

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA PARA HERNIA INGUINAL

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA PARA HERNIA INGUINAL

INTRODUCCIÓN

La reparación de la hernia es una de las operaciones que se realiza con mayor frecuencia en cirugía general, la cirugía de emergencia ante casos de hernia inguinal se asocia con una mayor mortalidad, aumento de la morbilidad relacionada con el paciente, y el aumento de la estancia hospitalaria en comparación con los procedimientos de la hernia inguinal electiva.

La identificación de pacientes con alto riesgo de desarrollar la hernia inguinal proporcionar la posibilidad de prevenirla o desarrollar una intervención quirúrgica electiva oportuna, reduciendo así la tasa de procedimientos de emergencia. El establecimiento de claros lineamientos de atención puede contribuir con el fomento de procedimientos de calidad.

1. OBJETIVO

Estandarizar el conjunto de directrices requeridas en el tratamiento quirúrgico de pacientes con hernia inguinal para disminuir la morbilidad de la patología.

2. DEFINICION

Hernia inguinal: protrusión de la pared abdominal a través del anillo inguinal externo, por encima del ligamento inguinal con el potencial de afectar la integridad, función e irrigación de los intestinos.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en cirugía, medicina interna y medicina familiar; enfermeros y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes que requieran de intervención quirúrgica por presentar hernia inguinal.

5. DIAGNÓSTICO

5.1 Signos y síntomas de la patología:

- a) Dolor.
- b) Masa en la región inguinal.
- c) Estos puede ser: Cólico biliar, fiebre, anorexia, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos.

5.2 Pruebas de laboratorio:

- Hemograma
- Tiempo de Coagulación
- VDRL
- Tipificación
- Glicemia
- Tiempo de Sangría
- Tiempo de Protrombina
- VIH
- Tiempo de Tromboplastina (TPT)
- Uroanálisis
- Urea
- Creatinina
- HbsAg.

5.3 Estudios complementarios e imágenes

- Radiografía de tórax (PA)
- EKG
- Sonografía abdominal
- Radiografía de abdomen simple, de pie y acostado
- Tomografía axial computarizada (TAC) de pared abdominal (cuando hay sospecha de complicaciones).

6. CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN O LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Hernias del área inguinal

6.1 ADMISIÓN (acciones que se deben realizar en el área de emergencia)

- Registrar evento y hacer Anamnesis y examen físico.
- Canalizar vena con catéter N° 18 y Soluciones parenterales.
- Garantizar las pruebas de laboratorio
- Pruebas complementaria e imágenes:
- Si se sospecha encarcelación o estrangulación se deben tomar conducta adecuada (realización de electrolitos séricos (sodio, cloro, potasio), y colocación de sonda nasogástrica). Realizar: radiografías de abdomen simple, de pie y acostado.
- Protección gástrica
- Antibiótico terapia pre-quirúrgica si aplica
- Llamar al cirujano de servicio

6.2 Ingreso y manejo a realizar en sala de hospitalización:

Además de las tareas asistenciales, el personal de enfermería se encargará de:

- Custodiar y complementar el expediente del paciente, durante su estancia en el servicio.
- Enviar el expediente junto al paciente en caso de traslado a la unidad.

Durante la estancia en planta de un paciente, puede ser necesario su traslado. Éstos podrán ser realizados por auxiliares de enfermería y/o auxiliares de transporte. Se encargarán de:

- Los traslados de habitación y cama que se realicen al paciente durante su estancia.
- El traslado del paciente a quirófanos (área de pre-quirúrgico), si debe ser intervenido.
- El traslado a UCI si debe ser asistido en dicha unidad.

7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

7.1 Descripción del proceso quirúrgico.

Paso 1. Recepción del paciente y verificación de programación de cirugía.

Paso 2. Chequeo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Paso 3. Verificar que el consentimiento informado está firmado.

- Paso 4. Comprobar la existencia del informe pre anestésico.
- Paso 5. Procedimiento de revisión por parte de Anestesiología del cumplimiento de los requisitos pre quirúrgicos.
- Paso 6. Traslado del paciente al quirófano quirúrgico.
- Paso 7. Colocación correcta del paciente en la cama quirúrgica.
- Paso 8. Procedimiento de asepsia y antisepsia.
- Paso 9. Procedimiento de control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente.
- Paso 10. Realización del proceso quirúrgico.
- Paso 11. Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la descripción quirúrgica.

7.2 Descripción del procedimiento:

- Paciente en posición de decúbito supino (boca arriba, acostado sobre su espalda)
- Anestesia (bloqueo regional)
- Lavado quirúrgico
- Incisión transversa en pliegue inguinal
- Disección del tejido celular subcutáneo
- Apertura de aponeurosis del músculo oblicuo mayor
- Exposición del cordón e identificación del tipo de hernia
- Disección del saco

7.3 Diferentes reparaciones:

- **Técnica de Warren:** ligadura alta del saco herniario, unión del arco aponeurótico del transverso a la cintilla íleo pubiana, mediante sutura corrida con hilo sintético de sutura de polipropileno calibre 1.
- **Técnica de McVay:** ligadura alta del saco herniario. Apertura de la fascia transversalis. Incisión de relajación. Llevar el tendón conjunto al ligamento de Cooper (Anson-McVay).
- **Prótesis:** no ligar el saco herniario. Se recomienda en hernias reproducidas o pacientes con aumento de presión intraabdominal (cirróticos, prostáticos, fumadores, obreros, etc.).
- **Sistema de malla plana (Lichtenstein):**
 - Ligadura o reducción del saco herniario.
 - Fijar un segmento rectangular de malla plana con hilo polipropileno calibre 2-0 a la sínfisis púbica, el ligamento inguinal y el tendón conjunto.
 - Apertura de la malla para pasar el cordón espermiático y fijación de la malla al oblicuo menor.
 - Cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor con hilo tipo de ácido poliglicólico) calibre 2-0.
 - Acercamiento del tejido celular subcutáneo con hilo tipos crómico calibre 3-0, y la piel con 4-0 o nylon (Nylon®, poliamida sintética) 3-0.
- **Sistema PHS: (Prolene Hernial System)**
 - Disección de plano por debajo de la fascia transversalis (subfascial).
 - Introducción de la malla en dicho plano.

- Acomodación subfascial de malla circular.
- Extensión suprafascial de la porción rectangular.
- Fijación de esta última con prolene 2-0 a la sínfisis púbica, ligamento.
- Inguinal, tendón conjunto. Apertura de orificio por encima del conector.
- Para pasar el cordón espermático.
- Unir los bordes que se abrieron para pasar el cordón.
- Acomodar la malla superior por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor.

7.4 Cuidados durante la realización del procedimiento:

- a) Mantener una hemostasia rigurosa.
- b) Evitar las lesiones de los vasos epigástricos inferiores y los vasos femorales.
- c) Evitar el cierre estenótico del cordón espermático.
- d) Prevención de lesiones neurológicas (nervios, íleo inguinal o íleo hipogástrico).

7.5 Cuidados en la Unidad de Recuperación Posanetésica:

El anestesiólogo vigilara:

1. Estado hemodinámico de alerta del paciente y cualquier otro signo de efecto secundario.
2. Paciente en condiciones estable según criterio de anestesiología pasara al área de cuidado posquirúrgico.

7.6 Cuidados y manejos posquirúrgico:

Los médicos del área y el personal de enfermería se encargaran de:

- a) Vigilar los signos vitales cada hora durante las primeras cuatro horas. Si los signos vitales del paciente se mantienen estables, dicha revisión será efectuada cada cuatro horas.
- b) Administrar los medicamentos prescritos en cada caso.
- c) Suministrar una dieta cero por 24 horas; luego, tolerancia oral, si no fue necesaria la resección de intestino comprometido.
- d) Manejar los drenajes y asegurar la buena posición de la faja o el vendaje elástico sobre la cirugía.
- e) Vigilar la hidratación y la diuresis.
- f) Aplicar la terapia ventiladora con inspirómetro.
- g) Realizar hemogramas de control si el procedimiento fue muy laborioso o si el cirujano lo considera pertinente.

7.7. Esquema de hidratación.

Primeras 24 horas.	Lactato de Ringer o solución salina al 0.9%	3000 ml., dosis de infusión ajustada de acuerdo a función renal
Mantenimiento.	Lactato de Ringer, o solución salina al 0.9%, o solución mixta al 0.9%, o Dextrosa al 5%	Infusión ajustada a equilibrio entre ingesta oral y parenteral.

7.8 Esquema para uso de antibióticos.

Esquema profiláctico	Cefazolina	1 g EV 30 minutos antes de la intervención. Repetir dosis a las 12 horas
----------------------	------------	---

Esquema para cirugía contaminada o complicación infecciosa.	Ceftriaxona, 1 gr cada 12 horas. Gentamicina, 80 mg cada 12 horas, o 160 mg cada 24 horas. Amikacina, 500 mg cada 12 hora, o 1 gr cada 24 horas. Clindamicina, 600 mg cada 8 horas. Metronidazol: 500 mg cada 8 h (cuando el intestino esté expuesto)	Manejar esquema empírico y según resultado de cultivo
---	---	---

7.9 Analgésicos

- a) Dexketoprofeno: 50 mg cada ocho horas. 25 mg por vía oral.
- b) Ketorolaco: una ampolla de 30 mg cada ocho horas.
- c) Nalbufina: 10 mg por vía subcutánea o endovenosa e intramuscular, cada seis u ocho h, SOS.
- d) Tramadol: 100 mg por vía subcutánea cada ocho horas (no exceder los 400 mg en adultos).

7.10 Protectores gástricos

a) Omeprazole b) Esomeprazole c) Pantoprazole	40 mg cada 24 horas. Si hay riesgo de úlcera, el medicamento debe ser administrado en la misma cantidad cada 12 horas.
---	--

8. PAUTAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SALA

- Suministrar el tratamiento (de primera elección y alternativo).
- Actualización y revisión continua del expediente clínico.
- Si el caso lo amerita, solicitar atención al paciente por parte del Servicio de Gastroenterología.
- Coordinar seguimiento entre los Servicios de Gastroenterología y Cirugía.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- Paciente asintomático durante 24 horas, sin fiebre y con el tránsito intestinal restablecido
- Buena tolerancia oral.
- Control del dolor posquirúrgico.
- Autorización del Servicio de Cirugía
- Afebril
- Perístasis adecuada

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para el acto quirúrgico exceda el previsto inicialmente, un miembro del personal quirúrgico contactará a los familiares del paciente, a fin de informarles sobre la marcha del procedimiento.

Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención debe completar la Descripción Quirúrgica e informar al paciente y a sus familiares acerca del resultado del mismo.

Al momento del egreso, el médico tratante informará al paciente y a sus familiares sobre:

1) Medidas preventivas:

- a) Cuidado de la herida (cura). Informar sobre el uso y el cuidado del drenaje y de la faja: su importancia fundamental para evitar los espacios muertos.
- b) Deambulaci3n asistida. El paciente no deber1 realizar ning3n esfuerzo f3sico hasta completar el tiempo indicado o durante cuatro semanas.
- c) Reanudaci3n de esfuerzos f3sicos solamente transcurridos dos meses posteriores al egreso.

2) Informe sobre el procedimiento realizado:

T3cnica de Warren, t3cnica de McVay o pr3tesis.

3) Recomendaciones nutricionales y utilizaci3n de medicamentos:

Dieta l3quida hasta que el paciente tenga un tr1nsito intestinal adecuado. Administrar los medicamentos en las dosis y horarios indicados en la receta m3dica.

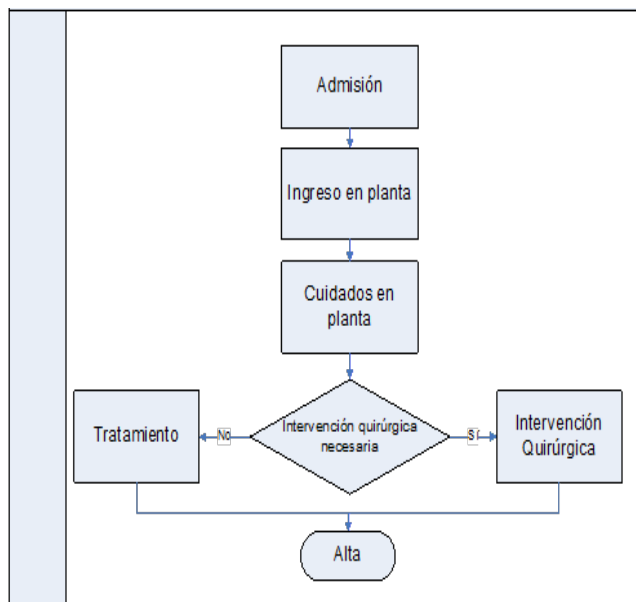
4) Informar sobre posibles signos y s3ntomas de alarma en el postoperatorio que requiere de atenci3n m3dica:

- a) Fiebre
- b) Secreciones a trav3s de la herida
- c) Malestar general

- d) Dificultad respiratoria
- e) Diarrea
- f) Dolor abdominal
- g) Equimosis de la herida (moretón o hematoma), calor, rubor (enrojecimiento) y dolor.

5) Próxima Cita: siete días luego de egreso.

11. ALGORITMO DEL PROCESO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Goldman, M.A. (2008). Pocket Guide to the Operating Room (3rd e.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
2. Sherwinter, D.A. MD (2013). Laparoscopic inguinal hernia repair. Artículo visto Febrero 12, 2014 desde: <http://emedicine.medscape.com/article/1534321-overview>.