

6

INDICADORES

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO

Demora quirúrgica:

- Hernia complicada: < 6 horas desde su contacto con el Hospital.
- Hernia no complicada: < 4 meses desde su inclusión en RDQ.

Porcentaje de pacientes con programación quirúrgica tras consulta de acto único:

Nº de pacientes vistos en la Consulta de Cirugía Programada y Consulta de Anestesiología en el mismo día/Nº total de pacientes vistos en Consulta de Cirugía Programada ese día x 100.
50%.

Porcentaje de CMA en hernia inguinocrural:

Nº de reparaciones herniarias inguinocrurales realizadas en CMA/ Nº total de reparaciones herniarias inguinocrurales x 100.
≥65%.

Índice de suspensión quirúrgica:

Nº de reparaciones herniarias suspendidas / Nº total de reparaciones herniarias programadas x 100.
≤3%.

Estancia media:

Nº de días de ingreso / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
– Hernia inguinocrural, umbilical o de la línea media..... ≤ 3 días.
– Hernia incisional..... ≤ 7 días.

Porcentaje de visitas o contacto telefónico en Atención Primaria tras el alta hospitalaria

Nº de visitas o contactos telefónicos antes de las 72 h / Nº total de altas hospitalarias tras reparación herniaria x 100.
≥ 75%.

OTROS INDICADORES

Demora en consulta de AP:

< 24 horas.

Demora en consulta de AE:

< 15 días.

Tiempo de espera en Urgencias:

< 30 minutos.

Morbilidad global:

Infección de herida quirúrgica

– Cirugía electiva..... < 2%.

– Cirugía de urgencias..... < 15%.

Porcentaje de ingresos no planificados tras la cirugía mayor ambulatoria:

Nº de pacientes ingresados procedentes de CMA/ Nº total de reparaciones herniarias en CMA x 100.
≤ 7%.

Porcentaje de reintervenciones:

Nº de pacientes reintervenidos por el mismo episodio / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
≤ 1%.

Porcentaje de reingresos:

Nº de pacientes reingresados a causa del proceso durante los 30 días siguientes a la intervención / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
≤ 5%.

Índice de recidiva:

Nº de pacientes con recidiva durante el 1^{er} año / Nº total de reparaciones herniarias x 100.

Hernias inguinocurales, umbilicales y de la línea media ≤ 5%.

Hernias incisionales..... ≤ 12%.

Mortalidad global a los 30 días:

Nº de pacientes fallecidos dentro de los 30 días del post-operatorio / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
≤ 3%.

Nº de alta hospitalaria con informe:

Nº de informes de alta en el día / Nº de altas totales x 100.
100%.

Consentimientos informados:

Nº de consentimientos informados / Nº total de reparaciones herniarias programadas x 100.
100%.

Estancia preoperatoria:

Nº de días de ingreso previos a la intervención / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
≤ 1 día.

Reclamaciones:

Nº de reclamaciones / Nº total de reparaciones herniarias x 100.
≤ 1%.

Grado de satisfacción:

Encuestas de satisfacción

Ref. Bib. 3, 8, 11 21

Hernia de pared abdominal (HPA)

La palabra hernia procede del vocablo griego *hernios* que significa brote (aplicado sobre todo a una planta) o protuberancia. La pared abdominal es un sitio donde actúan fuerzas físicas opuestas que, por aplicación de principios mecánicos, terminan con la aparición de una hernia. Cualquier reparación que se efectúe sin tener en cuenta estos factores mecánicos estará expuesta a grandes probabilidades de fracaso.

La hernia se caracteriza por la exteriorización espontánea, temporal o permanente, de un órgano intra-abdominal que rechaza ante sí a todos los elementos de la pared abdominal o pelviana a nivel de un punto débil, previsible anatómicamente, cuya deficiencia puede ser agravada, fuera de todo traumatismo, por una predisposición especial, congénita o adquirida. A cada uno de estos puntos débiles de la pared abdominal le corresponde una *variedad topográfica* de hernia.

Tipos más frecuentes¹⁰

Hernia inguinal

El saco peritoneal de estas hernias se abre paso en el conducto inguinal, por encima del arco crural. Comprende dos tipos: la hernia indirecta, que emerge con el cordón a través del orificio inguinal profundo, y la hernia directa, que lo hace directamente a través de la *fascia transversalis*.

Son, sin lugar a duda, las de mayor incidencia (90% de todas las hernias, dejando aparte las eventraciones), sobre todo en el varón.

Hernia crural

El trayecto herniario constituye la parte interna del anillo crural anatómico, medialmente a los vasos femorales. Es una hernia de debilidad, favorecida por causas de deficiencia parietal.

Menos frecuente que la inguinal, la hernia crural aparece con preferencia en la mujer, donde las dos variedades acontecen con frecuencia equiparable.

Hernia umbilical

La pared abdominal anterior también tiene anomalías anatómicas que parecen ser antecedentes de valor en la aparición de las hernias. La más común de esas anomalías es la hernia umbilical, que aparece cuando el anillo umbilical ha fracasado en la obliteración de la brecha producida por el conducto alantoides, quedando aquél secundariamente ensanchado.

Representan el 6% de las hernias del adulto, suelen aparecer en mujeres de edad y obesas y, a diferencia de la infancia, no tienen tendencia a la regresión espontánea.

Hernia de la línea alba o epigástrica

En este caso, el trayecto herniario se realiza a través del entrecruzamiento de las fibras de la línea alba abdominal, generalmente por encima y sólo rara vez por debajo del ombligo.

Constituyen alrededor del 1,5 % de las hernias y, en general, son pequeñas, a menudo múltiples y contienen de manera típica grasa preperitoneal.

Hernia de la línea semilunar o de Spiegel

El saco herniario protuye en la parte lateral de la pared abdominal, en la línea semilunar o de Spiegel, a través de la dehiscencia de las fibras del músculo transverso y, a veces, del oblicuo menor.

La hernia abomba por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, quedando intramural y por eso no resulta tan obvia como las hernias que han atravesado toda la pared abdominal.

Hernias raras

En este apartado, y dada su ínfima incidencia, tan sólo cabe nombrar las hernias lumbares a través de los espacios de Petit o Grynfelt, la hernia obturatriz, la hernia isquiática y la hernia perineal.

Hernia incisional o eventración

La hernia incisional o eventración consiste en un prolapso visceral subcutáneo a nivel de una zona debilitada, "no anatómica", de la pared abdominal. Se diferencia de la evisceración o salida de las vísceras fuera del abdomen a través de una brecha que comprende todos los planos aprietales, incluida la piel. Se distingue de las hernias anteriormente vistas por el carácter no sistematizado del orificio y trayecto herniarios.

La infección y la dehiscencia de la herida son dos de las complicaciones más serias que pueden seguir a una intervención abdominal. En este caso, la eventración constituye una circunstancia posible. Aparece con preferencia en ancianos obesos y ptóticos y su frecuencia varía desde el 0,5% al 13% de los pacientes sometidos a intervenciones abdominales.

Presentación clínica

Según la forma de presentación, podemos dividir a las hernias en simples o reductibles y en complicadas.

La hernia simple es aquella donde la víscera sana exteriorizada permanece libre dentro del saco herniario y puede ser fácilmente reintroducida en la cavidad abdominal con maniobras no forzadas.

Por el contrario, la hernia complicada viene definida por la irreductibilidad o *incarceración* del contenido herniario. Si se trata de una constricción intensa, apretada y permanente de la víscera en el interior del saco, que le origina compromiso vascular, hablaremos de *estrangulación*, lo que llevará con rapidez a la isquemia y necrosis al órgano herniado.

Diagnóstico

El diagnóstico de hernia en adultos se realiza principalmente por la exploración física¹⁷. El examen del médico se debe realizar observando de frente al paciente de pie, para evidenciar la existencia de un bulto mientras realiza maniobras que incrementan la presión intra-abdominal. Esta misma maniobra se repite con uno o más dedos, que intentan invaginar el saco en el anillo herniario, palpando el saco o la transmisión de la presión. También se ha de repetir con el paciente en posición decúbito. La ecografía es el método no invasivo más seguro para diagnosticar una hernia que no se ha podido poner en evidencia a través de una exploración física.

Tratamiento

En la actualidad, está indicada la reparación quirúrgica en cualquier tipo de hernia y a cualquier edad, salvo que exista contraindicación anestésica o el paciente la rechace²³.

En cuanto al tratamiento de la hernia deber venir determinado por el tipo de hernia, por la particularidad del paciente y por la habilidad del cirujano. Un enfoque selectivo es la forma más racional de proporcionar el mejor resultado.

La utilización de mallas protésicas biocompatibles que fueron inicialmente recomendadas para hernias grandes complicadas o casos de múltiple recurrencia²⁸, tras los trabajos de Stoppa y Lichtenstein, se han erigido también como el *gold standard* en el tratamiento primario de las hernias debido a un descenso de la tasa de recidiva y a un mayor confort del paciente³². Un meta-análisis de cerca de tres mil reparaciones inguinales con mallas libres de tensión en cinco centros diferentes tuvo una tasa de recidiva del 0,2% y una tasa de infección del 0,03%³⁰. En 1995, una encuesta a 72 cirujanos que habían realizado cerca de 16.000 reparaciones con esta técnica mostraba una tasa de recidiva inferior al 0,5% con una tasa de infección del 0,6%³¹.

El avance más reciente ha sido la incorporación de la laparoscopia a la cirugía de la hernia. Dos métodos para la hernia inguinocrural, la reparación preperitoneal transabdominal (TAPP) y la reparación extraperitoneal total (TEP), así como la colocación intraperitoneal por vía laparoscópica de mallas mixtas en las eventraciones, han proporcionado, además de un aumento del confort para el paciente, una disminución del tiempo de recuperación, lo que supone una reincorporación laboral más precoz¹⁷. Sin embargo, su mayor dificultad con una difícil curva de aprendizaje, la utilización de anestesia general, y el mayor coste, la están haciendo poco recomendable, empleándose sólo para casos seleccionados^{6,7,12, 33, 34}.

¿Hacia dónde vamos?

El futuro de la investigación en el tratamiento de la hernia se dirige en dos sentidos. Por un lado, la investigación genética, que se centrará en el objetivo de la prevención de la aparición de la hernia. Por otro, la segunda línea de investigación, que se dirigirá a la introducción de una nueva generación de biomateriales y técnicas quirúrgicas, que minimizarán la extensión de la reparación herniaria, reducirán el tiempo quirúrgico y facilitarán la recuperación post-operatoria de estos pacientes¹⁷.