



# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DE HERNIA FEMORAL**

Santo Domingo, D. N.  
Febrero 2017

**Ministerio de Salud Pública**

**Título original:**

Protocolo de Atención para el Manejo Quirúrgico de Hernia Femoral

**Coordinación editorial:**

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

**ISBN:**

**Formato gráfico y diagramación:**

**Impresión:**

**Primera edición**

**Impreso en República Dominicana  
Febrero, 2017**



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA**

## **EQUIPO RESPONSABLE**

---

### **FORMULADORES**

Dr. Jorge Asjana David.

Dr. José R. Domínguez.

Dr. José R. García Domínguez.

Dr. José E. Ramírez Feliz.

Dr. Darío De Los Santos.

Dr. Bayohan Martínez.

Dr. Alejandro Soto.

Dr. Jiomar Figueroa.

Dr. Franklin Robles.

***REVISADO POR EL COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS***

## **0. INTRODUCCION**

La patología herniaria en los últimos años ha sido foco de atención en el ámbito académico y científico-tecnológico, por su impacto social y complicaciones relacionadas. Las hernias femorales tienden a presentarse con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, algunas hernias pueden estar presentes al nacer (congénitas), pero se identifican tarde en la vida. El estreñimiento crónico, tos crónica, levantamiento de objetos pesados, obesidad y esfuerzo para orinar debido a una próstata agrandada son factores que contribuyen a la aparición de una hernia. Colectivamente, las hernias inguinales y femorales se conocen como hernias de la ingle. La hernia inguinal es más común que la hernia femoral y otras hernias de la pared, pero las hernias femorales presentan con mayor frecuencia complicaciones.

La hernia femoral es la tercera causa principal de atención ambulatoria para problemas gastrointestinales desde el 2004 y hasta la fecha las tasas sobre las consultas no han cambiado. Aunque las hernias femorales representan menos del 10 % de las hernias, clínicamente presentan mayor complicaciones como son el encarcelamiento, y la estrangulación con una tasa de 22 y 45 %, respectivamente, en comparación con 2,8 y 4,5 % para hernias inguinales. El tratamiento definitivo de las hernias, independientemente de su origen o tipo, es la reparación quirúrgica, en más de 20 millones de hernias cada año en todo el mundo.

### **1. OBJETIVO**

Establecer el conjunto de estándares en la atención quirúrgica de pacientes que presentan hernia femoral para disminuir la morbilidad de esta patología.

### **2. EVIDENCIAS**

- Knoll SM, Vaziri K, Lee J, Nam A. Novel 3-Layer Femoral Herniorrhaphy: Combining the Best of McVay and Shouldice. *J Am Coll Surg*. 2015 Jul;221(1):e1-5. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.03.026. PubMed PMID: 25899732.
- Guía de Práctica Clínica para Hernia de la Pared Abdominal, 2015
- Brooks, David C., Michael Rosen, and Wenliang Chen. "Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. (2014).

### **3. USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos especialistas en Cirugía, Emergenciología, en Medicina Familiar, Médicos generales y enfermeras.

### **4. POBLACION DIANA**

Pacientes con sospecha de Hernia Femoral

## 5. DEFINICION DE HERNIA FEMORAL

Es una protrusión en la parte superior del muslo, justo debajo del ligamento inguinal.

## 6. CLASIFICACIÓN DE HERNIA FEMORAL:

- Femoral propiamente dicha
- Femoral externa
- Femoral prevascular

## 7. DIAGNOSTICO

### a. Signos y síntomas de la patología

- Dolor.
- Protuberancia en la parte superior del muslo

### b. Pruebas de laboratorio:

- Hemograma
- Tiempo de Coagulación(TC)
- VDRL
- Glicemia
- Tiempo de Sangría (TS)
- Tiempo de Protrombina(TP)
- HIV
- Tiempo de trombolastina (TPT)
- HbsAg
- Tipificación
- HVC
- Uro análisis
- Urea y Creatinina

### c. Pruebas complementarias e imágenes:

- Radiografía de tórax PA de pie y acostado
- EKG. – Tomografía axial computarizada
- Sonografía Abdominal (T.A.C) de pared abdominal (cuando
- Radiografía de abdomen simple hay sospecha de complicaciones).

## 8. CRITERIOS PARA INGRESO O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

- Paciente que llega a la emergencia con diagnóstico de hernia y dolor.
- Pacientes electivos, evaluados y preparados ambulatoriamente para cirugía.

### 8.1 Acciones para realizar en el área de Emergencia

- Buscar récord anterior del paciente si lo hubiese registrar evento y hacer Anamnesis y examen físico.
- Canalizar vena con catéter N° 18 y Soluciones parenterales.

**Pruebas de laboratorio:**

- |               |             |
|---------------|-------------|
| -Hemograma    | -TGP        |
| -Tipificación | -Glicemia   |
| -TP           | -Urea       |
| -TPT          | -Creatinina |
| -INR          | -Orina.     |
| -TGO          |             |

**Pruebas complementarias e imágenes:**

Si se sospecha encarcelación o estrangulación realizar:

- Electrolitos séricos (sodio, cloro, potasio),
- Radiografías de abdomen simple, de pie y acostado.

- Protección gástrica
- Antibiótico terapia pre-quirúrgica si aplica.
- Llamar al cirujano de servicio

**8.2 Ingreso y manejo a realizar en Sala de Hospitalización:**

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

- Custodiar y complementar el expediente del paciente, durante su estancia en el servicio.
- Que el expediente acompañe al paciente cuando se traslade de unidad.
- Durante la estancia del paciente en planta, puede ser necesario su traslado. Éstos podrán
- ser realizados por auxiliares de enfermería y/o auxiliar de transporte. Se encargarán de:
- Los traslados de habitación y cama que se realicen al paciente durante su estancia.
- El traslado del paciente a quirófanos (área de pre-quirúrgico), si debe ser intervenido.
- El traslado a UCI si debe ser asistido en dicha unidad.

**Se seguirá las siguientes pautas en el manejo en sala del paciente:**

- Dieta cero.
- Signos vitales cada 6 horas.
- Soluciones parenterales.
- Analgésicos endovenosos.
- Protectores gástricos.
- Profilaxis antibiótica.
- Metoclopramida (a criterio del cirujano)
- Completar evaluaciones pre-anestésico, cardiovasculares y analíticas controles,

- Consentimiento informado

## 9. MANEJO QUIRÚRGICO

### **Tareas previas a la Asistencia**

Es tarea del personal de enfermería y auxiliares la correcta preparación del paciente y los equipos. Estas actividades se realizarán según las indicaciones realizadas por el cirujano.

Previamente a la llegada del paciente se acometerán las siguientes tareas con el fin de garantizar la adecuada preparación de la sala donde se realizará la actividad:

- Comprobar la realización de la limpieza en quirófano, según los protocolos.  
Revisar los equipos.
- Verificar la disponibilidad del material necesario e instrumental.

### **A la llegada del paciente se realizarán las siguientes tareas:**

- **Revisión de la Historia Clínica del paciente.**
  - Confirmar que el nombre del paciente y tipo de operación coincide con la reserva de quirófano y con la documentación de prescripción y autorización.
  - Verificar que el consentimiento informado está firmado de acuerdo con lo definido en la legislación vigente.
  - Comprobar la existencia del informe pre-anestésico.
  - Anestesiología debe revisar el cumplimiento de las medidas previas obligatorias (ayunas, ausencia de prótesis dental y objetos metálicos, profilaxis antibiótica si se requiere, etc.)
  - Enfermería asegurara la preparación del campo quirúrgico, rasurado, según el protocolo de su área.

### **Durante la asistencia**

El procedimiento anestésico, cuando sea requerido, será realizado según las particularidades del caso y de acuerdo con las necesidades del cirujano de la asistencia. El control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente deberán ser registrados por el anesthesiólogo en el formulario Hoja de Anestesia.

Los participantes en la intervención (médico anesthesiólogo, cirujano de la intervención, ayudantes) deberán poseer la titulación requerida para cada tipo de acto. En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para la intervención quirúrgica exceda al previsto inicialmente, un miembro del personal de enfermería contactará con los familiares, a fin de dar una rápida información sobre la marcha de la intervención.

Al finalizar el acto quirúrgico el cirujano de la intervención debe completar la Descripción Quirúrgica e informar al paciente y/o a los familiares del resultado de la misma.

## **9.1 Tratamiento quirúrgico de Hernia Femoral**

Es la reparación quirúrgica de un defecto que permite la protrusión de contenido abdominal, localizado en el anillo femoral.

### **Descripción del Procedimiento:**

#### **a. Procedimiento abierto:**

- Pacientes decúbito supino.
- Anestesia (bloqueo regional).
- Lavado quirúrgico.
- Incisión transversa en pliegue inguinal.
- Disección del tejido celular subcutáneo.
- Apertura de aponeurosis del músculo oblicuo mayor.
- Exposición del cordón espermático.
- Identificación del saco y defecto herniario.
- Disección y reducción del saco herniario y su contenido.
- Reparación del defecto mediante técnica de Mc Vay o por la técnica de Madden, que consiste en unir el ligamento inguinal al pectíneo mediante puntos separados con hilo seda del 1.

### **Tareas Posteriores a la Asistencia**

Terminada la intervención quirúrgica, los auxiliares de enfermería, junto con el personal de limpieza efectuarán la limpieza y desinfección del quirófano de acuerdo a los protocolos de limpieza.

### **Transfusión sanguínea**

Durante la intervención, el anestesiólogo valorará el sangrado del enfermo y, si considera necesario que sea trasfundido, contactará con el depósito de sangre para que suministren la sangre reservada para ese enfermo.

### **Registro de información**

El supervisor de Bloque Quirúrgico, el personal de enfermería y el cirujano registrarán los datos de la intervención en el S.D. y en los formularios obligatorios de la H.C.D. del Paciente.

El personal de enfermería revisará la correcta actualización de la Historia Clínica del paciente.

## **9.2 Cuidados a ejecutar durante la realización del procedimiento:**

- Mantener hemostasia rigurosa.
- Evitar lesión de vasos epigástricos inferiores y vasos femorales.
- Prevención de lesiones neurológicas.

## **9.3 Cuidados posteriores Unidad de Recuperación Post-Anestésica:**

El anestesiólogo decidirá el momento oportuno para su traslado:

- A la unidad de recuperación post-anestésica (U.R.PA.)
- A planta
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Comprobando, antes del traslado, el estado hemodinámico y de alerta del paciente, así como cualquier signo de efectos secundarios

## **9.4 Cuidados y manejos postoperatorios:**

Médicos del área y departamento de enfermería se encargara de:

- Dieta cero por 8 horas, luego, tolerancia oral, si no fue necesaria la resección de intestino comprometido.
- Signos vitales cada hora por las primeras 4 horas, si paciente muestra estabilidad en signos vitales se procede a tomar vitales cada 4 horas.
- Medir temperatura por turnos de enfermera.
- Manejo de drenajes, Asegurar la buena posición de faja o vendaje elástico sobre la cirugía.
- Vigilar hidratación y diuresis
- Terapia ventiladora con inspirómetro.
- Mantener buena analgesia.
- Cuidados y cura diaria de área quirúrgica
- Hemograma control si el procedimiento fue muy laborioso o si el cirujano lo considera pertinente.
- Heparina de bajo peso molecular en caso de pacientes con alto riesgo de trombosis venosa

### **Soluciones Parenterales tales como:**

- Lactato en Ringer
- Solución Salino 0.9%
- Mixto al 0.9%
- Dextrosa al 5%. (Pacientes HTN no usar salino o mixto, diabéticos debe de usar Salino y no Dextrosa al 5%).

### **Terapia antibiótica tales como:**

Cefalexina 1 gramo cada 8 horas durante la hospitalización.

**Protector gástrico tales como:**

- Ranitidina 50mg cada 8 horas endovenoso
- Omeprazole o Eesomeprazole o Pantoprazole 40mg cada 24 horas, si hay riesgo de ulcera utilizar cada 12 horas.

**Analgésicos tales como:**

- Dexketoprofeno 50mg cada 8 horas. 25 mg vía oral.
- Nalbufina 10mg subcutáneo o endovenoso e intramuscular cada 6 o 8 horas y SOS.

**10. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y/O FAMILIARES**

- Informar sobre el procedimiento realizado:
- Informar sobre la causa por la cual se realiza el procedimiento:
- Información de cuidados postoperatorios:  
No hacer esfuerzo físico hasta completar el tiempo indicado, o 4 semanas. Buena higiene de la herida.
- Informar sobre la importancia del uso y cuidado del drenaje y de la faja:
- Tiempo para realizar esfuerzos físicos: Después de 2 meses post operatorios.
- Explicar el proceso evolutivo del paciente:

**Puede suceder durante el proceso de recuperación complicaciones como:**

Seroma, infección, recidiva y rechazo de material protésico.

- Información sobre recomendaciones nutricionales y la utilización de los medicamentos a utilizar:
  - Dieta líquida hasta tener transito adecuado.
  - Usar la dosis recomendado y en el horario recomendado según la receta medica.

**Señalar signos de alarma en el postoperatorio:**

En caso de equimosis de la herida (moretón), calor, rubor (enrojecimiento) y dolor.

**Fijar próxima cita:**

Hacer cita para 7 días después

**11. CRITERIOS DE EGRESO**

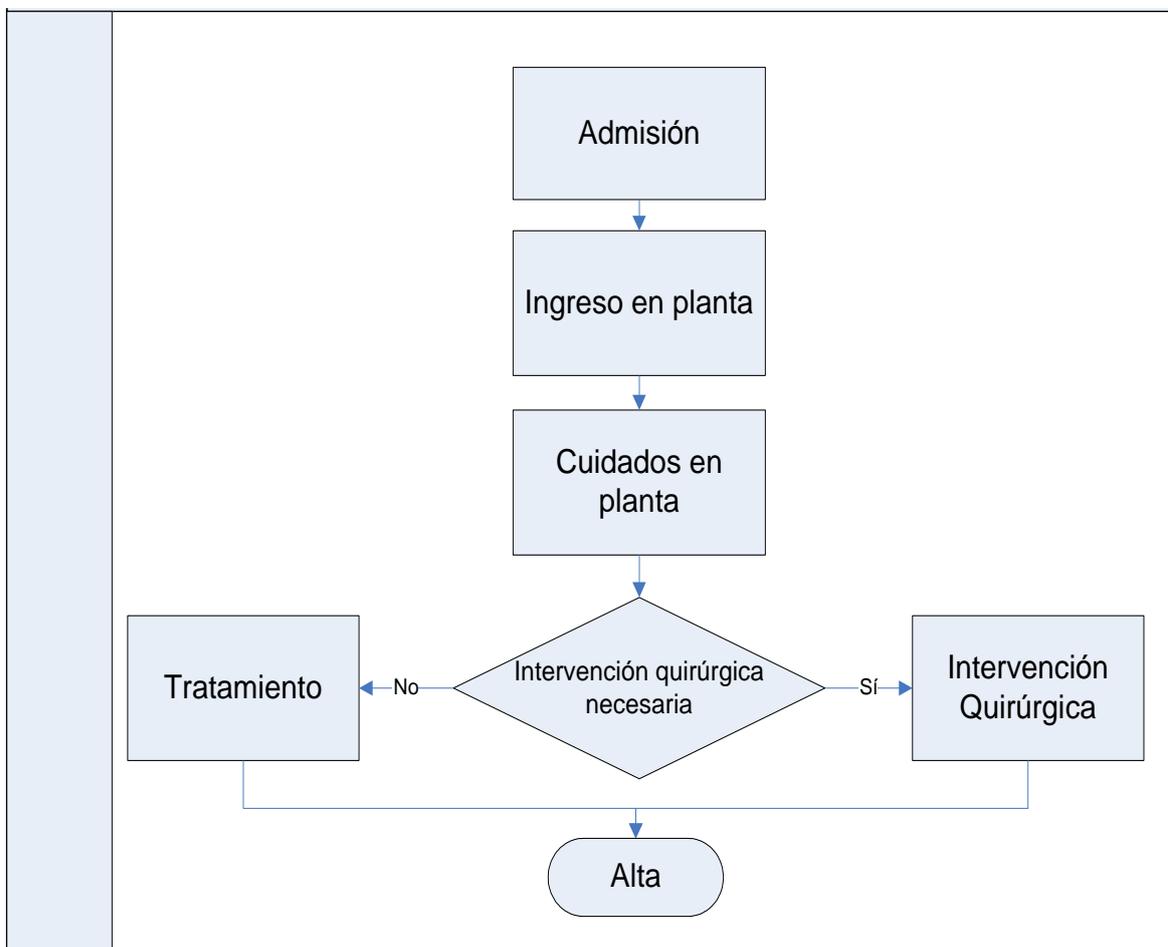
- Buena tolerancia oral.
- Control del dolor post-quirúrgico.
- Perístalsis adecuada.
- A febril.

## 12. FARMACOLOGÍA

Soluciones Parenterales	Medicamentos Antibióticos	Protector gástrico
Lactato en Ringer	Cefalexina	Omeprazole o Esomeprazole o Pantoprazole
Solución Salino 0.9%		Ranitidina
Mixto al 0.9%		
Dextrosa al 5%. (Pacientes HTN no usar salino o mixto, diabéticos debe de usar Salino y no Dextrosa al 5%).		

Analgésicos
Dexketoprofeno
Nalbufina

## 13. FLUJOGRAMA DEL PROCESO



## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. Secretaría de Salud. México 2008. <http://www.cirurgiahcg.com/fm/fmArchives/getFile/132>
2. Goldman, M.A. (2008). Pocket Guide to the Operating Room (3<sup>rd</sup> e.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
3. Vorvick, L.J. MD (2012). Femoral hernia. Artículo visto Febrero 12, 2014 desde, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001136.htm>.
4. Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, et al. Hernia danesa de base de datos de recomendaciones para el tratamiento de la hernia inguinal y femoral en adultos. Dan Med Bull 2011; 58: C4243.
5. Bay - Nielsen M, Kehlet H, Strand L, y col. Evaluación de la calidad de 26.304 herniorrhaphies en Dinamarca: un estudio prospectivo a nivel nacional. Lancet 2001; 358: 1124.
6. Schumpelick V, Treutner KH, Arlt G. Reparación de hernia inguinal en adultos. Lancet 1994; 344: 375.
7. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Riesgo de estrangulación en las hernias de la ingle. Br J Surg 1991; 78: 1171.
8. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, y col. Reparación de hernia femoral de emergencia: un estudio basado en un registro nacional. Ann Surg 2009; 249: 672.
9. McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H. Manejo basado en la evidencia de la hernia de la ingle en la atención primaria - una revisión sistemática. Fam Pract 2000; 17: 442.
10. Mejilla CM, Williams MH, Farndon JR. Trusses en el manejo de la hernia hoy. Br J Surg 1995; 82: 1611.
11. Burns E, Whitley A. Trusses. BMJ 1990; 301: 1319.
12. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Espera vigilante vs reparación de hernia inguinal en hombres mínimamente sintomáticos: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA 2006; 295: 285.
13. Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, y col. Resultados a largo plazo de un ensayo controlado aleatorio de una estrategia no operativa (espera vigilante) para los hombres con hernias inguinales mínimamente sintomáticas. Ann Surg 2013; 258: 508.