

Cirugía ambulatoria en coloproctología

Drs. Pedro J Morgado N, Pedro J Morgado Sch, Oswaldo Manrique

Hospital Privado Centro Médico de Caracas, Servicio de Cirugía N° 2 del Hospital "Carlos J Bello", Caracas.

RESUMEN

Se presenta un estudio de 89 pacientes operados por problemas anorectales en el Centro Médico de Caracas y el Servicio de Cirugía 2 del Hospital "Carlos J. Bello" en forma ambulatoria, entre octubre de 1993 y octubre de 1994. Más de la mitad de los pacientes fue intervenida bajo anestesia local, recibiendo un anestésico de larga duración y una droga antiinflamatoria no esteroidea para controlar el dolor que sigue al despertar anestésico y el "normal" dolor postoperatorio. Aun cuando los autores están de acuerdo en que cualquier paciente puede ser operado en forma ambulatoria, cambiando el hospital por su casa, se hace hincapié en la selección de los pacientes a quienes se les puede ofrecer esta alternativa, dependiendo, al final, de los resultados inmediatos de la cirugía para su regreso o no a la casa. Las intervenciones practicadas fueron 43 hemorroidectomías, 19 fisurectomías y esfinterotomías, 12 fistulotomías o fistulectomías perianales, 9 ligaduras de hemorroides con bandas elásticas, 4 cistectomías pilonidales y 2 esfinteroplastias. Adicionalmente, en 25 pacientes a quienes se practicó hemorroidectomía o fisurectomía, se añadió una o más ligaduras con bandas elásticas.

Ningún paciente fue readmitido al hospital por complicaciones. No hubo accidentes anestésicos ni de otro tipo durante las intervenciones. Ningún paciente necesitó la administración de morfina o sucedáneos. Dos pacientes presentaron epigastralgia que ameritó la suspensión de la droga antiinflamatoria no esteroidea. Un paciente presentó sangrado postoperatorio, que no requirió transfusión. Tres pacientes consideraron que sus molestias eran lo suficientemente importantes como para llamar telefónicamente a su médico tratante. Los gastos hospitalarios, incluyendo honorarios por anestesiología, representaron el 40 por ciento del total de los mismos gastos si el paciente hubiese estado por lo menos un día hospitalizado. Se concluye que la cirugía ambulatoria es efectiva, segura y económica.

Palabras claves: Cirugía ambulatoria. Drogas antiinflamatorias no esteroideas en cirugía.

SUMMARY

This study describes 89 patients with anorectal problems operated in ambulatory form in the "Caracas Centro Médico" and the "Carlos J. Bello" Hospital (Surgery Service 2), since October 1993 to October 1994. Local anesthesia was given to more than half of patients, using a long lasting anesthetic and additionally a non steroid anti-inflammatory drug for control of "normal" post-operative pain after recovery and the one which follows the post-anesthetic wake up. Although some authors agree that any patient may be operated ambulatory, the selection must be carefully performed according to the immediate surgery results to go back home or not. There were 43 hemorrhoidectomies, 19 fissurectomies and sphincterotomies, 12 perianal fistulectomies or fistulotomies, 9 hemorrhoidal ties with elastic bands, 4 pilonidal cistectomies and 2 sphincteroplasties. Additionally, on 25 patients with hemorrhoidectomy or fissurectomy, ties with elastic bands were practiced. No patients were re-admitted to the hospital due to complications. There were no anesthetic accidents or other type during operations. No patient needed morphine or related drugs administration. In 2 patients the steroid anti-inflammatory drug was suspended due to epigastric pain. One patient had post-operative bleeding but no transfusion was needed. Three patients called the doctor as they considered their complaints important. Hospital expenditures, including anesthesia, were undercut by 60%, assuming patients were at least 1 day hospitalized. Authors conclude that ambulatory surgery is effective, safe and economical.

Key Words: Ambulatory surgery. Non steroid anti-inflammatory drugs in surgery.

INTRODUCCION

La crisis económica mundial deja fuera de cuestionamiento la utilidad de la cirugía ambulatoria en la solución de los problemas quirúrgicos, permitiendo el desarrollo de nuevas técnicas que

facilitan la ejecución de procedimientos que, hasta ahora, requerían la permanencia de los pacientes por lo menos durante una noche en el hospital después de la intervención quirúrgica. El empleo de drogas antiinflamatorias no esteroideas (DAINE) en el manejo del dolor postoperatorio inmediato (1), eliminando la necesidad y el uso de la morfina, así como las bombas de perfusión analgésica postoperatoria y el rápido desarrollo de los procedimientos vía video-laparoscopia, son entre otras, algunas de estas nuevas técnicas. En cirugía anorectal, sin embargo, y a pesar del voluminoso trabajo de Friend y Medwell (2) el tratamiento quirúrgico ambulatorio ha sido desarrollado de una manera más o menos tímida, elevándose la razonable pregunta de: "¿Estamos preparados para hacerla?" que hiciera Khulechandani (comunicación personal).

Quizás el temido dolor postoperatorio de la cirugía anorectal, que usualmente es manejado en el hospital con el empleo generoso de morfina, haya sido uno de los factores que ha restringido la popularidad y limitado, por consiguiente, los beneficios de la cirugía ambulatoria en coloproctología.

Otro factor, al menos en Venezuela, es la negativa de las compañías de seguro a pagar la correspondiente indemnización al asegurado, cuando la intervención no se hace a través de una hospitalización, sin darse cuenta de que tal norma va incluso contra sus propios intereses económicos, puesto que los costos son evidentemente menores.

El propósito de este trabajo es evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de una serie de pacientes seleccionados, operados en el Centro Médico de Caracas entre octubre de 1993 y octubre de 1994, y algunos en el Servicio de Cirugía 2 del Hospital "Carlos J Bello" de la Cruz Roja Venezolana, en Caracas, por problemas anorectales y en quienes se eliminó la morfina, o sucedáneos, de las órdenes postoperatorias, empleando una droga antiinflamatoria no específica (ketoprofen) usualmente acompañada de la administración de un anestésico local de larga acción (bupivacaína) en la zona operatoria, al finalizar la cirugía.

MATERIAL

Entre octubre de 1993 y octubre de 1994, incluimos 89 pacientes con patologías de ano y recto descritas en el Cuadro 1. Incluimos 57 hombres y 32 mujeres, con edades fluctuantes entre 20 y 74 años. En 42 pacientes se efectuó anestesia local, en 36

anestesia general y en 4 el procedimiento se hizo sin anestesia.

METODO

Las pacientes fueron cuidadosamente seleccionados atendiendo los siguientes parámetros: a) capaces de entender que no existe ninguna diferencia entre el dolor que ocurre en un hospital y el que ocurre en la casa; b) que la misma terapia analgésica que le va a ser administrada en la casa, es la misma que recibiría en el hospital; c) que teóricamente es menos desagradable tolerar una molestia en la casa, rodeado del entorno familiar habitual, que en el hospital donde no siempre el personal lo va a atender con la misma prontitud y afecto; d) que su cirujano va a estar disponible para atenderle cualquier consulta telefónica, a cualquier hora, en el postoperatorio inmediato; e) que un eventual traslado al hospital es fácilmente viable y, finalmente, f) que el ahorro en dinero va a ser sustancial.

Igualmente fueron considerados como parámetros científicos esenciales los siguientes: a) no diabetes; b) no problemas respiratorios crónicos; c) no problemas de coagulación sanguínea; d) no historia de alergia medicamentosa; e) no cardiopatías crónicas o agudas; f) no enfermedades inmunosupresivas.

Por consiguiente, el interrogatorio de los pacientes fue exhaustivo y los exámenes de laboratorio disminuidos al máximo, dirigidos a descartar los posibles problemas que pudieran impedir la cirugía ambulatoria.

Al final del procedimiento quirúrgico hecho bajo anestesia peridural o general, un grupo de pacientes recibió una dosis de 10 ml de bupivacaína al 0,25 por ciento alrededor de la zona operatoria.

Al salir de la sala de recuperación, el paciente, si tenía dolor, recibía una ampolla intramuscular de ketoprofen y si no lo tenía, recibía la instrucción de aplicársela en su casa. Igualmente, la indicación incluía la administración de 100 mg de ketoprofen de absorción entérica dos veces al día, con las comidas, por tres días; una dosis diaria de un reblandecedor fecal y la recomendación de llamar a su cirujano en caso de considerarlo necesario.

En aquéllos en quienes el procedimiento se hizo sin anestesia, sólo hubo la indicación de utilizar la droga antiinflamatoria no esteroidea por vía oral, enfatizándose en que llamaran al cirujano en caso de aumento de la temperatura corporal, dolor intenso y/o disuria. En los pacientes con proceso infeccioso

Cuadro 1

Intervenciones realizadas

Hemorroidectomía	43
Fisurectomía	19
Fistulectomía	12
Ligadura con bandas	9
Cistectomía pilonidal	4
Esfinteroplastia	2
Ligadura asociada	25

presente al momento de la cirugía o en los casos de multiligaduras con bandas alásticas, se empleó ciprofloxacina por vía oral, en dosis dependientes de la severidad de la infección o con criterio preventivo. Los pacientes fueron controlados al final de la primera semana y luego al final del primer mes, o antes, si era necesario. Los costos promedio de los pacientes ambulatorios fueron comparados con los de los pacientes con un día de hospitalización.

RESULTADOS

Ningún paciente fue readmitido al Hospital por complicación alguna. No hubo ningún accidente anestésico, ni de otro tipo durante las intervenciones. Dos pacientes presentaron epigastralgia, que hizo necesaria la suspensión del ketoprofen por vía oral sin que hubiese necesidad de reemplazarlo por ningún analgésico tomado o inyectado. Dos pacientes presentaron dolor en la zona operatoria, que ameritó una nueva dosis de la DAINE inyectable antes de las 12 horas de administrada la anterior. No hubo complicaciones sépticas. Un paciente presentó sangrado postoperatorio, que cedió espontáneamente. Las heridas cicatrizaron normalmente y no encontramos ningún inconveniente atribuible al procedimiento ambulatorio. Tres pacientes consideraron que sus molestias postoperatorias eran suficientes para justificar una llamada telefónica a su médico tratante. Ningún paciente tuvo necesidad de recibir derivados opiáceos de ningún tipo.

Cincuenta pacientes recibieron 10 ml de bupivacaína alrededor de la zona operatoria, al final de la intervención.

El costo promedio de la cirugía ambulatoria, con duración de una hora o menos, incluyendo los honorarios por anestesia representó aproximadamente el 35 por ciento de lo que hubiese costado la cirugía con un día de hospitalización.

DISCUSION

La literatura médica venezolana revisada, señala la utilidad del procedimiento ambulatorio en cirugía general (3,4) y, también en forma muy tímida, en la cirugía anal. El número de complicaciones señalado en uno de los reportes (5) no incluye como complicaciones de la técnica aquéllas ocurridas por hipertensión arterial, asma, reacciones alérgicas, etc., que desde luego son el resultado de una mala selección de los pacientes para el procedimiento ambulatorio. Por consiguiente, la escogencia de los pacientes para la cirugía ambulatoria debe ser exigente.

La cirugía ambulatoria no es una cirugía de consultorio, como muchos suponen. Es una cirugía que debe hacerse en ambiente apropiado, con equipo quirúrgico igualmente bueno. Teóricamente cualquier paciente es bueno para irse a casa después de la intervención, si ésta ha transcurido sin ningún tropiezo. Por consiguiente, un requisito indispensable es que el paciente, sobre si es de alto riesgo, esté en condiciones estables para el momento de la cirugía. Si estas condiciones son iguales después de la intervención, no hay razón alguna para que el paciente deba quedarse hospitalizado. En otras palabras, el paciente que es aceptable para cirugía con hospitalización, es igualmente aceptable para cirugía ambulatoria. Así como el paciente ansioso es de difícil manejo en el postoperatorio con hospitalización normal, así lo será si la cirugía se hace en forma ambulatoria. Por consiguiente, éste es quizás, el único paciente contraindicado para este tipo de procedimiento.

Cualquier tipo de anestesia es buena para la cirugía ambulatoria, exceptuando la anestesia raquídea porque en nuestro medio es la más proclive a complicaciones, particularmente cefaleas. El anesthesiólogo, de acuerdo con el paciente, escogerá la más apropiada. El control cardiorespiratorio durante la intervención es rutinario, así como la evaluación de cualquier parámetro que el anesthesiólogo considere apropiado.

En los pacientes con problemas cardiopulmonares importantes, es el anesthesiólogo quien decide si el paciente puede o no regresar a su casa. En nuestra experiencia, estos pacientes no deben ser tratados en forma ambulatoria.

Las molestias del período de recuperación inmediato deben ser atendidas apropiadamente, sin necesidad de acudir a la administración de morfina

o derivados. Hemos utilizado un agente anestésico de larga duración (bupivacaína) para eliminar el dolor que sigue al despertar anestésico, ya sea después de anestesia general o regional, y una droga antiinflamatoria no esteroidea (ketoprofen) en su doble condición de analgésico y antiinflamatorio, cuyo uso se recomienda mantener en el domicilio. La retención urinaria puede ser una causa de problema, en los pacientes con hipertrofia prostática sintomática y en las señoras de edad avanzada. El manejo de líquidos en forma apropiada durante la intervención y en la sala de recuperación, minimizarán esta dificultad. El paciente no debe ser dado de alta hasta que no orine espontáneamente.

Posiblemente, es más confortable para el paciente hacer su primera evacuación postoperatoria en su ambiente familiar habitual, que en el hospital, rodeado de un ambiente absolutamente desconocido y a veces hostil. Se procurará que la primera evacuación sea lo más confortable posible, empleando algún reblandecedor fecal y utilizando los baños de asiento con agua tibia. Ninguno de nuestros pacientes necesitó el empleo de una dosis de analgésico por vía parenteral, después de su primera evacuación.

El primer control postoperatorio se hace en el consultorio, dentro de las 48 horas después de la intervención, pero el paciente es aconsejado a llamar a su cirujano cuando lo considere necesario. En ciertos procedimientos, se hace hincapié en la presencia de fiebre, disuria y dolor excesivo como razones para una de tales llamadas telefónicas, a

cualquier hora.

Al no permanecer en el hospital, los costos por este motivo son infinitamente inferiores a la cirugía con el paciente hospitalizado.

Como conclusión de nuestra experiencia podemos señalar que la cirugía ambulatoria coloproctológica es útil, económica y no representa ningún riesgo para los pacientes. El buen juicio del cirujano decidirá qué paciente no debe enviarse a casa después de la intervención y a qué tipo de paciente no debe ofrecérsele la alternativa de la cirugía ambulatoria.

REFERENCIAS

1. Morgado PJ, Morgado Jr.PJ, Levy M. El manejo del dolor postoperatorio en cirugía anal, mediante el empleo de un inhibidor de las prostaglandinas. *Gac Med Caracas* 1993;101:132-135.
2. Friend WG, Medwell, SJ. Outpatient anorectal surgery. *Perspectives in Colon and Rectal Surgery*. 1989;2:162-173.
3. Kiriakidis C, Kiriakidis JL, Berlanga L, Berlanga MK. Cirugía ambulatoria: experiencia de 6 años. *Rev Venez Cir* 1994;47:59-64.
4. Romero RA, Tremarias DA, Perozo SE, Caraballo AR. Cirugía ambulatoria. Experiencia en el Hospital Distrital " Dr. Miguel Malpica Jiménez". *Rev Venez Cir* 1994;47:69-75

“Autorías regaladas: ¿Un cáliz envenenado?”

“No comúnmente, pero ello devalúa la acuñación de publicaciones científicas

“Los frutos de la autoría son considerados comúnmente como dulces. La autoría de un trabajo científico conduce a donaciones, empleos y reputaciones. Esto explica por qué algunas personas aceptan el “regalo” de autoría en trabajos en los cuales ellos no han contribuido en absoluto, intelectualmente. Y, como con todos los regalos, el donante deriva algo también. Ellos pueden usar la autoría para retribuir atenciones, como intercambio de autoría para otros trabajos o, muy comúnmente, para acreditar a su jefe de departamento y, al hacerlo,

ganar un sello de autoridad en su trabajo. Las revelaciones de la pasada semana, en las cuales se cuestiona la validez científica de trabajos del *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, muestran cómo el regalo puede tornarse enojoso. Quizá este escándalo pueda finalmente minar las autorías regaladas. Por lo menos debe hacer pensar seriamente a los investigadores acerca de las responsabilidades que implica poner sus nombres en trabajos.” (Smith J. *Br Med J* 1995;309:1456-1457).