

Trabalho apresentado no 44º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, sob a forma de Tema Livre.

RAIMUNDO PESSOA VIEIRA, TSBCP

HEMORROIDECTOMIA EM REGIME AMBULATORIAL SOB ANESTESIA LOCAL - ESTUDO PROSPECTIVO DE 50 CASOS

ANTONIO LACERDA FILHO
JOSÉ RENAN DA CUNHA MELO

LACERDA FILHO A & MELO JRC - Hemorroidectomia em regime ambulatorial sob anestesia local - Estudo prospectivo de 50 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(4): 206-210

RESUMO: Este estudo visa analisar um grupo de pacientes submetidos à hemorroidectomia a nível ambulatorial, avaliando-se sua eficácia, segurança, conforto e os custos do procedimento. Cinquenta pacientes submetidos a hemorroidectomia em regime ambulatorial, sob anestesia local foram estudados prospectivamente. Inicialmente foram avaliados a intensidade da dor pós-operatória, o estado de performance domiciliar e o grau de satisfação dos pacientes com o método. As complicações iniciais e tardias da cirurgia, assim como seus custos foram comparados com um grupo-controle retrospectivo de 50 pacientes operados em regime de internação hospitalar. Os pacientes receberam alta em média 67,7 minutos após o término da cirurgia. Observaram-se complicações iniciais em 14 pacientes, sendo que destes, 12 apresentaram dor intensa, dois apresentaram sangramento e um desenvolveu fecaloma, sem diferença estatística com relação ao grupo-controle. Retenção urinária ocorreu em um paciente, número significativamente menor de que no grupo-controle ($p < 0,001$). A utilização de dipirona sódica foi suficiente para o controle da dor pós-operatória em 76% dos pacientes. Quarenta e dois pacientes (84%) manifestaram-se plenamente satisfeitos com o método. Dentre as complicações tardias observaram-se 36% de plicomas, 4% de fissuras, 2% de fístula anal e 2% de incontinência fecal leve. Estas complicações não apresentaram diferença estatisticamente significativa, quando comparados com o grupo-controle. Cada cirurgia teve um custo estimado de US\$ 313,6, quando realizada a nível ambulatorial e de US\$ 716 quando em regime de internação. A realização ambulatorial da hemorroidectomia

sob anestesia local deve ser estimulada, pois mostrou-se segura e confortável para a maioria dos pacientes, proporcionando resultados e complicações semelhantes aos da hemorroidectomia em regime hospitalar. Além disso, tem a vantagem de ser de menor custo para a instituição hospitalar.

UNITERMOS: hemorroidectomia; cirurgia ambulatorial; anestesia local

O crescente desenvolvimento da cirurgia ambulatorial é um exemplo de como o progresso da cirurgia pode estar também relacionado a mudanças de hábitos e posturas. Procedimentos cirúrgicos que sempre foram praticados com admisão hospitalar podem ser hoje realizados a nível ambulatorial, com a mesma eficácia e segurança⁽⁶⁾. A necessidade de diminuição dos custos hospitalares e de liberação de leitos para urgências e pacientes que aguardam cirurgias eletivas mais complexas, foram responsáveis por este fato.

Com relação à cirurgia proctológica, estima-se que cerca de 90% das intervenções podem ser realizados a nível ambulatorial⁽²⁰⁾. Entretanto, a maior parte dos cirurgiões ainda pratica a hemorroidectomia com o paciente internado, acreditando na necessidade de cuidados pós-operatórios especiais, incluindo analgesia parenteral, e na possibilidade de complicações precoces, como sangramento e retenção urinária⁽⁸⁾.

Por outro lado, os pacientes candidatos à hemorroidectomia apresentam uma infinidade de idéias pré-concebidas no que se relaciona ao procedimento cirúrgico e ao período pós-operatório, adiando ao máximo a intervenção cirúrgica.

O objetivo do presente trabalho é o de se estudar prospectivamente um grupo de pacientes submetidos à hemorroidectomia a nível ambulatorial, verificando-se a sua exequibilidade e os resultados e complicações do método.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi selecionada uma amostra casual de 50 pacientes portadores de doença hemorroidária de indicação cirúrgica que concordaram em se submeter à hemorroidectomia a nível ambulatorial, após assinatura de termo de consentimento pós-informação. Estes pacientes foram estudados prospectivamente, constituindo o grupo de estudo e foram comparados com um grupo-controle retrospectivo de 50 pacientes, submetidos a hemorroidectomia de forma convencional, ou seja, com internação hospitalar. Todos os pacientes foram operados no mesmo serviço e aproximadamente no mesmo período, sob a supervisão da mesma equipe cirúrgica.

Foram incluídos pacientes adultos admitidos para submeter-se apenas à hemorroidectomia eletivamente, excluindo-se pacientes com doença sistêmica não-compensada. No grupo de estudo, os pacientes deveriam residir na zona urbana, com familiares ou outras pessoas que pudessem prestar auxílio pós-operatório, além de dispor de automóvel para o retorno domiciliar e de aparelho telefônico para eventual contato de urgência com o hospital.

A idade dos pacientes variou de 22 a 56 anos, com média de 38,8 anos, sendo 56% do sexo feminino e a maioria de leucodermas (62%). Os dados de idade, sexo e raça obtidos no grupo-controle não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparados com os do grupo de estudo ($p = 0,085, 0,23$ e $0,24$, respectivamente).

Os pacientes do grupo de estudo foram orientados a comparecerem ao bloco cirúrgico, uma hora antes do horário marcado para a cirurgia, em jejum e com acompanhante. Para a limpeza do reto foi utilizada uma unidade de supositório de glicerina.

Após a admissão era instalada uma via de infusão venosa. Todos os pacientes foram submetidos à hemorroidectomia pela técnica aberta⁽¹⁵⁾ na posição de decúbito ventral com semi-flexão do tronco sobre os membros inferiores (posição de jacket) sob anestesia local por bloqueio de campo perianal e infiltração submucosa com lidocaína a 1%, associada a epinefrina 1:400.000. A analgesia pré-anestésica foi realizada com meperidina intravenosa em dose média de 20 mg. Os dados vitais eram monitorizados por um enfermeiro. Apesar de não haver participação de anesthesiologista em sala, um profissional desta especialidade permanecia de sobreaviso no bloco cirúrgico para o caso de alguma complicação anestésica. Após a cirurgia, os pacientes eram encaminhados à sala de recuperação, onde permaneciam em observação pelas equipes de enfermagem e de cirurgia.

Antes da alta, os pacientes recebiam por escrito, a prescrição pós-operatória que constava de dipirona sódica para dor e laxativo, além de medidas higieno-dietéticas. Todas as orientações, cuidados e providências que deveriam tomar em caso de complicações domiciliares, também eram fornecidas por escrito. Além disto, recebiam duas tabelas para

avaliação da dor pós-operatória, uma de intensidade, segundo escala de zero a quatro (Fig. 1), e outra do número de doses de analgésico utilizadas, desde o dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório. Uma terceira tabela de estado de performance era fornecida ao paciente, para anotações da atividade domiciliar exercida, também até o quinto dia de pós-operatório (Fig. 2).

0	1	2	3	4
----- ----- ----- ----- -----				
Sem dor	dor leve	dor moderada	dor intensa	pior dor já sentida

Fig. 1 - Escala de intensidade de dor pós-operatória, a qual deveria ser preenchida pelo paciente desde o dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório, em forma de tabela.

0	restrito ao leito (só na cama);
1	auxílio frequente, repousando a maior parte do tempo;
2	atividades domiciliares leves;
3	atividades domiciliares sem restrições.

Fig. 2 - Escala de estado de performance fornecida aos pacientes em forma de tabela, para anotações desde o dia da cirurgia até o quinto dia de pós-operatório.

Foram programados retornos para avaliação pós-operatória inicial no 7º e 14º dias de pós-operatório. Os resultados tardios da cirurgia foram avaliados com um e três meses de pós-operatório.

Os custos dos procedimentos a níveis hospitalar e ambulatorial foram avaliados a partir do custo do paciente para a ocupação do leito da clínica cirúrgica, e da utilização da sala de cirurgia, referente ao porte da hemorroidectomia.

Para a análise estatística da casuística, assim como dos resultados per e pós-operatórios foram utilizados os testes de T de Student para as variáveis contínuas e do qui-quadrado para as variáveis discretas. Naquelas variáveis com frequência esperada muito baixa foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$. No grupo de estudo, alguns dados foram avaliados apenas por sua distribuição por frequência, devido ao caráter prospectivo e exploratório deste trabalho.

RESULTADOS

O tempo médio de evolução da sintomatologia da doença hemorroidária nos pacientes do grupo de estudo foi de 60,2 meses, tendo variado de um mês a 20 anos.

De todos os pacientes selecionados, apenas um teve sua cirurgia suspensa devido a hipertensão arterial não controlada. Os demais foram admitidos e operados sem problemas.

A dose média de anestésico utilizado foi de 4,6 mg/kg de peso, a qual permitiu anestesia adequada na absoluta maioria dos pacientes. Foram ressecados os três mamilos hemorroidários principais em 39 pacientes, um mamilo em um paciente, dois mamilos em seis e quatro mamilos em quatro casos. A duração média das cirurgias foi de 43,3 minutos, variando de 20 a 80 minutos.

O tempo de permanência na sala de recuperação foi de 67,7 minutos, variando de 45 a 175 minutos. Um paciente pernitoou no hospital devido a quadro de tonteiras e lipotímia. Outras complicações ocorridas neste período foram dor em 27 casos (54%) sendo que destes, 17 (34%) necessitaram de analgésico e sangramento em um paciente, que necessitou da revisão cirúrgica.

Todos os pacientes compareceram aos dois primeiros retornos programados. Oitenta e quatro por cento deles manifestaram-se plenamente satisfeitos com o método. Os pacientes insatisfeitos (16%) relataram principalmente dor muito intensa e desconforto na recuperação domiciliar inicial.

Complicações iniciais foram constatadas em 14 pacientes (28%) no grupo de estudo e em 26 (52%) no grupo-controle ($p < 0,05$). No primeiro grupo, dor intensa foi queixa de 12 pacientes (24%), sangramento ocorreu em dois pacientes, e formação de fecaloma em um paciente. Estas complicações não foram diferentes, estatisticamente, do que se obteve no grupo-controle. Entretanto, com relação à retenção urinária, observou-se sua ocorrência em apenas um caso no grupo de estudo (2%), sem necessidade de cateterismo vesical, enquanto no grupo-controle ela ocorreu em 36% dos pacientes ($p < 0,001$) (Tabela 1). Quatro pacientes fizeram contato telefônico devido a presença de dor intensa. Quatro pacientes retornaram ao hospital, devido a dor intensa (2), sangramento (1) e retenção urinária (1), sendo todos tratados sem necessidade de internação hospitalar.

Na avaliação da dor pós-hemorroidectomia, observou-se que 76% dos pacientes obtiveram alívio apenas com utilização de dipirona sódica. Os demais foram medicados com diclofenaco sódico. O escore médio da intensidade da dor variou bastante, com médias de dois na escala de zero a quatro, nos primeiros cinco dias de pós-operatório. A análise das escalas de performance domiciliar demonstrou rápida recuperação, com 90% dos pacientes exercendo atividades domiciliares leves ou normais a partir do terceiro dia de pós-operatório.

Os resultados tardios da cirurgia foram avaliados em 47 pacientes acompanhados por no mínimo um mês. O período de seguimento médio foi de 5,41 meses, pois vários pacientes tiveram que ser reconvidados por não comparecerem aos retornos programados. O período de seguimento no gru-

po-controle foi de 4,78 meses ($p = 0,277$). Formação de plicomas foi a principal complicação, ocorrendo em 36% dos casos. Outras complicações foram: fissura (4%), fístula (2,1%), estenose (2,1%) e incontinência leve (2,1%). Tais complicações não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparadas ao grupo controle (Tabela 2).

Tabela 1 - Complicações pós-operatórias precoces observadas em pacientes submetidos à hemorroidectomia em regime de internação (n = 50) e em regime ambulatorial (N = 50).

Complicações	Controle		Estudo		p
	N	%	N	%	
S/complicações	24	(48%)	36	(72%)	0,014*
Dor intensa	7	(14%)	12	(24%)	0,20*
Sangramento	1	(2%)	2	(4%)	1,00*
Retenção urinária	18	(36%)	1	(2%)	0,000002**
Infecção	00	(0%)	00	(0%)	1,00**
Fecaloma	00	(0%)	1	(2%)	1,00**

**Teste do qui-quadrado*

***Teste exato de Fisher*

Tabela 2 - Ocorrência (%) de vícios cicatriciais e incontinência anal em pacientes submetidos à hemorroidectomia em regime de internação hospitalar (n = 50) e em regime ambulatorial (N = 47).

Complicações	Controle		Estudo		p*
	N	%	N	%	
Plicomas	21	42%	17	36,2%	0,55
Fissura	3	6%	2	4%	0,69
Fístula	1	2%	1	2,1%	0,96
Estenose	00	0%	1	2,1%	0,48
Incontinência	2	4%	1	2,1%	0,59

**Teste exato de Fisher*

O custo apurado para a utilização da sala de cirurgia foi de US\$ 313, 6. Como a média de internação para o grupo controle foi de 2,7 e o custo do paciente-dia para ocupação do leito da clínica cirúrgica é de US\$ 149, cada paciente hemorroidectomizado a nível hospitalar teve um custo de aproximadamente US\$ 716. Estes valores aumentaram conforme o período de internação (Fig. 3). No caso da realização da hemorroidectomia a nível ambulatorial, os custos com internação podem ser subtraídos, levando-se em conta apenas, o custo da cirurgia. A economia é de cerca de 402,4 dólares por paciente, o que equivale a US\$ 20.120 dólares de economia total para a série de 50 pacientes.

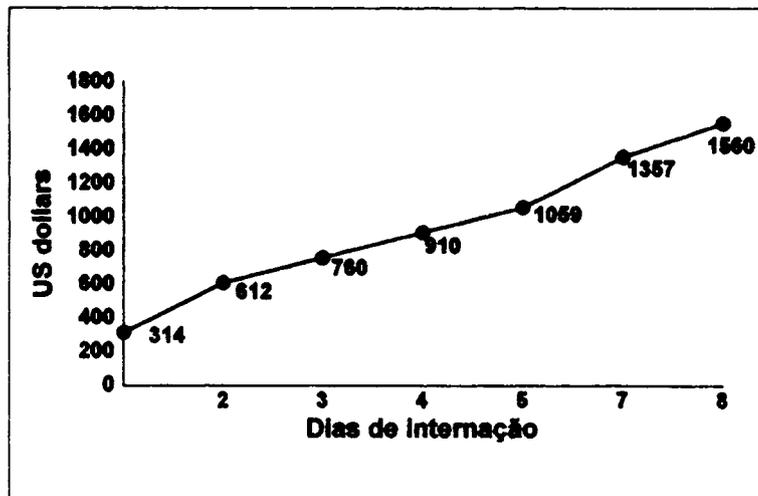


Fig. 3 - Custo da hemorroidectomia em regime ambulatorial e em regime de internação, segundo o número de dias de internação.

DISCUSSÃO

A cirurgia ainda ocupa lugar de destaque no tratamento da doença hemorroidária, a despeito da grande variedade de métodos terapêuticos utilizados^(2, 11, 16). A longa convivência com a sintomatologia da doença deve-se, na maioria dos casos, ao temor com relação à cirurgia.

Trabalhos retrospectivos têm demonstrado que a prática da cirurgia proctológica a nível ambulatorial é possível e recomendável^(3, 5, 9, 13, 14, 17, 18, 20). O presente estudo prospectivo vem reforçar esta idéia, no que diz respeito à hemorroidectomia.

A casuística estudada correspondeu ao universo dos pacientes portadores da doença, tendo aceito bem o método proposto, em sua grande maioria (84%). A rápida recuperação está relacionada à não hospitalização. Portadores de doença hemorroidária são quase sempre hígidos. Assim sua admissão em enfermarias com outros pacientes cirúrgicos, submetidos a cirurgias extensas, geralmente com sondas, drenos e curativos, pode acarretar uma falsa sensação de doença e uma certa apatia pós-operatória⁽²⁰⁾. Obviamente isto não ocorre no ambiente domiciliar onde o paciente tem liberdade completa no convívio com seus familiares e pouca alteração em sua rotina individual. O retorno mais precoce ao trabalho também é observado nestes pacientes^(17, 20).

A prática ambulatorial da hemorroidectomia derruba, em parte, a fama da cirurgia altamente dolorosa. O controle da dor com dipirona pode estar relacionado à diminuição da tensão emocional nos pacientes ambulatoriais, o que aliado a utilização da anestesia local, foi responsável também pela baixa ocorrência de retenção urinária⁽⁹⁾, significativamente menor do que no grupo-controle ($p < 0,001$). Além disso, a utilização de anestesia local dinamiza a cirurgia ambulatorial, diminuindo bastante o período de recuperação e dispensando uma unidade especial do tipo "day-hospital", o que não ocorre quando se utilizam o bloqueio espinhal e a sedação

profunda associada à anestesia local que exigem maior período de recuperação pós-operatória^(5, 13, 19).

A ocorrência de complicações iniciais, como dor intensa, sangramento e fecaloma não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparada ao grupo-controle. Também as complicações tardias (plicoma, fissura, fístula e incontinência leve) não foram diferentes do grupo controle, do ponto de vista estatístico. Essas taxas corresponderam ainda aos vários relatos da literatura^(1, 4, 7, 10-12, 16, 21). Essa observação mostra que os bons resultados da cirurgia decorrem de sua realização tecnicamente correta e de um seguimento pós-operatório adequado, não importando se em regime de internação ou em regime ambulatorial.

A diminuição dos custos do procedimento é um dos aspectos mais importantes dos programas de cirurgia proctológica a nível ambulatorial^(14, 20). Desta forma, é importante que este tipo de cirurgia seja valorizado, para que, além da economia que pode propiciar, mais pacientes cronicamente sintomáticos possam se beneficiar do método e para que haja menor sobrecarga das unidades de internação hospitalares, sobretudo dos hospitais públicos.

LACERDA FILHO A & MELO JRC - Hemorrhoidectomy in clinical regime below local anesthesia - Prospective study of 50 cases.

SUMMARY: This study aims to analyse a group of patients undergoing hemorrhoidectomy on an outpatient basis, evaluate the efficiency of the method, its safety, comfort and costs. Fifty patients submitted to outpatient hemorrhoidectomy, under local anesthesia were studied prospectively. Initially, intensity of postoperative pain was evaluated as well as home performance and the patients' degree of satisfaction with the method. Initial and delayed complications and costs were compared to a control group of 50 inpatients. On average, patients were discharged 67.7 minutes after surgery. Fourteen patients presented initial complications, 12 of whom had severe pain, 2 developed bleeding conditions and one had fecal impactation. Again there was no significant difference from the control-group. One patient had urinary retention, a figure much lower than that in the control-group ($p < 0.001$). Sodic dipyrone was enough to relieve postoperative pain in 76% of the patients. Forty-two patients (84%) were thoroughly satisfied with the method. Among late complications, there were skin tags (36%), fissure (4%), fistula (2%) and minor anal incontinence (2%). Such complications did not significantly differ from those observed in the control-group. Each surgery had an estimated cost of US\$ 313.6 when performed on an outpatient basis and US\$ 716 when on an inpatient basis. Hemorrhoidectomy outpatient surgery should be more widely spread as it has proved to be safer and comfortable for most patients, producing results and complications similar to surgery performed on an inpatients basis. Moreover, it has advantage of being cost cutting for the hospital.

KEY WORDS: hemorrhoidectomy; outpatient surgery; local anesthesia

REFERÊNCIAS

1. Bennett RC, Friedman MHG, Goligher JC. Late results of haemorrhoidectomy by ligature and excision. *Brit Med J* 1963; 1: 216-219.
2. Bleday R, Pena JP, Rothemberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: Current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 477-481.
3. Buffara Jr. VA, Najar N, Frare RC, Marchesini JB. Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. *Rev bras Colo-proct* 1991; 11: 67-69.
4. Cormie J, McNair TJ. The results of haemorrhoidectomy. *Scot Met J* 1959; 4: 571-574.
5. Davis JE. Major ambulatory surgery of the general surgical patient. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 761-790.
6. Detmer DE, Buchanan-Davidson DJ. Ambulatory surgery. *Surg Clin North Am* 1982; 62: 685-704.
7. Ganchrow MI, Mazier P, Friend WG, Ferguson JA. Hemorrhoidectomy revisited - a computer analysis of 2038 cases. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 128-133.
8. Goldstein ET, Williamson PR, Larach SW. Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 439-446.
9. Hoff SD, Bailey HR, Butts DR, Max E, Smith KW, Zamora LF et al. Ambulatory surgical hemorrhoidectomy, the solution to postoperative urinary retention. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(Suppl): 12-13.
10. Johnstone CSH, Isbister WH. Inpatient management of piles: a surgical audit. *Aust N Z Surg* 1992; 62: 720-724.
11. Jones CB, Schoefield PF. A comparative study of the treatment for hemorrhoids. *Proc Roy Soc Med* 1974; 67: 51-53.
12. Latteri M, Grassi N, Salanitro L, Pantuso G, Bottino A, Gitto C et al. La terapia chirurgica delle emorroidi secondo Milligan-Morgan. *Revisione casistica su 366 casi. Min Chir* 1991; 46: 1119-1121.
13. Marti MC, Laverriere C. Proctological outpatient surgery. *Int J Colorect Dis* 1992; 7: 223-226.
14. Medwell SJ, Friend WG. Outpatient anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 480-482.
15. Milligan ETC, Morgan CN, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119-1124.
16. Morgado PJ, Khubchandani IT, Reed JF. Haemorrhoidectomy in the nineties: still a good operation. *Colo-proctology* 1993; 15: 331-332.
17. Robinson AM, Perciballi JA, Smith LE. Outpatient hemorrhoidectomy. *Milit Med* 1990; 155: 299-300.
18. Rosen L, Abel ME, Gordon PH, Dentsman FJ, Fleshman JW, Hicks TC. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 285-286.
19. Russel R, Rosen L, Khubchandani IT, Sheets J, Stasik J, Riether R. Are we ready for ambulatory anorectal surgery? *Colo-proctology* 1990; 12: 296-299.
20. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal disease: an update. *South Med J* 1986; 79: 163-166.
21. Watts JM, Bennett RC, Duthie HL, Goligher JC. Healing and pain after haemorrhoidectomy. *Brit J Surg* 1964; 51: 808-817.

Endereço para correspondência:

Antonio Lacerda Filho
Rua Newton, 231/201
30360-200 - Belo Horizonte - MG