

## Coste de la herniorrafia inguinal de Shouldice en régimen asistencial privado

Fermín Palma / Antonio Leiva / Pablo Palma

La cirugía de la hernia inguinal, por su frecuencia representa un magnífico patrón o muestra para la valoración del costo quirúrgico y planteamiento de objetivos en la política sanitaria de nuestro tiempo.

Prestigiosas publicaciones demuestran cómo una asistencia médico-quirúrgica de corta estancia, resulta más económica e incluso más eficiente en casos como el aquí descrito de cirugía electiva de escaso riesgo (1, 2, 3). Es el propósito de este estudio analizar los costes que esta asistencia supone en una institución quirúrgica privada.

### Pacientes y método

Hemos realizado una valoración retrospectiva de 36 pacientes operados de hernia inguinal en el curso del año 1991, siendo 32 de ellos, hombres y 4 mujeres, de edad comprendida entre los 38 y los 83 años (media 52,2). Todos fueron intervenidos con anestesia local utilizando la mepivacaína al 0,5%, no sobrepasado los 75 ml. La técnica de herniorrafia realizada en todos ellos ha sido la de Shouldice. En un paciente se intervino simultáneamente una hernia crural ipsilateral siguiendo la técnica de LICHTENSTEIN (4, 5). La estancia media en clínica fue de 3,7 días, habiendo realizado el costo de ella así como el gasto farmacéutico y el de los exámenes complementarios tanto radiológicos como biológicos.

**L**a herniorrafia de Shouldice o método canadiense fue la técnica empleada en 36 pacientes operados en 1991 que presentaban una hernia inguinal. En todos los casos la intervención se realizó con anestesia local (mepivacaína al 0,5%). No existió mortalidad ni complicaciones serias. La duración media de la estancia fue de 3,7 días. Tras analizar el costo de la intervención incluyendo la estancia y medicación, concluimos que una técnica moderna y segura como la aquí descrita acompañada del uso de anestesia local permite realizar este tipo de operación en régimen de estancia corta, lo que reduce enormemente el costo de las intervenciones herniarias.

El método canadiense o herniorrafia de SHOULDICE (6), cuya técnica y resultados publicamos recientemente (6) requiere una ejecución muy cuidada con suturas de imbricación una vez diseccionada la fascia transversalis (figs. 1-6).

### Resultados

Todos los pacientes toleraron sin complicaciones la anestesia local. Al ser todos los casos electivos no existieron situaciones o estados biológicos graves. Los cuidados postoperatorios fueron de igual modo simples.

La morbilidad local total fue del 10%, con edema escroto-peneal 3%, seromas de la herida 5%, hematoma inguinal 1% y retención de orina 1%. La mortalidad fue nula.

La deambulación se inició siempre desde la misma mesa de operaciones.

Tras la exploración clínica, se practicó en todos los pacientes un examen biológico estándar consistente en una hematocitometría, glucemia basal, urea y creatinina, ionograma, actividad protombínica, tiempo de hemorragia y coagulación. El precio total medio de estos exámenes analíticos incluyendo una radiografía de tórax y un electrocardiograma ascendió a 22.000 pesetas. El costo de la estancia hospitalaria media (3,7 días) en régimen de habitación individual sumó 29.600 pesetas (8.000 ptas./día).

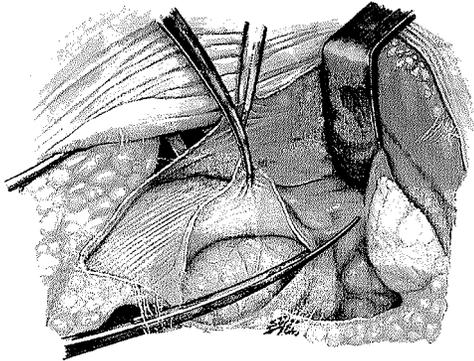


Figura 1.—Abertura de la fascia transversalis desde el orificio interno hasta la espina del pubis, 1 cm. por encima del ligamento inguinal, quedando dos flaps o solapas.

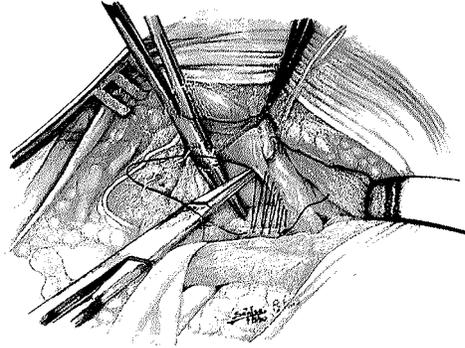


Figura 2.—Primera sutura de imbricación o superposición de la fascia transversalis y músculo transverso a la cintilla iliopubiana o bandoleta de Thomson que comenzamos a nivel del pubis.

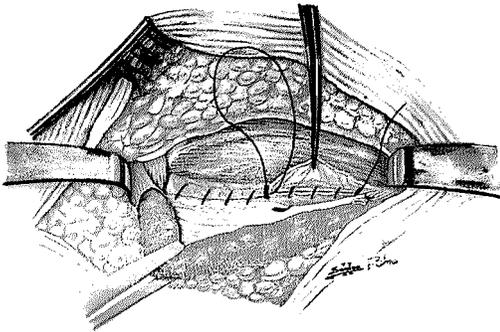


Figura 3.—Segunda línea de la primera sutura entre el borde libre de la fascia y zona más inferior del ligamento inguinal, anudándola a nivel de la espina del pubis.

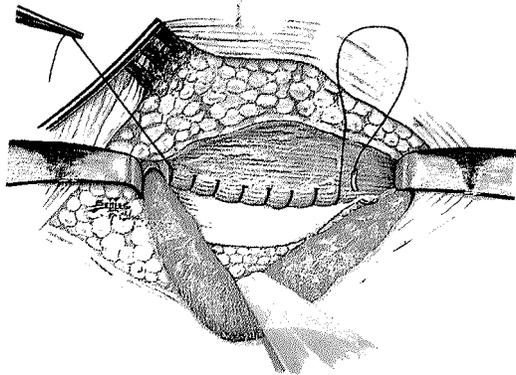


Figura 4.—La primera línea de la segunda sutura se inicia a nivel del anillo interno, incluyendo de un lado el músculo oblicuo menor y transverso y del otro al ligamento inguinal por encima del plano precedente, llegando hasta la espina del pubis.

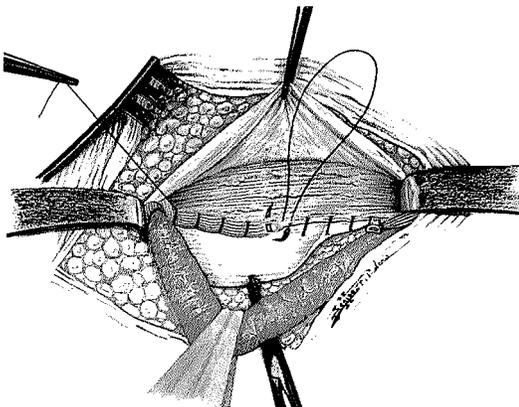


Figura 5.—Retorno de la anterior sutura cargando músculo oblicuo menor y ligamento inguinal por encima del plano precedente.

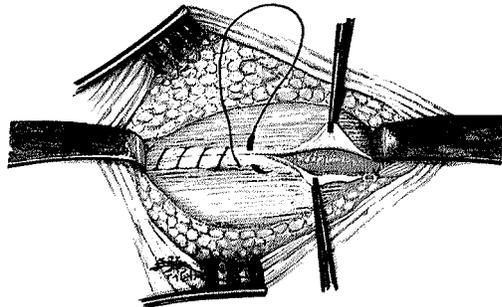


Figura 6.—Sutura prefunicular de las dos hojas de la aponeurosis del oblicuo mayor.

El tratamiento farmacéutico incluyendo el material quirúrgico utilizado agregaron 17.000 pesetas. Finalmente los honorarios profesionales, 90.000 pesetas el cirujano, 25.000 pesetas el ayudante y 15.000 pesetas la instrumentista, elevaron el total a un coste de 198.000 pesetas.

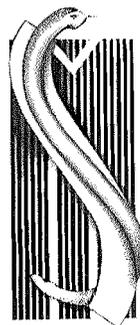
### Discusión

La cura quirúrgica de la hernia constituye después de la apendicectomía y quizá la colecistectomía el acto quirúrgico más practicado en cirugía abdominal. En algunas naciones como la antigua República Federal Alemana, según refiere el profesor R. VARA THORBECK (8), se realizaron 68.000 herniorrafia inguinales, al mismo tiempo que se venden 98.000 aparatos ortopédicos inguinales para los pacientes que desean contener la hernia de una forma conservadora más o menos efectiva. El mismo autor referido, señala las graves consecuencias socioeconómicas que esta entidad nosológica entraña, si se valora como en los EE.UU. se pierden anualmente diez millones de jornadas de trabajo por este proceso. En Francia se realizan 599 herniorrafia al día (9); no conocemos con exactitud las que se realizan en España, pero la estadística probablemente oscilará entre las 35.000 y 40.000 hernias anuales. Esta frecuencia y la reputación de que la cirugía de esta afección es benigna hace que represente un excelente patrón para múltiples valoraciones y entre ellas la del costo quirúrgico. Es bien conocido que la duración de las estancias es el principal elemento que interviene en el costo de la hospitalización de un paciente. La cura radical de la hernia por el proceder de Shouldice donde sistemáticamente se aplica anestesia local con la consiguiente deambulacion precoz y dieta oral no interrumpida ha hecho posible, en ausencia de complicaciones, una estancia media en nuestra institución de 3,7 días. Ha influido en nuestra corta estadística la edad de los pacientes para prolongar la estancia, pues el deseo de permanencia encamado del paciente un día más o menos según la confianza en su movilidad ha estado evidentemente en relación con una mayor edad del paciente. Estamos convencidos que todavía se puede

acortar más la estancia de este tipo de cirugía y conseguir sólo los dos o tres días, obteniéndose así una disminución de entre el 5 y 10% del costo.

El tipo de reparación juega un gran papel no despreciable en la prolongación de la estancia, técnica que indudablemente como han referido estudios prospectivos recientes necesita de cirujanos con alta experiencia en la misma (10). En el método de Shouldice se dan las características técnicas más idóneas para tener al paciente el menor tiempo posible encamado, en contra de otras técnicas de reparación herniarias.

Concluimos, por tanto, presentando las perspectivas que la cirugía de corta estancia en el caso de la técnica de Shouldice para la reparación de hernias inguinales aporta al futuro de planificación sanitaria de nuestro entorno, donde creemos que la contribución de instituciones privadas especializadas en ciertas patologías como la aquí expuesta será de gran importancia para la mejor asistencia.



## Bibliografía

1. DEVLIN, HG.; GUILLEN, PHA.; WAXMAN, BP.; MAC VAY, RA.: «Short stay surgery for inguinal hernia; experience of the Shouldice operation». *Br. J. Surg.*, 1986; 73: 123-124.
2. LEHR, L.; MUSCHAWECK, U.; SIEWERT, JR.: «Das Konzept der Tageschirurgie am Beispiel der Leistenhernienoperation». *Chirurg*, 1991; 62: 587-592.
3. SCHUMPELICK, V.; SCHIPPERS, E.; TITTEL, A.; DREUW, B.: «Die Tageschirurgie in der Abdominalchirurgie». *Chirurg*, 1991, 62: 582-586.
4. LICHTENSTEIN, IL.; SHORE, JM.: «Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technique». *Am. J. Surg.*, 1974; 128: 439-444.
5. RICO SELAS, P.: «Herniorrafia con cilindro de polipropileno en la hernia crural encarcerada». *Cir. Españ.*, 1992; 3: 190-193.
6. BENDAVIDE, R.: «Shouldice technique». *Encyclopédie médico-chirurgicale*. París. Techniques chirurgicales, appareil digestif, 1986; 40112, 4: 11-12.
7. PALMA, F.; PALMA, P.; LEIVA, A.: «La herniorrafia de Shouldice, nuestra experiencia». *Cir. Españ.* Aceptado para publicación.
8. VARA THORBECK, R.: *Estado actual del tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales*. Discurso inaugural de la Real Academia de Medicina y Cirugía. Granada, 1990.
9. BOUILLOT, JL.; MARTINETTI, M.; BACCOT, S.; ALEXANDRE, JH.: «Coût du traitement chirurgical des hernies de l'aine». *Annales de Chirurgie*, 1991; 3: 242-246.
10. KINGSNORTH, AN.; GRAY, MR.; NOTT, DM.: «Prospective randomized trial comparing the Shouldice technique and plication darn for inguinal hernia». *Br. J. Surg.*, 1992; 79: 1.068-1.070.