

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA

LARISSA DIAS SILVA
ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE
WILLIAM ALVES DE SOUZA SCHWARTZ

**VISÃO TEMPORAL DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COLELITÍASE E
SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DA GRANDE VITÓRIA**

VITÓRIA
2010

LARISSA DIAS SILVA
ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE
WILLIAM ALVES DE SOUZA SCHWARTZ

**VISÃO TEMPORAL DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COLELITÍASE E
SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DA GRANDE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como
requisito parcial para obtenção do grau de
médico.
Orientador: Dr. Flávio Takemi Kataoka

VITÓRIA
2010


LARISSA DIAS SILVA
ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE
WILLIAM ALVES DE SOUZA SCHWARTZ

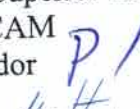
**VISÃO TEMPORAL DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COLELITÍASE E
SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DA GRANDE VITÓRIA**

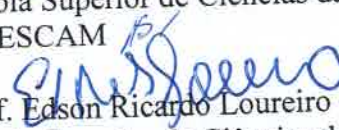
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em 30 de Novembro de 2010.

COMISSÃO ORGANIZADORA


Prof. Flávio Takemi Kataoka
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM


Prof. Álvaro Armando Carvalho de Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM


Prof. Edson Ricardo Loureiro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

RESUMO

Introdução: A colelitíase está presente na sociedade desde a antiguidade. É uma afecção gastrointestinal muito comum, considerada um dos principais problemas de saúde e uma das causas mais comuns de admissão em hospitais e hospitalização nos países desenvolvidos. No Brasil foram registrados no ano de 2007, 196.354 casos de colelitíase e colecistite e, em 2009 foram realizadas 129.424 colecistectomias. Possui como fatores de risco não só sexo feminino, idade > 40 anos, obesidade, fertilidade, como também história familiar, gravidez, rápida perda de peso, nutrição parenteral total, perda de sais biliares, diabetes mellitus tipo 2 e uso de hormônios femininos exógenos. O presente estudo busca caracterizar estes pacientes e com isso promover melhorias no atendimento a este grupo.

Objetivo: Visão temporal, em um período de 30 dias, do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de colelitíase e submetidos a colecistectomia em um Hospital filantrópico da Grande Vitória.

Métodos: Estudo quantitativo, prospectivo, observacional, descritivo e transversal. Foram colhidos, por um período de 45 dias, através de prontuários e anamnese, dados clínico-ultrassonográficos de pacientes com diagnóstico de colelitíase e que foram submetidos à colecistectomia em um Hospital Filantrópico da Grande Vitória.

Resultados: Predominaram os pacientes do sexo feminino - 78 (84,78%), com 40 anos ou mais em ambos os sexos; 70,37%, possuíam IMC maior que 25, 46 (58,97%) mulheres tiveram de 2 a 4 gestações; 35 (38,04%) tinham história de colelitíase em parentes de primeiro grau. Os sintomas mais relatados foram cólica biliar, náuseas e vômitos. O tempo decorrido entre ocorrência dos primeiros sintomas e a realização de colecistectomia foi de até 2 anos para 72,00%. Entre as mulheres o grupo com 3 a 5 fatores de risco predominou, e o grupo com 1 a 2 entre os homens; 23 (30,66%) apresentaram complicações.

Conclusão: Nenhum dado clínico epidemiológico foi conflitante com a literatura atual. A maior parte dos pacientes demora demasiado tempo para realização da colecistectomia, levando-se em consideração o intervalo entre primeiros sintomas e cirurgia, o pode ser uma consequência da questionável conduta de não se solicitar a propeidética de colelitíase no primeiro atendimento, resultando em maiores índices de complicações e altos custos ao sistema de saúde. Porém, são necessários mais estudos para elucidar um perfil epidemiológico que represente a população de pacientes com colecistopatia calculosa do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Colelitíase, colecistectomia, perfil clínico-epidemiológico

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2 OBJETIVOS..... | 7 |
| 3 MÉTODOS..... | 8 |
| 4 RESULTADOS..... | 10 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 16 |
| 6 CONCLUSÃO | 23 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 24 |
| 8 ANEXOS..... | 28 |

1 INTRODUÇÃO

A colelitíase está presente na sociedade desde a antiguidade, assim como identificado em autópsias de múmias egípcias. É uma afecção gastrointestinal muito comum, considerada um dos principais problemas de saúde e uma das causas mais comuns de admissão em hospitais e hospitalização nos países desenvolvidos ^{1,2}.

Acomete aproximadamente 20 a 25 milhões de adultos nos Estados Unidos ¹. No Brasil foram registrados no ano de 2007, 196.354 casos de colelitíase e colecistite; 78.481 casos ocorreram na região Sudeste, com o estado do Espírito Santo sendo o responsável por 5,08% dos casos nesta região ³.

Estudos mostram que a prevalência de colelitíase é maior em mulheres, e varia de 7,9% nos homens e 16,6% nas mulheres nos países ocidentais ^{4, 5}. No Brasil, este predomínio no sexo feminino foi confirmado pelo DATASUS no ano de 2009, no qual a colelitíase e colecistite acometeram 3,36 vezes mais o sexo feminino em relação ao masculino ³.

A colelitíase está presente em todos os grupos etários, sendo a incidência maior com aumento da idade, principalmente após os 40 anos de idade ^{4,5}.

Possui como fatores de risco não só sexo feminino, idade > 40 anos, obesidade (índice de massa corporal > 30kg/m²), fertilidade, como também história familiar, gravidez, rápida perda de peso, nutrição parenteral total, perda de sais biliares, diabetes mellitus tipo 2 (glicemia de jejum ≥ 126mg/dl) e uso de hormônios femininos exógenos ^{6,7}. Pacientes com história familiar apresentam cinco vezes mais chances de apresentar colelitíase ⁸.

A colelitíase tende a ser uma condição assintomática, no entanto 20% dos pacientes com colelitíase, experimentam sintomas biliares em algum momento; 1 a 2% dos pacientes por ano apresentam complicações e necessitam de resolução cirúrgica ⁹.

A afecção pode se apresentar clinicamente como cólica biliar, que ocorre em 80% de um terço dos indivíduos que desenvolvem sintomas, colecistite aguda, icterícia, colangite aguda,

pancreatite aguda e íleo biliar ^{2,10}. Ocorre um aumento de complicações e sintomas com o avançar da idade ¹¹.

A colecistectomia é o tratamento ideal, já que remove tanto a vesícula biliar quanto os cálculos nela presentes, prevenindo assim, a recorrência ². Nos Estados Unidos é a cirurgia abdominal eletiva mais realizada, com mais de 750.000 operações/ano ¹². Segundo dados do DATASUS, foram realizadas 129.424 colecistectomias em 2009 no Brasil ³.

De fato carecem estudos que abordem o perfil epidemiológico dos pacientes com vesícula litiásica, incluindo o estado do Espírito Santo, bem como no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCVM). Portanto, o presente estudo busca caracterizar estes pacientes e com isso promover melhorias no atendimento a este grupo.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Visão temporal, em um período de 45 dias, do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de colelitíase e submetidos a colecistectomia em um Hospital filantrópico da Grande Vitória.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Servir de base para a realização de estudos com amostragem maior e de comparação em outros períodos;

Auxiliar no conhecimento do perfil dos pacientes com diagnóstico de colelitíase que foram submetidos a colecistectomia, com intuito de promover melhorias no manejo destes pacientes.

- Idade
- Sexo
- Número de gestações, partos e abortos
- História familiar
- Peso
- Altura
- História de tabagismo e etilismo
- Presença de comorbidades ou uso de medicamentos
- História da doença atual
- Presença de complicações
- Dados ultrassonográficos
 - Presença de cálculos, se múltiplos ou únicos; se único, tamanho
 - Presença de dilatação das vias intra e extra-biliares
 - Presença de coledocolitíase associada

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007 para armazenamento, processamento e análise descritiva dos dados. E o programa Epi Info 6.04 para cálculo de teste chi-quadrado, com objetivo de investigar a relação idade e sexo e IMC e sexo.

A descrição das variáveis foi efetuada através de distribuição de frequências absoluta e relativa, quando aplicável.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (protocolo número 59/2010, conforme Anexo 3.

3 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Consiste de um trabalho quantitativo, prospectivo, observacional, descritivo e transversal.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Enfermaria de Cirurgia Geral (São Miguel) do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), o qual está localizado na capital do estado do Espírito Santo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram abordados todos os pacientes com diagnóstico de colelitíase e que foram submetidos à colecistectomia, num período de 45 dias consecutivos no segundo semestre de 2010.

4.4 DEFINIÇÃO DE CASO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Incluíram-se no estudo todos os pacientes com diagnóstico de colelitíase confirmado por método de imagem associado ao quadro clínico e que foram internados para realização de colecistectomia. Não foi excluído nenhum paciente.

4.5 COLETA DE DADOS

Após autorização escrita do paciente através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), oferecido e explicado ao paciente, foram coletados dados através de um questionário padrão (Anexo 2) aplicado pelos pesquisadores. As informações referentes ao exame de imagem foram colhidas através de ultrassonografias realizadas dentro ou fora do serviço, trazidas pelos pacientes e anexadas ao prontuário.

4.7 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Foram avaliados no respectivo estudo as seguintes variáveis:

4 RESULTADOS

Num período de 45 dias consecutivos no segundo semestre de 2010, 92 pacientes com diagnóstico de colelitíase foram submetidos a colecistectomia no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Não foi excluído nenhum paciente dessa amostra, porém 3 deles eram incapacitados de falar, o que impossibilitou a completa coleta de dados referentes à sua sintomatologia.

Predominaram os pacientes do sexo feminino, 78 (84,78%) e 14 (15,21%) pacientes eram do sexo masculino. A média de idade foi de 50,53 anos (DP = 14,01), variando entre 21 a 80 anos. O número de pacientes com 40 anos ou mais foi preponderante em relação a idade até 39 anos, em ambos os sexos (Tabela 1) e não houve diferença entre os mesmos influenciada pela idade ($p > 0,05$).

Tabela 1 – Relação entre idade e sexo dos pacientes colecistectomizados no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Idade (anos) | Mulheres | | Homens | | Total | |
|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Até 39 | 26 | 33,33 | 3 | 21,43 | 29 | 31,52 |
| 40 e mais | 52 | 66,67 | 11 | 78,57 | 63 | 68,48 |
| Total | 78 | 100,00 | 14 | 100,00 | 92 | 100,00 |

Nota: Chi-quadrado (correção de Yates) 0,33; $p = 0,536$

Em relação ao IMC (Índice de Massa Corpórea), a média encontrada foi de 28,32 Kg/m² (DP= 5,66). Os valores de IMC no sexo feminino variaram de 16,66 a 45,72 Kg/m² e no masculino de 19,79 Kg/m² a 40,52 Kg/m². A média, no sexo feminino, foi 28,55 e, no masculino, 27,04 Kg/m². A maioria dos pacientes, 70,37%, apresentou IMC maior que 25 e 29,63% IMC menor que 25 (Tabela 2). A relação entre IMC maior que 25/IMC menor que 25, foi de 2,83 no sexo feminino e de 1 no sexo masculino. Porém não houve diferença influenciada pela faixa de IMC entre homens e mulheres ($p > 0,05$).

Tabela 2 – Relação entre IMC e sexo dos pacientes colecistectomizados no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| IMC | Mulheres | | Homens | | Total | |
|------|----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| < 25 | 18 | 26,09 | 6 | 50,00 | 24 | 29,63 |
| > 25 | 51 | 73,91 | 6 | 50,00 | 57 | 70,37 |

| | | | | | | |
|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| Total | 69 | 100,00 | 12 | 100,00 | 81 | 100,00 |
|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|

Nota: Negaram 7 (7,60%), acamados 4 (4,44%).

Chi-quadrado (correção de Yates) 1,77; p= 1,167

De um total de 78 mulheres, 4 eram nulíparas e 74 multíparas (Tabela 3). A maioria das pacientes, 46 (58,97%), tiveram de 2 a 4 gestações.

Tabela 3 - Paridade das pacientes colecistectomizadas no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Mulheres | Número | % |
|--------------|-----------|---------------|
| Nulíparas | 3 | 3,85 |
| Multíparas | 75 | 96,15 |
| Total | 78 | 100,00 |

Das 75 multíparas, o grupo de mulheres com 2 a 4 gestações foi o que incluiu o maior número de pacientes, correspondendo a 60,26% (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de gestações das pacientes colecistectomizadas no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Número de gestações | Número | % |
|---------------------|-----------|---------------|
| 0 | 3 | 3,85 |
| 1 | 7 | 8,97 |
| 2 | 18 | 23,08 |
| 3 | 18 | 23,08 |
| 4 | 11 | 14,10 |
| 5 | 4 | 5,13 |
| 6 | 5 | 6,41 |
| 7 | 5 | 6,41 |
| 8 ou mais | 7 | 8,97 |
| Total | 78 | 100,00 |

Considerados todos os pacientes, observou-se que 35 (38,04%) tinham história de colelitíase em parentes de primeiro grau, sendo que 29 (82,85%) eram do sexo feminino; 5 (5,43%) eram etilistas; 34 (36,95%) eram tabagistas; 9,78% (9) tinham diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM); 2 (2,17%) dislipidêmicos em uso de estatinas; 13 mulheres (19,23%) estavam em uso de anticoncepcional e 3 já tinham feito uso por pelo menos 3 anos.

Das mulheres que estavam em uso de anticoncepcional, excluindo 2 que se negaram a pesar e medir altura, 4 (36,36%) apresentaram como único fator de risco o uso desta medicação, 6 (54,54%) apresentaram também como fator de risco IMC maior que 25, sendo que destas, 2

também apresentaram história familiar de primeiro grau, e somente 1 (9,09%) paciente apresentou história familiar.

Considerando como fatores de risco: idade maior que 40 anos, sexo feminino, IMC maior que 25Kg/m², presença de DM ou Dislipidemia, uso de anticoncepcionais e paridade, houve maior frequência destes fatores no sexo feminino no qual predominou o grupo de pacientes com 3 a 5 fatores de risco (Tabela 5). Entre os homens predominou o grupo com 1 a 2 (Tabela 6).

Tabela 5 – Quantidade de fatores de risco dos pacientes do sexo feminino colecistectomizadas no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Número de fatores de risco | Número | % |
|----------------------------|-----------|---------------|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 1 | 1,45 |
| 3 | 22 | 31,88 |
| 4 | 21 | 30,43 |
| 5 | 22 | 31,88 |
| 6 | 3 | 4,35 |
| Total | 69 | 100,00 |

Nota: 5 (6,41%) negaram e 4 (5,12%) acamadas;

Tabela 6 – Quantidade de fatores de risco dos pacientes do sexo masculino colecistectomizados no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Número de fatores de risco | Número | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| 0 | 1 | 8,33 |
| 1 | 4 | 33,33 |
| 2 | 5 | 41,67 |
| 3 | 2 | 16,67 |
| 4 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 |
| Total | 12 | 100 |

Nota: 2 (14,28%) negaram

Examinando o quadro clínico, 88,88% dos pacientes apresentaram cólica biliar em algum momento no intervalo entre a primeira manifestação e a realização da cirurgia de colecistectomia, 65,55% manifestaram náuseas e 61,11% vômitos, sendo estes 3 sintomas os mais relatados (Tabela 7). Outros sintomas apresentados foram icterícia (21,11%), febre (12,22%), acolia fecal (11,11%), colúria (8,88%), além de distensão abdominal, sialorréia, cefaléia, diarreia, plenitude pós-prandial e dor abdominal, que somados, representaram

14,44% (Outros). A ausência de sintomas clínicos ocorreu em 4,44% dos colecistectomizados e 2,22% não cooperaram com a entrevista. Quase metade dos pacientes, 46 (51,11%) não procuraram auxílio médico no primeiro episódio de dor, 40 (44,44%) procuraram, 4 (4,44%) eram assintomáticos e 2 (2,22%) não cooperaram com a entrevista.

Tabela 7 – Sintomas apresentados pelos 92 pacientes colecistectomizados no HSCMV e com diagnóstico de colelitíase

| Sintomas | Número | % |
|---------------|--------|-------|
| Cólica biliar | 80 | 88,89 |
| Náuseas | 59 | 65,56 |
| Vômitos | 55 | 61,11 |
| Icterícia | 19 | 21,11 |
| Febre | 11 | 12,22 |
| Acolia fecal | 10 | 11,11 |
| Colúria | 8 | 8,89 |
| Outros | 13 | 14,44 |

Nota: Sem história clínica 2 (2,17%)

No momento da admissão 85 pacientes apresentaram ultrassonografias abdominais. Nestas, foram evidenciados: 20 vesículas com cálculo único; 65 com cálculos múltiplos; e 7 pacientes não tinham exames de imagens e a descrição cirúrgica não continha tal informação e em 1 deles o diagnóstico foi feito pela radiografia simples de abdome somada ao quadro clínico. Entre os pacientes com cálculo único, o tamanho variou de 0,81 cm a 2,8 cm, uma média de 1,64 cm. Em 5 laudos ultrassonográficos não foi encontrado o tamanho do cálculo.

Como mostra a tabela 8, 15 (23,08%) pacientes que relataram icterícia no período compreendido entre os primeiros sintomas e realização da colecistectomia, apresentavam cálculos múltiplos e 3 (15,00%) cálculo único, o que mostra uma maior ocorrência de relato de icterícia nos pacientes com cálculos múltiplos, em relação aos pacientes com cálculo único.

Tabela 8 – Correlação entre presença de cálculos múltiplos ou cálculo único na ultrassonografia e relato de icterícia

| Relato de icterícia no período compreendido entre os primeiros sintomas e realização da colecistectomia | Número de pacientes com cálculo único | % | Número de pacientes com cálculos múltiplos | % |
|---|---------------------------------------|---------------|--|---------------|
| Com icterícia | 3 | 15,00 | 15 | 23,08 |
| Sem icterícia | 17 | 85,00 | 50 | 76,92 |
| Total | 20 | 100,00 | 65 | 100,00 |

Nota: 1 paciente com icterícia sem ultrassonografia.
Chi-quadrado: 0,43

Nas 85 ultrassonografias de admissão avaliadas, havia descrição de coledocolitíase em somente 1 (1,16%) e dilatação de colédoco em 4 (4,65%). Nenhuma delas evidenciou dilatação de vias extra ou intra-biliares.

Não havia ultrassonografia ou qualquer outro exame de imagem nos prontuários de 5 (5,43%) pacientes no momento da alta, sendo que 1 paciente recebeu diagnóstico pelo quadro clínico associado a radiografia simples de abdome.

Correlacionando presença ou ausência de complicações e número de cálculos (Tabela 9), 5 (25,00%) dos 20 pacientes com cálculo único evidenciado na ultrassonografia apresentaram complicações, e 16 (24,62%) dos 65 com cálculos múltiplos.

Tabela 9 – Correlação entre presença ou ausência de complicações e número de cálculos múltiplos ou únicos evidenciados na ultrassonografia

| Presença de complicações | Número de pacientes com cálculo único | % | Número de pacientes com cálculos múltiplos | % |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------|--|---------------|
| Com complicações | 5 | 25,00 | 16 | 24,62 |
| Sem complicações | 15 | 75,00 | 49 | 75,38 |
| Total | 20 | 100,00 | 65 | 100,00 |

Nota: 2 (8,69%) pacientes que apresentaram complicações não possuíam exames de imagens anexados ao prontuário.
Chi-quadrado: 0,97

O tempo decorrido entre ocorrência dos primeiros sintomas e a realização de colecistectomia foi de até 2 anos para 72,00% (54) – Tabela 10, variando entre 15 dias a 20 anos. Somente 61,33% (46) dos pacientes relataram que procuraram atendimento médico no primeiro episódio, os outros, 38,67% não lembravam ou não procuraram auxílio médico no primeiro episódio.

Tabela 10 – Tempo decorrido entre primeiro sintoma e realização da cirurgia de colecistectomia

| Tempo decorrido entre 1º sintoma e realização da colecistectomia (anos) | Número | % | % acumulado |
|---|--------|-------|-------------|
| < 1 | 28 | 37,33 | 37,33 |
| 1 a 2 | 26 | 34,67 | 72,00 |
| 3 a 4 | 9 | 12,00 | 84,00 |
| 5 a 6 | 5 | 6,67 | 90,67 |
| 7 a 8 | 3 | 4,00 | 94,67 |

| | | | |
|--------------|-----------|---------------|--------|
| > 9 | 4 | 5,33 | 100,00 |
| Total | 75 | 100,00 | |

Nota: 4 (4,34%) pacientes assintomáticos, 11 (11,95) não souberam informar e 2 (2,17%) sem história clínica.

Analisando somente os pacientes que apresentaram complicações (Tabela 11) - 23 (30,66%), o tempo decorrido desde os primeiros sintomas até a realização da colecistectomia variou de 1 mês a 9 anos. Em 8 (47,06%) destes pacientes, a cirurgia foi feita com menos de 1 ano. A taxa de complicação foi maior no grupo de pacientes entre 7 a 8 anos.

Tabela 11 – Tempo decorrido entre primeiro sintoma e realização da cirurgia de colecistectomia em pacientes que apresentaram complicações

| Tempo decorrido entre 1º sintoma e realização da colecistectomia (anos) | Número | % | Taxa de complicação (%) |
|---|-----------|---------------|-------------------------|
| < 1 | 8 | 47,06 | 28,57 |
| 1 a 2 | 4 | 23,53 | 15,38 |
| 3 a 4 | 2 | 11,76 | 22,22 |
| 5 a 6 | 1 | 5,88 | 20,00 |
| 7 a 8 | 1 | 5,88 | 33,33 |
| > 9 | 1 | 5,88 | 25,00 |
| Total | 17 | 100,00 | |

Nota: 6 (26,08%) não lembraram quando ocorreu o primeiro episódio.

5 DISCUSSÃO

Incluída entre os fatores independentes envolvidos na gênese da colelitíase, o aumento da idade foi associado com a prevalência de colelitíase em vários estudos^{4,5,6,13}. Com o aumento da idade, há uma elevação significativa na prevalência de colelitíase em ambos os sexos¹⁴. O estudo MICOL, realizado na Itália, com uma amostra composta por 9611 sujeitos, identificou o aumento da idade como fator de risco para colelitíase em mulheres⁵.

O valor de idade 40 anos aparentemente representa o ponto de corte entre relativamente baixas e altas taxas de colecistectomia¹⁵. A frequência de colelitíase aumenta com a idade, aumentando sensivelmente depois dos 40 anos tornando-se 4 a 10 vezes mais provável em indivíduos mais velhos¹².

Todos estes estudos fortalecem os dados encontrados neste trabalho, no qual a prevalência de colelitíase foi maior no grupo etário maior que 40 anos, tanto no sexo feminino quanto no masculino.

É fato que a colelitíase é mais prevalente no sexo feminino como mostrado em vários estudos^{4,5,8,13,16,17,18,19,20}, inclusive neste, no qual foi notório que o número de mulheres acometidas foi superior. O risco de incidência por ano de colelitíase é maior neste sexo que, concomitantemente, apresentam maior risco de colecistectomia eletiva^{5,21}.

Como conhecido e já citado, o sexo feminino é um fator de risco independente para colelitíase e, os hormônios femininos são a explicação para tal fato já que influenciam na secreção da bile e na função da vesícula biliar. O estrogênio é responsável por aumentar a secreção de colesterol e reduzir a secreção de sais biliares. Já a progesterona diminui a secreção de sais biliares e prejudica o esvaziamento da vesícula biliar¹².

O IMC é um preditor internacional de obesidade adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Indivíduos com IMC superior ou igual a 25 Kg/m² estão acima do peso esperado. No presente estudo, a média calculada de IMC foi superior a este valor, sendo que o sexo feminino foi o grande responsável por esse resultado. Dessa forma, pode-se inferir que o sobrepeso ou obesidade no sexo feminino podem estar relacionados ao aparecimento de litíase biliar.

A relação significativa entre colelitíase e obesidade já foi abordada anteriormente ^{4,17} e, assim como o presente trabalho, tal relação esteve presente apenas para o sexo feminino. Outros autores, por sua vez, afirmaram que IMC elevado é fator de risco para colelitíase tanto para mulheres quanto para homens e que é um fator chave para a patogênese da doença ^{5,23}. No Brasil, um estudo de prevalência de litíase biliar em ultrassonografias de pacientes ambulatoriais afirmou que a presença de litíase biliar aumenta de forma progressiva com o IMC, mas sem fazer segregação entre os sexos ¹³. Em estudo de uma população de gêmeos, também foi concluído que o risco de se desenvolver colelitíase aumenta de acordo com o IMC, dessa forma, o sobrepeso e especialmente obesos, tem risco aumentado para a produção de cálculos na vesícula biliar ²⁴.

Essa relação entre a formação de cálculo biliar e IMC, pode ser explicada pelo mecanismo de síntese e liberação biliar de colesterol que está aumentada em indivíduos obesos, aumentando a saturação da bile ¹².

A correlação entre Diabetes Mellitus (DM) e colelitíase é um tema de difícil comprovação já que grande parte dos indivíduos diabéticos com diagnóstico de litíase biliar também apresenta outros fatores de risco como obesidade e hipertrigliceridemia. Uma das teorias que tenta explicar essa relação é a alteração do metabolismo hepático do colesterol ocasionado pela hiperinsulinemia, causando a saturação de colesterol na bile. A diminuição de motilidade da vesícula biliar de indivíduos diabéticos também poderia ser a causa do DM ser considerado um fator de risco isolado para colelitíase ⁴. O metabolismo alterado da glicose pode aumentar o risco de colelitíase ²⁵.

Neste trabalho, apenas 10 pacientes relataram ser diabéticos, com a grande maioria composta por mulheres. Uma maior prevalência de colelitíase em pacientes diabéticos foi observada anteriormente, sendo que em ambos os sexos, essa diferença foi maior para os diabéticos não insulino dependentes ²⁶. Entretanto, há estudo demonstrado que DM é um fator de risco para litíase apenas para mulheres e, em contrapartida, também já foi relatado uma relação entre DM e colelitíase somente para o sexo masculino ^{4,5,17}. Pacientes diabéticos apresentam uma significativa prevalência de colelitíase confirmada por exame ultrassonográfico ¹³. Em estudo epidemiológico realizado em Taiwan, foi encontrada uma taxa de aproximadamente 11% de indivíduos com diagnóstico concomitante de DM e colelitíase com complicação ²¹.

A gravidez é o principal fator de risco para o desenvolvimento de cálculos de colesterol ¹⁵, principalmente em mulheres jovens ²⁷. A fecundidade está consistentemente associada a um risco mais elevado de colelitíase ^{28,29,30}, como foi confirmado no presente estudo, no qual a ocorrência de colelitíase em múltíparas foi 25 vezes maior que em nulíparas. Em um estudo no qual foram realizadas ultrassonografias de mulheres, de idade comparável, no pós parto imediato e de nulíparas, a colelitíase foi detectada em 12,2% puérperas e em apenas 1,3 % das nulíparas ¹⁵.

Neste estudo, foi observado também, um aumento do número de pacientes com colelitíase com o aumento do número de gestações, assim como foi visto em um estudo com 3930 mulheres, em que a prevalência de colelitíase aumentou com o número de gestações ¹⁴. Avaliando a prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais, também se constatou um aumento progressivo relacionado com o número de gestações (1% em nulíparas e 3,2% em mulheres com 4 ou mais gestações ¹³.

A maior parte das mulheres em uso de anticoncepcional neste estudo apresentava outros fatores de risco associados, mas quase um terço apresentou como único fator de risco o uso da medicação. O uso de contraceptivos orais também parece causar um ligeiro aumento no risco de formação de cálculos biliares ¹⁵, que é maior em mulheres com 29 anos ou menos ²⁷, em contrapartida, alguns estudos o uso de contraceptivos orais não foi associado ao desenvolvimento de colelitíase ^{5,31}.

Aproximadamente um terço dos pacientes com colelitíase apresentam história familiar, o que demonstra uma forte predisposição familiar para formação de cálculos na vesícula biliar ⁸, consoante ao nosso estudo, no qual mais de um terço dos pacientes apresentaram história familiar de primeiro grau.

A prevalência de litíase em parentes de primeiro grau de pacientes com colelitíase (15,5%) é maior quando comparado aos sem história familiar (3,6%); dos pacientes com história familiar positiva, dois terços é composto por mulheres, concordantes aos dados encontrados no presente estudo. Em relação aos parentes dos pacientes que também foram diagnosticados com colelitíase, 65% eram mulheres (mãe, irmãs ou filhas), sugerindo que parentes do sexo feminino de pacientes com litíase biliar têm maior predisposição para desenvolver cálculos biliares do que os parentes do sexo masculino ⁸,

Em uma avaliação histológica de vesículas biliares, foi mostrado que a história familiar estava presente em 51,7% dos pacientes estudados; 77,3% destes, a relação era com parentes de primeiro grau ¹⁹. Outro estudo observou que a história familiar de litíase era mais frequente no grupo de pacientes com diagnóstico de colelitíase do que nos pacientes sem a doença ²⁶. Uma publicação referente a populações de índios americanos, afirmou haver uma influência genética sobre o risco de se desenvolver colelitíase nos indivíduos investigados ¹⁷. Estes estudos reafirmam a forte ligação existente entre colelitíase e genética, inclui-se a isso, a relação familiar.

Em estudo realizado na Suécia com gêmeos, foi observado que o uso de tabaco não teve um impacto significativo nos pacientes com colelitíase sintomáticos e um efeito negativo do consumo de álcool em colelitíase, quando este consumo atingiu níveis associados com maior risco para doença hepática ²⁴. Em pesquisa brasileira, não se constatou relação direta entre litíase e tabagismo ou entre litíase e etilismo ¹³. Foi encontrada neste estudo uma pequena prevalência de tabagistas e etilistas.

Ao questionar o uso de estatinas aos pacientes, apenas 2 indivíduos usavam a medicação. Não se observou, em estudo anterior, relação entre uso prévio de hipolipemiantes e risco de se desenvolver colelitíase ²³. Em pesquisa feita para estabelecer a associação entre DM e formação de cálculo biliar, foi também avaliado o uso de hipolipemiantes e, concluiu-se que, a proporção de indivíduos em uso dessa medicação não foi significativamente diferente entre pessoas com colelitíase e pessoas hígdas ²⁶.

Observando o uso de estatina e sua relação com o desenvolvimento de cálculo biliar, foi mostrado que o uso desse medicamento está associado com a diminuição do risco de colelitíase. Pelo uso de estatinas ser mais frequente em indivíduos obesos, um maior risco de colelitíase deveria ser associado ao uso do medicamento; no entanto, o oposto é verdadeiro, sugerindo que as estatinas também são fatores de proteção para pacientes com sobrepeso e obesos ³².

Mais de um terço dos pacientes com colelitíase apresentarão sintomas ¹⁰. Os sintomas mais relatados neste estudo incluíram cólica biliar, náuseas e vômitos, sendo a cólica biliar relatada por mais da metade dos pacientes. A apresentação clínica mais comum da colelitíase é a cólica biliar que frequentemente vem acompanhada por náuseas e vômitos ². Estudo realizado com 1083 pacientes que tinham diagnóstico de colelitíase ou com sintomas sugestivos de,

1072 relataram cólica biliar ². A cólica biliar é uma dor de origem visceral, decorrente da distensão da vesícula biliar resultado de uma obstrução ou da passagem de um cálculo pelo ducto cístico ².

Estudos mostram maior frequência de cálculos múltiplos quando comparado a único ^{5,31}, sem haver diferença entre os sexos ou o tamanho dos cálculos ⁵. Não houve discordância neste trabalho, já que a maioria dos pacientes tinham cálculos múltiplos e, dos que tinham cálculo único, a média de tamanho foi próxima ao valor encontrado em um estudo italiano ³¹.

Sabe-se que quando os níveis séricos de bilirrubina ultrapassam a 2mg% surge à manifestação de icterícia, a qual é bem visualizada em escleróticas, mucosa da face ventral da língua e pele. A mesma pode associar-se à colúria – no caso da bilirrubina conjugada, ou estar associado à acolia fecal, sugerindo elevado grau de colestase intra-hepático ou obstrução total da via biliar extra-hepática ³⁴. No atual estudo pode-se observar que 15 (23,08%) dos pacientes com cálculos múltiplos apresentaram icterícia. A icterícia não é um sintoma comum da colecistopatia calculosa crônica, a não ser que haja cálculos no colédoco ou uma obstrução dos ductos biliares por inflamação pericolecística grave secundária à impactação de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar que obstrui mecanicamente o ducto biliar, resultando na síndrome de Mirizzi ³⁵. Do ponto de vista mecânico, é esperado que pacientes com cálculos múltiplos e pequenos, tenham maior probabilidade de apresentar icterícia, concordante a esta hipótese, neste trabalho, a maioria dos pacientes que relataram icterícia tinham calculose múltipla.

Em avaliação de pacientes com pancreatite por colelitíase, foi mostrado que os cálculos da vesícula biliar foram menores em pacientes com pancreatite do que naqueles pacientes com colelitíase sem complicações; observaram também, porém sem significância, que o número de cálculos da vesícula biliar foi maior nos pacientes com pancreatite (média de 33 contra 7 em pacientes com colelitíase sintomáticos sem pancreatite) e que a presença de lama biliar ocorreu em 7 pacientes com pancreatite associado e em 4 pacientes sem essa associação (41% contra 13%, respectivamente ³⁶.

O curso clínico da colelitíase parece ser mais grave em pacientes portadores de múltiplos cálculos ³⁷. Neste trabalho, houve um maior relato de icterícia no grupo de pacientes com

cálculos múltiplos em relação aos pacientes com cálculo único. Porém, a ocorrência de complicações entre estes grupos não apresentou grande divergência.

A admissão de pacientes com problemas relacionados a calculose biliar em emergências é comum entre os pacientes que aguardam a colecistectomia eletiva. Isso resulta em internações hospitalares e uma investigação adicional, gerando um aumento dos custos que já são elevados ^{38,39}.

Em um estudo realizado no Reino Unido, que tinha como um dos objetivos documentar a morbidade associada a longos períodos de espera para realização da cirurgia de colecistectomia laparoscópica, foi encontrado uma alta incidência de complicações vivenciadas por pacientes em lista de espera - dos 365 pacientes estudados, 11,5% tiveram 57 reinternações no total devido complicações da doença biliar calculosa, enquanto esperavam pela cirurgia ⁴⁰. No atual estudo, quase um terço dos pacientes apresentou complicações, como colangite, pancreatite e colecistite aguda, decorrentes da colelitíase, mas não foi encontrado um aumento progressivo da taxa de complicação relacionado com um maior intervalo de tempo entre primeiros sintomas e realização de colecistectomia, provavelmente devido a pequena amostra de pacientes que aguardaram mais de 3 anos do início dos sintomas até a cirurgia. Levando-se em consideração que a maioria dos pacientes procurou atendimento médico no aparecimento dos primeiros sintomas, essas complicações poderiam ter sido evitadas, diminuindo assim os custos hospitalares e a morbidade. Assim como foi relatado em um estudo retrospectivo que quantificou as complicações apresentadas por pacientes na lista de espera para realização de colecistectomia e analisou os custos, concluindo que a colecistectomia realizada logo após o primeiro episódio de colecistite aguda pode ajudar a prevenir reinternações ³⁸.

Foi comum o relato de pacientes que durante vários episódios de cólica biliar procuraram auxílio médico e nesta consulta não foi realizada investigação diagnóstica ou qualquer encaminhamento para outros serviços, sendo apenas prescritos sintomáticos. Isso pode explicar o fato de que o intervalo de tempo entre apresentação dos primeiros sintomas e realização da colecistectomia foi de até 730 dias para quase três quartos dos pacientes.

Os fatores de risco associados à prevalência de colelitíase podem ser considerados como marcadores de sua presença, logo, indivíduos com múltiplos fatores associados podem ser

portadores de cálculos biliares. Para mulheres e homens, a presença de 2 e 3 fatores de risco, respectivamente, foram suficientes para aumentar a probabilidade do diagnóstico¹⁴. No presente estudo, somado ao fato de que quase a totalidade dos pacientes apresentaram cólica biliar, todas as mulheres estudadas tinham mais de 2 fatores de risco.

6 CONCLUSÃO

Ao término deste trabalho, viu-se que a maioria dos dados clínicos epidemiológicos não foram conflitantes com a literatura atual. Concluiu-se ainda que a maior parte dos pacientes demora demasiado tempo para realização da colecistectomia, levando-se em consideração o intervalo entre primeiros sintomas e cirurgia. Isso pode ser uma consequência da questionável conduta de não se solicitar a propedêutica de colelitíase no primeiro atendimento, resultando em maiores índices de complicações e altos custos ao sistema de saúde.

Ademais, são necessários mais estudos para elucidar um perfil epidemiológico que represente a população de pacientes com colecistopatia calculosa do Sistema Único de Saúde, com intuito de promover melhorias no diagnóstico, atendimento, manejo e quiça desenvolver políticas de prevenção.

7 REFERÊNCIAS

1. SHAFFER, E.A. Epidemiology of gallbladder stone disease. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 20, n. 6, p. 981-996, 2006.
2. BECKINGHAM, I.J. ABC of diseases of liver, pancreas and biliary system: Gallstone disease. **British Journal of Medicine**, v. 322, p. 91-94, jan. 2001.
3. DATASUS. Disponível em: <[http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/7% 20 gestao.htm](http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/7%20gestao.htm)>. Acesso em: 20 de setembro de 2010.
4. SUN, H. et al. Gender and metabolic differences of gallstone diseases. **World Journal of Gastroenterology**, v. 15, n. 15, p. 1886-1891, abr. 2009.
5. FESTI, D. et al. Incidence of gallstone disease in Italy: Results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project). **World Journal of Gastroenterology**, v. 14, n. 34, p. 5282-5289, set. 2008.
6. LIU, C. et al. Clinical correlation of gallstone disease in a Chinese population in Taiwan: Experience at Cheng Hsin General Hospital. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 12, n. 8, p. 1281-1286, fev. 2006.
7. CIRILLO, D.J.; WALLACE, R.B.; RODABOUGH, R.J. et al. Effect of estrogen therapy on gallbladder disease. **JAMA**, v. 293, n.3, p. 330-339, 2005.
8. SARIN, S. K.; NEGI, V. S.; DEWAN, R. et al. High familial prevalence of gallstones in the first-degree relatives of gallstone patients. **Hepatology**, v. 22, n.1, p. 138-141, 1995.
9. RANSOHOFF, D.F.; GRACIE, W.A.; WOLFENSON, L.B. et al. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones: A decision analysis to assess survival. **Annals of Internal Medicine**, v. 99, n. 2, p. 199-204, 1983.
10. AHMED, A.; CHEUNG, R.C.; KEEFFE, E.B. Management of Gallstones and Their Complications. **American Academy of Family Physician**, v. 61, p. 1673-1680, 1687-1688, mar. 2000.
11. VOLZKE, H.; BAUMEISTER, S.E.; ALTE, D. et al. Independent risk factors for gallstone formation in a region with high cholelithiasis prevalence. **Digestion**, v. 71, n. 2, p.97-105, 2005.
12. STINTON, L.M.; MYERS, R.P.; SHAFFER, E.A. Epidemiology of Gallstones. **Gastroenterology Clinicals North America**, v. 39, p. 157-169, 2010.

13. TORRES, O.J.M. et al. Prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, jan./fev. 2005.
14. ATTILI, A.F.; PAZZI, P.; GALEAZZI, R. Prevalence of Previously Undiagnosed Gallstones in a Population with Multiple Risk Factors. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 40, n. 8, p. 1770-1774, ago. 1995.
15. AFDHAL NH; Epidemiology of and risk factors for gallstones. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=biliary/5497&selectedTitle=1%7E150&source=search_result>. Acesso em 20 de Novembro de 2010.
16. CORAZZIARI, E.; ATTILI, A. F.; ANGELETTI, C.; DE SANTIS, A. Gallstones, cholecystectomy and irritable bowel syndrome (IBS): MICOL population-based study. **Digestive and Liver Disease**, v. 40, n. 12, p. 944-950, 2008.
17. EVERHART, J. E.; YEH, F.; LEE, E. T. et al. Prevalence of Gallbladder Disease in American Indian Populations: Findings From the Strong Heart Study. **Hepatology**, n. 35, p. 1507-1512, 2002.
18. TORRES, O. J. M.; CALDAS, L. R. A.; AZEVEDO, R. P. et al. Colelitíase e câncer de vesícula biliar. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, mar./abr. 2002.
19. SILVA, R. C. O.; SILVA, A. L.; CIOFFI, A. C. et al. Alterações Histológicas da Vesícula Biliar Litiásica: Influência no Diagnóstico e Tratamento por Videolaparoscopia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan./fev. 1999.
20. MITTAL, R.; JESUDASON, M. R.; NAYAK, S. Selective histopathology in cholecystectomy for gallstone disease. **Indian Journal of Gastroenterology**, v. 29, n. 1, p. 26-30, 2010.
21. HUANG, J. et al. Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan. **BMC Gastroenterology**, v. 9, p. 63, ago. 2009.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.
23. ATTILI, A. F.; CAPOCACCIA, R.; CARULLI, N. et al. Factors Associated With Gallstone Disease in the MICOL Experience. **Hepatology**, v. 26, p. 809-818, 1997.
24. KATSIKA, D.; TUVBLAD, C.; EINARSSON, C. et al. Body mass index, alcohol, tobacco and symptomatic gallstone disease: a Swedish twin study. **Journal of Internal Medicine**, v. 262, p. 581-587, 2007.

25. DE SANTIS, A.; ATTILI, A. F.; CORRADINI, S. G. et al. Gallstones and Diabetes: A Case-Control Study in a Free-Living Population Sample. **Hepatology**, v. 25, p. 787-790, 1997.
26. CHAPMAN, B. A.; WILSON, I. R.; FRAMPTON, C. M. et al. Prevalence of Gallbladder Disease in Diabetes Mellitus. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 41, n.11, p. 2222-2228, 1996.
27. SCRAAG, R.K.R.; McMICHAEL, A.J.; SEAMARK, R.F. Oral contraceptives, pregnancy, and endogenous oestrogen in gall stone disease-a case-control study. **British Medical Journal**, v. 288, n. 6433, p. 1795-1799, jun. 1984.
28. MENDEZ-SANCHEZ, N.; CHAVEZ-TAPIA, N.C.; MISAEL URIBE. Pregnancy and gallbladder disease. **Annals of Hepatology**, v. 5, n. 3, p. 227-230, jul./set. 2006.
29. CUEVAS, A. et al. Diet as a Risk Factor for Cholesterol Gallstone Disease. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 23, n. 3, p. 187-196, 2004.
30. KERN JUNIOR, F. et al. Biliary Lipids, Bile Acids, and Gallbladder Function in the Human Female: Effects of pregnancy and the ovulatory cycle. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 68, p. 1229-1242, nov. 1981.
31. ATTILI, A. F.; DE SANTIS, A.; CAPRI, R. et al. The Natural History of Gallstones: The GREPCO Experience. **Hepatology**, v. 21, p. 656-660, 1994.
32. BODMER, M.; BRAUCHLI, Y. B.; KRÄHENBÜHL, S. et al. Statin Use and Risk of Gallstone Disease Followed by Cholecystectomy. **JAMA**, v. 302, n. 18, p. 2001-2007, 2009.
33. BALAKRISHNAN, S. et al. Patient Experience With Gallstone Disease in a National Health Service District Hospital. **Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons**, v. 12, p. 389-394, 2008.
34. SETTE JUNIOR, H. et al. Abordagem do Paciente com Doença Hepática. In: LOPES, A.C. et al. **Tratado de Clínica Médica**, 1.ed. São Paulo: Rocca, 2006. Vol. I, cap. 8, p. 1176-1181.
35. CHARI, R. S.; SHAH, S.A. Vias Biliares. In: TOWNSEND, C.M. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia**. 18.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Vol. II, cap. 54, p. 1452-1490.
36. VENNEMAN, N. G.; RENOUIJ, W.; REHFELD, J. F. et al. Small Gallstones, Preserved Gallbladder Motility, and Fast Crystallization Are Associated With Pancreatitis. **Hepatology**, v. 41, p. 738-746, 2005.
37. DIEHL, A. K.; HOLLEMAN, D. R.; CHAPMAN, J. B. et al. Characteristics of patients with single versus multiple cholesterol gallstones. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 42, n. 5, p. 953-954, 1997.

38. SOMASEKAR, K. et al. Costs of waiting for gallbladder Surgery. **Postgraduate Medical Journal**, v. 78, p. 668-670, jul. 2002.
39. GARNER, J.P. et al. The cost of ignoring acute cholecystectomy. **Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v. 91, p. 39-42, 2009.
40. CHERUVU, C.V.N.; EYRE-BROOK, I.A. Consequences of prolonged wait before gallbladder Surgery. **Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v. 84, p. 20-22, 2002.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – VISÃO TEMPORAL DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COLELITÍASE E SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA **EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA GRANDE VITÓRIA** – caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. É importante que você leia com atenção estas informações antes de decidir pela participação no estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone dos pesquisadores, podendo tirar dúvidas do projeto e da sua participação.

NOME DA PESQUISA: VISÃO TEMPORAL DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA GRANDE VITÓRIA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FLÁVIO TAKEMI KATAOKA

TELEFONE: 92532351

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: AV. NOSSA SENHORA DA PENHA, 2190, SANTA LUIZA - VITÓRIA, ES - 29045-402 – (CEP)

TELEFONE: 3334-3558

PESQUISADORES PARTICIPANTES: LARISSA DIAS SILVA, ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE E WILLIAM ALVES DE SOUZA SCHWARTZ

TELEFONES: 9707-0727/9976-2186/8822-5111

OBJETIVO GERAL: Visão temporal, em um período de 30 dias, do perfil clínico epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia em um Hospital filantrópico.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O paciente que concordar em participar da pesquisa terá que responder a um questionário e se submeter à pesagem e medição de altura. Serão colhidos dados como idade, sexo, se feminino, número de gestações, partos e abortos, história familiar, peso, altura, história de tabagismo e etilismo, presença de comorbidades ou uso de medicamentos, dados ultrassonográficos, história da doença atual e presença de complicações.

RISCOS E DESCONFORTOS: Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, bem como não tem por finalidade trazer constrangimentos pessoais.

BENEFÍCIOS: Contribuir para o conhecimento do perfil clínico epidemiológico dos pacientes que realizaram colecistectomia e com isso promover melhorias no atendimento.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Os indivíduos dessa pesquisa não arcarão com nenhum gasto decorrente da sua participação, assim como não receberão qualquer espécie de reembolso ou gratificação.

SEGURANÇA DO VOLUNTÁRIO E CONFIDENCIALIDADE: Os participantes dessa pesquisa terão sua privacidade assegurada quanto aos dados confidenciais, sendo somente divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

RESPONDA AS PERGUNTAS A SEGUIR:

1. Você leu e entendeu este TERMO DE CONSENTIMENTO?

SIM ___ NÃO ___

2. As suas dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas?

SIM ___ NÃO ___

3. Você entendeu que não será remunerada, não receberá recompensa ou indenização por participar?

SIM _____ NÃO _____

4. Você entendeu que seus dados pessoais e fotografias serão tratados de forma confidencial e utilizados apenas para fins científicos e educativos?

SIM _____ NÃO _____

5. Você concorda em participar do estudo?

SIM _____ NÃO _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador, _____ dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Recebo uma cópia assinada e datada deste Consentimento Informado. Não renuncio a nenhum de meus direitos legais ao assinar o presente formulário de Consentimento.

Nome da Paciente em letra de forma _____

Assinatura da Paciente/ Data _____

Eu, abaixo assinado expliquei todos os detalhes relevantes deste estudo para a paciente identificada acima e darei a mesma uma cópia assinada e datada deste documento.

Pesquisador: _____

Pesquisador responsável: Flávio Takemi Kataoka

Telefone: 92532351

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, ES - 29045-402

Telefone: 3334-3558

Pesquisadores participantes: Larissa Dias Silva, Roberta Nascimento Cypreste e William Alves de Souza Schwartz

Telefones: 9707-0727/9976-2186/8822-5111

8.2. ANEXO 2

| |
|---|
| FOLHA PARA COLETA DE DADOS CLÍNICOS E ULTRASSONOGRÁFICOS |
|---|

Nº PRONTUÁRIO:

Nº ATENDIMENTO:

IDADE:

| | | | |
|-------|-----|-------|------|
| SEXO: | FEM | G P A | MASC |
|-------|-----|-------|------|

HISTÓRIA FAMILIAR
DE COLELITÍASE?

| | | |
|--------|--------|--|
| SIM | NÃO | |
| MÃE | PAI | |
| IRMÃOS | FILHOS | |

HISTÓRIA
PSICOSOCIAL

TABAGISMO:

ETILISMO:

| | | |
|--------|--------------|------------------------------|
| INÍCIO | TEMPO DE USO | PAROU HÁ QUANTO TEMPO? |
|--------|--------------|------------------------------|

PESO:

ALTURA:

IMC:

COMORBIDADES/USO
DE MEDICAMENTOS

| | | |
|---------------------------------|----------------------|------------|
| OUTRAS COMORBIDADES: | | |
| DM | DOENÇA HEMOLÍTICA | CIRROSE |
| DOENÇA CROHN | DOENÇA DO INTESTINO | IRRITÁVEL |
| RÁPIDA PESO DE | SOMATOSTATINA | OCTREOTIDE |
| PESO | ESTATINAS | NPT |
| CEFTRIAXONE | | |
| ANTICONCEPCIONAL - QUAL? | | |
| OUTRAS MEDICAÇÕES: | | |

SINTOMAS/
DURAÇÃOCÓLICA BILIAR/
NÁUSEAS/VÔMITOS/
ICTERÍCIA/ACOLIA
FECAL/FEBREINÍCIO DOS
SINTOMAS1º ATENDIMENTO/
DIAGNÓSTICOCIRURGIA
DATA:

COMPLICAÇÕES

NÃO

SIM - QUAL?

AO ULTRASSOM

CÁLCULOS
MÚLTIPLOS

CÁLCULO ÚNICO - TAMANHO:

| |
|---|
| DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES INTRA E EXTRA HEPÁTICAS? DILATAÇÃO DO COLÉDOCO? |
|---|

COLEDOCOLITÍASE
ASSOCIADA

NÃO

SIM

8.3. ANEXO 3



EMESCAM

Tradição e Compromisso em Saúde

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “Visão Temporal do Perfil Clínico epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Colelitíase e submetidos à Colectomia no Hospital Filantrópico da Grande Vitória”, cadastrado com o No 159/2010, do pesquisador responsável “Flávio Takemi Kataoka”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 30/11/2010.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **30/11/2011**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 01 de dezembro de 2010

Dr. Wilson C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luzia - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel: 455 27 3394-3500
info@emescam.br
www.emescam.br