

ESTUDO DA MORBIDADE CAUSADA PELO ATRASO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO DA COLELITÍASE

Professor orientador: Alberto Vilar Trindade

Alunas: Helena Pinto Ferreira de Miranda e
Jacqueline Bonfim Freitas

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023•

ISSN: 2595-4563





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

HELENA PINTO FERREIRA DE MIRANDA
E JACQUELINE BONFIM FREITAS

ESTUDO DA MORBIDADE CAUSADA PELO ATRASO DO TRATAMENTO
CIRÚRGICO ELETIVO DA COLELITÍASE

Relatório final de pesquisa de Iniciação
Científica apresentado à Assessoria de
Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Alberto Vilar Trindade

BRASÍLIA

2024

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todos os professores que nos estimularam a entrar no mundo das pesquisas e a todos os profissionais da saúde que contribuem incessantemente para a melhoria do cenário em que trabalham.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os envolvidos nesse projeto. Em especial aos pacientes entrevistados que se dispuseram a responder a todas as perguntas de forma paciente e colaborativa mesmo em uma condição de internação pós cirúrgica, é por causa de pessoas gentis assim que vale a pena contribuir para o desenvolvimento científico e buscar a melhora da qualidade de vida e resolução de problemas que enfrentamos diariamente.

Agradecemos também ao nosso orientador, Doutor Alberto Vilar Trindade pela disponibilidade e entusiasmo em uma temática tão relevante para a sociedade.

Por fim, gostaríamos de agradecer imensamente às nossas famílias pelo apoio incondicional não só nessa pesquisa mas em toda nossa caminhada na medicina e por nos apoiarem em todos os nossos sonhos.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma
gota.*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

No mundo todo, a colelitíase é uma doença comum e no Brasil são realizadas mais de 185.000 colecistectomias por ano através do sistema único de saúde. Essa condição é caracterizada pela formação de cálculos na vesícula biliar, os quais são responsáveis pela sintomatologia. Assim sendo, o padrão ouro para o tratamento dessa condição é a colecistectomia. Quanto maior o tempo sem realização da cirurgia maior a chance de complicações mais severas como colecistite aguda, pancreatite, colangite e sepse. Nesse sentido, levando em consideração a prevalência da doença e a possibilidade de um desfecho desfavorável para o paciente, o presente estudo buscou investigar a morbidade causada pela morosidade da colecistectomia eletiva em pacientes diagnosticados com colelitíase no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em Brasília. Diante do exposto, sabe-se que o atraso das cirurgias eletivas é acarretado por diversos fatores, tanto referentes ao paciente quanto ao sistema de saúde, nesse sentido, recentemente a pandemia da COVID 19 foi um evento expressivo que impactou de forma significativa o andamento das cirurgias eletivas nos hospitais, estas foram adiadas de forma indeterminada, conjuntura a qual expôs a população a maior risco de complicações e aumento da morbidade em pessoas já diagnosticadas com colelitíase. Para análise desse contexto, foram entrevistados 16 pacientes voluntários no Hospital Regional da Asa Norte e foram questionados acerca dos primeiros sintomas, data de procura ao serviço de saúde, marcação de cirurgia e intercorrências durante a espera pela colecistectomia, a fim de avaliar a relação entre o tempo de espera para cirurgia e a ocorrência de possíveis complicações nesse período decorrente da doença biliar, além de evidenciar as causas para essa problemática.

Palavras-chave:

colelitíase; colecistectomia; cálculos biliares

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Colecistite calculosa aguda

Figura 2- Imagem de pancreatite biliar

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Complicações durante a espera da realização da colecistectomia eletiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3. MÉTODO	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	12
REFERÊNCIAS	13
APÊNDICES	14
ANEXOS	15

1. INTRODUÇÃO

A colelitíase é uma doença comum em todo o mundo e nos EUA afeta 15% da população. O sexo feminino é mais comprometido com predomínio hispânico de herança da América Central e América do Sul (LITTLEFIELD; LENAHAN, 2019). No Brasil a porcentagem da população acometida é cerca de 10%, que leva à realização de 185.000 colecistectomias por ano, além dos registros no Sistema Único de Saúde apontarem 240.000 internações hospitalares todos os anos devido à doença (NASCIMENTO *et.al.*, 2022). A sintomatologia ocorre em até 10% dos pacientes no período de 5 anos, com possibilidade de progressão para doença complicada. Assim, a colelitíase é uma das principais causas abdominais de internação, porém ainda não é consenso o momento adequado para realização da colecistectomia (SHENOY *et. al.*, 2022).

A colecistectomia é o tratamento padrão ouro para colelitíase e pode ser classificada como cirurgia de urgência ou eletiva. Nos casos de urgência, o procedimento é realizado na primeira internação do indivíduo, pois há maior risco de complicações, porém nos casos eletivos esse risco é diminuído e há tempo hábil para maior preparo do paciente, possibilitando que a cirurgia seja feita em outro momento. (GOMEZ *et.al.*, 2022; LESCOWICZ *et. al.*, 2020).

Os motivos mais comuns para hospitalização e procura do serviço de emergência são complicações como colangite, coledocolitíase, colecistite aguda, pancreatite e sintomas exacerbados (ALTIERI *et. al.*, 2017).

A pancreatite causada por cálculos biliares é uma das causas mais comuns de complicações da colelitíase, com prevalência em torno de 50% (GANDHI *et. al.*, 2020).

Nesse sentido, o atraso na realização da cirurgia eletiva da colelitíase traz como cenário comum a apresentação do quadro de pancreatite aguda biliar. Esse quadro é causado por micro cálculos biliares que desencadeiam processo inflamatório agudo do pâncreas com acometimento local ou sistêmico de alta incidência na população. A colecistopatia litiásica é a principal causa de pancreatite aguda. O tratamento definitivo

para a condição procura reduzir a recorrência do quadro de acordo com a etiologia, que no caso mais comum é a colecistectomia (BONADIMAN *et. al.*, 2023).

Durante a pandemia da COVID 19, as cirurgias eletivas sofreram grande impacto e na maioria dos hospitais houve um aumento da fila de espera, no período em que milhares de cirurgias foram adiadas de forma indeterminada por todo o mundo e condições benignas como a colelitíase, tiveram a colecistectomia prorrogada por risco de infecção perioperatória por covid, além da realocação de recursos. O COVIDSurg Collaborative estimou que mais de 28 milhões de cirurgias eletivas foram adiadas em todo o mundo durante as primeiras 12 semanas da pandemia. Essa situação teve seu ápice em 2020 e em 2021 houve um retorno gradual de procedimentos eletivos. Estudos relacionaram essa espera decorrente da suspensão de cirurgias não urgentes no período com possíveis complicações, aumentando a morbidade dos pacientes que tinham o diagnóstico de colelitíase (DEMETRIOU *et. al.*, 2022).

Diante disso, evidenciou-se a importância da análise do tempo de espera entre início dos sintomas, diagnóstico e resolução definitiva através da colecistectomia para obter o entendimento das complicações e aumento da morbidade de pacientes que aguardam cirurgia por tempo demasiado.

Dessa forma, destaca-se a relevância da análise do atraso do tratamento cirúrgico eletivo da colelitíase e relacioná-lo a comorbidades decorrente da espera em hospital local, no Distrito Federal, para uma visão regional atualizada e uma possível intervenção visando benefícios para a sociedade.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Mostrar o impacto e a morbidade causada pelo atraso do tratamento cirúrgico eletivo da colelitíase no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal em Brasília durante o período de julho a agosto de 2024, a fim de obter dados locais atualizados acerca do tema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o tempo de espera entre o início da sintomatologia, o diagnóstico da colelitíase e a realização da colecistectomia eletiva.
- b) Averiguar as principais complicações e os custos psicossociais dos pacientes durante a espera pela cirurgia.
- c) Analisar as prováveis causas da demora do tratamento cirúrgico destes pacientes.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A colelitíase é o termo designado para a presença de cálculos dentro das vias biliares, comumente, localizados dentro da vesícula biliar (colecistolitíase), principais fatores de risco estão a idade avançada, o sexo feminino, comorbidades, sedentarismo, obesidade, perda brusca de peso, dentre outros. O quadro clínico mais comum é dor súbita em hipocôndrio direito, de curta duração, com irradiação para a escápula e/ou ombro direito, autolimitada ou responsiva a analgésicos, além disso tem sintomas associados, como náuseas, vômitos e hiporexia. A causa se relaciona principalmente a situações que levam a supersaturação de colesterol nos sais biliares que causam bile litogênica. Além disso, a hipomotilidade da vesícula biliar causada por diversos fatores leva à estase e desidratação da bile favorecendo nucleação, cristalização e crescimento do cálculo (DA SILVA et. al.,2023).

O número de pacientes do sexo feminino de todas as idades com cálculos biliares é significativamente maior do que o de homens. Além disso, a taxa de incidência de doenças da vesícula biliar em mulheres que tiveram gestações múltiplas é maior do que a daquelas que engravidaram uma vez. A importância do estrogênio em termos de colelitíase é bem documentada (SUN et. al.,2022).

Existem três tipos de formação de cálculo biliar que são divididos em cálculo de colesterol, pigmentado e marrom. O mais comum é o de colesterol e está relacionada a fatores de risco que vem ganhando prevalência no estilo de vida da sociedade atual como por exemplo o tipo de alimentação, emagrecimento rápido. As pedras

pigmentadas são mais comuns em pacientes que têm doenças hepáticas e hematológicas que cursam com hemólise, como esferocitose e anemia falciforme. Por último, as pedras marrons estão mais relacionadas à inflamação e infecções das vias biliares (RAM et. al., 2021).

A colelitíase, caracterizada pela formação de cálculos biliares na vesícula biliar e que podem obstruir temporariamente o ducto biliar comum, é o distúrbio mais comum das vias biliares, o qual pode evoluir com complicações gerando patologias mais complexas como colecistite, pancreatite, coledocolitíase e colangite (LITTLEFIELD; LENAHAN, 2019).

A vesícula biliar normal é um saco alongado e em forma de pêra situado abaixo do fígado, dividido em corpo, fundo e colo, que continua como ducto cístico. No contexto dos exames complementares a aparência ultrassonográfica da parede da vesícula consiste em uma camada mucosa hiperecótica, uma camada de músculo liso hipoecoica, uma camada de tecido conjuntivo perimuscular hiperecótica e uma camada serosa hipoecoica. A aparência ultrassonográfica típica de um cálculo biliar é um foco ecogênico dentro do lúmen móvel com uma sombra acústica posterior (GANDHI et. al., 2020).

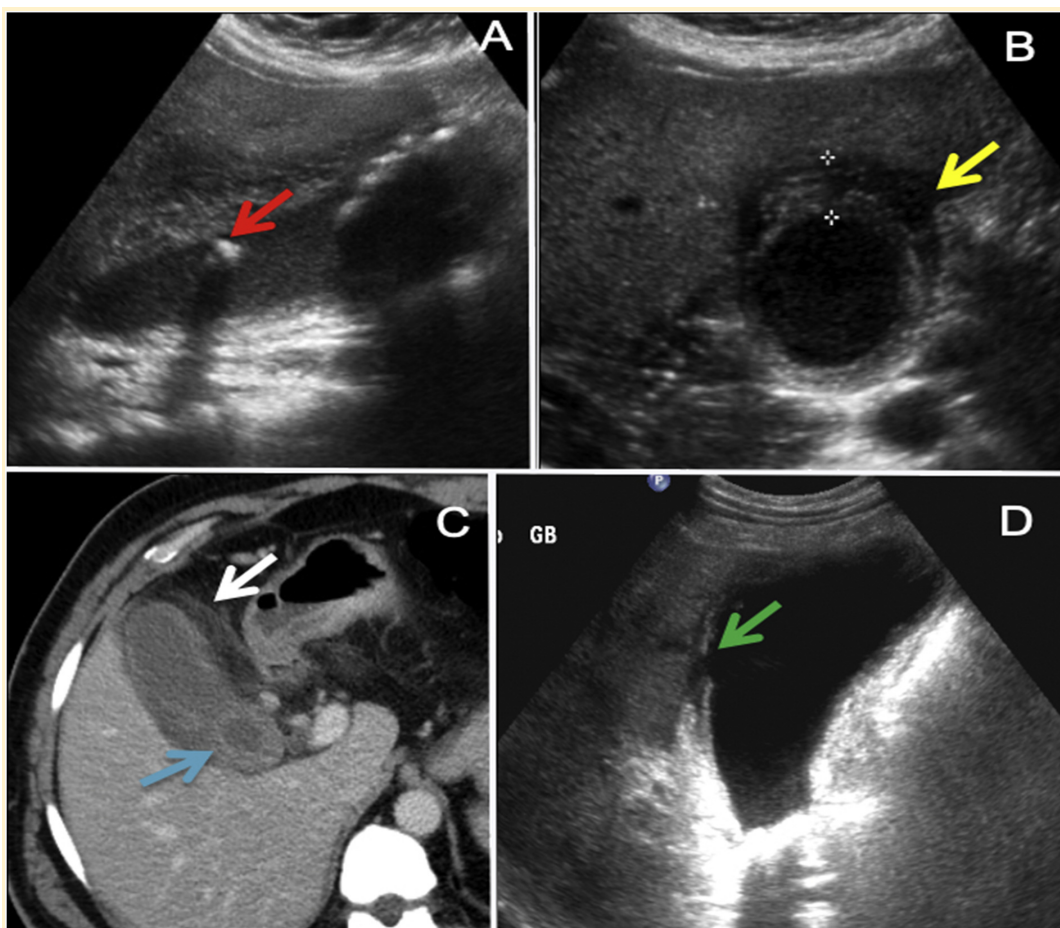


Figura 1. Colecistite calculosa aguda : A) Imagem de ultrassom mostrando lodo da vesícula biliar e múltiplos cálculos (seta vermelha). B) Parede da vesícula biliar espessada e edematosa com fluido pericolecístico mínimo (seta amarela). C) Na tomografia computadorizada, é visto um cordão de gordura pericolecística mal definido (seta branca) com realce da mucosa e da parede. Um cálculo radiolúcido é visto no colo da vesícula biliar (seta azul). D) Descontinuidade focal da parede da vesícula biliar (seta verde) e membranas intraluminas sugerem colecistite gangrenosa. (GANDHI et. al., 2020)

A pancreatite biliar é a principal complicação da colelitíase. A obstrução do ducto biliar comum distal (DBC) por cálculos biliares ou a obstrução por cálculos biliares na ampola causa obstrução do ducto pancreático, aumento da pressão do ducto pancreático e atividade desregulada das enzimas. A pancreatite induzida por cálculos biliares causa inflamação peripancreática difusa em vez de focal, com características associadas de colecistite aguda na imagem da tomografia computadorizada, o que é útil para distingui-la da pancreatite não biliar, que é relacionada ao álcool ou intoxicação por drogas. O diagnóstico oportuno pode levar os pacientes a tratamentos adicionais, como colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), esfincterotomia

endoscópica (EE) e colecistectomia para evitar pancreatite por novos cálculos. A colangiopancreatografia por ressonância magnética(CPRM) é altamente sensível e específica na detecção de cálculos e comumente usada para confirmar coledocolitíase e examinar pacientes para CPRE . A CPRM pode detectar cálculos tão pequenos quanto 2 mm, no entanto, a sensibilidade é limitada em cálculos menores que 5 mm. A CPRM tem cerca de 90% de sensibilidade e 95% de especificidade na detecção de cálculos do ducto biliar comum. A ultrassonografia é relativamente insensível na detecção de cálculos de DBC com sensibilidade variando de 22% a 75%. Especialmente os cálculos no DBCD distal são frequentemente obscurecidos por gases intestinais ou íleo focal. (GANDHI et. al., 2020)

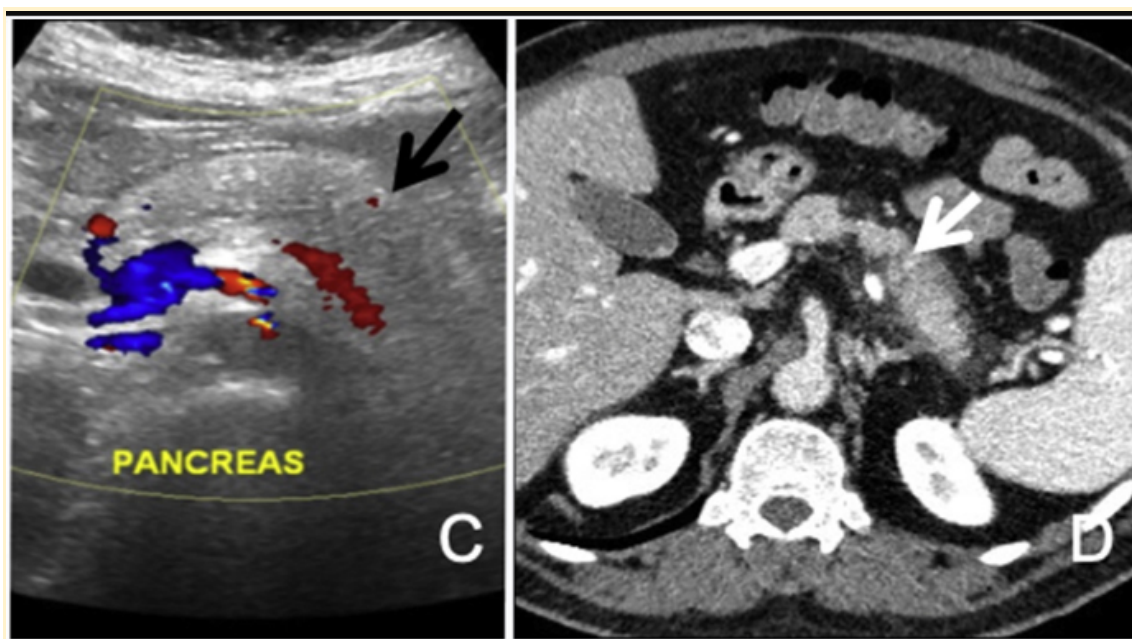


Figura 2 - Imagem de pancreatite biliar (C)ultrassom em paciente com cálculos mostrando corpo pancreático edematoso difuso e região da cauda (seta preta).(D) Tomografia computadorizada com contraste no mesmo paciente mostra corpo distal heterogêneo e volumoso e cauda do pâncreas com estrias de gordura peripancreática e traços de fluido (seta branca). (GANDHI et. al., 2020)

Além da pancreatite a colelitíase é fator de risco para desenvolvimento de colecistite que pode ocasionar, de forma bastante incomum, a vesícula em porcelana como consequência de colecistite crônica. É caracterizada por calcificação mural que pode

ser detectada em radiografias abdominais simples, ultrassom ou tomografia computadorizada. Se detectada, a colecistectomia é sugerida nesses casos para prevenir a malignidade da vesícula biliar. A litíase biliar está relacionada ao desenvolvimento de malignidade da vesícula biliar, que está presente em mais de 70% dos casos de câncer de vesícula biliar e, às vezes, até 100% dos casos . Foi demonstrado que cálculos biliares persistentes desencadeiam irritação e inflamação crônica o que leva à displasia da mucosa e subsequente malignidade. O carcinoma da vesícula biliar é uma entidade incomum. Também é importante conhecer as variações anatômicas, como o situs inversus, onde as chances de patologias biliares, incluindo malignidade da vesícula biliar, são maiores e as modificações dos procedimentos biliares são inevitáveis (GANDHI et. al., 2020).

Apesar do variado espectro de sintomatologia que o paciente pode apresentar, há a possibilidade da litíase biliar ser assintomática e não evoluir para quadros complicados, por esse motivo, busca-se um manejo individualizado para cada doente, podendo ser cogitada até mesmo a conduta expectante e controle da dor em caso de urgência (SHENOY et. al., 2022).

Sabe-se que o padrão ouro de tratamento para colelitíase é cirúrgico, porém existem questionamentos relacionados à possibilidade de outras maneiras de abordagens não cirúrgicas devido aos pacientes que tinham grande período de tolerabilidade dos sintomas.No entanto, mesmo sendo uma doença comum, há poucos relatos sobre a história natural da colelitíase até a resolução do quadro. Nesse sentido, surgem algumas questões que necessitam de respostas as quais se relacionam com todo seguimento do paciente no serviço de saúde (recorrências ao serviço de emergência, espera para realização do procedimento, possíveis complicações) (ALTIERI et. al., 2017) (NAWAZ et. al.,2021).

Nesse sentido, a dor é um sintoma importante e geralmente é devida a cólica biliar e pode ser manejada de forma adequada com a administração opióides, porém antiinflamatório não esteroide tem uma eficácia similar. Adicionalmente, na colecistite complicada, faz-se necessário a utilização de antibióticos, especialmente para aqueles pacientes que têm a resolução cirúrgica atrasada por algum fator externo ou inerente ao próprio indivíduo (LITTLEFIELD; LENAHAN, 2019).

De fato, colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento de escolha para a doença sintomática, porém de acordo com a Society of Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) não há de forma consensual um indicativo de quais indivíduos serão submetidos a cirurgia ou aos demais tratamentos (ALTIERI et. al., 2017).

Tendo em vista que para o tratamento cirúrgico da colelitíase o indivíduo necessita de hospitalização, no ano de 2020 houve um evento complicador desse processo que elevou a demanda do sistema de saúde e sobrecarregou as unidades de internação dessa forma foi que a pandemia da COVID-19 acarretou expressivo atraso nos procedimentos eletivos cirúrgicos (ROCCO et. al., 2022).

3. MÉTODO

O presente estudo se trata de um coorte prospectivo, observacional e longitudinal que foi executado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em Brasília, Distrito Federal, objetivando investigar a morbidade causada pelo atraso no tratamento cirúrgico da colelitíase em pacientes que foram submetidos à colecistectomia eletiva. Esta instituição é uma referência na realização de cirurgias gerais, inclusive nos casos de colelitíase, o que permite a realização de colecistectomia eletiva. O estudo foi focado nos pacientes diagnosticados com colelitíase, internados na ala de cirurgia geral do HRAN, que passaram pela cirurgia eletiva. A ênfase na coleta de dados foi em apurar os impactos da espera pela cirurgia, incluindo as morbidades e complicações associadas. A amostra foi constituída por pessoas internadas no HRAN durante o período pós-operatório de colecistectomia eletiva, entre os meses de junho e agosto de 2024 de ambos os sexos e com idades variadas. O critério de inclusão envolveu todos os pacientes internados na ala de cirurgia geral durante o pós-operatório de colecistectomia eletiva. Foram excluídos da pesquisa aqueles que realizaram colecistectomia de emergência, os que não estavam internados na ala de cirurgia geral, que fariam outras cirurgias no mesmo tempo cirúrgico ou que não tinham diagnóstico de colelitíase.

Foram aplicados questionários aos pacientes com diagnóstico de colelitíase durante o pós-operatório imediato de colecistectomia. Nesse período, foram dadas diversas orientações relacionadas à participação totalmente voluntária da pesquisa e assim foi aplicado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em segundo plano, foram efetuadas perguntas simples através de um questionário, sobre variáveis como sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), comorbidades, primeiros sintomas, data do diagnóstico, exame diagnóstico utilizado, internações e complicações enquanto aguardavam pela cirurgia. Os pesquisadores foram responsáveis por conduzir as entrevistas, bem como manter contato com o hospital, sempre identificando os pacientes com procedimento eletivo marcado. Dessa forma, os dados foram coletados no mesmo dia da realização da cirurgia.

Em sequência, as informações foram anexadas a um software para análise estatística, objetivando à avaliação da epidemiologia do quadro e os efeitos do atraso na realização da cirurgia, como possíveis complicações e intercorrências.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos participantes

Buscando analisar de forma coesa o presente estudo, é fundamental dar ênfase na esfera individual de cada paciente, bem como no contexto social de saúde no qual ele está inserido, haja vista a grande sobreposição e influência desses componentes. Sendo assim, no presente estudo, participaram 12 mulheres e 4 homens os quais foram internados na ala cirúrgica do HRAN no pós operatório de colecistectomia eletiva durante o período de junho a setembro de 2024. A maioria dos pacientes (75%) eram mulheres, mostrando a predominância do sexo feminino no acometimento da patologia. Os pacientes tinham idade entre 21 e 81 anos, sendo a média de idade 38,81 anos e desvio padrão de 18,23, mostrando a heterogeneidade da amostra em relação a idade do acometimento da problemática. A análise do IMC também se mostra um dado importante pois há uma padronização dessa característica entre as pacientes deste estudo e a epidemiologia da doença na literatura, pois todas as mulheres apresentaram IMC maior que o ideal com média de 27,46 e o desvio padrão em 4,98. De modo específico podemos relacionar esses valores com o sobrepeso advindo de baixo nível de atividade física, alto consumo calórico, fatores genéticos, hormonais entre outros fatores que impactam de forma significativa no processo saúde e doença. Em relação a residência e procedência dos participantes foi observada uma grande diversidade de local de habitação sendo de locais próximos ao hospital até mesmo pessoas vindas de outros estados brasileiros como Bahia e Goiás, o que mostra a grande área de abrangência de serviço do hospital onde foi realizada a pesquisa. Acerca das comorbidades associadas, 50% dos casos não possuíam nenhuma, seguida de hipertensão arterial sistêmica (31,25%), hipotireoidismo(18,75%) diabetes(12,5%), epilepsia(12,5%) e osteoporose(6,25%).

Os principais sintomas relatados no início do quadro por 100% dos entrevistados foram dor e náusea, seguido de vômito (75%) e lipotimia (18,75%).

O exame diagnóstico mais utilizado foi a ultrassonografia de abdome (81,25%), seguida de tomografia computadorizada (12,5%) e ressonância magnética (6,25%).

Análise da demora diagnóstica

Um dos fatores observados na pesquisa foi o intervalo entre início dos sintomas da patologia biliar e a procura por atendimento médico.

37,5% dos pacientes demoraram mais de 1 mês para procurarem atendimento após início da sintomatologia. Além disso, também foi observado o intervalo entre atendimento no serviço de saúde e diagnóstico definitivo de colelitíase. 62,5% dos pacientes perguntados obtiveram diagnóstico no mesmo período em que procuraram atendimento. No entanto, 37,5% ficaram em investigação diagnóstica ou diagnóstico em aberto por um período entre 1 semana e 5 meses, sendo 25% dos entrevistados aguardaram por mais de 1 mês para o diagnóstico de colelitíase.

Desse modo, esses dois fatores estão associados ao atraso do tratamento definitivo.

Análise do tempo da fila de espera a partir do diagnóstico

Baseado no resultado das coleta de dados, uma análise direcionada ao tempo de espera dos pacientes para a cirurgia de colecistectomia eletiva, demonstra características importantes relacionada à dinâmica de acessibilidade ao serviço de saúde. Ao explorarmos o tempo médio de espera de 16,594 meses e o desvio padrão de 1,055 meses, podemos notar que, mesmo havendo um certo padrão no período de espera, ainda existe uma variação expressiva, em especial levando em conta o impacto desse período de espera na condição de saúde dos paciente.

O valor da média se mostra bastante elevado e traz o indicativo que a espera para o procedimento cirúrgico é de mais de um ano, o que implica negativamente no quadro clínico do paciente evidenciando maiores complicações e exacerbação dos sintomas como dor expressada por 100% dos pacientes. Em sequência, a análise estatística do

desvio padrão de 1,055 meses expressa uma espera relativamente baixa, indicando que a maior parte dos pacientes aguarda a cirurgia por um tempo similar, porém essa padronização não exclui as condições de agravo à saúde.

Tabela 1 -Complicações durante a espera da realização da colecistectomia eletiva

Complicações durante a espera	Frequência	Porcentagem
2 a 4 crises álgicas	5	31,25%
5 ou mais crises álgicas	7	43,75%
Pancreatite biliar	6	37,5%
colecistite	1	6,25%
internações	6	37,5%
Sem intercorrências	1	6,25%

De forma analítica é possível perceber que a cada internação devido a complicações da colelitíase existe um gasto com internação, leito, exames e medicação. Desse modo, a colecistectomia feita de forma mais rápida evitaria essas internações recorrentes causadas pela doença que pode ser resolvida através de intervenção cirúrgica adequada.

Durante a realização da pesquisa foram observados alguns fatores que contribuíram para a identificação dos motivos da morosidade de cirurgias eletivas. A presença de greve de profissionais da saúde ocorreu nesse período, ocasionando paralisação de cirurgias eletivas, além disso, mesmo com um número de salas maiores no hospital, a falta de profissionais e equipamentos em alguns períodos não permitia a utilização de todas as salas existentes. Esses fatores costumam impactar diretamente nas cirurgias eletivas, já que cirurgias de emergência logicamente tem prioridade. Sendo assim, as filas tendem a aumentar cada vez mais, principalmente depois do acúmulo causado pela paralisação da pandemia da COVID 19. A aceleração do processo de espera ocorre com nível de prioridade que aumenta com o número de internações e complicações causadas pela patologia, o que só é evitado com a realização da colecistectomia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)

Em relação ao tempo de espera foi possível identificar que na maioria dos casos não foi longo tendo duração com desvio padrão de aproximadamente Um mês, porém com média de 16 meses. Porém, essa intervenção veio devido a outras complicações como pancreatite e internações recorrentes, além do número elevado de episódios de crises álgicas que impactaram na vida do paciente de forma negativa, tanto pelo afastamento do trabalho e atividades diárias quanto pela parte emocional do sofrimento da dor e de custos na internação e compra de medicamentos.

Foi observado que a principal complicação decorrente da morosidade da colelitíase é a pancreatite aguda causada geralmente por microcálculos que se deslocam da vesícula biliar e obstruem o ducto pancreático levando a inflamação do órgão e evoluindo para um quadro de pancreatite biliar. O tratamento para esse quadro é clínico, sintomático com terapia específica, no entanto a única forma de evitar a recorrência de crises é a retirada da vesícula biliar de maneira cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- ALTIERI, M. S. et al. Early cholecystectomy (< 72 h) is associated with lower rate of complications and bile duct injury: a study of 109,862 cholecystectomies in the state of New York. *Surgical Endoscopy*, v. 34, n. 7, p. 3051–3056, 2 ago. 2019.
- ALTIERI, M. S. et al. What happens to biliary colic patients in New York State? 10-year follow-up from emergency department visits. *Surgical Endoscopy*, v. 32, n. 4, p. 2058–2066, 23 out. 2017.
- ATTRI, R.; KUMAR, A.; DIN, FMU; RAINA, AH; ATTRI, A. Fisiopatologia dos cálculos biliares. Cálculos biliares - Revisão e progresso recente. Cap. 7, p. 85-97, 2021.
- BONADIMAN, A.; e outros. Pancreatite Aguda. *Revista Científica do Instituto Dr. José Frota*, n. 3, pág. 57-64, 2023.
- CASTRO, D. C.; SOUSA, B. DE O. A. Análise das internações eletivas e de urgência por colelitíase no SUS entre 2013 e 2017. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 6, n. 1, p. 24–26, 6 maio 2019.
- DA SILVA, CGF; DA SILVA RAMOS, AC; DE OLIVEIRA, JLP; DE AQUINO, IP; PEREIRA, PHA; DE ANDRADE JÚNIOR, J.; OLIVEIRA, MS; BRANDÃO, MM Colelitíase: Aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, v. 9, n. 5, pág. 16758-16769, 2023.
- DEMETRIOU, G. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on elective laparoscopic cholecystectomy: A retrospective Cohort study. *Frontiers in Surgery*, v. 9, 7 dez. 2022.
- GANDHI, D.; OJILI, V.; NEPAL, P.; NAGAR, A.; HERNANDEZ-DELIMA, FJ; BAJAJ, D.; CHOUDHARY, G.; GUPTA, N.; SHARMA, P. Uma revisão pictórica de cálculos biliares e suas complicações associadas. *Clinical Imaging*, v. 60, n. 2, p. 228-236, 2020.
- GOMEZ, D. et al. A Population-based Analysis of the COVID-19 Generated Surgical Backlog and Associated Emergency Department Presentations for Inguinal Hernias and Gallstone Disease. *Annals of Surgery*, v. 275, n. 5, p. 836–841, 1 maio 2022.
- KUMAR, N. et al. Neglected Gallstone Disease Presented As Gallstone Ileus: A Rare Cause of Intestinal Obstruction. *Cureus*, 23 set. 2021.
- LATENSTEIN, CSS, Hannink G, van der Bilt JDW, et al. A Clinical Decision Tool for Selection of Patients With Symptomatic Cholelithiasis for Cholecystectomy Based on Reduction of Pain and a Pain-Free State Following Surgery. *JAMA Surg.* 2021;156(10):e213706. doi:10.1001/jamasurg.2021.3706.
- LESCOWIC, W. R. A.; OKUHARA, M. K. S.; PINTO, R. D. Avaliação dos resultados entre a colecistectomia laparoscópica eletiva ou de urgência. *Revista de Medicina*, v. 99, n. 3, p. 266–271, 15 jun. 2020.
- LITTLEFIELD, A.; LENAHAAN, C. Cholelithiasis: Presentation and Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 64, n. 3, p. 289–297, 25 mar. 2019.

LUCOCQ, James et al. "Index Admission Cholecystectomy for Biliary Colic Precludes the Risk of Readmissions with Biliary Complications and should be Standard Treatment." *World journal of surgery* vol. 47,3 (2023): 658-665. doi:10.1007/s00268-022-06847-9

MOCELIN, Catarina de Queirós Mattoso; BAND, Tali Scheinkman; ALVES, Ms Maria de Fátima Malizia. Cálculo Biliar. *ACTA MSM-Periódico da EMSM*, v. 7, n. 2, p. 100-113, 2019.

NASCIMENTO, J. H. F. DO et al. Estudo populacional sobre as diferenças de gênero e etnia da doença de vesícula biliar no Brasil. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 35, p. e1652, 17 jun. 2022.

NAWAZ, A.; KHAN, AH; FARRUKH, R.; MAHMOOD, K.; HAYAT, N.; NAZIR, A. Frequência de cálculos biliares silenciosos na pancreatite aguda. *Fórum Médico*, v. 32, n. 2, pág. 120-122, 2021.

OLIVEIRA, Paula de Andrade ; FAGUNDES, Eleonora Druve Tavares; FERREIRA, Alexandre Rodrigues. Colelitíase na infância e adolescência: abordagem diagnóstica e tratamento. *Rev Med Minas Gerais*, v. 30, n. Supl 5, p. S22-S26, 2020.

ONUK, ZINET ASUMAN ARSLAN et al. "Same-admission laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: the importance of 72 hours and oxidative stress markers." "Akut kolesistitde laparoskopik kolesistektominin zamanlamasi: ilk 72 saat ve oksidatif stres belirteçlerinin önemi." *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES* vol. 25,5 (2019): 440-446.

PAK, M.; LINDSETH, G. Risk Factors for Cholelithiasis. *Gastroenterology Nursing*, v. 39, n. 4, p. 297–309, 2016.

PERON, A.; SCHLIEMANN, A. L.; ALMEIDA, F. A. DE .. Understanding the reasons for the refusal of cholecystectomy in patients with cholelithiasis: how to help them in their decision?. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 27, n. 2, p. 114–119, abr.

ROCCO, M. et al. Impacto da Pandemia por COVID-19 nos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e Emergenciais em Hospital Universitário. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 49, 22 ago. 2022.

SANTANA, J. M. et al. Colecistopatias e o tratamento das suas complicações: uma revisão sistemática de literatura / Colecistopathies and the treatment of their complications: a systematic review of literature. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 3597–3606, 24 fev. 2021.

SHENOY, R. et al. Delay to Surgery for Patients with Symptomatic Cholelithiasis: Retrospective Analysis of an Administrative California Database after Discharge from the Emergency Department. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 235, n. 4, p. 581–591, 1 out. 2022.

SHENOY, R. et al. Management of symptomatic cholelithiasis: a systematic review. *Systematic Reviews*, v. 11, n. 1, 12 dez. 2022.

SOUZA, Yasmin Alves de et al. Litíase na vesícula biliar e os cálculos intra-hepáticos. *Revista Corpus Hippocraticum*, v. 1, n. 1, 2022.

SUN, H.; WARREN, J.; YIP, J.; JI, Y.; HAO, S.; HAN, W.; DING, Y. Fatores que influenciam a formação de cálculos biliares: uma revisão da literatura. *Biomoléculas*, v. 12, 2022.

