

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Situación actual de la hernia en cirugía mayor ambulatoria

Current status of the hernia in ambulatory major surgery

A. Marchal-Santiago¹, J.J. Segura-Sampedro², J. Reguera-Rosal³, J.M. Capitán-Vallvey⁴, F.J. González-Argenté², F.J. Padillo¹, F. Docobo-Durántez⁵

¹Servicio Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Servicio Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Islas Baleares.

³Servicio Cirugía General y Digestivo. Hospital IMED Levante. Alicante.

⁴Servicio Cirugía General y Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

⁵Miembro del Comité Científico de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

RESUMEN

La cirugía de pared siempre ha sido una de las principales beneficiadas de los circuitos de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El uso de anestésico local y sedación para realizar la mayoría de procedimientos ha favorecido este tipo de ambulatorización.

El éxito de estos circuitos de CMA en cirugía de pared (sobre todo cirugía de la hernia inguinal y umbilical) viene de la mano de una correcta selección de pacientes y una implicación en la filosofía de cirugía mayor ambulatoria por todos los profesionales implicados.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, pared abdominal, hernia, malla.

ABSTRACT

Abdominal wall surgery has always been one of the main beneficiaries of circuits of ambulatory major surgery. The use of local anesthetic and sedation to perform most procedures has favored this type of ambulatoryization.

CORRESPONDENCIA

Juan José Segura Sampedro (segusamjj@gmail.com)
Hospital Universitario Son Espases

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Marchal Santiago A, Segura Sampedro JJ, Reguera Rosal J, Capitán Vallvey JM, González Argenté FJ, Padillo FJ, Docobo Durántez F. Situación actual de la hernia en cirugía mayor ambulatoria. Cir Andal. 2018;29(2):124-126

The success of these circuits of CMA in wall surgery (especially inguinal and umbilical hernia surgery) comes from the hand of a correct selection of patients and an implication in the philosophy of ambulatory major surgery by all the professionals involved.

Keywords: ambulatory surgery, abdominal wall, hernia, mesh.

INTRODUCCIÓN Y DATOS

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un tipo de cirugía programada en la que el paciente requiere una estancia de menos de 24 horas en el hospital. Su uso como alternativa a la cirugía con ingreso es cada vez más frecuente y representa un porcentaje creciente de toda la cirugía que se realiza en hospitales.

En España desde inicio de los años 90 se comenzó a trabajar en régimen de estancia diurna, aisladamente, como en el caso de Barcelona en 1990. La primera unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) se crea en el Hospital de Toledo en 1992, extendiéndose en pocos años a la mayoría de hospitales españoles. En 1994 se crea la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria¹.

En 2015 la cirugía mayor ambulatoria, cirugía sin ingreso, o cirugía sin pernocta ha supuesto de las cirugías mayores practicadas. En Andalucía en el año 2000 se realizaron 66.696 intervenciones de

cirugía mayor ambulatoria frente a las 192.571 realizadas en 2015². En el sistema sanitario público andaluz se han realizado 8.423 reparaciones de hernia inguinal o femoral en régimen de CMA. Los pacientes tuvieron una edad media de 50 años y fueron en el 85,54% varones².

EL PROCESO Y LAS RAZONES DE LA CMA

La CMA ha ido creciendo en los sistemas sanitarios como un modelo de gestión que introduce múltiples ventajas, tanto para el paciente como para el sistema sanitario. El concepto de *“es beneficioso no ingresar en el hospital a quien no lo precisa”* ha sido repetidamente probado como seguro, factible y eficiente: realizando la intervención y el alta del paciente en el mismo día se genera una mayor comodidad para éste y la familia. La ausencia de estancias hospitalarias conlleva además una disminución importante de las complicaciones quirúrgicas. Para ello es necesaria una protocolización rigurosa de todas las fases del proceso y proporcionar una información exhaustiva a los usuarios.

En el caso de la hernioplastia inguinal recientemente ha sido reforzado por las últimas guías internacionales de manejo de la hernia inguinal, en cuyo apartado de evidencia referente a *“day surgery”* concluyen que todos los estudios han demostrado que tiene un menor coste, es igualmente segura y efectiva si la selección de los pacientes es adecuada³. No hay casos en la literatura de muertes o complicaciones severas directamente relacionadas con procedimientos de CMA.

SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CMA

Actualmente no se considera contraindicación absoluta la edad, el tipo de técnica a realizar, la técnica anestésica o algunas enfermedades controladas del paciente, pues incluso se considera segura para pacientes con riesgo anestésico ASA III. La condición más imprescindible la supone el respaldo familiar del paciente³.

El éxito de todo el proceso de la CMA se basará, además de en la correcta selección del paciente, en la existencia de infraestructuras adecuadas, circuito asistencial bien definido, experiencia de un equipo de CMA multidisciplinar especializado con hincapié en el control de sus complicaciones, control del dolor, náuseas y vómitos, retención urinaria, etc^{3,4}.

El caso de los paciente con uso profiláctico o terapéutico de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes orales requiere una valoración especial, pues ha sido detectado un riesgo significativamente mayor de sangrado postoperatorio comparado con pacientes sin tal medicación, por lo que no se recomienda su intervención en régimen de CMA³.

Mención especial recibe el adecuado control del dolor. El paciente debe conocer cuáles son los niveles de dolor normales que pueden acontecer y cuáles son los medios de que dispone para tratarlo. Se estima hasta en un 10% la tasa de fracasos en el manejo ambulatorio por desinformación, por tanto, entre la información que el paciente debe recibir debemos incluir cuál es el nivel de dolor que debe hacer que consulte al Servicio de Urgencias y cuáles son los signos de alarma^{3,5}.

Son también importantes las encuestas de satisfacción con una periodicidad establecida para conocer las áreas de mejora y detectar cuáles son las posibles causas de fracaso percibidas por los pacientes.

TIPO DE TÉCNICAS UTILIZADAS PARA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL EN CMA

Aunque las técnicas *“sin tensión”* bajo anestesia local aparecen como las más adecuadas para CMA, todas las series apoyan el uso del resto de procedimientos de reparación de hernia inguinal y técnicas anestésicas³. Es segura la realización de herniorrafia tanto vía abierta como laparoscópica si hay un cuidado postoperatorio posterior (Tabla 1).

No hay datos suficientes para recomendar la reparación de hernias inguinales complejas en régimen de CMA de forma rutinaria, sin embargo, si hay un cuidado postoperatorio adecuado y cercano en el marco de un sistema sanitario organizado y protocolizado en la mayoría de los casos es adecuado³.

No deben realizarse en régimen de CMA reparaciones de hernia inguinal urgentes cuando se sospecha hernia inguinal incarcerada o estrangulada³.

El sangrado postoperatorio preperitoneal o retroperitoneal tras las técnicas laparoscópicas (TAPP/TEP) y posteriores abiertas ocurre en muy raras ocasiones, y en los escasos casos en las 48 horas tras la cirugía, por lo que se recomienda considerar una estancia de al menos 12 horas^{3,5}.

Tabla 1. Recomendaciones.

Recommendation	Day surgery is recommended for the majority of groin hernia patients provided adequate aftercare is organized.	[x][x][x][]	Strong *upgraded
Recommendation	Day surgery is suggested for all endoscopic repairs of simple inguinal hernias provided adequate aftercare is organized.	[x][x][] []	Weak
Recommendation	Day surgery is suggested for selected older and ASA IIIa patients (open repair under local anesthesia) provided adequate aftercare is organized.	[x][x][] []	Weak
Recommendation	Day surgery for patients with complex inguinal hernias is suggested only in selected cases.	[x][] [] []	Weak

CONCLUSIONES

Los procedimientos de reparación de hernia inguinal han sido repetidamente probados como seguros y efectivos en régimen de CMA. La evidencia apoya la idea de que la mayoría de pacientes son candidatos a este tipo de cirugía pudiendo ser dados de alta de forma precoz. Los futuros desafíos en este terreno deberán ir encaminados a una mayor efectividad, menor invasión y si cabe aún más seguridad en este tipo de procedimientos para el paciente. En pacientes con hernia inguinal considerada compleja, pacientes añosos y pacientes enfermos, deberían realizarse más estudios que prueben su seguridad y buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terol García E, Palanca Sánchez I. Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. Inf Estud e Investig Minist Sanid y Consum. 2008;150.
2. Andaluz SSP. Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los Hospitales del SSPA. 2015.
3. Group TH. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;1-165.
4. Suárez Grau JM, Docobo Durántez F, Sacristán C, Valera Z, Mena J, et al. Inguinal Hernia Repair in Ambulatory Day Surgery 1840 Cases Revised. *European Hernia Society*. 2008. Abstract Book.30th Congress European Hernia Society. 128.
5. Suarez-Grau JM, García Moreno JL, Gómez Menchero J, Bellido Luque J, Durán Ferreras I, Guadalajara Jurado J. Análisis de los factores que permiten e impiden la evolución de la hernioplastia inguinal laparoscópica en CMA en un hospital comarcal. *Cir mayor ambul* 2015; 20: 4-7.