

CIRURGIA AMBULATORIAL EM PROCTOLOGIA: análise retrospectiva de 437 casos

Rogério SAAD-HOSSNE, Renê Gamberini PRADO e Alexandre BAKONYI-NETO

RESUMO – *Racional* - O número de cirurgias ambulatoriais realizadas em hospitais, como em clínicas particulares, cresce a cada dia. Hoje, em alguns países, como a França, há predomínio das cirurgias ambulatoriais em relação às hospitalares. *Objetivo* - Avaliar retrospectivamente os pacientes operados no Serviço de Cirurgia Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, SP. *Casística e Método* - Foram estudados retrospectivamente 437 casos clínicos de patologias orificiais, analisando a distribuição por faixa etária, por sexo, por patologias e as complicações pós-operatórias. *Resultado* – Notou-se predomínio de pacientes com idade inferior a 45 anos (62,8%), prevalência do sexo feminino (56%), sendo a doença hemorroidária (45,1%) a principal patologia e a dor e sangramento as complicações mais freqüentes (9,8% e 7,3%). *Conclusões* - Os resultados satisfatórios observados demonstram a possibilidade de realização, em ambulatório, de diversos procedimentos simples em patologias anorretais freqüentes, a baixo custo e poucas complicações, sendo estas não superiores às observadas em cirurgia hospitalar.

DESCRIPTORIOS – Intestino grosso, cirurgia. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

INTRODUÇÃO

O número de cirurgias ambulatoriais cresce a cada dia em todo o mundo; somente nos Estados Unidos são anualmente realizados, aproximadamente, 30 milhões destes procedimentos^(7, 10, 11)

Em alguns países como a França, a cirurgia ambulatorial foi estruturada e regulamentada no início dos anos 90; nesse país observou-se a partir de 1994, o predomínio das cirurgias ambulatoriais em relação às cirurgias em regime de hospitalização⁽⁵⁾.

As vantagens da realização dos procedimentos em ambiente ambulatorial, com redução dos custos hospitalares e com benefícios para os pacientes, justificam os incentivos financeiros aplicados nesse setor^(1, 4, 6). Apesar destas vantagens, sejam elas sociais e/ou econômicas, ainda há relutância pela maioria dos cirurgiões neste país na indicação dos procedimentos cirúrgicos anorretais em regime ambulatorial; as principais restrições seriam pelo receio das complicações pós-operatórias precoces, possível controle inadequado da dor e pelo valor da remuneração. Em algumas ocasiões a resistência vem do próprio paciente. Com as melhorias das técnicas anestésicas, grande parte das cirurgias, em especial as proctológicas, pode ser realizada com segurança em ambulatório^(8, 12, 13, 15, 17). O serviço de cirurgia ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade

de Medicina de Botucatu – HC-FMB, Botucatu, SP, criado em 1996, atende a diversas especialidades (Gastrocirurgia, Urologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Vascular, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Ginecologia e Cirurgia Plástica), conta com quatro salas cirúrgicas, um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem. Funciona em dois turnos diários de 4 horas de trabalho em dias úteis. Todo o material é preparado no próprio local.

No presente objetivou-se o estudo dos resultados obtidos com o tratamento cirúrgico ambulatorial, de diversas doenças anorretais, num total de 437 cirurgias, analisando sua eficácia, segurança e complicações.

MÉTODO

O estudo retrospectivo dos 437 casos foi realizado através da revisão de prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia Ambulatorial do HC-FMB, no período de 1996 a 2000.

Os pacientes chegavam ao centro cirúrgico ambulatorial cerca de meia hora antes do procedimento, em jejum de 8 horas, sendo orientados quanto à realização de enema com fosfato de sódio monobásico e dibásico 3 a 4 horas antes do mesmo. Todos foram submetidos a anestesia local ou raquianestesia.

Após monitorização eletrocardiográfica, foi realizada punção venosa periférica e iniciada sedação intravenosa com 5 a 7 mg de midazolam diluídos em 10 mL de solução aquosa. A posição cirúrgica na maioria dos pacientes foi em decúbito ventral com um coxim sob o púbis. A solução anestésica empregada consistiu de lidocaína a 1%, com ou sem vasoconstrictor, sendo realizada a infiltração perianal e submucosa, em leque.

As técnicas cirúrgicas empregadas foram as mesmas utilizadas nos pacientes em regime de internação: doença hemorroidária (técnica aberta de Ferguson); fissura anal (fissurectomia com esfincerotomia interna lateral); nos condilomas (unidade eletrocirúrgica); cisto pilonidal (técnica de incisão e curetagem) e fístula anal (fistulotomia com curetagem).

Após o procedimento cirúrgico, o paciente era mantido na sala de recuperação por cerca de 1 a 2 horas, quando então recebia alta hospitalar em conjunto com as orientações pós-operatórias.

RESULTADOS

TABELA 1 – Distribuição dos casos por ano. Frequência absoluta (p) e relativa (f)

	p	f
1996	25	5,7%
1997	83	19%
1998	96	22%
1999	112	25,6%
2000	121	27,7%

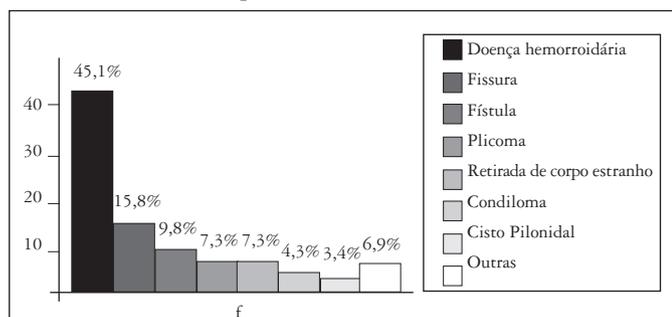
TABELA 2 – Distribuição por faixa etária. Frequência absoluta (p) e relativa (f)

	p	f
Até 45 anos	274	62,7%
45-65 anos	131	30%
Maior 65 anos	32	7,3%

TABELA 3 – Distribuição por sexo. Frequência absoluta (p) e relativa (f)

	p	f
Masculino	192	44%
Feminino	245	56%

GRÁFICO 1 – Patologias anorretais. Distribuição da frequência absoluta (p) e relativa (f)



Outras - Trombose hemorroidária, anoplastia, esfinceroplastia, dilatação anal, drenagem de abscesso

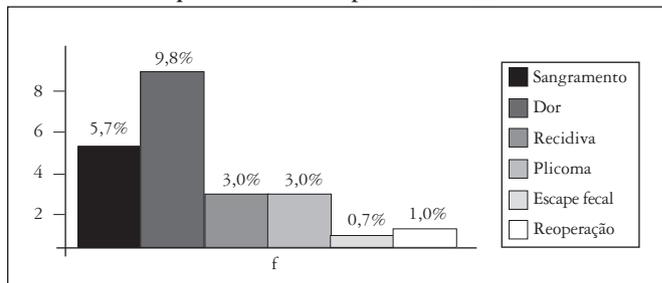
TABELA 4 – Tipo de anestesia. Distribuição da frequência absoluta (p) e relativa (f)

	p	f
Local	423	96,8%
Raqui	14	3,2%

TABELA 5 – Tipo de anestésico. Distribuição da frequência absoluta (p) e relativa (f)

	p	f
Lidocaína sem vasoconstrictor	371	85%
Lidocaína com vasoconstrictor	49	11,2%
Outros	17	3,8%

GRÁFICO 2 – Principais tipos de complicações. Distribuição da frequência absoluta (p) e relativa (f)



DISCUSSÃO

É cada vez mais freqüente o tratamento em ambulatório das patologias orificiais em coloproctologia em quase todos os serviços especializados. As técnicas cirúrgicas empregadas, habitualmente, são de fácil e rápida execução, o que contribui para o êxito dos procedimentos em ambulatório.

No caso do HC-FMB, a partir de 1996, com a criação do centro cirúrgico ambulatorial, houve aumento progressivo no número desses procedimentos, conforme demonstrado na Tabela 1, o mesmo relatado por diversos autores, no nosso meio^(8, 12, 14, 15).

Atualmente, no HC-FMB adotou-se como norma a realização das cirurgias orificiais anorretais de menor complexidade em ambulatório, em vista da rapidez e agilidade no atendimento dos pacientes, diminuindo desta forma, o tempo de espera para a realização dessas cirurgias; outro fato importante reside na dificuldade de internação de doenças de menor complexidade, em contra-posição a pacientes com doenças neoplásicas, que necessitam de internação prolongada. Essas características dos hospitais universitários na realização de cirurgias de pequeno porte já foi relatada por SOBRADO et al.⁽¹⁶⁾.

Quanto à análise das variáveis estudadas, no que diz respeito a sexo e idade, nota-se que a maioria dos pacientes é jovem (62,8%), com menos de 45 anos de idade (Tabela 2), havendo discreta predominância de pacientes do sexo feminino (Tabela 3), predomínio este também evidenciado em outros estudos^(10, 11).

Quanto ao tipo de anestesia, na maioria das vezes, utilizou-se somente a local, sendo a lidocaína sem vasoconstrictor a droga mais utilizada, reservando-se para casos isolados a raqui-anestesia (Tabelas 4, 5); a anestesia loco-regional com lidocaína é, de fato, a mais freqüentemente utilizada nas cirurgias ambulatoriais,

chegando a taxas próximas a 90%^(11, 17, 19). Este tipo de sedação e de anestesia possibilita a realização segura e eficaz desses procedimentos cirúrgicos, bem como permitem o retorno precoce do paciente ao seu domicílio e recuperação mais rápida.

A doença mais prevalente foi a hemorroidária (45,1%), seguida, em menor número, por fissuras e fistulas (25,6%) (Gráfico 1); esses dados demonstram que essas são as patologias orificiais mais prevalentes em nosso meio, assim como o observado em outros serviços^(8, 12, 16), bem como com os dados referidos na literatura^(2, 3, 9, 13, 18, 20).

A incidência de complicações precoces (dor, sangramento, infecção, etc.) e tardias (plicas e mamilos residuais, estenose, etc.) na presente série foi semelhante às relatadas na literatura^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21). O índice geral de complicações precoces nos 437 procedimentos realizados foi de 15,5%, sendo a maioria delas tratada com medidas clínicas. Quanto à retenção urinária, muito freqüente nesse tipo de procedimento, apenas três pacientes evoluíram com a necessidade de cateterização vesical. No serviço onde foi desenvolvido este estudo, não se realizou a antibioticoprofilaxia para tais procedimentos, embora isto seja rotina em alguns serviços^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), não apresentando nenhuma complicação séptica nos pacientes operados. Quanto aos demais tipos de complicações, verificou-se que a dor pós-operatória foi a complicação mais freqüente (Gráfico 2), sendo que o uso de dipirona, diclofenaco sódico e/ou

inibidores da ciclooxigenase foi suficiente para o alívio da dor na maioria dos pacientes desta série. Resultados semelhantes são encontrados na literatura^(10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Segundo estudo feito por SOBRADO et al.⁽¹⁶⁾ para a estimativa de custo, comparando doentes submetidos a hemorroidectomia em unidade ambulatorial com outros submetidos ao mesmo procedimento em esquema de internação hospitalar, conclui-se que os pacientes operados em ambulatório o custo médio foi de 370 dólares americanos, quando comparado com o de 540, quando o procedimento foi realizado em regime de internação, acarretando uma economia de 31,5%. No Serviço de Cirurgia Ambulatorial do HC-FMB não foram realizados esses cálculos, mas provavelmente os custos devam ser semelhantes.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados mostram a boa resolução da cirurgia ambulatorial nas patologias anorretais. Constatou-se que as doenças proctológicas orificiais podem ser tratadas com segurança e baixa morbidade em centro cirúrgico ambulatorial, acarretando diminuição dos custos e agilidade na resolução dos casos. As técnicas cirúrgicas são de fácil execução quando a cirurgia é bem indicada, o nível de complicação é baixo, e a recuperação pós-operatória do paciente se faz em curto espaço de tempo.

Saad-Hoosne R, Prado RG, Bakonyi-Neto A. Outpatient surgery for anorectal diseases: the experience of the Clinics Hospital of the Medical School, Botucatu, SP, Brazil, in 437 cases. *Arq Gastroenterol* 2005;42(3):136-8.

ABSTRACT – Background - The number of outpatient surgical procedures performed in hospitals, as well as in private clinics, increases daily. In some countries, such as France, outpatient operations outnumber inpatient operations. **Objective** - To evaluate results obtained at the Surgical Outpatient Clinic of the Clinics Hospital of the Medical School, Botucatu, SP, Brazil. **Patients and Methods** - A retrospective study of 437 clinical cases of anorectal anomalies, analyzing the variables age bracket, gender, pathology, and postoperative complications. **Results** - We observed predominance of patients younger than 45 (62.8%) and of females (56%). The most common ailment was hemorrhoids (45.1%) and the most frequent postoperative complications were pain (9.8%) and bleeding (7.3%). **Conclusions** - Our results demonstrate that it is possible to perform various simple procedures related to the treatment of anorectal abnormalities at the outpatient level and therefore at a lower cost. The number of postoperative complications was no higher than that resulting from inpatient surgery.

HEADINGS – Intestine, large, surgery. Ambulatory surgical procedures.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fuhrmann J, Grimm H, Schnettler R. [Is ambulatory surgery at a maximum care clinic justified?] *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbol* 1997;114:590-3.
- Gold G. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. *JAMA* 1989;261:3008-10.
- Heino T. Results of 500 general surgery patients operated in the ambulatory surgery unit. *Ann Chir Gynaecol* 1992;81:295-9.
- Hosteng T, Solheim K. [Ambulatory surgery and incentives]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:872-3.
- Johanet H, Mauckey P, Gaux F. Ambulatory surgery. Organization and results. *Chirurgie* 1997;122:35-8.
- Junghanns K. [Efficacy and economics of ambulatory surgery in the hospital]. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbol* 1997;114:594-6.
- Kozak LJ, Owings MF. Ambulatory and inpatient procedures in United States, 1995. *Vital Health Stat* 1998;13(135):1-116.
- Medeiros RR. Tratamento ambulatorial das afecções proctológicas. In: Habr-Gama A, Barone B, editores. *Atualização em coloproctologia*. 44º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. São Paulo: Aquarela; 1995. p.189-91.
- Nielsen TR, Nielsen BV, Jorgensen PB. [Patients assessment in ambulatory surgery. A questionnaire study]. *Ugeskr Laeger* 1996;158:1823-6.
- Owings MF, Kozak LJ. Ambulatory and inpatient procedures in the United States, 1996. *Vital Health Stat* 1998;13:1-119.
- Pokras R, Kozak JL, McCarthy E. Ambulatory and inpatient procedures in United States, 1994. *Vital Health Stat* 1997;3:1-113.
- Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em coloproctologia. *Rev Bras Coloproctol* 1988;8:11-3.
- Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases: an update. *South Med J* 1986;79:163-6. Sobrado CW, Habr-Gama A. Hook-needle puncture: a new technique of local anesthesia for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1330-1.
- Sobrado CW, Sokol S. Esfincterotomia interna lateral subcutânea em unidade ambulatorial para o tratamento da fissura anal: análise de 265 doentes. *Rev Bras Coloproctol* 1994;14:235-9.
- Sobrado CW, Habr-Gama A. Hook-needle puncture. A new technique of local anesthesia for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1330-1.
- Sobrado CW, Nahas SC, Marques CF, Habr-Gama A. Cirurgia ambulatorial sob anestesia local em proctologia: experiência e análise do resultado de 503 operações. *Rev bras Coloproctol*. 2001;21:228-33.
- Stern H, McLeod R, Cohen Z, Ross T. Ambulatory procedures in anorectal surgery. *Adv Surg* 1987;20:217-43.
- Swan BA, Maeslin G, Trabec KB. Symptom distress and functional status changes during the just seven days after ambulatory surgery. *Ahesth Analg* 1998;86:739-45.
- Tagliolatto Jr L. Analgesia de condução na cirurgia anorretal. Aspectos técnicos. *Rev Bras Coloproctol* 1993;13:113-6.
- Twerky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997;84:319-24.
- Weber M, Angermann P, Milkkelsen J, Helkjaer PE, Bjorn Anderden T. Ambulatory surgery and anesthesia. An inquiry study. *Ugeskr Laeger* 1993;155:2799-803.

Recebido em 13/9/2004.
Aprovado em 11/3/2005.