

Original

El estado actual del manejo del paciente con hernia inguinal en España e Hispanoamérica comparado con la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal*



The current management of patients with inguinal hernia in Spain and Latin America compared to the International Guide for the Management of Inguinal Hernia

Jesús Martínez-Hoed¹, Providencia García-Pastor², José Ángel Ortiz-Cubero², Salvador Pous-Serrano¹

¹Unidad de Cirugía de Corta Estancia y Pared. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia (España). ²Servicio de Cirugía General. Grupo de Innovación Tecnológica (GIT) de Hernia Compleja. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. San José (Costa Rica)

Resumen

Introducción: La patología herniaria inguinal es frecuente, pero sus abordajes varían. España y Latinoamérica comparten idioma oficial y bases de datos, aunque se desconocen las similitudes en el tratamiento y no se siguen los estándares de la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal*. El objetivo del presente estudio fue conocer y analizar la realidad del manejo de la hernia inguinal en ambos lugares y compararlo con las recomendaciones.

Método: Se realizó una encuesta a cirujanos generales de Latinoamérica y España, difundida en asociaciones de hernia y de cirugía, así como en redes sociales. Mediante Google Forms y SPSS, versión 26.0, se recopiló y se analizó la información, se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medidas de tendencia central para las cuantitativas, χ^2 y t de Student para asociaciones.

Resultados: Se obtuvieron 366 encuestas de la mayoría de países. Los encuestados eran cirujanos con más de 11 años de experiencia que realizaban principalmente cirugía de pared abdominal y el 23 % pertenecía a grupos especializados en pared abdominal. El 58 % operaba menos de 3 hernias por semana. De forma contraria a lo recomendado, la raquianestesia fue muy utilizada (56 %). El abordaje abierto preferido fue el de Lichtenstein (80 %). El 23 % no hacía cirugía mínimamente invasiva, aunque el 58 % la consideraba como el futuro. El 78 % de los encuestados españoles negó esta afirmación. Se desaconsejó el uso de malla tapón (37 %) y la neurectomía profiláctica (45 %), pero aún se usaba el punto de fijación a pubis (44 %). El 53 % de los encuestados desconocía la guía internacional y el 52 % se consideraba experto y realizaban más laparoscopias por semana (79 %).

Conclusiones: El manejo de los pacientes con hernia inguinal tiene muchas similitudes y, a pesar de que la guía es poco conocida, se siguen la mayoría de sus recomendaciones, aunque con excepciones. La laparoscopia se acepta bien en Latinoamérica, pero no en España. Las guías deberían tener más difusión para una mejor atención a los pacientes.

Recibido: 16-09-2021

Aceptado: 27-09-2021

Palabras clave:

Hernia inguinal, guías, laparoscopia, hernioplastia.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Autor para correspondencia: Jesús Martínez-Hoed. Unidad de Cirugía de Corta Estancia y Pared. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. de Fernando Abril Martorell, 106. 46026 Valencia (España)

Correo electrónico: dr.martinezhoed@gmail.com

Martínez-Hoed J, García-Pastor P, Ortiz-Cubero JA, Pous-Serrano S. El estado actual del manejo del paciente con hernia inguinal en España e Hispanoamérica comparado con la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal*. Rev Hispanoam Hernia. 2022;10(2):70-84

Abstract

Introduction: Inguinal hernia pathology is frequent, but its approaches may vary. Spain and Spanish-speaking Latin America share an official language and databases, but the similarities in treatment are unknown, the standards of the International Guide for the Management of Inguinal Hernia are not followed. The objective of this study was to know and analyse the real management of inguinal hernia patients in these countries and compare it with the recommendations.

Method: A survey with 48 questions was conducted between Latin American and Spanish general surgeons. Hernia and Surgery Associations and social networks were used for its diffusion. Google Forms and SPSS version 26.0 were used to collect and analyse the information, with frequencies and percentages for qualitative variables, measures of central tendency for quantitative variables, χ^2 -distribution and Student's t for associations.

Results: 366 surveys were obtained from a majority of countries. The surveyed were surgeons with more than 11 years of experience, that performed mainly abdominal wall surgery, and 23 % specialised in abdominal wall. 58 % operated less than 3 hernias per week. Contrary to the recommendations, spinal anaesthesia was widely used (56 %). The preferred open approach was the Lichtenstein (80 %). 23 % did not perform minimally invasive surgery for inguinal hernia, although 58 % considered it as the future. 78 % of the Spanish surgeons denied this statement. The use of the mesh plug (37 %) and prophylactic neurectomy (45 %) were discouraged, but the pubic fixation point was still used (44 %). For the 53 % the International Guide was unknown, 52 % considered themselves as an expert, and performed more laparoscopic repair per week (79 %).

Conclusions: The management of patients with inguinal hernia has many similarities and even though the Guide is not well-known, most of its recommendations are followed with exceptions. The laparoscopic repair was less accepted in Spain. The guidelines should be disseminated more widely for a better patient care.

Keywords:

Inguinal hernia, guideline, laparoscopy, hernioplasty.

INTRODUCCIÓN

La patología herniaria inguinal (HI) es muy prevalente en la cartera de servicios del cirujano general (CG)¹. Anualmente se intervienen más de 20 millones de pacientes por este motivo en todo el mundo. Los abordajes actuales para la HI varían mucho, aun dentro de un mismo país, sin que exista uniformidad en una práctica generalizada^{2,3}. España y Latinoamérica comparten un mismo idioma oficial, por lo que tienen textos similares de estudio y comparten bases de datos y relaciones importantes desde el punto de vista de la actualización médica continua y de la cooperación sociocultural y científica. Hay grandes oportunidades de crecimiento y beneficios mutuos en el ámbito de la salud, lo que incluye a los cirujanos, aunque los entornos socioeconómicos son muy distintos y variados, incluso entre los propios países latinoamericanos.

Aun partiendo de un mismo idioma, no conocemos si se comparten las diferencias y las similitudes en el tratamiento de los pacientes con HI, al igual que sucede en otras naciones, aunque la hipótesis es que debería ser diferente^{4,5}. Incluso desconocemos si se siguen los únicos estándares internacionales plasmados en la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal*, del Grupo Hernia Surge (2018), en la que hay autores españoles, pero no hay representación de América Latina, y según estudios previos las recomendaciones de la guía se siguen parcialmente por los cirujanos españoles². El interés por la cirugía de la pared abdominal (PA) ha aumentado, con un incremento en las publicaciones y en las guías relativas al manejo de la hernia, y en particular de la HI, en la búsqueda de la excelencia⁶. Gran parte de estas guías y de estas publicaciones están escritas en inglés y son productos de investigaciones en este idioma.

Mundialmente el abordaje abierto o técnica de Lichtenstein ha sido el más aceptado por parte de los cirujanos, aunque el mínimamente invasivo (CMIHI) ha ganado muchos adeptos y está recomendándose para casos específicos, pero no ha logrado posicionarse como el abordaje estándar^{1,7}. En las naciones hispanoamericanas existe la misma problemática, pero se generan muy pocas publicaciones debido a la falta de investigación. Los datos obtenidos directamente en una encuesta a manos de cirujanos españoles e hispanoamericanos podrían suponer un contrapeso

a las recomendaciones de la guía internacional de 2018 de Hernia Surge. La primera guía internacional contiene 87 recomendaciones, según el consenso y la investigación de 54 expertos, de 5 sociedades continentales de hernia y de dos sociedades de cirugía endoscópica, en todos los aspectos del tratamiento. La representación latinoamericana fue la Asociación Americana de Hernia, aunque no había ningún autor latinoamericano¹.

Por lo comentado, se plantea el siguiente estudio basado en una encuesta de opinión dirigida a los cirujanos generales españoles y de América Latina acerca de los temas de la guía de 2018. El objetivo fue conocer y analizar la realidad del manejo de la HI en estos territorios y, en segundo lugar, evaluar el desempeño al compararlo con las recomendaciones de la guía.

Al final las preguntas son: ¿los cirujanos latinoamericanos necesitamos mejorar en el tratamiento de la HI según las recomendaciones de la última guía internacional? Y ¿estamos tratando adecuadamente a nuestros pacientes desde el punto de vista de las guías de manejo de otras latitudes? Esta encuesta debe indicarnos la realidad en la que vivimos y el camino para actividades educativas, guías hispanoamericanas y cursos de actualización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una encuesta de opinión revisada por cirujanos generales ajenos a la investigación y dirigida a especialistas y a residentes de CG de habla hispana. La redacción fue similar a la de la encuesta nacional española acerca del manejo de la HI y seguía los temas de la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal* del grupo Hernia Surge^{1,8}. Las 48 preguntas, de respuestas únicas y múltiples, intentan reflejar el manejo actual de cada país (anexo). El periodo de respuesta fue entre junio del 2020 y enero del 2021 y se utilizó la plataforma en línea Google Forms. Se logró la difusión con la colaboración de la Sociedad Hispanoamericana de la Hernia, la Sociedad Valenciana de Cirugía y las respectivas asociaciones de hernia y de cirugía nacionales de países como México, Perú, Chile, Colombia, Argentina, Bolivia, Paraguay, Salvador, Nicaragua y Costa Rica. También por medio de redes sociales, incluida la International Hernia Collaboration y los chats de las asociaciones de hernia y de grupos interesados. Se recopiló la información mediante Google Forms y Microsoft

Excel para MAC versión 16.16.19 con desdoblamiento dicotómico de las respuestas múltiples. Se realizó un análisis descriptivo mediante IBM SPSS Statistics versión 26.0 usando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Las respuestas múltiples tuvieron que desdoblarse dicotómicamente y tuvieron que reducirse ciertos grupos de respuestas para permitir la creación de asociaciones. Se utilizó la asociación mediante χ^2 para el análisis entre variables cualitativas y la t de Student para las asociaciones de las relaciones entre variables cualitativas y cuantitativas.

RESULTADOS

Se obtuvieron 366 encuestas válidas, 354 totalmente completas. Las que no fueron totalmente completas también se usaron para el análisis en sus respuestas validadas. La distribución de la participación por países se muestra en la tabla I. El 96 % de los participantes fueron cirujanos generales y el 4 % restante, residentes (14/352). El 55.1 % (n = 194) contaba con más de 11 años de ejercicio; el 24.4 % (n = 86), con entre 5 y 10 años, y el 20.5 % (n = 72), con menos de 5 años. La distribución de las cirugías

Tabla I. Distribución por países del número de encuestas obtenidas	
Argentina	65
Bolivia	13
Brasil	2
Chile	17
Colombia	15
Costa Rica	16
Cuba	1
Ecuador	32
El Salvador	9
España	55
Guatemala	7
Honduras	1
México	41
Nicaragua	1
Panamá	19
Paraguay	8
Perú	24
Uruguay	5
Estados Unidos	1
Venezuela	2

que se realizan con más frecuencia se muestra en la figura 1 (la de PA fue la más frecuente). Las HI programadas se operaron en el 23.1 % de las ocasiones por cirujanos con equipos dedicados a la hernia, en el 8.8 % por residentes y en el 68.1 % por todos los cirujanos generales del hospital por igual. En cuanto a la frecuencia semanal, el 58.2 % operaba menos de 3 HI por semana, el 31.9 % entre 4 y 5 y el 9.9 % más de 6 cada semana. De los cirujanos encuestados, el 45.2 % realizaba más de la mitad de sus casos como hernioplastias inguinales ambulatorias, mientras que el resto no utilizaba la opción ambulatoria.

En cuanto a la anestesia utilizada, la raquianestesia fue la más utilizada entre cirujanos (55.9 %), seguida de la general (35.5 %) y de la local (solo en el 8.5 %). La técnica estándar utilizada por los cirujanos encuestados se muestra en la figura 2: la vía preperitoneal abierta era un abordaje desconocido para el 38.2 % de los cirujanos, un 40.2 % la utiliza en recidivas de la vía anterior, solo el 11.8 % la usa de forma estándar y un 19.9 % también la utiliza en casos de urgencias.

Las preguntas 11-17 abordan las indicaciones de la CMIHI. Inicialmente se preguntó la indicación preferida y luego se solicitó a los cirujanos que calificaran cada una de las indicaciones según el uso: desde el cero (la no utilización de la indicación) al diez (el uso sistemático). En la figura 3 se muestran los resultados obtenidos, entre los que destacan las puntuaciones medias siguientes: HI bilateral, 7.75 ± 3.2 ; HI recidivada de vía anterior, 7.68 ± 3.4 ; hernia femoral, 6.29 ± 3.6 ; HI unilateral de mujer, 6.39 ± 3.6 ; HI unilateral primaria en hombres, 5.89 ± 3.6 , y la HI en deportistas, 7.39 ± 3.6 .

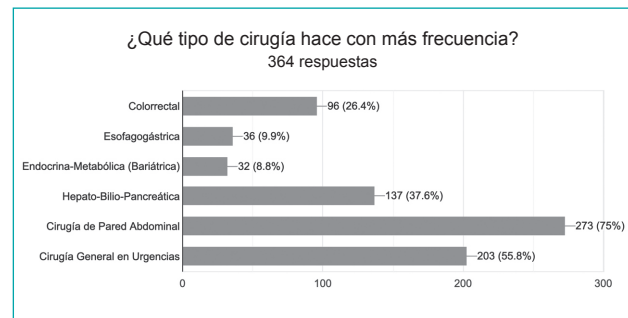


Figura 1. Distribución de las respuestas según el tipo de cirugía más frecuentemente realizada.

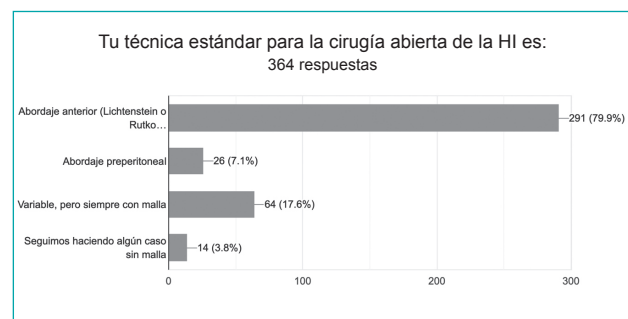


Figura 2. Técnica abierta estándar utilizada en la corrección de la HI.

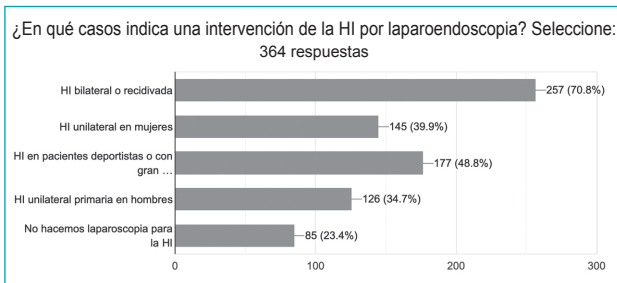


Figura 3. ¿En qué casos indica la CMIHI? Respuesta múltiple.

Sobre el conocimiento de las recidivas, el 78.2 % dijo tener menos del 5 %, el 20.4 % creía que eran pocas, pero no lo sabía exactamente, y el resto indicó que tenía menos del 20 % de recidivas. Los resultados acerca del dolor inguinal crónico se muestran en la figura 4.

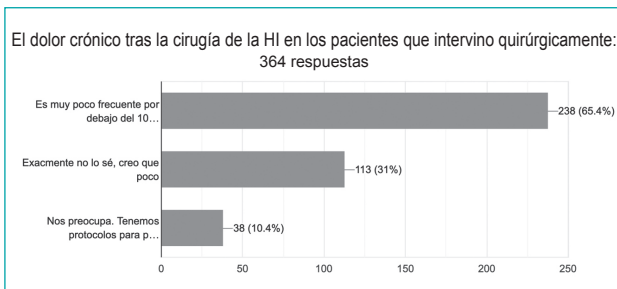


Figura 4. Respuestas acerca del dolor crónico posterior a la reparación de la HI.

Respecto a la técnica empleada (preguntas 20-32) encontramos las siguientes medias: malla de polipropileno, 9.3 ± 1.8 ; mallas autoadhesivas, 6.53 ± 3.0 ; tapón de malla, 3.54 ± 3.6 ; malla anatómica preformada de polipropileno, 6.93 ± 3.1 ; neurectomía profiláctica, 2.62 ± 3.2 ; neurectomía a demanda, 5.02 ± 3.5 ; punto de fijación a pubis, 7.12 ± 3.7 ; pegamento en hernioplastia abierta, 4.74 ± 3.9 ; pegamento en hernioplastia laparoscópica, 6.4 ± 3.4 ; fijación irreabsorbible, 5.6 ± 3.9 ; fijación de larga reabsorción, 7.34 ± 2.99 , y fijación de corta reabsorción, 3.4 ± 3.3 . Los diversos métodos de fijación se muestran en la figura 5 y la modalidad de reparación bajo anestesia local y sedación y el bloqueo nervioso, en la figura 6, con un 58.1 % que normalmente no usaba anestesia local, el 39.2 % solo en pacientes añosos pluripatológicos y el 19.4 % en hernias pequeñas. El manejo conservador se aceptaba en el 77.6 % de los pacientes añosos pluripatológicos, en el 17.6 % de los hombres poco sintomáticos y en el 17 % de las mujeres con pocos síntomas. Un 88.7 % no recomendaba la observación en mujeres y un 82.6 % señaló usar la misma técnica quirúrgica para la mujer y para el hombre.

El manejo del paciente con HI en emergencias se muestra en la figura 7. Respecto al manejo posreducción de una HI encarcelada, el 54.1 % remite al paciente a consulta externa, el 42.1 % indica cirugía urgente diferida en 2 o 3 días como máximo y el restante los remite a consulta externa vía ordinaria. En caso

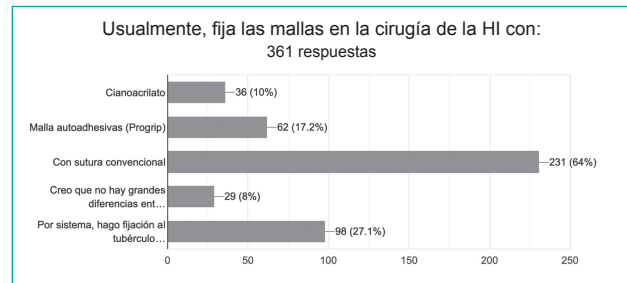


Figura 5. Método de fijación utilizado en la cirugía de la HI.

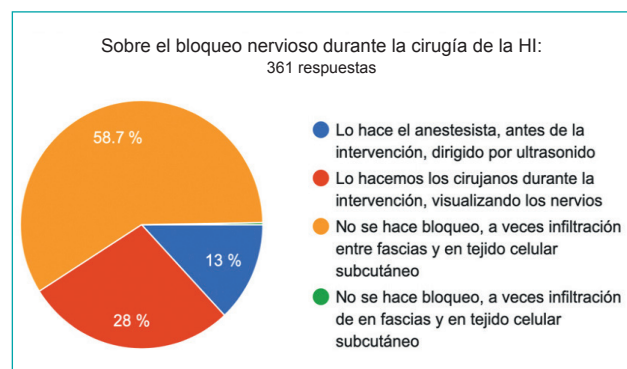


Figura 6. Bloqueo nervioso durante la cirugía de la HI.

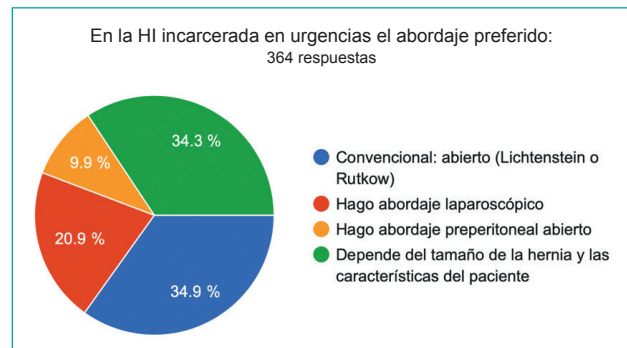


Figura 7. El abordaje quirúrgico preferido en un paciente con una HI encarcelada en urgencias.

de estrangulación, el 64.3 % utiliza la misma técnica que en cirugía programada y el 35.7 % evita el uso de mallas por el riesgo de infección. Las figuras 8 y 9 muestran los resultados respecto a la actualización y a la formación de los CG y residentes y la figura 10, el conocimiento de la guía internacional.

Respecto al abordaje por laparoscopia, un 57.7 % respondió que terminará siendo el estándar, un 44.6 % se consideraba experto en PA y un 52.2 %, experto en la HI. Sobre las guías, el 72.4 % indicó que no las seguía o no tenían en su país. Las guías más citadas fueron la de la Sociedad Europea de Hernia (51 %), la de la Asociación Mexicana de la Hernia (19 %), la de la Asociación Española de Cirugía (10 %) y la de la Asociación Argentina de Hernia (8 %). Algunos indicaron más de una guía de preferencia.

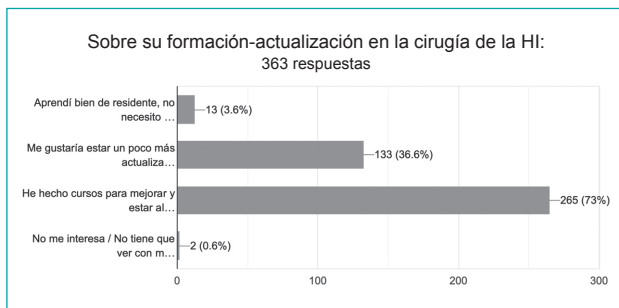


Figura 8. Formación/actualización personal en la cirugía del paciente con HI.

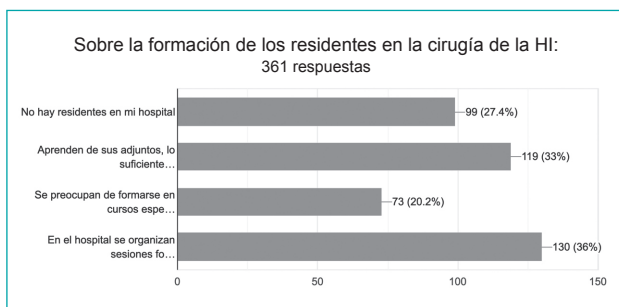


Figura 9. Acerca de la formación de los residentes en la cirugía de la HI.

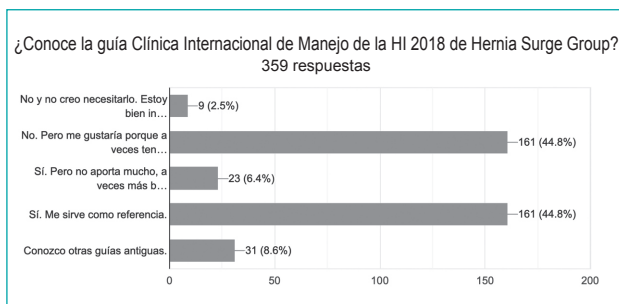


Figura 10. Conocimiento de la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal 2018*.

Análisis y relaciones entre preguntas

Relación con la laparoscopia

El 57.7 % de los encuestados creía que la laparoscopia iba a ser el futuro de la reparación herniaria. En los subgrupos por países, la mayoría anotaba que era el futuro, con más del 50 % de aceptación. En España, el 78.2 % indicó que no sería el futuro de la reparación de la HI, al igual que en Guatemala, con un 57.1 %, y en Uruguay, con un 60 %. No encontramos relaciones estadísticamente significativas. Con las 83 encuestas que no realizaban CMIHI (23 % del total) se buscó la relación según el país, pero no se obtuvieron relaciones significativas (figs. 11 y 12).

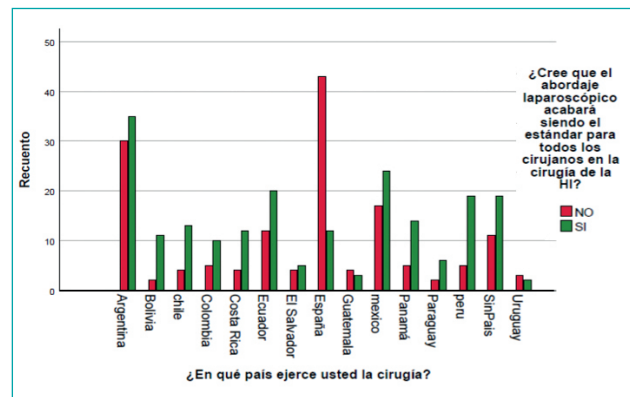


Figura 11. Relación entre el país del encuestado y la opinión acerca de si el abordaje CMIHI será el estándar en un futuro.

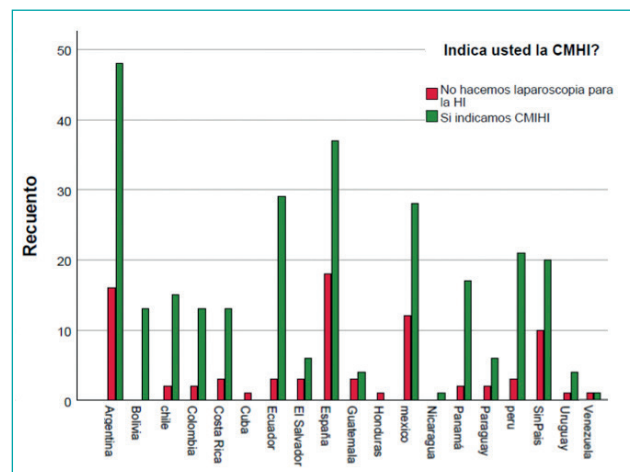


Figura 12. Relación entre las encuestas de los países que sí indicaban la CMHI y los que no hacían CMIHI.

Relación con el tipo de anestesia

La raquianestesia fue predominante en la mayoría de los países. Era la más utilizada en Argentina (45.3 %), México (56.1 %) y Ecuador (65.6 %). Argentina es el país en el que más anestesia general se utiliza (51.6 %). España fue el país que más anestesia local utiliza (29.1 %), pero la anestesia general y la raquídea la superan, con un 34.5 % cada una. No encontramos relaciones estadísticas significativas.

Relación con el abordaje quirúrgico abierto

El abordaje anterior fue el preferido, pero ciertos países realizaban más abordajes preperitoneales, como Colombia, con un 46.7 % (Lichtenstein: 53.3 %), Perú, con un 20.8 % (Lichtenstein: 62.5 %), y España, con un 7 % (Lichtenstein o Rutkow-Robbins: 76.4 %). No alcanzamos significación estadística.

Relación con las intervenciones ambulatorias

Se definen las *intervenciones ambulatorias altas* cuando eran superiores al 50 %. España es el país con las intervenciones ambulatorias más altas (78.2 %), seguido de México (46.3 %) y de Argentina (24.6 %). Las *intervenciones ambulatorias bajas* (< 25 %) predominaron en Argentina, con un 56.9 %, seguida por Ecuador (56.3 %) y Perú (62.5 %). En estos tres últimos países la norma es el internamiento.

Relación entre los grupos o las unidades de trabajo

Los países que tenían grupos de trabajo dedicados a la hernia son España, Argentina y Chile, con un 49.1 %, un 35.4 % y un 35.3 %, respectivamente, aunque los porcentajes de respuesta que indican que «todos los cirujanos operan las HI» eran altos en Argentina (36.9 %) y Chile (52.9 %), pero no en España (45.5 %), donde existen más grupos de PA que el porcentaje de cirujanos que intervienen hernias y otras cirugías (fig. 13).

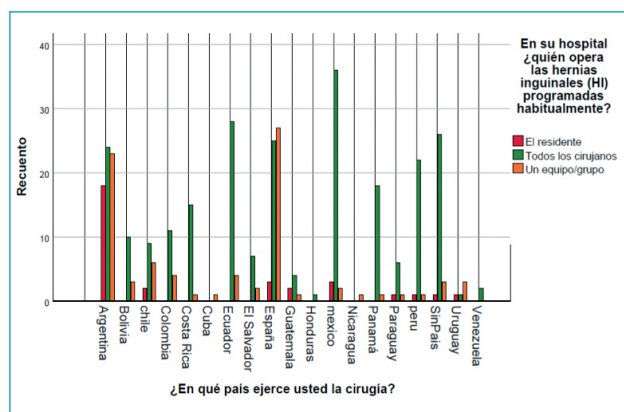


Figura 13. Relación entre el país de los encuestados y quién opera las HI.

Relación entre la técnica quirúrgica abierta, el volumen quirúrgico y el conocimiento de las guías

La técnica de Lichtenstein fue la preponderante en todos los grupos de cirujanos, tanto de alto (> 6 HI / semana) como de mediano o bajo volumen (< 3 HI / semana). El 71 % de los cirujanos que hacían 4-5 HI a la semana realizaban Lichtenstein como técnica estándar, y el 66.7 % de los que hacían más de 6 HI semanales. El abordaje preperitoneal puro quedaba en el 6.1 % para los que hacían entre 4 y 5 HI semanales, en el 11.1 % para los que hacían más de 6 HI a la semana y en el 3.3 % para los de menos de 3 HI semanales. No se abordó la opción laparoscópica y no se obtuvieron relaciones significativas.

Los grupos de trabajo específicos para hernias no se relacionaron estadísticamente con el conocimiento de la guía internacional. Aunque al comparar «los que tenían grupos de trabajo» con «los que operaban todos por igual la HI», el 56 % de los que tenían grupos de trabajo sí conocían la guía, mientras que, entre los que ope-

raban las HI por igual, solamente el 47 % conocía la guía. Cuando se operaban más de 4 HI a la semana, tendía a conocerse más la guía, pero sin obtener relación estadística. Del grupo que operaba más de 6 HI semanales, el 69.4 % conocía la guía, y del grupo de 4 a 5 HI semanales, el 55.2 % conocía la guía, mientras que en el grupo de menos de 3 HI por semana solo el 42.9 % la conocía.

En la relación entre el conocimiento de la guía y los cursos de actualización no se alcanzó significancia estadística por recuentos esperados inadecuados. Sí es destacable que los que habían hecho cursos para estar al día sí conocían más la guía: un 82 % de los que la conocían habían hecho cursos frente a un 40 % que no la conocían y habían hecho cursos para actualizarse.

Al relacionar estadísticamente la pregunta de autorreconocerse como expertos en el manejo del paciente con HI con otras preguntas se obtuvo lo siguiente:

1. Existe una correlación directa entre considerarse experto en el manejo del paciente con HI y considerarse experto en el manejo de las hernias de la PA ($\chi^2 = 224$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$ y $\Phi = 0.79$, asociación alta).
2. Considerarse experto se relacionó con considerar la laparoscopia como el futuro de la cirugía de la HI con asociación débil ($\chi^2 = 8.3$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$ y $\Phi = 0.1$).
3. La relación entre considerarse experto en cirugía de la HI con conocer la guía internacional fue nula por los recuentos esperados, pero al dividir las respuestas entre «sí conocer la guía» y «no conocerla», si encontramos relación estadística, pero con asociación débil ($\chi^2 = 30.5$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$ y $\Phi = 0.3$).
4. La relación con el uso de bloqueo nervioso mostró que los cirujanos considerados expertos tendían a realizar bloqueo nervioso directo durante la cirugía, pero sin significancia estadística. La relación con la anestesia local tampoco fue significativa.
5. En cuanto a la formación y a la actualización, los expertos sí que habían hecho más cursos para mejorar y a los encuestados que no se consideraban expertos les gustaría estar más actualizados. Ninguna de estas relaciones fue significativa.
6. En relación al abordaje preperitoneal abierto, a quién operaba las hernias, a los grupos especializados, al país, a la técnica quirúrgica abierta y a la técnica laparoscópica, no se encontraron relaciones significativas.
7. Los expertos y los no expertos tenían porcentajes similares de cirugía laparoscópica: 79 y 73 %, respectivamente.
8. En la tasa de recidiva, los expertos indicaron que tenían menos del 5 % de recidiva, lo que demuestra diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 24.2$, $gl = 2$, $p \leq 0.05$ y V Cramer = 0.26).
9. En cuanto a la cantidad de las hernias operadas por semana, los expertos estadísticamente intervenían más de 4 a 5 y más de 6 hernias con significancia estadística ($\chi^2 = 22.4$, $gl = 2$, $p \leq 0.05$ y V Cramer = 0.25, asociación débil).
10. Los años de práctica como especialista también se relacionaron estadísticamente a considerarse experto. Los expertos en su mayoría tenían más de 11 años de especialista ($\chi^2 = 39.2$, $gl = 2$, $p \leq 0.05$ y V Cramer = 0.33, asociación débil).
11. Conocer la guía significó una asociación fuerte a realizar más CMIHI ($\chi^2 = 12.6$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$ y $\Phi = 0.2$). El 55.5 % de los que conocían la guía hacían CMIHI y el 44.5 % de los que no la conocían también hacía laparoscopia para la HI.

Mediante la t de Student se compararon las medias entre considerarse expertos y las decisiones de la técnica quirúrgica. Se muestran los resultados en la tabla II.

Tabla II. Detalles de la técnica quirúrgica, datos estadísticos descriptivos y comparación de medias entre expertos y no expertos

Detalle de la técnica quirúrgica	Media (DE)	Comparación de medias	Resultados
Malla de PP	9.3 (± 1.8)	Los expertos la usan más	t (299) = 2.0, p ≤ 0.05
Malla autoadhesiva	6.53 (± 3.0)	Expertos, media de 5.99; no expertos, media de 7.18	t (350) = - 3.89, p ≤ 0.05, r = 0.2, efecto pequeño
Tapón de malla	3.54 (± 3.6)	Expertos, media de 2.94; no expertos, media de 4.24	t (340) = - 3.45, p ≤ 0.05, r = 0.18, efecto pequeño
Malla anatómica preformada de PP	6.93 (± 3.1)	Expertos, media de 6.41; no expertos, media de 7.51	t (346) = - 3.44, p ≤ 0.05, r = 0.1, efecto pequeño
Neurectomía profiláctica	2.62 (± 3.2)	Expertos, media de 1.86; no expertos, media de 3.63	t (291) = - 5.20, p ≤ 0.05, r = 0.30, efecto mediano
Neurectomía a demanda	5.02 (± 3.5)	Expertos, media de 4.63; no expertos, media de 5.45	t (348) = - 2.22, p ≤ 0.05, r = 0.1, efecto pequeño
Punto de fijación a pubis	7.12 (± 3.7)	Expertos, media de 6.83; no expertos, media de 7.54	t (358) = - 1.87, p ≥ 0.05 No significativo
Pegamento en hernioplastia abierta	4.74 (± 3.9)	Expertos, media de 4.84; no expertos, media de 4.61	p ≥ 0.05 No significativo
Pegamento en hernioplastia laparoscópica	6.40 (± 3.4)	Expertos, media de 6.34; no expertos, media de 6.41	p ≥ 0.05 No significativo
Fijación irreabsorbible	5.60 (± 3.9)	Expertos, media de 5.32; no expertos, media de 5.92	p ≥ 0.05 No significativo
Fijación de larga reabsorción	7.34 (± 2.99)	Expertos, media de 7.31; no expertos, media de 7.23	p ≥ 0.05 No significativo
Fijación de corta reabsorción	3.40 (± 3.3)	Expertos, media de 3.27; no expertos, media de 3.63	p ≥ 0.05 No significativo

PP: polipropileno; DE: desviación estándar.

DISCUSIÓN

La mayoría de los encuestados eran cirujanos especialistas con bastante experiencia y la cirugía de la PA era la más frecuentemente realizada, incluso por encima de la de urgencias. Nuestros resultados se deben a que la encuesta se difundió entre grupos de cirujanos interesados en la cirugía de pared abdominal, incluidas sociedades de hernias, compañeros a los que les atrae el tema y que comparan sus algoritmos de trabajo con los que se realizan en diferentes países, desarrollados o no, por lo que podemos asumir que la encuesta es representativa de las prácticas quirúrgicas en España e Hispanoamérica. La mayoría de estos cirujanos no ejercía en hospitales con grupos especializados de trabajo en pared abdominal. Estos grupos concentran experiencia y ayudan a resolver problemas más complejos⁵. Según estos resultados, los que trabajaban en grupos de PA conocen más la guía internacional y operan más casos de HI. Los principales países con estos grupos fueron España, Argentina y Chile, que tienen sociedades fuertes y una gran dedicación a la PA.

En el caso de la técnica quirúrgica, la mayor parte de los cirujanos tiene el entrenamiento para realizar procedimientos estándar:

Lichtenstein o Rutkow. Se reconocen deficiencias relacionadas con los abordajes posteriores y la laparoscopia, por lo que se necesitan cursos posteriores a la formación especializada⁹. La mayoría de encuestados no realiza abordajes posteriores abiertos y eran los más desconocidos del arsenal terapéutico para la HI^{2,3}, excepto en Colombia, donde se utilizan ambos abordajes abiertos casi por igual. Solo en un 40 % se utilizaba en recidivas anteriores como parte de la recomendación de utilizar un plano de reparación distinto en caso de recidiva herniaria^{1,10}. Como la mayoría de los cirujanos operaba menos de 3 HI a la semana, asumimos que el grupo encuestado se dedicaba a otras cirugías diferentes a la HI. Operar más y tener más de 11 años de trabajo como especialista hacía que los encuestados se autodenominaran expertos. Destacamos que para considerarse experto el cirujano debe involucrarse en la enseñanza y en la investigación de la PA para así abarcar todos los ámbitos de esta nueva subespecialidad⁵, aunque el volumen y los años de experiencia son factores importantes^{11,12}.

Según las guías consultadas, la intervención ambulatoria debería ser la norma^{1,13}. La mayor parte de los pacientes con HI pueden ser operados sin ingreso según su patología basal. Comorbilidades como neumopatías y cardiopatías severas pueden

aconsejar el internamiento, pero la edad no debe tomarse como criterio estricto debido a que gran parte de los adultos mayores sin enfermedades severas pueden ser operados de modo ambulatorio¹. En este estudio se muestra una gran variabilidad entre países, pero desconocemos los motivos reales de esta variabilidad, aunque podrían influir las condiciones económicas y las gestiones locales, como la red hospitalaria, etc. Lo ideal sería que los países latinos alcanzaran, como España, una alta tasa de intervenciones ambulatorias.

La anestesia local la recomiendan diversas guías^{1,13,14} debido a sus bondades para la recuperación posoperatoria. Sin embargo, esta afirmación es muy discutida porque la mayoría de los cirujanos no es muy proclive a ella^{2,3}. La anestesia local logra recuperaciones más rápidas, con menos incidencia de retenciones urinarias, infartos agudos del miocardio y otras complicaciones, sobre todo en adultos mayores, pero es más difícil en hernias voluminosas y no puede utilizarse en laparoscopia. La anestesia preferida es la raquídea según los resultados de la encuesta, aunque se desaconseja en las guías.

La técnica estándar es el abordaje anterior, ya sea Lichtenstein o Rutkow-Robbins¹⁵, hecho que coincide con algunas recomendaciones y que es consecuencia de la formación de los residentes. La laparoscopia podría considerarse solo si existe la experiencia local y los recursos, seleccionando el paciente, sus enfermedades y el tipo de HI¹. La técnica de hernioplastia por vía anterior es más reproducible, difundida y se ha erguido como el estándar desde hace muchos años, aunque la mayoría de los países y de los cirujanos creen que la laparoscopia es el futuro. Solo España se mantiene con una posición en contra, aunque en el país sí se realiza esta técnica. La mayoría de los países latinoamericanos parece ser más proclive a la laparoscopia.

La forma actual de indicar la cirugía de la HI es ajustando la técnica al paciente y no el paciente a la técnica quirúrgica. Según la guía internacional, en pacientes como mujeres, deportistas o con HI bilaterales o recidivadas, los resultados quirúrgicos son mejores con laparoscopia^{1,16,17}. Las indicaciones preferidas para la mínima invasión en el presente estudio fueron la hernia bilateral o recidivada y las de pacientes que hacen deporte o grandes esfuerzos. Esto concuerda con las guías, ya que brinda una mayor y más rápida recuperación posoperatoria. Según las guías, en el hombre con HI unilateral solo se recomienda realizar CMIHI cuando están disponibles la experiencia y el recurso. La alternativa sería la técnica de Lichtenstein^{1,13}. Un alto porcentaje de los cirujanos encuestados aconseja utilizar la HI unilateral en el hombre como indicación de CMIHI y se evidencia una tendencia al alza respecto a la laparoscopia. Para la mujer están especialmente recomendados los abordajes posteriores porque se acepta que las recidivas en este grupo de pacientes pueden llegar al 35 % por hernias femorales concomitantes que pasan desapercibidas por vía anterior. Los abordajes anteriores también son más propensos al dolor crónico¹. Este sería un aspecto importante para tener en cuenta en los programas formativos porque en este grupo de pacientes probablemente no está indicándose la técnica más adecuada.

La tasa de recidiva ideal debería ser inferior al 5 %¹. La mayoría de los cirujanos respondió en estos términos, pero hay muy pocos estudios publicados en habla hispana acerca de este tema. Según la encuesta, los cirujanos sí auditan sus resultados (hasta en el 78 % de los casos), por lo que debería hacerse énfasis en la difusión de estos números y que terminaran en publicaciones.

El dolor crónico es otro de los parámetros que define el éxito en la cirugía y, según las guías, debería ser inferior al 3 %¹. Muchos cirujanos admiten que no tienen control en este tema: solo un 10 % había desarrollado protocolos para la prevención. Lo ideal es hacerlo tanto para prevenir el dolor como para abordarlo tempranamente y así evitar que se haga central o intratable¹⁸.

La técnica quirúrgica y sus variaciones son muy frecuentes, incluso en un mismo país^{2,3,19}. Esto se debe a que cada cirujano, según sus experiencias y sus resultados, va variando la cirugía hasta adaptarla a su gusto. Aquí es donde intervienen las guías, dando recomendaciones según la evidencia científica y el consenso de expertos para lograr resultados uniformes. Es importante recordar que las guías cambian conforme existe mayor evidencia. El PP es el material más difundido y estudiado para la corrección de las hernias, y *por ende*, el recomendado, aparte de ser un material coste efectivo. La aceptación de las mallas autoadhesivas fue variable, aunque se recomiendan con una puntuación muy discreta. Estas mallas tienen la ventaja de reducir el tiempo quirúrgico y algunos teorizan que disminuyen el dolor agudo y el crónico¹. Un cambio importante con respecto a otras encuestas está en el uso del tapón de malla², que tiene beneficios en cuanto a la recidiva y puede traer consecuencias graves¹. Muchos estaban totalmente en contra de su utilización, y la puntuación fue cercana a desaconsejar su uso. Las neurectomías también fueron un cambio importante, con una alta proporción en contra, lo que se corresponde a las guías¹. La neurotomía a demanda no fue ni aconsejada ni desaconsejada, aunque actualmente esta es la forma consensuada para abordar los nervios de la ingle y seccionarlos si sufren algún daño o se ven afectados por la colocación de la malla¹. Por recomendaciones de expertos, el punto al tubérculo púbico debería abandonarse debido al dolor crónico o a las pubalgias que pueden presentarse¹. El dolor está relacionado con el hecho de incluir el periostio del pubis en el punto, y una alta proporción lo usaba y lo aconsejaba a pesar de que las guías lo desaconsejan desde hace mucho. Un factor de confusión podría ser que la mayoría de los cirujanos realiza el punto del pubis de forma superficial, sin llegar al hueso, lo que podría estar relacionado con los buenos resultados descritos en esta encuesta en cuanto a dolor crónico. Las guías no encuentran grandes diferencias entre los sistemas de fijación de las mallas. Los expertos recomiendan evitar las suturas de corta reabsorción porque no da tiempo a la integración de la malla. Como en nuestros resultados, esto se desaconsejó²⁰. También deben evitarse las suturas no absorbibles por la relación que tienen con el dolor crónico, aunque los resultados en este punto son también ambiguos¹. En relación con el uso de pegamentos sintéticos en la HI abierta en general las respuestas, se decantaron hacia no recomendarlos. Las guías indican que estos métodos de fijación atraumáticos podrían disminuir las tasas de dolor crónico¹, por lo que la práctica real en este detalle debe considerarse como discordante en relación con las recomendaciones. Sin embargo, al preguntar por el uso de pegamentos en CMIHI, las respuestas fueron hacia su aceptación quizás porque en esta vía de abordaje se conocen mejor estos dispositivos. Desde el inicio de la CMIH se ha intentado evitar la fijación traumática¹.

Una modalidad anestésica muy recomendada por sus bondades es la anestesia local, pero en realidad más de la mitad no la usa, quizás porque su aplicación requiere más tiempo y en hernias más grandes se hace sumamente difícil. Incluso la analgesia posoperatoria mediante refuerzo con anestésico local directo

a los nervios de la zona es un evento recomendado en todas las guías y la mayoría no la realiza¹⁻³. Estos detalles acerca de la anestesia local deberían tratarse en talleres futuros porque son beneficiosos para los pacientes.

Una de las grandes discordancias entre los resultados y la guía fueron los manejos clínicos: el manejo conservador de la HI oligosintomática. Las guías refieren que el manejo de observar y esperar en los pacientes masculinos con HI pequeñas sin síntomas podría ser adecuado tras discutirlo con el paciente¹; sin embargo, como en encuestas previas^{2,3}, estos manejos se indicaron sobre todo en pacientes añosos pluripatológicos, lo que tiene sentido, ya que es la forma usual de su manejo. Sin embargo, el riesgo de operar a pacientes añosos con comorbilidades durante una emergencia es casi prohibitivo, por lo que no se aconseja el manejo conservador, sino optimizarlos y operarlos electivamente²¹. La mayor parte de los encuestados no indicaron el manejo conservador en la mujer porque tiene mayor riesgo de encarceración y cirugía de emergencias^{1,10}.

En la hernia encarcerada en urgencias, si la hernia estaba estrangulada, los cirujanos utilizaban la misma técnica que en cirugía electiva, aunque más de un tercio evitaba la colocación de mallas. En este tema, según el consenso y las recomendaciones de los expertos²², debe evaluarse el estado de contaminación de los tejidos antes de colocar la malla, y aunque existen estudios que promueven la utilización de mallas en tejidos contaminados, debe hacerse un balance entre riesgos y beneficios. En cuanto a la técnica, debe realizarse la mejor cirugía que resuelva la condición que amenaza la vida del paciente¹.

La gran mayoría de cirujanos había realizado cursos de formación y de actualización, lo que muestra la dedicación del grupo encuestado a la cirugía de pared abdominal. A pesar de existir una actualización fuerte, casi la mitad no conocía la guía internacional, aunque el mismo número la utilizaba como referencia. Sí hubo diferencia entre conocer la guía y haber realizado cur-

sos de actualización, pero no estadísticamente significativas. Los expertos conocían más la guía internacional, pero no hacían más CMIHI. La tasa de recidiva según los resultados sí fue menor para los expertos, y estos operaban más casos de HI por semana. Mas de la mitad de estos expertos consideraron que la CMIHI terminaría por ser el estándar para la hernia inguinal, datos que difieren con los de las encuestas realizadas años anteriores en España².

Recientemente la SOHAH ha publicado guías de abordaje para PA que incluyen a todos los aspectos de la hernia. Esperamos que estas guías sean de representación hispanoamericana, que los cirujanos se instruyen con ellas y que se extiendan para un manejo uniforme y puntero de los pacientes⁸.

CONCLUSIONES

Según los resultados de la encuesta, el manejo de los pacientes con HI tiene similitudes fuertes entre los países de habla hispana, pero con algunas diferencias dependiendo del país. La *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal* se conoce poco, aunque se siguen las recomendaciones, excepto en ciertos puntos, como la fijación al tubérculo púbico o la utilización de anestesia local. Entre los países hay algunas diferencias, como las intervenciones ambulatorias, el uso de la técnica quirúrgica y el tipo de anestesia. Entre los países latinoamericanos el abordaje CMIHI está implantado, pero no en España. La mayoría de los cirujanos indicó bajos niveles de recidiva y de incidencia de dolor, aunque no se constata en publicaciones. Las guías deberían conocerse y difundirse más, como la de la Sociedad Hispánica de Hernia. Se necesitan cursos de actualización para que los cirujanos implementen decisiones en pos de una mejor y más actualizada atención a sus pacientes.

Anexo

Encuesta hispanoamericana acerca del manejo del paciente con hernia inguinal.

¿En qué país ejerce usted la cirugía?

¿Es usted cirujano general o médico en formación (residente)?

- Cirujano general
 Médico residente

¿Cuántos años lleva ejerciendo como especialista en cirugía general?

- Menos de 5 años
 Entre 5 y 10 años
 Más de 10 años

(Continúa en la pág. siguiente)

¿Qué tipo de cirugía hace con más frecuencia?

- Colorrectal
- Esofagogástrica
- Endocrinametabólica (bariátrica)
- Hepatobiliopancreática
- Cirugía de pared abdominal
- Cirugía general de Urgencias

En su hospital, ¿quién opera las hernias inguinales (HI) programadas habitualmente?

- Un equipo/grupo
- Todos los cirujanos
- El residente

¿Cuántas hernias inguinales en promedio opera usted por semana?

- Menos de 3
- Entre 4 y 5
- Más de 6

¿Qué porcentaje de pacientes con HI opera en régimen ambulatorio?

- Menos de 25 %
- Entre 25 y 50 %
- Más de 50 %

Usted suele operar la HI con anestesia tipo:

- General
- Raquianestesia
- Anestesia local y sedación

Su técnica estándar para la cirugía abierta de la HI es:

- Abordaje anterior (Lichtenstein o Rutkow-Robbins)
- Abordaje preperitoneal
- Variable, pero siempre con malla
- Seguimos haciendo algún caso sin malla

En relación a la hernioplastia vía preperitoneal (abierta):

- No tengo experiencia. No manejo bien esta vía
- La uso en casos de recidiva de una hernioplastia anterior
- La hago en urgencias porque me parece indicada
- Siempre es apropiada por eso la uso de forma estándar

¿En qué casos indica una intervención de la HI por laparoendoscopia? Seleccione:

- HI bilateral o recidivada
- HI unilateral en mujeres
- HI en pacientes deportistas o con gran actividad física
- HI unilateral primaria en hombres
- No hacemos laparoscopia para la HI

(Continúa en la pág. siguiente)

Califique la siguiente indicación de intervención laparo-endoscópica de la HI bilateral:

No es indicación/
no hacemos esta reparación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Reparación endoscópica indicada
en todos los casos con estas
características

Califique la siguiente indicación de intervención laparoendoscópica de la HI unilateral en mujeres

No es indicación/
no hacemos esta reparación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Reparación endoscópica indicada
en todos los casos

Califique la siguiente indicación de intervención laparo-endoscópica de la HI hernia femoral

No es indicación/
no hacemos esta reparación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Reparación endoscópica indicada
en todos los casos

Califique la siguiente indicación de intervención laparo-endoscópica de la HI unilateral primaria en hombres

No es indicación/
no hacemos esta reparación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Reparación endoscópica indicada
en todos los casos

Califique la siguiente indicación de intervención laparo-endoscópica de la HI unilateral en pacientes con gran actividad física/deportistas

No es indicación/
no hacemos esta reparación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Reparación endoscópica indicada
en todos los casos

¿Qué tasa de recidiva en la reparación de la HI tiene usted?

- Menos de un 5 %
- Menos de un 20 %
- Exactamente no lo sé, pero creo que poco

El dolor crónico tras la cirugía de la HI en los pacientes que intervino quirúrgicamente:

- Es muy poco frecuente, por debajo del 10 %
- Exactamente no lo sé, pero creo que poco
- Nos preocupa. Tenemos protocolos para prevenirlo

En relación a la malla de polipropileno, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomiendo su uso

En relación a las mallas autoadhesivas, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomiendo su uso

En relación al tapón de malla (preformado o artesanal), puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomiendo su uso

(Continúa en la pág. siguiente)

En relación a la malla anatómica preformada de polipropileno, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación a la neurectomía profiláctica, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su realización y 10 aconsejando su realización):

En contra de realizarla 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando realizarla
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación a la neurectomía a demanda, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su realización y 10 aconsejando su realización):

En contra de realizarla 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando realizarla
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación al punto de fijación de la malla al pubis (tubérculo), puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su realización y 10 aconsejando su realización):

En contra de realizarlo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando realizarlo
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Habitualmente, fija las mallas en la cirugía de la HI con:

- Cianoacrilato
- Mallas autoadhesivas (Progrid)
- Con sutura convencional
- Creo que hay grandes diferencias entre los sistemas de fijación
- Por sistema, hago fijación al tubérculo púbico

En relación al uso de pegamentos sintéticos (cianoacrilato) en hernioplastia laparoscópica abierta, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación al uso de pegamentos sintéticos en hernioplastia laparoscópica, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación a la fijación de la malla en cirugía abierta con sutura irreabsorbible, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

En relación a la fijación de la malla en cirugía convencional con sutura de larga reabsorción, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

(Continúa en la pág. siguiente)

En relación a la fijación de la malla en cirugía abierta con sutura de corta reabsorción, puntúe la utilidad de 0 a 10 (0 en contra de su utilización y 10 aconsejando su colocación):

En contra de su uso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Recomendando su uso

En la cirugía de la HI con anestesia local y sedación, usted la utiliza en:

- Lo hacemos solo en hernias pequeñas, paciente joven
- Lo usamos en pacientes añosos, pluripatológicos
- Normalmente no la usamos

Sobre el bloqueo nervioso durante la cirugía de la HI:

Lo hace el anestesista, antes de la intervención, dirigido por ultrasonido

Lo hacemos los cirujanos durante la intervención, visualizando los nervios

No se hace bloqueo, a veces infiltración entre fascias y en tejido celular subcutáneo

En cuanto al manejo conservador (esperar y ver) en la HI:

- Es apropiada en hombres poco sintomáticos
- Es apropiada en hombres y mujeres poco sintomáticos
- Es apropiada en pacientes añosos pluripatológicos

En una mujer con una HI, recomendaría observación:

- Sí
- No

En una HI en una mujer, usa igual técnica y vía de abordaje que en un hombre:

- Sí
- No

En la HI encarcerada en urgencias el abordaje preferido:

- Convencional: abierto (Lichtenstein o Rutkow)
- Hago abordaje laparoscópico
- Hago abordaje preperitoneal abierto
- Depende del tamaño de la hernia y las características del paciente

Cuando una HI encarcerada es reducida en urgencias, el paso siguiente que usted indica al paciente es:

- Cirugía urgente diferida (2 a 3 días máximo)
- Remitir a consulta externa vía preferente
- Remitir a consulta externa vía ordinaria

Sobre la HI estrangulada/incarcerada:

- En general evito el uso de mallas por el riesgo de infección
- Utilizo la misma técnica que en la cirugía programada

(Continúa en la pág. siguiente)

Sobre su formación/actualización en la cirugía de la HI:

- Aprendí bien de residente, no necesito aprender más
- Me gustaría estar un poco más actualizado
- He hecho cursos para mejorar y estar al día
- No me interesa/no tiene que ver con mi actividad asistencial

Sobre la formación de los residentes en la cirugía de la HI:

- No hay residentes en mi hospital
- Aprenden de sus adjuntos, lo suficiente creo
- Se preocupan de formarse en cursos específicos o haciendo rotatorios en centros/unidades de gran volumen
- En el hospital se organizan sesiones formativas, análisis de bibliografía... estamos al día en técnicas y materiales

¿Conoce la *Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal* del 2018 de Hernia Surge Group?

- No y no creo necesitarlo. Estoy bien informado
- No. Pero me gustaría porque a veces tengo dudas
- Sí, pero no aporta mucho, a veces más bien me confunde
- Sí, me sirve como referencia
- Conozco otras guías antiguas

¿Cree que el abordaje laparoscópico acabará siendo el estándar para todos los cirujanos en la cirugía de la HI?

- Sí
- No

¿Se considera experto en el manejo y tratamiento quirúrgico de la hernia de la pared abdominal?

- Sí
- No

¿Se considera un experto en el manejo y tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal?

- Sí
- No

¿En su país existe alguna nacional para el manejo de la HI que usted siga?

- Sí
- No

En el caso de que usted siga alguna guía nacional y/o internacional, por favor, méncionela a continuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
2. Martínez-Hoed J, Pastor PG, Menéndez Jiménez de Zavada M, Pous Serrano S. Encuesta nacional sobre el manejo de la hernia inguinal en España. Comparación de resultados con la guía internacional de The Hernia Surge Group. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(1):36-45.
3. Martínez-Hoed J, Cordero-Bermúdez K, García-Pastor P, Pous-Serrano S, Ortiz-Cubero JA. The inguinal hernia management in Costa Rica according to a survey between surgeons: result comparison with 2018 International Groin Hernia Guidelines. *BMC Surgery*. 2021;21(1):152. DOI: 10.1186/s12893-021-01156-9
4. Ankush S, Anil S. Etiology of Recurrence in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. *OAJS*. 2019;10(3):1-4. DOI: 10.19080/OAJS.2019.10.555790
5. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, et al. Accreditation and certification requirements

- for hernia centers and surgeons: the ACCESS project. *Hernia*. 2019;23(2):185-203. DOI: 10.1007/s10029-018-1873-2
6. Kulaçoğlu H. Comments on the new groin hernia guidelines: What has changed? What has remained unanswered? *Turk J Surg*. 2018;34(2):83-8. DOI: 10.5152/turkjsurg.2018.4146
 7. Estridge P, Sanders DL, Kingsnorth AN. Worldwide hernia repair: variations in the treatment of primary unilateral inguinal hernias in adults in the United Kingdom and in low- and middle-income countries. *Hernia*. 2019;23(3):503-7. DOI: 10.1007/s10029-019-01960-6
 8. Muñoz HAC, González JCM. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(2):61-70. DOI: 0.20960/rhh.00441
 9. Targarona Soler EM, Jover Navalón JM, Gutiérrez Saiz J, Turrado Rodríguez V, Parrilla Paricio P, Comisión Nacional de Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. The surgical experience of general surgery residents: an analysis of the applicability of the specialty program in General and Digestive Surgery. *Cir Esp*. 2015;93(3):152-8. DOI: 10.1016/j.ciresp.2015.01.001
 10. Paz-Valiñas L, Atienza Merino G. Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica de Hernia Inguino-Crural. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/GPC2007_01completa.pdf
 11. Aquina CT, Probst CP, Kelly KN, Iannuzzi JC, Noyes K, Fleming FJ, et al. The pitfalls of inguinal herniorrhaphy: Surgeon volume matters. *Surgery*. 2015;158(3):736-46. DOI: 10.1016/j.surg.2015.03.058
 12. Maneck M, Köckerling F, Fahlenbrach C, Heidecke CD, Heller G, Meyer HJ, et al. Hospital volume and outcome in inguinal hernia repair: analysis of routine data of 133,449 patients. *Hernia*. 2020;24(4):747-57. DOI: 10.1007/s10029-019-02091-8
 13. Asociación Mexicana de Hernia. Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. Disponible en: <https://www.amhernia.org/wp-content/themes/amhernia/files/guias2015.pdf>
 14. Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados P, Feliu Pala X. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirugía: Pared Abdominal. Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-pared-abdominal.pdf>
 15. Robbins AW, Rutkow IM. The mesh-plug hernioplasty. *Surg Clin North Am*. 1993;73(3):501-12. DOI: 10.1016/S0039-6109(16)46033-0
 16. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*. 2011;25(9):2773-843. DOI: 10.1007/s00464-011-1799-6
 17. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansal V, Bingener J, Bisgaard T, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc*. 2015;29(2):289-321. DOI: 10.1007/s00464-014-3917-8
 18. Moreno-Egea A, Mayagoitia González JC. Clinical Guidelines for the Management of Chronic Postoperative Groin Pain. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(2):131-6.
 19. Köckerling F. Data and outcome of inguinal hernia repair in hernia registers - a review of the literature. *Innov Surg Sci*. 2017;2(2):69-79. DOI: 10.1515/iss-2016-0206
 20. Novik B, Nordin P, Skullman S, Dalenbäck J, Enochsson L. More Recurrences After Hernia Mesh Fixation with Short-term Absorbable Sutures: A Registry Study of 82 015 Lichtenstein Repairs. *Arch Surg*. 2011;146(1):12-7. DOI: 10.1001/archsurg.2010.302
 21. Işıl RG, Yazıcı P, Demir U, Kaya C, Bostancı Ö, İdiz UO, et al. Approach to inguinal hernia in high-risk geriatric patients: Should it be elective or emergent? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2017;23(2):122-7.
 22. Van Veenendaal N, Simons M, Hope W, Tumtavitikul S, Bonjer J, HerniaSurge Group. Consensus on international guidelines for management of groin hernias. *Surg Endosc*. 2020;34(6):2359-77. DOI: 10.1007/s00464-020-07516-5