

## Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

# Criterios de selección en cirugía mayor ambulatoria de pared abdominal

### *Selection criteria in ambulatory hernioplasty*

Merino Díez E<sup>1</sup>, Suárez Grau JM<sup>2</sup>, de Jesús Gil A<sup>2</sup>, Tallón Aguilar L<sup>2</sup>, Mateo Retuerta J<sup>1</sup>, Tkacikova E<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Gasteiz, Araba

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla.

## RESUMEN

La reparación de pared abdominal como cirugía mayor ambulatoria es aquella que no requiere que el paciente pernocte en el centro hospitalario. Para que se realice de manera eficiente y segura se debe seleccionar a los pacientes candidatos a este tipo de cirugía. Están descritos criterios de selección y exclusión para todos los procedimientos que se realizan como cirugía mayor ambulatoria, son muy variados y tienen en cuenta factores del paciente, de la intervención quirúrgica y anestesia entre otros. En este trabajo se quiere concretar y resumir los criterios a considerar para cirugía mayor ambulatoria específica de la reparación de pared abdominal.

**Palabras Clave:** criterios de selección, cirugía ambulatoria, hernioplastia, eventroplastia.

## ABSTRACT

Ambulatory hernioplasty refers to a surgical procedure that repairs a hernia without requiring the patient to stay overnight in the hospital. The selection criteria for ambulatory hernioplasty may vary depending on several factors, including the patient's overall health, the type and size of the hernia, and the surgeon's preference. In this

article we recap the selection criteria for ambulatory hernioplasty and eventroplasty.

**Keywords:** selection criteria, ambulatory surgery, hernioplasty, eventroplasty.

## INTRODUCCIÓN

Se define la cirugía mayor ambulatoria (CMA) como el conjunto de procedimientos quirúrgicos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que el paciente es admitido y dado de alta en el mismo día, sin pernoctar en el centro hospitalario. Se consideran sinónimos Cirugía de Día y Cirugía sin Ingreso<sup>1</sup>.

Con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y del procedimiento y, por tanto, la eficacia del sistema, se deben tener en cuenta una serie de factores que aconsejarán o no la indicación de cirugía ambulatoria en un paciente y patología en concreto.

En este capítulo se trata de resumir los criterios, tanto de inclusión como de exclusión, para intervenciones de reparación de pared abdominal en el sistema de cirugía ambulatoria.

Existen descritos en la literatura médica unos criterios generales aplicables a todas las intervenciones quirúrgicas, que pueden clasificarse en quirúrgicos, anestésicos y en relación con las características del paciente y su entorno social<sup>1,2</sup>.

## CORRESPONDENCIA

Elena Merino Díez  
Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu  
01009 Gasteiz, Araba.  
[elenamerino9410@hotmail.com](mailto:elenamerino9410@hotmail.com)

XREF

## CITA ESTE TRABAJO

Merino Díez E, Suarez Grau JM, de Jesús Gil A, Tallón Aguilar L, Mateo Retuerta J, Tkacikova E. Criterios de selección en cirugía mayor ambulatoria de pared abdominal. Cir Andal. 2024;35(2):80-83. DOI: 10.37351/2024352.2

### Criterios de inclusión:

#### 1. Criterios quirúrgicos:

- a. Intervenciones que no requieran una preparación preoperatoria compleja.
- b. Procesos sin gran pérdida de volumen anatómico o hemático (<500 ml).
- c. Cuidados postoperatorios sencillos aplicables en domicilio.
- d. Riesgo de complicaciones postoperatorias bajo.
- e. No requerimiento de tratamiento parenteral posterior.
- f. Dolor postoperatorio controlable con analgésicos orales.

#### 2. Criterios anestésicos:

- a. Pacientes ASA I, II y III estable. Podrían considerarse los ASA IV en caso de anestesia local.
- b. Duración de la intervención inferior a 90 minutos con anestesia general.

#### 3. Características del paciente.

- a. Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente o responsables para la intervención bajo cirugía ambulatoria.
- b. Paciente capacitado para entender el proceso y autocuidados postoperatorios.

#### 4. Entorno social:

- a. Soporte sociofamiliar: disponer de los cuidados de un adulto responsable durante el traslado al domicilio tras alta y durante las primeras 24 horas del postoperatorio.
- b. Disponibilidad de transporte.
- c. Distancia al Hospital desde domicilio inferior a 1 hora.
- d. Disponibilidad de teléfono y requisitos elementales de habitabilidad, confort e higiene.

### Criterios de exclusión:

#### 1. Absolutos:

- a. Paciente ASA III inestable o ASA IV con anestesia general o locorregional.
- b. Complicaciones anestésicas previas respiratorias o cardiovasculares.

c. Cardiopatía isquémica grado IV.

d. Antecedente de infarto agudo de miocardio en los seis meses anteriores.

e. Insuficiencia cardíaca congestiva grados III y IV.

f. Apnea del sueño con anestesia general y opiáceos postoperatorios.

#### 2. Relativos:

a. Diabetes mellitus con mal control metabólico.

b. EPOC severo (procesos con anestesia general).

c. Procesos psiquiátricos, drogadicción o alcoholismo severos.

d. Otros antecedentes de complicación anestésica.

e. Utilización de oxígeno domiciliario.

f. Tratamiento con anticoagulantes, IMAOs, corticoides o inmunosupresores.

g. Embarazo.

h. Antecedente de hipertermia maligna.

i. Epilepsia.

j. IMC mayor a 35.

k. Edad: pacientes muy ancianos tienden a tener mayor morbimortalidad.

La colocación de un drenaje en cavidad abdominal o en la herida quirúrgica, no debe suponer una exclusión para la ambulatorización del proceso, ya que con los controles postoperatorios correspondientes se mantiene la seguridad del mismo<sup>3</sup>.

En algunas ocasiones la contraindicación para la ambulatorización quirúrgica es por una suma de factores: quirúrgicos, anestésicos y aspectos sociales<sup>1</sup>.

Ante la existencia de dudas sobre la evolución del procedimiento, el paciente debe ser ingresado para control, aunque se haya planeado inicialmente una intervención bajo CMA.

## HERNIA INGUINOCRURAL

La hernia inguinocrural ha evolucionado de una intervención con ingreso a una cirugía en que la ambulatorización es el estándar, con una tasa de sustitución muy alta. Se trata de la patología que más se adapta al patrón ideal para realizar como cirugía mayor ambulatoria<sup>1</sup>.

Criterios de inclusión específicos:

- Tamaño: pequeñas (inferior o igual a L2 o M2 según la clasificación de la Asociación Europea de Hernias (EHS)), que no causen grave sintomatología y reductibles, tienen menor riesgo de complicaciones postoperatorias.
- No complicación: aquellas sin episodios previos de encarceración tienen menor riesgo de complicaciones.
- Reparación primaria: será más ventajoso a nivel quirúrgico y postoperatorio que la reparación de una hernia recidivada que se presume más compleja.
- No requerimiento de resección y anastomosis intestinal.

Criterios de exclusión específicos:

- Tamaño: Inguinoescrotales grandes (L3 o M3 según la clasificación de la Asociación Europea de Hernias) y/o que implique vísceras deslizadas.
- Multirrecidivadas.
- Pérdida de derecho a domicilio que requiere de previo empleo de técnicas como el neumoperitoneo progresivo.
- Complicadas: operadas de urgencias por encarceración y/o estrangulamiento, con o sin resección intestinal.

## OTRAS HERNIAS PRIMARIAS

Las hernias umbilicales, epigástrica, ventrales, y de Spiegel<sup>7</sup> también están indicadas en régimen ambulatorio, bien por vía abierta o por vía laparoscópica. Las localizaciones herniarias infrecuentes como las lumbares no serían una contraindicación de ambulatorización si no incumplen los criterios de CMA generales.

## EVENTRACIÓN

En las hernias incisionales es posible realizar una reparación bajo criterios de cirugía mayor ambulatoria igualmente<sup>1</sup>. Siempre teniendo en cuenta los criterios de selección y exclusión generales. Además, podemos listar algunos más específicos de esta patología.

Criterios de inclusión específicos:

- Eventración no complicada: no encarcerada o estrangulada, sin compromiso visceral.
- Eventración que no requiera de técnicas de preparación por pérdida de derecho a domicilio, como el neumoperitoneo progresivo y/o la aplicación de toxina botulínica.
- No requerimiento de resección y anastomosis intestinal.

Criterios de exclusión específicos:

- Eventración complicada, intervenida de forma urgente o emergente.
- Eventración con pérdida de derecho a domicilio que pueda provocar un aumento de la presión intraabdominal en el postoperatorio, comprometiendo la estabilidad hemodinámica del paciente.
- Retirada de un importante volumen de tejido anatómico: abdominoplastia necesaria asociada.
- Multirrecidivadas que supongan una reparación con mayor complejidad y riesgo de complicaciones.

Destacar, que en caso de requerir el empleo de neumoperitoneo progresivo y/o infiltración de toxina botulínica, será independiente de la reparación definitiva de la hernia. Es decir, estos procedimientos previos a la cirugía (colocación del catéter intraabdominal para el neumoperitoneo, infiltración de toxina botulínica, etc) sí pueden ser realizados bajo CMA<sup>2</sup>, independientemente de que el acto quirúrgico de reparación definitiva del defecto de la pared abdominal no se pueda ambulatorizar.

**Tabla 1. Criterios**

Criterios específicos	Hernia inguinocrural	Eventración
INCLUSIÓN	-Inferior o igual a L2 o M2 de la EHS. -Reductibles. -No episodios de complicación previos. -Reparación primaria. -No requerimiento de resección y anastomosis intestinal.	-Reductibles. -No episodios de complicación previos. -Reparación primaria. -No requerimiento de resección y anastomosis intestinal. -No pérdida de derecho a domicilio.
EXCLUSIÓN	-L3 o M3 de la EHS. -Vísceras deslizadas. -Multirrecidivadas. -Pérdida de derecho a domicilio. -Complicadas: intervención quirúrgica urgente o emergente.	-Pérdida de derecho a domicilio. -Retirada de un importante volumen de tejido anatómico: abdominoplastia necesaria asociada. -Multirrecidivadas.

## CONCLUSIONES

La ambulatorización de las intervenciones quirúrgicas de reparación de pared abdominal está demostrado que es posible sin disminuir la seguridad del paciente, siempre y cuando se realice una buena selección previa de los candidatos para la misma. Por este motivo, es importante conocer los criterios de inclusión y exclusión

de las diferentes patologías subsidiarias de ser realizadas en régimen de CMA. Esto supone una mejora en coste eficiencia del proceso asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchis Martin R, García Aguado R. Situación clínica: decúbito prono y bajo gasto. Sartd CHGUV Sesión de Formación Continuada. Valencia. 2007.(Criterios de selección de pacientes en CMA).
2. Smith I, McWhinnie D, Jackson I. Chapter 17 Developing Day Surgery. Day Case Surgery. 2011.
3. Lemos P, Jarrett P, Philip BK. Day surgery: Development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery; 2006.
4. Alvarez M, de Jesus A, Sanchez A, Suarez JM, Tinoco J, Díaz D, Tallón L Padillo FJ. Hernia inguinal y criterios extendidos de CMA. CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):515.
5. Carvajal J, Camuñas J, Ruiz-Huerta C, Martín-García M, Canto-Poncela M et al. La hernia umbilical en régimen de cirugía mayor ambulatoria: procedimiento seguro y de menor coste. CIR MAY AMB 2021; 26 (3): 154-163.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid.
7. Gómez AE, Afanador M, Carmona M, Borraez AM, Jodar CR, Lavado MI et al. Hernias de Spiegel: manejo en nuestro centro en cirugía mayor ambulatoria. CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):516.