

Artículo original

La cirugía ambulatoria en el manejo de enfermedades anorrectales benignas

Óscar Coyoli García¹, Carlos Toledo Caballero¹, Raúl Alvarado Cerna¹, Andrés Fernández Ramírez¹, Mario Alberto Pacheco Pérez¹, Joaquín Ramírez Rioja¹, José Guadalupe Sevilla Flores¹

¹Servicio de Coloproctología, Hospital "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Resumen

En la literatura se ha reportado el manejo de enfermedades benignas a través del sistema de cirugía ambulatoria, realizándose múltiples procedimientos quirúrgicos, aunque generalmente minimizados. En nuestro hospital, incluimos en este sistema a pacientes con patología anorrectal.

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes operados en el lapso de un año y se les realizó una entrevista telefónica acerca de los síntomas posoperatorios, la presencia o no de complicaciones, su experiencia con este método y su aceptación o rechazo hacia la cirugía ambulatoria. El grupo consistió en 110 expedientes, 62 hombres y 48 mujeres con edades promedio entre 30 y 50 años. Las patologías más comunes fueron: enfermedad hemorroidal, fístula y fisura anal. Todos los pacientes fueron egresados entre 1 y 8 horas después de la cirugía, se localizó ulterioresmente a 92 pacientes (83.6%), y de ellos el 85.9% reportaron dolor de moderado a intenso, mismo que el 95.6% controló con analgésicos comunes; el sangrado transrectal ocurrió en todos los pacientes pero en mínima cantidad, uno presentó retención fecal que resolvió con un enema. El 94.5% opinó que el método ambulatorio fue adecuado para la resolución de su padecimiento y el 97.8% aceptaría cualquier otra cirugía a través de este sistema.

Se concluye que la cirugía anorrectal de padecimientos benignos se puede realizar con seguridad a través del método ambulatorio.

Palabras clave: *Cirugía anorrectal, cirugía ambulatoria, hemorroides.*

Summary

Management of benign anorectal problems with the ambulatory system performing many surgical procedures has been reported. In our service the patients with anorectal conditions have been included in this program. All patients operated in one year were reviewed.

A total of 110 patients, 62 men and 48 women, age average 30 to 50 years, the most common problem were hemorrhoidal disease, anal fissure or fistula, pilonidal disease, condylo-ma and colonic polyposis. All the patients were discharged between one and eight hours postoperatively. The complaints were: pain moderate to severe in 85.9%, easily controlled in the 95.6% of the cases; slight bleeding; fecal impactation in one case overcome with an enema. Ambulatory treatment was considered satisfactory for 94.5% of the patients.

Key words: *Ano-rectal surgery, ambulatory surgery.*

Introducción

En 1990, Nicholls en Glasgow, publicó una serie de 8,989 operaciones en un plan ambulatorio obteniendo muy buenos resultados, la experiencia obtenida hasta la fecha muestra que la cirugía ambulatoria es segura y bien aceptada por los pacientes, disminuye los costos y las listas de espera en los diferentes servicios quirúrgicos.

En nuestro Hospital, la cirugía ambulatoria se estableció a partir de 1996, iniciada por el Servicio de Cirugía General, al cual se anexaron otros servicios como Cirugía Plástica y Reconstructiva, Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Ortopedia y Cirugía Maxilofacial. En enero de 1997 el servicio de Coloproctología, anexa a su sistema de atención esta modalidad quirúrgica habiéndose realizado hasta la fecha 110 procedimientos quirúrgicos proctológicos integrales para resolver la patología anorrectal benigna.

El objetivo de este trabajo es presentar un análisis de la experiencia acumulada en el Servicio de Coloproctología, con la finalidad de evaluar el sistema quirúrgico y con ello optimizar el manejo del paciente y la administración de recursos.

Material y métodos

El estudio se realizó en un total de 110 pacientes sometidos a cirugía ambulatoria por padecimientos anorrectales benignos en el periodo de enero de 1997 a julio de 1998, que

cumplieron con los requisitos de inclusión (cuadro 1) establecidos y que no presentaban patología agregada (cuadro 2). Se recabaron los expedientes de cada paciente y se revisaron las hojas quirúrgicas y de evolución, y se indagó la existencia de complicaciones atribuibles al sistema de atención; igualmente se revisaron las notas de alta proporcionadas por el Servicio de Anestesiología informando los criterios del egreso para los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico ambulatorio (cuadro 3). Se obtuvo el número telefónico de los pacientes lográndose contacto con 92 (83.6%) a los cuales se les realizó un cuestionario sobre los síntomas presentados durante el posoperatorio en su domicilio y de la manera en que los resolvieron; igualmente, se realizó un interrogatorio dirigido sobre las complicaciones más comunes reportadas en cirugía anorrectal como retención urinaria e impacto fecal. Otro aspecto importante del

Cuadro 1. Criterios de selección para cirugía ambulatoria.

Criterios
✓ Patología quirúrgica que no requiera preparación preoperatoria
✓ Que no implique pérdida sanguínea mayor al 10% del volumen circulante
✓ Duración de la operación no mayor de 90 minutos (con anestesia)
✓ Que el control del dolor postoperatorio se logre con analgésicos orales
✓ Que no requiera de antibióticos por vía endovenosa
✓ Patología anorrectal benigna
✓ Que no se requiera cuidados posoperatorios especiales

Cuadro 2. Criterios de exclusión.

Criterios
⇒ Pacientes en tratamiento con anticoagulante
⇒ Pacientes con corticoides
⇒ Pacientes drogadictos y alcohólicos
⇒ Pacientes epilépticos
⇒ Pacientes psiquiátricos

Cuadro 3. Criterios de egreso de cirugía ambulatoria.

Criterios
➤ Estabilidad de los signos vitales
➤ Ningún dato de depresión u obstrucción respiratoria
➤ Orientación en tiempo y espacio
➤ No náuseas, ni vómito
➤ Dolor postoperatorio tolerable
➤ Sin datos de hemorragia
➤ Tolerancia a la vía oral
➤ Recuperación de la fuerza de las piernas

interrogatorio fue cuestionar sobre la satisfacción o rechazo por parte del paciente de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios, su conveniencia, ventajas y desventajas y de si volvería a someterse a un procedimiento ambulatorio por algún otro padecimiento benigno.

Resultados

Fueron incluidos 110 pacientes, de los cuales correspondieron al sexo masculino 62 (56.3%) y al sexo femenino 48 (42.7%). La edad osciló entre 2 y 72 años (media 42), pero el 60% del grupo estuvo entre 30 y 50 años. Todos los pacientes presentaban padecimientos anorrectales benignos como patología única o bien crónica, enfermedad hemorroidal, quiste pilonidal, poliposis rectales y condilomatosis anoperineal.

Se realizaron los siguientes procedimientos quirúrgicos: hemorroidectomía cerrada 37, hemorroidectomía abierta 4, hemorroidectomía cerrada con fijación de mucosa 2, fistulectomía con rotación de colgajo 5, fistulectomía más hemorroidectomía cerrada 8, interna parcial 11, fisurectomía abierta 4, fisurectomía más hemorroidectomía cerrada 7, resección de quiste pilonidal 6, resección y fulguración de condilomas 2 y polipectomía trasendoscópica 2.

Todos los pacientes fueron dados de alta en un periodo de la 8 horas después de la cirugía, el 86.8% dentro de las primeras 5 horas. De los 92 entrevistados, el 100% refirió como síntoma postoperatorio predominante el dolor y lo refirieron como leve 13 (14.1%), moderado 46 (50%) y severo 33 (35.9%); pero en 88 (95.6%) refirieron haberlo controlado adecuadamente con el uso de analgésicos, tipo metamizol tabletas 38 de ellos (41.2%); 16 pacientes (17.6%) utilizaron ketorolaco por vía intramuscular cada 12 horas y 38 (41.2%) utilizaron ambos medicamentos. Además todos los pacientes realizaron baños de asiento con agua tibia, con lo que mejoraron el efecto analgésico. Ningún paciente refirió haber presentado retención urinaria, todos lograron micciones espontáneas entre 1 y 10 horas. Respecto al sangrado, 49 pacientes (53.2%), manifestaron no haber presentado sangrado alguno, el resto lo refirió como escaso y durante la evacuación. Un paciente (1.8%), presentó impacto fecal logrando defecar al 5° día, con la utilización de un enema tipo "microlax".

A los 92 pacientes entrevistados se les interrogó si consideraban que la cirugía ambulatoria había sido adecuada para el manejo de su padecimiento, a lo cual 87 (94.5%) respondieron que sí y argumentaron ventajas como mejores comodidades en casa, los familiares les brindaron cuidados más cálidos y sobre todo que el padecimiento se había resuelto en mucho menor tiempo. Cinco pacientes consideraron el servicio inadecuado, 4 de ellos por el dolor intenso y uno por impacto fecal. Cuando se les interrogó si volverían a someterse a un procedimiento quirúrgico ambulatorio en caso

de presentar algún otro padecimiento benigno, 90 (97.8), respondieron con seguridad que sí y dos que no. El 100% de los pacientes consideraron el servicio de cirugía ambulatoria de bueno a excelente.

Discusión

Con la experiencia obtenida hasta ahora, consideramos que los pacientes con enfermedades anorrectales benignas únicas o combinadas pero sin patología sistémica agregada, pueden tratarse en forma ambulatoria con seguridad, puesto que no se han observado complicaciones inherentes al sistema ambulatorio y sí en cambio algunas ventajas.

El control del dolor posoperatorio sigue siendo un reto para el coloproctólogo, tanto si la cirugía se ha realizado en plan ambulatorio como si el paciente se encuentra hospitalizado. En la actualidad contamos con una gran variedad de analgésicos potentes en diferentes presentaciones, que ofrecen un margen amplio de seguridad y fácil administración, que hacen que el paciente pueda hacer uso de ellos dentro y fuera del hospital. Esto junto a otras medidas como los baños de asiento y la comodidad del hogar permiten que el dolor sea una experiencia bien tolerada.

Otras complicaciones como la retención urinaria, el sangrado transrectal y la impactación fecal pueden ser minimizados con una información adecuada y completa sobre el procedimiento a realizarse y de la posibilidad de estas complicaciones, así como la restricción de los líquidos administrados en el transoperatorio y la realización de una técnica quirúrgica depurada.

Conclusiones

La cirugía ambulatoria proporciona ventajas tanto para el paciente, alterando un poco su vida diaria y la de sus familiares, como para las instituciones disminuyendo costos y agilizando las listas de espera de los diferentes servicios quirúrgicos.

En patología anorrectal benigna se pueden realizar procedimientos quirúrgicos integrales, para resolver uno o más padecimientos que presente un mismo paciente y no sólo procedimientos menores aislados.

La cirugía proctológica en plan ambulatorio es segura y las cifras de morbilidad no son mayores que en cirugía con hospitalización, siempre y cuando se respeten los criterios de selección de pacientes.

Referencias

1. Waghorn A. McKee M. Thompson J. Surgical outpatients: challenges and responses. *Br J Surg.* 1997; 84(3): 300-7.
2. Kumar D. Perianal and anorectal conditions. *Br J of Hospital of Medicine.* 1997; 55(8): 464-7.
3. Maddern GJ. The changing pattern of surgery. *Br J of Surgery.* 1996; 83(2): 145-6.
4. Hutchinson BR. Day surgery survey. *Anaesthesia & Intensive care.* 1996; 24(5): 624.
5. Murrell GC. Leake T. Hughes PJ. A comparison of the efficacy of ketorolac and indomethacin for postoperative analgesia following laparoscopic surgery in day patients. *Anaesthesia & Intensive care.* 1996; 24(2): 237-40.
6. Martel P. Bernard D. Tasse D. Wassef R. Chirurgie anale ambulatoire: étude de faisabilité. *Annales de Chirurgie.* 1996; 50(8): 589-92.
7. Giovanoli P. Frey M. Ambulatory surgery in clinical practice: Limits and possibilities. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis.* 1996; 85(37): 1146-8.

Es justo exigir y esperar *reciprocidad* entre el enfermo y el médico; que *remunere* su trabajo, que *estime* su esfuerzo, que *comprenda* su sacrificio, que *corresponda* su bondad.

El médico malicia o comprende cuándo va perdiendo la *fe* y la *confianza*; siente cuando su posición *vacila* y su persona ya no es *grata*; en esta situación inestable trabaja molesto y descontento, o dimite con política y pretextos; continuar así es exponerse a un cese indigno y desatento.

A una visita social corta, breve, se le llama *visita de médico*; para evitar esta censura merecida se procurará hacer exámenes largos, *concienzudos* y no por fórmula.