

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CIRUGIA ANORRECTAL AMBULATORIA EN EL HOSPITAL
DE DIA DEL CENTRO MEDICO MILITAR**

Estudio realizado en el Hospital de Día del
Centro Médico Militar en pacientes que fueron
intervenidos por enfermedad anorrectal, de
Febrero de 1992 a Enero de 1994.
Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

CESAR OVIDIO NAVARRO RAMIREZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 4 de mayo
DIF-061-94

de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Perite Centader César Ovidio Navarro Ramírez
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
Carnet No. 87-12458
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CIRUGIA ANORRECTAL AMBULATORIA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal

Dr. Felipe H. Laguardia Moreira
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO.. 4664



Revisor
Firma y sello

Registro Personal 14909



CENTRO MEDICO MILITAR

BUENOS AIRES, GUATEMALA

GUATEMALA - REPUBLICA DE GUATEMALA, C. A.

OFICIO No. TOEI/128-94/CEZF-sel.

Guatemala, 16 de mayo de 1,994.

Señor Director
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad.

Señor Director:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que, además de la revisión y aceptación por parte del Asesor y revisor de Tesis, esta Jefatura hizo lo correspondiente con la Tesis presentada por el Bn. CESAR OVIDIO NAVARRO RAMIREZ previo a optar al Título de Médico y Cirujano, la cual trata sobre "CIRUGIA ANO-RECTAL AMBULATORIA" en el área de Cirugía de este Centro Asistencial, llegando a la conclusión que la última versión de la misma puede ser presentada y publicada.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para suscribirme con las muestras de mi alta consideración.



ATENTAMENTE.

DR. CARLOS ENRIQUE ZEA
JEFE DEPTO. DE ENSEÑANZA E INV.
CENTRO MEDICO MILITAR.

C.c
Ers/Inv.
Unidad/Tesis/USAC.

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: CESAR OVIDIO NAVARRO RAMIREZ

Carnet Universitario No. 87-12458

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el informe final del trabajo de tesis titulado:
"CIRUGIA ANORRECTAL AMBULATORIA"

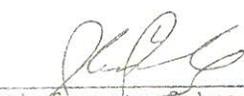
Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 4 de mayo de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis


Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Efraim Cabrera Franco
DECANO



I N D I C E

I	INTRODUCCION.....	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III	JUSTIFICACION.....	3
IV	OBJETIVOS.....	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI	METODOLOGIA.....	18
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	22
VIII	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	37
IX	CONCLUSIONES.....	39
X	RECOMENDACIONES.....	40
XI	RESUMEN.....	41
XII	BIBLIOGRAFIA.....	43
XIII	ANEXOS.....	46

I. INTRODUCCION

Desde el nacimiento de la Cingia ambulatoria a principios de este siglo, se han instaurado en Europa y países industrializados, unidades de tratamiento quirúrgico ambulatorio, los cuales han incluido cingia anorrectal, obteniendo resultados satisfactorios. En Guatemala la cingia ambulatoria no ha alcanzado el auge necesario para ser incluido en los programas de atención hospitalaria en el país; posiblemente porque para ésto es necesario probar su factibilidad por medio de trabajos de investigación que demuestren su efectividad, bajo costo y reducido número de complicaciones.

El presente estudio retrospectivo recopiló los casos de pacientes con enfermedad anorrectal, susceptibles de ser tratados quirúrgicamente en forma ambulatoria, que fueron operados en el Hospital de Día del Centro Médico Militar, durante el período de febrero de 1992 a enero de 1994, además describirá, la edad, sexo, diagnóstico pre-operatorio, procedimiento quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria, tipo de anestesia utilizada y complicaciones, describiendo una nueva forma de tratar enfermedades anorrectales que involucra menor tiempo de hospitalización, menor riesgo para el paciente, menor tiempo de recuperación y reincorporación más rápida del paciente a su hogar y sus actividades cotidianas.

Entre los resultados más relevantes se encuentran el bajo número de complicaciones y el corto tiempo de atención hospitalaria, dejándose ver también que fue el sexo masculino quien más utilizó los servicios de Hospital de Día. Es importante también hacer notar que el tipo de anestesia más utilizada para estos procedimientos fue la anestesia local, de bajo costo y bajo riesgo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La cirugía anorrectal es un campo muy amplio, el cual involucra desde el cierre de físuras anales hasta la resección de tumores anorrectales. Para esto se ha necesitado de una estancia hospitalaria prolongada en la cual se realizan los procedimientos para el diagnóstico, preparación y tratamiento quirúrgico de los pacientes que necesitan cirugía anorrectal.

Al analizar este proceso se hace necesario buscar otras formas de atención médico quirúrgica que ayuden a reducir el tiempo utilizado para llevar a cabo esta serie de actividades, que al mismo tiempo brinde beneficios tanto al paciente como al hospital.

La Cirugía Anorrectal Ambulatoria es una alternativa para un tratamiento en un período de hospitalización más corto, ya que en ella el paciente puede ser ingresado, operado y egresado el mismo día. Esta modalidad de tratamiento quirúrgico solo incluye cirugía menor la cual para su realización necesita de poco personal médico y paramédico, además hace uso de anestesia regional o local, con la consiguiente rápida recuperación del paciente y una corta incorporación a sus actividades.

Los beneficios que alcanzan para el hospital son derivados de la reducción de la estancia hospitalaria y la utilización de menos recursos de personal médico y paramédico, con lo cual de alguna forma reducen los costos de hospitalización que representaría una cirugía de hospitalización más prolongada.

III. JUSTIFICACION

Durante los últimos 20 años se ha venido haciendo un gran esfuerzo por mejorar el nivel de cuidado de la salud, reducir la duplicación de servicios médicos y reducir los costos de cuidado de la salud. Una de las mayores contribuciones en este sentido es la cirugía ambulatoria, la cual está siendo utilizada cada vez más en hospitales y en instalaciones operadas de manera independiente en Estados Unidos, Canadá, Europa y algunos países de Latinoamérica (9).

A pesar de que la cirugía ambulatoria se ha realizado con éxito desde su inicio en 1909, se ha reportado pocos casos en la literatura, pues no ha recibido su merecida importancia (3). En el año de 1986 en Estados Unidos la cirugía ambulatoria dió cuenta del 28 por ciento de todas las cirugías efectuadas en dicho país, según estudio realizado por The National Hospital Discharge Survey, lo cual puso de manifiesto el auge de éste tipo de cirugía.

En países como el nuestro en el que hay escasez de servicios de salud y una alta demanda de los mismos, es necesario implementar formas de atención médica, que reduzcan los costos hospitalarios, que utilice en forma más efectiva el tiempo del médico, minimice los riesgos operatorios del paciente y que al mismo tiempo ofrezca al paciente una recuperación rápida y satisfactoria.

El presente estudio será realizado con la finalidad de demostrar los beneficios de la cirugía anorrectal ambulatoria, en el tratamiento de pacientes con ésta patología, que se atienden en el Hospital de Día del Centro Médico Militar; y se llevará a cabo aquí por contar en dicho centro asistencial con ésta unidad de atención médica.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

- Demostrar la eficacia de la Cirugía Anorrectal que se realiza en el Hospital de Día del Centro Médico Militar.
- Proponer una alternativa quirúrgica en el tratamiento de pacientes que necesitan Cirugía Anorrectal.

ESPECIFICOS:

- Cuantificar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes post cirugía anorrectal ambulatoria.
- Demostrar que los resultados obtenidos con la cirugía anorrectal ambulatoria, son igualmente efectivos que con una cirugía de hospitalización más prolongada.
- Determinar:
 - El sexo más frecuentemente afectado.
 - El grupo de edad mas frecuentemente afectado.
- Promover la implantación de este tipo de intervención quirúrgica en otros centros hospitalarios del país.
- Identificar las complicaciones que pudieran darse a causa de este tipo de intervención quirúrgica.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

El recto y el ano cumplen sobre todo una función de almacenamiento y control al permitir la deposición conveniente de las heces y su evacuación. Las enfermedades del recto y ano van desde cambios inflamatorios hasta tumores y carcinomas que alteran el control neuromuscular de la defecación y pueden producir síntomas de estreñimiento, diarrea, tenesmo, heces teñidas de sangre y defecación imperiosa. El diagnóstico temprano de estos padecimientos y su oportuno tratamiento, proporcionarán al paciente una rápida resolución de las molestias y una disminución del riesgo de padecer enfermedades malignas (1).

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL CANAL ANAL

Este procede de una invaginación del ectodermo, mientras que el recto se origina del endodermo. Las diferencias anatómicas resultantes constituyen consideraciones importantes en la evaluación y el tratamiento de los trastornos anorrectales. El revestimiento del recto está formado por una mucosa glandular brillante y roja mientras que el canal anal está revestido por el anodermo, una continuación de la piel externa. En cuanto a la inervación, el canal anal y la piel externa adyacente están ampliamente inervados por nervios sensitivos somáticos y son muy susceptibles a los estímulos dolorosos, mientras que la mucosa rectal tiene una inervación por el sistema autónomo y es relativamente insensible al dolor. El drenaje venoso por encima de la unión anorrectal

se efectúa a través del sistema porta; el canal anal drena al sistema de la vena cava. El área de la unión anorrectal puede drenar tanto al sistema de la vena porta como al sistema de la vena cava. El retorno linfático del recto se realiza por el pedículo vascular hemorroidal superior hacia los ganglios aórticos y mesentéricos inferiores, pero los linfáticos del canal anal van a parar a los ganglios ilíacos internos, la pared vaginal posterior y los ganglios inguinales. Las distribuciones venosas y linfática determinan la forma de diseminación de infecciones y enfermedades malignas. (8,15,25).

En el límite superior del canal anal se encuentra la unión anorrectal (línea pectínea unión mucocutánea o línea dentada), en la que hay de 8 a 12 criptas anales y de 5 a 8 pequeñas papilas. Los abscesos y las fístula anorrectales se originan en relación con estas criptas. (8)

El anillo esfinteriano que rodea el canal anal está formado por la fusión del esfínter interno, la musculatura longitudinal, la porción central de los elevadores y los componentes del esfínter externo. Anteriormente es más vulnerable a los traumatismos, que pueden conducir a incontinencia. La musculatura puborrectal forma un cabestrillo muscular alrededor del recto que lo sostiene y facilita la defecación (25,26).

Para el diagnóstico de los trastornos anorrectales, la historia clínica debe incluir detalles referentes a la hemorragia, dolor protrusión, secreción, tumefacción, sensaciones anormales ritmo y naturaleza de las deposiciones, uso de catárticos y enemas y síntomas abdominales y urinarios (19). La exploración debe realizarse con suavidad

y requiere una buena iluminación. Consiste en la inspección externa,

la palpación perianal y el tacto rectal, el tacto rectovaginal y bidigital (en mujeres), la anoscopia y la sigmoidoscopia rígida o flexible hasta 25 a 60 cm por encima del margen anal, así como la exploración abdominal (26). La inspección, la palpación, la anoscopia y la sigmoidoscopia se realizan mejor con el paciente en posición lateral de Sims o en genupectoral o utilizando una camilla inclinada (19). En las lesiones anales dolorosas puede requerirse un enema de limpieza con fosfato para facilitar la sigmoidoscopia. Pueden efectuarse biopsias, extensiones y cultivos y solicitarse exploraciones radiológicas si están indicadas (24).

En virtud de su localización y función estratégicas, las enfermedades anorrectales ocasionan muchas molestias, la mayoría de los pacientes con trastornos anorrectales comunes pueden tratarse en forma apropiada sin cirugía, sin embargo al fracasar las medidas conservadoras se hace necesaria la intervención quirúrgica para solucionar los padecimientos del paciente con este tipo de patología. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran las fistulas, abscesos, hemorroides y fisuras las cuales en un momento dado necesitan de cirugía para su resolución (21).

HEMORROIDES

Cojines de tejido que revisten la parte inferior del recto y sirven para producir el cierre completo del canal anal. Las hemorroides externas se localizan por debajo de la línea dentada y están revestidas de epitelio escamoso. Las hemorroides internas se localizan por encima de la línea dentada. Es característico que las hemorroides aparezcan en una posición anterior derecha, posterior derecha y lateral izquierda (23).

Los síntomas debidos a las hemorroides son hemorragia, protrusión y dolor. La hemorragia rectal sólo debe atribuirse a hemorroides después de descartar otros trastornos más graves. La hemorragia hemorroidal, que se produce de forma característica después de la defecación y cuya presencia se evidencia en el papel higiénico, rara vez produce anemia o pérdidas de sangre agudas importantes. Las hemorroides internas o externas pueden protruir y luego regresar en forma espontánea o reducirse manualmente. Las hemorroides sólo son dolorosas cuando están ulceradas o trombosadas. Una hemorroide trombosada se manifiesta en forma de una protusión perianal en la que el dolor puede estar ausente o ser intenso e incapacitante. Otros síntomas menos frecuentes de hemorroides internas son las secreciones mucosas y la sensación de evacuación incompleta y de hemorroides externas dificultad en la limpieza de la región anal. El prurito anal no es un síntoma de hemorroides.

El diagnóstico de las hemorroides externas o trombosadas y de las crisis hemorroidales agudas se establece fácilmente mediante la inspección del recto. La exploración después del esfuerzo de la deposición o de un enema de fosfato revelará a menudo la extensión de la patología hemorroidal del paciente. La anoscopia es esencial para valorar las hemorroides que no son dolorosas (1).

La indicación absoluta de la hemorroidectomía es el prolapso, pues no hay otro método de resultados satisfactorios para el prolapso hemorroidal. Si no se tratan, las hemorroides trombosadas acaban en los denominados apéndices hemorroidales, que a veces hay que excindir cuando son voluminosos por el prurito local que originan y que se extirpan siempre que se encuentran al reseca hemorroides internas. El tratamiento de las hemorroides externas trombosadas es quirúrgico.

La exploración rectal y sigmoidoscópica se efectúa sistemáticamente en todos los casos. En la mujer se explora también la pelvis para eliminar la existencia de una neoplasia o de embarazo como causa de las hemorroides. En pacientes de mediana edad es imperativa la sigmoidoscopia completa, aconsejable el enema de bario si ha habido alteraciones concomitantes de los hábitos intestinales (12).

FISURA ANAL

Desgarro longitudinal agudo o úlcera ovoide crónica en el epitelio

escamoso estratificado del canal anal.

La etiología exacta de las fisuras anales se desconoce. Se cree que se deben a una laceración traumática producida por heces duras o grandes, con infección secundaria. La fisura se sitúa sobre el esfínter interno y hace que éste sufra un espasmo, al que se atribuye la perpetuación de la fisura. Los niños pequeños pueden presentar fisuras agudas. Generalmente se encuentran en la línea media posterior, pero pueden aparecer también en la línea media anterior. Puede haber un reborde de piel ("hemorroide centinela") en el extremo inferior de la fisura y una papila agrandada ("hipertrófica") en el extremo superior. Las fisuras crónicas deben diferenciarse del carcinoma, las lesiones primarias sifilíticas, la tuberculosis y las ulceraciones asociadas a la enfermedad de Crohn (19).

Las fisuras pueden causar dolor y hemorragia con la defecación. El dolor se produce en forma típica coincidiendo con la defecación o inmediatamente después de ella, dura varias horas y luego cede hasta el siguiente movimiento intestinal. La exploración debe efectuarse con suavidad y puede requerir sólo la separación de las nalgas, que revela la existencia de una fisura en la línea media (22).

Las fisuras responden a menudo a medidas conservadoras por ejemplo reblandecedores que reducen a un mínimo los traumatismos durante las deposiciones. Generalmente se logra su cicatrización con el empleo de supositorios blandos de glicerina, que lubrican la parte inferior del recto y actúan como emolientes. Cuando las medidas conservadoras fracasan, está indicada la intervención quirúrgica (24).

ABSCESO ANORRECTAL

Los abscesos anorrectales se deben a la invasión bacteriana de los espacios pararrectales, originándose en un espacio intermuscular (interesfinteriano) en el que ha penetrado una cripta anal. En general existe una infección mixta, siendo los microorganismos predominantes *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, estreptococos, estafilococos y bacteroides. Los abscesos pueden ser subcutáneos, isquiorrectales, retrorrectales, submucosos, pelvirrectales o intramusculares (26).

Los abscesos superficiales son los más dolorosos y producen, en forma característica, tumefacción, enrojecimiento y dolor a la palpación.

Para el tratamiento es preciso practicar de inmediato una incisión y el drenaje adecuado. Cuando se establece el diagnóstico existe casi siempre supuración. Al igual que en otras regiones del cuerpo los abscesos no responden a tratamiento antibiótico, debido a la falta de penetración de estos en el lugar de la infección. Tras el drenaje puede aparecer una fístula anorrectal persistente (23).

FISTULA ANORRECTAL

Trayecto en forma de tubo con una abertura en el canal anal y otra abertura generalmente en la piel perianal.

En general las fístulas aparecen de forma espontánea o secundariamente a un drenaje de un absceso perirrectal. Entre las causas predisponentes se incluyen la enfermedad de Crohn y la Tuberculosis. Habitualmente no se identifica una causa predisponente. La mayoría de las fístulas se originan en las criptas anorrectales; otras pueden deberse a diverticulitis, neoplasias o traumatismos (23).

Es habitual que existan antecedentes de abscesos recidivantes, seguidos de secreciones intermitentes o constantes. En la inspección pueden apreciarse una o más aberturas secundarias. A menudo se palpa un trayecto a modo de cuerda. Puede introducirse una sonda en el trayecto para determinar su profundidad y su dirección. La anoscopia y la sigmoidoscopia, pueden revelar la localización de la abertura primaria (16).

El único tratamiento eficaz es el quirúrgico. Debe abrirse una abertura primaria por todo el trayecto. Puede ser necesaria una sección parcial de los esfínteres. Si se secciona una parte importante del anillo esfinteriano puede aparecer cierto grado de incontinencia. La fistulotomía no es aconsejable en presencia de diarrea, colitis ulcerosa activa o enterocolitis granulomatosa activa, puesto que en esos casos el retraso en la cicatrización de la herida puede plantear un problema grave (9).

HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día en el Centro Médico Militar inició sus funciones en el año de 1,983; organizado por el Doctor Gregorio Villacorta, el Hospital de Día fué localizado adjunto a la sala de emergencias contando con una sala de operaciones debidamente equipada, una sala de recuperación con capacidad para 5 camas y personal capacitado. Los procedimientos son realizados de lunes a viernes de 7:30 a 12:30, llevándose a sala de operaciones a un promedio de 4 pacientes diarios (20).

CIRUGIA AMBULATORIA

La cirugía del Paciente No Hospitalizado, llamado así mismo paciente externo o ambulatorio, como su nombre lo indica, es aquella en la cuál el paciente no requiere de estancia hospitalaria prolongada, para su tratamiento, pudiendo caminar y trasladarse a su domicilio posteriormente a una intervención quirúrgica sin riesgo, inclusive sin ayuda de otra persona. Dicho tratamiento podrá aplicarse en una sala de urgencia debidamente equipada, en la consulta externa o en un consultorio particular, inclusive en una sala de operaciones; pero con la condición de que el paciente tratado pueda regresar a su domicilio después de haber sido observado un corto período de tiempo en la sala de recuperación (3).

En general, la cirugía de los pacientes no hospitalizados se relaciona a lesiones de menor cuantía, cuyo proceso de accidente o enfermedad puede decidirse por medios sencillos de exámen (21).

En la cirugía del No Hospitalizado necesita de pocos ayudantes y por lo común puede practicarse en el consultorio del médico ó en el área destinada a pacientes externos.

Por lo común, en la mayoría de los casos, el paciente puede continuar con sus ocupaciones regulares sin o con poca dificultad, además de la satisfacción de regresar a su hogar, representa considerable ahorro en dinero y molestias. También hay ventajas por parte del cirujano, porque que el paciente suele seguir un curso satisfactorio, sabiendose que hay menor complicaciones en los pacientes operados que regresan a su domicilio en un período corto de tiempo (20).

Para clasificar a un paciente con el carácter de ambulatorio, no debe haber la menor duda sobre si después habrá posibilidad de completar el tratamiento asignado. No encontrarán en ésta categoría, como se comprende, los casos de cirugía mayor que requieren vigilancia especial en el post-operatorio (10).

EVALUACION PRE-OPERATORIA

Si la cirugía ambulatoria es próspera, muchos pacientes serán propiamente seleccionados y preparados para la operación. Debe hacerse una visita con el anestesista antes que el paciente llegue a la sala de operaciones pues esto evitará cancelaciones por inadecuada asesoría

y preparación, y disminuye la ansiedad acerca de la anestesia y cirugía (14).

Para facilitar la evaluación preoperatoria del paciente No Hospitalizado, un cuestionario preanestésico debe ser usado para obtener información acerca de problemas médicos, operaciones previas, y una historia familiar así como proveer una revisión general de sistemas.

Los datos de Laboratorio requeridos dependen de la edad del paciente, estado de salud, y la historia de medicamentos. Los pacientes masculinos menores de 40 años, que serán sometidos a cirugía ambulatoria, no necesitan analisis de laboratorio y en las mujeres menores de 40 años, solo es necesaria una cuantificación de hemoglobina. Obviamente los pacientes con enfermedades crónicas requerirán estudios de laboratorio adicionales. Pacientes con una concentración de hemoglobina inexplicable menor de 10 gr/% deberán continuar evaluaciones adicionales antes de someterse a una cirugía ambulatoria de cualquier tipo, una hemoglobina baja puede estar asociada con muchas enfermedades que podrían influenciar en morbimortalidad (4).

PRE-MEDICACION

El concepto que la premedicación debería ser disminuida o evitada en pacientes ambulatorios porque puede prolongar el período de recuperación, no es apoyado por evaluaciones recientes (5).

Se podrán administrar tranquilizantes menores en pacientes demasiado aprehensivos o ansiosos para facilitar el procedimiento, aunque esto debe evitarse hasta donde sea posible (7).

En vista de que los pacientes no hospitalizados pueden tener volúmenes residuales gástricos a la hora de la inducción de la anestesia, se recomienda la administración oral de antiácidos antes de la misma. Algunos investigadores recomiendan la adición de Cimetidina 300 mgs. oralmente para la preparación pre-anestésica porque casi la mitad de éstos pacientes pueden tener riesgo de una Neumonitis Ácida (14).

Antieméticos profilácticos son frecuentemente administrados para disminuir la incidencia de vómitos y náuseas en el post-operatorio (14).

ANESTESIA REGIONAL

Esta puede ser usada para muchos procedimientos quirúrgicos ambulatorios, debido a que solamente el área involucrada en la cirugía es anestesiada, los efectos secundarios de la anestesia general son a menudo evitados. La acción analgésica residual de la anestesia local puede minimizar la necesidad de terapia analgésica post-operatoria.

En el caso de cirugía anorrectal, puede utilizarse la anestesia caudal, en la cual se coloca una solución de lidocaina al 2% en el espacio extradural del sacro a través del hiato, con lo cual se bloquean

los últimos ramos nerviosos de la cola de caballo de la médula espinal y se logra abolir la transmisión nerviosa sensitiva de la región caudal con respecto al punto de colocación de la anestesia (6).

ANESTESIA LOCAL

Esta es la técnica más simple sencilla y adecuada de dar anestesia a pacientes no hospitalizados o ambulatorios. Así pues la infiltración del lugar de la intervención con anestésicos diluidos en agua destilada, es rápida, poco dolorosa, segura y de rápida recuperación, sin comprometer por ello el estado pleno de conciencia del paciente (20).

No hay preferencia específica entre usar anestésico que contengan epinefrina o no, pues en la cirugía anorrectal los vasos sangrantes debido a su calibre no cerrarán por simple vaso constricción, así pues deberán ser ligados con sutura de algodón para evitar su sangrado, del mismo modo deberá tomarse en cuenta que la cantidad del anestésico administrado no debe ser mayor de 20cc., debido a las complicaciones que se pudieran presentar si se usa más de esa cantidad, quedando la dilución del anestésico a criterio del médico cirujano (14).

VI. METODOLOGIA

A.- Tipo de Estudio a Realizar:

Se efectuó un estudio de tipo retrospectivo, tomando los registros médicos de pacientes que tuvieron cirugía anorrectal en el Hospital de Día del Centro Médico Militar, en el período comprendido del 1 de febrero de 1992 al 31 de enero de 1994.

B.- Selección del Sujeto de Estudio:

Para realizar el estudio se tomaron los registros médicos de los pacientes, que tuvieron cirugía anorrectal en el Hospital de Día.

C.- Tamaño de la Muestra

Se tomaron todos los expedientes de los pacientes en quienes se efectuó cirugía anorrectal del 1 de febrero de 1992 al 31 de enero de 1994.

D.- Criterios de Inclusión:

Pacientes con enfermedad anorrectal electivos que necesitaron cirugía anorrectal de 11 a 50 años, sin otra patología, no importando su sexo.

E.- Criterios de Exclusión:

Pacientes que necesitaron anestesia general para el acto quirúrgico, con otras enfermedades y candidatos a cirugía mayor.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde su nacimiento.	Edad del paciente.
SEXO	Condición orgánica y física que distingue a la hembra del varón.	Sexo del paciente.
OCUPACION	Labor o trabajo a lo que se dedica una persona.	Tipo de Ocupación.
MOTIVO DE CONSULTA	Causa por la que el paciente visita el hospital.	Motivo Consulta.
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	Diagnóstico que aparece en la papeleta.	Diagnóstico pre-operatorio.
PRDCEDIMIENTO	Método de practicar una operación.	Procedimiento quirúrgico efectuado.
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO	Diagnóstico que aparece en la papeleta o libro de sala de operaciones.	Diagnóstico post-operatorio.
TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta el egreso.	Tiempo de permanencia en hospital de día, expresado en días.
MEDICAMENTOS	Agente o sustancia simple o compuesta que se administra con fines terapéuticos.	Medicamentos utilizados.
COMPLICACIONES	Fenómeno anormal o morboso que sobreviene en el curso de una enfermedad.	Complicaciones Mediatas Inmediatas Tardías.

RECURSOS

MATERIALES:

a) Económicos:

Gastos de impresión de la boleta de recolección de datos, útiles de escritorio y gastos de transporte, así también la reproducción de material bibliográfico, su costo es de Q.400.00 aproximadamente.

b) Físicos:

Hospital de Día del Centro Médico Militar.

Historias Clínicas de los pacientes.

Libro de pacientes operados en Hospital de Día del Centro Médico Militar, así como libro de procedimientos.

Útiles de escritorio y de oficina.

Bibliotecas: Universidad San Carlos de Guatemala (U.S.A.C)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.)

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (I.C.A.P.)

Hospital General San Juan de Dios (H.G.S.J.D.)

Instituto Guatemalteco Americano (I.G.A)

Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM)

Boleta de recolección de datos.

HUMANOS:

Personal Médico y Paramédico del Hospital de Día del Centro Médico Militar, Estudiante Investigador.

ELABORACION DE LA INVESTIGACION

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.- Elección del asesor y revisor.
- 3.- Recopilación de material bibliográfico
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por parte del comité de Docencia e Investigación.
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
- 7.- Diseño de los instrumentos para la recopilación de la información.
- 8.- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
- 9.- Procesamiento de datos elaboración de tablas gráficas.
- 10.- Análisis y discusión de los resultados.
- 11.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 12.- Presentación del informe final para correcciones.
- 13.- Aprobación del informe final.
- 14.- Impresión del informe final.
- 15.- Exámen público en defensa de la tesis.

Ver cronograma en anexo número dos .



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución de pacientes según sexo, con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

SEXO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	64	72.72%
Femenino	24	27.28%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 2

Distribución de pacientes según edad, con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11 - 20 años	6	6.81%
21 - 30 años	28	31.83%
31 - 40 años	41	46.59%
41 - 50 años	13	14.77%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 3

Distribución de pacientes según tiempo de estancia hospitalaria, con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 8 horas	73	82.95%
8 - 24 horas	13	14.77%
> 24 horas	2	2.28%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 4

Diagnóstico pre-operatorio en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorroides	52	59.09%
Fisura anal	15	17.04%
Fístula	17	19.31%
Absceso Perianal	4	4.56%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 5

Tipo de procedimiento quirúrgico efectuado en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorroidectomia	52	59.09%
Reparación de Fisura	15	17.04%
Fistulotomia	17	19.31%
Drene de absceso	4	4.56%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 6

Tipo de anestesia utilizada en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

TIPO DE ANESTESIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Local	61	69.31%
Caudal	27	30.69%
T O T A L	88	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

CUADRO 7

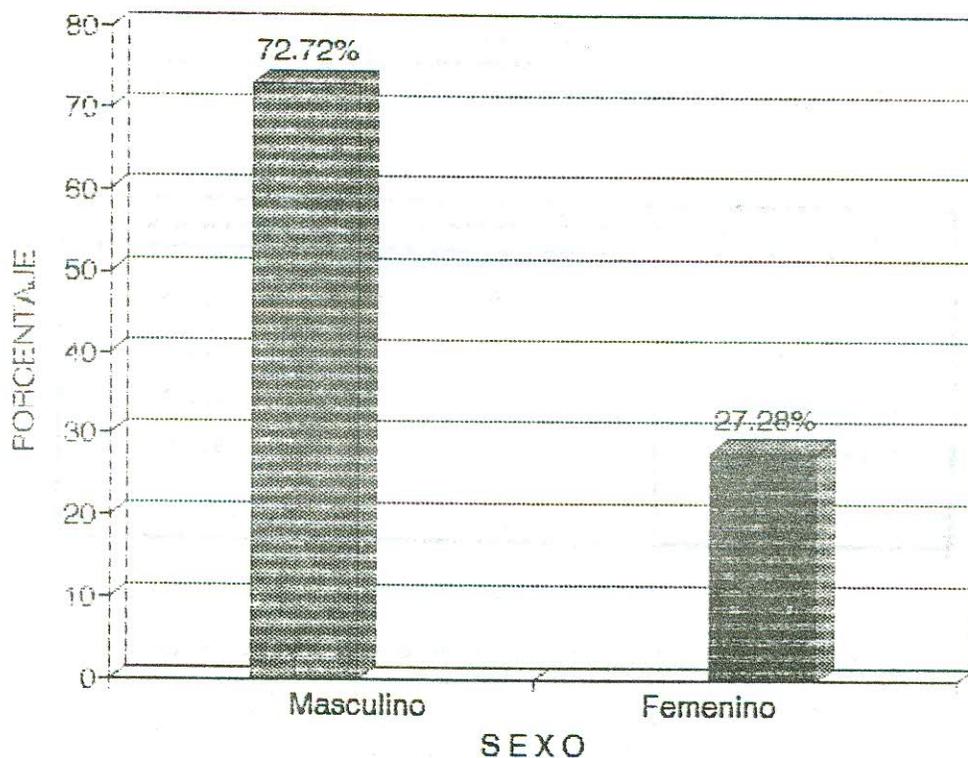
Tipo de complicaciones en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar de febrero de 1992 a enero de 1994.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hematoma	2	2.27%
Infección	5	5.68%
Dehiscencia	2	2.27%
Dolor intenso	8	9.09%
T O T A L	17	19.31%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 1

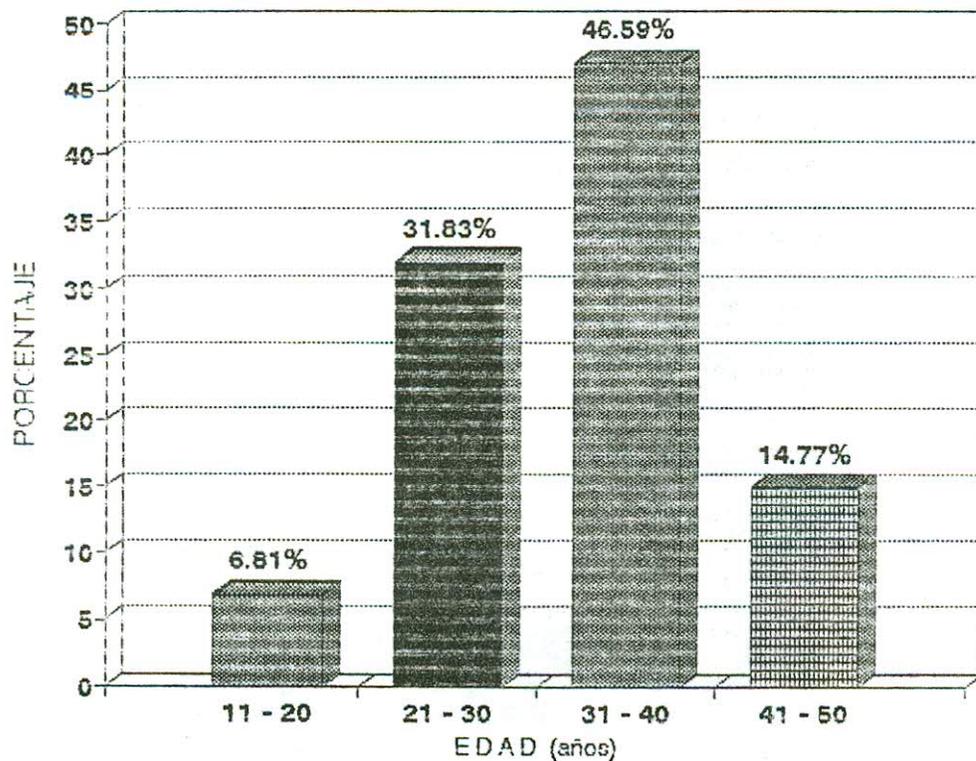
Distribución de pacientes según sexo, con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 2

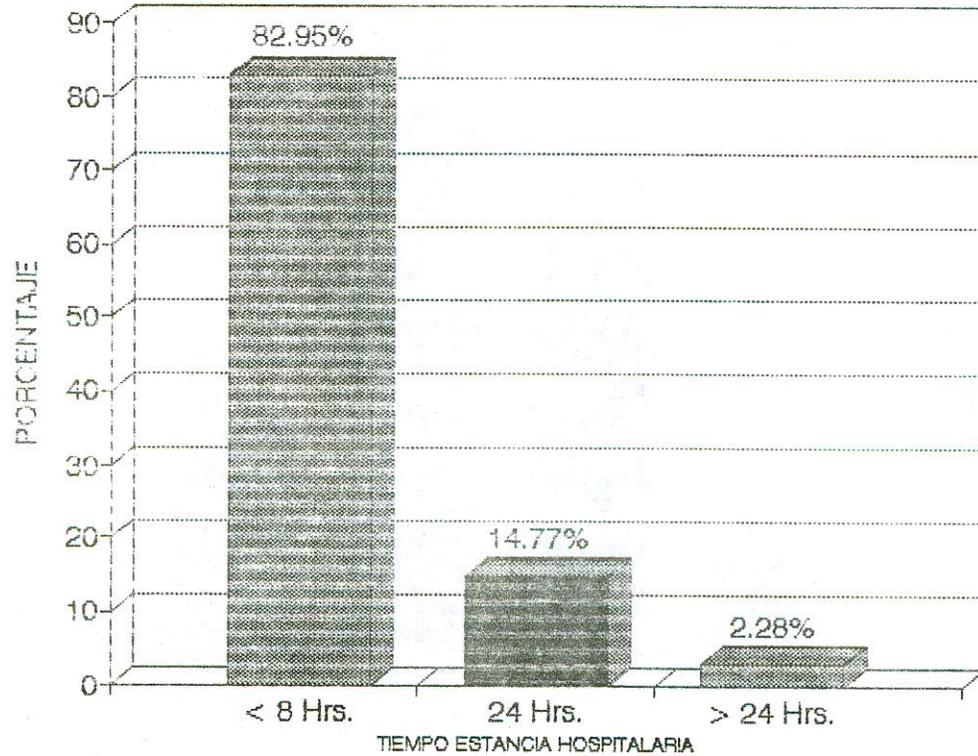
Distribución de pacientes según edad, con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 3

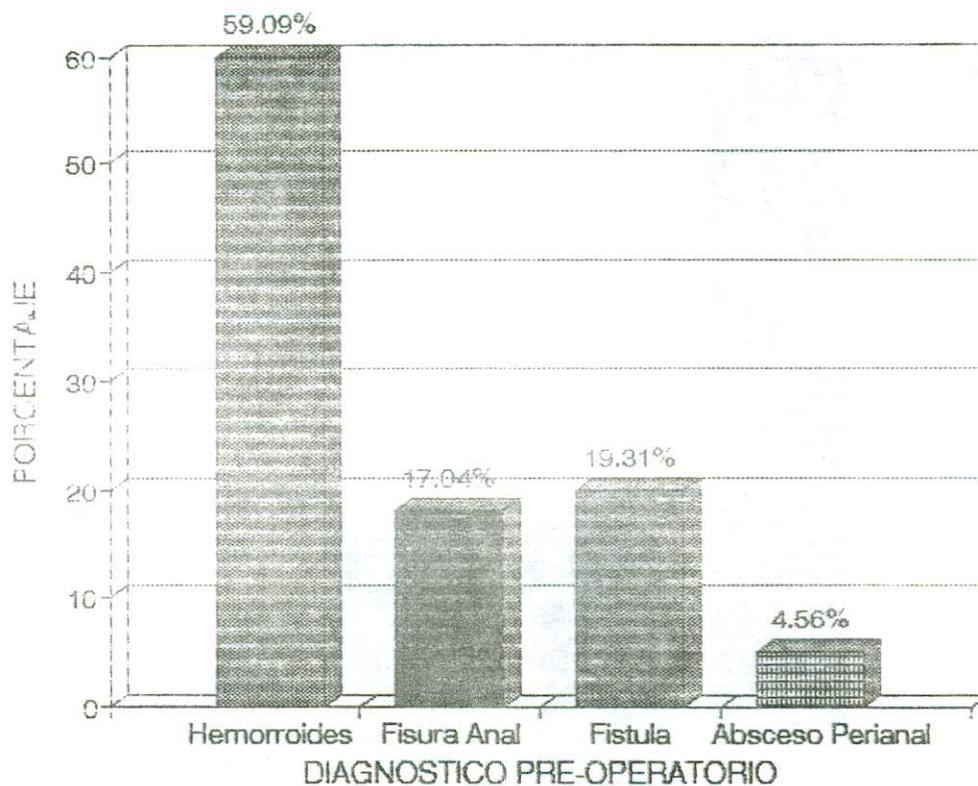
Distribución de pacientes según tiempo de estancia hospitalaria con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 4

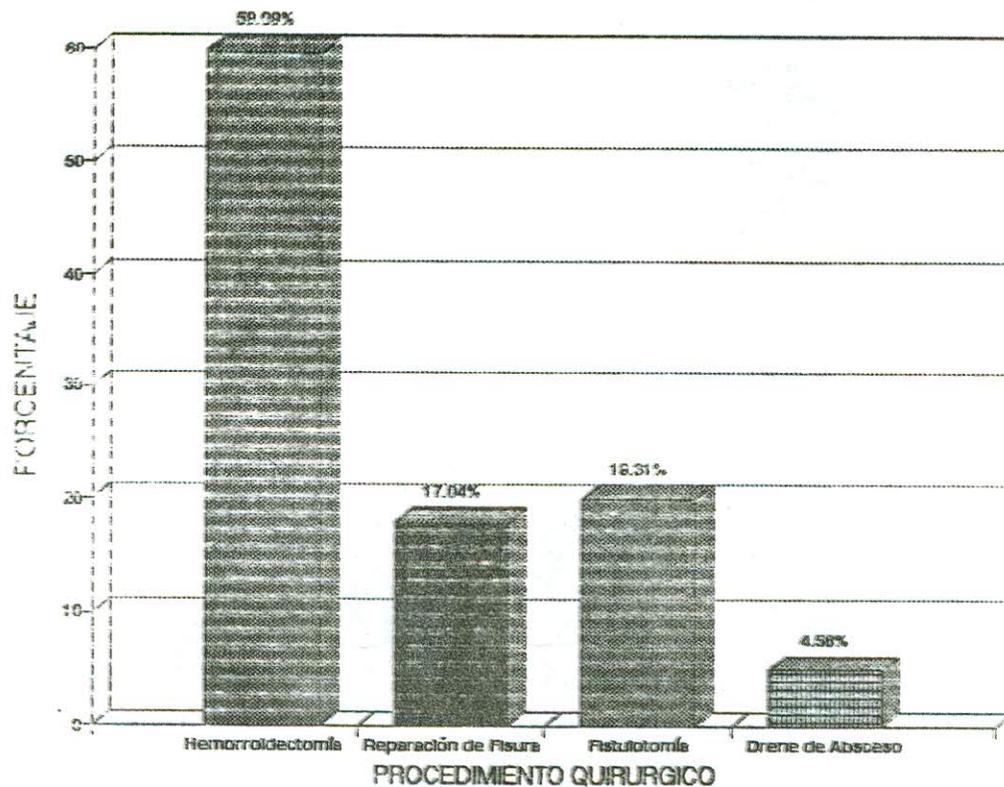
Diagnóstico pre-operatorio en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 5

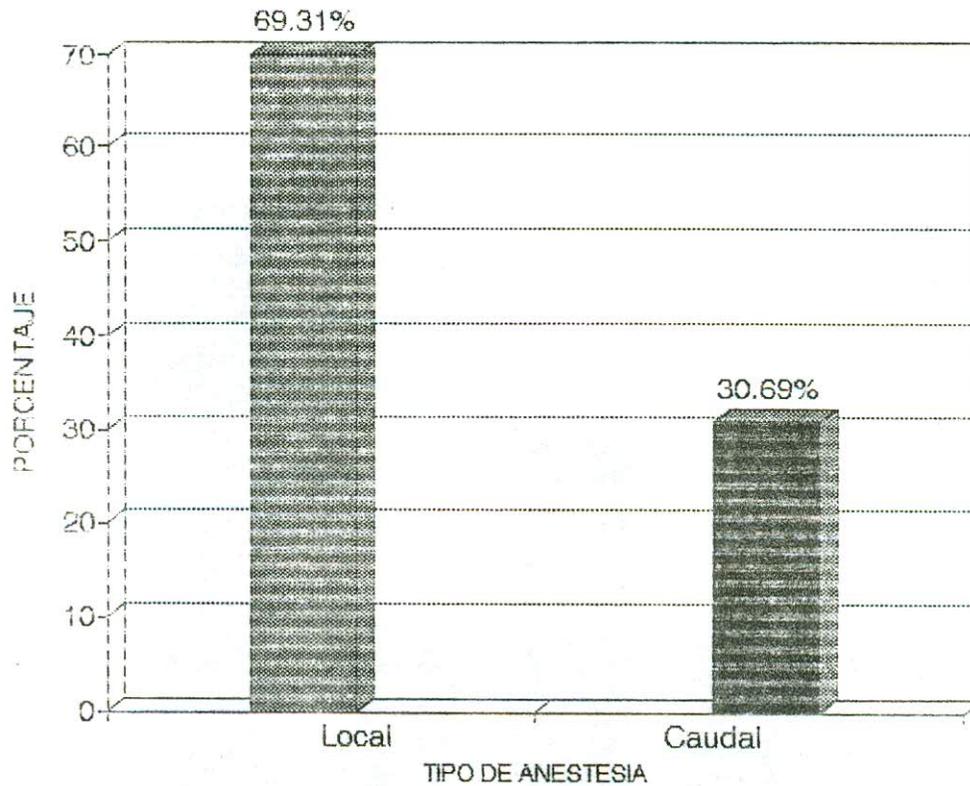
Tipo de procedimiento quirúrgico efectuado en nacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar, De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 6

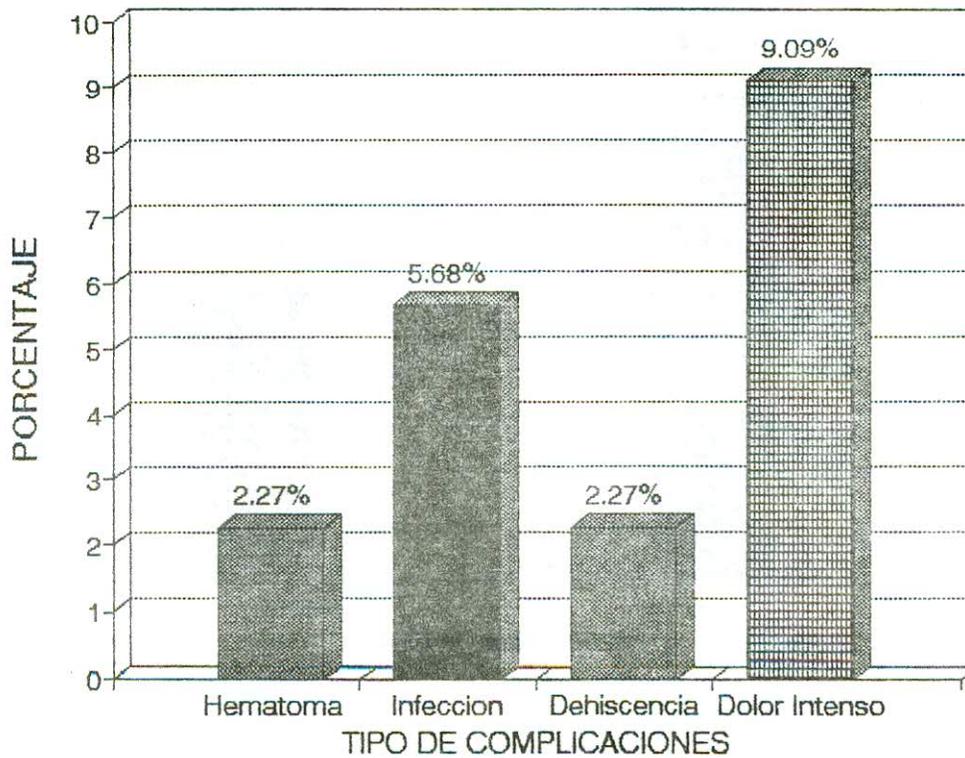
Tipo de anestesia utilizada en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

GRAFICA 7

Tipo de complicaciones en pacientes con cirugía anorrectal ambulatoria, atendidos en el Hospital de Día del Centro Médico Militar. De febrero de 1992 a enero de 1994.



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Archivos del Centro Médico Militar).

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

El cuadro y grafica 1, demostraron que los pacientes de sexo masculino tuvieron más intervenciones quirúrgicas, con un 72.72% del total de casos, el restante 27.28% de las intervenciones quirúrgicas fueron efectuadas en pacientes de sexo femenino, lo cual reafirma lo descrito en la literatura sobre cirugía anorrectal, que menciona una menor incidencia de estos padecimientos en el sexo femenino.

Con respecto al cuadro y grafica 2 que demuestra la distribución conforme la edad, fué un tipo de cirugía practicada principalmente en pacientes adultos jóvenes pues el intervalo de 21 a 30 y de 31 a 40 años representa el 78.42% de la población, quedando distribuidos en los dos intervalos restantes únicamente 19 casos, debido a que en este intervalo de edad, está representado el mayor número de población económicamente activa, pues algunas de las patologías estan relacionadas en gran medida con algunos tipos de actividades laborales.

En el cuadro y grafica 3, en cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, se puede observar que un total de 82.95% se retiró antes de cumplir 8 horas, quedandose 24 horas un 14.77% debido a dolor intenso en el post-operatorio inmediato, además un 2.27% estuvo hospitalizado un tiempo mayor de 24 horas, los cuales corresponden a 2 pacientes que presentaron hematoma en el post-operatorio y necesitaron más tiempo de estancia hospitalaria para resolver dicho problema.

En el cuadro y gráfica 4, con respecto al diagnóstico pre-operatorio se puede observar que un 59.09% corresponde a hemorroides, un 19.31%

está representado por fístulas, un 17.04% por fisuras y sólo un 4.56% por abscesos perianales, lo cual reafirma lo descrito por la literatura con respecto a la patología anorrectal, así pues el tipo de procedimiento quirúrgico efectuado va de acuerdo al diagnóstico operatorio, ocupado el primer lugar de operaciones efectuadas hemorroidectomía, segundo lugar fistulotomía, luego reparación de fisura y por último el drenaje de abscesos, los cuales están representados por los mismos porcentajes que los diagnósticos operatorios como se puede observar en el cuadro y gráfica 5

Con respecto al cuadro y gráfica 6, sobre tipo de anestesia utilizada, se pudo establecer que el tipo de anestesia más frecuentemente administrada fue la anestesia local, con un 69.32%. El otro tipo de anestesia fue la caudal con un 30.69% esto debido probablemente a que la mayoría de procedimientos quirúrgicos efectuados requerían de un área operatoria reducida.

El cuadro y gráfica 7, referente a complicaciones se detalla que la complicación más frecuente fue dolor intenso en 8 pacientes, (9.09%) el cual se presentó en el post-operatorio inmediato; se encontró hematoma en 2 pacientes (2.27%), posiblemente por falta de buena hemostasia. Además se reportaron 5 infecciones de herida operatoria las cuales fueron detectadas en el control pos-operatorio una semana después, esto debido a la región operada, la cual representa un alto grado de contaminación. Se obtuvo también un total de 80.62% de pacientes en los que no surgieron complicaciones.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- El tiempo de estancia hospitalaria osciló en un 82.95% en menos de 8 horas, demostrando la factibilidad de la realización de cirugía anorrectal de forma ambulatoria.
- 2.- El sexo más frecuentemente tratado, fue el masculino (72.72%), lo cual concuerda con lo descrito en la literatura con respecto a patología anorrectal.
- 3.- El intervalo de edad en donde se presentó la mayoría de enfermedad anorrectal, fueron pacientes adultos jóvenes de 21 a 40 años, los cuales corresponden con la edad en la cual está representado el mayor número de población económicamente activa, pues gran parte de la patología anorrectal (hemorroides) se relaciona en gran medida con el tipo de ocupación del paciente.
- 4.- La enfermedad que con más frecuencia requirió ser tratada con cirugía anorrectal ambulatoria fué hemorroides, el cual está descrito como la patología más frecuente en la región anorrectal.
- 5.- El porcentaje de complicaciones fué relativamente bajo (19.52%), siendo susceptible de disminuir aún más haciendo una efectiva hemostasia al terminar la operación.
- 6.- La cirugía anorrectal ambulatoria es efectiva en el tratamiento de enfermedades anorrectales.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Se tome en cuenta la efectividad de la cirugía anorrectal ambulatoria de manera que pueda ser implantada en otros centros hospitalarios del país.
- 2.- Realizar una adecuada hemostasia y medicación analgésica postoperatoria para que de esta forma disminuyan aún más las complicaciones de este tipo de cirugía.
- 3.- Que en los registros clínicos del Centro Médico Militar, se incluya de una forma más específica el tipo de ocupación del paciente, para que pueda ser utilizado en futuros estudios en los que se necesitan hacer una relación entre la actividad laboral y condición patológica del mismo.
- 4.- Que se tome en cuenta que con la cirugía anorrectal ambulatoria, se necesita menor tiempo de estancia hospitalaria lo cual reduce el costo hospitalario, por medio de la disminución del personal y tiempo de encamamiento para la atención del paciente, así como la pronta recuperación y rápida reincorporación a las actividades regulares del mismo.

Dicha disminución en los gastos de hospitalización podrá de alguna forma ayudar a mejorar en parte los grandes problemas de atención médica de la red hospitalaria del país.

XI. RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital de día del Centro Médico Militar y se realizó revisando las papeletas de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por enfermedad anorrectal durante el período de febrero de 1992 a enero de 1994, los cuales fueron un total de 88, y en los que se estudiaron variables tales como: edad y sexo; resultando que la gran mayoría de las personas que fueron operadas eran adultos jóvenes pues un gran número de ellos osciló en los intervalos de edad de 21 a 40 años. El sexo más afectado fue el masculino con 72.72% y el femenino con un 27.28%. Debido a la falta de datos no fue posible establecer relación en recuperación de los pacientes y enfermedad anorrectal.

Al mismo tiempo se descubrió que el diagnóstico pre-operatorio más frecuente fué enfermedad hemorroidal, la cual se presentó en su mayoría en pacientes masculinos, como consecuencia fué hemorroidectomía el procedimiento quirúrgico más frecuentemente empleado, siguiendo en segundo plano las fístulas, luego fisuras y por último absceso perianal con su respectivos procedimientos quirúrgicos.

De los pacientes que fueron sometidos a cirugía anorrectal ambulatoria un 82.95% se retiraron antes de cumplir 8 horas de estancia hospitalaria, un 14.77% necesitó hospitalización de 24 horas, y solamente un 2.28% necesitó más de 24 horas, esto debido a algunas complicaciones presentadas en el post-operatorio inmediato tales como: dolor intenso y hematoma.

La anestesia más utilizada en los procedimientos quirúrgicos fue

la anestesia local en el 69.31% de los casos, seguida de anestesia caudal en el 30.69% de casos restantes.

Con estos datos se puede concluir que la cirugía anorrectal ambulatoria es efectiva en el tratamiento de enfermedad anorrectal. Dicha cirugía anorrectal ofrece un máximo aprovechamiento de los recursos por medio de una menor utilización de personal, al mismo tiempo brinda al paciente una recuperación y reincorporación más rápida a sus actividades regulares, con bajo riesgo de complicaciones y resultados satisfactorios.

Al tomar en cuenta lo anterior se recomienda que este tipo de atención médica sea evaluado e instaurado en otros centros hospitalarios del país.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Society of Colon and Rectal Surgeons, Deseases of the Colon
Vol. 25 January- February 1982 pag. 62-63
- 2.- Archundia Garcia A. Educación Quirúrgica, México, Francisco Méndez Cervantes, 1982 424 Pag.
- 3.- Burns L. Ambulatory Surgery: Developing and Managis Sucesful Programs. E.E.U.U. An Aspen Publications 1984
- 4.- Cifuentes E.F. Cirugía Ambulatoria: Estudio prreliminar previo a un programa de Cirugía Ambulatoria en el Hospital Nacional de Escuintla Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala 1989 58 Pag.
- 5.- Diccionario Médico 2 ed España, Salvat, 1986. 62 P.
- 6.- Eriksson Ejnar, Manual Ilustrado de Anestesia Local 4ta. Ed. Editorial Interamericana México 1984 Pag. 129-134.
- 7.- Goodman Louis S., Gilman Alfred, Bases Farmacológicas de la Terapeutica, 7a. Ed. 1986 Editorial Interamericana Pag. 341-380
- 8.- Ham A.W. Tratado de Histología 8a. Ed. México Interamericana 1986 Pag 774-777
- 9.- Hill George J. Cirugía Menor, 3ra. Edición, Ed. Interamericana, 1990, Pag. 626-646.
- 10.- Kraeer Ferguson, Luis Kaplan, Cirugía del Paciente No Hospitalizado, 4ta. Ed. Editorial Interamericana 1969 Pag. 30-50
- 11.- Leal J. F. Estadística Médica 2ed. Guatemala Oscar de León Castillo,

1980 92 P.

- 12.- Maden C.R. Técnica Quirúrgica 14 ed, México, Editorial Interamericana 1984 Pag. 1284-1296
- 13.- Mazariegos C. Guía de Protocolo e Informe Final de Tesis de Pregrado, Documento Mimeografiado, 1989, Ciudad de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 12 P.
- 14.- Miller R.D. Anesthesia, 3 ed. University of California, San Francisco, U.S.A. Churchill Livingstone, 1986 Pag. 1985-1919.
- 15.- Quiroz F. Anatomía Humana 25 ed. México Purrua, 1984 Tomo III, Pag 215-226
- 16.- Robins S.L. Cortran, E.S. Patología Estructural y Funcional, 3ed México Editorial Interamericana 1987 Pag. 845-851.
- 17.- Sabinston D.C. Tratado de Patología Quirúrgica 13 ed, México Editorial Interamericana 1984, Pag 1311-1326.
- 18.- Salazar Pablo Joaquín Hospital de día una alternativa para disminuir la crisis hospitalaria nacional. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1991, Pags. 10-16.
- 19.- Sanabria R. Cirugía Ambulatoria, documento de Estudio efectuado en el Centro Hospitalario de San Juan Bogotá, Colombia 1978, 52 Pag.
- 20.- Schwartz, Principios de Cirugía 16 ed. México Interamericana 1989, Pag. 1466-1480.
- 21.- Skandalakis John E. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, 4ta. Edición, Editorial Michraw-Hill, México 1,988, Pag. 223-250.
- 22.- Systemic Pathology 2ed. Alimentary Sistem by thirty eight authors

vol. 3 Churchill Livingstone Edinburgh London and New York 1978,
28 Pag.

23.- Testi E.S. Tratado de Anatomía Humana, 17 ed, México, Panamericana
1988, tomo 3 Pag 1422-1434.

24.- Torres F. Tratado de Cirugía 6ta. ed. México Interamericana 1986,
Pag. 833-847.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CENTRO MEDICO MILITAR
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
GUATEMALA, C.A.

HISTORIA CLINICA _____

EDAD: () Años SEXO: Masculino () Femenino ()

OCCUPACION: _____

DIAGNOSTICO:

Hemorroides () Fístula Anal () Fisura Anal () Absceso ()

PROCEDIMIENTO:

Hemorroidectomía () Fistulectomía () Drene de Absceso ()

Reparación de Fisura ()

TIPO DE ANESTESIA:

Caudal () Local ()

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: () Días

COMPLICACIONES:

Hemorragia () Dehiscencia () Infección () Fístula ()

Incontinencia () Otras ()

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

ANEXO 2

GRAFICA DE GANT

