

Hernia

Vincent M. Vacca, Jr., MSN, RN, CCRN, SCRN, ENLS

LA HERNIA INGUINAL es un problema frecuente en todo el mundo. El riesgo de por vida es, aproximadamente, del 3% entre las mujeres y del 27% entre los hombres. Este riesgo aumenta con la edad y se ha comunicado una incidencia máxima en hombres de 60 años. El 86% de todas las hernias inguinales se producen en hombres^{1,2}. A pesar de que muchos pacientes con este tipo de hernia permanecen asintomáticos, la encarcelación y el estrangulamiento intestinales son complicaciones graves y potencialmente mortales. Este artículo trata sobre la fisiopatología de la hernia inguinal, su diagnóstico y tratamiento, y sobre cuestiones de enfermería en relación con aquellos pacientes con hernia inguinal.

Conceptos básicos sobre la hernia

Por definición, una hernia es una protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene³. Las hernias de la región inguinal se pueden clasificar en inguinales (directas o indirectas) y femorales.

- Una hernia inguinal directa se produce cuando el tejido abdominal sobresale medialmente a través de la pared posterior del conducto inguinal e inferiormente al anillo inguinal interno (profundo)⁴ (v. el cuadro *Hernia inguinal directa*).

SCIENCEPICTURECO./MEDICALIMAGES

An anatomical illustration of the inguinal region, showing a cross-section of the abdominal wall and the inguinal canal. A large, reddish, protruding mass is visible, representing an inguinal hernia. The surrounding tissues, including muscles and blood vessels, are depicted in various shades of red and orange.

inguinal

La lucha
contra la
protrusión

- Una hernia inguinal indirecta se produce cuando el tejido abdominal atraviesa una lesión o defecto de la pared abdominal en dirección al anillo inguinal interno y al conducto inguinal⁴ (v. el cuadro *Hernia inguinal indirecta*). Este es el tipo más frecuente⁵.

- Una hernia femoral, que aparece como un bulto en la parte superior del muslo cerca la ingle, es una extensión del intestino u otra estructura abdominal a través de una anomalía o defecto en el anillo femoral. La hernia femoral se produce con mayor frecuencia en mujeres multíparas mayores y, por lo general, afecta al lado derecho. Puesto que el conducto femoral es estrecho y el anillo femoral rígido, y el encarcelamiento y la estrangulación intestinal son posibles, este cuadro clínico es una urgencia. Una hernia femoral generalmente es dolorosa y no es reducible⁶.

Solo un 4% de las hernias inguinales son femorales⁵ (v. el cuadro *Datos básicos sobre la hernia inguinal*). La hernia inguinal es el tema de este artículo porque la mayoría de las hernias en la región inguinal son inguinales (v. el cuadro *Factores de riesgo para el desarrollo de una hernia inguinal*).

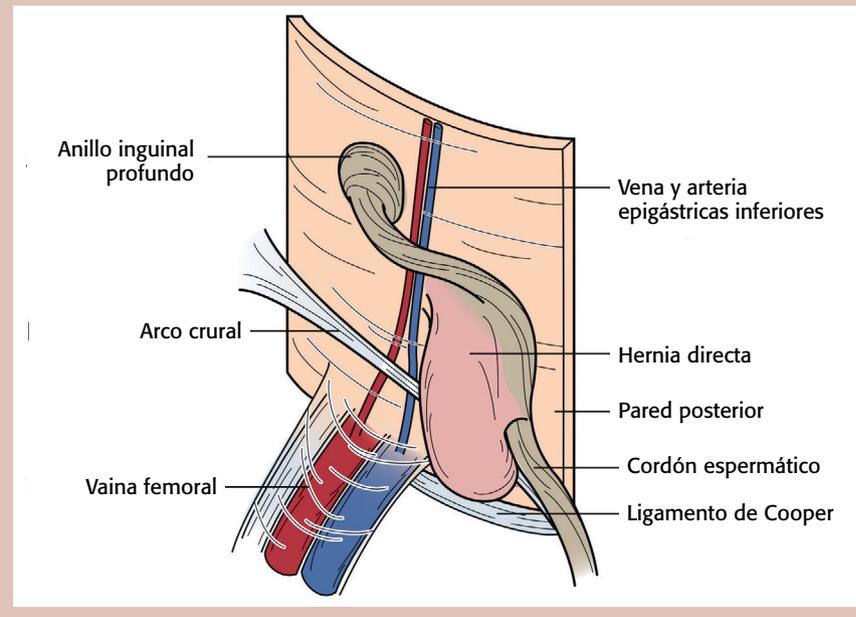
Síntomas y signos

Alrededor de una tercera parte de los pacientes con hernia inguinal apenas presenta síntomas o permanece asintomática⁷. El paciente puede tener un bulto visible en el área de la ingle, que le produzca dolor o no. El paciente puede ser consciente de que lo tiene o puede encontrarlo el médico durante una exploración física habitual.

Cuando el inicio de la hernia es repentino, el dolor por naturaleza suele ser unilateral, agudo o urente e irradiarse a la parte inferior del abdomen, a la porción proximal del muslo, a la zona lumbar, al perineo o el escroto⁸. Sin embargo, es más probable que la aparición sea gradual^{5,8}. Algunos pacientes se quejan de una sensación de pesadez o de dolor sordo en la ingle que les resulta incómoda; las mujeres pueden explicar que sienten dolor pélvico⁵. Los síntomas pueden agravarse por actividades frecuentes, como subir escaleras, toser, estornudar u otras

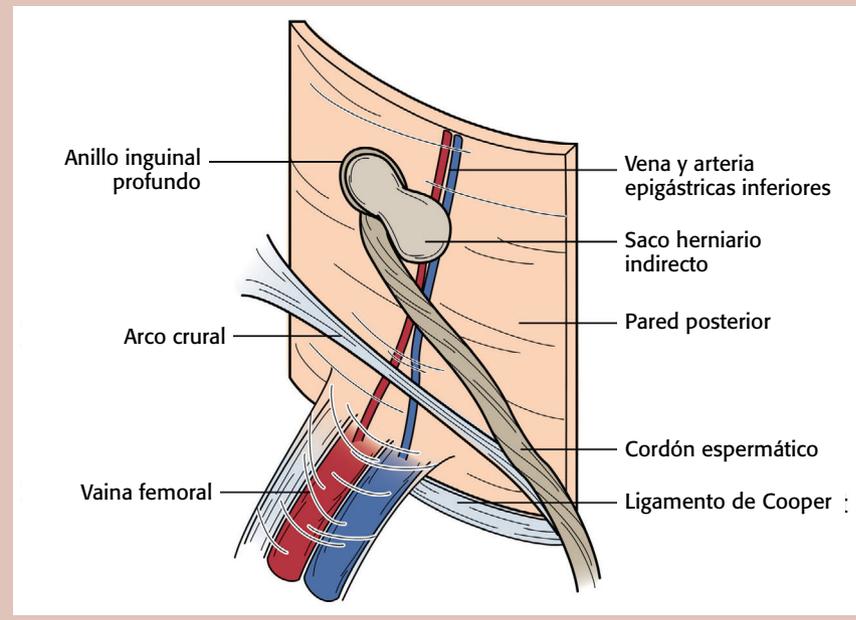
Hernia inguinal directa³

Una hernia inguinal directa sobresale directamente a través de la pared inguinal posterior. A diferencia de las hernias indirectas, las hernias directas sobresalen medialmente de los vasos epigástricos inferiores y no están asociadas con un conducto peritoneovaginal permeable.



Hernia inguinal indirecta³

Se produce una hernia inguinal indirecta cuando el intestino, epiplón u otro órgano intraabdominal sobresale a través del anillo inguinal profundo que desciende dentro de la cubierta peritoneal continua de un conducto peritoneovaginal permeable, que es anteromedial al cordón espermático.



maniobras de Valsalva. Algunas actividades deportivas y ciertos movimientos, como correr, dar una patada a un balón, girarse, hacer una sentadilla o ponerse de lado, también pueden agravar los síntomas.

Salir de la cama también puede provocar dolor, pero es extraño que los pacientes se despierten mientras duermen porque el dolor relacionado con la hernia inguinal generalmente tiene que ver con la actividad y se alivia con reposo⁸.

Si el tejido se hernia a través de una pequeña abertura, puede quedar allí atrapado. En casos graves, el atrapamiento puede cortar el suministro de sangre al intestino (estrangulación) y provocar necrosis tisular y perforación intestinal (v. el cuadro *Síntomas y signos de estrangulación*). Es poco probable que la hernia inguinal provoque dolor intenso a menos que se produzca estrangulamiento⁵.

Aunque es poco frecuente, el estrangulamiento es una urgencia médica³. Sin embargo, Fitzgibbons et al. mostraron que las complicaciones graves son muy poco frecuentes, con una tasa del 2,4%, según se informa⁷.

Diagnóstico

La hernia inguinal se diagnostica mediante el historial médico y los hallazgos de la exploración clínica del paciente.

La exploración clínica consiste en un reconocimiento médico seguido de la palpación de la ingle con el paciente en bipedestación y en decúbito supino, y de la exploración dactilar bilateral de los conductos inguinales. Una protuberancia o bulto reducible en la región inguinal es la evidencia definitiva de una hernia inguinal y, por lo general, no necesita una nueva exploración diagnóstica².

Debido a la gran proximidad de numerosas estructuras anatómicas, los médicos deben tener en cuenta si coexisten otras patologías, como lesiones musculares, enfermedades de la cadera, problemas en la zona lumbar, compresión nerviosa y enfermedades intestinales, genitourinarias o ginecológicas. En algunos casos son necesarias las pruebas de diagnóstico por la imagen para descartar alguno de estos u otros diagnósticos¹. La ecografía dinámica

Factores de riesgo para el desarrollo de una hernia inguinal^{1,2,5}

- Antecedentes familiares de hernia.
- Antecedentes de hernia o reparación previa de hernia (incluso durante la infancia).
- Sexo masculino.
- Edad > 60.
- Raza blanca.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (metabolismo defectuoso del tejido conjuntivo y tos crónica).
- Lesión de la pared abdominal.
- Tabaquismo (puede dañar el tejido conjuntivo de la ingle y el pulmón).
- Índice de masa corporal bajo (los pacientes con sobrepeso u obesos corren menor riesgo de sufrir una hernia inguinal).
- Enfermedad del colágeno sin especificar.

es una herramienta valiosa para detectar la anomalía o defecto de la parte posterior de la pared inguinal durante las maniobras de Valsalva y también permite medir el tamaño de la anomalía o defecto.

En la herniografía (peritoneografía) se inyecta un medio de contraste en la cavidad peritoneal y se obtienen imágenes

fluoroscópicas de la región inguinal a medida que el paciente vaya realizando maniobras de Valsalva. La prueba es positiva si el medio de contraste fluye fuera del peritoneo. A pesar de que la herniografía de contraste se utiliza con poca frecuencia, se la considera un procedimiento diagnóstico seguro y debe tenerse en cuenta en la evaluación de pacientes cuando la etiología del dolor inguinal no está clara^{1,9}. Si las pruebas de diagnóstico por la imagen no son concluyentes, se puede recomendar la realización de una laparoscopia diagnóstica⁵.

Tratamiento

Después de un diagnóstico de hernia inguinal, el tratamiento inicial no quirúrgico consiste en la observación atenta de cualquier cambio en la actividad tras 6-8 semanas de reposo, medicamentos antiinflamatorios, laxantes emolientes y fisioterapia con supervisión para el fortalecimiento del tronco, y ejercicios de estiramiento muscular. La exploración y reparación quirúrgicas deben tenerse en cuenta en el paciente sintomático o cuando con el tratamiento no quirúrgico no mejoran los síntomas¹. Entonces se prefiere la reparación quirúrgica opcional frente a una reparación quirúrgica de urgencias, puesto que la recurrencia de la hernia inguinal tiene mayor incidencia en

Datos básicos sobre la hernia inguinal

La mayoría de las hernias de la región inguinal son inguinales (96%); solo el 4% son femorales⁵.

- Las hernias inguinales directas representan del 30% al 40% de las hernias inguinales en los hombres, en comparación con el 14% al 21% de las hernias inguinales en las mujeres.
- La hernia inguinal indirecta es la hernia inguinal más frecuente tanto en hombres como en mujeres.
- Las reparaciones quirúrgicas de la hernia femoral representan del 20% al 31% de todas las reparaciones de hernia inguinal en mujeres, mientras que son solo el 1% en hombres⁵.

La reparación de la hernia inguinal (hernioplastia inguinal) es la intervención quirúrgica programada más frecuente en cirugía general con más de 20 millones realizadas en todo el mundo cada año^{2,7,26}. En los Estados Unidos, anualmente se realizan unas 800.000 hernioplastias inguinales con un coste de unos 500.000.000 dólares^{4,14}.

esta última opción y se relaciona con un aumento de las complicaciones, la morbilidad y la mortalidad¹⁰.

La reparación quirúrgica de la hernia es una de las operaciones que se realizan con más frecuencia¹¹. Con avances técnicos quirúrgicos y anestésicos que evitan la necesidad de anestesia general, a menudo se realiza como una intervención sin ingreso en centros quirúrgicos ambulatorios.

La reparación quirúrgica puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con hernia inguinal sintomática, independientemente de la edad². Los principales objetivos de la cirugía son:

- Reparación de la hernia inguinal.
- Reducción de la posibilidad de recurrencia.
- Reducción de las molestias posquirúrgicas y las complicaciones postoperatorias.
- Rápido regreso del paciente a las actividades normales.
- Mejora de la calidad de vida.

Antiguamente, era frecuente la colocación de un braguero sobre la hernia inguinal,

Síntomas y signos de estrangulación⁵

Una hernia estrangulada puede ser dolorosa al tacto y la piel circundante de la ingle puede estar eritematosa. Otros indicadores posibles son fiebre y síntomas y signos de oclusión intestinal, como náuseas, vómitos, hinchazón y dolor abdominal. Si se produce necrosis intestinal, el paciente puede presentar síntomas y signos sistémicos. El estrangulamiento es una urgencia médica que requiere intervención inmediata.

como tratamiento no quirúrgico para hernias inguinales en varones. Sin embargo, este tratamiento ya no se recomienda en la mayoría de los casos debido a la falta de evidencia que apoye la eficacia^{2,12,13}. Además, si se utiliza indebidamente,

un braguero puede dañar el contenido abdominal o complicar la reparación quirúrgica¹¹.

Sobre la base de los resultados de dos ensayos de control de distribución aleatoria realizados recientemente en Reino Unido y en Norteamérica, la espera vigilante en el caso de hernias inguinales asintomáticas y no progresivas en varones se ha convertido en una alternativa aceptada a la reparación quirúrgica habitual en casos seleccionados^{2,7}. Con todo, otros dos estudios comunicaron que la calidad de vida en general 1 año más tarde era mejor después de la reparación quirúrgica que con la espera vigilante¹².

Aunque la cirugía no siempre está indicada para la hernia inguinal asintomática en varones, la reparación quirúrgica de las hernias inguinales en mujeres no embarazadas es una práctica frecuente². Las hernias inguinales son poco frecuentes en las mujeres, pero estas pacientes tienen más probabilidades de sufrir hernias femorales, hernias recurrentes y complicaciones graves de la hernia, como atrapamiento o estrangulación^{2,5,11}.

Las técnicas de reparación quirúrgica pueden basarse en suturas o en mallas, mediante un abordaje anterior o posterior, mediante cirugía abierta o laparoscopia/endoscopia. Las intervenciones mínimamente invasivas siempre se realizan mediante un abordaje posterior con el uso de una malla; las operaciones abiertas, basadas en suturas, se realizan mediante un abordaje anterior² (v. el cuadro *Más información acerca de la malla*).

Opciones quirúrgicas

Las intervenciones quirúrgicas de reparación de la hernia inguinal generalmente se clasifican en una de las siguientes tres categorías:

- Reparación quirúrgica abierta con suturas (CA); sin el implante de una malla.
- Reparación quirúrgica abierta con malla (CM).
- Reparación laparoscópica con malla.

Los estudios que comparan la CM y la reparación laparoscópica muestran que la reparación laparoscópica mínimamente invasiva de la hernia

Más información acerca de la malla

Independientemente del enfoque, el método más eficaz para la reparación de una hernia inguinal implica el uso de malla sintética^{2,25}. La malla ideal para la reparación de una hernia inguinal presenta las siguientes características:

- Resistencia suficiente para soportar tensiones fisiológicas durante mucho tiempo.
- Posibilidad de ajustarse a la pared abdominal.
- Capacidad de fomentar el crecimiento del tejido del huésped, que imita la curación normal del tejido.
- Resistencia a la formación de adherencias y erosiones intestinales en las estructuras viscerales.
- No provocará reacciones alérgicas o reacciones adversas al cuerpo extraño.
- Resistente a la infección.
- No es carcinogénica.

Las recomendaciones de la European Hernia Society y la Danish Hernia Database indican claramente que las técnicas en que se utiliza malla tienen una tasa de recurrencia inferior a la de las técnicas con sutura². En la mayoría de los países, la malla sintética se utiliza en casi todas las reparaciones de hernia inguinal debido a un riesgo considerablemente menor de recurrencia que con técnicas con suturas en que no se utiliza malla^{1,25}.

El principal objetivo de la reparación con malla es fortalecer la fascia transversal y la pared abdominal. Entre las técnicas de fijación de la malla pueden citarse suturas, pegamento o hemoclips autoadherentes o tachuelas. Cada método comporta riesgos y beneficios. Los pacientes físicamente activos que consideren una reparación con malla deben conocer las posibles consecuencias postoperatorias, incluido el dolor crónico. La existencia de un cuerpo extraño o sustancia puede hacer que el ejercicio y la actividad se vuelvan incómodos¹².

inguinal es una alternativa aceptable a las reparaciones quirúrgicas abiertas^{14,15}. La reparación quirúrgica está indicada para tratar todas las hernias inguinales en mujeres no embarazadas y las hernias bilaterales; un abordaje laparoscópico es preferible a la cirugía abierta^{1,2}.

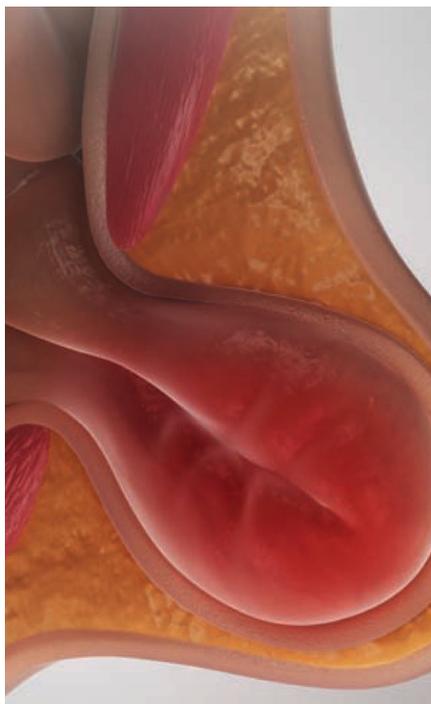
Los metaanálisis que comparan el abordaje laparoscópico con las reparaciones quirúrgicas abiertas de la hernia inguinal han encontrado resultados similares a largo plazo en relación con la recurrencia de hernia, el dolor postoperatorio y la calidad de vida. En un estudio se presentaron las diferencias entre los abordajes quirúrgicos laparoscópicos y abiertos en la incidencia de entumecimiento postoperatorio crónico, que fue del 9,2% frente al 21,5%, respectivamente, lo que apoyaba las técnicas mínimamente invasivas^{14,15}.

El parche transabdominal preperitoneal (TAPP, del inglés *transabdominal preperitoneal patch*) y las técnicas de reparación laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) son cada vez más utilizadas debido a la mayor satisfacción de los pacientes y menores tasas de recidivas y complicaciones^{14,15}. Con los avances recientes en el instrumental, así como con las técnicas quirúrgicas mejoradas, parece que las reparaciones laparoscópicas ofrecen mejor calidad de vida, reducen la estancia hospitalaria y fomentan un regreso más rápido al trabajo¹⁰.

Parche transabdominal preperitoneal o reparación totalmente extraperitoneal

Los cirujanos que utilizan cualquiera de estas técnicas laparoscópicas mínimamente invasivas realizan de dos a cuatro pequeñas incisiones en el abdomen, a través de las cuales se introducen el laparoscopio y los instrumentos quirúrgicos para reparar la hernia inguinal. También se puede realizar una única incisión infraumbilical de 1 a 1,5 cm de longitud, dependiendo de la experiencia y la pericia del cirujano¹⁶.

Un cirujano que utiliza la técnica TAPP coloca la malla en el espacio preperitoneal, entre la pared abdominal y el peritoneo. Puesto que la TAPP comporta el acceso a la cavidad abdominal, expone al paciente a



Una hernia es una protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene.

los riesgos de un abordaje intraperitoneal, que conlleva posibles lesiones en órganos abdominales (especialmente la vejiga), lesiones vasculares, adherencias y hernia intestinal^{10,17}. El abordaje TAPP es una alternativa adecuada a las reparaciones clásicas de CA o CM, pero solo cuando lo realiza un cirujano experimentado^{14,15}.

El TAPP se puede realizar con la asistencia de un robot para facilitar la fijación de la malla. Sin embargo, actualmente hay pocos datos disponibles sobre los resultados en los pacientes de las intervenciones realizadas con asistencia robótica¹⁷.

La técnica TEP, que se realiza fuera de la cavidad peritoneal, se creó para evitar los riesgos de un abordaje intraperitoneal^{14,15}. El cirujano crea un espacio preperitoneal sin entrar en la cavidad abdominal y utiliza una malla para sellar la hernia desde fuera del peritoneo. La preparación para la

reparación de la hernia inguinal realizada en el espacio preperitoneal utilizando la técnica TEP se considera compleja, ya que los puntos de referencia anatómicos son más difíciles de identificar. La TEP se asocia con tiempos de operación más largos y mayores tasas de complicaciones, sobre todo cuando los órganos abdominales están unidos al peritoneo por adherencias.

La evidencia generalmente prefiere el TAPP sobre la TEP^{12,14}. Sin embargo, ambas técnicas tienen una tasa de recurrencias de hernia inguinal mayor (10,1%) que una reparación de CM (4,9%); esto puede deberse a la reparación incompleta de la rotura de la hernia anatómica relacionada con la visualización limitada con el laparoscopio durante la técnica mínimamente invasiva^{1,2}. Entre los factores de riesgo independientes para la recurrencia de una hernia inguinal después de una reparación abierta o mínimamente invasiva se encuentran la hernia inguinal directa, sexo femenino, antecedentes de hernia inguinal recurrente y tabaquismo².

Siguiendo la tendencia al alza de la reparación de la hernia inguinal mínimamente invasiva, la industria de instrumental médico se centra en la creación de productos para la reparación de la hernia mínimamente invasiva con la idea puesta en la mejora de la manejabilidad por parte del cirujano y en la seguridad del paciente^{14,15}.

Complicaciones postoperatorias

Las complicaciones asociadas con las reparaciones de CA (sin malla y con suturas) son más graves que las asociadas con reparaciones de CM (con malla). Las complicaciones viscerales y vasculares graves y las infecciones profundas son más frecuentes en las reparaciones laparoscópicas mientras que en las reparaciones de CA predominan las recidivas y el dolor neuropático crónico^{12,18,19}. Independientemente del método, entre las complicaciones postoperatorias también pueden citarse hematoma, infecciones y dehiscencia por herida^{19,20}. Un riesgo mucho mayor de hemorragia o hematoma durante los 30 días posteriores a la cirugía de la hernia inguinal se ha asociado con edad avanzada, sexo

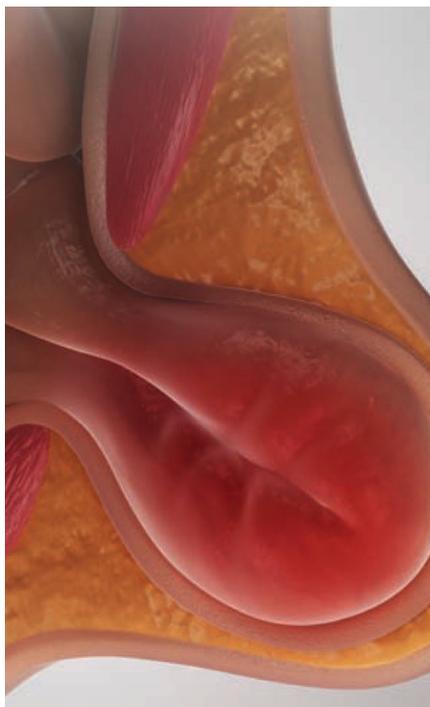
masculino, cirrosis, enfermedad arterial oclusiva periférica y enfermedad del tejido conjuntivo. Los factores de riesgo de la dehiscencia por herida son edad avanzada (80 años o más), antecedentes de enfermedad vascular periférica o enfermedad del tejido conjuntivo, y sexo masculino²⁰.

Se ha hallado un riesgo mucho mayor de infección superficial o hemorragia en pacientes con enfermedad vascular periférica y en pacientes mayores. La cirrosis, la enfermedad renal crónica y los medicamentos que se toman para estas enfermedades pueden interferir en la curación de heridas postoperatorias. Un índice de masa corporal (IMC) de 25 o superior, que corresponde a un peso aproximado 78 kg en un varón de estatura media, y sexo masculino en general se asocian con mayor riesgo de infección postoperatoria²⁰. Además, la reparación quirúrgica de la hernia inguinal mediante cualquier método está asociada con dolor crónico a largo plazo y una tasa de recurrencia del 5% al 10%²¹.

Temas de enfermería

La cirugía sin ingreso para la reparación de la hernia inguinal ha fomentado mayor implicación de las enfermeras durante todo el período perioperatorio, que comienza con la evaluación preoperatoria y termina con el seguimiento posterior al alta²². La enfermera revisa el historial médico del paciente, incluidos los medicamentos y las alergias, mide las constantes vitales y realiza una evaluación completa de los sistemas cardíaco y pulmonar del paciente. La enfermera también se asegura de que el paciente tenga una comprensión básica de la intervención quirúrgica durante la visita anterior a la operación. El anestésista llevará a cabo una evaluación de la movilidad del cuello, la abertura de la mandíbula, la dentadura y la permeabilidad de las vías respiratorias, independientemente del tipo de anestesia planificada, ya que siempre es posible convertirla en anestesia general.

El paciente recibe instrucciones de ducharse con jabón antibacteriano la noche antes de la intervención quirúrgica y se le indica que no coma ni beba, por lo menos,



6 horas antes de la operación. Si el paciente debe tomar medicamentos el día de la intervención, se deben tomar con un sorbo de agua. La enfermera revisa y confirma que los medicamentos anticoagulantes y antiinflamatorios, otros medicamentos recetados y los suplementos de venta libre y fitoterápicos se han mantenido a menos que el cirujano indique lo contrario. Entre las instrucciones adicionales se cuentan la obtención de todos los datos de contacto relevantes y la garantía de que un adulto responsable acompañará al paciente al centro y lo trasladará al domicilio cuando se dé el alta al paciente²².

El día de la operación, una enfermera comprueba la identidad del paciente mediante dos identificadores exclusivos del paciente, lleva al paciente al área de espera preoperatoria y le pide que allí se desvista y se quite las joyas, y se ponga una bata de hospital. La enfermera también se asegura de que se haya obtenido el consentimiento informado, que se hayan revisado todas las alergias y el historial médico y quirúrgico, y que se hayan sacado todas las prótesis, incluidas lentillas, gafas, prótesis dentales y audífonos.

Siguiendo las recomendaciones del proyecto de mejora de los cuidados

quirúrgicos, la enfermera administra un antibiótico recetado que ha demostrado ser beneficioso cuando la intervención quirúrgica incluye implantes, incluso aunque el riesgo de infección sea bajo²³. La enfermera también revisa todas las instrucciones preoperatorias y responde a todas las preguntas que el paciente o su acompañante puedan tener sobre el procedimiento planificado.

La enfermera confirma que el lecho quirúrgico indicado se ha identificado y señalado correctamente, e inicia una perfusión del líquido i.v. recetado a la velocidad establecida.

Cuidados de enfermería postoperatorios

Después de la intervención quirúrgica, el paciente es trasladado al área de recuperación indicada donde una enfermera le ofrece cuidados y valora el estado clínico del paciente, incluido el nivel de conciencia. El acompañante del paciente también podrá estar presente.

La enfermera valora el área de la incisión quirúrgica y le pide al paciente que comunique el nivel de intensidad del dolor mediante una escala de calificación del dolor validada. Después de administrar los analgésicos recetados, la enfermera evalúa la eficacia de la respuesta del paciente.

Un procedimiento fundamental consiste en proporcionar la analgesia adecuada inmediatamente después de la cirugía de la hernia inguinal; los pacientes que comunican un dolor mayor de 3 en la escala analógica visual en el postoperatorio reciente son seis veces más propensos a desarrollar dolor crónico². El dolor postoperatorio inmediato retrasa la recuperación y el alta²⁴. Si el paciente informa de dolor intenso en la unidad de cuidados postanestésicos, avise al cirujano de inmediato. Ello puede ser un signo de que una grapa o tachuela están fuera de lugar¹⁷.

Inmediatamente y hasta 1 semana después de la reparación de la hernia, los pacientes pueden sufrir espasmos musculares localizados, que están relacionados con la postura²⁴. La administración de medicamentos que

actúan sobre la modulación central de la transmisión del dolor nociceptivo y la relajación muscular puede controlar el dolor y mejorar la calidad de vida general después de la reparación de la hernia inguinal. Se ha demostrado que la clonidina alivia el dolor y disminuye el consumo de opiáceos después de la reparación de la hernia²⁴.

Una vez que el paciente puede tolerar los líquidos por vía oral, se interrumpe la perfusión i.v. A continuación, se fomenta que el paciente se siente al lado de la cama, se levante y camine hasta una silla. La enfermera aconsejará al paciente que evite toser y estornudar, si es posible, y le enseñará cómo proteger la incisión si es inevitable toser o estornudar. Se le debe comunicar al paciente que probablemente presentará hinchazón y hematomas en la ingle durante la recuperación¹⁷.

El esfuerzo durante las deposiciones y otras maniobras de Valsalva aumentan el dolor y pueden alterar el lecho quirúrgico. La enfermera debe explicar la importancia de tomar un laxante emoliente suave y un purgante suave, según lo recetado, para evitar la presión sobre la incisión durante las deposiciones.

Antes del alta, la enfermera revisa con el paciente los cuidados postoperatorios de la herida, el tratamiento del dolor y la reanudación de las actividades habituales, incluida la conducción y la vuelta al trabajo. La enfermera se asegurará de tratar con el paciente y el cuidador temas específicos de seguridad. Por ejemplo, el paciente debe comprender que los efectos residuales de la sedación afectan a la capacidad de conducción durante 24 horas y que el dolor asociado con la reparación de la hernia puede comprometer la capacidad del paciente para controlar el automóvil de forma segura o realizar una parada de emergencia incluso después de las primeras 24 horas tras la intervención. Además, se deben revisar las limitaciones prescritas de la actividad física.

El paciente y el acompañante deben recibir instrucciones sobre a quién deben llamar si aparecen síntomas y signos potencialmente graves. También se debe citar al paciente para realizar el seguimiento

y un resumen de los medicamentos, incluido el nombre, la indicación, las dosis y consideraciones específicas de los medicamentos recetados (analgésicos, purgantes y laxantes). El paciente también debe recibir instrucciones sobre cuándo puede volver a tomar sus medicamentos habituales.

Entre otras instrucciones pueden citarse:

- Dieta al alta. Reanude la dieta preoperatoria y avance a medida que vaya tolerando los alimentos.
- Instrucciones sobre actividad. Camine si se siente capaz y según lo tolere, sin restricciones. No levante más de 2 kg hasta que se le indique que puede hacerlo en la cita de seguimiento. Evite tensiones y cualquier otra maniobra de Valsalva.
- Instrucciones para el cuidado de las heridas. Por ejemplo, retire el vendaje en 24 horas según las indicaciones²².

Durante la recuperación

La hernia inguinal es un problema frecuente y su reparación se encuentra entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes de este país. Los cuidados expertos de enfermería y la formación del paciente son ingredientes fundamentales para una recuperación satisfactoria. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Tschuor C, Metzger J, Clavien PA, Vonlanthen R, Lehmann K. Inguinal hernia repair in Switzerland. *Hernia*. 2015;19(5):741-745.
2. Berger D. Evidence-based hernia treatment in adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(9):150-158.
3. Lawrence PF. *Essentials of General Surgery*. 5th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
4. Yoong P, Duffy S, Marshall TJ. The inguinal and femoral canals: a practical step-by-step approach to accurate sonographic assessment. *Indian J Radiol Imaging*. 2013;23(4):391-395.
5. Brooks DC, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. *UpToDate*. 2016. www.uptodate.com
6. Akrami M, Karami M, Zangouri V, Deilami I, Maalhigh M. Small bowel obstruction secondary to femoral hernia; case report and review of the literature. *Bull Emerg Trauma*. 2016;4(1):51-53.
7. Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013;258(3):508-515.
8. Dimitrakopoulou A, Schilders E. Sportsman's hernia? An ambiguous term. *J Hip Preserv Surg*. 2016;3(1):16-22.
9. Ng TT, Hamlin JA, Kahn AM. Herniography: analysis of its role and limitations. *Hernia*. 2009;13(1):7-11.
10. Pahwa HS, Kumar A, Agarwal P, Agarwal AA. Current trends in laparoscopic groin hernia repair: a review. *World J Clin Cases*. 2015;3(9):789-792.
11. Brooks DC. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. *UpToDate*. 2017. www.uptodate.com
12. Treadwell J, Tipton K, Oyesanmi O, Sun F, Schoelles K. *Surgical Options for Inguinal Hernia: Comparative Effectiveness Review*. AHRQ Publication No. 12-EHC091-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/inguinal-hernia.cfm
13. Picco MF. Hernia truss: can it help an inguinal hernia? *Mayo Clinic*. 2016. www.mayoclinic.org/diseases-conditions/inguinal-hernia/expertanswers/hernia-truss/faq-20058111
14. Klobusicky P, Feyerherd P. Innovation in laparoscopic inguinal hernia repair—initial experiences with the Parietex Progrid Laparoscopic™—Mesh. *Front Surg*. 2015;2:28.
15. Gass M, Scheiwiller A, Sykora M, Metzger J. TAPP or TEP for recurrent inguinal hernia? Population-based analysis of prospective data on 1309 patients undergoing endoscopic repair for recurrent inguinal hernia. *World J Surg*. 2016;40(10):2348-2352.
16. Reiner MA, Bresnahan ER. Laparoscopic total extraperitoneal hernia repair outcomes. *JSLs*. 2016;20(3).
17. Sarosi GA, Ben-David K. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair. *UpToDate*. 2016. www.uptodate.com
18. Kouhia S, Vironen J, Hakala T, Paajanen H. Open mesh repair for inguinal hernia is safer than laparoscopic repair or open non-mesh repair: a nationwide registry study of complications. *World J Surg*. 2015;39(8):1878-1884.
19. Maisonneuve JJ, Yeates D, Goldacre MJ. Trends in operation rates for inguinal hernia over five decades in England: database study. *Hernia*. 2015;19(5):713-718.
20. Rühling V, Gunnarsson U, Dahlstrand U, Sandblom G. Wound healing following open groin hernia surgery: the impact of comorbidity. *World J Surg*. 2015;39(10):2392-2399.
21. Williams ZF, Mulrath A, Adams A, Hooks WB 3rd, Hope WW. The effect of watchful waiting on the management and treatment of inguinal hernias in a community setting. *Am Surg*. 2015;81(3):300-304.
22. Hammond CB. Care of patients undergoing day case inguinal hernia repair. *Nurs Stand*. 2014;28(31):53-59.
23. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403.
24. Yazicioglu D, Caparlar C, Akkaya T, Mercan U, Kulaçoglu H. Tizanidine for the management of acute postoperative pain after inguinal hernia repair: a placebo-controlled double-blind trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(3):215-222.
25. Löfgren J, Nordin P, Ibingira C, Matovu A, Galiwango E, Wladis A. A randomized trial of low-cost mesh in groin hernia repair. *N Engl J Med*. 2016;374(2):146-153.
26. Bakota B, Kopljarić M, Baranovic S, Miletic M, Marinovic M, Vidovic D. Should we abandon regional anesthesia in open inguinal hernia repair in adults? *Eur J Med Res*. 2015;20:76.

Vincent M. Wacca, Jr., es educador en enfermería clínica en la Neuroscience Intensive Care Unit del Brigham and Women's Hospital de Boston, Massachusetts.

El autor y los editores han declarado no tener ningún conflicto de intereses potencial, económico o de otro tipo.