



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Reincorporación laboral después de cirugía electiva de la hernia inguinal

Return to work after elective inguinal hernia repair

La cirugía electiva de la hernia inguinal es uno de los procedimientos más comunes realizados en el mundo. En datos clásicos procedentes de Reino Unido, conocemos que se realizan aproximadamente 13 herniorrafias cada 10.000 habitantes sin tener en cuenta las cirugías en hospitales privados¹. Desde hace ya muchos años, la comunidad científica se ha centrado en mejorar los resultados clínicos de esta técnica mediante la reducción de la hospitalización e incluso la ambulatorización del procedimiento, y en consecuencia también disminuir los costes económicos de la misma². Sin embargo, hay pocos estudios e información en nuestro medio, sobre cual debería ser el tiempo de recuperación después de la cirugía y concretamente hasta cuándo debemos demorar la reincorporación laboral. Siendo este objetivo final donde debería terminar el proceso asistencial.

Ruiz-Moraga et al.³ han realizado un estudio muy interesante que aporta experiencia en este sentido en nuestro país. De los resultados presentados, destaca que la duración media de una baja laboral por cirugía electiva de hernia inguinal supera los 2 meses de duración. Estos datos no son aislados y fueron confirmados por nuestro grupo, cuando fueron comparados con otros procedimientos como la colecistectomía laparoscópica electiva⁴. El dato no sería de interés si no conociéramos que en otros países, o incluso en el nuestro, existe cierto consenso entre especialistas acerca de que se debería proponer un tiempo estándar para la reincorporación laboral tras cirugía electiva de la hernia inguinal sin complicaciones que no debería superar los 30 días (si el trabajo requiere esfuerzo físico) e incluso un tiempo inferior en los demás casos o cuando la intervención es por cirugía endoscópica^{2,5,6}.

Un periodo prolongado de convalecencia es una carga para el sistema de salud de un país. En el Reino Unido se calcula una carga de 32 billones de libras por dicho motivo, teniendo en cuenta que la baja por un postoperatorio de cirugía electiva es la segunda causa más frecuente de baja médica (hasta el 40% de las mismas)⁷. El coste del absentismo laboral en España se

calculó hace años que podía ascender a unos 120 euros por paciente y día⁸. Dada la situación económica actual, este dato no es fútil. Pero además se ha demostrado que la reincorporación laboral temprana permite una mejor recuperación global de la enfermedad, evitando el aislamiento y la depresión, así como evita el riesgo de pérdida de trabajo⁷. Es por todo ello que podría ser de gran interés conocer cuáles son los motivos de prolongar más de lo recomendable la reincorporación laboral tras la cirugía electiva de hernia inguinal, entendiendo que esta depende de la propia afección y sus complicaciones (p. ej., riesgo de recurrencia tras reincorporación laboral), de los pacientes, de los especialistas en cirugía y sus recomendaciones y del tipo de esfuerzo físico efectuado en el trabajo, así como de la tramitación efectuada por los médicos de cabecera.

Disminuir la recurrencia tras la cirugía electiva de hernia inguinal es un objetivo de enorme interés^{2,6}. Además de aspectos más estudiados, como el tipo de técnica quirúrgica o las comorbilidades del paciente, desde hace ya muchos años, la actividad física postoperatoria ha estado en el punto de mira de nuestra especialidad¹. Es por ello que este periodo ha ido disminuyendo al mismo ritmo que mejoraba el conocimiento de cómo influye este tiempo en la posible recurrencia⁷.

Si bien la recuperación de las heridas se considera adecuada a las 12 semanas, el 70% de la fuerza en dichas heridas se considera recuperada a las 6 semanas. Con el uso de mallas, este 70% se considera que se recupera en el postoperatorio inmediato⁹. La evidencia científica más reciente no ha mostrado un aumento significativo de recidivas herniarias o en la aparición de dolor inguinal crónico postoperatorio tras una incorporación temprana laboral². Con la experiencia de la enorme base de datos de Dinamarca, con más de 1.000 pacientes intervenidos quirúrgicamente, podría recomendarse la reincorporación laboral tras una semana o menos si no hay excesivo esfuerzo físico y el dolor está controlado^{1,6,10}.

Los pacientes son, sin duda, el elemento clave en el regreso precoz al trabajo. Los factores influyentes en el retorno temprano al trabajo después de la cirugía, en otras cirugías reveló que el control del dolor, las complicaciones de la herida y las expectativas preoperatorias se asociaron significativamente al tiempo de convalecencia^{6,11}. Pero también existen otros aspectos que se deben considerar por parte de nuestros pacientes: la motivación, la cultura de la población y aspectos administrativos, como si se recibe o no compensación durante la baja laboral o el tipo de trabajo¹². En este sentido, es probable que la crisis económica global modifique la actitud y la motivación de nuestros pacientes hacia una reincorporación laboral más temprana.

Un estudio reciente en pacientes sometidos a colecistectomía electiva utilizando metodología de grupos focales en pacientes y médicos puso de manifiesto la presencia de algunas discrepancias entre ambos grupos. Mientras que los médicos creían que sus consejos eran el factor clave para determinar el mejor momento para la reincorporación al trabajo, los pacientes rara vez mencionaban los consejos de su médico y, al contrario, el principal factor que consideraban influyente en su regreso al trabajo fueron los síntomas físicos (control del dolor postoperatorio)¹³.

Sorprendentemente, el tiempo recomendado de reposo a los pacientes entre los propios especialistas varía de manera significativa^{7,14}. En la reparación de hernia inguinal, e incluso con la falta de información científica al respecto, existe todavía cierta creencia popular de que hay que esperar para evitar la recurrencia y son los propios especialistas quienes aconsejan a sus pacientes limitar su actividad física durante un mínimo de 6 a 8 semanas. En este sentido, parece fundamental realizar un esfuerzo dirigido a homogenizar la información dirigida al paciente a través de la entrega de folletos informativos en los que las recomendaciones sean muy claras, evitando términos ambiguos y definiendo claramente el periodo en el cual se podría volver a realizar actividades habituales diarias, realizar esfuerzo físico o deporte y finalmente la reincorporación al trabajo^{6,7}.

El papel de los médicos de cabecera en la gestión de la información dirigida al paciente respecto a la convalecencia recomendada después de la cirugía y su influencia ha sido controvertido en otros países^{14,15}. En España, el papel de los mismos en el intento de reducir los tiempos de recuperación parecen claves, pues es este grupo de especialistas el que tramita administrativamente dicha información. Es por ello que esta misma información referente a la seguridad clínica de una reincorporación laboral temprana debería ser difundida a los médicos de cabecera e integrarlos adecuadamente en el proceso asistencial. Un estudio clásico puso en evidencia las discrepancias existentes entre ambos grupos de especialistas (cirujanos y médicos de cabecera) respecto al tiempo de baja recomendado para cirugías tan frecuentes como hernia inguinal, varices, colecistectomía o hemorroidectomía¹⁴. Aunque este estudio no fue realizado en nuestro país, es muy probable que nuestra realidad sea parecida.

En definitiva, para reducir al mínimo el tiempo necesario para volver al trabajo después de una herniorrafia inguinal

electiva, se deben considerar varios pasos: En primer lugar, la información al respecto debería administrarse (a ser posible por escrito) antes de la intervención quirúrgica, al alta del hospital y en la primera visita postoperatoria de seguimiento en consultas externas. En segundo lugar, el uso de protocolos de analgesia adecuados en estos pacientes es esencial, pues desde un punto de vista clínico el control del dolor sería el momento en que se podría plantear la reincorporación laboral temprana. Por último, y ya que los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en España tienen la última palabra en determinar el momento de la vuelta al trabajo, se debe mantener una comunicación fluida con ellos al mismo nivel que con los pacientes. Las guías clínicas de la especialidad proporcionan suficiente información para determinar que el momento más adecuado para volver al trabajo, siempre en función del esfuerzo físico que se precise, podría ser cuando se alcance un adecuado control del dolor postoperatorio^{2,6}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Svendsen SW, Frost P, Vad MV, Andersen JH. Risk and prognosis of inguinal hernia in relation to occupational mechanical exposures –a systematic review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39:5–26.
2. 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;13:343–403.
3. Ruiz-Moraga M, Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Cobo-Santiago MD, González-lopez M, Cabrera-Sierra M, et al. Periodo prequirúrgico y duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en la hernia inguinal. *Cir Esp*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.11.016>.
4. Hermoso J, Duran E, Comajuncosas J, Orbeal R, Gris P, Jimeno J, et al. Reincorporación laboral tras colecistectomía laparoscópica electiva: Estudio prospectivo comparativo. XXIX Congreso Nacional de Cirujanos. *Cir Esp*. 2012;90:256–566.
5. Rodríguez JL. Propuesta de estándar asistencial en la reparación de la hernia inguinal o crural. *Cir Esp*. 2003;73:331–5.
6. Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, Wara P, Asmussen T, Juul P, et al. Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. *Database Dan Med Bull*. 2011;58:C4243.
7. Grewal P. Survey of post-operative instructions after inguinal hernia repair in England in 2012. *Hernia*. 2013 Mar 31.
8. Turienzo-Santos O, Rodríguez-García J, Trelles-Martin A, Aza-González J. Gestión integral del proceso de colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2006;80:385–94.
9. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Returning to work after herniorrhaphy. *BMJ*. 1994;309:216–7.
10. Bay-Nielsen M, Thomsen H, Heidemann Andersen F, Bendix JH, Sørensen OK, Skovgaard N, et al. Convalescence after inguinal herniorrhaphy. *Br J Surg*. 2004;91:362–7.
11. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Factors determining convalescence after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg*. 2001;136:917–21.
12. Salcedo-Wasicek MC, Thirlby RC. Postoperative course after inguinal herniorrhaphy. A case-controlled comparison of

- patients receiving worker's compensation vs. patients with commercial insurance. *Arch Surg.* 1995;130:29-32.
13. Keus F, de Vries J, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Assessing factors influencing return back to work after cholecystectomy: A qualitative research. *BMC Gastroenterol.* 2010;10:12.
 14. Majeed AW, Brown S, Williams N, Hannay DR, Johnson AG. Variations in medical attitudes to postoperative recovery period. *BMJ.* 1995;311:296.
 15. Soklaridis S, Tang G, Cartmill C, Cassidy JD, Andersen J. "Can you go back to work?" Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Can Fam Physician.* 2011;57:202-9.

David Parés
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona,
Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Correo electrónico: david.pares@pssjd.org

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.07.001>