



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UACM
FACULDADE DE MEDICINA

CLÊNIO EMERSON MOURA DA SILVA
TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS CIRURGIAS DE COLECISTECTOMIA POR
VIDEOLAPAROSCOPIA E POR LAPAROTOMIA REALIZADAS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC.**

CAMPINA GRANDE - PB

2015

CLÊNIO EMERSON MOURA DA SILVA
TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS CIRURGIAS DE COLECISTECTOMIA POR
VIDEOLAPAROSCOPIA E POR LAPAROTOMIA REALIZADAS NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito à obtenção do título de médicos pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação do Prof. PhD Alexandre Magno da Nóbrega Marinho.

CAMPINA GRANDE - PB

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S586a

Silva, Clênio Emerson Moura da.

Análise epidemiológica das cirurgias de colecistectomia por videolaparoscopia e por laparotomia realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC /Clênio Emerson Moura da Silva, Tonny Wyslên Moura de Aquino. – Campina Grande, 2015.

27 f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2015.

Orientador: Prof. Alexandre Magno da Nóbrega Marinho, PhD.

1. Colecistectomia. 2. Cirurgia. 3. Laparoscopia. I. Aquino, Tonny Wyslên Moura de. II. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 617:611.36

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio do Hospital Universitário Alcides Carneiro, onde foi desenvolvido este trabalho. Ao nosso orientador e professor Dr. Alexandro Magno da Nóbrega Marinho, pela orientação concedida durante toda a pesquisa.

A Deus por nos dar forças para continuar em busca dos nossos objetivos. Aos nossos pais, familiares e amigos que, mesmo distante, estão sempre nos apoiando de alguma forma.

RESUMO

Introdução: a colecistectomia consiste na cirurgia de retirada da vesícula biliar, podendo ser feita através de técnica convencional (laparotomia) ou por cirurgia minimamente invasiva (videolaparoscopia). Esta é a técnica cirúrgica atualmente considerada padrão para a realização de colecistectomia, pois resulta em redução da dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar, menos invasiva, culminando em menor risco de infecção, menor incisão cirúrgica e melhor resultado estético. **Objetivos:** esse estudo visa comparar quantitativa e qualitativamente as colecistectomias realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). **Metodologia:** esta pesquisa é um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, exploratória de campo. O estudo foi feito através da análise dos prontuários do HUAC referentes às cirurgias de colecistectomias realizadas neste hospital durante o ano 2014. **Resultados:** durante todo o ano de 2014, realizaram-se 109 cirurgias de colecistectomia, mas apenas 99 prontuários foram encontrados para a análise de dados. Deste total, 68 cirurgias foram por laparotomia e 31 ocorreram por videolaparoscopia. O diagnóstico pré-operatório de colelitíase foi feito em 85 casos, do total de 99 avaliados. Não houve significância estatística ($p=0,234$) em relação às duas técnicas na comparação do tempo de internação hospitalar pós-cirúrgico. Também não foi evidenciada diferença estatística ($p=0,306$) entre os dois grupos na análise da analgesia. Em relação às complicações pós-operatórias: em números absolutos, os pacientes submetidos à colecistectomia por laparotomia apresentaram um maior número: 5 (cinco), já após laparoscopia apenas 1 (um) caso de complicação pós-operatória foi documentada. **Conclusão:** havia a necessidade de um maior número de casos para melhor correlação estatística com os dados presentes na literatura atual e evidenciar a superioridade da via videolaparoscópica para a realização da colecistectomia.

Palavras-chave: colecistectomia; cirurgia; laparoscopia.

Sumário

I - INTRODUÇÃO	7
II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
III - JUSTIFICATIVAS	12
IV – OBJETIVOS	13
IV.1 – Objetivo geral.....	13
IV.2 – Objetivos específicos	13
V – HIPÓTESE DE DESFECHO.....	14
VI – METODOLOGIA.....	15
VI.1 – Desenho do estudo.....	15
VI.2 – População e período do estudo.....	15
VI.3 – Critérios de inclusão	15
VI.4 – Critérios de exclusão	15
VI.5 – Coleta de dados	16
VI.6 – Processamento e análise de dados.....	16
VI.7 – Comitê de Ética	16
VI.8 – Conflitos de interesses.....	16
VI.9 – Financiamento	16
VII – Resultados	17
VIII – Discussão	20
IX – Conclusão.....	23
X – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
XI - APÊNDICES	26
Apêndice 01.....	26
Apêndice 2.....	27

I - INTRODUÇÃO

A colecistectomia é caracterizada pela retirada cirúrgica da vesícula biliar. É um procedimento indicado em casos de neoplasias da vesícula ou em casos de litíase biliar e suas complicações. Essa cirurgia pode ser realizada pela técnica convencional (laparotomia) ou por cirurgia minimamente invasiva (videolaparoscopia) (Santos et al, 2008).

As vias biliares extra-hepáticas consistem da confluência dos ductos hepáticos esquerdo e direito, ducto hepático comum, colédoco, ducto cístico e vesícula biliar. A vesícula biliar é um reservatório em forma de pera em continuidade com os ductos hepático e colédoco através do ducto cístico. Seu comprimento oscila de 7 a 10 cm, seu diâmetro de 3 a 5 cm e sua capacidade de 30 a 60 mL. A vesícula biliar localiza-se na superfície inferior do fígado parcialmente envolvida em uma camada de peritônio. É anatomicamente dividida em fundo, corpo, infundíbulo e colo, o qual se esvazia no ducto cístico. O ducto cístico varia de 1 a 5 cm de comprimento e 3 a 7 cm de diâmetro (Sabiston, 2010).

Desde a primeira colecistectomia realizada no mundo, em 1882, por Carl Langenbunch, demorou mais de 100 anos para uma inovação surpreendente ser desenvolvida: a colecistectomia videolaparoscópica (De U, 2004). Esta é a técnica cirúrgica atualmente considerada padrão para o tratamento das patologias das vias biliares, mas durante a introdução do seu uso houve uma grande resistência por parte dos cirurgiões em adotar essa prática. Pois existia um preceito que dizia: “grandes cirurgiões, grandes incisões” (Crain JM et al).

O primeiro procedimento laparoscópico descrito na história é creditado a George Kelling, em 1901, na Alemanha, o qual fez uso de um cistoscópio em um cão. Entretanto, o principal marco em cirurgia se deu no ano de 1985, na Alemanha, quando Erich Mühe realizou a primeira colecistectomia laparoscópica (Litynski GS,1998). Na década de 1990, ocorreram grandes avanços nessa nova abordagem cirúrgica, representando um dos acontecimentos mais importantes e significativos na área da medicina (Satava, 2000).

Os resultados obtidos através da colecistectomia por via convencional são semelhantes aos da videolaparoscopia. Entretanto, esta abordagem tem como principais vantagens: redução da dor pós-operatória; menor tempo de internação, resultando em alta hospitalar precoce, com conseqüente retorno ao trabalho mais rápido; menor invasão da cavidade abdominal, reduzindo a exposição de tecidos, diminuindo os riscos de infecção pós-operatória; menor incisão cirúrgica, levando a um melhor resultado estético; diminuição do tempo de íleo paralítico (Sabiston 2010).

Este estudo tem como objetivo fazer um comparativo entre as colecistectomias convencionais por laparotomia e as colecistectomias laparoscópicas realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), quanto aos seguintes critérios: número de cirurgias por cada meio; diagnóstico pré e pós-operatório; necessidade de analgésicos e seu tempo de uso no pós-operatório; ocorrência de complicações perioperatórios e pós-operatórias; infecção da ferida cirúrgica; a administração e tempo de uso de antibióticos; tempo de internação em dias de pós-operatório.

II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A cirurgia laparoscópica surgiu entre os anos 1930 e 1950, derivando de progressos e avanços graduais nas técnicas de imagem. O primeiro procedimento laparoscópico descrito na história é creditado a George Kelling, em 1901, na Alemanha, o qual fez uso de um cistoscópio em um cão (Cuschieri, 2005).

Quando a laparoscopia começou a ser praticada, houve uma resistência por parte de muitos profissionais, pois existia o seguinte conceito: “grandes cirurgias, grandes incisões”. Mas na década de 1990, foram desenvolvidos avanços nessa abordagem cirúrgica, culminando na aceitação e aplicação pelos médicos (Satava, 2000).

A colecistectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada da vesícula biliar que pode ser realizado através de diferentes modalidades de técnicas cirúrgicas, destacando-se a colecistectomia convencional e a videolaparoscópica. Em 1882, essa cirurgia foi realizada pela primeira vez por Carl Langenbunch, por laparotomia (forma convencional). Desde essa data, passaram-se mais de 100 anos para que uma inovação surpreendente fosse desenvolvida: a colecistectomia por videolaparoscopia (De U, 2004).

Erich Mühe realizou a primeira colecistectomia laparoscópica, na Alemanha, em 1985. Essa nova forma de cirurgia rapidamente comprovou sua superioridade em relação à convencional, principalmente por reduzir o tempo de internação possibilitando alta hospitalar precoce, com rápido retorno às atividades habituais (Litynski, 1998).

Essa é uma das cirurgias mais realizadas no mundo. De acordo com dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), mais de 130 mil colecistectomias abertas foram realizadas no Brasil, em 2008 e somente 19 mil por videolaparoscopia. Embora a técnica videolaparoscópica seja considerada padrão-ouro e realizada em 95% dos pacientes em países desenvolvidos, no Brasil, principalmente no SUS, o procedimento mais empregado é a colecistectomia convencional (Ministério da Saúde, 2009).

A colecistectomia convencional é realizada por incisão abdominal subcostal, paramediana ou mediana (cerca de 20 a 30 cm), com visão direta do campo cirúrgico e retirada da vesícula biliar. Entre as indicações cirúrgicas estão: colelitíase sintomática e colecistite aguda. A colecistectomia videolaparoscópica surgiu graças aos avanços da tecnologia óptica, atualmente considerada como padrão-ouro e realizada por meio de pequenas incisões abdominais, em geral quatro, através das quais são introduzidos os equipamentos e instrumentais para a retirada da vesícula biliar (Cavazzola, 2008).

O equipamento básico para a execução de cirurgia minimamente invasiva compreende: monitor de vídeo, videocâmera de alta resolução, sistema óptico conectado a fonte de luz, insuflador automático de gás, sistema de irrigação, trocartes permanentes ou descartáveis, eletrocautério ou bisturi ultra-sônico. Além dos instrumentais: pinças de apreensão e dissecação, tesouras, dissectores, aplicadores de cliques, coaguladores e invólucros para a remoção de peças cirúrgicas (Jacob, 2003).

A colecistectomia pela técnica laparoscópica apresenta resultados análogos à laparotomia, além de uma redução da dor pós-operatória, menor tempo de internação, ocasionando uma alta hospitalar precoce e permitindo um rápido retorno às atividades habituais com recuperação mais confortável e resultado estético mais favorável. Ressalta-se ainda que esta técnica proporciona uma menor invasão da cavidade abdominal reduzindo assim a grande exposição dos tecidos e redução do tempo de íleo paralítico. A diminuição dos custos hospitalares e das listas de espera para submissão à cirurgia foram outros fatores que se tornaram evidentes (Sabiston 2010).

As complicações da laparoscopia estão principalmente relacionadas à inserção da agulha e/ou trocar na cavidade peritoneal, à manipulação dos instrumentos utilizados durante a operação e à criação e manutenção do pneumoperitônio (insuflação de gás na cavidade abdominal para realizar a cirurgia). O conhecimento da técnica de emprego do material laparoscópico, assim como o contínuo treinamento prático, constituem os principais meios de evitar estas complicações (Altenfelder, 1994).

Diversas complicações podem ocorrer em cirurgia laparoscópica e várias delas estão ligadas diretamente a essa via de acesso, ou seja, complicações que antes não ocorriam na cirurgia convencional. Muitas complicações têm relação com a curva de aprendizado da cirurgia laparoscópica, tornando obrigatório o treinamento em laboratório, com uso de caixas-pretas, simuladores e cirurgia experimental, antes do cirurgião iniciar sua prática em *anima nobili*. É muito importante, nos primeiros casos operados, ou seja, no início da curva de aprendizado, que o cirurgião esteja acompanhado de um preceptor habituado ao procedimento videocirúrgico em questão, o que proporciona maior segurança ao médico aprendiz, além de diminuir o risco de complicações para o paciente (Petroianu, 2010).

Como complicações gerais, as quais estão relacionadas à punção, ao pneumoperitônio, à técnica e ao pós-operatório, podem ocorrer: enfisema subcutâneo; embolia gasosa; perfuração de órgãos intra-abdominais; sangramento; infecção; hérnias incisionais; alterações cardiovasculares; alterações pulmonares (Petroianu, 2010).

III - JUSTIFICATIVAS

A colecistectomia é a cirurgia do aparelho digestivo mais realizada no Brasil, podendo ser executada através de duas formas: laparotomia (convencional) ou minimamente invasiva (videolaparoscópica). Esta última é considerada padrão-ouro, entretanto, em alguns hospitais, a mais empregada no Brasil ainda é a convencional.

Em nosso campo de estudo, o HUAC, o quadro é semelhante ao restante do país. Mesmo com material adequado e profissionais capacitados para realização de colecistectomias por videolaparoscopia a grande maioria das cirurgias desse tipo, colecistectomias, é realizada da forma convencional, através de laparotomia. Tendo isso como base para nosso estudo, iremos fazer um comparativo entre as colecistectomias realizadas por essas duas vias, videolaparoscopia e laparotomia.

A partir desse estudo poderá ser feito uma análise crítica ao serviço de cirurgia geral do HUAC, o qual realiza procedimentos mais invasivos, como a laparotomia, em detrimento de cirurgias minimamente invasivas, como a colecistectomia por videolaparoscopia.

IV – OBJETIVOS

IV.1 – Objetivo geral

Comparar quantitativamente duas técnicas de colecistectomias realizadas no HUAC: por videolaparoscopia e por laparotomia.

IV.2 – Objetivos específicos

Foram comparados os seguintes aspectos das colecistectomias por laparotomia e videolaparoscopia: idade; sexo; número de cirurgias; diagnóstico pré-operatório; diagnóstico pós-operatório; tempo de internação hospitalar pós-operatória; uso de analgésicos no pós-operatório; quais analgésicos usados no pós-operatório; tempo de analgesia no pós-operatório; infecção da ferida cirúrgica; uso de antibióticos; qual antibiótico utilizado; tempo de administração de antibióticos; complicações durante a cirurgia; qual complicação durante a cirurgia; complicações pós-cirúrgicas; qual complicação pós-cirúrgica.

V – HIPÓTESE DE DESFECHO

O número de colecistectomias realizadas através de laparotomia é superior quando comparada com a forma videolaparoscópica, no HUAC. Entretanto, o tempo de internação hospitalar no pós-operatório, o uso de analgésicos, a incidência de complicações e infecções de ferida cirúrgica, bem como a administração de antibióticos deve ser menor na colecistectomia por videolaparoscopia.

VI – METODOLOGIA

VI.1 – Desenho do estudo

Esta pesquisa é um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, exploratória de campo.

VI.2 – População e período do estudo

O estudo foi feito entre os meses de junho e julho de 2015, através da análise dos prontuários do HUAC referentes às cirurgias de colecistectomias realizadas neste hospital no período compreendido entre os meses de janeiro a dezembro de 2014.

VI.3 – Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para este estudo foram relacionados aos dados presentes no livro de registro de cirurgias do bloco cirúrgico do HUAC, sendo utilizados os seguintes critérios: número do prontuário do paciente, data do procedimento, via do procedimento (laparotomia ou laparoscopia), patologia associada.

Além do registro em prontuários dos pacientes das informações referentes ao pós-operatório: tempo de internação hospitalar, uso de analgésicos, ocorrência de complicações, infecções e uso de antibióticos. Esses dados foram registrados em formulários específicos elaborados para este fim, não expondo a identificação dos pacientes, conforme ilustrado no Apêndice 1.

VI.4 – Critérios de exclusão

E os critérios de exclusão foram: preenchimento de dados de forma dúbia ou incorreta e aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

VI.5 – Coleta de dados

Foram treinados examinadores específicos para o levantamento dos dados a partir do livro de registro das cirurgias e de informações dos prontuários dos pacientes, de acordo com as informações que deviam ser colhidas constadas no Apêndice 1.

VI.6 – Processamento e análise de dados

Foi verificada a normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov, se aceita a normalidade, utilizar-se-á o teste T de Student ou teste U de Mann-Whitney. Para comparação de variáveis categóricas utilizaremos o teste Qui-Quadrado. O nível de significância é de 5%.

VI.7 – Comitê de Ética

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC, sob o cadastro CAAE 40786315.5.0000.5182 e o parecer de número 1.056.358 (Apêndice 2).

VI.8 – Conflitos de interesses

Não foi declarado nenhum conflito de interesse.

VI.9 – Financiamento

O financiamento do projeto foi realizado com recursos próprios da equipe.

VII – Resultados

Após a coleta de dados no livro de registro de cirurgias do bloco cirúrgico do HUAC, constatamos que, durante todo o ano de 2014, realizaram-se 109 cirurgias de colecistectomia, mas apenas 99 prontuários foram encontrados nos arquivos do HUAC para a análise de dados. Deste total, 68 cirurgias foram por laparotomia e 31 ocorreram por videolaparoscopia.

Analisando quanto à idade, para o Grupo I (laparotomia): uma média de 45,68 anos e desvio padrão de 13,198. Para o Grupo II (videolaparoscopia): uma média de 43,10 anos e desvio padrão de 13,634. Com base na análise estatística chegamos a um grau de significância (p) de 0,200 para o grupo I e 0,096 para o grupo II, como exposto na tabela 1.

	Grupo I (laparotomia)	Grupo II (Videolaparoscopia)	P =
Idade	45,68 (13,198)	43,10 (13,634)	0,200; 0,096
Sexo			
Masculino	8,80%	29,00%	0,015
Feminino	91,20%	71%	0,015

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Avaliando quanto à distribuição por sexo: 15,2% foram realizadas em pessoas do sexo masculino e 84,8% em pacientes do sexo feminino. Ao analisarmos por grupo, concluímos que no Grupo I: 8,8% foram homens e 91,2% foram mulheres. Já no Grupo II: 29,0% foram do sexo masculino e 71,0% do sexo feminino. Pelo teste Qui-quadrado obtemos um p de 0,015 (tabela 1).

	Grupo I (Laparotomia)	Grupo II (Videolaparoscopia)	P =
Necessitou de ATB	0,53(2,2)	0,6 (3,2)	0,88
Tempo de Internação	3,22 (4,235)	1,81 (3,772)	0,234
Analgesia	64,60%	31,30%	0,306

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Analisando a variável tempo de internação, identificamos que no Grupo I a média de dias internados foi de 3,22 dias e no Grupo II de 1,81 dias, com desvio padrão de 4,235 e 3,772, respectivamente. Entretanto na análise estatística obtive-ve um p de 0,234, como apresentado na tabela 2.

Quanto à variável analgesia verificamos que 96% de todos os pacientes submetidos à colecistectomia necessitaram de analgesia no pós-operatório, sendo que do total 64,6% foram do Grupo I e 31,3% do grupo II (tabela 1). Com um p igual a 0,306, através da análise do Qui-quadrado.

Avaliando a quantidade de analgésicos utilizados, não houve diferença significativa estatisticamente entre os grupos estudados, sendo um mínimo de 1 (um) analgésico usado e máximo de 3 (três) analgésicos. Teste qui-quadrado com p igual a 0,325.

Estudando a frequência dos diagnósticos pré-operatórios, obteve-se que do total de cirurgias de colecistectomia realizadas no HUAC, 85,9% foram em decorrência de colelitíase, sendo também o mais comum em ambos os grupos, com um total de 56 casos (82,35%) no Grupo I e 29 casos (93,54%) no Grupo II. Com um p igual a 0,337.

Já na avaliação dos diagnósticos pós-operatórios, obtive-se que do total de cirurgias de colecistectomia realizadas no HUAC, 74,7% tiveram colelitíase como diagnóstico, sendo também o mais comum em ambos os grupos, com um total de 49 casos (72,05%) no Grupo I e 25 casos (80,64%) no Grupo II. Com um p igual a 0,62.

Diagnóstico	Pré-Operatório		Pós-Operatório	
	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II
Colecistite	1	0	1	0
Colelitíase	56	29	49	25
Colecistite Litiásica	2	0	6	4
Colecistite Alitiásica	0	1	0	1
Colelitíase + Coledocolitíase	3	0	3	0
Colelitíase + Colestase	2	0	1	0
Colelitíase + Hérnia umbilical	1	0	1	0
Colelitíase + Esplenomegalia	2	0	2	0
Colelitíase + Megacolon chagásico	0	1	0	1
Pancreatite aguda biliar	1	0	0	0
Colestorolose	0	0	1	0
Colecistite + Vesícula em porcelana	0	0	1	0
Colecistite Litiásica + Pancreatite aguda	0	0	1	0
Colelitíase + massa expansiva em pâncreas	0	0	1	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Não foram documentados em prontuário casos de infecção da ferida operatória em nenhum paciente dos grupos, entretanto houve necessidade de uso de antibiótico em 6 (seis) pacientes, sendo 4 (quatro) deles do Grupo I e 2 (dois) pacientes do Grupo II.

Houve complicação pós-operatória em 6 (seis) pacientes submetidos à colecistectomia, com 5 (cinco) pacientes do grupo I e 1 (um) paciente do Grupo II. Correspondendo às seguintes complicações: (1) fístula biliar; (2) peritonite fecal associada à sepse que evoluiu para o óbito; (3) dor abdominal, náuseas e vômitos; (4) insuficiência respiratória aguda em paciente com diagnóstico de sepse; (5) choque hipovolêmico; (6) coledocolitíase pós-operatória.

VIII – Discussão

Embora a via cirúrgica de escolha para a realização de colecistectomia seja a videolaparoscópica, muitos serviços de saúde ainda carecem desse meio, como ocorre no Brasil. Então a forma convencional (laparotomia) ainda é a mais empregada neste país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). O atual estudo obteve aspecto semelhante, como foi exposto.

A colecistectomia é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, sendo o diagnóstico pré-operatório de colelitíase o mais frequente (ROQUE, 2007). No presente trabalho, os resultados estão de acordo com a bibliografia atual, com esse diagnóstico em 85 casos, do total de 99 avaliados (85,9% dos casos).

Uma grande vantagem da técnica laparoscópica é o tempo de internação hospitalar no pós-operatório reduzido em relação à cirurgia convencional. Em revisão sistemática, Purkayastha *et al* (2007) incluíram nove ensaios clínicos randomizados com uma amostra total de 2032 pacientes, concluindo que a laparoscopia requer menor tempo de permanência hospitalar no pós operatório ($p < 0.0001$), com uma média de 0,37 dias a menos.

Mas esta pesquisa não apresentou significância estatística ($p = 0,234$) nessa comparação, não havendo diferença entre qual forma cirúrgica empregada com o tempo de internação hospitalar no pós-operatório. Apesar de em valores absolutos haver diferença entre o número de dias internados: os pacientes que foram submetidos à colecistectomia por videolaparoscopia apresentaram menor tempo de internação pós-cirúrgico. Essa diferença de resultados pode ter ocorrido pelo pequeno número de casos avaliados neste estudo.

Já na avaliação da analgesia, uma característica intimamente relacionada com a dor referida pelo paciente, Castro *et al* (2014), em revisão sistemática que avaliou 10 estudos, totalizando 2043 pacientes, sendo 1020 no grupo da laparoscopia e 1023 no grupo da laparotomia, concluíram haver menos queixas de dores no pós-operatório quando usada a via laparoscópica ($p < 0,00001$), necessitando, conseqüentemente, de menos uso de medicações analgésicas.

Não se evidenciou diferença estatística ($p=0,306$) entre os dois grupos na análise da analgesia. Este resultado deveu-se, provavelmente, pelo pequeno espaço amostral da pesquisa, assim como pelo estabelecimento de um protocolo de analgesia já estabelecido no HUAC para os pacientes em pós-cirúrgico de colecistectomia, independente se por via laparoscópica ou por laparotomia, prejudicando a avaliação da real necessidade de analgesia pelos pacientes.

Em relação às complicações pós-operatórias, de acordo com a metanálise de Castro, não houve diferenças significativas entre os dois grupos, por exemplo: incidência de infecção de sítio operatório ($p=0,52$), injúria do ducto biliar comum ($p=1,00$), perfuração da vesícula ($p=0,98$), íleo paralítico ($p=0,22$) e reintervenção cirúrgica ($p=0,27$). Estando de acordo também com a revisão sistemática de Purkayastha.

Como a quantidade de complicações pós-operatórias documentadas foi muito pequena, não usamos testes estatísticos na avaliação desses dados, pois não teria significância. Entretanto, observou-se que, em números absolutos, os pacientes submetidos à colecistectomia por laparotomia apresentaram um maior número de intercorrências clínicas depois da cirurgia: 5 (cinco). Já após laparoscopia apenas 1 (um) caso de complicação pós-operatória foi documentada.

Por conta da não existência de uma consulta de retorno para avaliação pós-cirúrgica dos pacientes submetidos à colecistectomia no HUAC, faltam informações quanto às possíveis complicações provenientes desse procedimento dia após a alta hospitalar. Possibilitando a avaliação apenas do momento pós-operatório precoce em que o paciente ainda está internado. Então este trabalho apresenta poucos dados relativos ao estado pós-cirúrgico tardio, prejudicando a correlação com informações existentes na bibliografia atual.

Entretanto, outros estudos apontam um maior número de complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à colecistectomia por laparotomia (HANGUI, 2004; SALIM 2008).

Após a análise dos dados da presente pesquisa, constata-se que havia a necessidade de um maior número de casos para melhor correlação estatística

com os dados presentes na literatura atual. Pois em algumas variáveis estudadas, como já exposto, o número absoluto encontrado reforça àqueles presentes na bibliografia existente, entretanto, sem significância estatística.

Outro fator negativo foi a forma de coletar os dados: a análise de prontuários de forma retrospectiva. Muitas informações não são documentadas nos prontuários, além da possibilidade do registro de forma incorreta ou duvidosa, dificultando a interpretação e consequente avaliação estatística.

De acordo com o previsto antes da coleta das informações para o estudo, no HUAC, o maior número de colecistectomias ocorre por laparotomia: 68 (sessenta e oito). Já por videolaparoscopia: 31 (trinta e um). Isto pode ser justificado pelo fato de ser um hospital universitário, com serviço de residência médica em cirurgia, necessitando, portanto, do ensino da técnica, primeiramente, convencional aos iniciantes.

Além disso, não são todos os cirurgiões do HUAC que possuem treinamento e se disponibilizam a realizar as colecistectomias por videolaparoscopia. Também se deve levar em conta o fato de muitas cirurgias serem realizadas por médicos residentes em cirurgia. Outro fator a ser considerado é o fato de que o material para cirurgia laparoscópica só chegou ao HUAC no ano de 2014, então muitos profissionais ainda não faziam uso do mesmo na referida época do nosso estudo.

Entretanto, não justifica tamanha discrepância entre os números apresentados, pois ao evoluir na chamada curva de aprendizado técnico e diante de material e profissional disponível, a via cirúrgica de escolha atual (videolaparoscopia) deveria ser mais empregada.

A hipótese inicial do estudo de que a colecistectomia por videolaparoscopia é a via de escolha para a realização dessa cirurgia não é rejeitada. Pois apesar de alguns números apresentados não terem demonstrado significância estatística, como já exposto, seria necessário um maior número de casos para melhor correlação com os dados da literatura atual.

IX – Conclusão

Conclui-se que, para a população estudada, não houve diferença entre a cirurgia de colecistectomia por videolaparoscopia, quando comparada com a laparotomia. Entretanto este estudo usou uma quantidade de pacientes muito pequena na sua análise, prejudicando a comparação de forma fidedigna. Há necessidade de novas pesquisas que incluam um número maior de pacientes e, conseqüentemente, confirmar os diversos benefícios decorrentes da colecistectomia minimamente invasiva.

X – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS JS, SANKARANKUTTY AK, SALGADO JÚNIOR W, KEMP R, MÓDENA JLP, ELIAS JÚNIOR J, CASTRO E SILVA JÚNIOR O. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. v. 41 n. 4 p. 449-64. 2008.

De U. Evolution of cholecystectomy: a tribute to Carl August Langenbuch. Indian J Surg. 2004;66:97-100.

Beebe DS, McNevin MP, Crain JM et al - Evidence of venous stasis after abdominal insufflation for laparoscopic cholecystectomy. Surg Gynecol Obstet, 1993;176:443-447.

Litynski GS. Erich Mühe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. JSLS. 1998;2:341-6.

SATAVA, R. M.; JONES, S. B. Preparing surgeons for the 21st century-implications of advanced technologies. Surg Clin North Am, V.80, p. 1353- 65, 2000.

Cuschieri A. Laparoscopic surgery: Current status, issues and future developments. Surgeon, 2005; 1:125-138.

Ministério da Saúde - Sistema de informações Hospitalares do SUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 5 ago. 2009.

Cavazzola, L.T. – Cirurgia por acesso único – Laparoscopic single site surgery (LESS) – uma ponte para a cirurgia por orifícios naturais (NOTES) ou a evolução final da cirurgia minimamente invasiva? Brazilian J. of Videoendosc. Surg. – y 1 vol 1 – n.3 jul-sept 2008.

JACOB, B. P. Robotics and general surgery. Surg Clin North Am, v. 83, p. 1405-19, 2003.

SABISTON, David C. Sabiston, tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2010. 2 v.

Altenfelder Silva R. Complicações da colecistectomia vídeo-laparoscópica. In: Vídeo-Cirurgia. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 1a ed. São Paulo: Editora Robe, 1994, p. 223 - 35.

Petroianu, Andy; Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – São Paulo: Atheneu Editora, 2010.

Rita Roque, Antônio Freitas, Antônio Pina, Antônio Martinho, Carmo Soares, Humberto Messias. Colecistectomia Laparoscópica: cirurgia de ambulatório. Acta Med Port 2007; 20: 407-412.

Purkayastha S, Tilney H S, Georgiou P, Athanasiou T, Tekkis P P, Darzi A W. Laparoscopic cholecystectomy versus mini-laparotomy cholecystectomy: a meta-analysis of randomised control trials. Surgical Endoscopy 2007; 21(8): 1294-1300.

CASTRO, Paula Marcela Vilela; AKERMAN, Denise; MUNHOZ, Carolina Brito; SACRAMENTO, Iara; MAZZURANA, Mônica; ALVAREZ, Guines Antunes. Colecistectomia Laparoscópica versus Minilaparotômica na colelitíase: Revisão Sistemática e Metanálise. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(2):148-153.

Roberto Mariano Gómez Hanguí¹; Ronaldo Elías Carnut Rêgo; Viviane Coimbra Augusto Demarchi; Flávio Daniel Saavedra Tomasich; Adhemar M. Pacheco Jr.; Complicações pós-operatórias de colecistectomias — análise comparativa em relação ao sexo. Rev. Col. Bras. Cir. vol.31 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2004.

SALIM, Marcelo Talasso; CUTAIT, Raul. Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.21 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008

XI - APÊNDICES**Apêndice 01**

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS CIRURGIAS DE COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA E POR LAPAROTOMIA REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC

COLETA DE DADOS

REGISTRO DE CIRURGIAS

Nº _____ DATA DA CIRURGIA: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____

CIRURGIA: () LAPAROTOMIA () VIDEOLAPAROSCOPIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PÓS-OPERATÓRIO: _____

NECESSITOU DO USO DE ANALGESIA? () SIM () NÃO

QUAL(IS) ANALGÉSICO(S) UTILIZADO(S)? _____

HOUVE INFECÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA? () SIM () NÃO

NECESSITOU DO USO DE ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO

QUAL (IS) ANTIBIÓTICO(S) UTILIZADO(S)? _____

DURAÇÃO DA ANTIBIOTICOTERAPIA: _____

HOUVE COMPLICAÇÕES DURANTE A CIRURGIA? () SIM () NÃO

COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA: _____

HOUVE COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS? () SIM () NÃO

COMPLICAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA: _____

Apêndice 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-HUAC (FRAGMENTOS)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS CIRURGIAS DE COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA E POR LAPAROTOMIA REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO e HUAC.

Pesquisador: Alexandre Magno da Nobrega Marinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40786315.5.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.056.358

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

A colecistectomia consiste na cirurgia de retirada da vesícula biliar, podendo ser feita através de técnica convencional (laparotomia) ou por cirurgia minimamente invasiva (videolaparoscopia). Esta é a técnica cirúrgica atualmente considerada padrão para a realização de colecistectomia, pois resulta em redução da dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar, menos invasiva, culminando em menor risco de infecção, menor incisão cirúrgica e melhor resultado estético. Apesar desses benefícios, alguns serviços ainda empregam a forma convencional de colecistectomia.

Esse estudo visa comparar quantitativa e qualitativamente as colecistectomias realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Fazer um comparativo entre as colecistectomias realizadas por via convencional de laparotomia e as colecistectomias por via videolaparoscópica realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/UFPG na cidade de Campina Grande – PB.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
 Bairro: São José CEP: 58.107-570
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.056.358

Objetivo Secundário:

Serão comparados os seguintes aspectos das colecistectomias por laparotomia e videolaparoscopia:

- Número de cirurgias; •Diagnóstico clínico pré-operatório; •Tempo de internação hospitalar pós-operatória; •Uso de analgésicos; •Antibioticoterapia e tempo de administração de antibióticos;
- Complicações da cirurgia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos não foram descritos para sujeitos deste projeto.

Contudo, acredita-se que os benefícios superam os riscos, uma vez que se trata de análise de prontuários (sem identificação dos colaboradores do estudo) e de dados que não comprometem os indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Relatório final devem ser apresentados ao CEP ao término do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos:

Interface REBEC INTERFACE_REBEC.xml

Informações Básicas do Projeto INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_463750.pdf

Declarações Diversas 002.jpg

Autorização de acesso a arquivo 001.jpg

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 003.jpg (DESNCESSÁRIO, POIS FOI SOLICITADA A DISPENSA)

Projeto Detalhado Projeto de pesquisa.docx

Folha de Rosto 001.jpg

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br