INSPIRA NETWORK

cma
cirugía mayor ambulatoria
www.asecma.org

ORIGINAL

Recibido: Octubre 2016. Aceptado: Noviembre 2016

Factores relacionados con el alta precoz tras la reparación de hernia inguinal

Factors associated with early discharge after inguinal hernia repair

M. Magdaleno García[1], S. J. Robles Plascencia[2], M. D. Meléndez Delgado[3]

[1]Cirujano General. Unidad Médica de Atención Ambulatoria 55 (UMAA 55). Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). León Guanajuato. [2]Cirujano General. Hospital General Regional núm. 180. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tlajomulco, Jalisco. [3]Enfermera médico-quirúrgica. Instituto Mexicano del Seguro Social (UMAE núm. 1). León Guanajuato. México

Autor para correspondencia: ucmabajio@yahoo.com.mx

RESUMEN

Introducción: En México la hernioplastia inguinal ambulatoria es poco aceptada por cirujanos, ya que prefieren la vigilancia hospitalaria frente al alta precoz al domicilio por el índice de complicaciones y otros factores. Hay una normativa legislada para los pacientes (NOM-205- SSA1-2002) que pueden ser seleccionados para la cirugía ambulatoria.
Pacientes y métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo en pacientes con hernioplastia inguinal sin tensión (n = 50), operados entre diciembre del 2010 y febrero del 2011, en los que son evaluadas las variables tiempo de evolución de la hernia, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, dolor postquirúrgico y presencia de náuseas y vómitos posoperatorio, según el tipo adoptado de alta clínica: con hospitalización o con alta ambulatoria (alta precoz), siguiendo los criterios de alta de White y Song.
Resultados: 50 pacientes (42 hombres y 8 mujeres), con edad media de 54,3 años. De ellos, en 36 (72 %) con alta precoz (ambulatoria), 31 (86 %) tenían criterios para la ambulatorización, mientras que 5 (14 %) no cumplían con tales criterios. Los 14 restantes (28 %) quedaron hospitalizados, de los que sólo 6 (42 %) tenían criterios de hospitalización y 8 (57 %) no. De las variables estudiadas, sólo el dolor fue más patente en los ambulatorizados, con significación estadística (p = 0,05); no tuvieron significación estadística otras variables.
Conclusión: Los pacientes operados mediante hernioplastia libre de tensión pueden ser manejados de forma ambulatoria siguiendo los criterios de White y Song. El dolor fue el único factor relevante a considerar en aquellos que se pretendan ambulatorizar.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastia inguinal, alta precoz, cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico outpatient inguinal hernia repair is not widely accepted by surgeons prefer hospital surveillance against early discharge to home, the rate of complications and other factors. There is a legislated rules for patients (NOM-205-SSA1-2002) that can be selected for outpatient surgery.
Patients and methods: An observational analytical cohort prospective study in patients with tension-free inguinal hernia repair between December 2010 and February 2011 in the Bajio UMAE IMSS, n = 50, studying the variables: evolution time of hernia, surgical time, intraoperative complications, postoperative pain, nausea and vomiting after surgery and discharge management. Two categories: inpatient and outpatient, valuing the exit criteria for scale of White and Song.
Results: 50 patients, 42 men and 8 women, age 54.32 years. 36 (72 %) outpatients and 14 (28 %) in patients. Ambulatory criteria 31 (86 %) and hospitalization 6 (42 %). Of the variables only pain was significant (p = 0.05). The other variables were not significant.
Conclusions: This study shows that patients operated on by tension-free inguinal hernia repair can be managed on an outpatient basis using the criteria of White and Song. Pain was the only relevant factor.

Keywords: Inguinal hernia, inguinal hernia repair, early discharge, outpatient surgery.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una patología muy frecuente, más en hombres que en mujeres, en una proporción aproximada de 7:1, y suponen el 75 % de las hernias de pared abdominal (1,2). En México aún es poco aceptada la cirugía ambulatoria (alta precoz) del paciente operado de hernia inguinal, ya que se viene aceptando desde hace décadas que es más seguro la hospitalización del paciente por las posibles complicaciones que puedan aparecer, que remitirlo de forma precoz a su domicilio. Lo cierto es que ya existe una normativa (NOM-205-SSA1-2002) (3) desde hace varios años sobre los criterios a adoptar para el manejo ambulatorio de los pacientes cuando se les considera que pueden ser egresados.

Hace algo más de dos décadas quedaron establecidos los criterios de selección quirúrgica para el alta precoz de los pacientes con hernia inguinal según sus características clínicas, tipo de hospital y cuidados que precisan en el postoperatorio (4,5). De esta forma, se seleccionan a los pacientes candidatos para cirugía ambulatoria con regreso al domicilio en horas o en el mismo día, para reintegrarse lo más pronto posible a su vida familiar y actividades personales, ya que la cirugía con alta precoz no les afecta o modifica sus funciones vitales mientras permanecen en observación, casi siempre menos de 12 horas, o sin superar las 24 horas, alojados en camas no censables (de hospitalización), sin estancia nocturna y con el beneficio del menor coste para el área hospitalaria (3,6-8). De superar ese tiempo, se considera cirugía con hospitalización.

En cirugía ambulatoria, paciente y familia deben conocer los riesgos y cuidados que deben informárseles sobre la cirugía y el postoperatorio para su adecuado seguimiento, indicaciones de manejo y oportuno diagnóstico o tratamiento en caso de posibles complicaciones, además de mantener una comunicación con el hospital y médico que los atendió.

En cuanto a la técnica quirúrgica, la hernioplastia debe ser siempre la misma, tipo sin tensión, como la técnica de Cisneros (9) en nuestro grupo y experiencia; una buena alternativa que suma las ventajas de la técnica del "tapón" a lo Rutkow-Robins (10) con la de Lichtenstein (11), procedimientos habituales en este tipo de pacientes seleccionados con riesgo anestésico ASA I y II.

El dolor postoperatorio es el factor que suele condicionar el alta precoz, por lo que su control con analgesia multimodal disminuye su intensidad sin prolongar la estancia postoperatoria en observación por otras posibles complicaciones que la literatura señala como factores predictivos que aconsejan la hospitalización de los pacientes con hernioplastia sin tensión: edad avanzada, cirugía abdominal previa, concomitancia de enfermedad grave activa, existencia de adherencias por procedimientos previos, tiempo operatorio prolongado, cirugía abdominal asociada, ASA III/IV, etc. (12). Pero, también en la hernioplastia sin tensión pretendidamente "ambulatoria" (sin ingreso) pueden existir otros factores que condicionen la pretendida alta precoz y aconsejen la hospitalización: mayores de 50 años, antecedente de cirugía previa, sangrado intraoperatorio y dolor y náusea y vómito en el postoperatorio inmediato (7,8,12-14).

El objetivo de este estudio pretende identificar, prospectivamente, qué factores pueden interferir una prevista alta precoz de los pacientes operados de hernia inguinal sin tensión y acabar hospitalizados, así como evaluar en nuestro hospital si es adecuado el manejo ambulatorio de estos pacientes operados, especialmente los de alta precoz.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de cohorte, prospectivo, en una muestra de población seleccionada de pacientes operados de hernia inguinal con técnicas libres de tensión, desde diciembre de 2010 hasta febrero de 2011. La muestra seleccionable es de 50 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos: que acepten su inclusión en el estudio, mayores de 18 años sin limitación de edad salvo por niveles elevados de riesgo, con IMC (índice de masa corporal) menor de 35 kg/m^2, un nivel de riesgo anestésico ASA I-II, normalidad de la preceptiva evaluación preoperatoria de riesgos, y con el diagnóstico de hernia inguinal establecido por un cirujano general en la consulta externa, que al mismo tiempo justifique la adecuación de una técnica anestésica local o regional para la hernioplastia primaria y programada. Como criterios de exclusión: pacientes que no deseen participar en el estudio, los menores de 18 años, IMC mayor a 35 kg/m2, nivel de riesgo ASA III y IV, diagnóstico inseguro de hernia o ya operados de esa hernia con otro de tipo de plastia sin o con tensión, hernia bilateral, hernia de urgencia, necesidad de anestesia general y pacientes con patología respiratoria crónica o asmáticos.

A todos se les solicitó su autorización y firma del documento de consentimiento informado, y desde entonces se les incluyó en el estudio hasta completar la muestra calculada. El investigador no intervino en la decisión de ambulatorizar u hospitalizar al paciente. Se recopilaron datos demográficos habituales y analizaron variables: tiempo de evolución de la hernia (en meses), tiempo quirúrgico de apertura a cierre de piel (en minutos), complicaciones quirúrgicas intraoperatorias, especialmente el sangrado (valorado por el anestesiólogo mediante cuantificación aproximada), nivel cuantificado del dolor postoperatorio mediante una escala visual-analógica, náuseas y vómitos postoperatorios, posible perforación de asa contenida en saco herniario y la imposibilidad técnica para la hernioplastia. Por último, se aplicó a todos los operados la escala de puntuación postanestésica para el manejo ambulatorio según White y Song (12), a las 3, 6, 12 y 24 horas de postoperatorio, independientemente de que se les diera el alta precoz o se les hospitalizara. El control evolutivo de los pacientes se establece sistemáticamente por seguimiento telefónico y consulta al día siguiente, 8 y 45 días.

Tras la operación. y con arreglo a la citada escala clasificatoria (12), los pacientes fueron reunidos en 2: Grupo I, los seleccionados para el alta precoz, y Grupo II, los hospitalizados. Por decisión del cirujano responsable, los pacientes fueron agrupados en los de alta precoz domiciliaria y en los hospitalizados. A posteriori, en cada uno de estos grupos I y II se analizaron aquellos pacientes cuya alta fuera adecuada o inadecuada. Todos los pacientes de los Grupos I y II (con manejo ambulatorio y hospitalizados) y sus familiares recibieron las explicaciones sobre las medidas higiénicas, alimentarias y analgésicas (paracetamol 500 mg vía oral cada 6 horas durante tres días).

Toda la información obtenida se transcribió a una base de datos para realizar posteriormente el análisis estadístico, con el programa SPSS (Microsoft® v.10.5., EE. UU.). Para ello se determinaron frecuencias y porcentajes de las variables generales para el análisis estadístico descriptivo básico. Para el análisis bivariante se empleó el test Chi cuadrado para variables cualitativas con la prueba exacta de Fisher, cuando se requirió, y el test t de Student para la comparación de medias aritméticas de las variables cuantitativas de dos grupos. El nivel de significación se estableció con $p < 0,05$.

Técnica quirúrgica

Hernioplastia sin tensión de Lichtenstein (9,11,15): incisión transversa de 5 cm sobre el área del anillo inguinal externo, apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, disección del cordón y saco herniario e incisión del cremaster sin resecarlo. Tras invaginar el saco se coloca un cono con malla de prolene en el defecto, fijado con 4 puntos al margen del orificio herniario (hernioplastia híbrida de Cisneros [9, 10,15]) y a continuación se coloca (a lo Lichtenstein) la malla plana de polipropileno (8 x 16 cm), recortada entre los dos tercios mediales y el tercio lateral, para confeccionar las colas que se adaptarán al orificio interno, sobrepasándolo unos 5 cm para que permita reconstruir dicho orificio a modo de "neoanillo inguinal", ajustándola al cordón espermático en el hombre y al ligamento redondo en la mujer. La malla es suturada con monofilamento continuo (Prolene™ 2-0) desde el arco aponeurótico del transverso al tubérculo púbico (sobrepasándolo en 1-2 cm) y continuando por el ligamento inguinal hasta el orificio inguinal interno, donde termina la sutura; además, se fija con dos puntos (uno a la vaina anterior de recto y otro a la aponeurosis de oblicuo menor) y se finaliza la intervención cerrando los planos con sutura absorbible.

RESULTADOS

Para el estudio fueron incluidos 50 pacientes: 42 hombres (84 %) y 8 mujeres (16 %), con una edad media de 54 años (18-74) años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 27 kg/m2, y el tiempo de evolución clínica con la hernia de 21 meses. Con nivel de riesgo ASA I hubo 18 (36 %) pacientes, y 32 (64 %) enfermos en ASA II (Tabla I), siendo las hernias más frecuentes la del tipo Gilbert II, 20 pacientes (40 %), y en el Gilbert III, 13 pacientes (26 %). El resto de tipos herniarios ocuparon menores porcentajes (Tabla II).

Como antecedentes de interés, 8 pacientes (16 %) estaban operados por patología en el hemiabdomen inferior: 4 por apendicetomía previa, 3 tenían una plastia inguinal contralateral, una histerectomía y una sigmoidectomía, y el último, una mujer, operada de oclusión tubárica.

En las complicaciones intraoperatorias ya referidas (sangrado, perforación de asa herniada, imposibilidad para realizar la hernioplastia pretendida, etc.) sólo ocurrió el sangrado, cuya cantidad promedio estimada en los 50 procedimientos fue de 11 ml (0-35 ml). La duración del tiempo operatorio fue de 61 minutos de media (30-120 min) (Tabla III).

Los pacientes del Grupo I dados de alta ambulatoria (alta precoz) fueron 36 (72 %), y los del Grupo II, hospitalizados, 14 (28 %). En el Grupo I, de alta precoz, 31 (86 %) de ellos cumplían los criterios para manejo ambulatorio, mientras que no los cumplían 5 (14 %) pacientes.

TABLA I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

	MANEJO AMBULATORIO ADECUADO (n = 36)	MANEJO AMBULATORIO INADECUADO (n = 14)	SIGNIFICACIÓN "P"
SEXO (M:F)	32:5	10:3	n. s.
EDAD (AÑOS)	52	59	n. s.
IMC (kg/m²)	27	27	n. s.
ASA (I/II)	14-23	4-9	n. s.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE HERNIA (MESES)	18	29	n. s.

n. s.: no significativo

TABLA II

FRECUENCIA DE HERNIAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE GILBERT MODIFICADA POR RUTKOW-ROBINS

CLASIFICACIÓN	nº	%
I	2	4
II	20	40
II	13	26
IV	6	12
V	1	2
VI	8	16
VII	0	0

TABLA III

PROMEDIOS DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, SANGRADO Y TIEMPO QUIRÚRGICO

VARIABLES	nº	MEDIA	DESV. TÍP.
Tiempo de evolución (meses)	50	20,7	20,8
Sangrado	50	11,0	9,1
Tiempo quirúrgico (min)	50	61,3	23,9

En el Grupo II, de alta diferida (hospitalizados), sólo 6 pacientes (42 %) cumplían los criterios de hospitalización mientras que 8 enfermos (58 %) no se ajustaban a los criterios establecidos (12) (Figura 1 y Tabla IV). Es decir, los pacientes hospitalizados tuvieron proporcionalmente más criterios negativos (para no ser hospitalizados) que los que fueron a domicilio con alta precoz, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

En el postoperatorio inmediato, sólo 8 pacientes (16 %) presentaron náuseas o vómitos previos al alta, de los cuales 4/31 (13 %) son del grupo con alta ambulatoria adecuada, y los otros 4/5 (80 %), del grupo de manejo ambulatorio inadecuado, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) (Figura 2). En el grupo hospitalizado no hubo ninguna complicación. Por tanto, parece determinante en nuestro estudio que los pacientes propuestos para el alta ambulatoria exige un manejo adecuado aun cumpliendo los criterios exigibles para ella, para el control del vómito. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el retraso en el manejo ambulatorio que obligó a la hospitalización de los pacientes y la presencia de antecedentes quirúrgicos en el abdomen inferior ($p > 0,05$).

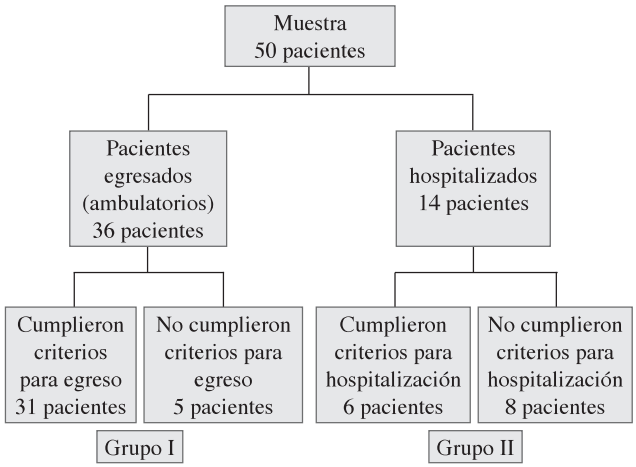

Fig. 1. Localización de pacientes según adecuado manejo ambulatorio.

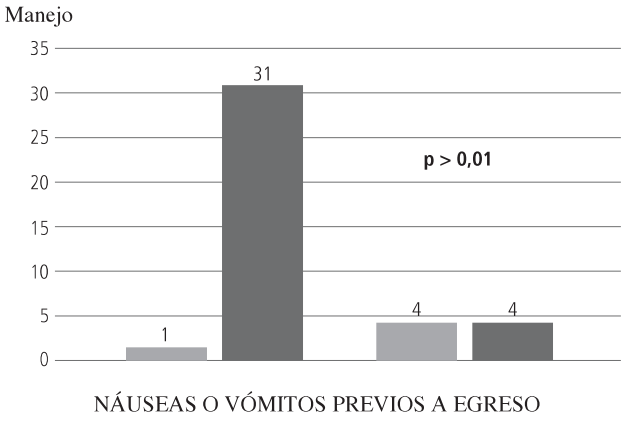

Fig. 2. Porcentaje de pacientes que presentaron náuseas o vómitos previos a egreso según el manejo ambulatorio.

En cuanto a la evaluación del dolor inguinal postoperatorio a través de la escala visual analógica, se hicieron registros a las 3, 6, 12 y 24 horas, y cuyas intensidades medias fueron de 2,36, 3,54, 2,76 y 2,06, respectivamente (Figura 3). Dentro de las variables estudiadas para el alta con adecuado manejo ambulatorio, el dolor percibido por los pacientes del Grupo I (manejo ambulatorio) fue de más intensidad respecto al notado por los enfermos del Grupo II (hospitalizados), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,05$). En cuanto al tiempo de evolución clínica con la hernia, el tiempo consumido para la intervención quirúrgica y las complicaciones quirúrgicas intraoperatorias fueron similares en ambos Grupos I y II, sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla V).

Ninguno de los pacientes del estudio presentó complicaciones postoperatorias que necesitaran asistencia en Servicio

TABLA IV

ESCALA DE RECUPERACIÓN RÁPIDA DE WHITE-SONG

NIVEL DE CONCIENCIA	PUNTOS
Consciente y orientado	2
Despierta con una estimulación mínima	1
Sólo responde a estimulación táctil	0
ACTIVIDAD FÍSICA	
Capacidad para mover las cuatro extremidades a requerimiento	2
Cierta debilidad en el movimiento de las extremidades	1
Incapacidad para mover voluntariamente las extremidades	0
ESTABILIDAD HEMODINÁMICA	
Presión arterial < 15 % de la PAM inicial	2
Presión arterial 15-30 % de la PAM inicial	1
Presión arterial < 30 % de la PAM inicial	0
ESTABILIDAD RESPIRATORIA	
Capacidad para inspirar aire profundamente	2
Taquipnea, con tos adecuada	1
Disnea con tos débil	0
SATURACIÓN OXÍGENO	
Mantenimiento saturación de O_2 > 90 % con aire ambiente	2
Necesidad de administrar oxígeno suplementario (cánulas nasales)	1
Saturación de O_2 < 90 % con O_2 suplementario	0
EVALUACIÓN DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO	
Molestias leves o existentes	2
Dolor moderado o intenso controlado con analgésicos endovenosos	1
Dolor intenso persistente	0
SÍNTOMAS MÉDICOS EN EL POSTOPERATORIO	
Náuseas leves o inexistentes, sin vómitos activos	2
Vómitos o arcadas transitorios	1
Náuseas y vómitos moderados o intensos, de manera persistente	0

Es necesario una puntuación mínima de 12 y que ninguna puntuación sea inferior a 1

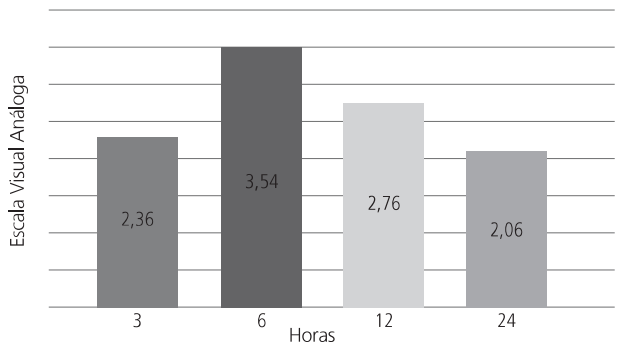

Fig. 3. Valoración del dolor según la escala visual numérica análoga.

TABLA V

ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES CON EL ADECUADO MANEJO AMBULATORIO

VARIABLES	MEDIA ARTIM.	SIGNIFICACIÓN
Tiempo de evolución (meses)	21	n. s.
Tiempo quirúrgico (minutos)	61	n. s.
Dolor postquirúrgico (escala AV en mm)	2,7	0,05
Complicación (sangrado)	11	n. s.
Náusea o vómito	4	n. s.

n. s.: no significativo

de Urgencias durante los diez días posteriores a la cirugía, fecha en que se les retiran los puntos de la herida. Tampoco hubo complicaciones postoperatorias precoces en el seguimiento llevado en consultas de cirugía general hasta un promedio de 45 días tras el alta.

DISCUSIÓN

Desde la introducción de los materiales protésicos por Usher (16) en 1958 (poliéster, polipropileno), la hernioplastia inguinal clásica de Bassini (17) ha sido notablemente modificada con la pretensión de encontrar procedimientos más seguros, efectivos y con menos complicaciones.

En este sentido, con una adecuada selección de los pacientes, la hospitalización prolongada puede ser sustituida de forma eficiente por el alta precoz o ambulatoria, es decir sin ingreso, evitando así las conocidas incomodidades para el paciente y familiares por la hospitalización, y generando una mejora en la gestión de las camas hospitalarias, con menor coste.

El presente estudio pretende señalar que el manejo ambulatorio es un procedimiento notablemente difundido y seguro para los pacientes operados de hernia inguinal. Para ello es importante el control del dolor junto a otras variables que pueden contraindicar el alta ambulatoria (sin ingreso), como se observa en los pacientes de edad avanzada o con cirugía previa en el hemiabdomen inferior, el tiempo de evolución clínica de la hernia, el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio, las náuseas y vómitos posoperatorios, etc. En los casos de alta precoz (sin hospitalización), los pacientes disponen de una atención médica preferente para controlar y reducir la potencial morbilidad por la técnica o las comorbilidades, el dolor posoperatorio, e incluso la incapacidad funcional transitoria y la calidad de vida (6,11-15).

En este sentido, Fränneby y cols. (6) en 206 pacientes con hernioplastia inguinal ambulatorizada, encuentran 190 complicaciones y, de ellas, 32 necesitan atención médica. Por ello justifican la importancia del cuidado postoperatorio para reducir o evitar dichas complicaciones.

Sin embargo, Hernández y cols. (7), en un estudio de cohorte prospectivo sobre 609 pacientes con hernioplastia inguinal sin tensión, encuentran mejores resultados en el grupo de pacientes ambulatorizados frente al grupo de corta estancia (hospitalizado) (7).

En contraste, el extenso estudio prospectivo, Pavliv y cols. (8) señalan que al 53 % de los pacientes no se les puede dar el alta precoz, y que el 20 % de ellos muestran un fracaso manifiesto del manejo ambulatorio (14). En nuestro estudio encontramos que 13 (26 %) pacientes fueron inadecuadamente dados de alta precozmente u hospitalizados por no cumplir los criterios adecuados de alta precoz ni de hospitalización.

Kurzer y cols. (18), en un estudio prospectivo, señalan que entre los pacientes mayores de 70 años y los menores de 50 años dados de alta precoz no encuentran diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor y la aparición de complicaciones. En nuestro estudio tampoco hubo diferencias destacables en cuanto a la edad y el alta precoz. Por tanto, la edad no es factor limitante. De la misma forma, Sinha y cols. (13) estudian a 588 pacientes sometidos a plastia inguinal con alta precoz, comparando a los mayores y menores de 70 años sin encontrar tampoco diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones y nivel de satisfacción, incluidos los ASA III, lo que contrasta con la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria (3), que sólo permite la inclusión de pacientes ASA I y II.

Jaffer y cols. (19) hallan el 10 % de fracasos en el manejo ambulatorio por desinformación del paciente, con un procedimiento que no condicionaba mayor dolor que en los pacientes hospitalizados. El fracaso se puede reducir, incluso anular, informando adecuadamente al paciente de que dispondrá del contacto telefónico recíproco desde su domicilio. En nuestro estudio encontramos que el paciente no tenía conocimiento de hasta qué nivel de dolor debería tolerar en su domicilio ni a partir de qué nivel debería acudir al Servicio de Urgencias, lo que indica una inadecuada información sobre el curso del postoperatorio.

De acuerdo con los criterios de alta precoz propuestos por White y Song (12) (Tabla IV), la aplicación de las normas permitirá que la evaluación postoperatoria en el área de recuperación quirúrgica agilice el flujo de pacientes, optimizando el control de la mejoría clínica durante el tiempo de estancia y el coste. En este sentido, al aplicar dichos criterios se excluyen del alta precoz a los pacientes con hernia de evolución prolongada (más complejas), tiempo quirúrgico mayor, complicaciones intraoperatorias, náusea y vómito, y dolor moderado en el postoperatorio precoz.

En el presente estudio no hubo complicaciones relevantes. El sangrado intraoperatorio no fue llamativo, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,06$), resultando, por otra parte, clínicamente "interesante" porque podría haberlo sido si la muestra de pacientes hubiese sido algo mayor.

En hospitales que contemplen para el procedimiento quirúrgico la realización de las hernioplastias inguinales, el manejo ambulatorio debe estar protocolizado y aplicado según los criterios establecidos, tanto internacionales como en la normativa mexicana, para conseguir una mayor optimización en los resultados pretendidos.

Con este modesto trabajo se ha querido indicar que aún existen limitaciones en la decisión del alta precoz para el manejo ambulatorio de los pacientes, motivo por el que se deberá potenciar la enseñanza y actualización permanente de esta modalidad de alta (cirugía ambulatoria) para el paciente con hernioplastia inguinal.

CONCLUSIONES

- La plastia inguinal libre de tensión es un procedimiento seguro en pacientes seleccionados, permitiéndoles el alta precoz sin que la decisión sea influenciada por la posible aparición de complicaciones en pacientes de edad avanzada, largo tiempo de evolución de la hernia, tiempo quirúrgico mayor al habitual, presencia de náusea en el postoperatorio inmediato, controlable con fármacos, o un sangrado en el transoperatorio ligeramente mayor a lo común.
- En nuestro estudio, el dolor fue la única variable estadísticamente significativa para el manejo ambulatorio de los pacientes. El control adecuado del mismo incluso con analgesia multimodal produce resultados favorables.
- La adecuada selección de los pacientes para el procedimiento técnico estandarizado y el manejo ambulatorio siguiendo los criterios de White-Song evita ingresar pacientes con criterios de alta precoz y aumento del coste y, al contrario, dar altas a pacientes sin criterios de ambulatorización, incrementando el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell F. Hernia inguinocrural. 1.ª ed. Valencia, Es: Ethicon; 2001. p. 127-34.
2. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al. Schwartz Principios de Cirugía. 8ª. ed. EE. UU. McGraw-Hill; 2005.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Fecha de publicación: 27 de julio de 2004. Vigente.
4. Davis JE, Sugioka K. Selecting patients for major ambulatory surgery. Surg Clin North Am 1987;67:721-32.
5. NyhusLM, Baker RJ, Fischer JE. El dominio de la cirugía. 3.ª ed. Madrid: Médica panamericana; 1999. p. 1187-99.
6. Fränneby U, Gunnarsson U, Wollert S, Sandblom G. Discordance between the patient´s and surgeon´s perception of complications following hernia surgery. Hernia 2005;9:145-9.
7. Hernández GP, Quintáns RA. Early complications in tension free hernioplasty: Comparasion between ambulatory and short-stay surgery. Hernia 2000;4:238-41.
8. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors affecting discharge time in adult outpatients. Anesth Analg 1998;87:816-26.
9. Cisneros MH, Mayagoita GJ, Suarez FD. Hernioplastia inguinal híbrida libre de tensión, «De Cisneros». ¿La mejor opción para evitar las recurrencias? Cirujano General 2003;25(2):163-8.
10. Rutkow IM, Robbins AW. Classification systems and groin hernias. Surg Clin North Am 1998;78(6):1117-27.
11. Lichtenstein Il. Inmediate ambulation and return to work following herniorraphy. Ind Med Surg 1996;33:754-9.
12. White PF, Song D. New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: A comparasion with the modified Aldrete´s scoring system. Anesth analg 1999;88:1069-72.
13. Sinha S, Srinivas G, Montgomery J, DeFriend D. Outcome of day-case inguinal hernia in elderly patients: How safe is it? Hernia 2007;11:253-6.
14. White PF. Pain Management after ambulatory surgery: Where is the disconnect? Can J Anesth 2008;55(4):201-7.
15. Mayagoitia GJC, Amid PK, Cisneros MHA. Hernias de la pared abdominal: tratamiento actual. México: McGraw-Hill; 2003. p. 77-83.
16. Usher F, Ochsner J, Tuttle L. Use of Marlex mesh in the repair incisional hernias. Am Surg 1958;24:969-74.
17. Bassini E. Nuovo metodo operativo per la cura dell´ernia inguinale. Padua, Italy: Prosperini; 1889.
18. Kurzer M, Kark A, Hussain ST. Day-case inguinal hernia repair in the elderly: A surgical priority. Hernia 2009;13:131-6.
19. Jaffer U, Elmgherbee A, Wilding R, Cameron AE. Audit of patient experience of day-case inguinal hernia repair. Hernia 2008;12:79-82.