CIRURGIA PEDIÁTRICA DE AMBULATÓRIO
(Análise de 3.000 casos — 1961/1971)

Alaor Teixeira *
Teresinha M. C. Teixeira **

Pretendemos, nesta publicação, divulgar a nossa experiência pessoal no atendimento cirúrgico ambulatorial de determinados quadros da patologia cirúrgica identificáveis no paciente pediátrico, fundamentada no estudo de 3.000 casos, por nós atendidos no período de 10 anos (1961/1971).

O interesse de divulgar os resultados obtidos nos referidos 3.000 pacientes se fundamenta em três fatores importantes:

1 — **Problema econômico:** sendo o gasto oriundo de uma hospitalidação muito significativo, o atendimento cirúrgico ambulatorial, sempre que possível, permite a obtenção de uma solução terapêutica mais econômica para os responsáveis peols pacientes, entrosando-se, destarte, com a realidade sócio-econômica que estamos, presentemente, vivendo no nosso país;

2 — **Problema psicológico:** o trauma psíquico que acompanha freqüentemente o paciente pediátrico submetido a uma hospitalização é grandemente diminuído, pois a imediata remoção do mesmo para o seu ambiente familiar permite a ele analisar a agressão cirúrgica de que foi objeto sob um ponto de vista menos complexo;

3 — **Problemas hospitalares:** o ambiente hospitalar, pela sua própria natureza (principalmente tratando-se de hospitais exclusivamente pediátricos) é sede de contaminação freqüente. Assim, as complicações oriundas de processos infecciosos de que são portadores outros doentes hospitalizados dificilmente atingirão o nosso paciente de ambulatório.

Casuística Pessoal

Os 3.000 pacientes — objetos desta publicação — são identificados como segue:

1 — **Quadro clínico:** A patologia verificada foi:

Hérnia Inguinal	1.270 casos
Fimose (Parafimose)	712 casos
Criptorquismo	630 casos
Hérnia Umbelical	250 casos
Hidrocele	90 casos
Cisto de Cordão	48 casos
T O T A L	3.000 casos

2 — **Sexo e Cor:** Com relação a estes itens verificamos:

Sexo:

Masculino	= 2.845 casos	(94,8%)
Feminino	= 155 casos	(05,2%)

Cor:

Brancos	= 2.585 casos	(86,1%)
Pretos	= 415 casos	(13,9%)

3 — **Idade:** A idade de nossos pacientes variou entre os limites mínimo de 7 dias (78 casos = 2,6%) e o máximo de 12 anos (42 casos = 1,4%), sendo a

* Chefe do Departamento de Cirurgia da FMPA/UFRGS.
** Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia — FMPA/UFRGS.

maior incidência verificada no período etário de 6 anos (327 casos = 19%).

Desejamos chamar a atenção, na oportunidade, de que não foram computados na casuística em análise as pequenas cirurgias que habitualmente se efetuam em ambulatório (drenagens de abscessos superficiais, suturas de ferimentos cutâneos, retiradas de corpos estranhos superficiais, exérese de pequenos tumores cutâneos, etc.). A casuística em estudo — como se observa do item 1 (Quadro Clínico) — se refere aos casos denominados de "média cirurgia".

Tratamento

A seqüência por nós adotada no tratamento dos pacientes em análise seguiu à sistematização abaixo:

1 — **Pré-operatório:** Os pacientes chegavam ao Hospital 2 horas antes do horário estabelecido para a intervenção. O Clínico responsável pelo caso e o Anestesista, após exame de rotina, efetuavam o pré-anestésico nas dosagens compatíveis com as características dos pacientes.

2 — **Anestesia:** Naqueles casos nos quais as intervenções eram de pequena duração (hérnia inguinal, cisto de cordão, hidrocele essencial, fimose, etc. — tempo de duração médio = a 15 minutos) a anestesia era efetuada com a ministração — máscara aberta — de Fluotane. Naqueles casos com maior tempo cirúrgico previsível (orquidopexias) — tempo médio = 30 minutos), os pacientes eram entubados.

3 — **Transoperatório:** A manipulação visceral e tissular dos pacientes em análise obedeceu aos esquemas técnicos consagrados para cada caso da patologia em tratamento. A sistematização correta do esquema terapêutico cirúrgico, a mínima manipulação visceral permitiram tempos reduzidos de procedimento cirúrgico, o que representou menor tempo anestésico, menor traumatismo cirúrgico e, portanto, melhor recuperação dos pacientes. As intervenções executadas para a correção das patologias identificadas nos 3.000 casos da série em estudo variou dentro dos limites máximo de 30 minutos para o mínimo de 5 minutos.

4 — **Pós-operatório:** Concluída a intervenção, o paciente era levado para a sala de tratamento intensivo pós-anestésico, ali permanecendo até que suas condições clínicas permitissem a sua alta. O tempo em questão variou entre os limites mínimo de 30 minutos para o máximo de 3 horas.

Resultados

Não identificamos em nossos pacientes de ambulatório nada de diferente comparativamente aos dados observados nos pacientes submetidos a intervenções semelhantes e hospitalizados. Edema cirúrgico pós-operatório, pequenas hemorragias de parede, processos infecciosos ao nível da região intervida, foram detectados em menor freqüência. A remoção do paciente para a sua residência se constituiu, portanto, segundo as nossas observações, numa atitude benéfica para a sua evolução pós-operatória. Nenhum acidente grave foi verificado e a evolução de todos os casos foi excelente.

Comentários

A análise dos 3.000 casos cirúrgicos atendidos de ambulatório, com resultados superiores aos observados em casos semelhantes hospitalizados, nos levam a concluir que os objetivos que se pretendia alcançar com o tratamento cirúrgico ambúlatorial foram perfeitamente alcançados. Com efeito, verificamos pela análise dos resultados obtidos que a orientação ambulatorial no atendimento das patologias verificadas nos nossos 3.000 pacientes nos permitiu a obtenção de um tratamento **mais econômico,** o **traumatismo psicológico** foi grandemente atenuado pela rápida restituição dos pacientes a seus familiares e, finalmente, as **complicações pós-operatórias** oriundas do ambiente hospitalar foram grandemente afastadas, fato este comprovado pela evolução verificada nos 3.000 casos. Estes resultados nos levam a preconizar a conduta que adotamos naqueles pacientes pediátricos portadores dos quadros patológicos cirúrgicos semelhantes aos divulgados nesta publicação.

Sumário

Os AA. realizam uma análise dos resultados que obtiveram no tratamento ambulatorial de 3.000 casos de pacientes pediátricos submetidos à intervenções cirúrgicas, portadores de Hérnia inguinal, cisto de cordão, hidrocele essencial, fimose, hérnia umbelical e criptorquismo. No decorrer da exposição, analisam os diversos fatores em jogo, dando ênfase aos aspectos econômicos, psicológicos e ambientais responsáveis pelos resultados altamente positivos que obtiveram em seus 3.000 pacientes.

Summary

The AA. makes, in this paper, an analysis of the results obtained in the ambulatorial treatment of 3.000 cases of patients with inguinal hernia, cist of the cord, hydrocelle, phymosis, umbelical hernia and criptorchism. The economical factors, psichological ambient were analysed and the results obtained were considerer very goods.