

## V. FORMACIÓN Y CMA EN HERNIAS

### La hernia en régimen de cirugía mayor ambulatoria

Segura Sampedro,\* J. J.; Reguera Rosal\*, J.; Camacho Marente,\* V.; CapitanVallvey,\*\* J. M.; Padillo Ruiz,\* F. J.; Docobo Durántez,\* F.

\*UGC-Cirugía General y Digestivo Hospital Universitario Virgen del Rocío-Virgen Macarena, Sevilla. \*\*UGC-Cirugía Mayor Ambulatoria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén.

#### ¿De qué hablamos?

Se enmarcan dentro de la cirugía mayor ambulatoria aquellos procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario<sup>1</sup>. Por lo que el paciente es admitido y dado de alta en el mismo día sin pernoctar en el centro hospitalario.

Se consideran sinónimos de cirugía mayor ambulatoria (CMA): Cirugía de Día y Cirugía sin Ingreso.<sup>1</sup>

#### ¿Dónde estamos?

La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. La primera unidad autónoma de CMA se crea en Barcelona en 1990 (Viladecans), y en 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital de Toledo. Poco después comenzaría su implantación en Andalucía.

A partir de la publicación de la Guía del MSC se produce una notable expansión de la CMA por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. En 2005 la CMA representó para los hospitales del Sistema Nacional de Salud el 40,5% de las cirugías mayores practicadas<sup>1</sup>.

En Andalucía el número de intervenciones que se realiza por CMA se ha cuadruplicado, pasando de 39.341 intervenciones en 1997 a 184.000 en 2009<sup>2</sup>. También ha crecido proporcionalmente sobre el total de intervenciones programadas. En 1997 solo el 21,8% de las intervenciones programadas se realizó por CMA, mientras que en 2009 se alcanzó el 54%<sup>2</sup>.

La tasa de ambulatorización nacional de la cirugía de las hernias inguino-femorales y de las hernias de pared abdominal excluyendo las previas fue en 2005 del 38'3% y 31'5% respectivamente<sup>1</sup>. En Andalucía sin embargo, la tasa de ambulatorización de la cirugía de la hernia inguinal y femoral alcanzaba valores del 64'7% en 2009<sup>2</sup>.

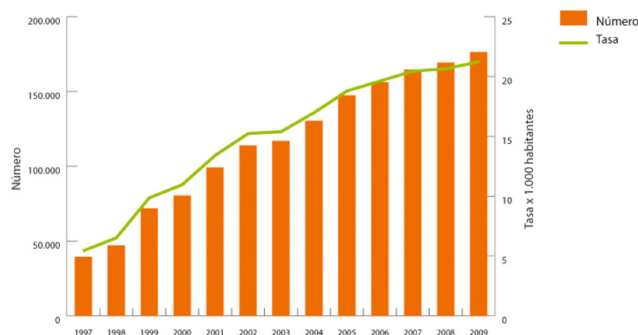


figura 1.

A nivel mundial existe una clara progresión hacia la cirugía mayor ambulatoria en el tratamiento de la hernia. En España, y en menor grado en Andalucía, todavía estamos lejos de las tasas de países como Suecia en que se operan en este régimen hasta el 75% de la patología herniaria, lo que nos da todavía un amplio margen de mejora.

#### ¿Por qué Cirugía Mayor Ambulatoria? ¿Es segura y costo-efectiva la cirugía de la hernia inguinal en este régimen?

Ya en 1955 comienzan a describirse las ventajas de la cirugía de la hernia inguinal en régimen ambulatorio: movilización precoz, menor morbilidad, mejor aceptación por el paciente y menores costes<sup>4</sup>. Desde entonces se han realizado múltiples estudios retrospectivos y randomizados comparándola con la

Correspondencia: Juan José Segura Sampedro. UGC-Cirugía General y Digestivo Hospital Universitario Virgen del Rocío-Virgen Macarena. Av. Dr. Fedriani, 3, 41009 Sevilla.

cirugía con ingreso. Demostrando que la cirugía sin ingreso en régimen de CMA es tan segura y efectiva como la cirugía con ingreso hospitalario además de tener menores costes<sup>5,6</sup> (Nivel de evidencia 2B), teniendo un ratio de reingresos del 0'8%<sup>7</sup>. En todos los estudios el régimen ambulatorio constó de una alta aceptación entre los pacientes<sup>5-7</sup>.

## ¿Qué pacientes pueden beneficiarse de la CMA?

Con el aumento de la experiencia en régimen de CMA, la indicación de la misma se ha ampliado, sobrepasando criterios previos como ASA 1-2, límites de edad... Pudiendo ser candidatos a la misma actualmente cualquier paciente con un buen respaldo familiar<sup>3,8,9</sup> (Nivel de evidencia 3).

La posibilidad de cirugía ambulatoria debería ser considerada para todos los pacientes independientemente de la técnica de reparación<sup>3</sup> (Grado de recomendación B) y de la técnica anestésica. Por ello es extremadamente importante la selección quirúrgica y la consulta preanestésica<sup>9</sup>.

Con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y del procedimiento y a la vez la eficacia del mismo se deben tener en cuenta una serie de factores que aconsejarán o no la cirugía ambulatoria. Estos pueden ser hospitalarios (existencia de infraestructuras adecuadas y circuito asistencial, la experiencia en régimen de CMA del equipo quirúrgico, una unidad multidisciplinaria especializada en CMA con una buena consulta preanestésica), quirúrgicos (tiempo operatorio controlado y porcentaje de complicaciones bajos) y anestésicos (control del dolor y de las náuseas y vómitos postquirúrgicos)<sup>3</sup>.

Las encuestas de satisfacción realizadas indicaran si los resultados obtenidos son percibidos por los pacientes. Su práctica debe realizarse con una periodicidad establecida<sup>7</sup>.

## ¿Cuál es la técnica de elección?

Estarían indicadas en CMA los procedimientos siguientes:

En las hernias inguino-femorales tanto en las primarias como en las recidivadas y las bilaterales, la técnica quirúrgica más estudiada con buenos resultados es la hernioplastia sin tensión bajo anestesia local<sup>3</sup>, aunque en diversas series se han analizado otras técnicas tanto quirúrgicas como anestésicas con buenos resultados, en este sentido se incluiría la bilateralidad y las recidivas<sup>10,11</sup>.

La única técnica sin evidencia en régimen de CMA es la de Stoppa.

En cuanto a la técnica anestésica en la hernioplastia unilateral la más extendida es la anestesia local, refrendada recientemente en el multicéntrico sueco con nivel de evidencia 1B (recomendación B)<sup>12</sup>.

También tienen indicación los abordajes laparoscópicos el TEP (total extraperitoneal) y el TAPP (transabdomino preperitoneal), el IPOM (intraperitoneal on lay mesh) solo se utiliza como procedimiento de necesidad, realizados por cirujanos entrenados y en unidades integradas que puedan solucionar posibles complicaciones. Este abordaje podría ser

considerado como primera opción en la presentación bilateral o pacientes que demandan una rápida incorporación socio-laboral.

Las hernias umbilicales, epigástricas, ventrales, posicionales y de Spiegelhel también están indicadas en régimen ambulatorio. Se realizarán hernioplastias siempre que el diámetro del cuello herniario sea mayor de 2 cms, bien por vía abierta o por vía laparoscópica.

Las localizaciones herniarias infrecuentes como las lumbares no serían una contraindicación de ambulatorización sino incumplen los criterios generales que se exponen a continuación.

Estarían contraindicadas en régimen ambulatorio por motivos quirúrgicos aquellos procedimientos en los que se presumieran preoperatoriamente alargamiento del tiempo quirúrgico o complicaciones en su aplicación. Se consideran en estos casos las hernias encarceradas, las voluminosas con pérdida de domicilio y con contenido visceral, las multirrecidivadas, etc, que por seguridad deberían intervenir con hospitalización.

En algunas ocasiones la contraindicación para la ambulatorización es por una suma de valoraciones, la propiamente quirúrgica, la valoración anestésica ASA III compensado y los aspectos sociales.

La colocación de un drenaje en cavidad abdominal o en la herida operatoria, no debe excluir «per se» de la ambulatorización del proceso, ya que con los controles postoperatorios correspondientes se mantiene la seguridad del mismo. Por el contrario si existen dudas sobre la evolución del procedimiento el paciente debe permanecer en el centro el tiempo necesario.

## ¿Y después?

Deberá realizarse un control postoperatorio precoz en las primeras 72h ya sea mediante visita domiciliaria o contacto telefónico. La valoración incluirá estado general, dolor, signos de infección y hemorragia de la herida. Del mismo modo se debe disponer de un circuito claro para el manejo de las complicaciones, explicando al paciente los posibles signos de alarma y la actitud a tomar ante los mismos<sup>12</sup>.

La continuidad asistencial se mantiene con el médico y enfermero de familia y en la revisión posterior con el cirujano que comprobará el resultado del procedimiento para considerar el alta clínica.

## Conclusiones

La hernioplastia ambulatoria debería ser la primera opción quirúrgica considerar en los servicios quirúrgicos por los resultados favorables clínicos y coste-beneficio alcanzados en la mayoría de las hernias de la pared abdominal.

La vía abierta o la laparoscópica son a considerar según los pacientes, la experiencia de los cirujanos y las instalaciones disponibles.

Los procedimientos anestésicos contemplan desde la anestesia local con sedación, la anestesia regional y la general. Es recomendable el empleo de procedimientos combinados que incluyan la anestesia local para la prevención del dolor postoperatorio.

## Bibliografía

- Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo: Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado. 2008.
- Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del SSPA, 2009. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla: 2010.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):343-403.
- Farquharson EL. Early ambulation; with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet*. 1955 Sep 10;269(6889):517-9.
- Ramyil VM, Ognonna BC, Iya D. Patient acceptance of outpatient treatment for inguinal hernia in Nigeria. *Cent Afr J Med*. 1999 Sep; 45(9):244-6.
- Weyhe D, Winnemöller C, Hellwig A, Meurer K, Plugge H, Kasoly K, Laubenthal H, Bauer KH, Uhl W. Section sign 115 b SGB V threaten outpatient treatment for inguinal hernia. Analysis of outcome and economics. *Chirurg*. 2006 Sep; 77(9):844-55.
- Engbaek J, Bartholdy J, Hjortso NC. Return hospital visits and morbidity within 60 day after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006 50:911-919.
- Prabhu A, Chung F. Anaesthetic strategies towards developments in day care surgery. *Eur J Anaesthesiol Suppl*. 2001 23:36-42.
- Jarrett PE. Day caresurgery. *Eur J Anaesthesiol Suppl*. 2001 23:32-35.
- McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM; EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003 CD001785.
- Herrera FA, Docobo F, Jiménez JA, Marin J, Plata J, Sarmiento C, et al. Proceso asistencial integrado. Hernias de la pared abdominal. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla 2003.
- Nordin P, Zetterström H, Gunnarsson U, Nilsson E. Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicenter randomised trial. *Lancet*. 2003 Sep 13;362(9387):853-8.