



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-002 - ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA HERNIA INGUINAL EN NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA

Turiño-Luque, Jesús Damián; Nicolas de Cabo, Sara; Rivas Becerra, José; Bayón Muñiz, Antonio; Cabello Burgos, Antonio; Granado Lacalle, Eugenio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: Conocer nuestros resultados y opciones de mejora en los procedimientos sobre la hernia inguinal realizadas por nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia.

Métodos: Análisis de las hernias intervenidas en nuestro centro desde enero 2013 a marzo 2017 según la codificación quirúrgica CIE-9. Se generó una base de datos registrándose: sexo, edad, talla, peso, grado de riesgo anestésico (ASA), tipo de patología y localización, estancia, clasificación europea de la hernia (EHS), material protésico empleado, causas de pernocta no planificada, complicaciones. Análisis de los mismos mediante el programa SPSS 15,0 (IBM Statistics).

Resultados: Se incluyeron un total de 1.190 pacientes siendo excluidos 84 al ser el diagnóstico postquirúrgico distinto al de hernia inguinal. Nuestros resultados fueron: Por sexo: 957 hombres vs 149 mujeres (86,5% vs 13,5%). Por edad: mediana 59 años DE \pm 14,281) Rango 16 a 93 años. Por índice de masa corporal: 26,42 (DE \pm 3,91) Rango 15,74 a 39,76. Clasificación según riesgo anestésico (ASA): I 24,8%; II 63%; III 11,5%; no disponible 0,8%. Distribución: C.M.A. 69,2% (n = 765); Ingreso 30,8% (n = 341). Por localización de la hernia: Derecha 49,6% (n = 548), Izquierda 41,1% (n = 455), Bilateral 8,6% (n = 95), No registrado 0,7% (n = 8). Estancia: Media 0,57 Mediana 0 (DE 0,86) Rango 0-9 días. Tasa de pernocta no planificada global del periodo: 21,7% (n = 166). Criterios de pernocta no planificada (2016 y 2017): médico/anestésicos 68,9%, quirúrgicos 16%, no consta 8,5%, propio paciente 6,6%. Tipo de anestesia recibida: general (intubación orofaríngea o mascarilla laríngea) 37,6% (n = 415); raquídea 47,3% (n = 524); no consta 15,1% (n = 167). Clasificación EHS: Izquierdo: indirecta 59,4% (n = 268), directa 26,8% (n = 121), mixta 12,6% (n = 57), crural 1,1% (n = 5). Primarias 91,3% (n = 484). Derecho: indirecta 52,2% (n = 298), directa 34,7% (n = 198), mixta 9,5% (n = 54), crural 3,7% (n = 21). Primarias 91,1% (n = 583). Técnica tradicional vs laparoscopia: 93,4% (n = 1033) vs 6,6% (n = 73). Material protésico y fijación empleados: Cirugía abierta: Izquierdo: Progrid 74,3% (n = 347) y Premilene Mesh 22,7% (n = 106); Vicryl 89,7% (n = 270). Derecho: Progrid 76,8% (n = 417) y Premilene Mesh 19% (n = 103); Vicryl 91,4% (n = 297). Laparoscopia: Izquierdo: 3DMax Mesh 91,4% (n = 53); Absorbatac 45,6% (n = 26) e Ifabond 33,3% (n = 19). Derecho: 3DMax Mesh 89,7% (n = 52); Absorbatac 48,3% (n = 28) e Ifabond 31% (n = 18). Revisión al mes: Alta sin EVA 61% (n = 634); Alta con EVA 20,5% (n = 213); no registro de la visita 9,7% (n = 101); complicación 6,4% (n = 66); no acude 2,4% (n = 25). Tipo de complicación: Problema testicular 27,7% (n = 39), dolor 25,5% (n = 36), sospecha de recidiva 17,1% (n = 24), hematoma/sangrado 16,3% (n = 23), seroma/bultoma 9,2% (n = 13), infección herida 4,3% (n = 6). 2ª revisión: alta definitiva 77,3% (n = 51), seguimiento por complicación 22,7% (n = 15).

Conclusiones: Nuestra tasa de ambulatorización de la hernia inguinal se sitúa en 52,7% (n = 599). Nuestra tasa de pernocta no planificada es elevada (21,7%) asociada a problemas médicos/anestésicos, siendo necesario optimizar protocolos con el fin de mejorarla. Tenemos que mejorar el registro de hojas quirúrgicas e informes de consulta para tener un buen “*feedback*”.