

ORIGINAL

Recibido: Noviembre 2015. Aceptado: Noviembre 2015

Resultados de la aplicación de un protocolo de alta ambulatorización en patología hemorroidal en un hospital general desde el punto de vista del paciente

Results of a high ambulatory rate protocol on the treatment of hemorrhoidal pathology from the patient point of view

C. García Vasquez, C. Castellón Pavón, M. de Mingo, S. Jiménez de los Galanes, P. Pacheco, J. de Jaime, M. Domingo Ajenjo, N. Apentchenko

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid

Autor para correspondencia: cgarciava@idcsalud.es

RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de las hemorroides ha sido asociado a un periodo postoperatorio doloroso e incómodo que, clásicamente, se ha asociado a una hospitalización prolongada con el único objetivo de controlar el dolor. Actualmente, la técnica más utilizada es hemorroidectomía de Milligan-Morgan clásica, a pesar de que la tasa de ambulatorización de la patología hemorroidal va en aumento, lo que se puede traducir en un mejor control de los síntomas postoperatorios más modificaciones en la técnica quirúrgica.

Nuestro centro es una joven institución con gran vocación profesional y apoyo a la cirugía ambulatoria. En este contexto se ha puesto en marcha un nuevo protocolo para la ambulatorización de los procedimientos proctológicos. En este campo, la patología hemorroidal es un gran reto. Presentamos los resultados de la aplicación de este protocolo, centrándonos en el punto de vista del paciente.

Palabras clave: Hemorroides, cirugía ambulatoria, control del dolor.

ABSTRACT

The surgical treatment of hemorrhoids is been associated with a postoperative painful and uncomfortable time, that classically associated a prolong hospitalization with the only objective of pain control¹. Today the classic Milligan-Morgan resection remains as the most frequent technique², despite this the ambulatory rate keep increasing on time, what can be indirectly explained by a better pain control plus recent technique modifications³.

Our centre is a young institution with a great professional vocation and institutional support on the "day-case" or major ambulatory surgery. In this context we initiate a protocol trying to do almost all the proctology surgery on a ambulatory or day-case way, in this onset the hemorrhoidal pathology is a great challenge. We present the data of this protocol, focusing in the patient point of view of the whole experience.

Key words: Hemorrhoids, day-case, pain control.

RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de las hemorroides se ha asociado clásicamente a un periodo postoperatorio doloroso e incómodo que, en épocas anteriores, asociaba ingreso hospitalario, que podía llegar a ser prolongado, con el único objetivo de paliar el dolor (1). La técnica más utilizada a día de hoy sigue siendo la hemorroidectomía clásica de Milligan-Morgan (2), a pesar de lo cual la tasa de ambulatorización de la patología hemorroidal va en aumento, lo que se puede traducir indirectamente en un mejor control de síntomas postoperatorios más modificaciones en la técnica quirúrgica (3).

Nuestro centro hospitalario es una institución con gran vocación profesional y estructural de apoyo a la cirugía ambulatoria. En este contexto se pone en marcha un protocolo para la ambulatorización de los procedimientos proctológicos, y en este campo, la patología hemorroidal constituye un reto a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Presentamos el resultado de la aplicación de dicho protocolo durante un año natural desde el punto de vista de los resultados obtenidos según las características técnicas, así como el grado de satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras un periodo inicial donde la indicación de ambulatorización dependía exclusivamente del criterio del cirujano tratante, se decide iniciar la aplicación de un protocolo de ambulatorización a toda la patología proctológica, incluida la hemorroidal. Dicho protocolo contempla, en primer lugar, el manejo preoperatorio con toda la información suministrada en consulta; en segundo lugar, el anestésico para lo cual optamos por anestesia general, obviando las técnicas raquídeas en el contexto de la CMA; en tercer lugar el manejo quirúrgico y analgésico, para lo cual realizamos de forma rutinaria la infiltración perineal con anestésico local y, en último lugar, instauramos un control telefónico de la evolución del paciente con valoración del dolor postoperatorio mediante escala verbal numérica (EVN) de 0 a 10, así como del grado de satisfacción mediante una escala verbal de malo, regular, bueno o excelente. Los criterios de inclusión a dicho protocolo son los diagnósticos proctológicos más frecuentes (hemorroides, fisura anal y fístula perianal no compleja), edad comprendida entre 18 y 70 años y ASA I, II y III. Como criterios de exclusión están edad superior a 70 años, ASA IV, imposibilidad de tener acompañante, antecedente de coagulopatía, alergia a los analgésicos habituales y domicilio a más de 30 minutos del hospital.

De manera retrospectiva hemos valorado las historias de todos los pacientes intervenidos por el diagnóstico "hemorroides" en nuestro centro desde enero a diciembre de 2014, sin otro diagnóstico o procedimiento proctológico asociado. De

dicha población se seleccionaron a los pacientes intervenidos de forma ambulatoria, analizando en ellos también de manera retrospectiva los formularios de contacto telefónico y solicitando al servicio de Atención al Paciente las reclamaciones y/o quejas en caso de que existiesen. Para el cálculo de la validez estadística se utilizaron las aplicaciones MS Excel (Microsoft, California, USA) y SPSS 20 (IBM Corp). Hemos analizado variables poblacionales (edad, sexo), escala "EVN" del dolor, cirujano, técnica, así como de seguimiento postoperatorio inmediato a las 24 horas (teléfono), posterior (consulta) y las complicaciones registradas.

RESULTADOS

Se evaluaron 78 pacientes que cumplían la condición de ser intervenidos de hemorroides, sin otra patología proctológica asociada. La tasa de ambulatorización observada fue del 95 % (74 pacientes), con tres ingresos no programados debidos a rectorragia en dos casos y control del dolor en otro. La edad media fue de 48,4 años (22-67) con un 56 % de hombres. Por orden de frecuencia, las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: Milligan-Morgan clásico en 38 casos (49 %), Milligan-Morgan con pinza de hemostasia avanzada en 27 (35 %), bandas elásticas en 11 (14 %) y hemorroidopexia de Longo en 2 casos (2 %). La media de plexos ligados fue de 2,3 (rango 1-4). Treinta y dos pacientes (40 %) han sido intervenidos por cirujanos de la unidad de cirugía coloproctológica, siendo los demás intervenidos por cirujanos del resto de unidades.

Se han obtenido los datos completos de evaluación telefónica en el 62 % de los casos. El grado de dolor a las 24 horas de la intervención, según escala EVA, presenta una media de 3,95 (rango 1-8). El grado de satisfacción con el proceso corresponde en un 88 % a grado "bueno" o superior (Figura 1).

Con un seguimiento medio de 4 meses (rango 2-5 meses), hemos detectado un 2,6 % de complicaciones inmediatas (dos

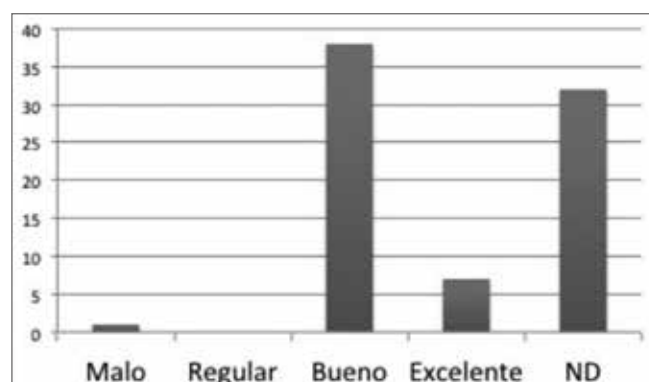


Fig. 1. Grado de satisfacción.

casos de hemorragia postquirúrgica), requiriendo intervención inmediata (antes de las primeras 24 horas postoperatorias) en ambos casos. Observamos que 22 pacientes (29 %) acudieron a Urgencias durante los 7 primeros días tras la intervención, siendo los motivos de consulta más frecuentes el control del dolor en 18 casos (24 %) y requerir información sobre el proceso de curas de herida en los otros 4 (5 %). Ningún paciente ha realizado reclamación, queja o sugerencia respecto al protocolo y funcionamiento de la unidad de CMA.

No hemos observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución del paciente al comparar los parámetros clásicamente aceptados como influyentes: técnica quirúrgica, grado o números de plexos ligados, edad o sexo. Únicamente se han obtenido diferencias estadísticamente significativas al comparar por cirujano tratante, existiendo un mejor manejo del dolor postoperatorio cuando el paciente es intervenido por cirujanos de la unidad de cirugía coloproctológica respecto al resto.

DISCUSIÓN

La hemorroidectomía es una de las técnicas quirúrgicas más frecuentes en el seno de la Cirugía General y de Aparato Digestivo (4). Clásicamente se ha considerado que el dolor postoperatorio limita significativamente la posibilidad de ambulatorización de este procedimiento (4,5). En una reciente revisión de la literatura, Vinson-Bonnet y cols. han obtenido un rango de ambulatorización entre un 0 y 61 % (6). Nuestra serie probablemente presenta una de las tasas de ambulatorización más alta publicada hasta la fecha. El empleo sistemático de anestesia general de corta duración ayuda a reducir las complicaciones relacionadas con la anestesia raquídea. No hemos observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor postoperatorio respecto a la técnica empleada ni al número de plexos tratados, probablemente debido al tamaño de la muestra y la reducida frecuencia de alguna de las técnicas.

Hemos identificado como posibles factores importantes en el éxito de la ambulatorización de estos pacientes intervenidos de hemorroides la estandarización de la infiltración

perineal con anestesia local de media-larga duración, así como la protocolización de la analgesia domiciliaria, que al principio de nuestra experiencia era personalizada y no protocolizada con gran variabilidad entre los tipos de pauta prescrita. Los resultados de nuestra experiencia coinciden con otros autores en la variante del cirujano responsable (5), obteniéndose mejores resultados en el control del dolor cuando los pacientes son intervenidos por cirujanos coloproctólogos. A partir de este estudio preliminar, y para mejorar el protocolo de seguimiento, hemos modificado el folleto informativo sobre CMA y se ha trabajado en mejorar la información aportada en la consulta preoperatoria insistiendo en el horario e importancia de la llamada de control postoperatorio desde nuestro centro.

A pesar de las limitaciones del presente estudio, consideramos que el tratamiento quirúrgico de las hemorroides se puede realizar más ampliamente en régimen de CMA, de forma segura y con buen nivel de satisfacción del paciente. Para ello, es fundamental una correcta selección del paciente, con adecuada información preoperatoria, empleo de anestesia general, protocolizando la anestesia local y analgesia domiciliaria intensa, y siempre que sea posible, realizar los procedimientos por cirujanos colorrectales comprometidos con la CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJC, Loudon MA. Ligadura con banda elástica *versus* hemorroidectomía de escisión para las hemorroides (Revisión Cochrane traducida). En: Oxford: Update Software Ltd. La Biblioteca Cochrane Plus. Número 4; 2008.
2. Saclarides TJ, Brand MI. Evolving trends in the treatment of anorectal diseases. *Dis Col Rec* 1999;42:1245-52.
3. Bucio VG. Consenso de hemorroides. *Revista Mexicana de Coloproctología* 2010;16:4-14.
4. Helton WS. 2001 consensus statement on benign anorectal disease. *J Gastrointest Surg* 2002;6:302-3.
5. Faiz OD, Brown Tj, Colucci G, Grover M, Clark SK. Trends in colorectal day case surgery in NHS Trusts between 1998 and 2005. *Colorectal Dis* 2008;10:935-42.
6. Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F, Siproudhis L. Ambulatory haemorrhoidal surgery: Systematic literature review and qualitative analysis. *Int J Colorectal Dis* 2015;30(4):437-45.