento de muestras biológicas*

No aplica

### 6.9 *Plan análisis de datos*

No aplica

### 6.10 *Alcances y límites de la investigación*

Esta investigación se realizó a través de un reporte de caso, de forma retrospectiva, en base a los registros de la historia clínica disponible en la institución, así como documentación fotográfica del procedimiento realizado y las imágenes diagnósticas realizadas. De la misma manera la discusión se desarrolla basado en la literatura disponible según bases de datos (Pubmed, Embase) y los artículos disponibles de forma gratuita para su revisión en línea.

Por las características del estudio (Reporte de caso, de carácter retrospectivo) no es posible generar estrategias para el control sesgos de confusión, lo que compromete la validez interna o externa del mismo, sin embargo se describieron todas las variables disponibles de manera similar a otros estudios de estas características encontrados durante la revisión. La calidad de la información está supeditada a los registros realizados en la historia clínica por los profesionales relacionados con el caso clínico presentado.

### 6.11 *Análisis de la validez del estudio (sesgos y control de los mismos)*

Este estudio corresponde a un reporte de caso clínico realizado con una sola paciente, por lo tanto, los hallazgos no son generalizables a una población mayor. Se realizó la descripción de todos los aspectos del caso y se analizó a través de una revisión rigurosa y sistemática de la información disponible.

Toda la información se obtuvo a partir de la historia clínica electrónica registrada en el sistema oficial del hospital, lo que permitió contar con datos precisos y completos, minimizando el sesgo de información. Para evitar interpretaciones subjetivas, se contrastó

la información clínica con la literatura científica actual, lo cual contribuyó a respaldar la interpretación del caso desde una perspectiva basada en evidencia.

### 7. Aspectos éticos

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de la República de Colombia, esta investigación pertenece a la **categoría sin riesgo**: ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

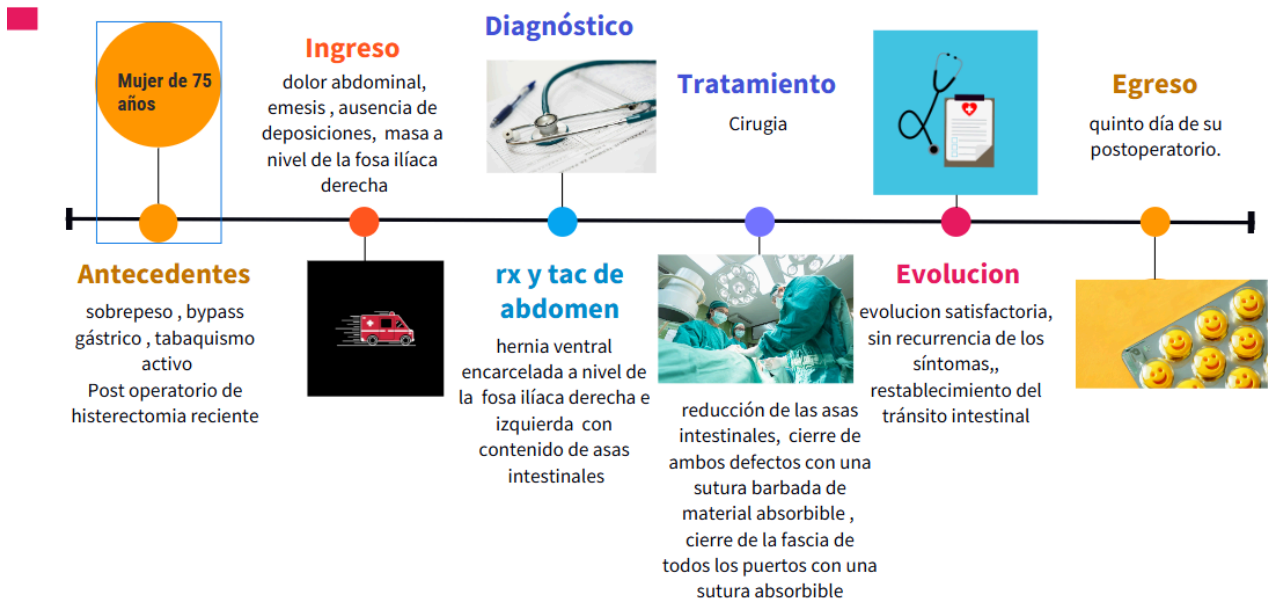
Este estudio se realizó de acuerdo con el protocolo de buenas prácticas clínicas y otras regulaciones de privacidad pertinentes y las regulaciones del INVIMA que regulan la ejecución de los estudios clínicos, así como los principios éticos acorde a la Declaración de Helsinki.(19, 20)

### 8. Información para el paciente

Mujer de 75 años con antecedentes de sobrepeso (IMC de 27.34 ) realización de bypass gástrico y tabaquismo activo, con adecuada red de apoyo familiar teniendo en cuenta el adecuado acompañamiento de sus hijos durante la hospitalización y sus respectivos controles , la cual se encontraba en su sexto día postoperatorio de una histerectomía total vía laparoscópica

Consulta al servicio de urgencias por dolor abdominal, episodios eméticos, ausencia de deposiciones y sensación de masa a nivel de la fosa ilíaca derecha. Ante la sospecha de obstrucción intestinal al ingreso se le realizó una radiografía de abdomen simple lo que confirmó su diagnóstico, posterior a esto se realizó una tomografía de abdomen contrastado que evidenció una hernia ventral encarcelada a nivel de la fosa ilíaca derecha e izquierda con contenido de asas intestinales.

## Línea de tiempo



Línea de tiempo (Imágenes tomadas de aplicativo de power point )

### Evaluación diagnóstica

Se realizó una radiografía de abdomen simple determino la presencia de obstrucción intestinal , posteriormente a través de una tomografía de abdomen contrastado se evidenció una hernia ventral encarcelada a nivel de la fosa ilíaca derecha e izquierda con contenido de asas intestinales.

### Intervención terapéutica

Por vía laparoscópica se realizó la reducción de las asas intestinales, una vez que se verificó su integridad y la recuperación de la circulación, se realizó el cierre de ambos defectos con una sutura barbada de material absorbible (PDS 0. Stratafix Simetric). Así mismo se realizó el cierre de la fascia de todos los puertos con una sutura absorbible multifilamento (VICRYL – Poliglactina 910)

### Seguimiento y resultados

La paciente evolucionó de manera satisfactoria, sin recurrencia de los síntomas, con restablecimiento del tránsito intestinal por lo que se le da egreso al quinto día de su postoperatorio.

## 9. Discusión

La introducción de la cirugía laparoscópica en la práctica quirúrgica diaria ha resultado en la aparición de ciertas complicaciones específicas, entre las que se encuentran las hernias incisionales en los sitios de trocar (5). Estas fueron descritas inicialmente posterior a cirugía ginecológica laparoscópica (3), y desde entonces múltiples estudios han sido publicados en este tema, hasta que en 2004 se publica la primera revisión sistemática describiendo la prevalencia, etiología, así como técnicas de tratamiento y prevención de esta patología(4).

Las hernias incisionales se definen como un defecto en la pared abdominal, con o sin protrusión visible, localizado en el sitio de una incisión quirúrgica previa(7). Su clasificación comprende tres tipos principales. Primero, las hernias de inicio temprano, caracterizadas por su aparición poco tiempo después de un procedimiento quirúrgico, presentan dehiscencia tanto de la fascia anterior como posterior y del peritoneo parietal. En segundo lugar, las hernias de inicio tardío, el tipo más común, surgen varios meses después de la cirugía y se asocian a la dehiscencia de ambas fascias, anterior y posterior. Finalmente, las hernias incisionales de tipo especial, que pueden aparecer inmediatamente tras la extracción del trocar al final de una intervención, involucran la dehiscencia completa de la pared abdominal sin saco herniario, aunque en algunos casos hay protrusión intestinal (4). Es relevante destacar que los pacientes obesos, especialmente aquellos con un preperitoneo grueso, presentan un mayor riesgo de desarrollar esta clase de hernias (6).

La frecuencia de hernias incisionales por puertos de laparoscopia en el mundo ha sido reportada cercana a 0.5 % como mediana debido a la baja frecuencia de reportes y a la dispersión de los datos. El rango de frecuencia estimado va desde el 0% al 5,2% (5). Sin embargo, la incidencia real de dicha complicación puede ser mayor porque muchos pacientes no presentan síntomas (Aproximadamente entre el 30% y el 57% de los pacientes no presentan ninguna sintomatología)(8).

Se han descrito múltiples factores de riesgo, tanto relacionados al paciente (Edad, sexo, edad, Índice de masa corporal, cirugía abdominal previa y la presencia de infección de sitio operatorio), como a la técnica quirúrgica (La técnica de inserción del trocar, el tipo de trocar y el diseño del mismo, el cierre fascial, la localización del puerto, la duración de la cirugía y el tipo de sutura usada para el cierre) sin encontrar evidencia fuerte a favor de alguno de los factores de riesgo (5). La literatura sugiere cierta relación con la duración prolongada de la cirugía, el tamaño del trocar (Mayores de 12 mm), la edad avanzada e índice de masa corporal elevado, infección quirúrgica, enfermedades crónicas como diabetes mellitus no controlada, cirugía abdominal previa y tabaquismo(9). Debido a esto en la actualidad se aconseja cerrar todos los puertos de los trocates de más de 10 mm (13)

Aunque la gran mayoría de las hernias asociadas al sitio de trocar se presentan con trocates de 10 mm o más (Aproximadamente 94%) (4), se ha descrito la presentación en trocates de menor tamaño, usualmente de 5 mm, con una incidencia estimada del 0.0001% (6). Si bien son hernias pequeñas e infrecuentes, también están asociadas a complicaciones importantes como la obstrucción intestinal o la isquemia intestinal (10). En casos de pacientes con obstrucción intestinal recordemos que las hernias son las responsables de hasta el 15 % de todas las obstrucciones intestinales (11). Y en particular los pacientes que cursan con obstrucción intestinal presentan un contribuyente significativo a la mortalidad principalmente en aquellos que requieren intervenciones quirúrgicas de emergencia. La tasa de mortalidad global directamente atribuible a la obstrucción intestinal sigue siendo sustancial, con una cifra documentada de 2,1 muertes por cada 100.000 personas al año.(12)

Las hernias en puertos umbilicales son más comunes, pero algunos autores han señalado factores adicionales que podrían incrementar el riesgo en puertos extraumbilicales, entre los que se describen (1) las incisiones extraumbilicales se emplean mayormente para la disección, y la movilización constante de los trocates tiende a agrandar la apertura en la pared abdominal; y (2) los trocates son introducidos en ángulos agudos, ampliando así la lesión sobre la fascia más allá del tamaño de la incisión inicial(13).

Debido a la escasa incidencia de las hernias asociadas a los sitios de inserción de los trocates <10 mm, actualmente no hay evidencia suficiente que soporte el cierre rutinario de estos, excepto en pacientes en edad pediátrica, en los que se ha descrito casos de hernia incisional en trocates de 3 y 5 mm, por lo que la mayoría de cirujanos recomiendan el cierre de todas las incisiones independientemente de su tamaño(9). En contraste, la evidencia con respecto al cierre rutinario de dichos puertos en adultos es muy limitada, esto debido a su baja frecuencia, así como la falta de estudios prospectivos adecuadamente diseñados evaluando su utilidad(6).

De acuerdo a la revisión sistemática realizada por Swank y colaboradores (5), entre los factores asociados a un mayor riesgo de desarrollar una hernia incisional asociada a los sitios de trocares se encuentran la edad, un IMC mayor a 28 kg/m<sup>2</sup>, la presencia de infección de sitio operatorio, así como el tamaño del trocar (Más de 12 mm), el tipo de trocar (Algunos estudios reportan una mayor incidencia de hernias incisionales con el uso de trocares cónicos), la duración del procedimiento (Mayor a 80 minutos), la localización del puerto y la sutura utilizada para el cierre. En el caso presentado se encontró que la edad de la paciente, la duración del procedimiento, el índice de masa corporal y el antecedente de cirugía previa (Cirugía bariátrica) pudieron estar asociados con el desarrollo de las hernias incisionales descritas, sin embargo no se cuenta con evidencia suficiente en la literatura para soportar el cierre profiláctico de los puertos de menor tamaño en esta paciente.

Sin embargo algunas organizaciones han brindado algunas recomendaciones, como el cierre de la fascia en las cirugías de puerto único según la EHS (European Hernia Society)(15). De manera similar, el grupo holandés de desarrollo de guías de manejo multidisciplinarias en cirugía mínimamente invasiva, recomienda el cierre de la fascia en los puertos menores de 10 mm, en la presencia de factores de riesgo como la hernia umbilical preexistente, antecedente de hernia del sitio de trocar, antecedente de infecciones de sitio operatorio, factores de riesgo para una mala cicatrización (Diabetes mellitus, quimioterapia, uso crónico de esteroides, enfermedad renal crónica o desnutrición), así como en pacientes con ascitis, obesidad, asma, trastornos del tejido conectivo o una manipulación excesiva de los puertos de trabajo(13).

Con respecto al manejo quirúrgico, se aplicaron los mismos principios de una hernia primaria, entre los que encontramos la adecuada hemostasia para prevención de hematomas, la adecuada disección de los tejidos, la resección del saco herniario y el cierre sin tensión(16). El uso de un abordaje laparoscópico para la hernia incisional representa una técnica efectiva y segura, que permite determinar la viabilidad del intestino comprometido y tiene una tasa de infección incisional disminuida(17). En el caso presentado se observó como la paciente pudo ser llevada de manera prioritaria en un escenario de urgencias a un procedimiento laparoscópico, que permitió tanto la reducción del contenido herniario, así como la corrección del defecto fascial sin ninguna complicación inmediata o durante el curso de su postoperatorio.

Se plantearon diferentes técnicas como el cierre primario sin el uso de prótesis tal como se realizó en el caso presentado. El uso de suturas barbadadas permite el cierre del defecto por vía laparoscópica con mayor facilidad que los otros tipos de suturas(18). De acuerdo a otros factores como el tamaño del defecto, la presencia o no de contaminación o las características del paciente se pueden usar otros métodos, como la realización de un flap peritoneal y la colocación de una malla preperitoneal tanto de manera profiláctica como de corrección una vez que se presenta la

hernia incisional(19), aunque debido a la baja incidencia de esta patología y la escasa cantidad de casos reportados en la literatura no hay evidencia suficiente para recomendar una técnica sobre otra.

La paciente se llevó de manera prioritaria a la corrección del defecto y la reducción del asa intestinal encarcelada por vía laparoscópica, lo que nos permite concluir que esta técnica ha demostrado ser segura permitiendo la visualización del intestino comprometido, el cierre del defecto fascial con o sin el uso de prótesis, con una mejoría del dolor postoperatorio y una menor tasa de infección incisional (17).

Se requiere del reporte rutinario de esta patología, describiendo adecuadamente la técnica usada para el ingreso a la cavidad, el tipo de trocares, el tamaño de los mismo y la técnica usada para la corrección del defecto (Describiendo el material de sutura utilizado y el uso de malla), con el fin de retroalimentar y mejorar la técnica para la prevención, el diagnóstico y el manejo de esta patología que aunque infrecuente, puede ser una causa de gran morbimortalidad en nuestros pacientes.

**Perspectiva del paciente** : la paciente manifestó estar de acuerdo con todos los tratamientos propuestos principalmente en manejo quirúrgico a través de la cirugía laparoscópica, manifestando su gratitud con el equipo médico y comprendiendo los factores de riesgo que conllevo su condición actual.

#### *10. Equipo de investigación*

Dr Alberto Ricaurte

Dr Ricardo Nassar

Dra Silvia Barbosa

Dr Santiago Acero

Dra. Ana María Barragán González

Breve trayectoria y rol de cada investigador

Dr Alberto Ricaurte ; especialista en cirugía general de la Universidad del Rosario y Fellow en cirugía laparoscópica . Cirujano de la Fundación Santa Fe de Bogotá y médico cirujano de la paciente , docente en cirugía laparoscópica avanzada .

Dr Ricardo Nassar : ; especialista en cirugía general y cirugía laparoscópica mínimamente invasiva , Cirujano de la Fundación Santa Fe de Bogotá, director del centro de obesidad de la Fundación Santa Fe de Bogotá , médico y cirujano de la paciente , docente en cirugía laparoscópica avanzada de la Universidad del Rosario , revisor de la literatura , supervisión del caso .

Dra Silvia Barbosa : Residente de cirugía general de la Universidad del Rosario, participante durante la rotación de la paciente del caso , revisora de la literatura , creación del protocolo de investigación, análisis de los datos.

Dr Santiago Acero ; Estudiante de medicina de la Universidad de Los Andes , participante durante la rotación de la paciente del caso , revisor de la literatura .

Dra. Ana María Barragán González: Tutora metodológica del proyecto , Profesora de investigación de la Universidad del Rosario .

### *11. Categoría de la investigación*

Según la normatividad colombiana para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993, en la cual se clasifican los estudios de investigación según las categorías de riesgo citadas en el artículo 11 de dicha resolución, este estudio se clasifica como: Sin riesgo. Ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de conducta (19)

### *12. Población sujeta de investigación*

Población no vulnerable

### *12.1 Proceso de obtención de consentimiento informado*

Se realizó la obtención del consentimiento informado de la paciente para este estudio de manera escrita y verbal , explicando ampliamente su participación en la investigación. Se incluye consentimiento informado en el siguiente anexo 1:

### *12.2 Uso de datos personales*

Se realiza la garantía de privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales del paciente . Se salvaguarda la información y datos recogidos a través del sistema de protección de datos de la Fundación Santa Fe de Bogotá en el sistema por la historia clínica de la paciente teniendo en cuenta su previo consentimiento informado .

### *12.3 Riesgos y Beneficios*

No existe ningún riesgo relacionado con este estudio.

El beneficio es obtener conocimiento científico sobre el diagnóstico y el tratamiento y la identificación de factores de riesgo en casos de obstrucción intestinal secundaria a la presencia de hernias incisionales postoperatorias realizando una búsqueda actual de la literatura disponible .

### *12.4 Titularidad de la información*

No aplica

### *12.5 Criterios que se tendrá en cuenta para definir la autoría de los productos de investigación*

Se tuvo en cuenta la *Defining the Role of Authors and Contributors*.

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

### 13. Administración del proyecto

#### 13.1 Presupuesto

Descripción	TOTAL	FUENTE	
		UNIVERSIDAD	PROPIA
Recurso humano total	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000
Software y equipos	\$ 100.000	\$ 0	100.000
Papelería en general	\$ 100.000		\$ 100.000
Publicaciones	\$ 0		\$ 0
<b>Total</b>	<b>\$ 700.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 700.000</b>

#### 13.2 Cronograma

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Realización Protocolo de Investigación	■	■	■	■																					
Sometimiento del protocolo al comité técnico científico y de ética					■																				
Piloto de formatos de recolección de información						■	■																		
Recolección de información								■	■	■															
Tabulación de los datos											■	■	■	■											



## 14. Bibliografía

1. Andersen, L. P. H., Klein, M., Gögenur, I. & Rosenberg, J. Incisional hernia after open versus laparoscopic sigmoid resection. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques* 22, 2026–2029 (2008).
2. Bartels, S. A. L. *et al.* Small bowel obstruction, incisional hernia and survival after laparoscopic and open colonic resection (LAFA study). *British Journal of Surgery* 101, 1153–1159 (2014).
3. Fear, R. Laparoscopy: a valuable aid in gynecologic diagnosis. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 31, 297–309 (1968).
4. Tonouchi, H., Ohmori, Y., Kobayashi, M. & Kusunoki, M. *Trocar Site Hernia*. *Arch Surg* vol. 139 <http://archsurg.jamanetwork.com/> (2004).
5. Swank, H. A. *et al.* Systematic review of trocar-site hernia. *British Journal of Surgery* vol. 99 315–323 Preprint at <https://doi.org/10.1002/bjs.7836> (2012).
6. Pereira, N. *et al.* 5-millimeter Trocar-site Hernias After Laparoscopy Requiring Surgical Repair. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* vol. 23 505–511 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.03.001> (2016).
7. Domínguez, B. R., Ferreras, A. I. G. & Mayagoitia, J. C. Guide for the management of ventral and medial incisional hernia. *Revista Hispanoamericana de Hernia* vol. 9 80–87 Preprint at <https://doi.org/10.20960/rhh.00449> (2021).
8. Ann Liebert, M. *et al.* *Laparoscopic Surgery Complications Associated with Trocar Tip Design: Review of Literature and Own Results*. *JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES* vol. 9 (1999).
9. Helgstrand, F., Rosenberg, J. & Bisgaard, T. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: A qualitative systematic review. *Hernia* vol. 15 113–121 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s10029-010-0757-x> (2011).
10. Nezhat, C., Seidman, D. S. & Nezhat, C. *Incisional Hernias After Operative Laparoscopy*. *JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES* vol. 7 (1997).
11. Stewart, B. *et al.* Global disease burden of conditions requiring emergency surgery. *British Journal of Surgery* vol. 101 Preprint at <https://doi.org/10.1002/bjs.9329> (2014).
12. Markogiannakis, H. *et al.* Acute mechanical bowel obstruction: Clinical presentation, etiology, management and outcome RAPID COMMUNICATION. *World J Gastroenterol* 13, 432–437 (2007).

13. La Chapelle, C. F., Bemelman, W. A., Bongers, M. Y., Van Barneveld, T. A. & Jansen, F. W. A multidisciplinary evidence-based guideline for minimally invasive surgery: Part 2 - Laparoscopic port instruments, trocar site closure, and electro-surgical techniques. *Gynecol Surg* 10, 11–23 (2013).
14. Stringer, N. H. *et al.* *New Closure Technique for Lateral Operative Laparoscopic Trocar Sites A Report of 80 Closures.* *Surg Endosc* vol. 9 (1995).
15. Muysoms, F. E. *et al.* European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia* vol. 19 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s10029-014-1342-5> (2015).
16. Cerrutti, R. E. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva [en línea] 2009 [1 de noviembre de 2012]. I-147: 1-16. URL disponible en <http://www.sacd.org.ar/ucuaarentaysiete.pdf>.
17. Lee, S. R. Feasibility of laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty for incarcerated inguinal hernia. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 25, (2021).
18. Tabanera, J. A. V. *et al.* A case report of a 5 mm trocar-site evisceration after transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair. *Ann Laparosc Endosc Surg* 9, (2024).
19. Armañanzas, L. *et al.* Prophylactic mesh vs suture in the closure of the umbilical trocar site after laparoscopic cholecystectomy in high-risk patients for incisional hernia. a randomized clinical trial. *J Am Coll Surg* 218, 960–968 (2014).
20. La Protección Social, M. DE *et al.* Buenas Prácticas Clínicas.
21. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

## **15. Anexos**

*Anexo 1. consentimiento informado de la paciente*

**INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO****REPORTE DE CASO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN IDENTIFICABLE PARA  
INVESTIGACIÓN**HOS-CI-209  
Versión 5**Comité Corporativo de Ética en  
Investigación****TÍTULO:** Obstrucción Intestinal Secundaria a Hernia Incisional en Puertos Laparoscópicos de 5-mm**INVESTIGADOR (AUTOR):** Dr. Ricardo Nassar <sup>1</sup> Dr Alberto Ricaurte**DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL INVESTIGADOR (AUTOR):**

Carrera 7 No. 117 – 15 Santa fé de Bogotá . teléfono : 3107718633

**SITIO/DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN:**

El objeto de este consentimiento es que usted nos de su autorización para que su caso clínico sea conocido por otros miembros de la salud o investigadores y para su aceptación de la manera como se usará la información respecto de su identificación.

Sabemos que su información y la de su salud son privadas y estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de dicha información. Nos gustaría describir lo que ocurrió durante parte de su atención en salud como un "caso clínico". El documento se llama "Reporte de caso" y es una breve descripción en un artículo de los detalles sobre su enfermedad o tratamiento.

Debido a la necesidad de proteger su privacidad, debemos obtener su permiso antes de que podamos usar, divulgar o compartir la información. Esta forma nos da ese permiso y nos ayuda a asegurar que usted este enterado de forma correcta de cómo se usará o divulgará esta información. Por favor, lea atentamente la siguiente información antes de firmar este formulario. Cualquier pregunta que pueda tener sobre este formulario o sus usos por favor contacte al

Dr. Ricardo Nassar \_y Doctor Alberto Ricaurte Teléfono 3107718633

Usted puede decidir firmar o no firmar este formulario. Si decide no dar su permiso y no firma este formulario, su información no se puede utilizar. Sea cual sea la elección que realice, no va a tener un efecto sobre su atención médica usual

**¿Quién va a revelar, recibir y/o utilizar la Información?**

Esta forma autoriza al doctor Ricardo Nassar , doctor Alberto Ricaurte y/o a la Fundación Santa Fe de Bogotá para divulgar, utilizar y recibir la información de acuerdo a:

- Los autores del artículo encargados de revelar su información son:  
Doctor Ricardo Nassar Especialista en cirugía laparoscópica avanzada  
Doctor Alberto Ricaurte Especialista en cirugía laparoscópica avanzada

- La información del artículo será recibida o utilizada por el equipo de redacción de las revistas médicas o personal reunido en una conferencia.
- La información también puede ser recibida o utilizada por cualquier persona (normalmente los proveedores de atención en salud o investigadores) que puedan leer el informe o asistan a dichas reuniones.

1-3

- El texto y las fotos o vídeos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y podrán ser vistos por el público en general. Las imágenes, vídeos y textos también pueden aparecer en otros sitios web o en forma impresa.
- La información de su caso será conocida por los miembros y el personal del Comité Corporativo de Ética en Investigación quienes revisarán los aspectos éticos del artículo con quienes se podrá contactar si cree que sus derechos son vulnerados: [comiteinvestigativo@fsfb.org.co](mailto:comiteinvestigativo@fsfb.org.co) Tel 6030303 Ext 5402

#### ¿Qué información se utilizará o será revelada?

Solo la información mínima necesaria requerida para describir el caso, por ejemplo las notas clínicas de las fechas \_\_\_\_agosto y \_\_\_\_septiembre del 2024 resultados del laboratorio e imágenes diagnósticas de las fechas de agosto y \_\_\_\_septiembre del 2024

Sin embargo puede haber detalles específicos únicos, en fotografías y otras imágenes, que podrían ser identificables, por lo tanto el anonimato completo no está garantizado.

#### CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario de autorización de publicación del reporte de su caso descrito en un artículo, usted otorga permiso para el uso y / o divulgación de su información de salud protegida y la información de identificación descrita anteriormente. Por lo anterior le solicitamos que verifique la siguiente información si ha sido clara para usted y si está de acuerdo con ella:

El propósito de los usos y divulgaciones que usted está autorizando es permitir la publicación o presentación pública de su caso clínico con fines académicos y de investigación pero a través de sitios web puede traducirse a otros idiomas o utilizarse con fines comerciales. Esta información no puede ser divulgada o utilizada sin su autorización. En ningún momento se divulgará su nombre, documento de identificación, seguro médico o datos postales.

Se le ha explicado los detalles de mi información de salud protegida que estará incluida en el documento "Reporte de Caso" que será publicado como un artículo. Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. El cuidado de su salud, el pago de su atención médica y sus beneficios de atención de salud no serán afectados, si usted no firma este formulario.

Si usted firma esta autorización, usted tendrá el derecho a retirarla en cualquier momento antes de su publicación y con previo aviso al autor del mismo. Sin embargo, si el reporte de un caso ya ha sido publicado o presentado, esto no puede ser modificado. Si retira el permiso antes de que se presente o se publique el informe de caso, dejaremos de publicarlo o presentarlo. Esta autorización no expirará a menos que sea retirada. Para cancelar esta autorización, por favor comuníquese con el autor Dr. Doctor Ricardo Nassar Especialista en cirugía laparoscópica avanzada Tel. 3107718633 y entréguele su notificación por escrito.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haber firmado.

Usted tiene derecho a recibir una copia del reporte de caso descrito en el artículo que será publicado.

Usted no recibirá ninguna compensación por permitir la publicación de su información de salud protegida detallada en el documento de reporte de caso presentado como un artículo, del cual recibió una copia.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para dicha publicación en forma libre y voluntaria.

Una copia de este Informe de Consentimiento estará disponible para revisión por el Editor de la revista.

El presente documento se firma \_\_\_\_\_ a los 10 días del mes de Abril del año 2025

**Paciente**

Firma [Firma]

Nombre Olga Lucía Fajardo

Documento de identidad 41430745

Dirección y teléfono del paciente \_\_\_\_\_

Fecha 10/04/2025

**Representante Legal Autorizado**

Firma [Firma]

Nombre Felipe Venegas Fajardo

Documento de identidad 79.728.702

Relación con el paciente Hijo

Fecha 10 de abril de 2025

Autor del reporte de caso [Firma]

Firma \_\_\_\_\_

Nombre Alfredo Ricardo Aragón



### MEMORANDO DE REVISIÓN

Autor Reporte de Caso: Doctores Ricardo Nassar y Alberto Ricaurte  
Departamento/Sección: Cirugía general

Co-autores: Doctores Santiago Acero-Velásquez y Silvia Barbosa.

Ref. Obstrucción Intestinal Secundaria a Hernia Incisional en Puertos Laparoscópicos de 5-mm. Reporte de caso

Fecha: 30 de mayo de 2025

CCEI-17967-2025

---


El informe de caso presentado se define como un análisis retrospectivo de 1 paciente, que es ilustrativo y está destinado a desarrollar información para ser compartida con fines médicos o educativos.


El caso presentado cuenta con la confidencialidad de la información en referencia a la no inclusión de ninguna identificación del paciente o información privada que los pueda identificar y cuenta con la autorización del paciente definido a través del Informe de Consentimiento revisado por este Comité, cumpliendo así con la lista de identificadores únicos de acuerdo con la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) para su publicación.

En coherencia con las definiciones de investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos - DHHS - este reporte de caso no requiere aprobación como investigación formal, puesto que no cuenta con elementos de investigación sistemática. De acuerdo con nuestras políticas Institucionales, este Comité aprueba la información para ser usada y divulgada a nombre de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

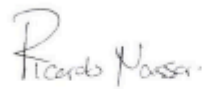
  
DRA. PAULA PRIETO MARTINEZ  
Presidente (E)  
Comité Corporativo de Ética en Investigación  
Tel 6030303 Ext. 5402  
comiteinvestigativo@fsfb.org.co

*anexo 3. Firma de autores*

 Fundación Santa Fe de Bogotá	<b>Nivel 2: Comité Corporativo de Ética en Investigación</b>  Formato para Reporte de caso	<b>Código: DC-CCEI-FT-034</b>
		<b>Versión: 4</b> <b>Fecha Vigente:</b> 06/09/2024
<b>Nombre del autor: Dr. Ricardo Nassar y Dr. Alberto Ricaurte</b>		
Departamento / Sección: Cirugía general	e-mail: <a href="mailto:silvia.barbosa@urosario.edu.co">silvia.barbosa@urosario.edu.co</a> ( enviar msm principalmente a este correo) : <a href="mailto:ricardo.nassar@fsfb.org.co">ricardo.nassar@fsfb.org.co</a> :	
1. Nombre Co- autor, Santiago Acero-Velasquez – Estudiante (Universidad de los Andes) Silvia Barbosa Residente de cirugía general (Universidad del Rosario)		
<b>TITULO:</b> Obstrucción Intestinal Secundaria a Hemia Incisional en Puertos Laparoscópicos de 5-mm.		

 Fundación Santa Fe de Bogotá	<b>Nivel 2: Comité Corporativo de Ética en Investigación</b>	<b>Código: DC-CCEI-FT-034</b>
		<b>Versión: 4</b>
	<b>Formato para Reporte de caso</b>	<b>Fecha Vigente: 06/09/2024</b>

Para poder publicar un reporte de caso es necesario presentar el Consentimiento Informado firmado por los pacientes involucrados ya sea usando el formato que aporta la revista o en el formato establecido por el Comité "Reporte de caso y divulgación de información identificable para investigación". Si no lo adjunta, justifique la causa	
SI x NO NA	Se adjunta el consentimiento informado de la paciente, que fue ampliamente explicado y resuelta todas sus dudas.



Ricardo\_Nassar

25 de mayo del 2025

Nombre del autor

Firma

Fecha

Alberto Ricaurte



25 de mayo del 2025

Nombre del autor

Firma

Fecha

Santiago Acero



25 de mayo del 2025

Nombre del autor

Firma

Fecha

Silvia Barbosa



25 de mayo del

<b>Fecha Emisión: 15/02/2017</b>	<b>Propiedad intelectual FSFB – Documento controlado</b>	<b>Página 2 de 4</b>
--------------------------------------	--	----------------------

