

La anestesia local con sedación como técnica de primera elección en la cirugía de hernia inguinal en régimen ambulatorio: rápida recuperación postoperatoria, alta seguridad y optimización de recursos

Local anesthesia with sedation as elective procedure in day case groin hernioplasty: quick postoperative recovery, high security and saving resources

M. C. Palos Campos, M. Arance García, A. M. Rodríguez Archilla, R. Muñoz Estévez, J. M. Cordero Lorenzo, F. Docobo Durántez

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Duques del Infantado. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Autor para correspondencia: malenarance@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La anestesia local con sedación (ALS) se considera la técnica "gold estándar" en la hernioplastia inguinal unilateral abierta, a pesar de que la anestesia raquídea (AR) sigue siendo la técnica más empleada en la práctica clínica diaria. La ALS parece aportar importantes ventajas con respecto a la AR, especialmente en el ámbito de la cirugía sin ingreso (CSI). El objetivo de este trabajo es demostrar los beneficios de ALS frente a AR en la hernioplastia inguinal en cuanto a los tiempos postoperatorios y las complicaciones postoperatorias en una unidad quirúrgica que realiza el 100 % de su actividad en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Material y método: 25 pacientes sometidos a hernioplastia inguinal con ALS y 25 con AR fueron incluidos en un estudio observacional retrospectivo comparativo. El estado clínico (ASA), el tipo de anestesia, los tiempos de recuperación en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), en la Unidad de Readaptación al Medio (URM) y durante su convalecencia en domicilio fueron comparados. Se registró cualquier complicación detectada en el período postoperatorio hasta el alta definitiva en ambos grupos.

Resultados: Todos los pacientes fueron intervenidos según lo previsto. El tiempo de estancia media en URPA y URM, así como el tiempo transcurrido para recuperar la actividad normal tras la intervención, fueron significativamente inferiores en el grupo ALS. Las complicaciones fueron menos frecuentes y menos severas en el grupo ALS.

Conclusión: Este trabajo afianza la ALS como técnica más adecuada que la AR para la intervención de hernia inguinal unilateral abierta en régimen de CMA.

Palabras clave: Hernioplastia inguinal, Cirugía Mayor Ambulatoria, anestesia local, complicaciones postoperatorias, recuperación postoperatoria.

ABSTRACT

Introduction: Local anesthesia with sedation (LAS) is the "gold standar" anesthetic technique in open groin hernioplasty, even if raquidea anesthesia (RA) is actually the most frequent anesthesia technique at the moment. LAS could contribute several advantages in this procedure especially in day case surgery. The main goal of this report is to show the benefits of LAS for groin hernioplasty regarding postoperative recovery times and outcomes in an only outpatient surgery unit.

Material and methods: A 25 LAS group and a 25 RA group were enrolled in this observational retrospective comparative study. The clinical status (ASA), anesthetic technique, the Postanesthetic recovery Unit (PARU) recovery time, time before discharge, and time required to normal activity were compared. Any postoperative outcome was recorded.

Results: All patients were operated as planned. Recovery times were shorter in the LAS group. Outcomes were more infrequent as well less severe in the LAS group.

Conclusion: This report demonstrates that LAS is the most suitable anesthetic technique for unilateral open groin hernioplasty in Day case.

Keywords: Inguinal hernia repair, Ambulatory surgery, local anesthesia, outcomes, postoperative recovery.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se estima que más de 20 millones de intervenciones de hernia inguinal (HI) o femoral se realizan en todo el mundo cada año (1). La técnica quirúrgica más aceptada para el tratamiento abierto de hernia inguinal es la técnica sin tensión y con inserción de prótesis, ya que aporta resultados óptimos en cuanto a la tasa de recurrencia, la incidencia de dolor crónico y el tiempo de recuperación postoperatorio. Por otro lado es realizable con anestesia local con sedación (ALS), permitiendo la deambulación precoz y favoreciendo la cirugía sin ingreso (CSI) (2-5).

Según las guías publicadas por la European Hernia Society, la técnica anestésica de elección en la hernioplastia abierta es la ALS, aunque con consideraciones especiales en pacientes muy ansiosos, en obesidad y en los casos de hernia incarcerada (6). Sin embargo, en la práctica habitual, la elección de la técnica anestésica para la cirugía de la HI puede variar en función de factores como las preferencias del paciente y del cirujano, la factibilidad de la técnica en un paciente dado, el tamaño de la hernia y sus características anatómicas, el tiempo de recuperación, el control del dolor postoperatorio, la morbilidad postoperatoria y los costes (7,8). Habitualmente las técnicas regionales, tanto centrales como periféricas, y los bloqueos del campo quirúrgico con AL suelen combinarse con sedación, y muchos autores la consideran, a día de hoy, el procedimiento de elección en la cirugía de las hernias inguino-cruales (8-10). No obstante, la anestesia raquídea sigue siendo la técnica anestésica más habitual por su efectividad intraoperatoria en la hernioplastia inguinal. Aun así, conviene no olvidar que los efectos residuales de dicha anestesia pueden contribuir a que se retrase la deambulación y producir mareos, retención urinaria y alteraciones del equilibrio (11), todos ellos con un fuerte impacto en el ámbito de la cirugía sin ingreso (CSI). El empleo de técnicas de bloqueo selectivo anestésico utilizadas en la anestesia local y sedación pretende reducir las complicaciones de otras técnicas anestésicas y mejorar los resultados, manteniendo el confort perioperatorio del paciente y reduciendo los periodos de incapacidad laboral (11,12). Si bien es cierto que no están exentas de efectos secundarios, estos suelen ser más leves e infrecuentes que en el caso de procedimientos más invasivos. El objetivo de este trabajo es establecer la mayor efectividad del bloqueo locorregional con sedación frente a la anestesia raquídea en la cirugía de hernia inguinal, en cuanto al manejo postoperatorio y los tiempos de estancia hospitalaria en una unidad de CMA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo comparativo que incluyó 50 pacientes varones, de edades comprendidas entre 18 y 75 años, programados para ser intervenidos de hernia inguinal primaria directa o indirecta según clasificación de la European Hernia Society entre el 1 de enero y el

28 de febrero de 2016. La técnica quirúrgica empleada fue la cirugía abierta sin tensión con implante de malla reabsorbible descrita por Lichtenstein (13). Se dividieron en dos grupos según la técnica anestésica empleada: anestesia local y sedación (ALS) en 25 pacientes y anestesia raquídea (AR) en los otros 25 pacientes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del centro de referencia Hospital Universitario Virgen del Rocío (Av. Manuel Siurot, CP 41013, Sevilla).

Los pacientes incluidos habían sido seleccionados para el programa de CSI de nuestro hospital tras ser evaluados por un cirujano y un anestesista específicos de la unidad de CMA. En ningún caso existía contraindicación para la realización de anestesia local con sedación o anestesia raquídea. La elección de la técnica anestésica dependió de factores relacionados con la preferencia del cirujano, del anestesista o del paciente.

En el grupo Anestesia Local con Sedación se empleó una aguja espinal con punta tipo Quincke 19G de 9 mm con la que se procedió al bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico a tres centímetros medial a la espina ilíaca anteriosuperior. Se administraron hasta 20 ml de solución anestésica bupivacaína 0,125 % con lidocaína 0,5 % tras apreciar dos "clicks" correspondientes a las fascias de Scarpa en primer lugar y, en segundo lugar, a la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Posteriormente se infiltró en un punto 2 cm superior y 2 cm lateral a la sínfisis del pubis. En este punto se infiltraron entre 10 y 15 ml de la misma mezcla anestésica lográndose la anestesia del nervio genitofemoral (Figura 1). Esta misma concentración anestésica se empleó para infiltración subcutánea de la región a intervenir hasta un máximo de 0,5 ml/kg de la mezcla para el bloqueo completo. Para mejorar el confort del paciente se procedió a la sedación del paciente con perfusión intravenosa de propofol con un sistema de Target Controlled Infusion (TCI), alcanzando una concentración diana en sangre de entre 0,8 y 1,5 mcg/ml. Los pacientes se mantuvieron en ventilación espontánea con suplemento de oxígeno 100 % mediante gafas nasales.

En el grupo Anestesia Raquídea se administró entre 7,5-8 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5 % a nivel intratecal L3-L4 o L4-L5 con aguja Whitacre punta de lápiz 25G de 90 mm. En este grupo no se precisó sedación intravenosa en ningún caso.

Todos los pacientes pasaron a Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) desde donde se les dio el alta a Unidad de Readaptación al Medio, según los criterios de Aldrete (14). Finalmente fueron dados de alta al domicilio cuando cumplían más de 9 puntos de la escala modificada de PADSS (Post-Anesthesia Discharge Scoring System) (15). La micción espontánea fue un criterio de alta domiciliaria en pacientes mayores de 50 años que habían recibido anestesia raquídea. Se llevó a cabo un seguimiento postoperatorio según el protocolo de la unidad, con llamada

telefónica en las 24 h posteriores a la cirugía, y con una cita reglada de Cirugía General un mes tras la intervención. En los casos en los que se consideró necesario se citó al paciente para revisión en el segundo mes tras la cirugía. Todos los pacientes recibieron el alta médica en ese plazo de tiempo como máximo.

Las variables estudiadas fueron el estado clínico según American Society of anesthesiologists (ASA), la técnica anestésica (ALS o AR), el tiempo de estancia en la URPA (minutos), el tiempo de estancia en la Sala de Readaptación al medio (horas) y el tiempo hasta recuperación de actividad normal (días). Asimismo se registró cualquier incidencia referida por el paciente o detectada por el personal de la unidad que pudiese guardar relación con el procedimiento anestésico o quirúrgico sucedida hasta el alta definitiva.

Para el análisis estadístico se empleó el test exacto de Fisher para las variables ASA y tipo de anestesia. Para el estudio de los tiempos de recuperación postoperatorios se aplicó el test T- Student.

RESULTADOS

Ningún paciente en el grupo de estudio se clasificó como ASA I; el 72 % de los pacientes en el grupo ALS y el 80 % de los pacientes del grupo AR fueron ASA II. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en este aspecto (Test exacto de Fisher).

Los tiempos de recuperación de cada paciente en las distintas estancias previas al alta hospitalaria en la CMA y tras el alta domiciliaria se muestran en la Tabla I.

De los 25 pacientes que se sometieron a ALS, el 28 % (7 pacientes) permanecieron menos de 30 minutos en la URPA, el 72 % restante (18 pacientes) tuvieron una estancia de entre 30 minutos y 1 hora, siendo éste el tiempo máximo de estancia en URPA en este grupo. En contrap-

sición, ningún paciente del grupo AR fue dado de alta de la URPA antes de 30 minutos y hasta un 48 % de los pacientes requirieron más de una hora de recuperación en la URPA. La media de estancia en la URPA para los pacientes intervenidos con ALS fue de 37,4 minutos y de 66,8 minutos en el grupo AR ($p < 0,05$).

Ningún paciente sometido a ALS permaneció más de 3 horas en la unidad de readaptación al medio. La media de estancia fue de $1,567 \pm 0,4823$ horas. En el grupo sometido a AR, un 44 % de los pacientes requirieron una estancia superior a 3 horas en la sala de readaptación al medio. La media de estancia de estos pacientes fue de $2,929 \pm 1,056$ horas ($p < 0,05$).

Por último, con respecto al tiempo de recuperación en domicilio, en el grupo ALS el 84 % (21 pacientes) tuvieron un periodo de recuperación en domicilio de 30 días con una media de $32,12 \pm 5,324$ días.

Por otro lado, en el grupo AR, hasta un el 36,9 % de los pacientes precisaron entre 45 y 60 días para alcanzar la recuperación completa en su domicilio. La media de recuperación $38,10 \pm 11,45$ días, 5,2 días más que en ALS ($p < 0,05$).

Las complicaciones postoperatorias detectadas más frecuentes fueron hematoma en el área quirúrgica (12 % en ALS y 20 % en AR) y bloqueo periférico prolongado en el 32 % de los pacientes del grupo AR. En el grupo ALS se detectó bloqueo imprevisto de nervio femoral en 6 casos (24 %); en estos casos se les explicó al paciente y familiares las medidas específicas para evitar caídas y se dio el alta a domicilio. En el grupo AR se dieron 5 casos de retención urinaria (20 %). Ninguna de estas complicaciones requirió ingreso y todas fueron resueltas por el personal de la unidad. Las complicaciones detectadas tras el alta domiciliaria se muestran en la Tabla II. No hubo casos de reingreso hospitalario en esta serie de pacientes. Todas las complicaciones fueron resueltas por el personal de la unidad de CMA.

TABLA I

TIEMPOS DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA SEGÚN LA TÉCNICA ANESTÉSICA

TIPO DE ANESTESIA	TIEMPO EN UNIDAD REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA (MINUTOS)				TIEMPO EN SALA READAPTACIÓN AL MEDIO				TIEMPO DE RECUPERACIÓN EN EL DOMICILIO (DÍAS)		
	< 30	30-60	60-120	> 120	< 2	2-3	3-4	> 4	30	30-45	45-60
LOCAL + SEDACIÓN	28 % (7)	72 % (18)	0 %	0 %	72 % (18)	28 % (7)	0	0	84 % (21)	8 % (2)	8 % (2)
RAQUÍDEA	0 %	52 % (13)	40 % (10)	8 % (2)	24 % (6)	32 % (8)	20 % (5)	24 % (6)	64 % (16)	0	36 % (9)

TABLA II

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS EL ALTA DOMICILIARIA

GRUPO DE ESTUDIO	Tª > 37,5 °C	HEMATOMA	CEFALEA	DOLOR EVA > 3	INFECCIÓN HERIDA
ALS	12 % (3)	12 % (3)	0	4 % (1)	8 % (2)
AR	16 % (4)	20 % (5)	16 % (4)	8 % (2)	4 % (1)
TOTAL	14 % (7)	16 % (8)	8 % (4)	10 % (5)	6 % (3)

DISCUSIÓN

La técnica quirúrgica de elección en nuestra unidad para el proceso hernia inguinal unilateral abierta es la técnica de Lichtenstein con inserción de malla reabsorbible. Para ello, la ALS es el método anestésico de primera elección en nuestro centro hospitalario, donde el 100 % de la actividad quirúrgica se realiza en régimen de CMA. En este punto, nuestra práctica clínica concuerda con lo ampliamente indicado para este procedimiento, aunque la situación real en nuestro país a este respecto está muy alejada de las recomendaciones, ya que la AR es actualmente la técnica más empleada (7). La anestesia subdural se realiza también ocasionalmente en nuestro centro quirúrgico; su indicación en estos casos viene determinada por la preferencia del paciente, cirujano o anestesista.

Este trabajo compara dos procedimientos anestésicos realizados de manera ambulatoria (ALS y AR), con un mismo número de pacientes incluido en cada grupo de estudio. Todos los pacientes se intervinieron según lo previsto y ninguno requirió conversión a anestesia general durante la intervención.

Nuestro estudio confirma que la ALS tiene mejores resultados en cuanto a los tiempos de estancia postoperatoria en el hospital con respecto a la AR. El tiempo de estancia de los pacientes en la URPA fue llamativamente superior en los pacientes sometidos a AR, llegando casi a duplicar la media de tiempo de estancia en minutos; el 48 % de este grupo permanecieron en la URPA por un tiempo superior a una hora, mientras que en el grupo ALS ningún paciente necesitó más de una hora para alcanzar los criterios de alta de la URPA.

Por otro lado, todos los pacientes del grupo ALS fueron dados de alta desde la unidad de readaptación al medio en un tiempo igual o menor a 3 horas. Sin embargo, en el grupo de AR, hasta un 44 % estuvieron más de 4 horas en la unidad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La media de estancia en la URM para el grupo ALS fue de $1,567 \pm 0,4823$ horas y $2,929 \pm 1,056$ con significación estadística ($p < 0,05$). Nuestros datos son similares a los obtenidos en estudios previos. Nordin y cols. (9) establecieron en un estudio randomizado una media de estancia en

hospital de 3,1 h para ALS frente a 6,2 h de estancia para AR. En nuestro trabajo, estos tiempos son incluso inferiores para los dos procedimientos anestésicos, no teniendo ningún caso de ingreso inesperado ni de reingreso tras el alta en nuestro grupo de pacientes. Estos resultados han sido corroborados en otros trabajos publicados recientemente (16). En nuestra práctica clínica el tiempo de estancia en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es un dato muy a tener en cuenta, ya que desarrollamos actividad de mañana y tarde y es habitual la intervención de hernia inguinal abierta a partir de las 15:00. El alta precoz de los pacientes intervenidos en horario de mañana permite una optimización de los recursos, ya que en las instalaciones de la unidad está disponible la actividad quirúrgica programada de 15:00 a 20:00.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias registradas, los pacientes del grupo AR presentaron en un 20 % de los casos de retención urinaria. Ésta es una complicación propia de la anestesia subaracnoidea, con una frecuencia entre 20 y 27 % (10,17,18). El sobreempleo de la AR se asocia, según estudios aleatorizados y datos epidemiológicos, con un aumento de la morbilidad y complicaciones médico-urológicas, en especial en mayores de 65 años (19). Este hecho nos ha llevado a considerar la diuresis espontánea como un criterio de alta en los pacientes varones de más de 50 años que se someten a anestesia raquídea en nuestro centro. Se trata de una complicación que supone un retraso en el alta y genera mucho disconfort en los pacientes. Además, requiere en ocasiones sondaje vesical con sus potenciales complicaciones. Todo ello contribuye a una peor calidad asistencial y a un descenso del grado de satisfacción de los pacientes y los profesionales, ambos piezas claves para el buen desarrollo de los programas de CMA.

Otro efecto secundario detectado en nuestro grupo de pacientes fue el bloqueo periférico prolongado, con una incidencia ligeramente superior en el grupo AR (8 pacientes) frente al grupo ALS (6 pacientes). El bloqueo prolongado en ALS como consecuencia de bloqueo inadvertido del nervio femoral no retrasa el alta a domicilio en nuestro caso. La información al paciente acerca de lo sucedido y de los cuidados y precauciones específicas para evitar lesiones en domicilio nos permiten un alta domiciliaria en las mismas condiciones de seguridad que pacientes que no han padecido este efecto indeseable. Este punto no es posible en

el caso del bloqueo prolongado en AR, donde el paciente debe estar bajo atención hospitalaria hasta deambulaci3n total. En nuestro trabajo ning3n paciente presentaba bloqueo motor en la llamada postoperatoria realizada desde el hospital 24 h tras la cirug3a. La incidencia de cefalea fue de un 8 % (4 pacientes), todos sometidos a AR. Los datos referidos a dolor postoperatorio, hematoma de la herida quir3rgica, infecci3n de la herida quir3rgica y fiebre, fueron similares en ambos grupos de estudio y en ninguno de los dos grupos se registraron secuelas tras el alta definitiva por el cirujano.

Todos los pacientes fueron dados de alta en un tiempo m3ximo de dos meses sin registrarse morbilidad asociada al procedimiento quir3rgico, el tiempo de recuperaci3n de la actividad diaria fue ligeramente inferior en los pacientes del grupo ALS ($p < 0,05$), lo cual podr3a tener un impacto favorable en los costes socio-laborales de la intervenci3n.

En conclusi3n, la ALS ha demostrado tener ventajas como t3cnica anestesia de elecci3n en la hernioplastia inguinal abierta. Reduce su tiempo de recuperaci3n postoperatoria a corto y largo plazo y disminuye las complicaciones y efectos indeseables con respecto a la AR. La reducci3n de tiempos de recuperaci3n hace esta t3cnica m3s coste-efectiva, un dato que apoya m3s, si cabe, la promoci3n de la ALS como t3cnica de elecci3n en hernioplastia inguinal por su simplicidad y seguridad, especialmente en el 3mbito de la cirug3a sin ingreso.

BIBLIOGRAF3A

1. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmstr3m J, Andersen FH, Wara P, et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet* 2001;358(9288):1124-8.
2. Kark AE, Kurzer MN, Belsham PA. Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantage of ambulatory open mesh repair in local anaesthesia. *J Am Coll Surg* 1998;186(4):447-55.
3. Callesen T, Bech K, Kehlet H. One-thousand consecutive inguinal hernia repairs under unmonitored local anaesthesia. *Anesth Analg* 2001;93(6):1373-6.
4. Kingsnorth AN, Porter C, Bennett DH. The benefits of a hernia service in a public hospital. *Hernia* 2000;4:1-5.
5. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open "tension-free" repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. *Eur J Surg* 1996;162(6):447-53.
6. 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;13(4):343-403. DOI: 10.1007/s10029-009-0529-7.
7. Zaballos M, L3pez-3lvarez S, Zaballos-Bustingorri J, Rebollo-Laserna F, de la Pinta-Garc3a JC, Monz3-Abad E. Estudio epidemiol3gico multic3ntrico de las t3cnicas anest3sicas en la cirug3a de la hernia inguinal en Espa3a. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2012;59(1):18-24. DOI: 10.1016/j.redar.2011.11.001.
8. Nordin P, Zetterstr3m H, Carlsson P, Nilsson E. Cost-effectiveness analysis of local, regional and general anaesthesia for inguinal hernia repair using data from a randomized clinical trial. *Br J Surg* 2007;94:500-5.
9. Nordin P, Zetterstr3m H, Gunnarsson U, Nilsson E. Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomised trial. *Lancet* 2003;362:853-8.
10. Barreiro Morandeira S, Feliu Pal3 X, Hernandez Granados P, Morales Conde S. Cirug3a de la pared abdominal: Gu3a cl3nica de la asociaci3n espa3ola de cirujanos. 2ª ed. Madrid: Ar3n Ediciones; 2013.
11. White PF, Eng MR. Anestesia en el paciente ambulatorio. En: Miller R, editor. *Miller Anestesia*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 2185-226.
12. Reves G, Glass SA, Lubarsky A, McEvoy D, Martinez-Ruiz R. Anest3sicos intravenosos. En: Miller R, editor. *Miller Anestesia*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 485-534.
13. Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *International surgery* 1986;71(1):1-4.
14. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 1970;49(6):924-34.
15. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth* 1995;7(6):500-6.
16. Van Veen RN, Mahabier C, Dawson I, Hop WC, Kok NF, Lange JF, et al. Spinal or local anesthesia in Lichtenstein hernia repair: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2008;247(3):428-33.
17. Jensen P, Mikkelsen T, Kehlet H. Postherniorrhaphy urinary retention—effect of local, regional, and general anesthesia: a review. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:612-7.
18. Ozgun H, Kurt MN, Kurt I, Cevikel MH. Comparison of local, spinal, and general anaesthesia for inguinal herniorrhaphy. *Eur J Surg* 2002;168:455-9.
19. Bay-Nielsen M, Kehlet H. Anaesthesia and post-operative morbidity after elective groin hernia repair: a nation-wide study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:169-74.