

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA**

Cirugía de las hernias de la pared abdominal con anestesia local. Experiencia en la República Bolivariana de Venezuela

Surgery of hernias of the abdominal wall under local anesthesia. Experience in the Bolivarian Republic of Venezuela

Felipe Jorge Aragón Palmero^I.

RESUMEN

Introducción: de todos los métodos anestésicos utilizados para la reparación herniaria, la anestesia local es –desde el punto de vista de su costo– el más efectivo, a la par que comporta múltiples ventajas para el paciente y se puede utilizar en lugares de recursos limitados.

Objetivo: evaluar la seguridad y eficacia de la utilización de la anestesia local para operar hernias de la pared abdominal en poblaciones rurales y con escasos recursos sanitarios.

Método: se realizó un estudio observacional prospectivo, desde junio de 2011 hasta junio de 2013, en el Centro de Diagnóstico Integral "Manuelita Sáenz" de la parroquia El Cantón, Estado Barinas, en la República Bolivariana de Venezuela, que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años que fueron operados con anestesia local por presentar hernias de la pared abdominal.

Resultados: se operaron con anestesia local 215 pacientes; de ellos, 64,1% correspondió al sexo masculino. La hernia inguinal predominó entre todas las variedades herniarias diagnosticadas. Del total de pacientes, 72% procedía del área rural y al 88,8% se le aplicó técnicas de herniorrafia a base de suturas. Sólo se presentaron complicaciones posoperatorias en 9,6% de los casos; no existieron complicaciones relacionadas con el método anestésico. La aceptación entre los pacientes superó el 90%.

Conclusiones: el uso de anestesia local para operar hernias de la pared abdominal es una técnica factible, segura y efectiva, lo que la hace ideal para su aplicación en centros quirúrgicos de cualquier nivel y en lugares con recursos limitados.

Palabras clave: HERNIA ABDOMINAL/cirugía, ANESTESIA LOCAL, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS.

ABSTRACT

Introduction: of all anesthetic methods used for hernia repair, local anesthesia is –from point of view of cost– the most effective, at the same time there are several advantages to the patient and can be used in places with limited resources.

Objective: to evaluate the safety and efficacy of the use of local anesthesia to operate hernias of the abdominal wall in rural populations and scarce health care resources.

Method: a prospective observational study was conducted from June 2011 to June 2013, at the Center for Integral Diagnosis "Manuelita Sáenz" of the parish The Canton, Barinas State, in the Bolivarian Republic of Venezuela, which included all patients older than 18 years who underwent surgery under local anesthesia for presenting hernias of the abdominal wall.

Results: were operated under local anesthesia 215 patients; of them, 64,1% were males. The inguinal hernia prevailed among all varieties of hernias diagnosed. Of all patients, 72% were from the rural area and was applied hernia repair techniques based sutures to 88,8% of them. Postoperative complications occurred only in 9,6% of cases; there were no complications related to anesthesia method. Acceptance among patients exceeded 90%.

Conclusions: the use of local anesthesia to operate hernias of the abdominal wall is a feasible, safe and effective technique, which makes it ideal for use in surgical centers of all levels and in in places with limited resources.

Keywords: ABDOMINAL HERNIA/surgery, LOCAL ANESTHESIA, AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES.

I. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La hernia de la pared abdominal es la entidad a la que más comúnmente se enfrenta un cirujano, independientemente del lugar donde se ejerza su profesión. La frecuencia de esta dolencia supera con creces las de la apendicitis aguda y la litiasis de la vesícula biliar –segunda y tercera causas, respectivamente, de ingreso en las salas de Cirugía⁽¹⁾. Por esta razón el cirujano realiza más reparaciones de hernias en toda su vida profesional que cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico⁽²⁾.

La reparación de las hernias de la pared abdominal se puede realizar con cualquiera de los tipos de anestesia descritos en la actualidad; sin embargo, la anestesia local se usa muy poco en hospitales generales y públicos y lo contrario ocurre en clínicas y hospitales pequeños con interés especial en este tipo de cirugía⁽³⁾. De todos los métodos anestésicos usados para reparación herniaria, la anestesia local es –desde el punto de vista de su costo– el más efectivo a la par que comporta múltiples ventajas para el paciente porque se evitan los riesgos de la anestesia espinal y general, se realiza de manera completamente ambulatoria, el dolor posoperatorio es menor, se evitan la aparición tanto de retención urinaria como de náuseas y vómitos posoperatorios, se puede realizar en pacientes ancianos y los pacientes se reincorporan más rápido a sus actividades habituales y al trabajo, entre otras⁽⁴⁾.

El Centro de Diagnóstico Integral (CDI) "Manuelita Sáenz" está localizado en la parroquia El Cantón, Estado Barinas, República Bolivariana de Venezuela, y atiende una población de 19 803 habitantes. El equipo quirúrgico de la Misión Médica Cubana ubicado en este CDI no contaba con anestesiólogo a tiempo completo, por lo que la inmensa mayoría de los pacientes aquejados de hernias de la pared abdominal fueron operados con anestesia local. Este trabajo se realizó con el objetivo de evaluar la seguridad y eficacia de la utilización de la anestesia local para operar hernias de la pared abdominal en esta población y con recursos limitados.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional prospectivo, desde junio de 2011 hasta junio de 2013, en el Centro de Diagnóstico Integral "Manuelita Sáenz" de la parroquia El Cantón, Estado Barinas, en la República Bolivariana de Venezuela, que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años que fueron operados con anestesia local por presentar hernias de la pared abdominal. Se analizaron las variables sociodemográficas: tipo de hernia, técnicas quirúrgicas empleadas, complicaciones posoperatorias de menos de 30 días, reacciones adversas a los anestésicos locales y el nivel de aceptación del método anestésico. Los datos fueron recogidos en un formulario confeccionado para este fin. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico EPIDAT 3.1 (Xunta de Galicia, OPS).

RESULTADOS

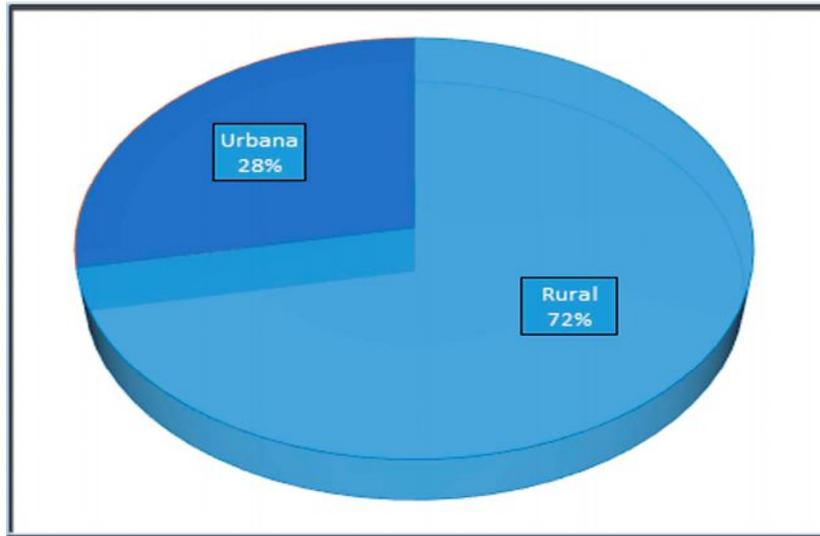
Se operaron con anestesia local 215 pacientes; más de la mitad fueron del sexo masculino (64,1 %) y la hernia inguinal predominó entre todos los tipos de hernias de la pared abdominal que se presentaron (Tabla No.1).

Tabla No.1. Tipo de hernia según sexo.

Tipo de hernia	Masculino	%	Femenino	%
Inguinal	82	38,1	12	5,5
Umbilical	28	13,1	34	15,8
Epigástrica	19	8,8	22	10,3
Crural	1	0,4	4	1,8
Supraumbilical	8	3,7	5	2,5
Total	138	64,1	77	35,9

El Centro de Diagnóstico Integral se ubica en una zona alejada de la geografía venezolana con una población de 19 803 habitantes (13 192 en el área urbana y 6 611 en la rural). En el presente estudio la mayor proporción de pacientes operados con anestesia local por presentar alguna de las variedades de hernia de la pared abdominal provino del área rural (72 %), lo que se explica por un modo de vida en el que los pacientes están sometidos a mayores esfuerzos físicos (Gráfico No.1).

Gráfico No.1. Procedencia de la población atendida.



De acuerdo a la preponderancia de las hernias inguinales en el total de pacientes intervenidos, las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron las encaminadas al tratamiento de esta variedad herniaria (43,7 %). La baja disponibilidad de bioprótesis determinó que la mayoría de las técnicas de reparación herniaria aplicadas fueran a base de sutura (con tensión) (Tabla No.2).

Tabla No.2. Técnicas quirúrgicas utilizadas.

Técnica quirúrgica	No. de pacientes	%
Herniorrafia inguinal de Goderich	70	32,5
Hernioplastia inguinal de Lichtenstein	24	11,2
Hernioplastia crural de McVay	5	2,3
Herniorrafia umbilical	62	28,8
Herniorrafia epigástrica	41	19,1
Herniorrafia supraumbilical	13	6,1
Total	215	100

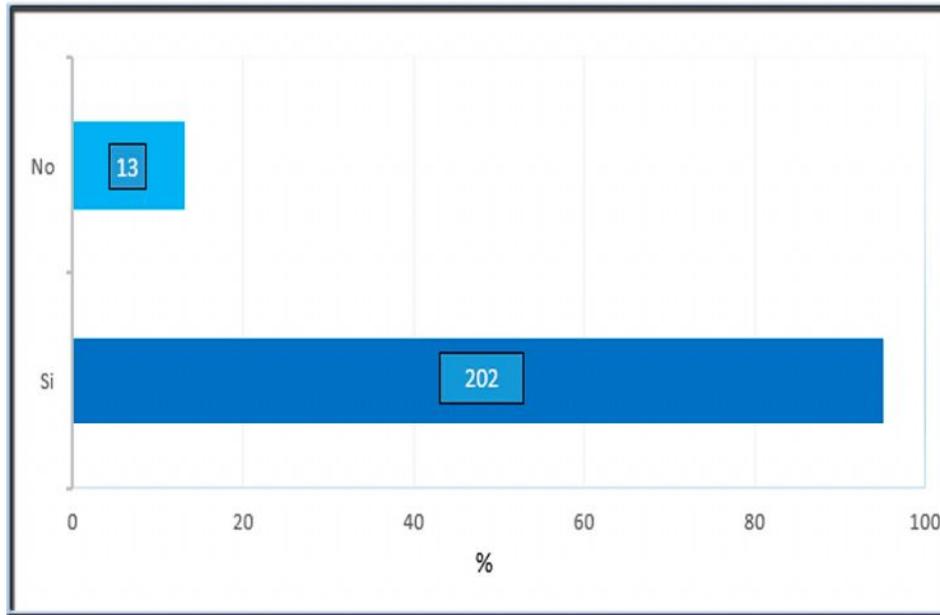
En 9,6 % de los pacientes operados se presentaron complicaciones posoperatorias (Tabla No.3); ninguna de ellas obligó a reinternar al paciente y todas fueron resueltas con tratamiento médico. La infección del sitio quirúrgico, que en la mayoría de la literatura es la que se reporta con más frecuencia, se comportó con cifras muy bajas en este trabajo.

Tabla No.3. Complicaciones posoperatorias en los primeros 30 días.

Complicación	Frecuencia	%
Equimosis	7	3,2
Hematoma	11	5,1
Infección del sitio quirúrgico	3	1,3
Total	21	9,6

El nivel de aceptación del procedimiento anestésico se analizó mediante la respuesta de los pacientes a la pregunta "Si tuviera que ser operado de una hernia inguinal nuevamente ¿se operaría con el mismo tipo de anestesia?"; 202 pacientes contestaron de forma afirmativa para 93,9 % de aceptación del método anestésico (Gráfico No.2).

Gráfico No.2. Nivel de aceptación del método anestésico.



DISCUSIÓN

La hernia de la pared abdominal es, indiscutiblemente, un padecimiento común en nuestro medio y su reparación es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en cualquier hospital. Afecta, generalmente, a pacientes jóvenes que representan el pilar productivo del país; de ahí que sea imprescindible la pronta recuperación, las mínimas secuelas posoperatorias y el rápido retorno al trabajo de los pacientes. Esta entidad supone también un gran consumo de presupuesto sanitario. La utilización de la anestesia local para operar este tipo de hernia ofrece múltiples ventajas sobre otros métodos anestésicos, como ha sido ampliamente demostrado por diversos estudios y verificado en el tiempo⁽¹⁻⁴⁾.

La hernia inguinal constituye el 75 % de todas las variedades herniarias, independientemente del lugar geográfico donde se origine la estadística; le siguen, en orden de frecuencia, las hernias umbilical, epigástrica, incisional, crural y el resto de las variedades consideradas raras (hernias obturatriz, de Spigel, lumbar, etc.)⁽⁵⁾.

Aunque existen técnicas que permiten operar pacientes con hernias incisionales usando anestesia local (bloqueo de la vaina del recto abdominal, bloqueo del plano transversal abdominal, etc.)⁽⁶⁾ no se incluyeron en este estudio por razones de seguridad y, siempre que se presentó una hernia incisional, los pacientes fueron operados con anestesia espinal. Tampoco se incluyeron los casos de hernias reproducidas porque son una contraindicación formal a este tipo de proceder, debido a la dificultad de lograr una anestesia adecuada en tejido cicatrizal⁽⁷⁾.

La incidencia de las diferentes variedades de hernias de la pared abdominal es más elevada en poblaciones rurales, debido a los altos niveles de esfuerzo físico que este modo de vida implica⁽⁸⁾; más de la mitad de los pacientes de la serie estudiada provenían de un medio rural donde existe muy poca mecanización de las tareas agrícolas. Aunque los ejercicios y esfuerzos físicos continuos no llevan necesariamente al desarrollo de una hernia de la pared abdominal –de hecho, las hernias son raras en los deportistas–, sí pueden actuar como elementos desencadenantes en pacientes que tienen factores condicionantes tales como persistencia del conducto peritoneo-vaginal, persistencia del conducto onfalomesentérico, enfermedades del colágeno, incisiones anteriores, etc.^(9,10).

La utilización de las técnicas quirúrgicas de reparación de hernias de la pared abdominal a base de suturas (con tensión) ha disminuido después de la aparición de las técnicas a base de prótesis^(11,12). La poca disponibilidad –por su costo– y la limitada accesibilidad de la población

objeto del estudio a estas bioprótesis, incidieron en la decisión de utilizar las antiguas pero ya probadas técnicas con tensión en casi un 90 % de los casos, sin complicaciones transoperatorias. Las complicaciones posoperatorias estuvieron por debajo de 10 % (lo aceptado por la literatura médica para este tipo de operaciones), lo que coincide con otros autores que han realizado estudios similares en poblaciones rurales y de bajos recursos^(4,8,13). Todos los pacientes de esta serie se manejaron de forma ambulatoria y su estadía hospitalaria fue menor de 24 horas. No se reportaron reacciones adversas atribuibles al uso de anestésicos locales. En los estudios revisados sobre el tema no se hace referencia a reacciones adversas de los anestésicos locales, lo que confirma que este tipo de anestesia es la más segura siempre que sea bien aplicada y se cumplan sus principios farmacológicos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El nivel de aceptación de la técnica anestésica fue bueno; más de 90 % de los pacientes –en caso de requerir otra cirugía– aceptarían el uso de esta técnica. Es importante evitar que el paciente sufra dolor transoperatorio (principal causa de rechazo al método) por lo que se impone una adecuada selección del paciente, la utilización de bicarbonato en la mezcla anestésica para minimizar la sensación de ardor al infiltrar, el uso de agujas de pequeño calibre y largas, dar el tiempo suficiente para que el anestésico se fije adecuadamente en los tejidos, realizar movimientos de infiltración exactos, sin maniobras groseras, y cuidar de manipular gentilmente los tejidos. Aquellos centros con interés especial en este tipo de cirugía son los que reportan mejor aceptación, pero se pueden lograr resultados muy similares en centros hospitalarios de segundo nivel e incluso en lugares con recursos limitados.

CONCLUSIONES

El uso de anestesia local para operar hernias de la pared abdominal es una técnica factible, segura y efectiva para este tipo de operación. Produce anestesia de todo el campo quirúrgico, disminuye la posibilidad de dolor transoperatorio y permite tiempos operatorios normales; implica un bajo índice de complicaciones relacionadas con la técnica anestésica, poco dolor posoperatorio y un nivel de aceptación alto por parte del paciente, lo que la hace ideal para su aplicación en centros quirúrgicos de cualquier nivel y en lugares con recursos limitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina León JR, Cervantes Castro J, Belmonte Montes C, Guerrero Guerrero VH, Oejo Martínez A, Hernández Vera FX, et al. Plastia inguinal con anestesia local. *Rev Sanid Milit Mex.* 2008;62(3):118-22.
2. Acevedo A, León J. Ambulatory hernia surgery under local anesthesia is feasible and safe in obese patients. *Hernia.* 2010;14(1):57-62.
3. Ramírez Mancillas LR. Hernioplastia ambulatoria de pared abdominal bajo anestesia local y locorregional por bloqueo de nervios periféricos. *Cir Gen* 2005;27:286-90.
4. De Miguel Ibáñez R, Nahban Al Saied S, Alonso Vallejo J, Rodríguez Canales JM, Blanco Prieto C, Escribano Sotos F. Cost-effectiveness of primary abdominal wall hernia repair in a 364-bed provincial hospital of Spain. *Hernia.* 2011;15(4):377-85.
5. Seker G, Kulacoglu H, Oztuna D, Topgül K, Akyol C, Cakmak A, et al. Changes in the frequencies of abdominal wall hernias and the preferences for their repair: a multicenter national study from Turkey. *Int Surg.* 2014;99(5):534-42.
6. Quek KHY, Phua DSK. Bilateral rectus sheath blocks as the single anaesthetic technique for an open infraumbilical hernia repair. *Singapore Med J.* 2014;55(3):e39-41.
7. Kulacoglu H, Alptekin A. Current options in local anesthesia for groin hernia repairs. *Acta Chir Iugosl.* 2011;58(3):25-35.
8. Ohene-Yeboah M, Abantanga FA. Inguinal hernia disease in Africa: a common but neglected surgical condition. *West Afr J Med.* 2011;30(2):77-83.
9. Jamadar DA, Jacobson JA, Morag Y, Girish G, Dong Q, Al-Hawary M, et al. Characteristic locations of inguinal region and anterior abdominal wall hernias: sonographic appearances

and identification of clinical pit falls. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188(5):1356-64.

10. Bellows C, Smith A, Hodde J, Hiles M. Tissue engineering in abdominal wall surgery. *Minerva Chir.* 2011 Apr;66(2):129-43.
 11. Stabilini C, Stella M, Frascio M, De Salvo L, Fornaro R, Larghero G, et al. Mesh versus direct suture for the repair of umbilical and epigastric hernias. Ten-years experience. *Ann Ital Chir.* 2009;80(3):183-7.
 12. Kulacoglu H, Yazicioglu D, Ozyaylali I. Prosthetic repair of umbilical hernias in adults with local anesthesia in a day-case setting: a comprehensive report from a specialized hernia center. *Hernia.* 2012;16(2):163-70.
 13. Goutorbe P, Lacroix G, Pauleau G, Daranda E, Goin G, Bordes J, et al. Treatment of inguinal hernia in a difficult environment: feasibility and efficacy of ilioinguinal and iliohypogastric blocks. *Med Sante Trop.* 2013;23(2):202-5.
 14. Rodríguez-Cuéllar E, Villeta R, Ruiz P, Alcalde J, Landa JI, Luis Porrero J, et al. National Project for the management of clinical processes. Surgical treatment of inguinal hernia. *Cir Esp.* 2005;77(4):194-202.
 15. Basile F, Biondi A, Donati M. Surgical approach to abdominal wall defects: history and new trends. *Int J Surg.* 2013;11 Suppl 1:S20-3.
-

Recibido: 17 de septiembre de 2015

Aprobado: 6 de noviembre de 2015

MSc. Felipe Jorge Aragón Palmero
Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: fjap@ali.cav.sld.cu