

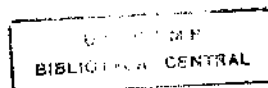
MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES *OK*

**ESTUDO COMPARATIVO DE
HEMORROIDECTOMIA SOB ANESTESIA
INFILTRATIVA LOCAL EM REGIME
AMBULATORIAL E SOB ANESTESIA
PERIDURAL COM HOSPITALIZAÇÃO**

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Cirurgia.*

Orientador : Prof. Dr. Raul Raposo de Medeiros *OK*

Campinas, 1996



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	T/ UNICAMP
	P415e
V.º	E.
1.º	27686
PROD.	667/96
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	22/05/96
N.º CPD	000884 97-7

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP**

Peres, Marco Antonio de Oliveira

P415e **Estudo comparativo de hemorroidectomia sob anestesia infiltrativa local em regime ambulatorial e sob anestesia peridural com hospitalização / Marco Antonio de Oliveira Peres. Campinas, SP : [s.n.], 1996.**

Orientador: Raul Raposo de Medeiros

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

Raul Raposo de Medeiros *Medeiros, Raul Raposo de*
1. Hemorroidas. 2. Cirurgia Ambulatorial. I. Raul Raposo de Medeiros. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES

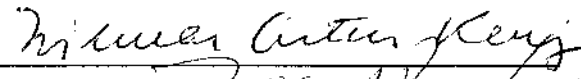
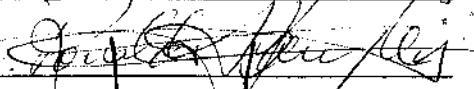
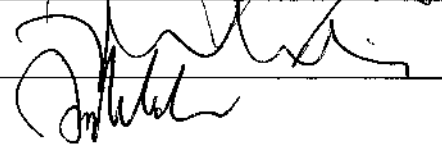
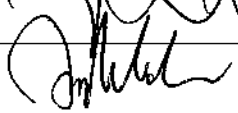
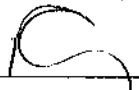
***ESTUDO COMPARATIVO DE
HEMORROIDECTOMIA SOB ANESTESIA
INFILTRATIVA LOCAL EM REGIME
AMBULATORIAL E SOB ANESTESIA
PERIDURAL COM HOSPITALIZAÇÃO***

Campinas, 1996

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Professor Doutor Raul Raposo de Medeiros

Membros:

1. VILMAR ARTUR KLUG: 
2. RONALDO ANTÔNIO BORGHESE: 
3. JUVENAL RICARDO N. GDES: 
4. SOÃO JOSÉ FAGUNDES: 
5. RAUL RAPOSO DE MEDEIROS: 

Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24/04/96

*“O real não está na saída e nem na chegada,
está na travessia”*

Guimarães Rosa

DEDICATÓRIA

*À minha esposa Regina
e minhas filhas, Mariana,
Renata e Thais, pela amor e
carinho.*

*Aos meus pais Manoel e
Vera, pelo espírito de luta.*

*Aos meus sogros Rafael e
Arminda, pela alegria de tê-los
ao meu lado.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Raul Raposo de Medeiros, pela orientação deste trabalho, empenho incansável na implantação do Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada do Departamento de Cirurgia, no Hospital das Clínicas da UNICAMP e, sobretudo, no que muito me possibilitou crescer.

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi, criador de uma Escola Cirúrgica, pelo apoio inestimável enquanto coordenador da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia.

Ao Dr. Heitor Sebastião de Barcelos Neto, companheiro no Serviço de Paulínia e no Hospital das Clínicas, amigo em todos os momentos, pela colaboração em fases importantes deste estudo.

Aos demais cirurgiões do grupo de Paulínia, Dr. Celso de Oliveira, Dr. Dario Victor Labbate, Dr. Guilherme Ribeiro de Moraes, Dr. José Cláudio Teixeira Seabra, Dr. Nilton César Aranha e Dr. Gilson Barreto, pelo espírito de unidade e companheirismo.

Aos anestesiólogos do Hospital Municipal de Paulínia, na pessoa da Dra. Célia Simões, pela dedicada e valorosa atuação.

Aos Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes e Prof. Dr. João José Fagundes pelo estímulo constante, amizade, e contribuição em minha formação cirúrgica.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Carvalho Ramos pela colaboração na execução da análise estatística.

Aos graduandos e residentes da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo estímulo e confiança demonstrados.

Aos funcionários do Hospital Municipal de Paulínia e do Centro de Saúde Escola de Paulínia pela atenção e carinho aos pacientes cirúrgicos.

Ao Sr. João de Arruda Pastana, pela complexa análise financeira dos custos neste trabalho.

À Seção de Apoio Didático da FCM - UNICAMP, especialmente aos funcionários Renata Maia, Elizabeth Blois e Jefferson Espindola pela prestatividade.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Generalidades.....	2
1.2. Dados da Literatura.....	3
1.2.1. Conceituações.....	3
1.2.2. Quadro Clínico.....	5
1.2.3. Classificação.....	6
1.2.4. Tratamento.....	7
1.2.5. Custos Envolvidos.....	11
2.OBJETIVOS.....	12
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	14
3.1. Casuística.....	15
3.1.1. População de Estudo.....	15
3.1.2. População de Participantes.....	15
3.1.2.1. Critérios de Inclusão.....	15
3.1.2.2. Critérios de Exclusão.....	15
3.1.2.3. Definição dos Grupos.....	15
3.2. Métodos.....	16
3.2.1. Procedimentos Anestésico-cirúrgicos.....	16
3.2.1.1. Exames Pré-operatórios.....	16
3.2.1.2. Cuidados Pré-operatórios.....	17
3.2.1.3. Procedimentos Anestésicos.....	17
3.2.1.3.1. Medicação Pré-anestésica.....	17
3.2.1.3.2. Anestesia Infiltrativa Local.....	17
3.2.1.3.3. Anestesia Peridural.....	18
3.2.1.4. Posição do Paciente.....	18
3.2.1.5. Antissepsia Perineal.....	18
3.2.1.6. Técnica Operatória.....	18
3.2.1.7. Orientações Complementares.....	19
3.2.1.8. Seguimento Ambulatorial.....	19
3.2.2. Definição e Quantificação das Variáveis.....	19
3.2.2.1. Inerentes ao Procedimento Cirúrgico.....	19
3.2.2.1.1. Necessidade de Medicação Analgésica por Via Intramuscular Adicional à Oral Prescrita.....	19
3.2.2.1.2. Tempo até a Primeira Defecação.....	20
3.2.2.1.3. Complicações.....	20
3.2.2.1.4. Tempo de Cicatrização.....	20
3.2.2.2. Duração do Ato Operatório.....	20
3.2.2.3. Tempo de Permanência na Instituição.....	20

3.2.2.4. Tempo de Retorno às Atividades Habituais.....	21
3.2.2.5. Custos do Tratamento.....	21
3.2.3. Definição de Sucesso.....	21
3.2.4. Análise Estatística.....	23
4. RESULTADOS.....	24
4.1. da População dos Participantes.....	25
4.1.1. Idade.....	25
4.1.2. Sexo.....	26
4.1.3. Procedência.....	26
4.1.4. Dados da Anamnese.....	26
4.1.5. Doenças Associadas.....	26
4.1.6. Localização dos Mamilos Hemorroidários.....	27
4.1.7. Graus dos Mamilos Hemorroidários.....	27
4.1.8. Exames Especializados.....	28
4.1.9. Avaliação Pré-anestésica.....	28
4.2. das Variáveis Analisadas.....	28
4.2.1. Inerentes ao Procedimento Cirúrgico.....	28
4.2.1.1. Necessidade de Medicação Analgésica por Via Intramuscular Adicional à Oral Prescrita.....	28
4.2.1.2. Tempo até a Primeira Defecação.....	30
4.2.1.3. Complicações.....	31
4.2.1.3.1. Complicações Gerais.....	31
4.2.1.3.2. Complicações Locais Precoces.....	31
4.2.1.3.3. Complicações Locais Tardias.....	32
4.2.1.4. Tempo de Cicatrização.....	32
4.2.2. da Duração do Ato Operatório.....	33
4.2.3. do Tempo de Permanência na Instituição.....	34
4.2.4. do Tempo de Retorno às Atividades Habituais.....	35
4.2.5. dos Custos do Tratamento.....	36
4.3. do Sucesso.....	36
5. DISCUSSÃO.....	37
5.1. Considerações Gerais.....	38
5.1.1. Cirurgia Ambulatorial na Doença Hemorroidal.....	38
5.1.2. Doença Hemorroidal no Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada do Hospital Municipal de Paulínia.....	41
5.1.3. Procedimentos Anestésicos na Região Anorretal.....	42
5.2. Variáveis Analisadas.....	46
5.2.1. Inerentes ao Procedimento Cirúrgico.....	46
5.2.1.1. Necessidade de Medicação Analgésica por Via Intramuscular Adicional à Oral Prescrita.....	46
5.2.1.2. Tempo até a Primeira Defecação.....	48
5.2.1.3. Complicações.....	48
5.2.1.3.1. Complicações Gerais.....	48

5.2.1.3.2. Complicações Locais Precoces.....	49
5.2.1.3.3. Complicações Locais Tardias.....	51
5.2.1.4. Tempo de Cicatrização.....	52
5.2.2. Duração do Ato Operatório.....	53
5.2.3. Tempo de Permanência na Instituição.....	53
5.2.4. Tempo de Retorno às Atividades Habituais.....	54
5.2.5. Custos do Tratamento.....	55
5.3. do Sucesso.....	56
6. CONCLUSÕES.....	58
7. SUMMARY.....	60
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
9. ANEXOS.....	78

LISTAS DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

TABELA I - Distribuição dos pacientes conforme o grupo etário.....	79
TABELA II - Distribuição dos pacientes conforme o sexo.....	79
TABELA III - Distribuição dos pacientes conforme o município de procedência.....	80
TABELA IV - Número de pacientes conforme os dados da anamnese.....	80
TABELA V - Número de pacientes conforme doenças associadas identificadas no grupo A.....	81
TABELA VI - Número de pacientes conforme as doenças associadas identificadas no grupo B.....	82
TABELA VII - Número de pacientes conforme a localização dos mamilos hemorroidários.....	83
TABELA VIII - Número de pacientes conforme grau dos mamilos hemorroidários.....	83
TABELA IX - Distribuição dos pacientes conforme a avaliação pré-anestésica.....	84
TABELA X - Número de pacientes conforme a necessidade de medicação analgésica intramuscular adicional à oral prescrita.....	84
TABELA XI - Número de pacientes conforme o tempo até a primeira defecação.....	85
TABELA XII - Número de pacientes conforme as complicações gerais.....	85
TABELA XIII - Número de pacientes conforme as complicações locais precoces.....	86
TABELA XIV - Número de pacientes conforme as complicações locais tardias.....	86

TABELA XV - Número de pacientes conforme o tempo de cicatrização.....	87
TABELA XVI - Número de pacientes conforme a duração do ato operatório.....	87
TABELA XVII - Número de pacientes conforme o tempo de retorno às atividades habituais.....	88
TABELA XVIII - Custos do tratamento cirúrgico.....	88
DADOS GERAIS DA CASUÍSTICA - GRUPO A.....	92
DADOS GERAIS DA CASUÍSTICA - GRUPO B.....	97

GRÁFICOS

GRÁFICO I - Idade.....	25
GRÁFICO II - Medicação intramuscular adicional.....	29
GRÁFICO III - Tempo até a primeira defecação.....	30
GRÁFICO IV - Tempo de cicatrização.....	33
GRÁFICO V - Duração do ato operatório.....	34
GRÁFICO VI - Tempo de retorno as atividades habituais.....	35

FOTOS

Método de anestesia infiltrativa local :	
FOTO I - 1ª etapa, na região posterior do ânus.....	89
FOTO II - 2ª etapa, na região anterior do ânus.....	90
FOTO III - ânus anestesiado, com relaxamento esfínteriano.....	91

ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
Nº	número
PO	pós-operatório, em dias
min	minutos
LE ou 3	mamilo lateral esquerdo
PD ou 7	mamilo posterior direito
AD ou 11	mamilo anterior direito
PE ou 5	mamilo posterior esquerdo
M	masculino
F	feminino
AVC	acidente vascular cerebral
ICC	insuficiência cardíaca congestiva
HAS	hipertensão arterial sistêmica
SIDA	síndrome da imunodeficiência adquirida
incont	incontinência
ITU	infecção do trato urinário
h	hora
urin	urinária
cic	cicatriz
T	tempo
T-CIR	tempo do ato cirúrgico, em minuto
RET	retorno
DÇAS ASSOC	doenças associadas



RESUMO

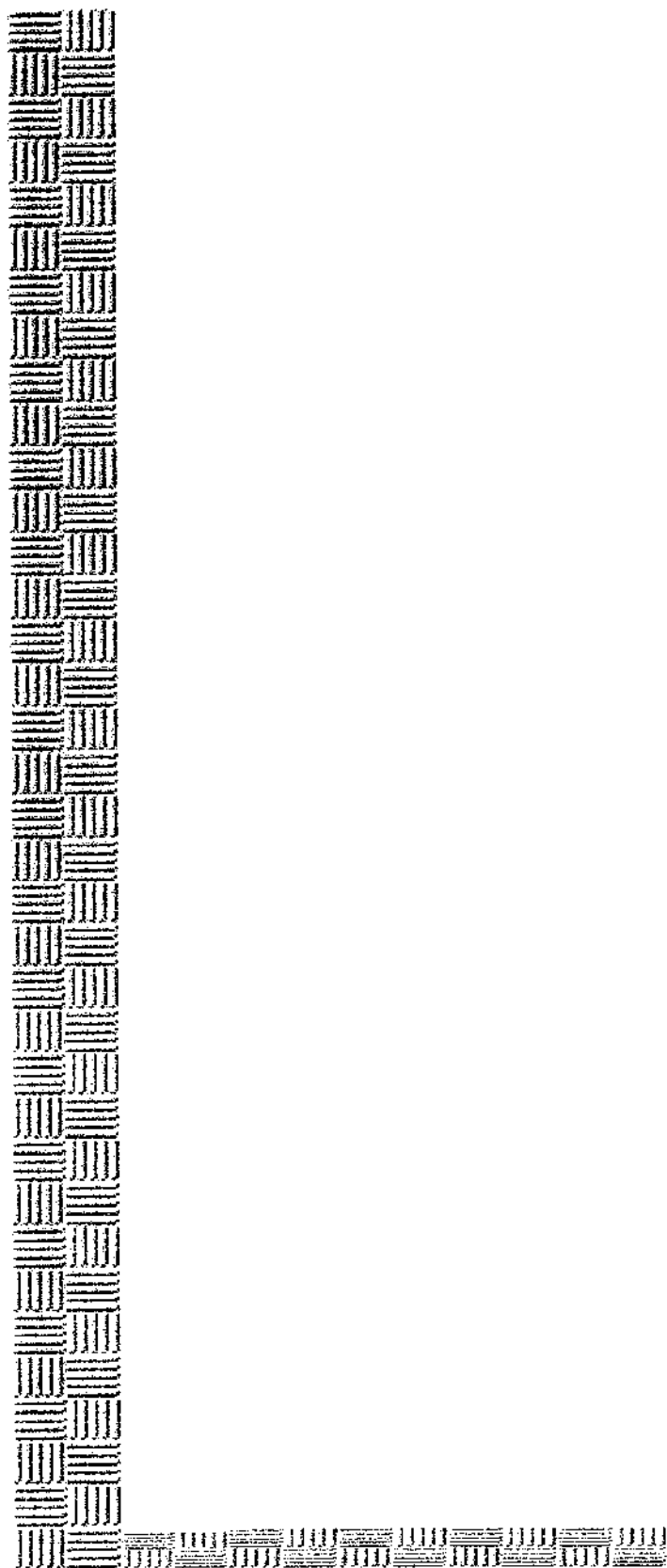
Cem pacientes portadores de doença hemorroidal foram operados pela técnica de Milligan-Morgan, entre junho de 1989 e junho de 1994. Apresentavam dois ou três mamilos hemorroidários, classificados em segundo e terceiro graus. Foram divididos em dois grupos, sendo cinquenta pacientes, operados sob anestesia infiltrativa local, sem internação, e cinquenta pacientes sob anestesia peridural, em regime de hospitalização.

Comparando-se diferentes variáveis em ambos os grupos, concluiu-se que não houve diferença significativa quanto a: tempo decorrido entre a operação e a primeira defecação; tempo de cicatrização e duração do ato operatório. Foi observada diferença significativa na menor necessidade de medicação analgésica intramuscular adicional à oral prescrita no pós-operatório e no menor tempo de retorno às atividades habituais nos pacientes do grupo operado sob anestesia infiltrativa local.

Retenção urinária foi percebida em 4% dos pacientes, todos do grupo operado sob anestesia peridural e atribuída ao ato anestésico. Hemorragia foi observada e tratada com nova ligadura cirúrgica do pedículo, em 4% dos casos, todos do grupo sob anestesia peridural e não atribuída ao ato anestésico. Estenose cicatricial com fissura foi observada em 2% nos doentes do grupo operado sob anestesia infiltrativa local e em 4% no grupo sob peridural. Permanência na instituição e pernoites, além dos programados ocorreram com 8% dos pacientes, todos do grupo sob anestesia peridural.

Os custos do tratamento cirúrgico sob anestesia infiltrativa peridural, com hospitalização, foram 23,92% maiores do que os sob anestesia infiltrativa local, no paciente ambulatorial.

Concluiu-se que, os pacientes operados sob anestesia infiltrativa local, em regime ambulatorial, apresentaram melhores resultados na análise global do tratamento da doença hemorroidal, do que aqueles operados sob anestesia peridural em regime de hospitalização.



1.INTRODUÇÃO

1.1. GENERALIDADES

A doença hemorroidal é uma das afecções mais freqüentes na raça humana e merece tratamento especializado.

Nos últimos dez anos, o estudo das doenças anorretais benignas, não tem tido o destaque necessário nem o devido espaço dentro dos programas de ensino de graduandos e residentes nas principais universidades do país. Hospitais universitários dificilmente dispõem de leitos, horários cirúrgicos, ou equipes interessadas na evolução técnica de tratamento da doença hemorroidal.

Uma alternativa válida e proveitosa foi a transferência deste tratamento e, conseqüentemente do ensino das doenças anorretais, assim como a herniária e outras, para hospitais secundários na forma de convênios com as universidades. As vantagens são observadas na assistência aos pacientes com cirurgiões interessados e experientes, com disponibilidade de leitos para casos de necessidade, boas condições para o ensino, possibilitando a aplicação de novas técnicas e metodologias científicas.

O desenvolvimento progressivo da cirurgia ambulatorial e suas formas de simplificação alcançou a proctologia, no tratamento das doenças anorretais, com rapidez e segurança. Deixou de ser limitante a escassez de leitos hospitalares, de salas cirúrgicas e de anesthesiologistas na maioria dos serviços cirúrgicos, aliada à constante necessidade de contenção de custos. Maior abrangência populacional foi conseguida e menores filas de espera para o tratamento foram observadas.

Especificamente no procedimento anestésico-cirúrgico, novas drogas e apresentações foram obtidas e continuarão sendo desenvolvidas, para anestesia por bloqueio lombar, geral ou infiltrativa local, com o intuito de preservar a segurança do paciente, sem prejudicar a alta precoce.

Aliada às técnicas de sedação consciente com medicamentos de curta duração, a anestesia infiltrativa local nas doenças anorretais, incluindo amplamente a hemorroidal, atingiu posição de destaque no tratamento cirúrgico, devido à aceitabilidade e conforto dos pacientes, associados à facilidade técnica, rapidez, segurança e economia.

1.2. DADOS DA LITERATURA

1.2.1. CONCEITUAÇÕES

A doença hemorroidal é afecção freqüente na espécie humana. Sua ocorrência foi observada desde eras mais remotas (BURKITT & GRAHAM-STEWART, 1975). A proctologia prosperou no Egito Antigo (HYAMS & PHILPOT, 1970) e nos séculos que se seguiram, com a sugestão de várias possíveis etiologias para a doença hemorroidal (GASS & ADAMS, 1950; THULESIUS & GJORES, 1973; THOMSON, 1975; WANNAS, 1984; HAAS, FOX, HAAS, 1984; SMITH, 1987).

É difícil obter dados precisos de sua incidência, porém, a experiência clínica sugere que muitas pessoas, de ambos os sexos, sejam portadoras de hemorróidas, principalmente em formas com poucos sintomas ou nenhum. É freqüente o encontro de hemorróidas em rotina de exames proctológicos, em pacientes sem sintomas anorretais. A incidência aparentemente aumenta com a idade, indicando que cerca de 50% dos indivíduos acima de 50 anos possuem algum grau de doença hemorroidal. Entretanto, podem ser encontradas em pessoas de todas as idades, e ocasionalmente até em crianças (GOLIGHER, 1984; HAAS et al., 1984).

O termo “hemorróidas” deriva do grego “*haimorrhoides*” e significa sangramento (*haima* = sangue, *rhoos* = fluxo), enfatizando a queixa mais freqüente na maioria dos pacientes.

Hemorróidas são dilatações venosas que ocorrem ao nível do anel anorretal. STELZNER (1963); THOMSON (1975) consideraram que as hemorróidas fazem parte da anatomia humana, embora o termo “hemorróidas” não conste na nomenclatura anatômica. Podem ser assintomáticas ou sintomáticas. As sintomáticas compõem a doença hemorroidal e merecem tratamento (HAAS, 1992; SORIANO & VESCO, 1993).

A multiplicidade de diferentes mecanismos sugere não haver uma simples e adequada teoria que explique as alterações fisiopatológicas associadas com hemorróidas. Dilatações fusiformes, saculares ou serpiginosas são apresentações regulares da anatomia (THOMSON, 1975). Por várias razões, este autor difundiu os conceitos, originalmente

observados por GASS & ADAMS (1950), aceitos por HUGHES (1957) e PATEY (1972) segundo os quais as hemorróidas internas derivam do deslizamento para baixo da mucosa e submucosa do canal anal, como resultado do estiramento ou fragmentação das fibras da camada *muscularis mucosae*. STELZNER (1963) havia relatado comunicações artério-venosas em áreas de formações cavernomatosas em canal anal, que seriam responsáveis pela cor vermelha rutilante observada nos pacientes com hemorróidas que sangram.

A região anorretal apresenta um plexo venoso constituído pelas veias hemorroidárias superiores, tributárias do sistema porta, e pelas hemorroidárias inferiores, que através das veias pudendas internas, drenam para as hipogástricas, sendo, portanto, tributárias do sistema cava. Estas veias constituem, respectivamente, o plexo hemorroidário superior ou interno, situado no espaço submucoso da porção distal do canal anal, e plexo hemorroidário inferior ou externo, localizado no espaço subcutâneo do mesmo canal. Entre ambos se estabelecem anastomoses múltiplas, resultando uma via de comunicação entre os sistemas venosos da porta e da cava. A separação de ambos os plexos é determinada pela linha pectínea ou anorretal.

As dilatações venosas situadas acima desta linha, ou seja, no plexo hemorroidário superior ou interno, que ocupam dois terços proximais do canal anal, cobertas pela mucosa, recebem a denominação de hemorróidas internas. As dilatações dependentes do plexo hemorroidário inferior ou externo, que ocupam o terço inferior do canal anal, cobertas por pele, constituem as hemorróidas externas. Quando ambos os plexos se acham comprometidos simultaneamente, denominam-se hemorróidas mistas (HADDAD, 1979; MORGADO et al., 1988).

A artéria hemorroidária superior, parte terminal da artéria mesentérica inferior, divide-se em dois ramos, direito e esquerdo, que perfuram as túnicas musculares do reto e caminham pela submucosa, até a linha pectínea. Durante este trajeto, o direito bifurca-se em anterior e posterior. Em correspondência aos ramos da artéria hemorroidária superior, um esquerdo e dois direitos, encontram-se as veias hemorroidárias superiores. Deste fato decorre, na maioria dos casos, a presença de dois mamilos à direita, sendo um anterior e

outro posterior, e de um mamilo em posição lateral à esquerda, denominados por MILES (1919) como primários. Entre estes, podem existir outras dilatações venosas, geralmente menores, conhecidas como mamilos hemorroidários secundários, que mais comumente se localizam nos quadrantes anterior e posterior esquerdos. Mais raramente são encontrados plexos varicosos circundando toda a circunferência do canal anal.

A inervação do canal anal apresenta o componente motor que provém do plexo hipogástrico (fibras simpáticas e parassimpáticas que se distribuem à altura do esfíncter interno), do ramo inferior do nervo pudendo interno e do feixe perineal do quarto nervo sacral (que se distribui ao nível do esfíncter externo). A inervação sensitiva é fornecida pelo nervo retal inferior, feixe do nervo pudendo. É particularmente rico em terminações nervosas livres, especialmente na linha pectínea (CELORIA et al., 1993).

1.2.2. QUADRO CLÍNICO

Sangramento, prolapso e trombose caracterizam o quadro clínico da doença hemorroidal, sendo os dois primeiros mais atribuídos ao componente interno (GOLIGHER, 1984). Podem aparecer independentes uns dos outros, sem relação com tamanho ou tempo. A predominância de um dos três quadros orienta a terapêutica. O sangramento, vermelho e rutilante, é usualmente o primeiro sintoma que ocorre, no momento da defecação, principalmente no paciente constipado. O prolapso hemorroidário desenvolve-se tardiamente, como regra, e atinge vários graus, ocorrendo em qualquer tipo de esforço, principalmente durante a defecação. A dor não é usual, muitas vezes confundida com desconforto, mas pode ser considerada um sintoma de hemorróidas internas não complicadas, entre 18 e 63% das vezes (BENNETT, FRIEDMAN, GOLIGHER, 1963; MURIE, SIM, MACKENZIE, 1981).

O diagnóstico da doença é clínico, constatado pela inspecção estática e durante o esforço, e pela anuscopia. Degeneração maligna é muito rara (CATALDO & MAC KEIGAN, 1992).

1.2.3. CLASSIFICAÇÃO

Quatro classificações foram propostas para as diferentes manifestações da doença hemorroidal (MARINO JR., 1980). A classificação inglesa de Gabriel, para hemorróidas internas, utiliza três graus. A classificação de Dodd, utilizada no Hospital São Marcos de Londres, também considera três graus, e não é limitada às hemorróidas internas. A classificação norte-americana de Smith inclui o quarto grau com as hemorróidas trombosadas. E a norte-americana de Salvati adota o quarto grau, conforme o sangramento e o prolapso.

As classificações de primeiro até quarto graus referem-se a alguma idéia de tamanho e tempo de evolução, sem correlação com o significado clínico (MORGADO et al., 1988). JANSSEN (1994) afirmou que a classificação do quarto grau não tem impacto direto no seu tratamento. MAZIER (1980) preferiu não utilizar classificações para doença hemorroidal, por considerar a sintomatologia mais importante, restringindo-se apenas a hemorróidas internas e externas, com ou sem prolapso, e com ou sem trombose.

A classificação mais aceita na literatura e adotada no Serviço de Colo-Proctologia da UNICAMP é a proposta por Dodd, por ser simples e precisa, adequando o sangramento ao prolapso, e incluindo o componente externo, assim descrita:

1º grau: veias do canal anal são aumentadas em número e tamanho e podem sangrar durante a defecação; não há prolapso;

2º grau: hemorróidas internas ou mistas, que apresentam exteriorização durante a defecação, mas retornam espontaneamente para o canal anal, onde permanecem o resto do tempo;

3º grau: hemorróidas internas ou mistas, que permanecem constantemente fora do canal anal.

1.2.4. TRATAMENTO

As hemorróidas com sintomas mínimos ou esporádicos, que correspondem à grande maioria, são de tratamento clínico, através de medidas higieno-dietéticas. Também é indicado em pacientes com risco cirúrgico aumentado, nas grávidas e nas hemorróidas sem complicações.

Quando os sinais e sintomas persistem, merecem tratamento especializado. A ressecção das hemorróidas foi primeiramente descrita na era de Hipócrates e Galeno. Várias técnicas operatórias e métodos não cirúrgicos tm sido desenvolvidos na tentativa de evitar as desvantagens da hemorroidectomia por excisão. Estas desvantagens incluem longa permanência hospitalar, longa convalescença, dor pós-operatória severa, retenção urinária aguda e estenose anal. Porém, estes métodos não cirúrgicos também não são isentos de complicações. Segundo BLEDAY et al. (1992), em estudo retrospectivo com mais de vinte e um mil pacientes em centros universitários, apenas 9,3% dos casos com doença hemorroidal necessitaram terapia cirúrgica. O tratamento conservador foi realizado em 45,2%, a ligadura elástica em 44,8%, e a escleroterapia ou a fotocoagulação em 0,7%. Mesmo assim ocorreram 22,5% de complicações, sendo 20,1% urinárias e 2,4% hemorrágicas. Apenas 7% eram pacientes ambulatoriais.

ARULLANI & CAPPELLO (1994); PERES et al. (1993b); MEDEIROS (1995) ressaltaram que qualquer tratamento para doença hemorroidal, cirúrgico ou não, depende da experiência de cada proctologista e que vem sendo crescente a realização de procedimentos nas próprias clínicas e sob anestesia local. Na vigência de sangramento, pode ser utilizado escleroterapia, ligadura elástica, crioterapia, dilatações, fotocoagulação, evaporação ou hemorroidectomia cirúrgica. Para prolapso hemorroidário, qualquer técnica que o elimine, ressecando ou fixando no canal anal, pode ser indicada. Na vigência de trombose, a cirurgia é o procedimento de escolha, devido à severidade dos sintomas (COHEN, 1985; SMITH, 1987).

A escleroterapia fornece resultados pouco aceitáveis a curto, médio e longo prazo, devido às taxas de recidivas em torno de 10 a 74% (DENCKER et al., 1973; BARTRAZ, 1981; SANTOS et al., 1993). Não deve ser efetuada em mamilos hemorroidários de primeiro grau, sendo preferível o tratamento clínico nesta apresentação (O'CONNOR, 1994).

A ligadura elástica tem indicação limitada (BARRON, 1963), em mamilos internos de 2º grau e casos selecionados com prolapso mucoso redutível. Admitem-se recidivas entre 10 e 33% dos casos a médio e longo prazo (STEINBERG, LIEGOIS, ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; PANDA et al., 1975; JENSEN et al., 1989). Podem ser necessárias até quatro sessões para obter resultados, ocorrendo dor forte em 7% dos casos (NOVELL, ESPERT, TRIAS, 1994).

Dilatações anorretais, como preconizadas por LORD (1975), conhecidas na Grécia desde a Idade Média, atuam na redução da congestão venosa causada pela musculatura esfíncteriana espástica, principalmente em jovens com hemorróidas, às vezes com fissuras associadas (ALEXANDER-WILLIAMS, 1982a). Com pouca aplicação e consideradas sem fundamento fisiopatológico, ainda podem provocar disfunções esfíncterianas permanentes em pacientes com mais de 60 anos de idade (ALEXANDER-WILLIAMS, 1982b).

A fotocoagulação com raios infravermelhos é um método limitado para mamilos hemorroidários pequenos, de primeiro e segundo graus. Não tem resultados satisfatórios no prolapso, e, por vezes, exige múltiplas aplicações (BLEDAY et al., 1992).

MEDEIROS & PERES (1988); MAC RAE & MAC LEOD (1995), comparando diversas modalidades de tratamento, concluíram que a hemorroidectomia é muito mais eficaz que a dilatação anal, tem melhores resultados a longo prazo do que a ligadura elástica, apesar de promover muito mais dor. Ligadura elástica foi melhor do que escleroterapia no tratamento em qualquer grau, com complicações semelhantes. Escleroterapia e fotocoagulação exigiram mais tratamentos complementares do que a ligadura elástica, embora esta promova mais dor. REIS NETO et al. (1991);

JANSSEN (1994) consideraram que a escleroterapia, ligadura elástica e fotocoagulação podem ser eficientes, econômicas e bem recebidas pelos pacientes, em casos selecionados.

O'CALLAGHAN, MATHESON, HALL (1982) utilizaram a crioterapia em mamilos de terceiro grau e prolapso e encontraram resultados semelhantes a hemorroidectomia à Milligan-Morgan, quanto à dor, retorno ao trabalho e complicações. DENIS et al. (1989); ENDRES & STEINHAGEN (1994) compararam a secção à tesoura e secção com laser de CO₂, não observando diferenças nos sintomas pós-operatórios e nos resultados. LEFF (1992) não encontrou diferenças entre a hemorroidectomia com e sem laser, em 72,6% de pacientes ambulatoriais, sob anestesia local em 87,6% das vezes, quanto à dor, cicatrização e complicações. ANDREWS et al. (1993); HIRANO & YOSHIOKA (1993) não encontraram vantagens na hemorroidectomia por diatermia, quando comparada por ressecção com tesoura à Milligan-Morgan sob anestesia geral, inclusive referindo que o tempo da primeira defecação e a dor pós-operatória foram semelhantes.

A hemorroidectomia ainda é a solução terapêutica mais utilizada por oferecer os melhores resultados (ALEXANDER-WILLIAMS, 1982b; GOLIGHER, 1984; TURRA et al., 1985; COPE, 1994). MAC LEOD (1983) afirmou que 5 a 10% dos portadores da doença hemorroidal necessitam desta intervenção. A técnica de dissecção, ligadura e excisão dos mamilos hemorroidários, descrita por SALMON (1829) e proposta por MILLIGAN et al. (1937), tem sido a mais utilizada e difundida, conhecida universalmente como técnica de Milligan-Morgan ou técnica do Hospital São Marcos, de Londres. É a preferida pelos autores, devido à simplicidade, rapidez, segurança e com poucas complicações pós-operatórias (BARADNEY 1974; MILITAREV & PROTASEVITSCH, 1977; GOLIGHER, 1984; JOHNSON, BUDD, WARD, 1987; DENIS et al., 1989; LATTERI et al., 1991; NAHAS et al., 1992; COPE, 1994). Realizada de forma correta, é uma excelente operação, ressecando tecido suficiente, sem provocar estenose, nem a formação de plicomas (ALEXANDER-WILLIAMS, 1982b). As técnicas de Milligan-Morgan, Parks (PARKS, 1956) e Ferguson (FERGUSON & HEATON, 1959) apresentaram resultados semelhantes na experiência de BUCHMANN (1989),

recomendando que cada cirurgião deve utilizar aquela que melhores resultados obtém. REIS NETO (1974) descreveu melhores resultados na técnica semifechada em comparação com a aberta. Estudos de VIEIRA et al. (1988) compararam técnicas de fechamento parcial ou total da ferida operatória com a técnica aberta, sem registrar diferenças significativas.

LATTERI et al. (1991) consideraram que a esfínterectomia interna, associada à hemorroidectomia a Milligan-Morgan, tem a vantagem de evitar estenose, cicatriz fissurária e provocar dor de menor intensidade, embora tivessem observado 1% de disfunção esfínteriana. ROOVER, HOOFWIJK, VROONHOVEN (1989) relataram que a esfínterectomia é uma alternativa atraente na hemorroidectomia de urgência em mamilos volumosos, promovendo menor dor e edema. Segundo LEONG et al. (1994), a esfínterectomia associada à hemorroidectomia não aumentou as taxas de complicações locais, nem causou disfunção esfínteriana permanente. TURRA et al. (1985) não admitiram a esfínterectomia anal interna como rotina em hemorroidectomia, por observar dor ou edema de igual intensidade, além registrarem disfunções esfínterianas desnecessárias e, algumas vezes, permanentes. HILTUNEN & MATIKAINEN (1992) contra-indicam a dilatação digital de rotina ao término do ato operatório, pelos mesmos motivos.

No Brasil, SPERANZINI, OLIVEIRA, JUNQUEIRA (1985) relataram que os grandes congestionamentos em centros cirúrgicos, unidades de internação, serviços sociais, tanto de hospitais privados quanto públicos, refletiam a hipertrofia desse sistema de atendimento. Foram revistos e ampliados conceitos para modalidades alternativas de assistência médica, como a cirurgia ambulatorial, ampla e moderna, que transferiu um grande número de procedimentos cirúrgicos da complexidade hospitalar para unidades paralelas de atendimento, com estrutura suficiente para simplificar o pós-operatório, sem comprometer a segurança e o conforto psicossocial do paciente.

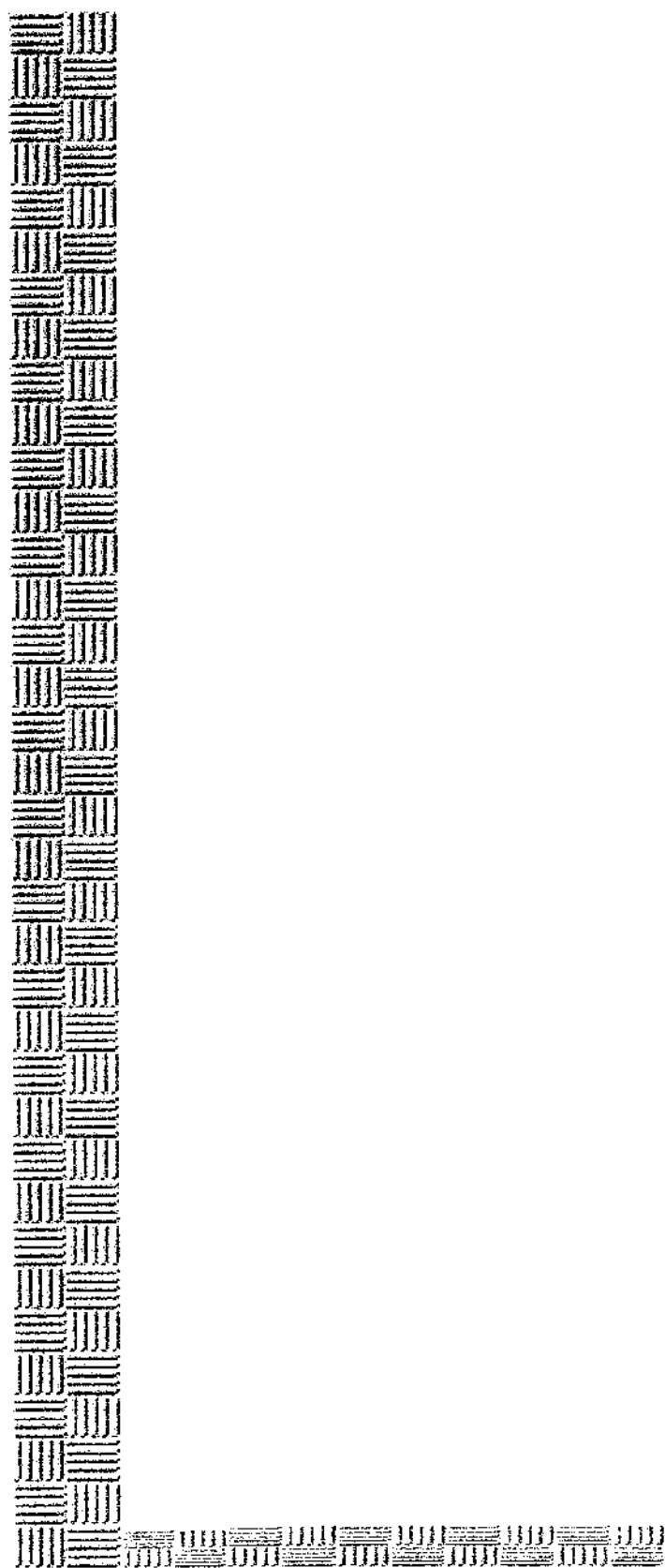
Portadores de doença hemorroidal com indicação cirúrgica muitas vezes procuram métodos alternativos, tentando ao máximo evitar a operação clássica, devido aos rumores de grande sofrimento pós-operatório. Entretanto, pode-se realizar hemorroidectomia em regime ambulatorial, propiciando uma situação mais aceitável para o

paciente, sem onerá-lo ou as instituições de saúde, com segurança no intra e pós-operatório (KRATZER, 1975; PINHO, 1987; RIBEIRO & RIBEIRO, 1988; PERES et al., 1991; BOLTRI et al., 1993; MEDEIROS, 1995). O paciente pode experimentar menor ansiedade, não havendo hospitalização, pode deambular poucas horas após o ato cirúrgico, retornar ao seu domicílio e convívio familiar no mesmo dia, com os cuidados locais e defecações no próprio banheiro, retornar mais precocemente às atividades habituais, com menor tempo de afastamento do trabalho (KRATZER, 1975). Pouca ansiedade e apoio familiar no lar podem tornar suportáveis a dor e o desconforto das primeiras defecações, necessitando de pouca medicação analgésica e antiinflamatória.

1.2.5. CUSTOS ENVOLVIDOS

Enquanto os custos com hospitalização vinham progressivamente aumentando nos Estados Unidos, as facilidades cirúrgicas com o paciente ambulatorial começaram a surgir, melhorando o custo-benefício para pacientes, hospitais e médicos (DAVIS & DETMER, 1972; DAVIS, 1973; SALTZSTEIN, SULLIVAN, PATTERSON, 1974; FORD, 1978; PERES, 1992). Os custos, se por um lado aumentam na tecnologia aplicada, são reduzidos pelo menor número de intercorrências e infecções, que necessitam medicações dispendiosas e maior tempo de hospitalização (CRUSE, 1975; GUIMARÃES et al., 1985; FERRAZ et al., 1989).

No tratamento cirúrgico da doença hemorroidal, não há necessidade de tecnologia adicional, no paciente ambulatorial ou hospitalizado. RIBEIRO & RIBEIRO (1988); ROBINSON, SMITH, PERCIBALLI (1990); ARGOV (1994) realizaram hemorroidectomias em regime ambulatorial, referindo economia considerável e com relativa simplicidade. As variáveis no tratamento cirúrgico referiram-se à necessidade de internação, tipo de anestesia e drogas utilizadas, tratamento da dor pós-operatória durante a hospitalização ou no domicílio e eventuais complicações.



2. OBJETIVOS

Comparar dois grupos de pacientes portadores de doença hemorroidal, operados pela técnica de Milligan-Morgan, sendo um grupo sob anestesia infiltrativa local em regime ambulatorial, e outro sob anestesia peridural, com hospitalização, relativamente a:

A) variáveis inerentes ao ato cirúrgico: necessidade de medicação analgésica intramuscular adicional à oral prescrita no pós-operatório; tempo entre o ato cirúrgico e a primeira defecação no período pós-operatório; complicações gerais, locais, precoces e tardias, e tempo de cicatrização da ferida operatória;

B) duração do ato operatório;

C) permanência prevista na Instituição;

D) tempo de retorno às atividades habituais;

E) custos do tratamento cirúrgico.



3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. CASUÍSTICA

3.1.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Nesta análise prospectiva, a população de estudo foi constituída por pacientes portadores de doença hemorroidal que procuraram o Ambulatório do Serviço de Cirurgia do Hospital Municipal da Paulínia, São Paulo, coordenado pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

3.1.2. POPULAÇÃO DE PARTICIPANTES

A população de participantes foi constituída por cem (100) pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 16 e 80 anos, portadores de doença hemorroidal com indicação de hemorroidectomia.

3.1.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluíram-se os pacientes portadores de doença hemorroidal, de componentes interno e externo associados, com dois ou três mamilos, de segundo e terceiro graus da classificação de Dodd, sem outra doença anorretal associada, e sem tratamento cirúrgico anorretal prévio.

3.1.2.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Excluíram-se os pacientes com trombose hemorroidária, portadores de apenas um ou acima de três mamilos, doença em primeiro grau, distúrbios da continência fecal ou deformidade anal, procedentes de municípios com mais de noventa minutos de traslado, pacientes com doenças associadas não controladas, distúrbios psiquiátricos e gestantes.

3.1.2.3. DEFINIÇÃO DOS GRUPOS

Todos os pacientes passaram por exame clínico pré-operatório e compareceram ao hospital na data programada.

GRUPO A

Neste grupo foram incluídos 50 pacientes, tratados com hemorroidectomia pela técnica de Milligan-Morgan, sob anestesia infiltrativa local, em regime ambulatorial. Faziam parte os pacientes hígidos ou com doenças associadas controladas, acompanhados por adulto responsável, tendo confirmado o transporte de retorno para o domicílio, apoio familiar e fácil comunicação com a Instituição.

GRUPO B

Neste, houve inclusão de 50 pacientes, operados pela técnica de Milligan-Morgan, sob anestesia peridural, em regime de internação, com um pernoite na Instituição. Faziam parte portadores de doenças sistêmicas de fácil descompensação, com baixo nível de assimilação de informações, ausência de acompanhante adulto responsável, falta de apoio familiar e condições mínimas de moradia e higiene, ou indisponibilidade de telefone acessível e transporte imediato no pós-operatório.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. PROCEDIMENTOS ANESTÉSICO-CIRÚRGICOS

3.2.1.1. EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Quanto aos exames pré-operatórios, foram solicitados, ambulatorialmente, hemograma e glicemia. Em pacientes acima de 40 anos foi realizado eletrocardiograma e em portadores de doenças sistêmicas e crônicas, ou sintomas específicos, exames laboratoriais ou de imagem inerentes.

Toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia foram realizados em todos os pacientes. Havendo alteração recente do hábito intestinal, muco nas fezes, emagrecimento, puxo, tenesmo, cólicas abdominais, ou sintomas anorretocólicos não condizentes com a doença hemorroidal, foi indicado enema opaco ou colofibrosopia.

3.2.1.2. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Os pacientes foram admitidos no final da manhã do dia da operação. A assistente social reforçou as orientações aos pacientes e acompanhantes quanto às rotinas neste tipo de tratamento, tempo provável de permanência hospitalar e necessidade do apoio familiar. Foi obtido consentimento consciente dos pacientes ou responsáveis acerca das técnicas em estudo. A enfermeira foi a responsável pela confirmação do jejum, raspagem dos pelos da região anal, banho geral de aspersão, registro dos dados vitais e do horário da medicação pré-anestésica, quando necessária. Nenhuma solução oral de preparo intestinal ou clister foram utilizados. Todos os procedimentos foram realizados no período vespertino.

3.2.1.3. PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

3.2.1.3.1. MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Pacientes do grupo A foram medicados com 5 mg de midazolan e 30 mg de meperidina por via intravenosa, cinco minutos antes do ato operatório, pela equipe de cirurgias.

No grupo B, a medicação pré-anestésica foi administrada pelos anesthesiologistas, sendo o midazolan na dose de 15 mg por via oral, sessenta minutos antes do procedimento anestésico-cirúrgico.

Pacientes acima de 65 anos, dos dois grupos, não receberam medicação pré-anestésica.

Em todos os pacientes foi instalada venóclise, monitorização cardíaca contínua com cardioscópio, e oxigênio nasal a 3 litros por minuto.

3.2.1.3.2. ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL

No grupo A, a anestesia local foi realizada com lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, cerca de 150 mg (15 ml), por infiltração de todo o anoderma, mediante duas punções com agulha "25x7", na linha média, anterior e posterior ao ânus (KRATZER, 1975). Terminado o ato operatório, procedeu-se a infiltração de bupivacaína

a 0,25% com vasoconstritor, cerca de 25 mg (10ml), nas imediações da ferida operatória. A presença do anestesiológista no Centro Cirúrgico foi obrigatória, por norma do Serviço. (FOTOS I, II e III)

3.2.1.3.3. ANESTESIA PERIDURAL

No grupo B, a equipe de anestesiológistas realizou a anestesia peridural, com lidocaína a 2% com vasoconstritor, na dose de 300 mg (15 ml), com agulha “80x18”, por punção lombar entre a terceira e quarta vértebras.

3.2.1.4. POSIÇÃO DO PACIENTE

Os pacientes foram submetidos aos procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia, em discreto proclive. Utilizou-se tração lateral das nádegas com aplicação de duas tiras de esparadrapo.

3.2.1.5. ANTI-SEPSIA PERINEAL

Foi utilizada a polivinil pirrolidona-iodine ou povidona-iodine, em solução degermante, com 1% de iodo ativo, em todos os pacientes, desde que não houvesse contra-indicação ao seu uso.

3.2.1.6. TÉCNICA OPERATÓRIA

A técnica de hemorroidectomia empregada foi a de Milligan-Morgan, sendo a secção da pele e dissecção dos mamilos realizadas à tesoura de Metzenbaum. Utilizou-se bisturi elétrico para a hemostasia. A ligadura do pedículo foi feita cerca de 5 mm acima da linha pectínea, com fio de catgut 2-0 cromado, transfixando-o. Quando o componente hemorroidário interno progrediu acima de 15 mm da linha pectínea, uma segunda ligadura, com o mesmo fio, foi efetuada neste nível, com secção entre as duas ligaduras. Foi utilizado o afastador anal de Pitanga-Santos. Sempre foi mantida a ferida operatória aberta, sem qualquer tipo de fechamento ou aproximação. As operações foram realizadas pelo autor, ou residentes do segundo ano em Clínica Cirúrgica, sob sua supervisão direta.

3.2.1.7. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

Todos os pacientes receberam, por escrito, orientação quanto à dieta, quando e como usar laxativos, ensinamento para banhos de assento com água morna, uso do permanganato de potássio em semicúpios e de pomada anestésica, limitação da atividade física, e como proceder em relação à dor e sangramento nas primeiras evacuações. Não foram prescritos antibióticos.

3.2.1.8. SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Os pacientes foram orientados para retorno ao ambulatório no 7º, 14º, 28º, 42º e 56º dia pós-operatório. A seguir, foi indicado retorno próximo ao 90º e 180º dia pós-operatório. Pacientes com cicatrização desfavorável tiveram retorno a cada duas semanas, até a completa epiteliação.

3.2.2. DEFINIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.2.2.1. INERENTES AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

3.2.2.1.1. NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA POR VIA INTRAMUSCULAR ADICIONAL À ORAL PRESCRITA

Em todos os casos foi administrado rotineiramente o diclofenaco sódico na dose de 75 mg, por via intramuscular, cerca de dez minutos após o término do ato cirúrgico. Por via oral, foi prescrito rotineiramente o diclofenaco sódico na dose de 50 mg por via oral a cada 8 horas, concomitante ao uso da associação de dipirona-adifenina-prometazina, quando necessária complementação por dor, a intervalos de 4 a 6 horas, salvo contra-indicações a estas drogas. Na falha de controle da dor pela medicação oral, os pacientes receberam nova dose de diclofenaco sódico por via intramuscular. Consideraram-se duas eventualidades: a de controle da dor com a medicação oral e a que necessitou de analgésicos adicionais por via intramuscular.

3.2.2.1.2. TEMPO ATÉ A PRIMEIRA DEFECACÃO

Foi anotado o dia da primeira defecação após o procedimento cirúrgico em todos os pacientes, bem como se foi espontânea ou com auxílio de clister, mediante informações dos pacientes.

3.2.2.1.3. COMPLICAÇÕES

Fez-se registro das complicações gerais, locais precoces e locais tardias em ambos os grupos, mediante avaliações médicas programadas.

3.2.2.1.4. TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

A cicatrização, até a total epitelização, baseou-se no conceito visual. Mediante as avaliações programadas, foi registrado o tempo de cicatrização e os defeitos da epitelização em ambos os grupos.

3.2.2.2. DURAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

A duração de cada ato cirúrgico, em todos os pacientes, foi registrada nas fichas de descrição do ato operatório e anestésico, em intervalos de cinco minutos.

3.2.2.3. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

No grupo A, terminado o ato operatório, os pacientes foram encaminhados à sala de recuperação anestésica, permanecendo até 120 minutos, sob cuidados da equipe de cirurgiões. Após recuperação plena da consciência, avaliação da dor, controle dos dados vitais, aceitação oral de líquidos e diurese espontânea, retornaram a seus domicílios.

No grupo B, terminado o ato operatório, os pacientes foram levados à sala de recuperação anestésica, permanecendo entre 90 a 180 minutos, sob cuidados da equipe de anesthesiologistas. A seguir foram encaminhados à enfermaria, onde puderam receber visitas, alimentar-se na mesma noite, e ter seus dados vitais e diurese controlados. Na manhã seguinte, após avaliação geral e local, tiveram alta hospitalar.

Foi anotado o tempo de permanência hospitalar em ambos os grupos, dentro desta programação.

3.2.2.4. TEMPO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

O tempo de retorno às atividades habituais, de trabalho ou domésticas, foi registrado em dias, em ambos os grupos, mediante informações dos pacientes.

3.2.2.5. CUSTOS DO TRATAMENTO

Partindo do fato que o ato operatório foi exatamente igual, independentemente da anestesia empregada, foram mensurados os custos do tratamento relativos aos dois grupos.

Para esta análise, foram computados os vencimentos dos médicos, residentes, graduandos, enfermeiras e auxiliares, custos com alimentação, preparos, materiais e medicações. Os valores tiveram base no final da segunda semana do mês de dezembro de 1990, sendo o cruzeiro a moeda vigente na ocasião. Não se consideraram os custos do consumo de água e energia elétrica, da mão-de-obra da copa e cozinha, lavanderia, central de esterilização, limpeza, almoxarifado, nem da depreciação de materiais e aparelhos.

Custos relativos ao procedimento anestésico-cirúrgico foram denominados “custos intra-operatórios” e os referentes à permanência hospitalar, alimentação, medicações fora da sala cirúrgica e curativos na enfermaria, foram considerados “custos extra-operatórios”.

3.2.3. DEFINIÇÃO DE SUCESSO

Decidimos dividir em categorias os resultados do procedimento cirúrgico em ambos os grupos, com respeito ao conjunto de variáveis, que refletissem o sucesso neste estudo. Este sucesso, operacionalmente, foi definido em função de:

- 1) necessidade de medicação analgésica intramuscular adicional à oral prescrita nas primeiras 24 horas;
- 2) defecação nas primeiras 48 horas;
- 3) ausência de retenção urinária;
- 4) evolução tardia com estenose ou cicatriz fissurária;

- 5) cicatrização completa em 6 semanas;
- 6) duração do ato operatório;
- 7) necessidade de hospitalização após a alta da instituição;
- 8) tempo de retorno às atividades habituais.

Atribuíram-se escores a estas variáveis, segundo o observado em cada paciente. Os resultados foram somados e o conjunto de cada grupo comparado. Foram escolhidas algumas destas variáveis (1, 2, 3, 7 e 8) que, notadamente, tinham relevância no conforto do paciente durante o período pós-operatório, ou que acarretavam custo adicional ao procedimento, sendo, então, ponderadas.

Abaixo estão apresentados os escores possíveis, segundo os resultados categorizados de cada variável.

Medicação adicional intramuscular

não = 2

sim = 0

Retenção urinária

não = 2

sim = 0

Cicatrização até 6 semanas

sim = 1

não = 0

Retorno às atividades habituais

até 10 dias

sim = 2

não = 0

Defecação até 48 horas

sim = 2

não = 0

Cicatriz fissurária, estenose

não = 1

sim = 0

Hospitalização após alta

não = 2

sim = 0

Duração do ato operatório

até 30 minutos = 2

de 31 a 45 minutos = 1

de 46 a 60 minutos = 0

3.2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- 1) teste de Mann-Whitney para dados não paramétricos (idade e sucesso);
- 2) tabela de contingência para diferenças entre proporções, sem correções (sexo, grau dos mamilos, tempo até a primeira defecação, tempo de cicatrização, duração do ato cirúrgico, tempo de retorno as atividades habituais).



4. RESULTADOS

Tendo em vista o caráter prospectivo do trabalho, foi importante a análise da população de participantes neste capítulo.

4.1. DA POPULAÇÃO DOS PARTICIPANTES

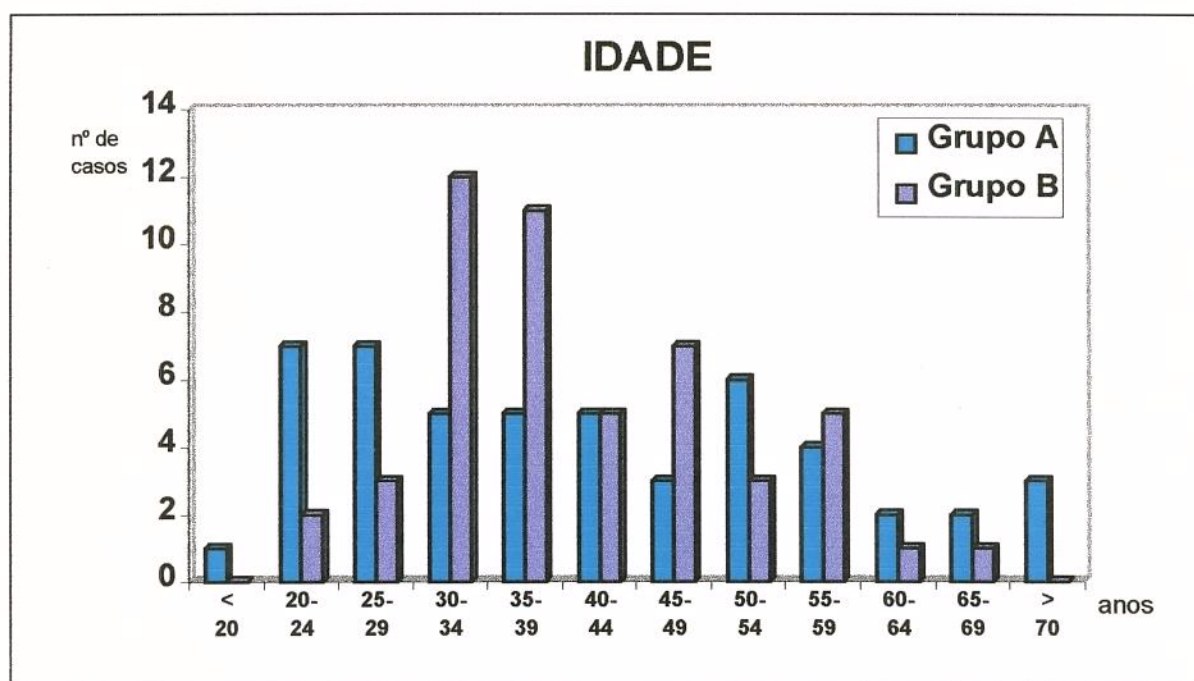
Todos os pacientes foram operados entre junho de 1989 e junho de 1994, através do Programa de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada.

4.1.1. IDADE

A idade, no grupo A, variou de 17 a 79 anos, com mediana de 39 anos. No grupo B, variou de 23 a 69 anos, com mediana de 38. (GRÁFICO I) (TABELA I)

A análise estatística revelou $z=0$; $p=0,5$, mostrando que as populações de ambos os grupos eram comparáveis com respeito à idade.

GRÁFICO I



4.1.2. SEXO

No grupo A, 25 pacientes eram do sexo masculino (50%) e 25 do feminino (50%). No grupo B, 27 eram do sexo masculino (54%) e 23 do feminino (46%). (TABELA II)

A análise estatística revelou $\chi^2=0,041$; $p=0,84$, mostrando que as populações de ambos os grupos eram comparáveis com respeito ao sexo.

4.1.3. PROCEDÊNCIA

No grupo A, 15 pacientes (30%) eram procedentes do município de Paulínia e 35 (70%) de outros municípios. No grupo B, 7 (14%) eram procedentes do município de Paulínia e 43 (86%) de outros municípios. (TABELA III)

4.1.4. DADOS DA ANAMNESE

Quanto aos sinais e sintomas que levaram à indicação cirúrgica, no grupo A, nove (18%) pacientes apresentavam apenas sangramento; oito (16%), sangramento seguido de prolapso; cinco (10%), sangramento e dor; cinco (10%), sangramento e desconforto; três (6%), apenas prolapso; três (6%), prolapso e desconforto; dez (20%), prolapso freqüente e sangramento esporádico; um (2%), prolapso e dor; três (6%), desconforto e sangramento esporádico e três (6%), desconforto e prolapso esporádico.

No grupo B, doze (24%) pacientes apresentavam apenas sangramento; nove (18%), sangramento seguido de prolapso; oito (16%), sangramento e dor; oito (16%), sangramento e desconforto; dois (4%), apenas prolapso; dois (4%), prolapso e desconforto; seis (12%), prolapso freqüente e sangramento esporádico e três (6%), desconforto e sangramento esporádico. (TABELA IV)

4.1.5. DOENÇAS ASSOCIADAS

No grupo A, foram identificadas doenças associadas em quinze (30%) pacientes, sendo seis (12%) portadores de hipertensão arterial sistêmica. Destes, um apresentava associação à cardiopatia por hipertensão e outro, ao diabetes e seqüela de acidente vascular cerebral. Dos nove restantes, dois (4%) eram portadores de cardiopatia

isquêmica, dois (4%) de miocardiopatia, um (2%) de diabetes, um (2%) de anemia, um (2%) de asma, um (2%) de artralgias, e um (2%) era alcoólatra. (TABELA V)

No grupo B, foram identificadas doenças associadas em quinze (30%) pacientes, sendo oito (16%) portadores de hipertensão arterial sistêmica. Destes, havia um caso de associação ao diabetes; um, à epilepsia; um, ao alcoolismo; um, à infecção urinária de repetição; um, à neurose e um, à cardiopatia isquêmica. Dos sete restantes, dois (4%) eram portadores de epilepsia; dois (4%), de asma; um (2%), de alergias múltiplas; um (2%), de incontinência urinária de esforço e um (2%), do vírus da síndrome de imunodeficiência adquirida. (TABELA VI)

4.1.6. LOCALIZAÇÃO DOS MAMILOS HEMORROIDÁRIOS

No grupo A, 30 (60%) pacientes apresentavam dois mamilos hemorroidários (13 com mamilos lateral esquerdo e posterior direito; 10 com posterior direito e anterior direito; três com lateral esquerdo e anterior direito; dois com posterior esquerdo e anterior direito e dois com posterior esquerdo e posterior direito) e 20 (40%) pacientes apresentavam três mamilos hemorroidários (16 com mamilos lateral esquerdo, posterior direito e anterior direito; três com posterior esquerdo, posterior direito e anterior direito e um com lateral esquerdo, posterior esquerdo e posterior direito).

No grupo B, nove (18%) pacientes apresentavam dois mamilos hemorroidários (dois com mamilos lateral esquerdo e posterior direito; quatro com posterior direito e anterior direito; três com lateral esquerdo e anterior direito) e 41 (82%) pacientes apresentavam três mamilos hemorroidários (36 com mamilos lateral esquerdo, posterior direito e anterior direito; três com posterior esquerdo, posterior direito e anterior direito; um com lateral esquerdo, posterior esquerdo e posterior direito e um com lateral esquerdo, posterior esquerdo e anterior direito). (TABELA VII)

4.1.7. GRAUS DOS MAMILOS HEMORROIDÁRIOS

No grupo A, 35 (70%) pacientes apresentavam a doença predominantemente no segundo grau e 15 (30%) no terceiro grau. No grupo B, 27 (54%) apresentavam-na no segundo grau, e 23 (46%) no terceiro. (TABELA VIII)

A análise estatística revelou $\chi^2=2,07$; $p=0,15$ - IC (95%)=0,8 - 4,92, mostrando que as populações de ambos os grupos eram comparáveis com respeito ao grau dos mamilos hemorroidários.

4.1.8. EXAMES ESPECIALIZADOS

A retossigmoidoscopia foi realizada em todos os pacientes. Em três (6%) pacientes havia sido feita a colofibrosopia e em dois (4%), enema opaco, em outro serviço, todos do grupo A. Estes exames foram considerados normais, além da doença hemorroidal.

4.1.9. AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Foi utilizada a classificação da Sociedade Americana da Anestesiologia (AMERICAN...,1963). No grupo A, a avaliação clínica pré-operatória foi realizada pela equipe cirúrgica, sendo que 35 (70%) pacientes foram considerados ASA I e 15 (30%) ASA II. No grupo B, a equipe de anesthesiologistas realizou a visita pré-anestésica, no quarto do paciente, sendo que 35 (70%) foram considerados ASA I e 15 (30%) ASA II. (TABELA IX)

4.2. DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

4.2.1. INERENTES AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

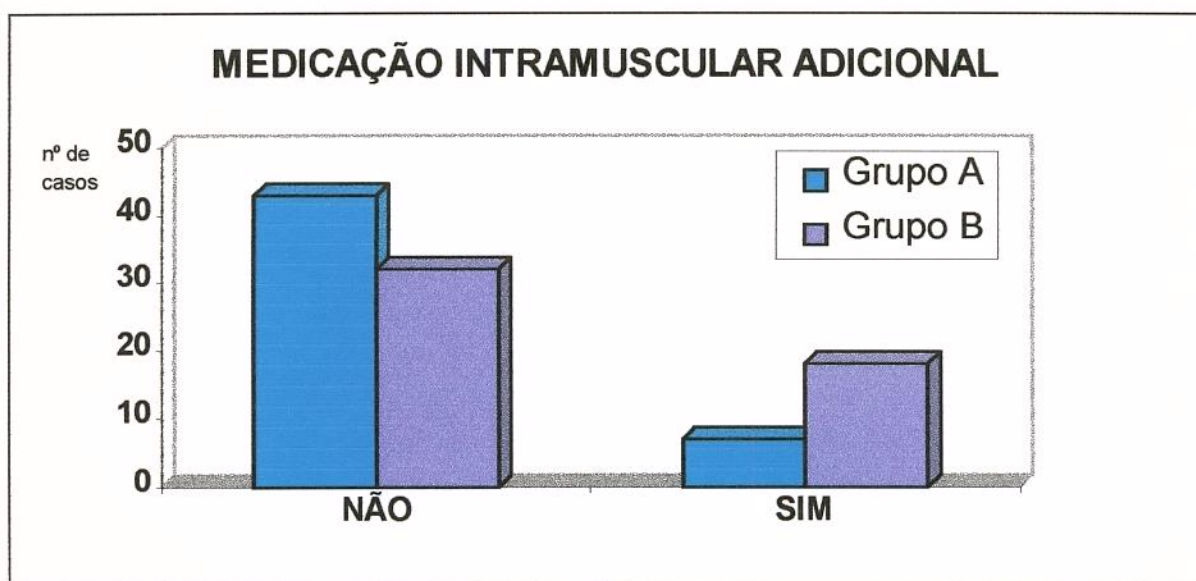
4.2.1.1. NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA POR VIA INTRAMUSCULAR ADICIONAL À ORAL PRESCRITA

No grupo A, não houve solicitação de medicação adicional por via intramuscular enquanto em ambiente hospitalar, sendo que nenhum paciente permaneceu neste por mais de duas horas após o ato cirúrgico. Neste grupo, 43 (86%) pacientes tiveram a dor controlada com medicação oral e sete (14%) pacientes fizeram uso de medicação por via intramuscular entre a 5ª e 8ª hora pós-operatória, sendo que dois retornaram ao Pronto Socorro do Hospital para serem medicados.

No grupo B, 32 (64%) pacientes tiveram a dor controlada com medicação por via oral; dezoito (36%) fizeram uso de medicação por via intramuscular, por forte dor entre a 2ª e a 12ª hora pós-operatória, período em que ainda permaneciam no Hospital e apenas um (2%) paciente fez uso de medicação por via intramuscular, fora do ambiente hospitalar, no segundo dia pós-operatório. (GRÁFICO II) (TABELA X)

A análise estatística revelou $\chi^2=5,3$; $p=0,02$ - IC (95%)=0,09 - 0,8, mostrando que houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com respeito à necessidade de medicação por via muscular adicional à oral prescrita.

GRÁFICO II



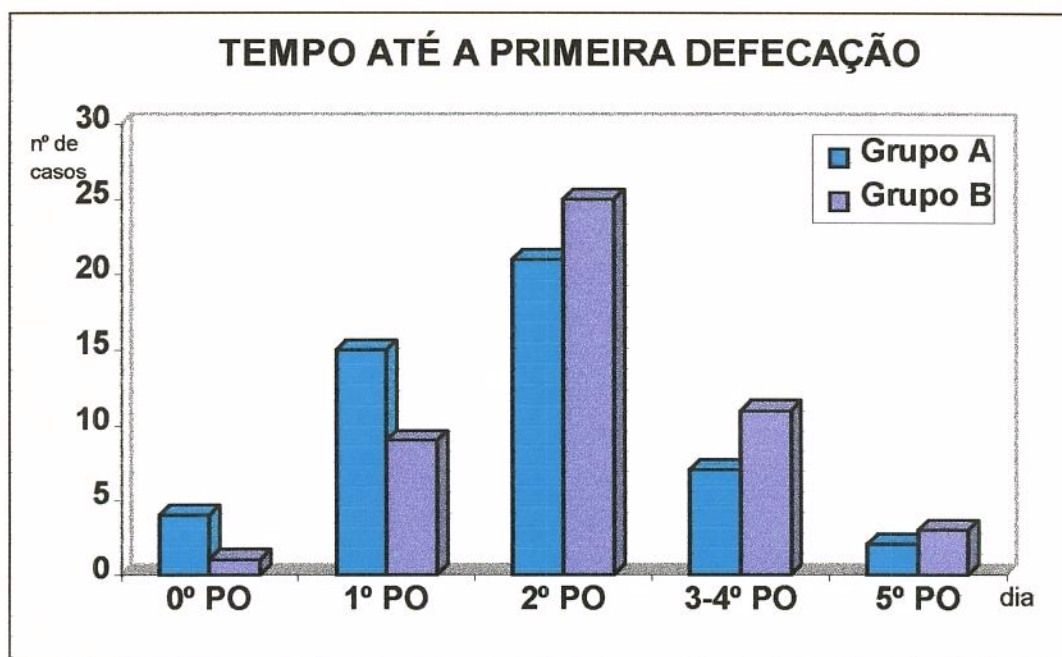
4.2.1.2. TEMPO ATÉ A PRIMEIRA DEFECÇÃO

No grupo A, quatro (8%) pacientes apresentaram a primeira defecção na mesma noite do ato cirúrgico, 15 (30%) no primeiro dia pós-operatório, 21 (42%) no segundo dia, sete (14%) no terceiro ou quarto dia e dois (4%) no quinto dia. Um (2%) paciente necessitou de clister no Pronto Socorro, no terceiro dia pós-operatório.

No grupo B, um (2%) paciente apresentou a primeira defecção na mesma noite do ato cirúrgico, nove (18%) pacientes no primeiro dia pós-operatório, 25 (50%) no segundo, 11 (22%) no terceiro ou quarto, e 3 (6%) no quinto dia. Um (2%) paciente necessitou de clister no Posto de Saúde de seu município, no quarto dia pós-operatório. (GRÁFICO III) (TABELA XI)

A análise estatística revelou $\chi^2=4,73$; $p=0,31$, mostrando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com respeito ao tempo decorrido entre o ato operatório e a primeira defecção.

GRÁFICO III



4.2.1.3. COMPLICAÇÕES

Foi desnecessária a análise estatística quanto às complicações gerais e locais pela clareza dos resultados.

4.2.1.3.1. COMPLICAÇÕES GERAIS

Não foram observadas complicações gerais no período per-operatório, por motivo cirúrgico ou anestésico. Em duas eventualidades, em pacientes do grupo A, houve quadro de logorréia, não comprometendo o ato cirúrgico, atribuído ao efeito da medicação utilizada na sedação intravenosa.

Entretanto, três pacientes, todos do grupo B, apresentaram complicações gerais no período pós-operatório, representadas por retenção urinária em dois (4,0%) e flebite de membro superior em um (2,0%). (TABELA XII)

4.2.1.3.2. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

No grupo A, um (2%) paciente apresentou infecção local. No grupo B, dois (4,0%) apresentaram hemorragia e um (2%), infecção local.

Houve necessidade de reintervenção cirúrgica nos dois pacientes, ambos do sexo masculino e ainda hospitalizados, que apresentaram hemorragia, sendo um, sete horas e outro, por volta de 14 horas após o ato cirúrgico inicial. Nas duas eventualidades, o sangramento era ativo, próximo à ligadura do pedículo vascular, tratados com novos pontos transfixantes de categut 2-0, sob anestesia peridural.

Nos dois casos de infecção, foi notada celulite perianal e perineal com odor fétido, secreção, dor latejante, febre alta e tremores, sendo o do grupo B no 4º e o do grupo A no 9º dia pós-operatório. No paciente do grupo A, a celulite foi diagnosticada em área que apresentava equimose. Os pacientes foram tratados com antibióticos por via intravenosa, em regime de internação e oral a seguir, no domicílio, sem necessidade de reintervenção. (TABELA XIII)

4.2.1.3.3. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

No grupo A, em quatro (8%) pacientes ocorreram complicações locais tardias: dois (4%) apresentaram plicomas anais residuais até o sexto mês pós-operatório, porém, recusaram a ressecção; um paciente (2%) apresentou cicatriz fissurária com hipertonia esfíncteriana e estenose anal parcial, sendo corrigida cirurgicamente no 65º dia pós-operatório sob anestesia raquidiana e em um outro (2%) ocorreu sangramento anorretal no 60º dia pós-operatório, por granulação exuberante e deficiente epiteliação, sendo cauterizada no 65º dia.

No grupo B, seis (12%) pacientes apresentaram complicações locais tardias: três (6%) apresentaram plicomas anais residuais até o sexto mês pós-operatório, sendo em um feita a ressecção no 5º mês pós-operatório sob anestesia local, e tendo os outros dois recusado o procedimento; um (2%) apresentou granulação exuberante com deficiente epiteliação e sangramento até o 45º dia pós-operatório, sendo cauterizada no 52º dia; dois (4%) pacientes apresentaram cicatriz fissurária com hipertonia esfíncteriana e estenose anal parcial, sendo um com diagnóstico no 90º dia pós-operatório e intervenção cirúrgica três meses após e no outro houve constatação no 48º dia pós-operatório, mas por motivos pessoais do paciente, só pôde receber tratamento cirúrgico vinte e dois meses depois.

Não foram observados deformidade anal ou distúrbios da função esfíncteriana, transitórios ou permanentes, em nenhum paciente. (TABELA XIV)

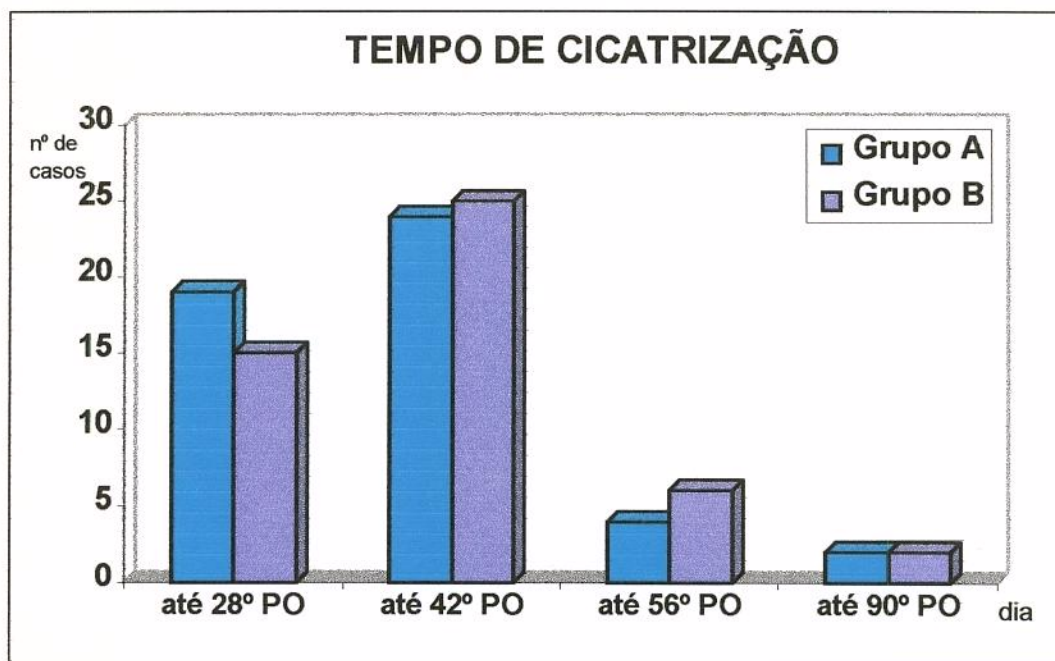
4.2.1.4. TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

No grupo A, em 19 (38%) pacientes foi observada completa cicatrização até o 28º dia pós-operatório; em 24 (48%), no 42º dia; em quatro (8%), no 56º dia, e em dois (4%), no 90º dia. Um (2%) paciente necessitou de cauterização por granulação exuberante no 65º dia e um (2%) foi reoperado por cicatriz fissurária.

No grupo B, em 15 (30%) pacientes foi observada completa cicatrização até o 28º dia pós-operatório, em 25 (50%) no 42º dia, em seis (12%) no 56º dia, em dois (4%) no 90º dia. Um (2%) paciente necessitou cauterização por granulação exuberante no 52º dia, e dois (4%) foram re-operados por cicatriz fissurária. (GRÁFICO IV) (TABELA XV)

A análise estatística revelou $\chi^2=0,88$; $p=0,83$ mostrando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com relação ao tempo de cicatrização.

GRÁFICO IV



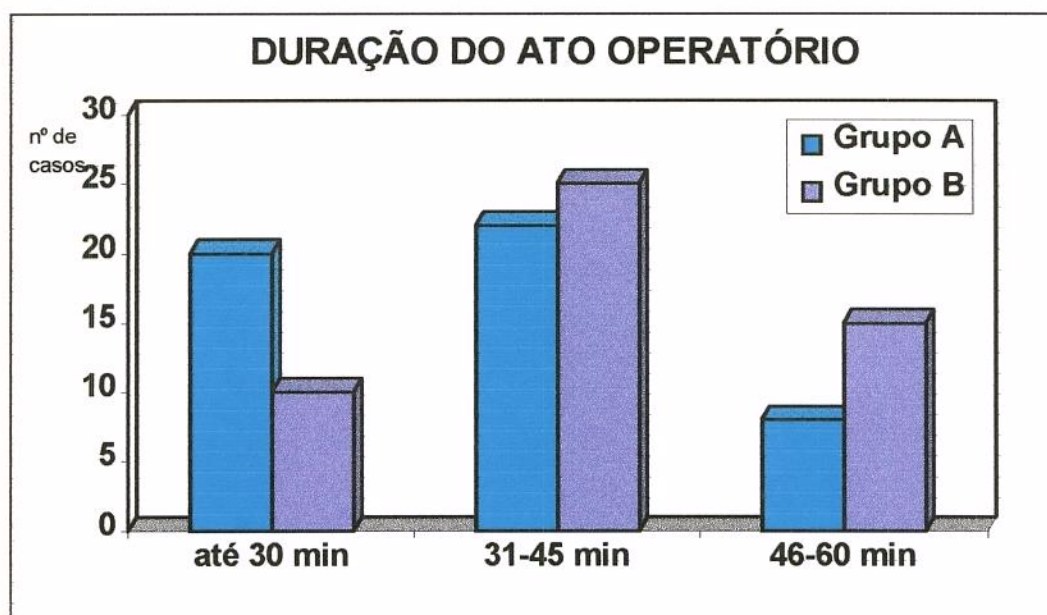
4.2.2. DA DURAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

No grupo A, o ato cirúrgico foi realizado em até 30 minutos em 20 (40%) pacientes; entre 31 e 45 minutos em 22 (44%) e, entre 46 e 60 minutos, em oito (16%).

No grupo B, o ato cirúrgico foi realizado em até 30 minutos em 10 (20%) pacientes; entre 31 e 45 minutos em 25 (50%) e, entre 46 e 60 minutos, em 15 (30%). (GRÁFICO V) (TABELA XVI)

A análise estatística revelou $\chi^2=5,6$; $p=0,059$, mostrando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com relação à duração do ato operatório.

GRÁFICO V



4.2.3. DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

Dos 50 pacientes operados do grupo A, todos tiveram alta até a segunda hora pós-operatória.

Dos 50 pacientes do grupo B, 46 (92%) permaneceram cerca de 20 horas no hospital, ou seja, foram internados por volta das 12 horas, operados no período vespertino, sendo liberados para o domicílio às 8 horas da manhã seguinte. Quatro (8%) pacientes foram hospitalizados por um período de 44 a 48 horas, sendo dois por hemorragia, um por retenção urinária, e um por não comparecimento dos familiares.

A deambulação foi estimulada próximo à primeira hora pós-operatória no grupo A e após o término do bloqueio simpático, entre a quarta e a sexta hora no grupo B.

Foi desnecessária a análise estatística quanto ao tempo de permanência na instituição pela clareza dos resultados.

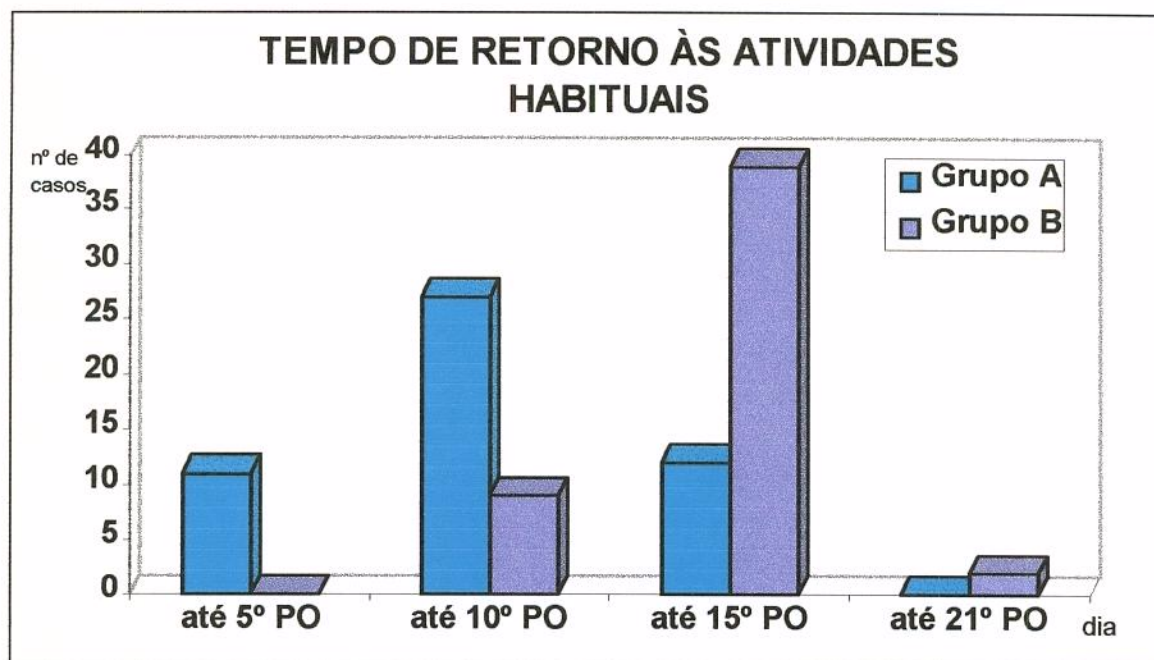
4.2.4. DO TEMPO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

No grupo A, 11 (22%) pacientes retornaram às atividades habituais, de trabalho ou domésticas, até o 5º dia pós-operatório; 27 (54%) no 10º dia e 12 (24%) no 15º.

No grupo B, nenhum paciente retornou às atividades habituais até o 5º dia pós-operatório; nove (18%) retornaram no 10º dia; 39 (78%) no 15º dia e dois (4%) no 21º. (GRÁFICO VI) (TABELA XVII)

A análise estatística revelou $\chi^2=35,15$; $p<0,001$, mostrando que houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com respeito ao tempo de retorno às atividades habituais.

GRÁFICO VI



4.2.5. DOS CUSTOS DO TRATAMENTO

Na análise dos custos extra-operatórios, avaliados no mês de dezembro de 1990, no tratamento cirúrgico da doença hemorroidal, foi calculado o valor médio de Cr\$ 1.504,66 no grupo A e de Cr\$ 3.236,78 no grupo B, o que acarretou 115,11% de custos extra-operatórios adicionais no grupo B, em relação ao grupo A.

Quando, na análise dos custos extra-operatórios, foi acrescido o valor de Cr\$ 10.975,84 inerente aos custos intra-operatórios no grupo A e de Cr\$ 12.229,73 no grupo B, foi observado o valor total de Cr\$ 12.480,50 no primeiro e de Cr\$ 15.466,51 no segundo grupo. No total, o grupo B acarretou 23,92% de custo adicional em relação ao grupo A. (TABELA XVIII)

4.3. DO SUCESSO

O sucesso de ambas as técnicas, segundo a definição adotada, baseada em um conjunto de variáveis de interesse, tanto no aspecto do conforto do paciente, quanto no custo direto e indireto do procedimento, mostrou significativa diferença quando comparados os dois grupos ($z=5,5$; $p<0.001$). Os escores do grupo de pacientes operados sob anestesia infiltrativa local foram superiores àqueles do grupo em que foi administrada a anestesia peridural. Na tabela dos dados gerais foram apresentados os escores individuais dos pacientes de ambos os grupos.



5. DISCUSSÃO

A análise dos resultados deste trabalho permitiu algumas considerações.

5.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A tendência mundial na área médico-cirúrgica nas diferentes especialidades vem apontando, nas últimas quatro décadas, a cirurgia ambulatorial e toda a forma de simplificação de procedimentos, como um dos grandes avanços na medicina atual. A crescente solicitação de pacientes pela forma ambulatorial e simplificações comprova sua aceitação. A cada evento médico, novos métodos, drogas e instrumentos são apresentados, com o intuito de aumentar a segurança e conforto do paciente, melhorar o tempo operatório, reduzir o período de hospitalização e as complicações, retirando procedimentos cirúrgicos do meio hospitalar em regime de internação (SPERANZINI et al., 1985).

Novas técnicas proctológicas vêm propiciando, gradualmente, maior número de adeptos aos métodos cirúrgicos realizados sem hospitalização, ou com a menor permanência possível, independente do tipo de anestesia, sem comprometer a qualidade e a segurança do tratamento. As hemorroidectomias constituem praticamente a metade dos procedimentos cirúrgicos anorretais, e têm nos métodos ambulatoriais a melhor aceitação do paciente, apesar do pós-operatório com relativo desconforto (PERES et al., 1991; PERES, BARCELOS, LEONARDI, 1994).

5.1.1. CIRURGIA AMBULATORIAL NA DOENÇA HEMORROIDAL

BLEDAY et al (1992); KILBRIDE, MORSE, SENAGORE (1994) afirmaram que muitos cirurgiões estão ainda relutantes em realizar hemorroidectomias em pacientes ambulatoriais, devido ao inadequado controle da dor pós-operatória e o temor de complicações como sangramento, retenção urinária e impactação fecal, que podem exigir rápido retorno ao hospital. As diversas técnicas e alternativas cirúrgicas não têm obtido sucesso na redução da dor pós-operatória (SENAGORE et al., 1993).

Entretanto, diversos autores de vários países tem relatado a utilização, tanto do regime de internação quanto do ambulatorial, mediante rigorosos critérios e sem riscos adicionais (RIBEIRO & RIBEIRO, 1988; MEDEIROS & PERES, 1988; PERES et al.,

1991; CIQUINI et al., 1991; HOFF et al., 1994; KECHERUKOV, ZIGANSHIN, ALIEV, 1994; ARGOV, 1994).

KRATZER (1975) referiu que aproximadamente 15% dos pacientes, com sintomas envolvendo a região anorretal, necessitaram tratamento cirúrgico, e em apenas 5%, a operação foi realizada em regime de internação. Realizando hemorroidectomias, fistulectomias, fissurectomias e ressecções de cistos pilonidais, sob anestesia local, considerou como possíveis tais procedimentos, em consultórios com salas adequadas ou hospitais com departamento de pacientes ambulatoriais. Relatou que os pacientes preferiram este modelo, não só por razões financeiras, mas por acarretar menor taxa de complicações no pós-operatório, em casa. BOLTRI et al. (1993) empregaram diversos tipos de anestesia em 567 hemorroidectomias, sem hospitalização, observando menor dor e redução, à metade, da taxa de complicações, quando utilizada anestesia local.

Em nosso meio, PINHO (1987) salientou que a concentração de recursos tecnológicos e científicos, tanto na área clínico-cirúrgica, como na de anestesiologia, dentro de complexos hospitalares, estimula o cirurgião a desenvolver praticamente toda a sua atividade operatória com segurança e conforto. RIBEIRO & RIBEIRO (1988), consideraram que mais de 60% das doenças anorretais podiam ser tratadas em regime ambulatorial e que o sucesso dependia, fundamentalmente, da seleção cuidadosa dos pacientes e dos métodos, aliados à experiência profissional ampla e madura, além da habilidade em lidar acima da linha pectínea.

Os princípios da cirurgia no paciente ambulatorial são semelhantes aos da cirurgia geral e proctológica (BOCK & JONGEN, 1991; PERES et al., 1993a; MEDEIROS, 1995). A anestesia local é suficiente para hemorróidas até segundo grau, com ferida aberta, e cicatrização por segunda intenção (BOCK & JONGEN, 1991). MORI et al. (1983) apresentaram resultados semelhantes aos das técnicas de Milligan-Morgan e Parks, tanto em pacientes ambulatoriais, como nos de hospitalização mínima. ROBINSON et al. (1990) consideraram a técnica de Ferguson mais conveniente e aceitável no paciente ambulatorial e sob anestesia local, sem complicações maiores no domicílio. Na gravidez, crises agudas da doença hemorroidal podem ocorrer, e 0,2% das gestantes necessitam de

hemorroidectomia. SALEEBY et al. (1991) utilizaram técnica fechada e anestesia local, sem observar complicações maternas e fetais, embora 24% necessitem hemorroidectomia complementar, até o sexto ano pós-operatório. SMITH (1986); RIBEIRO & RIBEIRO (1988); LEFF (1992) ressaltaram ser factível e seguro realizar hemorroidectomia em três mamilos, em pacientes ambulatoriais.

Nesta série, nas vinte e oito vezes que foi necessária uma segunda ligadura do pedículo vascular (6 pacientes, no grupo A, e 22, no grupo B), não houve qualquer dificuldade técnica em realizá-la, devido à anestesia completa da região e adequado relaxamento esfinteriano nos dois procedimentos.

WALLSTAB et al. (1984) analisando, mediante questionários, dez anos de cirurgia ambulatorial anorretal, principalmente hemorroidectomias, registraram resposta positiva, quanto a aceitação e satisfação, com o doente não internado. Ainda há restrições dos pacientes em aceitar a hemorroidectomia clássica, com hospitalização por dois a três dias, sob anestesia por bloqueio lombar, alegando que este método implica em sofrimento.

Nesta série, foi notado que, ao ser indicada a hemorroidectomia sob anestesia infiltrativa local, sem hospitalização, com rápido retorno ao lar e a seus familiares, há receptividade, principalmente pelas facilidades pós-operatórias no domicílio.

Quanto aos exames pré-operatórios, em cirurgia ambulatorial ou de alta precoce, é consenso que a solicitação deva ser mínima e adequada. LEITE SOBRINHO (1987); LABBATE et al. (1993); PERES, BARCELOS, LEONARDI, (1994) consideraram que a anamnese e o exame físico acurados, questionamento sobre antecedentes, doenças associadas e comprometimento da coagulação sanguínea, podem dispensar exames laboratoriais em procedimentos sob anestesia local, conceito este aplicado nos pacientes do grupo A. MELO et al. (1987) verificaram que, apesar de imprescindíveis nos procedimentos sob anestesia por bloqueio ou geral, o hemograma e o exame de urina apresentaram altos índices de normalidade nos doentes assintomáticos. Nos pacientes do grupo B, desta série, foi solicitado o menor número de exames naqueles sem doenças associadas, por norma dos anestesiológicos. KRATZER (1975); MEDWELL & FRIEND (1979) solicitaram hemograma e análise de urina, mesmo nos pacientes operados por

doença hemorroidal, sob anestesia local. RIBEIRO & RIBEIRO (1988), em cirurgia anorretal ambulatorial, consideraram exceção a necessidade de exames laboratoriais, sendo que, as doenças associadas, bem controladas, não constituíram fator de risco.

O fato do paciente residir fora do município onde se localiza a instituição em que foi operado, não implica, necessariamente, na diminuição de sua segurança (ECHEVERRI et al., 1972; MAIA, 1983; WHITE, 1989; PERES, 1992). Considera-se ideal o tempo de até noventa minutos para que o paciente retorne à instituição, em caso de intercorrência, mais importante, portanto, do que a distância (MAIA, 1983; PERES, 1992; LEFF, 1992). Neste estudo, que no máximo atingiu pacientes previdenciários, buscando um tratamento ágil e seguro, 78 (78%) não eram procedentes do Município de Paulínia, o que não foi fator limitante.

Quanto ao nível socioeconômico do paciente operado, ECHEVERRI et al. (1972); PERES (1992) com adultos, e SANTOS, DAMASCO, CECCATTI (1984) com crianças, observaram que um nível baixo não interfere negativamente no resultado final do pós-operatório em casa. Nesta série, sempre que necessário, a medicação foi fornecida pelo Centro de Saúde.

5.1.2. DOENÇA HEMORROIDAL NO PROGRAMA DE CIRURGIA AMBULATORIAL E SIMPLIFICADA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Entre junho de 1989 e junho de 1994, em 1.270 pacientes foram realizadas intervenções cirúrgicas para doenças anorretais, perineais e sacrais, sendo que 596 (46,9%) correspondem à hemorroidectomia.

Dos 496 pacientes não incluídos neste estudo, em 245 foi realizada hemorroidectomia em um mamilo ou em mais de três, na vigência de trombose, ou associada a outro procedimento anal, como esfínterectomia interna, fistulotomia, biopsias, para prolapso, criptite ou pólipos; 193 cumpriam os quesitos e foram operados pelos demais cirurgiões da equipe; 48 foram operados sob anestesia raquidiana; e 10 não compareceram aos retornos programados.

No quadro clínico da população deste estudo, o sangramento anal esteve presente em 86% dos pacientes, sendo este o sinal preponderante em 64% dos casos, enquanto o prolapso hemorroidário, que foi observado em 46% dos doentes, predominou em 27%. A dor e o desconforto foram relatados em 44%, sendo sintomas predominantes em 9% dos casos.

5.1.3. PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS NA REGIÃO ANORRETAL

A hemorroidectomia é bem tolerada sob anestesia infiltrativa local ou bloqueio caudal, especialmente nos idosos, que referem menor desconforto e podem não necessitar de admissão hospitalar (BOLTRI et al., 1993).

KRATZER (1975); SILVA JR (1983); REIS JR (1983) não utilizaram medicação pré-anestésica nos pacientes operados sem hospitalização, por considerarem importante que o paciente esteja completamente alerta e livre de efeitos colaterais de drogas, ou seja, que os riscos não excedam os benefícios. RIBEIRO & RIBEIRO (1988) dispensaram sedação, em consultório, em operações anorretais sob anestesia local. WHITE (1989) afirmou que o uso de medicações coadjuvantes, sedativas e analgésicas, durante os atos cirúrgicos sob anestesia infiltrativa local, tem validade nos pacientes ambulatoriais, o que foi popularizado com o nome de “técnicas de sedação consciente”. AWOJOBI (1983) utilizou, em pacientes ambulatoriais e sob anestesia local, a sedação com meperidina 1mg/kg e diazepam 10 mg de rotina. WHITE (1989) considerou o midazolam, pré-medicação administrada por via intramuscular ou oral, útil para pacientes ambulatoriais, além de promover amnésia ao término do procedimento. Neste estudo, mostrou-se medicação eficiente e segura como ansiolítico, tanto por via intravenosa, nos pacientes do grupo A, como por via oral, nos do grupo B, sendo que, neste último, evitou uma injeção intramuscular e os gastos inerentes.

Neste trabalho, a venoclise e a monitorização dos dados vitais foram consideradas indispensáveis também nos pacientes operados sob anestesia infiltrativa local, permitindo diagnóstico precoce e acesso venoso, imediato, para drogas, em eventuais complicações, que não ocorreram. TUSCANO et al. (1994) realizaram 193

hemorroidectomias, sob anestesia local, associada à sedação intravenosa, inclusive no quarto grau, mantendo os pacientes internados por vinte e quatro horas para controle.

KRATZER (1975); CELORIA et al. (1993) afirmaram que a técnica de anestesia local deve ser lenta e com a menor dor possível, para preservar a confiança do paciente no momento da incisão, o que também foi considerado fundamental para uma boa aceitação, nesta série. NIVATVONGS (1982) referiu que a anestesia local, no momento da infiltração, causa dor severa, mas que pode ser minimizada por drogas sedativas ou por injeção de 2 a 3 ml de anestésico, acima da linha pectínea.

Nesta série, notamos que o método anestésico infiltrativo local ofereceu uma anestesia completa da região anorretal, acompanhada de um adequado relaxamento esfíncteriano. Foi de fácil execução técnica, isento de complicações intra e pós-operatórias, e com boa aceitação pelos pacientes.

KRATZER (1975) realizou anestesia local por duas punções na linha média, atingindo os quatro quadrantes, com lidocaína a 0,5% com vasoconstritor, cerca de 20 a 25 ml, percebendo, de imediato, o relaxamento do esfíncter anal e que o efeito anestésico pode perdurar até uma hora. Utilizou fio de catgut cromado, e evitou tampões, acreditando que provocam dor, espasmo anal e possibilidade de retenção urinária. Esta técnica foi a adotada neste trabalho, com facilidade, rapidez e eficiência. CELORIA et al. (1993) utilizaram a anestesia local em 254 hemorroidectomias, em posição de canivete, sem sedação de rotina, com 10 a 20 ml de mepivacaína com vasoconstritor, conforme preconizado por KRATZER (1974). Observaram anestesia e relaxamento, em três minutos, não necessitando a troca de método anestésico em nenhum caso, não registrando, também, náuseas, vômitos, retenção urinária ou cefaléia.

AWOJOBI (1983) infiltrou 20 ml de bupivacaína a 0,25% com vasoconstritor e BOLTRI et al. (1993), utilizaram 8 a 30 ml de lidocaína com adrenalina, em região anal para hemorroidectomias em mamilos de 2º e 3º graus, em pacientes ambulatoriais, com resultados satisfatórios. O uso do vasoconstritor, administrado antes do ato, isoladamente ou em associação com o anestésico, antes ou após o ato cirúrgico, tem tido cada vez mais

adeptos, com a finalidade de obter o menor sangramento da área operada e facilitar a alta precoce (GOLIGHER, 1984; LOURENÇÃO et al., 1994).

Neste estudo, para anestesia infiltrativa local, foi utilizado 150 mg de lidocaína sem vasoconstritor, e 300 mg na peridural, com vasoconstritor. Para fornecer anestesia perianal prolongada, foram infiltrados 25 mg de bupivacaína com vasoconstritor, no grupo A, o que não se efetuou no grupo B, pois o ato anestésico foi de total competência do anesthesiologista. Ambos os tipos propiciaram completa anestesia da região a ser operada, assim como adequado relaxamento da musculatura esfíncteriana, deixando pérvio para duas polpas digitais. Não foi necessária troca ou complementação anestésica, nos dois grupos, para o início ou prosseguimento de um ato cirúrgico. KRATZER (1974); RAMALHO, SALVATI, RUBIN (1976) demonstraram que o relaxamento do esfíncter anal podia ser realizado com anestesia local.

BERSTOCK (1979); PRYN et al (1989) compararam o efeito analgésico da infiltração local de bupivacaína e da anestesia extradural caudal com a mesma droga, nas primeiras 48 horas após hemorroidectomia. O grupo que recebeu a caudal apresentou menor dor nas primeiras seis horas pós-operatórias. MARSH, HUDDY, RUTTER (1993) procederam infiltração perianal, com bupivacaína a 0,5% com adrenalina, cerca de 20 ml, após hemorroidectomia à Milligan-Morgan, em 30 casos, e não observaram diferença significativa na demanda analgésica pós-operatória, no tempo decorrido entre o término do ato operatório e a primeira defecação, e no período de hospitalização, pois registraram pouco tempo de analgesia.

KHARABERIUSH et al. (1984) consideraram a anestesia peridural sacral, eficiente, simples e segura, após seu uso em 1.023 procedimentos anorretais, principalmente hemorroidectomias. Em nosso meio, a anestesia peridural é muito empregada em operações anorretais. (COELHO et al., 1991; CIQUINI et al., 1991). Tem a conveniência de promover a deambulação em até seis horas, sem risco de cefaléia, como observado neste estudo. Nos Serviços de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada, com diversas especialidades cirúrgicas, PERES (1992) descreveu seu emprego em 24,8% dos casos, sendo apenas superada pela anestesia infiltrativa local, em 49,8%. Pacientes

operados sob anestesia peridural com lidocaína, no período matutino, podem ter alta no mesmo dia (SANTOS et al., 1984; PERES, 1992). Neste trabalho, a anestesia peridural mostrou-se adequada, segura, sem complicações, e ideal para pacientes que não dispõem de acompanhante, transporte, condições mínimas no lar ou de apoio familiar.

KUO(1984), apoiado nos trabalhos de BEHAR et al. (1979); SHAPIRO et al. (1981), empregou anestesia peridural com 15 ml de lidocaína a 2%, com vasoconstritores, em 66 pacientes submetidos a hemorroidectomia. Terminado o ato, injetou 4 mg de morfina pelo cateter lombar e o removeu. Notou controle da dor pós-operatória, nas primeiras vinte e quatro, horas em 83,3%, não sendo necessária outra medicação neste período. KOPLATADZE et al. (1989) utilizaram anestesia sacral, prolongada com opiáceos, em hemorroidectomia, com baixas taxas de complicação e analgesia duradoura. PYBUS et al. (1983), consideraram mínima a vantagem do uso de morfina no espaço peridural, contra o potencial perigo do uso desta droga. FUKUDA et al. (1995) relataram dois casos de bradicardia e hipotensão severas durante hemorroidectomia sob peridural em posição de canivete, atribuindo tais intercorrências ao retorno venoso, prejudicado pela posição e, à ação da buprenorfina.

TAZAWA et al. (1991) compararam a dor após hemorroidectomias, utilizando supositórios de cetoprofeno, em um grupo sob anestesia local e outro sob peridural, e observaram dor maior quando utilizada a peridural, talvez por absorção menor da substância após bloqueios lombares.

MEDWEEL & FRIEND (1979) têm apresentado preferência por drogas intravenosas de curta duração, em virtude da rápida recuperação e segurança para os pacientes ambulatoriais. Segundo CELORIA et al. (1993), a anestesia mais realizada para hemorroidectomia, na Itália, é seguramente a anestesia geral, mas as vantagens da anestesia local, em pacientes ambulatoriais, vêm mudando este quadro.

5.2. VARIÁVEIS ANALISADAS

5.2.1. INERENTES AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

5.2.1.1. NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA POR VIA INTRAMUSCULAR ADICIONAL À ORAL PRESCRITA

Hemorroidectomia está associada com desproporção entre a dor e o tamanho da cirurgia. Esta dor é notoriamente ainda mal controlada. O controle da dor é um parâmetro subjetivo, difícil de avaliar, especialmente no paciente ambulatorial. Os relatos dos doentes oferecem uma aceitável avaliação, baseada nas medicações adicionais e por tempo mais prolongado que o prescrito (LEFF, 1992). LONDON, BRAMLEY, WINDLE (1987) utilizaram, como parâmetro de dor, a quantidade de analgésicos não opiáceos, enquanto ASFAR, JUMA, ALA-EDEEN (1988) o fizeram através do uso, ou não, de analgésicos narcóticos.

Neste estudo, optou-se por observar a dor de uma forma indireta, ou seja, pela necessidade, ou não, de medicação adicional por via intramuscular. Consideramos a medicação oral prescrita, que associou antiinflamatório e analgésico, como suficiente na maioria dos casos, e fácil de ser fornecida pelos Postos de Saúde dos municípios. Na análise, o grupo A necessitou de menor quantidade de medicação intramuscular adicional do que o grupo B. Acredita-se que no lar houve menor ansiedade e que este fato acabou provocando dor menos intensa e controle da mesma com medicação oral. Por outro lado, a maior quantidade de medicação intramuscular no grupo B esteve relacionada com a facilidade com que esta via foi utilizada no paciente internado, pelo plantonista médico e de enfermagem, no período noturno.

São freqüentes relatos de tentativas de minimizar a dor pós-operatória, embora os resultados tenham sido pouco satisfatórios. Alguns autores compararam técnicas cirúrgicas diversas (AWOJOBI, 1983; ROE et al., 1987; LEFF, 1992), diferentes formas de fechamento da ferida operatória (REIS NETO et al, 1992), e a associação de esfínterectomia anal interna (ASFAR et al., 1988; LEFF, 1992). Outros utilizaram analgésicos opiáceos (DODSON, 1982; LATASCH (1989), embora possam apresentar

efeitos indesejáveis e de alto risco (BERSTEIN, 1983; SEVERN & KHWAJA, 1989; CHESTER, STANFORD, GAZET, 1990; KILBRIDE et al., 1994; BIEHL, 1995). Novos medicamentos surgiram, como o fentanyl transdérmico em discos de liberação de 50 µg /hora (KILBRIDE et al., 1994) e bombas de infusão contínua de morfina em subcutâneo, porém, de alto custo e aplicação limitada, não adequada para pacientes ambulatoriais (GOLDSTEIN, WILLIANS, LARACH, 1993). Novas drogas, não opiáceas, foram testadas (O'DONOVAN et al., 1994), com relativo benefício.

O uso de analgésicos por via parenteral ou oral, assim como anestésicos locais, tem sido pouco eficientes. Não há estudos que demonstrem analgesia prolongada no período pós-operatório, a não ser que sejam realizadas outras injeções locais (MOSS, REGAL, LICHTIG, 1986). A bupivacaína com vasoconstritor promove analgesia prolongada, que pode perdurar de 4 a 14 horas.

FASO (1967) examinou os efeitos da infiltração de lidocaína após cirurgias anorretais e concluiu que, esta técnica, implicava no dobro de tempo entre o final da cirurgia e a necessidade de primeira medicação para a dor. A injeção de bupivacaína, entretanto, não é dispendiosa e é de fácil aplicação. CHESTER et al. (1990) em estudo randomizado e controlado, confirmaram o aumento do intervalo entre a injeção de bupivacaína e a primeira dose analgésica, mas sem diferir nas demais doses analgésicas em horas subsequentes. Esta única vantagem da injeção local de bupivacaína, na observação desta série, foi relevante no controle da dor no período de recuperação do paciente ambulatorial, na confiança do doente e dos familiares durante a alta e o transporte até seu domicílio, quando outras medicações antiinflamatórias, analgésicas e cuidados já puderam ser iniciados.

Alguns autores preconizaram medidas adicionais no tratamento da dor anorretal pós-operatória. CORMAN (1984), GOLIGHER (1984), HOFF et al. (1994) indicaram banhos de assento com água quente no períneo, com o benefício de promover a melhor higiene local. Não foi confirmado, manometricamente, relaxamento dos esfíncteres anais, promovidos pelos banhos quentes em períneo, (PINHO et al., 1993), e nem diminuição da dor ou das taxas de retenção urinária (SHAFIK, 1993). Outros relataram menor dor e

melhor continência com a ingestão de farelo de trigo (JOHNSON et al., 1987) ou lactulose (LONDON et al., 1987) após hemorroidectomia.

5.2.1.2. TEMPO ATÉ A PRIMEIRA DEFECACÃO

ANDREWS et al. (1993), com a técnica de Milligan-Morgan, informaram a primeira defecação, em média, no terceiro dia pós-operatório. REIS NETO (1992) observaram defecação mais precoce com a técnica semifechada, quando comparada com a técnica aberta.

Neste estudo, embora numericamente os pacientes do grupo A tenham apresentado a primeira defecação mais precocemente, estatisticamente não foi significativo. Na maioria, nos dois grupos, a primeira defecação ocorreu no segundo dia pós-operatório. Acredita-se que os pacientes sob anestesia local, sem hospitalização, com rápido retorno ao lar, a seus familiares, e a seus próprios banheiros, tenham menor incômodo e receio de dor, do que aqueles hospitalizados.

5.2.1.3. COMPLICAÇÕES

5.2.1.3.1. COMPLICAÇÕES GERAIS

NATOF (SYSTEMIC...,1981) havia constatado que, em ambiente cirúrgico ambulatorial bem controlado, a evolução de pacientes com doenças associadas era satisfatória, e que a ansiedade não aumentava as taxas de complicação. Diagnosticou doenças associadas em 21 % de seus pacientes, enquanto PERES (1992), em nosso meio, relatou em 23,17%. Especificamente em procedimentos cirúrgicos anorretais a nível ambulatorial, RIBEIRO & RIBEIRO (1988); MEDEIROS & PERES (1988) referiram que, nem a idade ou doenças associadas bem controladas eram fatores de risco aumentado para este método.

A retenção urinária aguda é a complicação mais freqüente nos procedimentos cirúrgicos, em portadores de doenças anorretais benignas (PRASAD & ABCARIAN, 1978). A incidência na literatura varia de zero a 70% (SALVATI & KLECKNER, 1957; SCOMA, 1975; PRASAD & ABCARIAN, 1978; DENIS et al., 1989). A patogênese deste distúrbio é desconhecida, mas sabe-se que tem origem na área comum de inervação da

uretra e esfíncteres anais, incluindo espasmo reflexo uretral (RANKIN, 1969) e inibição da atividade do músculo detrusor da bexiga, pela distensão do canal anal e dor (POMPEIUS, 1966).

PETROS & BRADLEY (1990), em investigação retrospectiva, constataram que idade e sexo dos pacientes não afetam a taxa de retenção urinária, após procedimentos cirúrgicos anorretais sob anestesia espinal. O uso de anestésicos de longa duração (STALLARD & PRESCOTT, 1988) e administração de mais de 1.000 ml de fluidos intravenosos no período per-operatório (CAMPBELL, 1972; BAILEY & FERGUSON, 1976) produzem significativo aumento da taxa de retenção urinária no pós-operatório. HOFF et al. (1994) realizaram hemorroidectomias em 201 pacientes, 91% em regime ambulatorial, com drogas de curta duração e infusão intravenosa de 250 ml, e observaram apenas um (0,53%) caso de retenção urinária.

Nesta série, os doentes operados sob anestesia infiltrativa local, receberam, no máximo, 500 ml de fluidos. Os procedimentos foram realizados com drogas de curta e longa duração, e os pacientes não apresentaram retenção urinária. No grupo B, os dois casos (4%) que necessitaram cateterização vesical, eram do sexo feminino, portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo que uma apresentava, também, antecedente de infecção urinária de repetição.

5.2.1.3.2. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOCES

Hemorragia no pós-operatório de hemorroidectomia tem incidência relatada entre 0,5 e 20% dos casos. (GABRIEL, 1946; KHUBCHANDANI, TRIMPI, SHEETS, 1972; GOLIGHER, 1984; CORMAN, 1985; ROSEN et al., 1993).

TURRA et al. (1985) observaram hemorragia em 1,9% das hemorroidectomias, e acreditam que esta intercorrência se deva, exclusivamente, à imperfeição na execução da técnica. DENIS et al. (1989) registraram hemorragia em 11 pacientes (2,68%), tratando cirurgicamente em quatro ocasiões. MEDEIROS & PERES (1988) necessitaram de reexploração, devido a hemorragia, em 0,99% das 906 hemorroidectomias realizadas sob anestesia local, sem hospitalização, em clínica privada. ROSEN et al. (1993) observaram

0,8% de hemorragia, em média, no sexto dia pós-operatório, necessitando religadura cirúrgica do pedículo, em apenas 7,4% dos casos. BASSO & PESCATORI (1994) observaram hemorragia em 1,8% dos casos, entre o segundo e sexto dia pós-operatório. Nesta série, dois (2% do total) pacientes apresentaram hemorragia significativa, ambos do grupo B. Esta intercorrência deveu-se a um por motivo técnico, não sendo atribuída ao tipo de anestesia empregada. Os pacientes foram tratados com nova ligadura cirúrgica, conforme preconizado por TURELL (1959) e MAZIER & WOLKOMIR (1990), que rejeitaram os métodos de tamponamento, por implicarem em altas taxas de reoperação nos dias subseqüentes. ROSEN et al. (1993) necessitaram reoperações em 15% dos casos que não cederam com tamponamento. CORMAN (1985) sugeriu que, o sepultamento do pedículo minimiza a incidência de hemorragia pós-operatória, mas são necessários estudos em outras séries.

Um dos princípios da cirurgia anorretal menor, segundo GOLIGHER (1984), baseia-se no fato que a sepsis local é inevitável, e que as paredes da região anorretal, quando bem tratadas, podem resistir à infecção e promover a adequada cicatrização. Este princípio provém da Antiguidade, e foi bem descrito por John Ardene no século XIV e popularizado nos ensinamentos de GABRIEL (1946).

SMITH (1986) alegou que, a resistência excepcional da região anorretal à infecção e, o grande número de doenças de tratamento cirúrgico menos complexo, fazem com que 90% dos procedimentos operatórios desta região possam ser executados em regime ambulatorial. DENIS et al. (1989) observaram infecção, sem a formação de abscesso, em 5,5% dos casos, e utilizaram antibióticos sistematicamente por cinco dias.

HADDAD (1974); RIBEIRO & RIBEIRO (1988); MEDEIROS & PERES (1988) demonstraram ser dispensável o emprego de antibióticos em hemorroidectomias, e não observaram supurações nas feridas ou retardo de cicatrização que justificassem seu uso. TURELL (1959), em estudo efetuado em 200 pacientes submetidos à hemorroidectomia sem preparo intestinal, não verificou complicações na evolução e cicatrização das feridas, comparativamente ao mesmo número de doentes em que o preparo foi realizado. PAULA et al. (1991) estudaram o número de colônias bacterianas na ferida

operatória após hemorroidectomia, e encontraram 100.000 bactérias/g, principalmente *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis*. As mesmas bactérias podem não ser encontradas nas paredes e nas áreas cruentas, mas são semelhantes nas três feridas operatórias.

Nesta série, não foi utilizado antibiótico, nem preparo intestinal. A taxa de infecção foi de 2%, sendo um paciente de cada grupo e não estava relacionada ao método anestésico ou à alta precoce. Os pacientes foram hospitalizados e tratados por antibioticoterapia intravenosa, pelo temor que a infecção se propagasse.

TURRA et al. (1985) consideraram a dor forte como uma complicação precoce, o que foi verificado em 8,2% de seus casos. Neste estudo, não foi avaliada como complicação, mas como um sintoma que depende da sensibilidade individual e que varia conforme o estado psicológico na fase pós-operatória.

STELZNER (1992) não encontrou, em revisões na literatura, óbito com hemorroidectomia, mas já foi descrito após ligadura elástica, escleroterapia e tratamento com laser (GILL, MORROW, WEST, 1994).

5.2.1.3.3. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

BESSET (1984) descreveu duas complicações após hemorroidectomia à Milligan-Morgan: um defeito de cicatrização com inadequado tecido de granulação, que pode resultar em cicatriz fissurária; e dor crônica inflamatória, controlada com antiinflamatórios como a fenilbutazona. A estenose cicatricial é uma complicação bem conhecida após hemorroidectomia. DENIS et al. (1989) relataram estenose em 1,45% dos casos. TURRA et al. (1985) verificaram estenose parcial em 1,8%, fissura em 3,7%, e recidiva em 1,8% de seus casos. EU et al. (1995) descreveram estenose em 3,8%, em média seis semanas após a hemorroidectomia, tratando, a terça parte, cirurgicamente. Segundo estes autores, uma vez feito o diagnóstico de estenose, esta deve ser tratada o mais breve possível, para a obtenção de melhores resultados.

Nesta série, um paciente do grupo A e dois do grupo B (3% no total) evoluíram com cicatriz fissurária e estenose parcial, sendo que, dois foram operados tão logo feito o diagnóstico. Esta complicação não foi atribuída ao método anestésico. Todos referiram dor anal às evacuações, por mais de quatro semanas de pós-operatório, sendo relevante este fato. O terceiro paciente, por motivos pessoais próprios, foi operado muitos meses depois, com sucesso.

TURRA et al. (1985) notaram disfunção esfíncteriana em 1,9%, associada a esfínterectomia. Neste estudo, não registramos casos de disfunção esfíncteriana ou deformidade anal, salientando-se que a esfínterectomia anal interna não foi realizada em nenhum caso.

DULTSEV & RIVKIN (1989), em seguimentos maiores que cinco anos, em 1.500 hemorroidectomias, a Milligan-Morgan, observaram recorrência da doença em 3,78%. KECHERUKOV et al. (1994), em pacientes ambulatoriais, encontraram-na em 1,6%. A proposição deste estudo foi a de seguir os pacientes até seis meses de pós-operatório, considerado curto para avaliar recidivas.

5.2.1.4. TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

DENIS et al.(1989), com a técnica de Milligan-Morgan, acompanharam a cicatrização, que ocorreu em quatro semanas em 34% dos casos, em seis, semanas em 56%, e em oito, semanas em 7%. RIBEIRO & RIBEIRO (1988) registraram a cicatrização em três semanas na maior parte dos pacientes operados em regime ambulatorial.

Nesta série, não houve diferença significativa no tempo de cicatrização, quando a hemorroidectomia foi realizada com anestesia infiltrativa local ou com peridural, sendo que, na maioria dos pacientes, a epiteliação completou-se entre vinte e nove e quarenta e dois dias após a operação.

5.2.2. DURAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Na literatura, não se encontram relatos da duração do ato operatório, comparando técnicas cirúrgicas ou anestésicas diferentes. Preconiza-se que, em cirurgia ambulatorial, o tempo não deva exceder noventa minutos (MAIA, 1983; SANTOS et al., 1984).

Neste estudo, não foi registrado tempo de ato operatório acima de sessenta minutos. Menor tempo foi observado nos pacientes do grupo A, embora não significativo. Sabendo-se que a anestesia local foi realizada pelo próprio cirurgião, e que esta tem um tempo de ação não muito duradouro, acredita-se que houve incentivo no proceder do ato cirúrgico, com a menor perda de tempo entre cada etapa, e que o médico aplique toda sua experiência, acumulada em procedimentos sob outros tipos de anestesia.

Nos seis casos do grupo A e nos vinte e dois do B em que foi necessária a segunda ligadura do pedículo vascular, o tempo cirúrgico não foi acrescido em mais de cinco minutos.

A menor duração do ato operatório, além de promover menor desconforto ao paciente, permitiu que um maior número de operações fosse realizado por dia.

5.2.3. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

HOFF et al. (1994), que realizaram hemorroidectomias sob anestesia local, reforçou a alta até a quarta hora de pós-operatório, obtendo, assim, maior conforto, menor ansiedade, maior relaxamento físico e psíquico, além de adequado apoio ao paciente, em seu ambiente familiar.

MEDWELL & FRIEND (1979) realizaram 73% de procedimentos cirúrgicos anorretais, em pacientes não hospitalizados. Empregaram anestesia geral, bloqueios regionais e infiltração local. Hemorroidectomias foram realizadas ambulatorialmente em 56% dos casos. Houve necessidade de hospitalização em 2% dos doentes, a maioria por dor, e apenas em 0,6% por retenção urinária.

Em nosso meio, RIBEIRO & RIBEIRO (1988); MEDEIROS & PERES (1988); SOBRADO et al. (1994), realizando hemorroidectomias sob anestesia local e alta no mesmo dia, não observaram intercorrências que necessitassem internação.

Neste estudo, todos os pacientes operados sob anestesia local tiveram alta no mesmo dia, não foram constatados distúrbios de consciência após duas horas, retenção urinária, dor limitante, e houve adequada aceitação de líquidos por via oral. A anestesia local não contribuiu para a retenção urinária, como aconteceu com pacientes sob bloqueio lombar. A injeção subcutânea de bupivacaína no anoderma, com ou sem vasoconstritor, tem se mostrado eficaz, no controle da dor por tempo prolongado, permitindo, sobretudo, a confiança do paciente nos primeiros momentos de recuperação, na alta e durante o transporte. No grupo B, quatro pacientes permaneceram internados até o segundo dia pós-operatório: dois, por complicações hemorrágicas, um, por retenção urinária, e um, por não comparecimento dos familiares, fato este que inexistiu no método ambulatorial, no qual a família participou ativamente da alta.

5.2.4. TEMPO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

Com pacientes hospitalizados e operados pela técnica de Milligan-Morgan, O'CALLAGHAN et al. (1982) relataram retorno às atividades habituais de 25% dos pacientes até duas semanas, enquanto REIS NETO et al. (1992) referiram a média de retorno em quatro semanas.

MEDWEEL & FRIEND (1979), em análise de pacientes operados sem internação, notaram recuperação mais rápida e retorno mais precoce ao trabalho, ou seja, quatro a cinco dias para os não internados, e quinze, para os hospitalizados.

RIBEIRO & RIBEIRO (1988); KÜHN (1995), com anestesia local em procedimentos anorretais a nível ambulatorial, sugerem o retorno às atividades entre dois e sete dias, enquanto KRATZER (1975) indica por volta de doze dias após a operação. Anormalidades na cicatrização não impediram o retorno precoce às atividades.

Nesta série, verificou-se que os doentes foram beneficiados com o retorno rápido às suas atividades habituais, alimentação precoce no domicílio, apoio familiar e utilização do próprio banheiro. Nos primeiros dez dias de pós-operatório, no grupo A, 76% dos pacientes já haviam retornado às suas atividades, contra apenas 18% no grupo B. Este rápido retorno pode ser atribuído a que, na interpretação do enfermo, operado sem internação, sob anestesia local, tal método foi considerado menos complexo. O fato do paciente ter sido hospitalizado e recebido anestesia peridural propiciou a solicitação de afastamento pelo maior tempo possível previsto em lei trabalhista (15 dias), sem prejuízo salarial.

5.2.5. CUSTOS DO TRATAMENTO

Existe uma grande pressão socioeconômica para a contenção de custos, especialmente por parte dos Governos. FERGUSON & MAC KEIGAN (1978) criticaram as imposições de órgãos de saúde, que determinaram que todos os procedimentos anorretais devam ocorrer a nível ambulatorial. Os autores salientaram que hemorroidectomia não é intervenção cirúrgica menor, e que anestesia lombar ou geral, da mesma forma, não é procedimento sem risco e merecem, portanto, todos os cuidados.

MEDWEEL & FRIEND (1979) analisaram os custos dos pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas anorretais sem hospitalização, e observaram que, cada dia de internação representa aumento de aproximadamente US\$ 200,00 por paciente. Pacientes hospitalizados nos Estados Unidos permanecem, em média, permanecem 48 horas na Instituição, para este tipo de cirurgia. Em 313 pacientes operados, reduziram-se os custos em US\$ 150.000,00, economizou-se com hotelaria, roupas, medicações, visitas médicas e de enfermagem, tempo destinado a extenso relatório, transferência de quarto e andar e exames laboratoriais pós-operatórios.

RIBEIRO E RIBEIRO (1988); KÜHN (1995) com procedimentos realizados em consultórios equipados, registraram economia de 50%, que foi caracterizada como a principal vantagem do método ambulatorial. BOLTRI et al. (1993) encontraram gastos 55% menores em pacientes não hospitalizados, avaliando 1.203 cirurgias anorretais, das quais 567 hemorroidectomias.

A avaliação de custos em medicina, não pode ser padronizada. Nem sempre os custos refletem os gastos. Nem todos os gastos com complicações são incluídos no cômputo geral. O setor público, o de cooperativas e convênios, e o privado detém variáveis completamente diferentes. No Brasil, que viveu com várias moedas e inflação, por décadas, dificilmente as análises refletiram a realidade. Acredita-se que, as menos imprecisas sejam aquelas que registrem o montante em dinheiro economizado por ano, como têm apresentado os norte-americanos.

Esta análise, tem falhas e imprecisões, em virtude de ter sido feita em época de inflação descontrolada, em que os salários, materiais e medicações tinham reajustes em períodos diferentes. Contudo, o momento escolhido para a avaliação dos custos, revelou que houve uma economia de 23,92% e que esta deveu-se, principalmente ao material e medicamentos utilizados, refeições, maior participação dos profissionais nas visitas e controles, e atuação do anestesiológista e seu auxiliar, no grupo B.

5.3. SUCESSO

O sucesso, baseado em um conjunto de variáveis de interesse, mostrou significativa diferença quando comparados os dois grupos. Escores do grupo de pacientes operados sob anestesia infiltrativa local, foram superiores aqueles do grupo em que foi administrada a peridural.

As variáveis, quando analisadas individualmente para cada grupo, não revelaram diferenças estatísticas significantes na maioria das vezes, exceto quanto à necessidade de medicação analgésica intramuscular e ao tempo de retorno às atividades habituais. Porém, quando agrupadas e examinadas em conjunto, diferenças foram observadas. Algumas variáveis receberam pesos diferentes, por serem relevantes para o conforto do paciente, para os custos diretos ou indiretos, ou por terem permitido a comparação dos resultados nos dois métodos anestésicos.

Portanto, os pacientes operados sob anestesia local, apresentaram melhores resultados quando analisados aspectos globais do tratamento, em comparação aos operados sob peridural.



6. *CONCLUSÕES*

Os resultados obtidos neste estudo permitiram as seguintes conclusões:

A) a necessidade de medicação analgésica por via intramuscular, adicional à oral prescrita no pós-operatório, foi significativamente menor nos pacientes do grupo operado sob anestesia local, quando comparada ao grupo sob peridural;

B) o tempo decorrido entre o final do ato cirúrgico e a primeira defecação, no pós-operatório, foi semelhante no grupo operado sob anestesia local e no grupo sob peridural;

C) retenção urinária não ocorreu no grupo sob anestesia local, e foi observada em 4% no grupo sob peridural, fato atribuído ao ato anestésico; não houve hemorragia no grupo sob anestesia local, sendo observada em 4%, no grupo sob peridural, fato não atribuído ao ato anestésico; cicatriz fissurária com estenose parcial foi observada em 2% no grupo sob anestesia local, e em 4%, no grupo sob peridural, fato não atribuído ao ato anestésico;

D) o tempo de cicatrização da ferida operatória foi semelhante no grupo operado sob anestesia local e no grupo sob peridural;

E) a duração do ato operatório foi semelhante no grupo operado sob anestesia local e no grupo sob peridural;

F) o tempo de permanência previsto na Instituição foi atingido no grupo operado sob anestesia local e aumentado, em quatro ocasiões, no grupo sob peridural;

G) o tempo de retorno às atividades habituais foi significativamente menor nos pacientes do grupo operado sob anestesia local, quando comparado aos do grupo sob peridural;

H) os custos do tratamento cirúrgico foram 23,92% menores nos pacientes do grupo operado sob anestesia local, quando comparados aos do grupo sob peridural.

I) os pacientes operados sob anestesia infiltrativa local, em regime ambulatorial, apresentaram melhores resultados na análise global do tratamento da doença hemorroidal, do que aqueles operados sob anestesia peridural, em regime de hospitalização.



7. SUMMARY

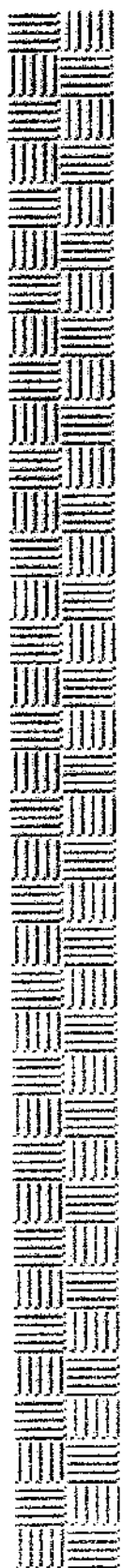
Between June 1989 and June 1994, one-hundred patients were operated by Milligan-Morgan technique for hemorrhoidal disease. They had two or three hemorrhoids, classified as second and third degree. They were divided in two groups: fifty outpatients, who were operated under local anesthesia and fifty patients under epidural anesthesia with hospitalization.

Comparing different variables in both groups, it was concluded that there was no significant difference regarding the time until the first defecation, the time for healing and the duration of the operation. A significant difference was observed regarding the less necessity of intramuscular analgesic medication additional to the prescribed post-operative oral analgesic and in the less time span for returning to habitual activities in patients under local anesthesia.

Urinary retention was perceived in 4% of the patients, all from the group that received epidural anesthesia, attributed to the anesthetic method. Hemorrhage was observed and treated with a new surgical ligature of the pedicle in 4% of the cases, all patients from the group receiving epidural anesthesia, and that was not attributed to anesthetic method. Cicatricial stenosis with fissure was observed in 2% of the group with local anesthesia and 4% of the group with epidural anesthesia. Time of hospitalization and over-nights that were not programmed occurred in 8% of patients in the epidural anesthesia group.

The costs of surgical treatment and hospitalization of those with epidural anesthesia were 23.92% higher than those outpatients with local anesthesia.

It was concluded that patients operated under local anesthesia as outpatients presented better results in the overall analysis of treatment of hemorrhoidal disease than those operated under epidural anesthesia as inpatients.



8. *REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ALEXANDER-WILLIAMS, J. - The nature of piles. **Br J Surg**, **285**:1064-5, 1982a [Letter]
- ALEXANDER-WILLIAMS, J. - The management of piles. **Br J Surg**, **285**:1137-9, 1982b [Letter]
- ANDREWS, B.T.; LAYER, M.A.; JACKSON, B.T.; NICHOLLS, R.J. - Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation. **Dis Colon Rectum**, **36**(6):580-3, 1993.
- AMERICAN Society of Anesthesiologists: new classification of physical status. **Anesthesiology**, **24**:111, 1963.
- ARGOV, S. - Radical ambulatory hemorrhoidectomy. **Harefuah**, **126**(4):189-91, 1994.
- ARULLANI, A. & CAPPELLO, G. - Diagnosis and treatment of hemorrhoidal disease. **Angiology**, **45**(6):56-5, 1994.
- ASFAR, S.K.; JUMA, T.H.; ALA-EDEEN, T. Hemorrhoidectomy and sphincterotomy: a prospective study comparing the effectiveness of anal stretch and sphincterotomy in reducing pain after hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, **31**(3):181-5, 1988.
- AWOJOBI, O.A. - Modified pile suture in the outpatient treatment of hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, **26**(2):95-7, 1983.
- BAILEY, H.R. & FERGUSON, J.A. - Prevention of urinary retention by fluid restriction following anorectal operations. **Dis Colon Rectum**, **19**:250-2, 1976.
- BARADNEY, G. - Late results of haemorrhoidectomy according to Milligan and Morgan: a follow-up study of 210 patients. **Am J Proctol**, **25**(5):59, 1974.
- BARRON, J. - Office ligation of internal haemorrhoids. **Am J Surg**, **105**:563, 1963.
- BARTRAZ, I.M. - Incidence of haemorrhoids in sclerosis of varices. **Phlebologie**, **34**(2):283, 1981.
- BASSO, L. & PESCATORI, M. - Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, **37**(3):288-9, 1994. [Letter]

- BEHAR, M.; MAGORA, F.; OLSHWANG, D.; DAVIDSON, J.T. - Epidural morphine and the treatment of pain. **Lancet**, 1: 527-9, 1979.
- BENNETT, R.C.; FRIEDMAN, M.H.W.; GOLIGHER, J. - The late results of haemorrhoidectomy by ligature and excision. **Br Med J**, 2:216, 1963.
- BERSTEIN, W.C. - What are hemorrhoids and what is their relationship to the portal venous sistem? **Dis Colon Rectum**, 26:829-34, 1983.
- BERSTOCK, D.A. - Haemorrhoidectomy without tears. **Ann R Coll Surg Engl**, 61:51-4, 1979.
- BESSET, J.F. - Considerations sur deux complications apres hemorroïdectomie selon la technique du Saint-Mark's Hospital de Londres. **Phlebologie**, 37(1):109-19, 1984
- BIEHL, A.G. - Use os transdermal fentanyl. **Dis Colon Rectum**, 38(5):556, 1995. [Letter]
- BLEDAY, R.; PENA, J.P.; ROTHENBERGER, D.A.; GOLDBERG, S.M.; BULS J.G. - Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. **Dis Colon Rectum**, 35(5):477-81, 1992.
- BOCK, J.U. & JONGEN, J. - Proktologisches operieren in der ambulanzen (Proctologic surgery in ambulatory care). **Lang Arch Chir**, p386-8, 1991.
- BOLTRI, F.; DAL, B.R.; DISCALZO, L.; GENTILLI, S. - La chirurgia proctologica in regime di day-hospital. **Minerva Chir**, 48(17):911-3, 1993.
- BUCHMANN, P. - Operationstechniken und langzeitergebnisse bei hamorrhoidalleiden aus klinischer sicht. (Surgical techniques and long-term results for hemorrhoids from the clinical viewpoint). **Lang Arch Chir**, p777-83, 1989.
- BURKITT, D.P. & GRAHAM-STEWART, C.W. - Hemorrhoids: postulated pathogenesis and proposed prevention. **Postgrad Med J**, 51:631-6, 1975.
- CAMPBELL, E.D. - Prevention of urinary retention after anorectal operations. **Dis Colon Rectum**, 15:69-70, 1972.
- CATALDO, P.A. & MAC KEIGAN, J.M. - The necessity of routine pathologic evaluation of hemorrhoidectomy specimens. **Surg Gynecol Obst**, 174(4): 302-4, 1992.

- CELORIA, G.; FALCO, E.; NARDINI, A.; GIANARDI, M.; POLETTI, G.; DI ALESIO, L. - L' anestesia locale nell chirurgia anale: note di tecnica e risultati immediati. **Minerva Chir**, **48**(19):1103-6, 1993.
- CHESTER, M.S.; STANFORD, B.J.; GAZET, J.C. - Analgesic benefit of loccally injected bupivacaine after hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, **33**(6): 487-9, 1990.
- CIQUINI, S.A.; QUILICI, F.A.; NOGUEIRA, L.A.L.; REIS JUNIOR, J.A.; REIS NETO, J.A. - Cirurgia orificial ambulatorial. **Rev bras Colo-Proct**, **11**(Suppl.1):32, 1991.
- COELHO, J.L.; FREIRE, A.N.M.; ALMEIDA, R.M.; BAPTISTA NETO, R.M.; SILVEIRA, G.M. - Cirurgia proctológica ambulatorial nível II. **Rev bras Colo-Proct**, **11**(Suppl.1):31, 1991.
- COHEN, Z. - Symposium on outpatient anorectal procedures: alternatives to surgical hemorrhoidectomy. **Can J Surg**, **28**(3):230-1, 1985.
- COPE, R. - Hemorroidectomie suivant la technique du Saint-Marks Hospital, type Milligan-Morgan. **Ann Chir**, **48**(6):555-60, 1994.
- CORMAN, M.L. - **Colon and rectal surgery**. Philadelphia: J.B. Lippincott, p78, 1984.
- CORMAN, M.L. - Complications of hemorrhoid and fissure surgery. In: Ferrari, B.T.; Ray, J.E.; Gathright, J.B., eds. **Complications of colon and rectal surgery, prevention and management**. Philadelphia: W.B. Saunders, p91-100, 1985.
- CRUSE, P.J. - Incidence of wound infection on the surgical services. **Surg Clin North Am.**, **55**:1269-75, 1975.
- DAVIS, J.E. - Ambulatory surgical care: basic concept and review of 1,000 patients. **Surgery**, **73**(4):483-5, 1973.
- DAVIS, J.E. & DETMER, D.E. - The ambulatory surgical unit. **Ann Surg**, **175**(4):856-62, 1972
- DENCKER, H.; HJORTH, N.; NORRYD, C.; TRANBERG, K.G. - Comparison of results obtained with different methods of treatment of internal haemorrhoids. **Acta Chir Scand**, **139**:742, 1973.

- DENIS, J.; DUBOIS, N.; GANANSIA, R.; PUY-MONTBRUN, T.; LEMARCHAND, N. - Hemorrhoidectomy: Hospital Leopold Bellan procedure. **Int Surg**, 74:152-3, 1989.
- DODSON, M.E. - A review of methods for relief of postoperative pain. **Ann R Coll Surg Engl**, 64: 324-7, 1982.
- DULTSEV, Y.V. & RIVKIN, V.L. - Treatment of haemorrhoids at the Moscow Research Institute of Proctology. **Int Surg**, 74:7-9, 1989.
- ECHEVERRI, O.; MONZANO, C.; COBO, A.; GÓMEZ, A.; QUINTERO, M.; FERNÁNDEZ, J. - Postoperative care: in hospital or at home? A feasibility study. **Int J Health Serv**, 2:101-10, 1972.
- ENDRES, J.C. & STEINHAGEN, R.M. - Lasers in anorectal surgery. **Surg Clin North Am**, 74(6):1415-32, 1994.
- EU, K.W.; TEOH, T.A.; SEOW-CHOEN, GOH, H.S. - Anal stricture following hemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. **Aust N Z Surg**, 65(2):101-3, 1995.
- FASO, J.M. - The use of lidocaine infiltration anesthesia as an adjunct to general anesthesia in anorectal surgery. **Dis Colon Rectum**, 10:479-80, 1967.
- FERRAZ, E.M.; VASCONCELOS, M.D.M.M.; VIANA, V.P.; FERRAZ, A.A.B.; COELHO, A.R.B.; SOUZA, A.P. - Infecção da ferida cirúrgica: avaliação do custo e da permanência hospitalar. **Rev Col Bras Cir**, 16(6):253-5, 1989.
- FERGUSON, J.A. & HEATON, J.R. - Closed hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, 2:176, 1959.
- FERGUSON, J.A. & MAC KEIGAN, J.M. - Hemorrhoids, fistulae and fissures: office and hospital management: a critical review. **Adv Surg**, 12:111-53, 1978.
- FORD, J.L. - Outpatient surgery: present status and future projections. **South Med J**, 71:311, 1978.
- FUKUDA, H.; MIYASHITA, K.; ISHII, R.; MOTEGI, R.; SAITOU, K.; HIRABAYASHI, Y.; SHIMIZU, R. - Severe bradycardia and hypotension during epidural anesthesia in a patient undergoing hemorrhoidectomy. **Masui**, 44(1):100-2, 1995.

- GABRIEL, W.B. - **The principles and practice of rectal surgery.** Springfield, Charles C. Thomas, 1946. p.93-4.
- GASS, O.C. & ADAMS, J. - Hemorrhoids: etiology and pathology. **Am J Surg**, 79:40-3, 1950.
- GILL, J.R.; MOROW, J.S.; WEST, A.B. - Fatal hemorrhage following laser hemorrhoidectomy. **J Clin Gastroenterol**, 19(4):343-6, 1994.
- GOLDSTEIN, E.T.; WILLIAMSON, P.R.; LARACH, S.W. - Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. **Dis Colon Rectum**, 36(5):439-46, 1993.
- GOLIGHER, J.C. - Haemorrhoids or piles. In: _____ - **Surgery of the anus, rectum and colon.** 5.ed. London, Bailliere Tindall, 1984. p.98 -149.
- GUIMARÃES, R.X.; GUERRA, C.C.C.; HAYASHI, F.; MEDEIROS, G.M.; CATUNDA, M.B.R.; MALUVAYASHI, F.; VALLS, A.P.; SILVA, N.C.L.F. - Infecção hospitalar: estudo realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. **Rev Paul Med**, 103:156-63, 1985.
- HAAS, P.A. - The prevalence of confusion in the definition of hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, 35(3):291-2, 1992. [Letter]
- HAAS, P.A.; FOX, T.A.; HAAS, G.H. - The patogenesis of hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, 27:442-50, 1984.
- HADDAD, J. - Doença hemorroidal. In: CORRÊA NETTO, A. - **Clínica Cirúrgica.** 3.ed. São Paulo, Sarvier, 1974. p.261-75.
- HILTUNEN, K.M. & MATIKAINEN, M. - Anal dilatation, lateral subcutaneous sphincterotomy, and haemorrhoidectomy for the treatment of second and third degree haemorrhoids: a prospective and randomized study. **Int Surg**, 77(4):261-3, 1992.

- HIRANO, T. & YOSHIOKA, H. - Ligature and excision method with diathermy for hemorrhoidectomy: in comparison with conventional method. **Nippon Geka Hokan**, 62(5):249-53, 1993.
- HOFF, S.D.; BAILEY, H.R.; BUTTS, D.R.; MAX, E.; SMITH, K.W.; ZAMORA, L.F.; SKAKUN, G.B. - Ambulatory surgical hemorrhoidectomy: a solution to postoperative urinary retention? **Dis Colon Rectum**, 37(12):1242-4, 1994.
- HUGHES, E.S.R. - **Surgery of the anus, anal canal and rectum**. Edinburgh: Livingstone, p2, 129, 1957.
- HYAMS, L. & PHILPOT, J. - An epidemiological investigation of hemorrhoids. **Am J Proctol**, 21:177-93, 1970.
- JANSSEN, L.W. - Consensus hemorrhoids: Dutch Society for Surgery. **Ned Tij Gen**, 138(42): 2106-9, 1994.
- JENSEN, S.L.; HARLING, H.; ARSETH-HANSEN, P.; TANGE, G. The natural history of symptomatic haemorrhoids. **Int J Colorectal Dis**, 4(1): 41-4, 1989.
- JOHNSON, C.D.; BUDD, J.; WARD, A.J. - Laxatives after hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, 30(10):780-1, 1987.
- KECHERUKOV, A.I.; ZIGANSHIN, R.V.; ALIEV, F.S. - Khirurgicheskoe lechenie gemorroia v usloviakh polikliniki (Outpatient surgical treatment of hemorrhoids). **Khirurgiia**, 11:26-9, 1994.
- KHARABERIUSH, V.A.; ELIN, F.E.; KOBETS, I.S.; ROGALIN, I.F. - Epiduro-sacral anesthesia in proctology. **Vestn Khir**, 132(7):86-8, 1984.
- KHUBCHANDANI, I.T.; TRIMPI, H.D.; SHEETS, J.A. - Closed hemorrhoidectomy with local anesthesia. **Surg Gynecol Obstet**, 135:955-7, 1972.
- KILBRIDE, M.; MORSE, M.; SENAGORE, A. - Transdermal fentanyl improves management of postoperative hemorrhoidectomy pain. **Dis Colon Rectum**, 37(11):1070-2, 1994.

- KOPLATADZE, A.M.; LYTKIN, I.I.; BONDAREV, I.A.; PUGACHEV, I.N.; KAMALOV, M.A. - Use of sacral anesthesia , prolonged by opiates, in patients with acute proctologic diseases. **Klin Khir**, 2:39-41, 1989.
- KRATZER, G.L. - Improved local anesthesia in anorectal surgery. **Am Surg**, 40:609, 1974.
- KRATZER, G.L. - Outpatient anorectal surgery. **AFP**, 11(3):94-102, 1975.
- KÜHN, M.H. - Cirurgia orificial ambulatorial. **Rev bras Colo-Proct**, 15(Suppl.1):59, 1995.
- KUO, R.J. - Epidural morphine for post-hemorrhoidectomy analgesia. **Dis Colon Rectum**, 27(8):529-30, 1984.
- LABBATE, D.V.; ANDREOLLO, N.A.; BARCELOS NETO, H.S.; PERES, M.A.O.; OLIVEIRA, C.; BARRETO, G.; MORAES, G.R.; SEABRA, J.C.T.; LEONARDI, L.S. - A importância dos exames subsidiários na avaliação pré-operatória em hospital comunitário: análise de 1500 pacientes. **Rev Col Bras Cir**, 22(3):131-6, 1993.
- LATASCH, L. - Transdermal Fentanyl against postoperative pain. **Acta Anaesthesiol Belg**, 40:113-9, 1989.
- LATTERI, M.; GRASSI, M.; SALANITRO, L.; PANTUSO, G.; BOTTINO, A.; GITTO, C.; FARRO, G. - La terapia chirurgica delle emorroidi secondo Milligan-Morgan: revisioni casistica su 366 casi. **Minerva Chir**, 46:1119-21, 1991.
- LEFF, E.I. - Hemorrhoidectomy - laser vs. nonlaser: outpatient surgical experience. **Dis Colon Rectum**, 35(8):743-6, 1992.
- LEITE SOBRINHO, G.B. - Pré-operatório. In: FONSECA, F.P. & ROCHA, P.R.S. - **Cirurgia Ambulatorial**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p.5-21.
- LEONG, A.F.; HUSAIN, M.J.; SEOW-CHOEN, F.; GOH, H.S. - Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures. **Dis Colon Rectum**, 37(11):1130-2, 1994.
- LONDON, N.J.; BRAMLEY, P.D.; WINDLE, R. - Effect of four days of preoperative lactulose on posthaemorrhoidectomy pain: results of placebo controlled trial. **Br Med J**, 295(6594):363-4, 1987.

- LORD, P.H. - Conservative management of haemorrhoids. 2-Dilatation treatment. **Clin Gastroenterol**, 4:601-8, 1975.
- LOURENÇÃO, J.L.; SARDINHA, T.C.S.; NAHAS, S.C.; BORBA, M.R.; CABRAITZ JR, R. - Analgesia no pós-operatório da cirurgia orificial: infiltração local com marcaína a 0,5%. **Rev bras Colo-Proct**, 14(Suppl.1):41, 1994.
- MAC LEOD, J.H. - Rational approach to treatment os hemorrhoids based on a theory of etiology. **Arch Surg**, 118(1):29-32, 1983
- MAC RAE, H.M. & MAC LEOD, R.S. - Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. **Dis Colon Rectum**, 38(7):687-94, 1995.
- MAIA, C.P. - Seleção dos pacientes: anestesia ambulatorial - fase pré-operatória. **Rev Bras Anest**, 33(2):108-9, 1983.
- MARINO JR, A.W.M. - Symposium of anorectal surgery: hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, 23(4): 211-222, 1980. [Moderator]
- MARSH, G.D.; HUDDY, S.P.; RUTTER, K.P. - Bupivacaine infiltration after haemorrhoidectomy. **J R Coll Surg Edinb**, 38(1):41-2, 1993.
- MAZIER, W.P. - Symposium of anorectal surgery: hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, 23(4): 211-222, 1980. [Panelist]
- MAZIER, P.W. & WOLKOMIR, A.E. - Hemorrhoids. **Semin Colon Rectal Surg**, 1:197-207, 1990
- MEDEIROS, R.R. - Tratamento ambulatorial das afecções proctológicas. In: HABR-GAMA, A. & BARONE, B., ed. - **Atualização em coloproctologia**. São Paulo, ALACP & SBCP, 1995. p.189.
- MEDEIROS, R.R. & PERES, M.A.O. - Tratamento ambulatorial das doenças anais. **Rev bras Colo-Proct**, 8(4):133-4, 1988.
- MEDWELL, S.J. & FRIEND, W.G. - Outpatient anorectal surgery. **Dis Colon Rectum**, 22(7):480-2, 1979.

- MELO, C.M.L.; SILVA, M.P.R.; SILVEIRA, M.; KELNER, S. - Uso e abuso de exames pré-operatórios. **Rev Col Bras Cir**, 14(2):63-8, 1987.
- MILES, W.E. - Observations upon internal piles. **Surg Gynec Obstet**, 29:496, 1919.
- MILITAREV, J.M. & PROTASEVITSCH, N.N. - Haemorrhoidectomy: comparative appraisal in the light of the long-term results. **Am J Proctol**, 28(4):43, 1977.
- MILLIGAN, E.T.C.; MORGAN, C.N.; JONES, L.E.; OFFICER, R. - Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. **Lancet**, ii:1119-24, 1937.
- MORGADO, P.J.; SUAREZ, J.A.; GOMEZ, L.G.; MORGADO JR, P.J. - Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. **Dis Colon Rectum**, 31(6):474-80, 1988.
- MORI, G.; TAJANA, A.; BOCCASANTA, P.; MICHELETTO, G.; ZANI, B.; PISANI, F. - La patologia anale minore: suggerimenti al trattamento ambulatoriale e ospedaliero. **Minerva Med**, 74(28-29):1759-64, 1983.
- MOSS, G.; REGAL, M.E.; LICHTIG, L. - Reducing postoperative pain, narcotics, and lenght of hospitalization. **Surgery**, 99:206-9, 1986.
- MURIE, J.A ; SIM, J.W., MACKENZIE, I. - The importance of pain, pruritus and soiling as symptoms of haemorrhoids and their response to haemorrhoidectomy or rubber band ligation. **Br J Surg**, 68:247, 1981.
- NAHAS, S.C.; SOBRADO JR, C.W.; LOPES, M.C.; PEROSA, N.; HABR-GAMA, A.; PINOTTI, H.W. - Hemorróidas: análise de 390 doentes submetidos a tratamento cirúrgico. **Rev bras Colo-Proct**, 12(Suppl.1):31, 1992.
- NIVATVONGS, S. - An improved technique of local anesthesia for anorectal surgery. **Dis Colon Rectum**, 25:259-60, 1982.
- NOVELL, F.; ESPERT, J.J.; TRIAS, M. - Tratamiento ambulatorio de las hemorroides. **Rev Esp Enferm Dig**, 85(2):99-102, 1994.
- O'CALLAGHAN, J.D.; MATHESON, T.S.; HALL, R. - Inpatient treatment of prolapsing piles: cryosurgery versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. **Br J Surg**, 69:157-9, 1982.

- O'CONNOR, J.J. - Techniques for diagnosis and treatment of bleeding hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, 36(10):942-5, 1994. [Letter]
- O'DONOVAN, S.; FERRARA, A.; LARACH, S.; WILLIAMSON, P - Intraoperative use of Toradol facilitates outpatient hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, 37(8):793-9, 1994.
- PANDA, A.P.; LAUGHTON, J.M.; ELDER, J.B.; GILLESPIE, I.E. - Treatment of haemorrhoids by rubber band ligation. **Digestion**, 12:85-91, 1975.
- PARKS, A.G. - The surgical treatment of haemorrhoids. **Br J Surg**, 43:337-51, 1956
- PATEY, D.H. - Aetiology of varicosity. **Br Med J**, 2:712, 1972. [Letter]
- PAULA, P.R.; SPERANZINI, M.B.; HAMZAGIC, H.C.; BASSI, D.G.; CHACON-SILVA, M.A.; NOVO, N.F.; GOLDENBERG, S. - Bacteriology of the anal wound after open hemorrhoidectomy: qualitative and quantitative analysis. **Dis Colon Rectum**, 34(8):664-9, 1991.
- PERES, M.A.O. - **Implantação da cirurgia ambulatorial e simplificada em hospital comunitário: análise de resultados**. Campinas, 1992. [Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- PERES, M.A.O.; BARCELOS, H.S.; LEONARDI, L.S. - Pré e pós-operatório em cirurgia ambulatorial. In: JORGE FILHO, I. - **Cirurgia geral: pré e pós-operatório**. São Paulo, Atheneu, 1994. cap 57.
- PERES, M.A.O.; FAGUNDES, J.J.; GÓES, J.R.N.; MEDEIROS, R.R. - Doença Hemorroidal. In: MAGALHÃES, A.F. - **Terapêutica em gastroenterologia**. 2ª ed. São Paulo, Roca, 1993a. p.173-4.
- PERES, M.A.O.; FAGUNDES, J.J.; GÓES, J.R.N.; MEDEIROS, R.R. - Pré e pós-operatório nas cirurgias orificiais. In: MAGALHÃES, A.F. - **Terapêutica em gastroenterologia**. 2.ed. São Paulo, Roca, 1993b. p.171-2.

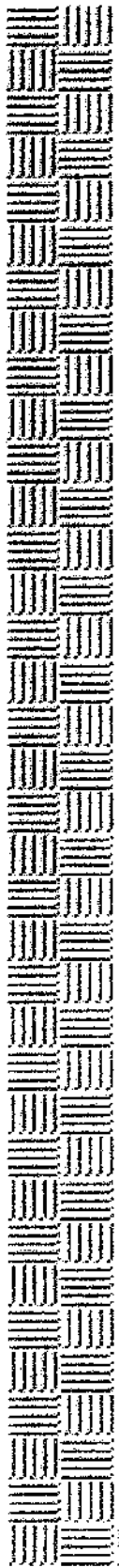
- PERES, M.A.O.; OLIVEIRA, C.; BARCELOS, H.S.; LABBATE, D.V.; SEABRA, J.C.T.;
 ARANHA, N.C.; MORAES, G.; LEONARDI, L.S. - A cirurgia ambulatorial e
 simplificada no tratamento das doenças ano-retais: resultados de 542 pacientes.
Rev bras Colo-Proct, 11(Suppl.1):31, 1991.
- PETROS, J.G. & BRADLEY, T.M. - Factors influencing postoperative urinary retention in
 patients undergoing surgery for benign anorectal disease. **Am J Surg**, 159(4):374-6, 1990
- PINHO, M. - Cirurgia anorretal ambulatorial: uma evolução necessária. **Rev bras Colo-Proct**,
 7(1):5-6, 1987.
- PINHO, M.; CORREA, J.C.O.; FURTADO, A.; RAMOS, J.R. - Do hot baths promote anal
 relaxation? **Dis Colon Rectum**, 36:273-4, 1993.
- POMPEIUS, R. - Detrusor inhibition induced from anal region in man. **Acta Chir Scand**,
 361:1-54, 1966. [Suppl]
- PRASAD, M.L. & ABCARIAN, H. - Urinary retention following operations for benign
 anorectal diseases. **Dis Colon Rectum**, 21:490-2, 1978.
- PRYN, S.J.; CROSSE, M.M.; MURISON, M.S.C.; MC GINN, F.P. - Postoperative analgesia
 for haemorrhoidectomy: a comparison between caudal and local infiltration. **Anaesthesia**,
 44:964-6, 1989.
- PYBUS, D.A.; D'BRAS, B.E.; GOLDING, G.; LIBERMAN, H.; TORDA, T.A. - Postoperative
 analgesia for haemorrhoid surgery. **Anaesth Intens Care**, 11(1):27-30, 1983.
- RAMALHO, L.D.; SALVATI, E.P.; RUBIN, R.J. - Bupivacaine, a long-acting local anesthetic,
 in anorectal surgery. **Dis Colon Rectum**, 19:144-7, 1976.
- RANKIN, J.T. - Urological complications of rectal surgery. **Br J Urol**, 41:655-9, 1969.
- REIS JR, A. - O ato anestésico ambulatorial: métodos loco-regionais em anestesia ambulatorial.
Rev Bras Anest, 33(2): 112-3, 1983.

- REIS NETO, J.A. - **Hemorroidectomias: estudo comparativo entre as técnicas de ligadura-incisão com semi-fechamento da ferida cutânea e a de dissecação-ligadura-excisão com ferida cutânea aberta.** Campinas, 1974. [Tese de Docência-Livre - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; CORDEIRO, F.; REIS JR, J.A. - Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA , XIX, Rio de Janeiro, 1991. **Temas Livres.** Rio de Janeiro, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1991. (Resumo, 247)
- REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; CORDEIRO, F.; REIS JR, J.A. - Open versus semi-open hemorrhoidectomy: a random trial. **Int Surg**, 77:84-90, 1992.
- RIBEIRO, P.C. & RIBEIRO, M.C. - Cirurgia proctológica em consultório. **Rev bras Colo-Proct**, 8(2):59-61, 1988.
- ROE, A.M.; BARTOLO, D.C.; VELLACOTT, K.D.; LOCKE-EDMUNDS, J.; MORTENSEN, N.J. - Submucosal versus ligation-excision hemorrhoidectomy: a comparison of anal sensation, anal sphincter manometry and postoperative pain and function. **Br J Surg**, 74(10):948-51, 1987.
- ROBINSON, A.M.; SMITH, L.E.; PERCIBALLI, J.A. - Outpatient hemorrhoidectomy. **Mil Med**, 155(7):299-300, 1990.
- ROSEN, L.; SIPE, P.; STASIK, J.J.; RIETHER, R.D.; TRIMPI, H.D. - Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum**, 36(8):743-6, 1993.
- ROOVER, D.M.L.R.; HOOFWIJK, A.G.M.; VROONHOVEN, T.J.M.V. - Lateral sphincterotomy in the treatment of fourth degree haemorrhoids. **Br J Surg**, 76(11):1181-3, 1989.
- SALEEBY, R.G.Jr; ROSEN, L.; STASIK, J.J.; RIETHER, R.D.; SHEETS, J.; KHUBCHANDANI, I.T. - Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? **Dis Colon Rectum**, 34(3):260-1, 1991.

- SALMON, F. - **Practical Essays**. Whittaker, London, 3.ed., 1829.
- SALTZSTEIN, E.C.; SULLIVAN, C.B.; PATTERSON, E.M. - Ambulatory surgical unit. **Arch Surg**, **108**:143, 1974.
- SALVATI, E.P. & KLECKNER, M.S. - Urinary retention in anorectal and colonic surgery. **Am J Surg**, **94**:114-7, 1957.
- SANTOS, G.; NOVELL, J.R.; KHOURY, G.; WINSLET, M.C.; LEWIS, A.A. - Long-term results of large-dose single-session phenol injection sclerotherapy for hemorrhoids. **Dis Colon Rectum**, **36**(10):958-61, 1993.
- SANTOS, H.O.; DAMASCO, R.T.; CECCATTI, J.G. - Cirurgia ambulatorial em pediatria. **J. Pediatr**, **57**(2):140-4, 1984
- SCOMA, J.A. - Catheterization in anorectal surgery. **Arch Surg**, **110**:1506, 1975.
- SENAGORE, A.J.; MAZIER, W.P.; LUCHTEFELD, M.A.; MACKEIGAN, J.M.; WENGERT, T. - The treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective randomized comparison of cold scalpel vs. contact NdYAG laser. **Dis Colon Rectum**, **36**:1045-52, 1993.
- SEVERN, A.M. & KHWAJA, H.Y. - Analgesia after hemorrhoidectomy. **Anaesthesia**, **45**(7): 597-8, 1989. [Letter]
- SHAFIK, A. - Role of warm-water bath in anorectal conditions: the "thermosphincteric reflex". **J Clin Gastroenterol**, **16**(4):304-8, 1993.
- SHAPIRO, L.A.; HOFFMAN, S.; JEDEIKIR, R.; KAPLAN, R. - Single-injection epidural anesthesia with bupivacaine and morphine for prostatectomy. **Anesth Analg**, **60**:818-20, 1981.
- SILVA JR, C.A. - Anestesia ambulatorial: fase pré-operatória e pré-medicação. **Rev Bras Anest**, **33**(2):110, 1983.
- SMITH, L.E. - Ambulatory surgery for anorectal diseases: an update. **Southern Med Journal**, **79**(2):163-6, 1986.

- SMITH, L.E. - Hemorrhoids: a review of current techniques and management. **Gastroenterol Clin**, 16:79-91, 1987.
- SOBRADO, C.W.; CRUZ, M.; NAHAS, S.; HABR-GAMA, A.; PINOTTI, H.W. - Cirurgia proctológica ambulatorial sob anestesia local: análise de 110 doentes. **Rev bras Colo-Proct**, 14(Supl.1):41, 1994.
- SORIANO, C. & VESCO, E. - Enfermedad hemorroidal: estado actual. **Rev Gastroenterol Peru**, 13(3):188-93, 1993.
- SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R.; JUNQUEIRA A. - A atualidade da cirurgia ambulatorial. **R Bras Ed Méd**, 9(1):52-54, 1985.
- STALLARD, S. & PRESCOTT, S. - Postoperative urinary retention in general surgical patients. **Br J Surg**, 75:1141-3, 1988.
- STEINBERG, D.M.; LIEGOIS, H.; ALEXANDER-WILLIMS, J. - Long-term review of the results of rubber band ligation of haemorrhoids. **Am J Surg**, 62:144-6, 1975.
- STELZNER, V.F. - Die hämorrhoiden und andere krankheiten des corpus cavernosum recti und des analkanals. **Dtsh Med Wochenschr**, 88:689-96, 1963.
- STELZNER, F. - Die hamorrhoidektomie: eine einfache operation? Inkontinenz, stenose, fistel, infektion und todesfalle. **Chirurg**, 63(4):316-26, 1992.
- SYSTEMIC disease patients proven acceptable for ambulatory surgery. **Same-day Surgery**, 5:41-3, 1981.
- TAZAWA, K.; TAKEMORI, S.; HIROKAWA, S.; YAMAMOTO, K.; KATSUKI, S.; ARAI, H.; KASAGI, T.; KATSUYAMA, S.; FUJIMAKI, M. - The clinical pharmacokinetics of two different preparations of intrarectal ketoprofen folowing spinal or local anesthesia for anal surgery. **Jpn J Surg**, 21(6):621-6, 1991.
- THOMSON, W.H.F. - The nature of hemorrhoids. **Br J Surg**, 62:542-52. 1975.
- THULESIUS, O. & GJORES, J.E. - Arterio-venous anastomoses in the anal region with reference to the pathogenesis and treatment of hemorrhoids. **Acta Chir Scand**, 139:476-8, 1973.

- TURELL, R. - **Diseases of the colon and rectum**. Vol 2. Philadelphia: W.B. Saunders, 1959. p.836.
- TURRA, G.; BELLINZONI, P.; SANTANGELO, A.; GUGLIELMO, A. D.; GHERARDI, G.M.- Emorroidectomia secondo Milligan-Morgan: risultati a distanza. **Minerva Chir** , 40:173-7, 1985.
- TUSCANO, D.; CATARCI, M.; ZARACA, F.; NEGRO, P.; FLATI, G.; CARBOMI, M. - Trattamento chirurgico delle emorroidi al IV stadio: il ruolo delle tecniche anatomiche. **G Chir**, 15(4): 179-82, 1994.
- VIEIRA, M.J.F.; HABR-GAMA, A.; ALVES, P.R.A.; SOUZA JR, A.H.S.; TEIXEIRA, M.G. - Hemorroidectomias: análise dos resultados. **Rev bras Colo-Proct**, 8(Suppl.1):42, 1988.
- WANNAS, H.R. - Pathogenesis and management of prolapsed hemorrhoids. **J R Coll Surg**, 29:31-7, 1984.
- WALLSTAB, G; SCHOLZ, H.; TAG, K.L.; SCHENCK, V.; KEMPFE, L. - 10 jahre tageschirurgie-ergebnisse einer patientenbefragung (Ten years of ambulatory surgery: results of a patient survey). **Zentralbl Chir**, 109(5):347-51, 1984.
- WHITE, P.F. - Anestesia para pacientes externos. In: MILLER, R.D., ed. - **Tratado de Anestesia**. 2.ed. São Paulo, Manole, 1989. p.1957-83.



9. ANEXOS

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O GRUPO ETÁRIO

em anos	Grupo A	Grupo B
< 20	1 (2%)	0 (0%)
20-24	7 (14%)	2 (4%)
25-29	7 (14%)	3 (6%)
30-34	5 (10%)	12 (24%)
35-39	5 (10%)	11 (22%)
40-44	5 (10%)	5 (10%)
45-49	3 (6%)	7 (14%)
50-54	6 (12%)	3 (6%)
55-59	4 (8%)	5 (10%)
60-64	2 (4%)	1 (2%)
65-69	2 (4%)	1 (2%)
> 70	3 (6%)	0 (0%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O SEXO

	Grupo A	Grupo B
masculino	25 (50%)	27 (54%)
feminino	25 (50%)	23 (46%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA III - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA

	Grupo A	Grupo B
Paulínia	15 (30%)	7 (14%)
outros	35 (70%)	43 (86%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA IV - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME OS DADOS DA ANAMNESE

	Grupo A	Grupo B
sangramento	9 (18%)	12 (24%)
sangramento freqüente e prolapso esporádico	8 (16%)	9 (18%)
sangramento e dor	5 (10%)	8 (16%)
sangramento freqüente e desconforto esporádico	5 (10%)	8 (16%)
prolapso	3 (6%)	2 (4%)
prolapso e desconforto	3 (6%)	2 (4%)
prolapso freqüente e sangramento esporádico	10 (20%)	6 (12%)
prolapso e dor	1 (2%)	0 (0%)
desconforto freqüente e sangramento esporádico	3 (6%)	3 (6%)
desconforto freqüente e prolapso esporádico	3 (6%)	0 (0%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA V - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME DOENÇAS ASSOCIADAS IDENTIFICADAS NO GRUPO A

	número de pacientes
hipertensão arterial sistêmica	4 (8%)
hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia por hipertensão	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e seqüela de acidente vascular cerebral	1 (2%)
cardiopatia isquêmica	2 (4%)
miocardiopatia	2 (4%)
diabetes melito	1 (2%)
anemia	1 (2%)
asma	1 (2%)
artralgias	1 (2%)
alcoolismo crônico	1 (2%)
total	15 (30%)

TABELA VI - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME AS DOENÇAS ASSOCIADAS IDENTIFICADAS NO GRUPO B

	número de pacientes
hipertensão arterial sistêmica	2 (4%)
hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica e epilepsia	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica e alcoolismo crônico	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica e infecção urinária de repetição	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica e neurose	1 (2%)
hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia isquêmica	1 (2%)
epilepsia	2 (4%)
asma	2 (4%)
alergias múltiplas	1 (2%)
incontinência urinária de esforço	1 (2%)
portador do vírus da síndrome de imunodeficiência adquirida	1 (2%)
total	15 (30%)

TABELA VII - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME A LOCALIZAÇÃO DOS MAMILOS HEMORROIDÁRIOS

	Grupo A	Grupo B
LE, PD	13 (26%)	2 (4%)
PD, AD	10 (20%)	4 (8%)
LE, AD	3 (6%)	3 (6%)
PE, AD	2 (4%)	0 (0%)
PE, PD	2 (4%)	0 (0%)
LE, PD, AD	16 (32%)	36 (72%)
PE, PD, AD	3 (6%)	3 (6%)
LE, PE, PD	1 (2%)	1 (2%)
LE, PE, AD	0 (0%)	1 (2%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA VIII - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME GRAU DOS MAMILOS HEMORROIDÁRIOS

	Grupo A	Grupo B
segundo grau	35 (70%)	27 (54%)
terceiro grau	15 (30%)	23 (46%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA IX - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME A AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

	Grupo A	Grupo B
A.S.A. I	35 (70%)	35 (70%)
A.S.A II	15 (30%)	15 (30%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA X - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME A NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA INTRAMUSCULAR ADICIONAL À ORAL PRESCRITA

	Grupo A	Grupo B
não	43 (86%)	32 (64%)
sim	7 (14%)	18 (36%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA XI - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME O TEMPO ATÉ A PRIMEIRA DEFECÇÃO

	Grupo A	Grupo B
mesmo dia	4 (8%)	1 (2%)
1º PO	15 (30%)	9 (18%)
2º PO	21 (42%)	25 (50%)
3º-4º PO	7 (14%)	11 (22%)
5º PO	2 (4%)	3 (6%)
auxílio de clister	1 (2%)	1 (2%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA XII - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME AS COMPLICAÇÕES GERAIS

	Grupo A	Grupo B
retenção urinária	0 (0%)	2 (4%)
flebite em membro superior	0 (0%)	1 (2%)
logorréia	2 (4%)	0 (0%)
total	2 (4%)	3 (6%)

TABELA XIII - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME AS COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

	Grupo A	Grupo B
infecção local	1 (2%)	1 (2%)
hemorragia com re- operação	0 (0%)	2 (4%)
total	1 (2%)	3 (6%)

TABELA XIV - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME AS COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

	Grupo A	Grupo B
plicomas residuais	2 (4%)	3 (6%)
cicatriz fissurária	1 (2%)	2 (4%)
granulação exuberante	1 (2%)	1 (2%)
total	4 (8%)	6 (12%)

TABELA XV - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

	Grupo A	Grupo B
até 28° PO	19 (38%)	15 (30%)
42° PO	24 (48%)	25 (50%)
56° PO	4 (8%)	6 (12%)
90° PO	2 (4%)	2 (4%)
re-operação	1 (2%)	2 (4%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA XVI - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME A DURAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

minutos	Grupo A	Grupo B
até 30	20 (40%)	10 (20%)
31 a 45	22 (44%)	25 (50%)
46 a 60	8 (16%)	15 (30%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA XVII - NÚMERO DE PACIENTES CONFORME O TEMPO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

	Grupo A	Grupo B
até 5º PO	11 (22%)	0 (0%)
6º ao 10º PO	27 (54%)	9 (18%)
11 ao 15º PO	12 (24%)	39 (78%)
16 ao 21º PO	0 (0%)	2 (4%)
total	50 (100%)	50 (100%)

TABELA XVIII - CUSTOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEZEMBRO DE 1990)

	Grupo A	Grupo B	variação
extra-operatórios	Cr\$ 1.504,66	Cr\$ 3.236,78	115,11%
intra-operatórios	Cr\$ 10.975,84	Cr\$ 12.229,73	11,42%
total	Cr\$ 12.480,50	Cr\$ 15.466,51	23,92%

Método de anestesia infiltrativa local :

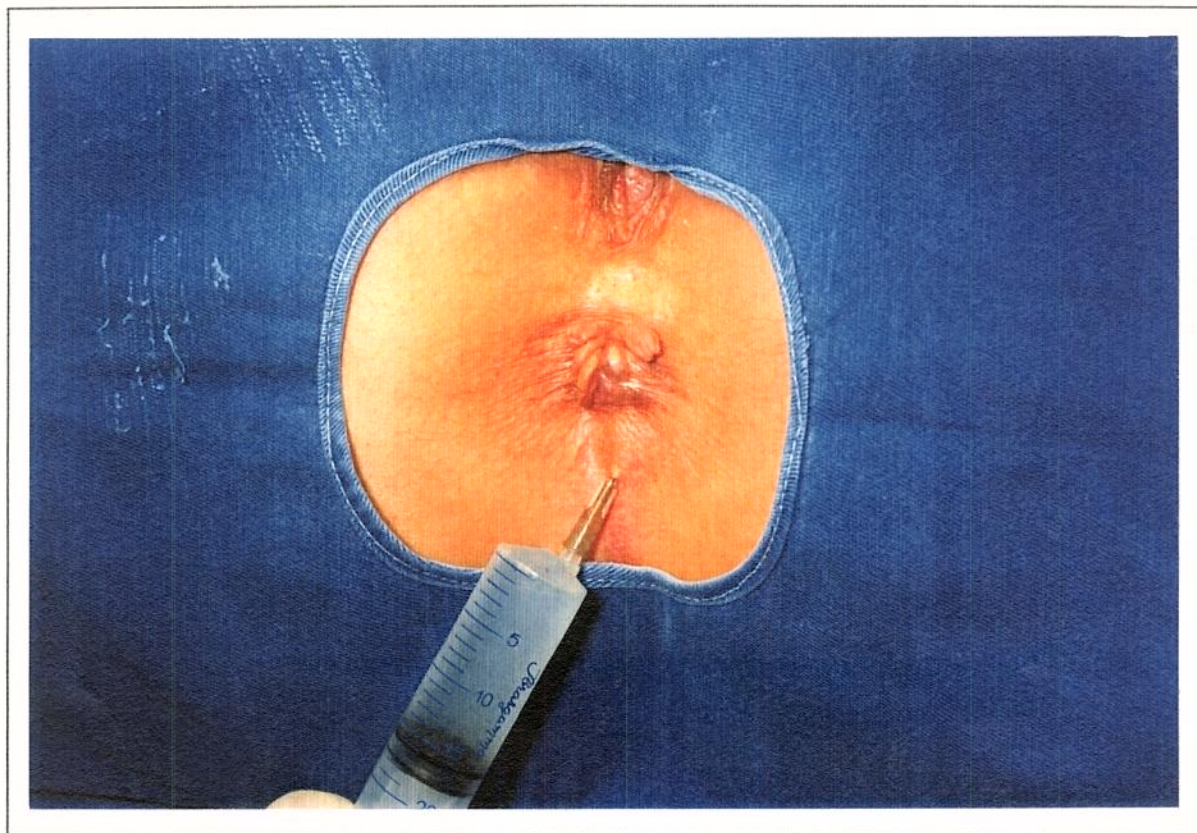


FOTO I - 1ª etapa, na região posterior do ânus.

Método de anestesia infiltrativa local :

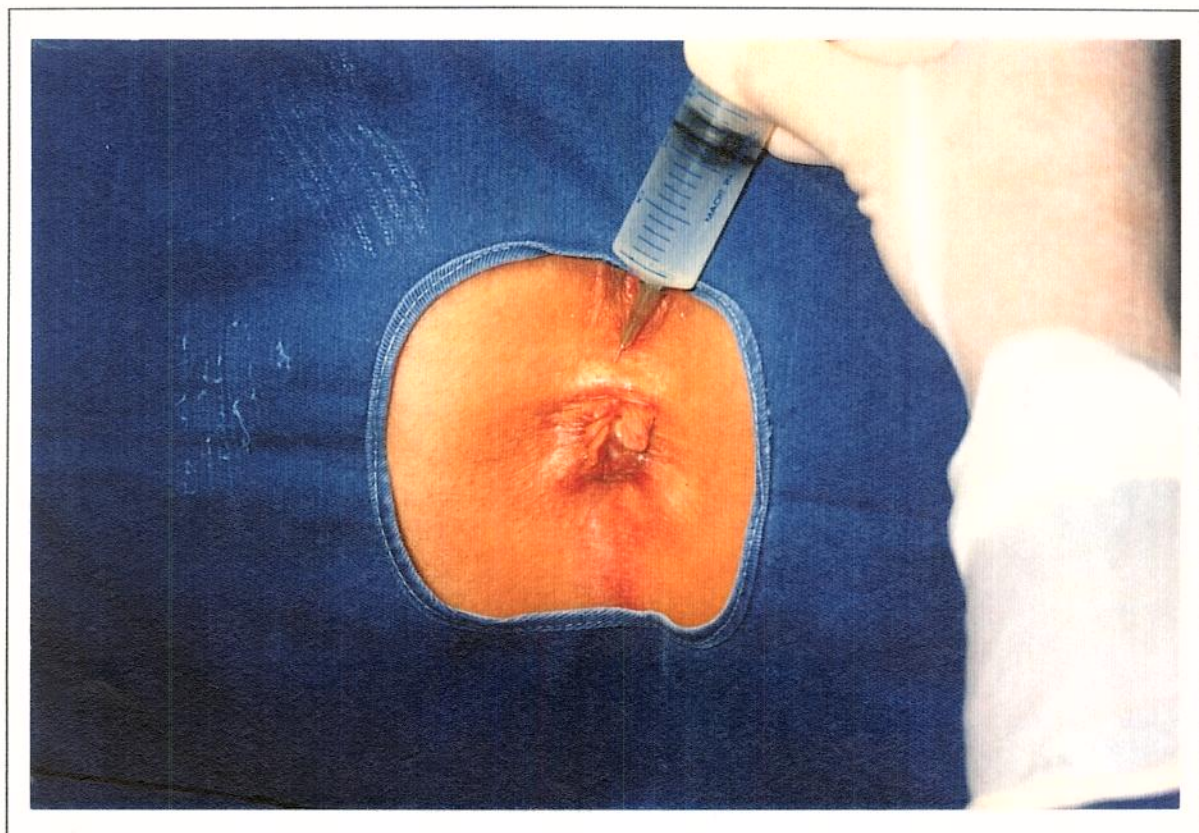


FOTO II - 2ª etapa, na região anterior do ânus.

Método de anestesia infiltrativa local :

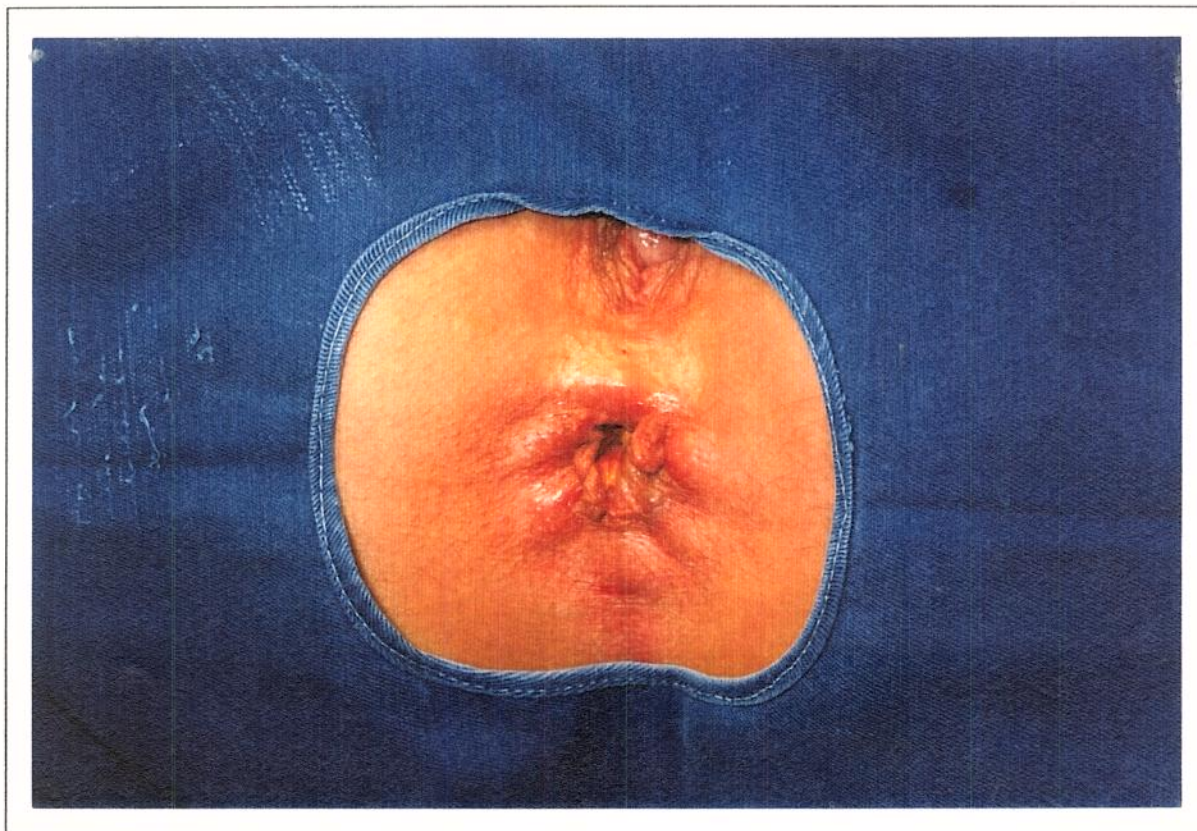


FOTO III - ânus anestesiado, com relaxamento esfínteriano

Dados gerais da casuística - Grupo A

CASO	REGISTRO	NOME	IDADE	SEXO	ETNIA	PROCEDÊNCIA	CLÍNICA	EXAMES ESPECIAIS	DQAS ASSOC	ANESTESIA	MAMILOS	GRAU
1	16646	H.B.	60 M	branca	Paulínia		sangramento há 1 ano; dor esporádica	não	não	local	3; 7; 11	2
2	AMB	S.C.A.	44 M	branca	Paulínia		sangramento há 3 anos; desconforto atual	não	não	local	7; 11	2
4	AMB	A.F.	63 M	branca	Paulínia		desconforto há 2 anos; sangramento há 10 dias	não	alcoollismo crônico	local	3; 7	2
3	AMB	J.M.L.	52 M	parda	Campinas		sangramento há 6 anos; piora há 8 meses	enema opaco normal	miocardiopatia com ICC leve	local	3; 7; 11	3
5	8176	D.A.S.	25 F	branca	Elías Fausto		sangramento e desconforto há 5 meses	não	não	local	3; 11	2
6	AMB	A.R.	20 M	branca	Paulínia		prolapso e sangramento esporádicos	não	não	local	3; 7; 11	2
7	AMB	F.M.C.F.	33 M	branca	S.A. Posse		sangramento há 2 anos	não	não	local	5; 7; 11	2
8	AMB	O.A.M.	28 M	branca	Piracicaba		sangramento e prolapso há 2 anos	não	não	local	3; 7	2
9	AMB	A.J.G.	29 F	parda	Campinas		sangramento há 13 anos; prolapso e dor há 1 mês	não	não	local	3; 7; 11	3
10	AMB	T.J.J.	29 F	branca	Campinas		sangramento há 11 anos; microtrombose há 2 meses	não	não	local	3; 7; 11	2
11	AMB	G.A.C.	46 M	branca	Campinas		nódulo há 2 anos; prolapso e sangramento atual	não	não	local	3; 7; 11	3
12	AMB	L.S.O.	57 F	branca	Pedreira		sangramento há 7 anos	não	HAS	local	5; 7	3
13	AMB	T.A.R.M.	43 F	branca	Campinas		prolapso há 10 anos; sangramento esporádico	não	não	local	5; 11	3
14	AMB	J.C.P.	38 M	branca	S.A. Posse		prolapso há 2 meses	não	não	local	3; 7; 11	3
15	AMB	C.S.P.	53 F	branca	Jaguariúna		sangramento há 17 anos; desconforto há 6 meses	não	não	local	3; 7; 11	2
16	AMB	J.B.P.	38 M	parda	Campinas		prolapso há 2 anos; sangramento recente	não	não	local	3; 7; 11	3
17	9314	M.S.P.	40 F	negra	Sumaré		prolapso há 14 anos; sangramento há 6 anos	não	não	local	7; 11	3
18	AMB	A.P.Z.	57 F	parda	Sumaré		desconforto há 5 anos; sangramento há 1 mês	não	HAS com cardiopatia	local	3; 7	2
19	AMB	I.S.S.	33 M	branca	Paulínia		dor esporádica há 8 meses; microtrombose recente	não	não	local	5; 11	2
20	9510	C.O.	65 M	branca	Paulínia		sangramento há 8 anos; prolapso ao evacuar	não	não	local	3; 7	2
21	AMB	E.A.P.	21 F	branca	Paulínia		sangramento há 1 ano; dor recente	não	não	local	3; 7	2
22	9574	R.R.S.G.	58 F	branca	Campinas		sangramento há 4 meses; prolapso há 20 dias	não	cardiopatia isquêmica	local	7; 11	2
23	10188	A.M.	66 M	branca	Campinas		prolapso há 3 meses	não	cardiopatia isquêmica	local	3; 7	2
24	AMB	S.G.	44 M	branca	Campinas		sangramento há 18 meses; surtos de microtrombose	não	não	local	3; 7	3
25	10164	Z.B.	41 F	branca	Sumaré		sangramento, prolapso há 4 anos, desconforto atual	não	não	local	3; 7	3

CASO	TÉCNICA	DATA	T-CIR	MEDICAÇÃO	COMPLICAÇÕES	RE-OPERAÇÕES	1ª DEFECAÇÃO	T-CICATRIZAÇÃO	RETATIVIDADES	ESCORE
1	Milligan-Morgan	21/06/89	30	vía oral	não	não	mesma noite	observada no 42º PO	até 5º PO	14
2	Milligan-Morgan	24/07/89	35	vía oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	11
4	Milligan-Morgan	31/01/90	25	vía oral	não	não	1º PO	observada no 58º PO	6º ao 10º PO	13
3	Milligan-Morgan e ligadura	31/01/90	55	vía oral	plicoma residual	recusou	5º PO	observada no 90º PO	6º ao 10º PO	9
5	Milligan-Morgan	31/01/90	25	vía oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	14
6	Milligan-Morgan	05/02/90	45	vía muscular na 6ª e 18ª h	não	não	1º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
7	Milligan-Morgan	02/03/90	45	vía oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	13
8	Milligan-Morgan	29/03/90	30	vía muscular na 5ª hora	não	não	mesma noite	observada no 56º PO	até 5º PO	11
9	Milligan-Morgan	18/04/90	60	vía muscular na 13ª hora	não	não	2º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	10
10	Milligan-Morgan	18/04/90	55	vía oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
11	Milligan-Morgan	07/05/90	55	não	não	não	2º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	12
12	Milligan-Morgan	18/05/90	30	vía oral	não	não	3-4º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	10
13	Milligan-Morgan	02/07/90	25	vía oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	12
14	Milligan-Morgan	02/07/90	50	vía oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
15	Milligan-Morgan	23/07/90	50	vía oral	2º PO: equimose; 9º PO: infecção; 60º PO: sangramento	65º PO: cauterização; granulação excessiva	4º PO	observada no 90º PO	11º ao 15º PO	7
16	Milligan-Morgan	02/08/90	50	vía oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
17	Milligan-Morgan	13/08/90	35	não	2 plicomas residuais	recusou	3º PO	observada no 56º PO	6º ao 10º PO	10
18	Milligan-Morgan e ligadura	13/08/90	40	vía muscular na 6ª hora	30º PO: cicatriz fissurária	65º PO: ressecção e esfincterotomia	2º PO	re-operado	6º ao 10º PO	9
19	Milligan-Morgan	21/08/90	30	vía oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	14
20	Milligan-Morgan	10/09/90	30	vía muscular na 11ª hora	não	não	2º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
21	Milligan-Morgan	17/09/90	25	vía oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	até 5º PO	14
22	Milligan-Morgan	17/09/90	20	vía oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	14
23	Milligan-Morgan	10/12/90	35	vía oral	não	não	5º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
24	Milligan-Morgan	21/01/91	35	vía oral	não	não	3º PO	observada no 42º PO	até 5º PO	11
25	Milligan-Morgan	04/02/91	40	vía oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	13

CASO	REGISTRO	NOME	IDADE	SEXO	ETNIA	PROCEDÊNCIA	CLÍNICA	EXAMES ESPECIAIS	DÇAS ASSOC	ANESTESIA	MAMILOS	GRAU
26	AMB	F.M.	58 F		branca	Conchal	sangramento após evacuações há 8 anos	não	cardiopatia com IDC leve	local	3; 7; 11	2
27	AMB	S.A.	33 M		branca	Campinas	sangramento há 2 anos; prolapso recente	não	não	local	7; 11	2
28	AMB	S.J.M.S.	28 F		branca	Paulínia	sangramento há 3 anos; dor esporádica	não	não	local	5; 7	2
29	AMB	R.A.L.	21 M		parda	Campinas	desconforto e prolapso há 4 meses	não	não	local	3; 7; 11	2
30	12528	F.J.	47 M		branca	Leme	sangramento há 3 anos	coloscopia normal	HAS	local	3; 7	2
31	AMB	C.P.	35 M		branca	Paulínia	prolapso há 1 ano	não	não	local	3; 5; 7	2
32	AMB	M.H.F.	26 F		parda	Campinas	prolapso há 1 ano; sangramento há 8 dias	não	não	local	3; 7	3
33	AMB	L.M.S.	36 F		branca	Campinas	desconforto há 7 meses; sangramento esporádico	não	não	local	3; 11	2
34	AMB	G.M.S.M.	71 F		parda	Campinas	prolapso há 12 anos; sangramento esporádico	não	HAS	local	3; 11	3
35	11027	J.C.J.	73 F		branca	Paulínia	sangramento há 11 meses, após AVC	não	HAS, diabetes sequela de AVC	local	3; 7	3
36	AMB	R.O.	34 M		branca	Sumaré	sangramento há 2 meses; prolapso recente	enema opaco normal	anemia	local	7; 11	2
37	14198	L.D.S.	17 F		branca	Campinas	prolapso há 1 ano; desconforto frequente	não	não	local	7; 11	2
38	14781	O.V.A.	33 M		branca	Campinas	prolapso, sangramento e microtrombos esporádicos	não	não	local	3; 7	2
39	14935	S.P.M.	54 M		parda	Mogi-Guaçu	prolapso e dor esporádica há 6 meses	não	não	local	3; 7	2
40	14932	E.G.S.	23 M		negra	Sumaré	prolapso e desconforto há 4 meses	não	asma	local	5; 7; 11	2
41	14934	J.C.C.	79 M		branca	Campinas	sangramento e prolapso há 8 anos	não	artralgias	local	3; 7; 11	2
42	AMB	A.A.X.	52 F		parda	Paulínia	prolapso há 1 ano; muco e sangramento recente	coloscopia normal	HAS	local	3; 7; 11	3
43	AMB	I.C.F.	45 F		branca	Paulínia	prolapso, desconforto e dor esporádica há 4 anos	coloscopia normal	não	local	3; 7; 11	2
44	AMB	G.W.C.	50 M		branca	Paulínia	sangramento há 10 anos; microtrombose recente	não	diabetes	local	3; 7; 11	2
45	17089	O.F.	22 M		branca	Campinas	sangramento há 6 meses; desconforto ao evacuar	não	não	local	7; 11	2
46	17325	A.T.C.	27 F		branca	Campinas	sangramento há 1,5 ano; dor esporádica	não	não	local	7; 11	2
47	17436	N.R.S.	38 F		branca	Campinas	sangramento e desconforto esporádico há 3 meses	não	não	local	7; 11	2
48	19903	M.A.C.	23 F		branca	Paulínia	sangramento há 2 anos; dor esporádica	não	não	local	7; 11	2
49	AMB	M.L.P.	22 F		branca	Paulínia	desconforto, prurido, prolapso há 9 meses	não	não	local	5; 7; 11	2
50	AMB	A.A.S.	53 F		parda	Sta Bárbara	prolapso há 1 ano, com sangramento recente	não	não	local	3; 7; 11	3

CASO	TÉCNICA	DATA	T-CIR	MEDICAÇÃO	COMPLICAÇÕES	RE-OPERAÇÕES	1ª DEFECAÇÃO	T-CICATRIZAÇÃO	RET ATIVIDADES	ESCORE
26	Milligan-Morgan	18/02/91	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
27	Milligan-Morgan	09/03/91	35	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	13
28	Milligan-Morgan	28/05/91	30	via oral	não	não	mesma noite	observada no 28º PO	8º ao 10º PO	14
29	Milligan-Morgan	21/10/91	50	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	12
30	Milligan-Morgan	28/10/91	35	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	até 5º PO	13
31	Milligan-Morgan	04/11/91	45	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	8º ao 10º PO	13
32	Milligan-Morgan	11/11/91	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	até 5º PO	14
33	Milligan-Morgan	25/11/91	35	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	8º ao 10º PO	13
34	Milligan-Morgan	20/01/92	40	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
35	Milligan-Morgan	08/03/92	25	via oral	não	não	3-4º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	10
36	Milligan-Morgan	25/05/92	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	14
37	Milligan-Morgan	27/05/92	30	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	14
38	Milligan-Morgan	03/08/92	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	14
39	Milligan-Morgan	19/08/92	25	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	12
40	Milligan-Morgan	19/08/92	45	via muscular na 5ª hora	não	não	2º PO	observada no 28º PO	até 5º PO	11
41	Milligan-Morgan e ligadura	20/08/92	40	via oral	não	não	3-4º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	8
42	Milligan-Morgan	21/08/92	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	13
43	Milligan-Morgan e ligadura	09/10/92	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	até 5º PO	13
44	Milligan-Morgan e ligadura	08/02/93	40	via oral	não	não	4º PO	observada no 28º PO	8º ao 10º PO	11
45	Milligan-Morgan	10/05/93	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	8º ao 10º PO	14
46	Milligan-Morgan	07/06/93	30	via muscular na 8ª hora	não	não	2º PO	observada no 28º PO	até 5º PO	12
47	Milligan-Morgan	07/07/93	25	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	13
48	Milligan-Morgan	28/03/94	35	via oral	não	não	clister no 3º PO	observada no 28º PO	8º ao 10º PO	11
49	Milligan-Morgan	28/03/94	35	via oral	não	não	mesma noite	observada no 28º PO	até 5º PO	13
50	Milligan-Morgan e ligadura	22/06/94	40	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	até 5º PO	13

Dados gerais da casuística - Grupo B

CASO	REGISTRO	NOME	IDADE	SEXO	ETNIA	PROCEDÊNCIA	CLÍNICA	EXAMES ESPECIAIS	DÇAS ASSOC	ANESTESIA	MÃNILOS	GRAU
51	8319	C.R.R.	48 F		branca	Leme	desconforto há 1 ano; sangramento esporádico	não	não	peridural	3; 7; 11	2
52	8441	A.B.J.	69 F		branca	Campinas	sangramento e dor esporádica há 4 anos	não	HAS; cardiopatia isquêmica	peridural	3; 7; 11	2
53	8494	L.F.S.	36 F		parda	Campinas	sangramento, prolapso há 5 anos; leve microtrombos	não	não	peridural	3; 7; 11	3
54	8545	A.A.H.	34 M		branca	Limelra	sangramento há 15 anos; prurido esporádico	não	não	peridural	7; 11	3
55	7775	E.S.M.	49 F		branca	Campinas	sangramento há 3 anos	não	não	peridural	7; 11	3
56	8580	M.P.S.	32 M		parda	Sumaré	sangramento e prolapso há 8 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	2
57	8825	B.R.O.	38 M		parda	Paulínia	sangramento há 6 meses; dor esporádica	não	não	peridural	3; 7; 11	2
58	13478	O.N.P.V.	52 F		branca	Campinas	sangramento há 8 meses; prolapso há 20 dias	não	não	peridural	7; 11	2
59	9253	E.E.M.C.	60 F		branca	Campinas	prolapso há 10 anos; microtrombose no passado	não	HAS; diabetes	peridural	3; 7; 11	3
60	9251	D.A.M.B.	33 F		branca	Piracicaba	prolapso há 9 anos; sangramento há 5 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	3
61	9255	J.A.P.	49 M		branca	Sumaré	sangramento há 5 meses; surtos de microtrombose	não	não	peridural	3; 7; 11	2
62	9361	A.N.V.	55 M		branca	Piracicaba	sangramento há 20 anos; desconforto esporádico	não	HAS; neurose	peridural	3; 7; 11	3
63	10091	S.A.R.	24 F		branca	S.A. Posse	sangramento há 18 meses	não	epilepsia	peridural	3; 7; 11	2
64	10224	N.C.C.	38 M		branca	Campinas	sangramento há 2 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	2
65	10232	D.C.	42 M		branca	Campinas	sangramento há 10 anos; dor esporádica	não	não	peridural	3; 7; 11	2
66	10919	C.S.P.	25 F		branca	Paulínia	sangramento há 4 meses	não	não	peridural	3; 7; 11	3
67	12231	F.S.	39 M		parda	S. Sebastião	sangramento há 20 anos	não	alergias múltiplas	peridural	3; 7; 11	2
68	12266	E.C.A.	41 M		branca	Campinas	sangramento há 5 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	2
69	12828	I.G.O.	27 M		parda	Hortolândia (presídio)	desconforto e prurido há 5 anos; sangramento há dias	não	não	peridural	3; 7; 11	2
70	13139	V.A.F.	33 M		branca	Cajamar	desconforto há 4 anos; sangramento recente	não	SIDA	peridural	3; 7; 11	2
71	14015	J.S.	41 M		branca	Paulínia	prolapso há 10 anos; sangramento frequente	não	HAS	peridural	3; 7; 11	2
72	13388	M.R.V.	32 F		branca	Campinas	prolapso há 6 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	3
73	13751	N.T.S.	56 M		branca	Hortolândia	sangramento e desconforto há 15 anos	não	não	peridural	3; 7; 11	3
74	8306	O.A.V.B.	32 F		branca	Paulínia	sangramento, unidade, desconforto há 12 anos	não	não	peridural	5; 7; 11	3
75	13851	M.A.B.	33 F		branca	Limelra	sangramento e dor há 7 anos	não	não	peridural	5; 7; 11	3

CASO	TÉCNICA	DATA	T-CIR	MEDICAÇÃO	COMPLICAÇÕES	RE-OPERAÇÕES	1ª DEFECAÇÃO	T-CICATRIZAÇÃO	RET ATIVIDADES	ESCORE
51	Milligan-Morgan	06/03/90	45	via oral	2 pilcomas residuais	recusou	1º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	10
52	Milligan-Morgan	23/03/90	50	via oral	retenção urinária	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	8
53	Milligan-Morgan	02/04/90	40	via oral	não	não	3-4º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	9
54	Milligan-Morgan	09/04/90	30	via oral	não	não	5º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	10
55	Milligan-Morgan	09/04/90	25	via oral	não	não	4º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
56	Milligan-Morgan e ligadura	16/04/90	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	11
57	Milligan-Morgan e ligadura	28/05/90	55	via musc. 6ª h; e no 2º PO	não	não	1º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	10
58	Milligan-Morgan	21/06/90	25	via oral	2 pilcomas residuais	recusou	1º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	12
59	Milligan-Morgan	06/08/90	45	via muscular na 4ª e 10ª h	não	não	2º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	8
60	Milligan-Morgan e ligadura	06/08/90	50	via oral	infecção 4º PO; antibióticoterapia	não	2º PO	observada no 56º PO	16º ao 21º PO	9
61	Milligan-Morgan e ligadura	06/08/90	50	via muscular na 4ª e 10ª h	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	8
62	Milligan-Morgan e ligadura	20/08/90	55	via muscular na 2ª hora	Obs: alta no 2º PO; familiares não compareceram	não	5º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	4
63	Milligan-Morgan	28/11/90	50	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	10
64	Milligan-Morgan e ligadura	17/12/90	45	via muscular na 2ª e 1ª h	hemorragia na 7ª hora; alta no 2º PO	re-ligadura cirúrgica do pedículo	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	7
65	Milligan-Morgan e ligadura	17/12/90	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	11
66	Milligan-Morgan	25/03/91	35	via muscular na 9ª hora	não	não	3º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	9
67	Milligan-Morgan e ligadura	18/09/91	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
68	Milligan-Morgan	23/09/91	40	via muscular na 5ª hora	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
69	Milligan-Morgan e ligadura	25/11/91	35	via muscular na 4ª hora	não	não	clister no 4º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	7
70	Milligan-Morgan	13/01/92	30	via muscular na 7ª hora	flebite em membro superior no 4º PO	não	2º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	9
71	Milligan-Morgan e ligadura	06/02/92	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
72	Milligan-Morgan	10/02/92	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
73	Milligan-Morgan	30/03/92	45	via muscular na 12ª hora	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
74	Milligan-Morgan	13/04/92	50	via muscular na 4ª e 10ª h	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	8
75	Milligan-Morgan e ligadura	13/04/92	55	via muscular na 6ª hora	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	8

CASO	REGISTRO	NOME	IDADE	SEXO	ETNIA	PROCEDÊNCIA	CLÍNICA	EXAMES ESPECIAIS	DCAS ASSOC	ANESTESIA	MAMILOS	GRAU
76	14177	J.A.S.	29 M	parda	Campinas	sangramento há 10 anos; dor esporádica	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
77	14741	V.J.M.	55 M	branca	Campinas	sangramento e prolapso esporadicamente	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
78	14777	R.C.	38 M	branca	Campinas	sangramento há 3 anos	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
79	14778	E.A.M.	48 M	branca	Campinas	sangramento há 2 anos	não	não	não	peridural	3; 7	2
80	14780	M.S.S.	47 F	parda	Sumaré	sangramento e desconforto há 8 anos	não	HAS	HAS	peridural	3; 7; 11	2
81	14822	V.N.P.	23 F	branca	Campinas	sangramento há 2 meses; prolapso recente	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
82	15060	A.A.	58 M	negra	Sumaré	prolapso há 12 anos; sangramento há 10 dias	não	HAS; alcoolismo crônico	HAS	peridural	5; 7; 11	3
83	15455	J.M.B.	36 M	parda	Nova Odessa	sangramento, prolapso e dor há 3 anos	não	não	não	peridural	3; 7; 11	3
84	15482	R.P.N.	31 M	branca	Monte-Mor	sangramento e desconforto há 6 meses	não	não	não	peridural	2; 5; 7	3
85	15745	V.T.T.	34 F	branca	Campinas	prolapso e sangramento há 2 anos	não	epilepsia	epilepsia	peridural	3; 7; 11	3
86	15854	M.J.M.	40 F	branca	Campinas	prolapso e peso há 12 anos; sangramento mínimo	não	incont. urinária de esforço	incont. urinária de esforço	peridural	7; 11	3
87	15883	H.A.G.L.	51 M	branca	Limera	sangramento há 6 anos; prolapso e ardor	não	não	não	peridural	3; 5; 11	3
88	15899	S.C.O.	31 M	branca	Paulínia	sangramento há 3 anos; prolapso e dor leve	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
89	16532	B.P.A.N.	35 F	parda	Sumaré	prolapso há 3 anos; desconforto há 6 meses	não	não	não	peridural	3; 7	2
90	16438	C.S.	42 F	branca	Campinas	prolapso e sangramento há 4 anos	não	asma	asma	peridural	3; 7; 11	3
91	13385	L.S.C.	46 F	branca	Monte Siso	sangramento há 30 anos; dor e prurido há 2 anos	não	HAS; ITU de repetição	HAS; ITU de repetição	peridural	3; 11	3
92	16695	C.S.M.	46 M	branca	Horolândia	sangramento há 8 anos; microtrombose frequentes	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
93	16839	R.A.S.	55 F	branca	Paulínia	sangramento há 5 anos; desconforto há 4 meses	não	HAS; epilepsia	HAS; epilepsia	peridural	3; 7; 11	3
94	10113	C.M.G.M.	39 F	branca	Horolândia	prolapso há 3 anos; desconforto há 8 meses	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
95	16978	M.C.L.	54 F	parda	Campinas	sangramento há 24 anos; dor esporádica	não	não	não	peridural	3; 7; 11	3
96	17088	G.Z.F.	36 M	parda	Tapirubá	sangramento há 3 anos	não	não	não	peridural	3; 11	2
97	17209	F.G.S.	36 F	branca	Paulínia	sangramento há 10 anos; desconforto há 6 meses	não	não	não	peridural	3; 11	3
98	17286	L.P.C.	37 M	branca	Campinas	sangramento há 1 ano	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
99	19375	R.B.L.	33 M	branca	Campinas	sangramento há 7 anos; dor esporádica	não	não	não	peridural	3; 7; 11	2
100	14114	S.G.M.F.	31 M	branca	Campinas	sangramento e prolapso há 3 anos	não	asma	asma	peridural	3; 7; 11	3

CASO	TÉCNICA	DATA	T-CIR	MEDICAÇÃO	COMPLICAÇÕES	RE-OPERAÇÕES	1ª DEFECAÇÃO	T-CICATRIZAÇÃO	RET. ATIVIDADES	ESCORE
76	Milligan-Morgan	25/05/92	40	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
77	Milligan-Morgan	29/07/92	35	via oral	hemorragia na 14ª hora; alta no 2º PO	re-ligadura cirúrgica do pedículo	2º PO	observada no 42º PO	16º ao 21º PO	9
78	Milligan-Morgan e ligadura	1/08/92	40	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	11
79	Milligan-Morgan	3/08/92	30	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	12
80	Milligan-Morgan	3/08/92	30	via oral	não	não	1º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	11
81	Milligan-Morgan	7/08/92	25	via oral	não	não	3-4º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
82	Milligan-Morgan e ligadura	9/09/92	40	via muscular na 4ª hora	não	não	mesma noite	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	9
83	Milligan-Morgan e ligadura	21/10/92	45	via oral	não	não	2º PO	observada no 56º PO	11º ao 15º PO	10
84	Milligan-Morgan e ligadura	26/10/92	40	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	11
85	Milligan-Morgan	25/11/92	30	via muscular na 5ª hora	não	não	2º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	12
86	Milligan-Morgan	9/12/92	40	via muscular na 7ª hora	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
87	Milligan-Morgan e ligadura	18/12/92	60	via muscular na 7ª hora	42º PO: granulação exuberante	52º PO: cauterização	4º PO	observada no 90º PO	11º ao 15º PO	5
88	Milligan-Morgan e ligadura	10/01/93	35	via muscular na 2ª hora	não	não	3º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	7
89	Milligan-Morgan	3/02/93	30	via oral	não	não	2º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	12
90	Milligan-Morgan	1/03/93	50	via oral	não	não	3º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	8
91	Milligan-Morgan	10/03/93	45	via oral	POI: retenção urin.; 48º PO: cic. fissurária; recidiva	22º mes PO: ressecção a	5º PO	re-operado	11º ao 15º PO	3
92	Milligan-Morgan e ligadura	29/03/93	50	via oral	90º PO: cicatriz fissurária	6º mes PO: ressecção e	2º PO	re-operado	11º ao 15º PO	8
93	Milligan-Morgan e ligadura	14/04/93	55	via oral	plicoma residual	5º mes PO: ressecção	4º PO	observada no 90º PO	11º ao 15º PO	7
94	Milligan-Morgan	28/04/93	55	via oral	não	não	1º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	12
95	Milligan-Morgan e ligadura	28/04/93	60	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	10
96	Milligan-Morgan e ligadura	10/05/93	35	via oral	não	não	2º PO	observada no 42º PO	6º ao 10º PO	13
97	Milligan-Morgan e ligadura	24/05/93	35	via oral	não	não	3º PO	observada no 42º PO	11º ao 15º PO	9
98	Milligan-Morgan	2/06/93	50	via oral	não	não	3º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	10
99	Milligan-Morgan	26/01/94	45	via oral	não	não	1º PO	observada no 28º PO	6º ao 10º PO	13
100	Milligan-Morgan	18/05/94	45	via muscular na 3ª hora	não	não	3º PO	observada no 28º PO	11º ao 15º PO	7