

MORTALIDADE DA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DE URGÊNCIA VERSUS OPERAÇÃO ELETIVA PARA COLECISTITE AGUDA

Mortality of urgency versus elective videolaparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis

Saulo José Oliveira **FELÍCIO**, Edirionmar Peixoto **MATOS**, Antonio Maurício **CERQUEIRA**, Kurt Wolfgang Schindler Freire de **FARIAS**, Ramon de Assis **SILVA**, Mateus de Oliveira **TORRES**.

Trabalho realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil

DESCRITORES - Colecistectomia laparoscópica. Colelitíase. Colecistite.

Correspondência:
Saulo José Oliveira Felício
E-mail: Saulo-Felicio@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesse: não há.

Recebido para publicação: 15/09/2016
Aceito para publicação: 13/12/2016

HEADINGS -Laparoscopic cholecystectomy. Cholelithiasis. Cholecystitis.

RESUMO - Racional: Continua controversa a conduta nos pacientes com colecistite aguda: compensar o processo inflamatório e operar eletivamente ou operar imediatamente em caráter de urgência? **Objetivo:** Testar a hipótese de que a colecistectomia videolaparoscópica de urgência por colecistite aguda apresenta maior mortalidade que a colecistectomia videolaparoscópica eletiva **Métodos:** A partir dos dados disponíveis no Datasus, foi comparada a mortalidade entre os pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva por colelitíase e a de urgência. Foram realizados cálculos da *redução relativa de risco de morte, redução absoluta do risco de morte e número necessário para tratar*. **Resultados:** De 2009 a 2014 no Brasil, foram realizadas 250.439 colecistectomias videolaparoscópicas sendo 74,6% eletivas. A mortalidade no grupo de emergência foi 4,8 vezes mais elevada em comparação com o grupo eletivo (0,0023% vs. 0,00048%). Apesar da redução relativa do risco de morte (RRR) ser de 83%, no cálculo do risco absoluto encontrou-se 0,0018 e número necessário para tratar de 55.555. **Conclusões:** Apesar da redução relativa de risco para mortalidade ser alta comparando o caráter eletivo vs. urgência, a redução de risco absoluto é mínima, já que esse desfecho é muito baixo nos dois grupos, sugerindo que a mortalidade não deve ter muita influência na tomada de decisão cirúrgica.

ABSTRACT - Background: Surgical approach is still controversial in patients with acute cholecystitis: to treat clinically the inflammatory process and operate electively later or to operate immediately on an emergency basis? **Aim:** To test the hypothesis that urgent laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis has a higher mortality than elective laparoscopic cholecystectomy. **Methods:** From the data available in Datasus, mortality was compared between patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis and in urgency. Calculations were made of the relative reduction in risk of death, absolute reduction of risk of death and number needed to treat. **Results:** From 2009 to 2014 in Brazil, there were 250.439 laparoscopic cholecystectomy and 74.6% were electives. Mortality in the emergency group was 4.8 times higher compared to the elective group (0.0023% vs. 0.00048%). Despite the relative reduction in risk of death (RRR) was 83%, in the calculation of absolute risk was found 0.0018 and number needed to treat of 55,555. **Conclusions:** Despite the relative risk reduction for mortality was high comparing elective vs. urgent basis, the absolute risk reduction was minimal, since this outcome is very low in both groups, suggesting that mortality should not have much influence on surgical decision.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a colelitíase representa condição cirúrgica em 9,4% da prevalência global com incidência aumentada no doente idoso e em ascensão devido principalmente ao aumento da prevalência de obesidade¹³.

Em 1992 o Instituto Nacional de Saúde dos USA definiu a colecistectomia por videolaparoscopia (CVL) como escolha no tratamento da litíase biliar; na contramão dessa indicação, em 2013 no SUS houve predomínio de colecistectomias laparotômicas em comparação à CVL em todas as regiões brasileiras^{4,5,14}.

A CVL é mais estética, reduz dor pós-cirúrgica, infecção de ferida operatória, tempo de internação, morbidade, mortalidade (0,1%), permanência hospitalar e pode ser feita em regime ambulatorial. O retorno às atividades laborais, em geral, ocorre após 7-10 dias. Geralmente tem baixa incidência de complicações, mas existe a possibilidade de conversão para laparotomia com aumento de morbidade e mortalidade em função da severidade do processo inflamatório^{2,8,17,18,19,22}.

Estudo realizado em um hospital geral no Reino Unido²² comparou CVL de urgência com a eletiva. De 2117 pacientes avaliados com cálculos biliares, existiu predominância no caráter eletivo em 80,6%; o tempo médio operatório eletivo foi em torno de 59 min e o na urgência de 69 min. Quanto às complicações, as mais frequentes foram os vazamentos biliares na urgência em 3,4% e na eletiva 1,0%; as cardiopulmonares na urgência de 4,9% e nas eletivas 1,5%. Com relação aos fatores de risco na conversão para laparotomia, a eletiva foi 5,9% enquanto na urgência de 6,3%. Em 2013 revisão da Biblioteca Cochrane demonstrou que o aumento da incidência de morbidade não deve impedir o uso de CVL precoce para a doença aguda da vesícula biliar porque o procedimento seria mais seguro do que a operação feita de maneira tardia⁷. Eletivo ou de urgência, o fato é que

existe quantidade pequena de publicações que comparam esses dois momentos de atendimento; além disso, não foram encontrados relatos na literatura a respeito de CVL em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro como um todo.

O objetivo deste estudo foi testar a hipótese de que a CVL de urgência apresenta maior mortalidade que a CVL eletiva.

MÉTODO

Estudo descritivo de mortalidade hospitalar que compara esse indicador para a CVL realizada eletivamente e em urgência. Essas informações foram obtidas no banco de dados do Ministério da Saúde, o Datasus (Departamento de Informática do SUS). Foram utilizados os dados das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) pagas correspondendo aos internamentos realizados no período de janeiro de 2009 a dezembro 2014, amostragem não probabilística da rede conveniada e própria do SUS.

Foi dispensada a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois os dados coletados são de domínio público, acesso livre e irrestrito, sem identificação individual dos pacientes.

Os critérios para inclusão foram: pacientes submetidos à CVL com diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças Capítulo 10 (CID10) de calculose da vesícula biliar com colecistite aguda K80.0; calculose da vesícula biliar sem colecistite (coletitiasis sintomáticas K80.2); e coletitiasis assintomáticas K80.8. Foram excluídos pacientes submetidos à CVL com diagnósticos referentes às condições alitiásicas K81, K82; com colangite associada K80.3, K80.4; com colecistite crônica K80.1 e doenças em outras localizações nas vias biliares K80.5, K83.

As informações obtidas e dispostas em tabelas por tabulador próprio do Datasus foram para avaliar as seguintes variáveis: gênero, caráter de atendimento, dias de permanência hospitalar no geral ou em ambiente de terapia intensiva, nove tipos de faixa etária, número de óbitos no geral ou em UTI. Esses dados foram divididos em dois grupos: pacientes submetidos à CVL de urgência e por CVL eletiva. No grupo CVL de urgência só foram incluídos os pacientes com diagnóstico de colecistite aguda litiásica; os com outros diagnósticos foram excluídos. Nos eletivos só foram incluídos os portadores de coletitiasis sintomática e assintomática e os demais foram excluídos.

A faixa etária foi discriminada da seguinte maneira: <1 ano(a), 1-4a, 5-14a, 15-24a, 25-34a, 35-44a, 45-54a, 55-64a e ≥65a. O tempo de permanência foi em dias, óbitos e utilização de terapia intensiva. Os dados da CVL de urgência foram analisados após subdivisão por faixa etária, permanência em dias, óbitos e utilização de terapia intensiva. Após a subdivisão por faixa etária, os dados foram utilizados para cálculo da mortalidade e média de tempo de internamento hospitalar. De maneira igual procedeu-se em relação aos dados dos pacientes submetidos à CVL eletiva. A partir daí os dados do grupo eletivo e urgência, distribuídos por faixa etária, foram comparados por gênero isoladamente e entre si. Na comparação entre eletiva e urgência foram realizados cálculos da redução relativa de risco de morte, redução absoluta do risco e número necessário para tratar através de fórmulas-padrão.

RESULTADOS

No período de 2009 até 2014 foram realizadas 250.439 CVL sendo 74,6% eletivas para coletitiasis e 25,4% de urgência. Para o estudo, após aplicarem-se os critérios de exclusão, foram estudados 98.716 pacientes, sendo 12.197(12,4%) de urgência e 86.519(87,6%) eletivos.

No grupo eletivo (Tabela 1) a população foi de 86.519 pacientes, no qual 82,8% (71.652) eram mulheres, havendo predomínio da faixa etária entre 45-54 anos (22,4%). A mortalidade foi de 42 pacientes, representando 0,00048% do total, nove

eram homens (0,0006) e 33 mulheres (0,0004%). Verificou-se que 760 pacientes (0,0087%) necessitaram de internamento em UTI, com predominância de mulheres (69%); mas em valores relativos, os homens vão para a UTI duas vezes mais que as mulheres (0,015% vs. 0,007%). A média de dias de internação na UTI foi de 7,04 dias.

No grupo dos pacientes operados em regime de urgência (Tabela 2), a população foi de 12.197 pessoas, na qual 76,4% (9.326) eram mulheres, com predominância da faixa etária entre 35-44 anos (20,5%). A taxa de mortalidade encontrada foi de 29 pacientes (0,0023%), sendo oito homens, correspondendo a 0,0022% dos homens e 21 mulheres, correspondendo a 0,0022% das mulheres desse grupo. Internações em leitos de UTI foram verificadas em 237 pacientes (0,019%), com predominância de mulheres em valores absolutos (59%). A média de internamento foi semelhante ao grupo de CVL eletiva: 7,3 dias.

TABELA 1 - Resultados dos pacientes submetidos à operação eletiva

| F.E. | n | | MP | | O | | UTI | | MP.UTI | | O.UTI | |
|--------|-------|-------|-----|-----|---|----|-----|-----|--------|-----|-------|----|
| | F | M | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| <1a | 18 | 61 | 3,1 | 3,1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1-4a | 61 | 46 | 2,3 | 2,3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 5-14a | 428 | 758 | 2,8 | 2,6 | 0 | 0 | 6 | 5 | 4 | 6,8 | 0 | 0 |
| 15-24a | 668 | 5277 | 2,3 | 2,1 | 0 | 2 | 4 | 15 | 9,8 | 9,3 | 0 | 2 |
| 25-34a | 1578 | 12759 | 2 | 1,9 | 0 | 0 | 4 | 26 | 22,2 | 7 | 0 | 0 |
| 35-44a | 2707 | 14617 | 2,1 | 2 | 1 | 3 | 12 | 36 | 13,7 | 6,7 | 0 | 0 |
| 45-54a | 3365 | 16024 | 2,1 | 2 | 3 | 3 | 26 | 76 | 6,9 | 5,5 | 1 | 1 |
| 55-64a | 3301 | 13327 | 2,2 | 2,1 | 2 | 3 | 56 | 106 | 5,9 | 8 | 2 | 2 |
| ≥65a | 2741 | 8783 | 2,8 | 2,3 | 3 | 21 | 121 | 266 | 6,2 | 5,4 | 0 | 15 |
| Total | 14867 | 71652 | 2,3 | 2 | 9 | 33 | 230 | 530 | 5,8 | 6,2 | 3 | 20 |

F.E.=faixas etárias; n=total de pacientes; MP=média de permanência em dias; O=óbitos; UTI=total de pacientes que utilizaram UTI; MP.UTI=média permanência em dias por paciente na UTI; O.UTI=óbitos em UTI; M=masculino; F=feminino; a=anos.

TABELA 2 - Resultados dos pacientes submetidos à operação de urgência

| F.E. | n | | MP | | O | | UTI | | MP.UTI | | O.UTI | |
|--------|------|------|-----|-----|---|----|-----|-----|--------|------|-------|----|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| <1a | 3 | 7 | 2,7 | 3,7 | 0 | 0 | | | | | | |
| 1-4a | 6 | 7 | 2,7 | 2,6 | 0 | 0 | | 1 | | 3 | | 0 |
| 5-14a | 55 | 85 | 3,6 | 4,2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 7,7 | 0 | 1 |
| 15-24a | 150 | 925 | 4,8 | 4,8 | 0 | 0 | 3 | 5 | 9,3 | 8 | 0 | 0 |
| 25-34a | 338 | 1917 | 4,4 | 4,1 | 0 | 3 | 1 | 11 | 20 | 7,7 | 0 | 1 |
| 35-44a | 572 | 1937 | 4,8 | 3,9 | 0 | 1 | 8 | 10 | 12,1 | 7,2 | 0 | 1 |
| 45-54a | 629 | 1855 | 4,8 | 4,2 | 0 | 3 | 5 | 17 | 8,4 | 10,2 | 0 | 3 |
| 55-64a | 574 | 1466 | 5,4 | 4,8 | 0 | 5 | 20 | 24 | 7,7 | 10 | 0 | 2 |
| ≥65a | 544 | 1127 | 7,2 | 5,6 | 8 | 8 | 58 | 70 | 11,5 | 10 | 5 | 3 |
| Total | 2871 | 9326 | 5,3 | 4,4 | 8 | 21 | 96 | 141 | 10,5 | 9,5 | 5 | 11 |

F.E.=faixas etárias; n=total de pacientes; MP=média de permanência em dias; O=óbitos; UTI=total de pacientes que utilizaram UTI; MP.UTI=média permanência em dias por paciente na UTI; O.UTI=óbitos em UTI; M=masculino; F=feminino; a=anos

A mortalidade na CVL de urgência é cerca de cinco vezes maior do que a eletiva, com risco relativo é de 0,17 e redução relativa de risco de morte 83%, ou seja, o risco de mortalidade reduz em 83% quando a CVL é eletiva e não de urgência. Contudo, o risco absoluto é igual a 0,0018, o que promove o número necessário para tratar igual a 55.555 (NNT=55.555), representando benefício mínimo ao comparar os dois cenários de intervenção. Em relação à internação em UTI, no geral, a operação de urgência interna duas vezes mais que a eletiva, números iguais entre homens e mulheres.

DISCUSSÃO

Predominou o caráter eletivo, 87,6%, valor maior do que em estudos realizados no Reino Unido, nos quais foram descritos percentuais de 71,1%⁹ a 80,6%²² para procedimentos

eletivos. O gênero feminino em relação ao masculino apresentou 4,9:1 para o caráter eletivo e para urgência 3,2:1, no presente estudo. No Hospital Hinchingsbrooke, Reino Unido, a relação encontrada para eletivo foi de 2,8:1 vs. emergência 3,1:1⁹. Portanto, há maior magnitude nas mulheres e de operações eletivas nesse estudo, quando comparados com os relatos de literatura; isso pode estar relacionado ao fato de que no Brasil os homens apresentam maior resistência em ir a consultas médicas, portanto mais difícil o diagnóstico.

Na análise de pacientes submetidos à cirurgia por idade, o aumento progressivo na incidência de operações foi somente até os 54 anos; a partir dos 55 anos existiu pequena queda nos números da urgência e eletivas. Na literatura observa-se que a litíase vesicular é rara na criança, começa a ser identificada na adolescência, apresenta marcado acréscimo na incidência entre os 35-55 anos e aumenta, gradualmente, a partir dos 55 anos⁴. Emeline Caldana et al encontrou em seu estudo muito baixa incidência de colecistite e colelitíase na faixa etária de pacientes entre 0-4 anos, sendo nula a mortalidade¹⁶. O número de operações deveria aumentar com as faixas etárias, já que litíase biliar aumenta com a idade, mas isso não ocorreu; talvez o risco de ter colelitíase e o risco de passar pela CVL diverjam por existir menor sintomatologia nas idades mais tardias.

Pacientes acima de 55 anos possuem menos chance de passar por procedimento de urgência em relação aos mais jovens. K. Saeb-Parsy et al.⁹ revelaram que pacientes eletivos também eram, significativamente, mais velhos do que os de emergência, idade média de 53,1±14,5 anos vs. 49,2±16,1 anos⁹; estes achados estão de acordo com os encontrados no presente estudo. Provavelmente os pacientes sintomáticos são operados antes do avançar da idade.

Nas faixas etárias analisadas, a operação eletiva foi mais utilizada em relação à de urgência e, no geral, guardam a menor mortalidade, a saber, o caráter eletivo e na urgência de 0,00048% e 0,0023%, respectivamente. K. Saeb-Parsy et al.⁹ analisaram todas as admissões eletivas e de emergência relacionadas com o cálculo biliar nos diagnósticos de cólica biliar, colecistite ou pancreatite aguda biliar e submetida à CVL de emergência durante a mesma admissão⁹. A taxa de mortalidade média nos pacientes eletivos foi 1,6% e significativamente menor do que em situações de emergência, 2,6% (p<0,001)⁹. Talvez a mortalidade no estudo citado difira deste por apresentar inserido na casuística outra doença litiásica, a pancreatite aguda biliar.

Outro parâmetro como tempo de permanência hospitalar mostra que o paciente operado de urgência passa praticamente em todas as faixas etárias o dobro de tempo de internamento hospitalar para ambos os gêneros. Existem fatores de risco importantes para complicações infecciosas nas CVL que incluem: colecistite aguda, cálculos de ducto biliar comum, procedimento de urgência¹¹, ou seja, o procedimento feito de maneira urgente é fator de risco para complicações. Revisão da Biblioteca Cochrane de 2013 sugere que estudos com alto risco de viéses indicam que a CVL precoce durante colecistite aguda parece segura e pode encurtar a estadia em hospitais¹⁰. No presente estudo, o procedimento de urgência parece ter sido mais mórbido que o eletivo, ao contrário do citado na revisão. Porém, há também neste estudo fatores limitantes para análise: não é possível avaliar a permanência hospitalar pré-operatória, nem a presença de comorbidades; além disso, é preciso analisar também a qualidade de vida após as operações e até mesmo antes de realizá-las porque muitas vezes os pacientes têm vários internamentos para compensação da litíase clínica antes da operação.

Quando se avalia a mortalidade e complicações dos pacientes submetidos à CVL de urgência e compara-se com a eletiva, nota-se que a mortalidade tem valor absoluto muito pequeno para ambos os grupos, e o aumento de tempo de permanência na operação realizada de modo urgente sugere maiores complicações na CVL. Há metanálises de estudos clínicos randomizados que dizem o contrário e sugerem que

a CVL precoce é segura em casos selecionados e não está associada com aumento de complicações em relação ao atraso da CVL, o que vai de encontro a ideia que a CVL deveria esperar o quadro agudo passar em doenças relacionadas a calculose biliar^{1,7,10,20,21}. No presente estudo a análise das complicações e morbidades advindas dos procedimentos ficou prejudicada porque os doentes tratados clinicamente que não foram operados também possuíam complicações e mortalidade. Também a mortalidade da colecistite aguda quando operada de urgência pode aumentar o tempo de permanência, caso não se ofere o tratamento da colecistite aguda na primeira internação por agudização da doença. Assim, o paciente vai ser internado para tratamento clínico e depois será internado para operação eletiva. Para melhor opinião, ter-se-ia que comparar a mortalidade da operação na urgência com a mortalidade da operação eletiva somada à mortalidade dos tratados clinicamente e isso não está disponível no Datasus.

A fila de espera para cirurgia eletiva no Brasil é algo a ser considerado, pois pacientes são operados eletivamente de acordo com ordem estabelecida pelo atendimento em ambulatórios de cirurgia. Aqueles que apresentam sintomatologia importante da doença biliar, nesse período de espera, comparecem em serviços de emergência e urgência podem ser internados, reinternados e medicados até remissão dos sintomas. Recebem alta e retornam às suas residências, muitas vezes sem serem operados, portanto sem solução definitiva para o problema de base. A taxa de reinternamento ao retorno dos sintomas em pacientes em uma lista de espera eletiva para CVL é estimada na literatura entre 5-39%⁹.

Portanto no Brasil, muitas vezes, não são operados no momento da sintomatologia de urgência. K. Saeb-Parsy et al.⁹ confirmam que todos os pacientes que se apresentam agudamente com doença relacionada aos cálculos biliares devem ser considerados para a CVL de emergência, sempre que possível⁹. Em revisão de literatura sobre colecistite aguda da equipe do Hospital Universitário Pedro Ernesto no Brasil, indica-se operação precoce pela dificuldade de se conseguir leitos para as eletivas no país¹².

Homens, apesar de ser a minoria em gênero no estudo, são mais operados no caráter de urgência em relação às mulheres. Estudos sugerem que o gênero masculino é preditor de risco em laparoscopia para colecistite crônica, pois aumenta a incidência intraoperatória de incidentes e acidentes em homens 32% em 2,9% mulheres e aumento de tempo pós-operatório^{14,21}. Talvez ser homem seja preditor de risco para colecistite aguda.

No SUS nota-se que a esmagadora maioria dos procedimentos realizados no caráter de urgência, na contramão do estudo citado em seguida, elevam muito o tempo de internação. Quando ofertada na primeira agudização, a CVL permite menor tempo de internação e é rentável. Entretanto, CVL precoce não é comumente praticada e os pacientes podem ser readmitidos em até dez vezes antes de submeter-se à CVL^{4,10,20}. É possível que muitos pacientes do SUS sejam internados múltiplas vezes por agudização e compensados clinicamente antes do tratamento definitivo, acabam por complicar e elevar a morbidade e mortalidade na urgência.

A porcentagem de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico na primeira admissão é difícil de mensurar no SUS já que não se tem acesso às informações pgressas dos pacientes. A CVL na primeira apresentação aguda de doenças relacionadas à litíase biliar pode influenciar diminuindo as taxas de readmissão, alivia a carga da lista de espera das eletivas, eleva a satisfação do paciente sem comprometer a segurança. Pode haver contribuição da CVL de emergência no sentido de reduzir o risco de progressão da doença de cólica biliar à icterícia obstrutiva, colangite ascendente ou pancreatite de causa biliar⁹. Em cerca de 25.000 pacientes agudamente internados em hospitais na Inglaterra com doença da vesícula biliar entre abril de 2003 e março 2005 mostrou-se que apenas 14,7% foram submetidos à CVL durante as admissões iniciais⁴.

Essa dificuldade existe em obter esses dados porque não há acesso ao internamento pré-operatório dos doentes; assim, não é possível saber se o paciente foi operado nas primeiras 24 h de manifestação da doença.

A informação dos pacientes que estavam na espera por operação eletiva e passaram para urgência está indisponível no estudo. Das CVL 27,0% dos pacientes já estavam em lista de espera para operação eletiva e cerca de 11,5% no grupo de emergência estavam na lista de espera por mais de 90 dias antes da sua CVL de emergência⁴. Essas informações são interessantes do ponto de vista de custos monetários e sociais ao contribuinte e ao sistema de saúde como um todo.

Operar de urgência o paciente com colecistite aguda ou tratar clinicamente para depois operar eletivo por colelitíase?

Quando são analisados os valores relativos à eletiva e urgência (0,00048% vs. 0,0023%), e comparam-se as duas intervenções percebe-se que a mortalidade na CVL de urgência é cerca de cinco vezes maior, conferindo redução relativa de risco de morte de 83%, ou seja, o risco de mortalidade reduz em 83% quando a CVL é eletiva e não de urgência. A primeira impressão é que o benefício, de fato, é bem expressivo. Contudo, no contexto médico, para julgar a magnitude de um benefício devem-se usar conceitos absolutos e não relativos. Dessa forma, percebe-se que o risco absoluto calculado é de 0,0018. Indo mais além nos conceitos “absolutos”, pode-se calcular o número necessário para tratar igual a 55.555 (NNT=55.555), mostrando que, na verdade, a magnitude do benefício relacionado à mortalidade, é muito baixa. Isto ocorre pelo fato da mortalidade nos dois grupos ser bastante pequena.

Apesar das limitações do estudo, a análise detalhada dos resultados é importante geradora de hipótese e pontos importantes de reflexão. São necessários estudos que acrescentem quanto os internamentos clínicos por agudização das doenças e quanto as operações nas primeiras agudizações representam em mortalidade e morbidade nos pacientes de caráter eletivo e de urgência.

CONCLUSÕES

Apesar da redução relativa de risco para mortalidade ser alta comparando o caráter de urgência vs. eletivo, a redução de risco absoluto é mínima, já que esse desfecho é muito baixo nos dois grupos, sugerindo que a mortalidade não deve ter muita influência na tomada de decisão nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- Ahmad, Hiwa Umar. Gender difference in elective laparoscopic cholecystectomy for chronic cholecystitis. *Basrah Journal of Surgery*, 2012; 19(1).
- Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system-gallstone disease. *BMJ*. 1901; 322: 91-4.
- CASTRO, Paula Marcela Vilela et al. Laparoscopic cholecystectomy versus minilaparotomy in cholelithiasis: systematic review and meta-analysis. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, June 2014, vol.27, no.2, p.148-153. ISSN 0102-6720
- David GG, Al-Sarira AA, Willmott S, Deakin M, Corless DJ, Slavin JP. Management of acute gallbladder disease in England. *Br J Surg* 2008; 95(4):472e6.
- Hermann, Robert E. The spectrum of biliary stone disease. *The American Journal of Surgery*, Volume 158, Issue 3, 171-173.
- Gurusamy KS, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Day-case versus overnight stay in laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1).CD006798.
- Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD005440. DOI: 10.1002/14651858.CD005440.pub3.
- Fortunato, André Augusto et al. Comparative analysis of iatrogenic injury of biliary tract in laparotomic and laparoscopic cholecystectomy. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, Dec 2014, vol.27, no.4, p.272-274. ISSN 0102-6720
- K. Saeb-Parsy, A. Mills, C. Rang, J.B. Reed, A.M. Harris, Emergency laparoscopic cholecystectomy in an unselected cohort: A safe and viable option in a specialist centre. *International Journal of Surgery*. Volume 8, Issue 6, 2010, Pages 489-493.
- Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. *Surg Endosc* 2006;20 (1):82e7.
- Malladi P, Soper N. J. Laparoscopic cholecystectomy. *UpToDate*. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy>>. Acesso em: 02/08/2015.
- Maya MCA, Freitas RG, Pitombo MB, Ronay A. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2009;8(1):52-60
- Menezes, Francisco Julimar Correia de et al. Total cost of hospitalization of patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy related to nutritional status. *Abcd, arq. Bras. Cir. Dig.*, June 2016, vol.29, no.2, p.81-85. Issn 0102-6720
- Moosa, Foad Ali; Idrees, Farha; Sultan, Naheed; Ali, M. Shaheer; Rao, Masood Hussain; Mukhtiar, Asad. Is male gender a risk factor for Cholecystectomy? *Medical Channel*; 2010, Vol. 16 Issue 4, p541
- NIH Consensus Conference. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. *JAMA*. 1993;269:1018-24.
- Nunes, Emeline Caldana, Rosa, Roger dos Santos and Bordin, Ronaldo. Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of rio grande do sul, brazil. *abcd, arq. bras. cir. dig.*, June 2016, vol.29, no.2, p.77-80. ISSN 0102-6720
- Pavlidis TE, Marakis GN, Ballas K, Symeonidis N, Psarras K, Rafailidis S, et al. Risk factors influencing conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2007 Aug; 17(4):414e8.
- 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. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41 (4): 449-64.
- Santos JS, Silva MB, Zampas AG, Sankarankutty AK, Campos AD, Ceneviva R. Mutirões de colecistectomia por videolaparoscopia em regime de cirurgia ambulatorial. *Acta cir. bras.* São Paulo. 2001; 16 (Supl. 1): 52-6.
- Siddiqui T, MacDonald A, Chong PS, Jenkins JT. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Surg* 2008;195(1):40e7.
- Tzovaras G, Zacharoulis D, Liakou P, Theodoropoulos T, Paroutoglou G, Hatzitheofilou C. Timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective non randomized study. *World J Gastroenterol* 2006;12(34):5528e31.
- Venkatesh Kanakala, David W. Borowski, Michael G.C. Pellen, Shridhar S. Dronamraju, Sean A.A. Woodcock, Keith Seymour, Stephen E.A. Attwood, Liam F. Horgan, Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: A multivariate analysis, *International Journal of Surgery*, Volume 9, Issue 4, 2011, Pages 318-323.