

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do título de Mestre em Cirurgia pelo aluno Elinton Adami Chaim. Campinas, 23 de agosto de 1993.

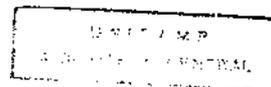
348
ELINTON ADAMI CHAIM


Prof. Dr. José Carlos Pareja
Orientador

**COLECISTECTOMIA POR MINI-LAPAROTOMIA EM SISTEMA
AMBULATORIAL - ANÁLISE DA METODOLOGIA E RESULTADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, área de Cirurgia do Curso de Pós-Graduação

Campinas 1993



13150-0

UNIDADE	BC
...	...
...	...
...	17 802
...	264/93
...	X
PREÇO	CR\$ 800,00
DATA	22/09/93
N.º CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA

CM-00045297-1

ABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Chaim, Elinton Adami	
C348C	Colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial - análise da metodologia e resultado / Elinton Adami Chaim. -- Campinas, SP: [s.n.], 1993.
Orientadores: José Carlos Pareja, Luiz Sérgio Leonardi.	
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.	
1. Colecistectomia. 2. Laparotomia. I. Pareja, José Carlos. II. Leonardi, Luiz Sérgio. III. Universidade Estadual de Campinas. IV. Título.	
20. CDD - 617.556 - 617.55	

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Colecistectomia 617.556
2. Laparotomia 617.55

ELINTON ADAMI CHAIM

**COLECISTECTOMIA POR MINI-LAPAROTOMIA EM SISTEMA
AMBULATORIAL - ANÁLISE DA METODOLOGIA E RESULTADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, área de Cirurgia do Curso de Pós-Graduação

Campinas 1993

ELINTON ADAMI CHAIM

Médico graduado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Professor Assistente da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**COLECISTECTOMIA POR MINI-LAPAROTOMIA EM SISTEMA
AMBULATORIAL - ANÁLISE DA METODOLOGIA E RESULTADOS**

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Pareja

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais "Nadir e Diva", pelos ensinamentos de perseverança, amor, sinceridade e verdade

A minha esposa "Dinorah" e aos meus
filhos, Felipe, Fábio e Fernando, pela
compreensão na elaboração deste
trabalho

Ao Sr. Francisco e Terezinha, pelo
exemplo da perseverança na fé

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi

pelo carinho, amizade e compreensão durante o meu
aprendizado na escola cirúrgica

pelo incentivo a minha iniciação na carreira universitária

Aos meus colegas da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, pela
colaboração em minha formação técnica e cirúrgica:

. Prof. Dr. Nelson Ary Brandalise

. Prof. Dr. Raul Raposo de Medeiros

. Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

. Prof. Dr. João José Fagundes

. Prof. Dr. Juvenal Ricardo N. Góes

. Prof. Dr. José Carlos Pareja

. Dr. Francisco Callejas Neto

. Dra. Ilka de Fátima Santana Boin

. Dr. Luiz Roberto Lopes

À enfermeira Célia Maria Bosqueiro, pelo carinho e dedicação dispensados aos doentes

À assistente social Sandra Regina Biella

À equipe médica anestésica: Dr. Adilson Roberto Cardoso, Dra. Cristina Aparecida A. Caruy, Dra. Thais Brassaloti e a residente Ângela Kumiko Ozaki

Ao Dr. Francisco Callejas Neto, pela participação no ato cirúrgico desta casuística e pela amizade durante estes anos

Aos Profs. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Goes e Dr. Manlio Basílio Speranzini, pela colaboração em momentos importantes do desenvolvimento deste trabalho

À Sueli Chaves, Fernanda Atibaia e Renata Maia, acima de tudo pela amizade e também pelo eficiente trabalho de processamento do texto

À Isabel Cristina Gardenal de Arruda, pela correção em português.

Aos doentes que depositaram em minha
pessoa toda confiança

ÍNDICE

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	01
II.	REVISÃO DA LITERATURA	04
III.	CASUÍSTICA E METODOLOGIA	12
III.1.	CASUÍSTICA	12
III.1.1.	Critérios de inclusão dos doentes no programa	12
III.1.1.1.	Fatores fisiológicos	13
III.1.1.2.	Fator idade	13
III.1.1.3.	Fator peso corporal	14
III.1.1.4.	Fatores psicológicos	14
III.1.1.5.	Fatores sociais	15
III.1.2.	Grupo etário	15
III.1.3.	Sexo	16
III.1.4.	Grupo étnico	17
III.1.5.	Peso corporal	17
III.1.6.	Estatura	18
III.1.7.	Doenças associadas	18
III.1.8.	Classificação da ferida operatória quanto à contaminação e risco de infecção	20
III.1.9.	Quadro clínico	20
III.1.9.1.	Dados da anamnese	20
III.1.9.2.	Exame físico	22
III.1.9.3.	Exames laboratoriais, radiográficos e eletrocardiográficos	22
III.1.9.4.	Ultra-Sonografia abdominal	22
III.1.9.5.	Diagnóstico	23

III.2. METODOLOGIA	24
III.2.1. Organização do sistema ambulatorial	24
III.2.2. Esquematização de atendimento médico em nível ambulatorial	25
III.2.3. Avaliação pré-anestésica	25
III.2.4. Esquema de funcionamento da admissão e preparo pré-operatório dos doentes	26
III.2.5. Tratamento cirúrgico	27
III.2.5.1. Preparo inicial	27
III.2.5.2. Ato anestésico	27
III.2.5.3. Técnica operatória	28
III.2.5.4. Recuperação do ato anestésico cirúrgico..	36
III.2.5.5. Medicação analgésica	37
III.2.5.6. Uso de antibiótico	38
III.2.5.7. Critérios de alta do serviço	38
III.2.5.8. Controle clínico em nível domiciliar e retorno ao Ambulatório	39
III.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
IV. RESULTADOS	40
IV.1. Quanto aos critérios de seleção	40
IV.1.1. Fatores fisiológicos	40
IV.1.2. Fator idade	40
IV.1.3. Exames pré-operatórios	41
IV.1.4. Fatores sociais	41
IV.2. Colangiografia peroperatória	42
IV.3. Tempo anestésico cirúrgico	43
IV.4. Extensão da incisão cirúrgica	44
IV.5. Complicações pós-operatórias	45
IV.5.1. Complicações imediatas	45
IV.5.2. Complicações tardias	46
IV.6. Mortalidade	47
IV.7. Tempo de permanência hospitalar pós-operatório	47
IV.8. Controle clínico domiciliar	48

IV.9.	Retorno às atividades físicas e profissionais	48
IV.10.	Sintomatologia dolorosa no pós-operatório precoce	49
IV.11.	Sintomatologia pós-operatória tardia	50
IV.12.	Aspecto estético da incisão cirúrgica ...	50
V.	DISCUSSÃO	52
VI.	CONCLUSÕES	65
VII.	RESUMO	66
VIII.	SUMMARY	68
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
X.	ANEXOS	

SÍMBOLOS

SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

IMC = Índice de Massa Corpórea

p = valor de significância estatística

cm = centímetro(s)

kg = quilograma(s)

h = hora(s)

m = minuto(s)

% = porcentagem

n^o = número

mg = miligrama(s)

ml = mililitro(s)

mcg = micrograma

ipm = incursão por minuto

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

O interesse pela litíase biliar data de mais de 1.500 anos, quando o médico grego ^{*} TRALLIANUS primeiro identificou a presença de cálculos nos ductos intra-hepáticos de um doente. O tratamento cirúrgico das colecistites, aguda e crônica, calculosas iniciou-se em 1667, quando ^{**} DER WEIL mencionou a retirada de cálculos biliares ao abrir um abscesso da parede abdominal.

A primeira colecistectomia regrada para litíase biliar foi realizada em 1882 por LANGENBUCH, de Berlim, Alemanha. Ao apresentar seu relatório na Sociedade de Cirurgia da Alemanha, LANGENBUCH (1882) fez uma célebre declaração de que: "a vesícula deve ser removida não por conter cálculos, mas sim por formá-los".

TAIT (1885) relatou que "entre os muitos avanços da moderna cirurgia do abdome superior, não havia uma tão certa, nem tão livre de risco, nem com sucesso tão brilhante como o tratamento cirúrgico dos cálculos biliares".

^{*} Trallianus, A. apud GLENN, F. & GLAFE W.R.JR.-Historical events in biliary tract surgery. Arch. Surg., 93:848-52, 1966.

^{**} DER WEIL, S.V. apud HERMANN, R.E. - The spectrum of biliary stone disease. Am. J. Surg., 158:171-3, 1989.

Atualmente, as intervenções na colelitíase ocupam lugar de destaque em índices estatísticos cirúrgicos, sendo a colecistectomia a operação mais comumente realizada no aparelho digestivo (GOCO & CHAMBERS, 1988; FRANKEL & HOROWITZ, 1989; GADACZ e cols., 1990; O'DWYER e cols., 1990; NASCIMENTO & CAPOROSI, 1992).

Isso deve-se à incidência da litíase, que varia em diferentes países entre 3% e 22%: entre 10% e 20% na população norte-americana, 20% da população acima de 20 anos na espanhola e entre 10% e 22% na brasileira (CUCCHIARO e cols., 1988; FINLAYSON, 1989; MORENO-SANCHES, 1990; BARTOLOMUCCI e cols., 1991; COELHO e cols., 1992a). Somente nos Estados Unidos ocorrem de 500 mil a um milhão de colecistectomias por ano (GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; LEDET, 1990; TREEN e cols., 1991; COELHO e cols., 1992b; FERRAZ e cols., 1992). CLAVIEN e cols. (1992) relataram a colecistectomia tradicional eletiva como um procedimento seguro, não apresentando mortalidade em uma casuística de 1.200 casos.

Na última década houve inovações no tratamento cirúrgico da litíase biliar, como a colecistectomia por mini-laparotomia, por videolaparoscopia, e por mini-laparotomia em sistema ambulatorial (DUBOIS & BERTHELOT, 1982; GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; SALEMBIER, 1986; FISCHER, 1988; MERRIL, 1988; PÉLLISSIER, 1989; REDDICK e cols., 1989; REDDICK & OLSEN, 1989; LEDET, 1990; O'DWYER e cols., 1990; GADACZ e cols., 1990; PERISSAT e cols., 1990; CAMERON & GADACZ, 1991; CUSCHIERI, 1991; GRACE e cols., 1991; NEUGEBAUER e cols., 1991; TREEN e cols., 1991; COELHO e cols., 1992b; FERRAZ e cols., 1992; NOGUEIRA e cols., 1992;

PAREJA e cols., 1992; PÉLISSIER e cols., 1992; SALTZTEIN e cols., 1992; ZILBERSTEIN e cols., 1992).

O tratamento cirúrgico desses doentes nos moldes clássicos acarreta um elevado custo, tanto ao sistema de Saúde, quanto ao doente (REDER e cols., 1983; LEDET, 1990; MORENO-SANCHEZ, 1990). Caso este tratamento seja realizado nos moldes de cirurgia ambulatorial, a relação custo-eficiência fica favorecida, pois ocorrem baixos índices de infecção e hospitalização por complicações. Da mesma forma, contribui para a diminuição de dias perdidos de trabalho, devido à recuperação mais rápida e retorno precoce às atividades (BARNES, 1977, 1982; DAVIS, 1987).

A colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial nos dias atuais, portanto, veio minimizar os custos e a fila de espera dos doentes para intervenções cirúrgicas por falta de leito hospitalar, em Hospital universitário.

O presente trabalho objetiva analisar a implantação de programa de colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial de Hospital universitário e os resultados do tratamento cirúrgico da litíase vesicular por este método, comparando-os aos referidos na literatura.

II. REVISÃO DA LITERATURA

II. REVISÃO DA LITERATURA

A colecistectomia por mini-laparotomia e, posteriormente, em nível ambulatorial, desenvolveu-se a partir da possibilidade de ser realizada através de pequenas incisões, intervenções no fígado e vias biliares. STRACK e cols. (1971), com a finalidade de reduzir a sintomatologia dolorosa e a ausência de íleo paralítico pós-operatório, possibilitando a ingestão alimentar e a deambulação no mesmo dia, preconizaram o uso de pequenas incisões, de 5cm, para o diagnóstico de obstrução biliar, hipertensão portal e de doenças hepáticas de etiologia a esclarecer. Realizavam, por meio desta incisão, colangiografia transparieto-hepática, biópsia hepática e omentoportografia. A colangiografia foi obtida em 80 de 91 doentes, a omentoportografia em 13 de 15 doentes e a biópsia hepática em 54 doentes, referindo ser esta via de acesso efetiva e segura.

WEXLER e cols. (1973) empregaram pela primeira vez o termo mini-laparotomia para as incisões pequenas, menores de 10cm. DEL GUERCIO e cols. (1974); STEIN (1975); BLANC e cols. (1976) adotaram a mesma denominação e consideraram tais laparotomias métodos eficientes ao diagnóstico das icterícias colestáticas. STEIN (1975) também utilizou a mini-laparotomia para procedimentos como biópsias hepáticas, colangiografia transparieto-hepática e omentoportografia, comparando-os à colangiografia transparieto-hepática percutânea, colangiografia percutânea transjugular e colangiografia endoscópica retrógrada. Obteve sucesso em 21 de 23 doentes, referindo melhores resultados em relação aos métodos comparados.

A realização da colecistectomia através de pequena laparotomia iniciou-se na década de 80. DUBOIS & BERTHELOT (1982) foram os primeiros a utilizar

este tipo de abordagem, com incisões de 3cm a 6cm, denominando colecistectomia por mini-laparotomia. Referiram sucesso em 1.500 de 1.800 doentes submetidos à colecistectomia desde 1973. Os autores relataram bons resultados quanto à estética, diminuição da dor, menor desconforto respiratório e realimentação precoce, devido as pequenas alterações no trânsito intestinal, mas como única desvantagem a impossibilidade de inventário completo da cavidade abdominal.

GOCO & CHAMBERS (1983), a partir de 1979, efetuaram colecistectomia por pequenas laparotomias com colangiografia peroperatória em 50 doentes, com incisão de 4cm. Analisaram os custos, estimando uma redução de 112.500 a 270.000 dólares anuais, pela diminuição do tempo de internação média para 1,5 dias; o tempo cirúrgico médio foi de 52 minutos. Quantificaram a intensidade da dor utilizando como parâmetro a necessidade do uso de analgésicos. A morbidade ocorreu em 8% dos casos de febre, depressão psicológica e coleção sero-hemática no local da incisão. Em 12% dos casos houve necessidade de ampliar a incisão cirúrgica por causa da presença de litíase coledociana, colecistite aguda, exposição inadequada e carcinoma hepático. Excluíram os doentes com diagnóstico prévio de obstrução do ducto biliar comum. A obesidade e a idade avançada não foram fatores de exclusão da casuística.

MORTON (1985) apresentou 96 doentes submetidos à colecistectomia por laparotomia cuja incisão variava entre 4cm a 5cm, com secção ou divulsão do músculo reto do abdome. O tempo cirúrgico médio foi de 45 minutos, com média de internação de 2,5 dias, não ocorrendo complicações pós-operatórias. A introdução da dieta líquida foi feita no primeiro dia de pós-operatório. A idade e a obesidade não foram fatores de exclusão no estudo. Em 12,5% foi necessária a ampliação da incisão cirúrgica conseqüente à coledocolitíase e colecistite aguda. O autor preconizou a

punção evacuatória de parte do conteúdo da vesícula biliar caso necessário, para melhor exposição do hilo-hepático, e apontou redução de custos de 250 mil dólares anuais com este método. Neste trabalho, o autor atribuiu a GOCO & CHAMBERS (1983) a denominação de "mini-colecistectomia".

SALEMBIER (1986) submeteu 125 doentes à colecistectomia por laparotomia, com incisão de 5cm de extensão, referindo vantagens de ordem estética e pequeno risco de eventração. Referiu mortalidade nula, e em apenas um doente (0,8%) ocorreu coleção na fossa da vesícula biliar, drenada por punção.

MERRIL (1988) realizou em 80 doentes a colecistectomia por laparotomia com incisão, variando entre 4cm e 6cm, sem secção muscular. Em sua casuística a obesidade foi fator de exclusão, contrariamente à idade. Realizou colangiografia peroperatória em 80% dos doentes; o tempo cirúrgico médio foi de 65 minutos, e a alta hospitalar ocorreu, em média, em dois dias. Foram observadas complicações em cinco doentes, como febre, coleção sero-hemática localizada na tela subcutânea e infecção da incisão cirúrgica, reação alérgica à droga e atelectasia pulmonar. Houve redução dos custos com a diminuição do tempo de hospitalização.

Vários outros autores: MOSS (1983), PÉLISSIER (1989), O'DWYER e cols. (1990), COELHO e cols. (1992b), NOGUEIRA e cols. (1992), PAREJA e cols. (1992), PÉLISSIER e cols. (1992), ZILBERSTEIN e cols. (1992) e D'ALBUQUERQUE e cols. (1993) relataram casuísticas de colecistectomias por pequenas laparotomias. A duração do ato cirúrgico variou entre 45 a 90 minutos. A introdução precoce da dieta por via oral foi a regra, e a alta hospitalar deu-se entre o primeiro e terceiro dia de pós-operatório, havendo baixa taxa de morbidade. É consenso entre estes autores, novamente, que o único inconveniente com as pequenas

laparotomias é a impossibilidade de se realizar um inventário adequado da cavidade abdominal.

O aprimoramento nas técnicas anestésicas e a constante preocupação da equipe médica e do doente quanto aos custos hospitalares, a infecção hospitalar, o afastamento do ambiente familiar e profissional resultante do período prolongado de internação vieram modificar gradativamente a conduta no pós-operatório da colecistectomia:

As medidas que mais contribuíram para abreviar sensivelmente o período de internação, levando à redução dos custos hospitalares e do índice de infecção hospitalar, foram: não-drenagem da cavidade abdominal em colecistectomia simples; não-utilização de cateter nasogástrico no pós-operatório; deambulação e alimentação precoces (MOSS, 1979; BERRY, 1982; MOSS, 1986; RONAGHAN e cols., 1986; HALL, 1987; MERRIL, 1988; FRANKEL & HOROWITZ, 1989; O'DWYER e cols., 1990; DAR & BABAR, 1991; GADACZ & TALAMINI, 1991; SALTZTEIN e cols., 1991; NASCIMENTO & CAPOROSSI, 1992; SALTZTEIN e cols., 1992; VIANNA-SALLES e cols., 1992).

A realização da incisão mínima para colecistectomia, utilizada desde 1973 por DUBOIS & BERTHELOT (1982) e difundida por GOCO & CHAMBERS (1983), proporcionou menor trauma à parede abdominal, menos dor pós-operatória, sendo fator primordial para o rápido restabelecimento do doente. Outro fator decisivo foi a introdução do conceito de cirurgia ambulatorial.

Esse tipo de abordagem foi primeiramente utilizada em 1961, no Butterworth Hospital, em Grand Rapids, Michigan, sendo seguido, no ano seguinte,

pela abertura de Unidade semelhante na Universidade da Califórnia, Los Angeles (COHEN & DILLON, 1966). FORD & REED (1969), responsáveis pelo Surgicenter Phoenix, proporcionaram assistência cirúrgica sem hospitalização, apontando como vantagens um menor risco de infecção hospitalar, mudança mínima no estilo de vida do doente, retorno precoce ao trabalho e redução em mais de 50% dos custos (DAVIS, 1984, 1987).

*** CLARK e cols. (1986) foram os pioneiros no uso da mini-laparotomia para realização da colecistectomia em sistema ambulatorial, apresentando uma casuística inicial de 24 doentes, todos do sexo feminino. FISCHER (1988) teceu várias considerações a respeito desta abordagem cirúrgica. Apresentou o protocolo do Centro de Cirurgia Ambulatorial de Fayetteville, enfatizando como fatores primordiais a motivação psicológica e o fator social dos doentes na seleção para colecistectomia ambulatorial. Considerou a idade como um fator limitante e estabeleceu rotina de visita pré-anestésica três a quatro dias antes da cirurgia, exames pré-operatórios como radiografia não contrastada de tórax, eletrocardiograma, análise urinária, bioquímica do sangue, sorologia para AIDS, medicação pré-anestésica, anestesia e analgesia pós-operatória. Ressaltou a importância no controle do pós-operatório através de visitas domiciliares ao operado e das facilidades de comunicação em casos de intercorrências.

LEDET (1990) relatou uma casuística, iniciada em 1986, de 200 doentes submetidos à colecistectomia ambulatorial, não considerando a idade e a obesidade fatores de exclusão do programa. Referiu que 20% dos doentes apresentaram vômitos

*** CLARK e cols., apud FISCHER, J. M. Ambulatory approach cholecystectomy in the ambulatory setting: a case study. Jour. Post. Anest. Nurs., 5:342-44, 1988.

no pós-operatório imediato e 5% após a alta hospitalar. O retorno às atividades normais ocorreram entre sete e dez dias e houve uma redução dos custos de 50%.

TREEN e cols. (1991) fizeram estudo randômico em 40 doentes submetidos à colecistectomia ambulatorial, comparando o uso da metoclopramida e do placebo. Neste estudo não encontraram diferenças estatísticas quanto à presença de náuseas e vômitos, notando somente que, nos doentes que fizeram uso de metoclopramida, a reintrodução da dieta era mais precoce. Enfatizaram que a seleção dos doentes deve ser baseada na classificação do estado de saúde, conforme a descrita por SAKLAD (1941) e adotada pela "American Society of Anesthesiologists" (ASA, 1963). Incluíram no programa doentes classificados como ASA 1 e 2. Os custos mostravam redução de 53% quando comparados com os de doentes hospitalizados em média por 3,6 dias após a cirurgia.

SALTZTEIN e cols. (1992) fizeram a colecistectomia ambulatorial em 44 doentes, excluindo os com mais de 55 anos e os portadores de doenças benignas do colédoco. Referiram tempo cirúrgico entre 30 e 130 minutos e retorno às atividades normais variando entre sete e 21 dias após a cirurgia.

FERRAZ e cols. (1992) relataram 36 doentes submetidos à colecistectomia ambulatorial com tempo cirúrgico entre 35 e 120 minutos. Ocorreram cinco hospitalizações no pós-operatório imediato, decorrentes da sonolência e náusea em quatro doentes; e, em um doente, empiema da vesícula biliar, verificado durante o ato cirúrgico. No pós-operatório tardio ocorreram duas hospitalizações, no quarto e quinto dia de pós-operatório, devidas à infecção da parede abdominal e coleperitônio. Não se utilizou antibioticoprofilaxia, e o retorno às atividades normais ocorreu ao oitavo dia de pós-operatório.

Com o advento da colecistectomia laparoscópica, estudos comparativos entre ela e a colecistectomia tradicional e por mini-laparotomia começaram a ser apresentados. REDDICK & OLSEN (1989), baseados em estudos comparativos de 25 casos de colecistectomia por videolaparoscopia e colecistectomia por mini-laparotomia, obtiveram melhores resultados com a primeira.

GADACZ & TALAMINI (1991) compararam a colecistectomia laparoscópica com a tradicional. O tempo cirúrgico da laparoscópica foi maior que a tradicional. No entanto, apresentou vantagem quanto ao tempo de internação, reduzindo-o para dois dias e com retorno precoce às atividades normais entre 6,5 e 12,8 dias.

FRAZZE e cols. (1991) compararam o estudo da função pulmonar no pré e pós-operatório de 60 doentes submetidos à colecistectomia tradicional e 20 doentes submetidos à colecistectomia laparoscópica, concluindo, estatisticamente, por melhores resultados com a colecistectomia laparoscópica.

SOPER e cols. (1992) compararam 25 doentes submetidos à colecistectomia laparoscópica com outros 25 doentes submetidos à colecistectomia tradicional, comparáveis quanto ao peso corporal e a idade. O tempo cirúrgico da laparoscópica foi de $122 \pm$ nove minutos e o da tradicional, de $95 \pm$ cinco minutos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A quantidade de analgésico utilizada foi de $1,7 \pm 0,5$ mg de morfina na laparoscópica e de $34,5 \pm 0,5$ mg na tradicional, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A realimentação ocorreu em $1 \pm 0,1$ dias na laparoscópica e em $2,3 \pm 0,2$ dias na tradicional, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A alta hospitalar ocorreu na laparoscópica ao primeiro dia de pós-operatório, e a tradicional ocorreu no $2,3 \pm 0,2$

dias de pós-operatório, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). O retorno às atividades normais ocorreu na laparoscópica no $8,5 \pm 1,1$ dias e na tradicional $35,6 \pm 4,5$ dias. Os autores concluíram que a colecistectomia laparoscópica é o procedimento de escolha para a maioria dos doentes com colelitíase sintomática.

D'ALBUQUERQUE e cols. (1993) relataram estudo comparativo entre 26 doentes submetidos à colecistectomia por mini-laparotomia e 40 doentes por via laparoscópica. Os grupos eram semelhantes quanto ao sexo, cor, idade, estatura, diferindo apenas quanto ao peso corporal. Os resultados foram semelhantes nos dois grupos ($p > 0,05$), quanto às complicações: ampliação da incisão versus conversão em cirurgia tradicional (em geral 12%) e quanto ao período de retorno às atividades profissionais. A colecistectomia laparoscópica apresentou resultados melhores quanto ao período de internação, deambulação e realimentação precoces ($p < 0,05$). Concluíram, então, que tanto a colecistectomia laparoscópica como a por mini-laparotomia proporcionam resultados satisfatórios similares, no que tange à ampliação da incisão e conversão em cirurgia tradicional e ao período de retorno às atividades. A colecistectomia laparoscópica determina recuperação pós-operatória imediata mais rápida e período de internação mais curto que a por mini-laparotomia.

III. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

III. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

III. 1. CASUÍSTICA

Foram estudados prospectivamente 40 doentes portadores de colecistite crônica calculosa, que foram submetidos à colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial, no período de junho de 1991 a junho de 1992. Os doentes foram atendidos segundo o protocolo de pesquisa instituído pela Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, em ambulatório do Serviço, às sextas-feiras, no período vespertino e submetidos ao tratamento cirúrgico no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A indicação cirúrgica foi devida à presença de litíase vesicular associada à sintomatologia dolorosa abdominal, com prejuízo da qualidade de vida em todos os doentes.

III. 1.1. Critérios de inclusão dos doentes no programa

Para o estabelecimento dos critérios de inclusão dos doentes no programa de cirurgia ambulatorial, foram considerados os seguintes fatores: fisiológicos, idade, peso corporal, psicológicos e sociais.

III. 1.1.1. Fatores fisiológicos

O estado físico foi o principal critério de inclusão para este procedimento ambulatorial. Foram selecionados apenas os doentes portadores de colecistite crônica calculosa sem doenças associadas ou com doença associada leve ou moderada, desde que controlada. Foi utilizada a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), proposta por SAKLAD, em 1941 e adotada pela "American Society of Anesthesiologists", em 1963, que prevê as seguintes categorias de doentes:

Classe 1 - Nenhuma doença além da cirúrgica e nenhum distúrbio sistêmico;

Classe 2 - Doença sistêmica leve ou moderada causada pela condição a ser tratada cirurgicamente ou por qualquer outra doença intercorrente.

Os doentes selecionados para colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial estavam enquadrados no estado físico classe 1 e 2 (ASA).

III. 1.1.2. Fator idade

Neste estudo estabeleceu-se 55 anos para idade-limite de inclusão no programa.

III. 1.1.3. Fator peso corporal

Utilizou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC): peso (Kg)/ [altura (m)]², proposto por THOMAS (1976) e HALPEN (1992), excluindo os doentes com IMC maior ou igual a 30 (obesos e obesos mórbidos) (TABELA 1).

TABELA 1

CATEGORIAS DE ADIPOSIDADE EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)

IMC : $\frac{\text{Peso (Kg)}}{(\text{Altura (m)})^2}$				Adiposidade
	IMC	<	25	Normais
25 <	IMC	<	30	Pesados
30 <	IMC	<	40	Obesos
	IMC	>	40	Obesos Mórbidos

III. 1.1.4. Fatores psicológicos

A informação detalhada sobre o funcionamento do sistema e a completa compreensão e aceitação pelo doente foi fator fundamental para sua inclusão no programa.

III. 1.1.5. Fatores sociais

Confirmada a participação do doente no programa, era feita uma avaliação, pela assistente social, a respeito das condições de moradia, meios de comunicações possíveis, estrutura familiar, etc., utilizando ficha-protocolo (ANEXO III). Mediante este levantamento, somente os residentes em área geográfica próxima ao Hospital foram incluídos no programa; os de localidades mais distantes foram incluídos, mas permanecendo hospedados em hotel próximo, até o segundo dia pós-operatório.

Os doentes que não contavam com estrutura familiar favorável, após retorno ao domicílio, foram excluídos do programa. Também, todos os doentes, obrigatoriamente, teriam que possuir acesso a um telefone próximo, para contato com o cirurgião, às 19 e 22 horas do dia da cirurgia e às 8 horas do dia seguinte. Os doentes sem acesso a este meio de comunicação foram excluídos do programa.

Finalmente, o transporte, após a alta do doente, foi feito em veículo próprio ou por ambulância do Serviço.

III. 1.2. Grupo etário

A idade dos doentes variou entre 23 e 55 anos, com média de 39 anos (TABELA 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária (anos)			Nº	Doentes	%
20	-	29	7		17,5
30	-	39	13		32,5
40	-	49	12		30,0
50	-	59	8		20,0
TOTAL			40		100

III. 1.3. Sexo

Dos 40 doentes, oito eram do sexo masculino (20,0%) e 32 eram do sexo feminino (80,0%) (TABELA 3).

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O SEXO

Sexo	Nº	Doentes	%
Feminino	32		80,0
Masculino	8		20,0
TOTAL	40		100

III. 1.4. Grupo étnico

Em relação ao grupo étnico, 36 eram brancos (90,0%) e quatro eram negros (10,0%).

III. 1.5. Peso corporal

Quanto ao peso corporal, houve variação entre 40 e 96kg, com média de 63kg (ANEXO VI) e (TABELA 4).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O PESO CORPORAL

Peso (Kg)	Nº	Doentes	%
40 - 49	3		7,5
50 - 59	15		37,5
60 - 69	9		22,5
70 - 79	9		22,5
80 - 89	3		7,5
90 - 99	1		2,5
TOTAL	40		100

III. 1.6. Estatura

A estatura variou entre 1,45m e 1,82m, com uma média de 1,63m (TABELA 5).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME A ESTATURA

Estatura (m)	Nº	Doentes	%
1,40 - 1,49	3		7,5
1,50 - 1,59	13		32,5
1,60 - 1,69	17		42,5
1,70 - 1,79	4		10,0
1,80 - 1,89	3		7,5
TOTAL	40		100

III. 1.7. Doenças associadas

Os doentes foram avaliados segundo os critérios da "American Society of Anesthesiologists". Trinta e seis doentes (90,0%) foram considerados pertencentes à classe 1 e quatro (10,0%) à classe 2 (ASA), nos quais foram identificadas as doenças associadas: um doente (nº 34) foi portador de epilepsia; em outro doente (nº 40), auscultou-se sopro cardíaco orgânico; e em dois (nºs 18 e 36) encontrou-se hipertensão arterial leve, e nenhum apresentou sintomas e sinais de insuficiência cardíaca (TABELA 6 e 7).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DE DOENTES CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DA "AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS"

Classe	Nº	Doentes	%
1	36		90,0
2	4		10,0
TOTAL	40		100

TABELA 7

Distribuição de doentes conforme a ocorrência de doenças associadas

Doenças Associadas	Nº	Doentes	%
Ausentes	36		90,0
Epilepsia	1		2,5
Sopro Cardíaco	1		2,5
Hipertensão Arterial	2		5,0
TOTAL	40		100

III. 1.8. Classificação da ferida operatória quanto à contaminação e risco de infecção

Baseando-se nos critérios utilizados por CRUSE & FOORD (1973), todos os doentes desta casuística, na fase pré-operatória, foram classificados como provavelmente pertencentes ao grupo de doentes portadores de feridas operatórias limpa-contaminadas.

III. 1.9. Quadro clínico

III. 1.9.1. Dados da anamnese

Todos os doentes apresentavam sintomatologia dolorosa. As queixas referidas apresentavam duração variável, sendo que, na maioria, os sintomas ultrapassavam oito meses (TABELA 8).

TABELA 8

Distribuição dos doentes conforme O tempo de evolução dos sintomas

Tempo de Evolução (meses)	Nº	Doentes	%
2 - 3	2		5,0
4 - 5	3		7,5
6 - 7	5		12,5
8	30		75,0
TOTAL	40		100

A principal queixa referida pelos doentes foi a dor localizada em hipocôndrio direito, com irradiação para a região do epigástro. Era do tipo cólica ou queimação, de média a forte intensidade, relacionada ou não à ingestão de alimentos gordurosos, com melhora espontânea ou após ingestão de antiespasmódicos. Não houve, em nenhum doente, sintomas de icterícia, colúria ou acolia fecal. Nenhum dos doentes apresentou antecedentes pessoais importantes, com exceção de um (nº 34), que referiu epilepsia.

III. 1.9.2. Exame físico

Ao exame físico geral e especial, nada foi encontrado de anormal. Apenas em três doentes (7,5%) (n^os 18, 36, 40) constatou-se discreta elevação dos níveis da pressão arterial e sopro cardíaco orgânico.

III. 1.9.3. Exames laboratoriais, radiográficos e eletrocardiográficos

Rotineiramente os doentes foram submetidos a exames laboratoriais para avaliação clínica, sendo realizadas dosagens de uréia, creatinina, fosfatase alcalina, além do hemograma e parasitológico de fezes. Nos doentes com mais de 50 anos de (20,0%) foram procedidos também eletrocardiograma e radiografia não-contrastada do tórax, com resultados dentro da normalidade. Quatro doentes (10,0%) que apresentavam exame parasitológico de fezes positivo no período pré-operatório foram tratados com anti-helmínticos nas doses habituais.

III. 1.9.4. Ultra-Sonografia abdominal

A ultra-sonografia abdominal foi realizada em todos os doentes, demonstrando a presença de litíase intra-vesicular e ausência de sinais de processo

inflamatório agudo na vesícula biliar ou de cálculos no colédoco, bem como ausência de dilatação da via biliar principal.

III. 1.9.5. Diagnóstico

O diagnóstico de colecistite crônica calculosa foi feito pelos dados do quadro clínico e confirmado através da ultra-sonografia. Quatro doentes (10,0%), além da ultra-sonografia abdominal, haviam feito previamente o colecistograma oral, tendo vizibilizado cálculos no interior da vesícula biliar. Seis doentes (15,0%) com queixas dispépticas incharacterísticas realizaram também endoscopia digestiva alta, tendo sido diagnosticado apenas gastrite leve.

III. 2. METODOLOGIA

III. 2.1. Organização do sistema ambulatorial

Organizaram-se normas de funcionamento do Sistema Ambulatorial de Tratamento Cirúrgico da Colecistite Crônica Calculosa, com a seguinte distribuição de funções:

- **Equipe Cirúrgica:** responsável pela avaliação clínica do doente e indicação cirúrgica em nível ambulatorial, pelo ato cirúrgico e controle clínico pós-operatório imediato e tardio, através do estabelecimento do contato telefônico.

- **Equipe de Enfermagem:** responsável por familiarizar o doente com as várias partes da Unidade, realizando visita à área geográfica do Hospital, incluindo o Pronto-Socorro, com ênfase ao percurso do dia da cirurgia. Fornecer as medicações a serem usadas no pós-operatório imediato (analgésico, antitérmico e antiemético). No primeiro dia de pós-operatório fará visita domiciliar para controle dos dados vitais, avaliação da cicatriz cirúrgica, das condições de higiene e orientações gerais quanto à alimentação e atividade física (ANEXO I e II).

- **Assistente Social:** avaliará as condições familiares de moradia, do número de pessoas que residem com o doente, de disponibilidade ao acesso telefônico e necessidade de ambulância para o transporte do doente (ANEXO III).

III. 2.2. Esquematização de atendimento médico em nível ambulatorial

Os doentes foram atendidos no Ambulatório da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), às sextas-feiras no período vespertino. Naquelas ocasiões realizou-se anamnese completa, exame físico, solicitação e interpretação dos exames laboratoriais. Os doentes que preencheram os critérios exigidos ao tratamento cirúrgico ambulatorial da colecistite crônica calculosa receberam esclarecimentos sobre o funcionamento do sistema, tempo de permanência hospitalar e o tipo de acompanhamento pós-operatório. Sempre que possível, promoveu-se uma conversa informal dos doentes que seriam submetidos à cirurgia com aqueles em período pós-operatório. Para tanto, foi fundamental a participação da enfermeira e da assistente social.

III. 2.3. Avaliação pré-anestésica

A avaliação pré-anestésica foi realizada dois ou três dias antes do dia programado para o ato cirúrgico, quando realizou-se exame físico completo e revisão dos exames laboratoriais. Em caso de anormalidades, o ato operatório foi cancelado.

III. 2.4. Esquema de funcionamento da admissão e preparo pré-operatório dos doentes

Os doentes, acompanhados de adultos responsáveis, compareciam à recepção do Hospital com uma hora de antecedência, sendo daí encaminhados à sala de preparo do centro cirúrgico.

À admissão, todos os doentes eram avaliados pela auxiliar de enfermagem, quanto aos seus dados vitais, peso corporal e confirmação do jejum de oito horas.

Os doentes eram previamente orientados a realizarem banho geral com sabonete antes de sair de casa. Após a verificação dos dados vitais, os doentes trocavam de roupa e, quando necessário, eram submetidos à raspagem dos pêlos, restrita à área da operação.

Imediatamente antes do ato operatório, o anestesista fazia a reavaliação clínica e, uma vez liberado, era administrado midazolam, na dosagem de 0,1mg/kg por via muscular, vinte minutos antes do início da cirurgia, como medicação pré-anestésica. Procedia-se à infusão de soro glicosado a 5%, por via venosa, na dosagem de 10ml/kg/h na primeira hora. A seguir, era administrado solução de ringer com lactato de sódio na dosagem de 5ml/kg/h.

III. 2.5. Tratamento cirúrgico

III. 2.5.1. Preparo inicial

O doente era posicionado adequadamente sobre a mesa cirúrgica, de maneira a possibilitar a realização de colangiografia peroperatória. Quando necessário, fez-se uma radiografia abdominal preliminar, para verificar a posição correta do filme, bem como para permitir ajustes na aparelhagem de raios-X. A equipe cirúrgica era composta por um ou dois cirurgiões e um auxiliar. A degermação das mãos e braços e a paramentação da equipe cirúrgica obedecia estritamente as normas usuais de assepsia vigentes no Centro Cirúrgico. A anti-sepsia da pele era realizada com solução de polivinil-pirrolidona-iodo a 10% (10% de iodo ativo). A seguir era complementada com a solução alcoólica do mesmo anti-séptico.

O material cirúrgico utilizado é de uso rotineiro para a cirurgia de colecistectomia. Utilizou-se, ainda, o eletrocautério e fonte de luz com cabo de fibra óptica acoplado a um afastador com iluminação distal. A cateterização vesical não foi realizada nos doentes desta casuística.

III. 2.5.2. Ato anestésico

Estando o doente posicionado corretamente na mesa cirúrgica e com medicação pré-anestésica já administrada, realizou-se a monitorização rigorosa dos dados vitais e cardíaco.

A indução anestésica foi iniciada com alfentanil (30mcg/kg), propofol (2mg/kg) e atracúrio (0,5mg/kg), seguida da intubação orotraqueal. A decompressão do estômago foi feita através da introdução do cateter de Levine nº 16 e aspiração do conteúdo gástrico. Este cateter foi retirado ao término do ato cirúrgico, antes da extubação orotraqueal.

A manutenção anestésica foi realizada com oxigênio e óxido nitroso na proporção 1:1, isoflurano (0,5% a 1%) e atracúrio (0,1mg/kg), após 30 minutos da primeira dose, além da ventilação controlada mecânica com volume corrente de 10ml/kg e frequência respiratória de dez incursões por minuto (ipm). Ao término do ato cirúrgico, a descurarização, caso fosse necessária, era realizada respectivamente com atropina e neostigmine na dosagem de 0,01mg/kg e 48mcg/kg, por via venosa, realizando-se então a extubação.

III. 2.5.3. Técnica operatória

A incisão foi transversa, localizada no quadrante superior direito, sobre o músculo reto do abdome, a 2cm da linha média e a 2cm do rebordo costal, com extensão entre 2,5cm e 5cm, interessando pele e subcutâneo. A incisão da lâmina anterior da bainha do músculo reto do abdome direito, expondo suas fibras musculares, foi realizada com bisturi, no sentido transversal.

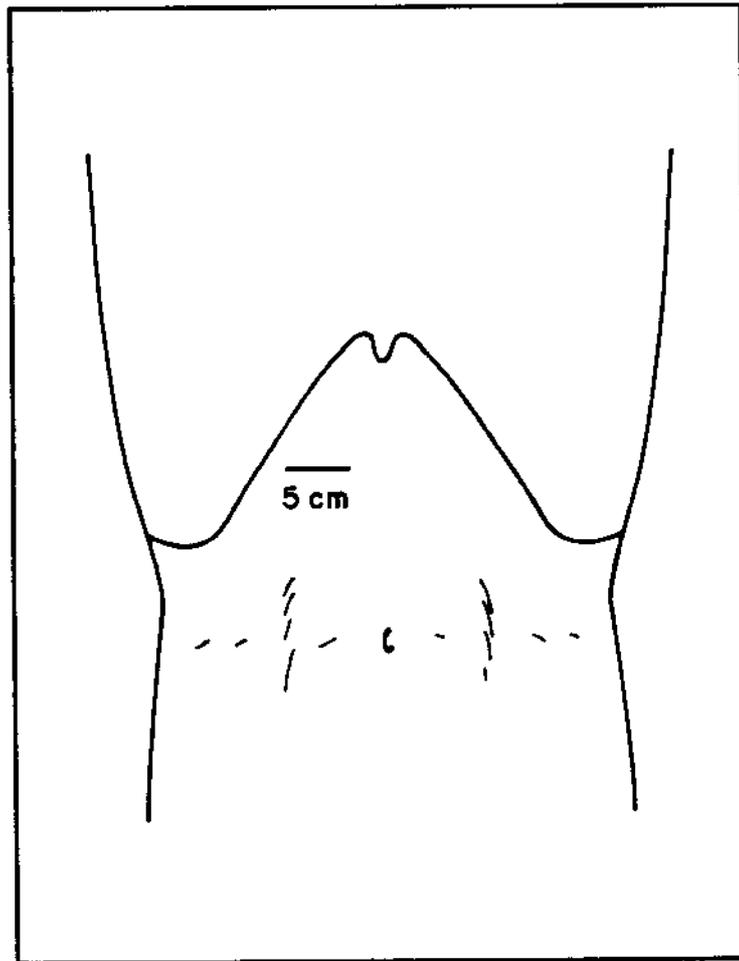


FIGURA 1. Localização da incisão cirúrgica

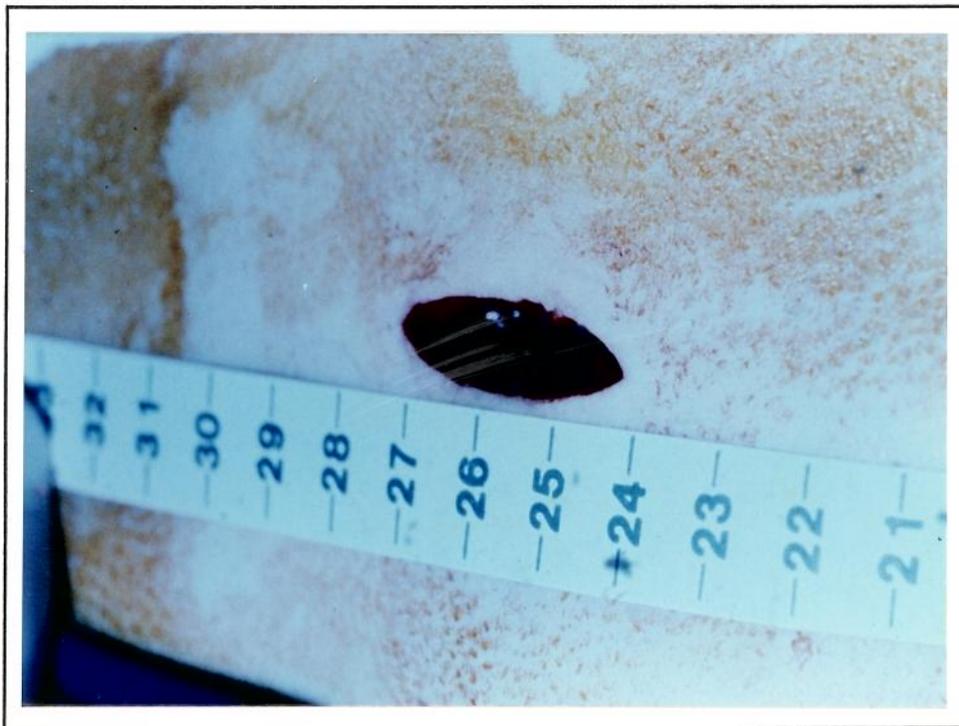


FIGURA 2. Extensão da incisão cirúrgica

Praticou-se a divulsão ou secção total ou parcial das fibras musculares com exposição da lâmina posterior da bainha do músculo reto do abdome e peritônio.

O acesso à cavidade abdominal foi feito com a preensão da lâmina posterior da bainha do músculo reto do abdome e do peritônio, com pinças de Kelly, e abertura transversal com tesoura de Metzenbaun.

A hemostasia de todos os planos da parede abdominal foi feita com electrocautério. Procedeu-se à inspeção da cavidade abdominal com a palpação digital do fígado, vesícula biliar, bulboduodenal, duodeno e ângulo hepático do cólon.

As aderências freqüentemente encontradas entre a vesícula biliar e as estruturas vizinhas, levando o duodeno ou a flexura hepática do cólon até a região do colo da vesícula biliar, foram desfeitas com gaze montada em pinça anatômica. Em seguida, introduziu-se, na cavidade abdominal, compressa úmida pequena, com a finalidade de afastar o duodeno e o ângulo hepático do cólon. Foram utilizados afastadores com luz na sua extremidade, para facilitar a iluminação do colo da vesícula biliar.

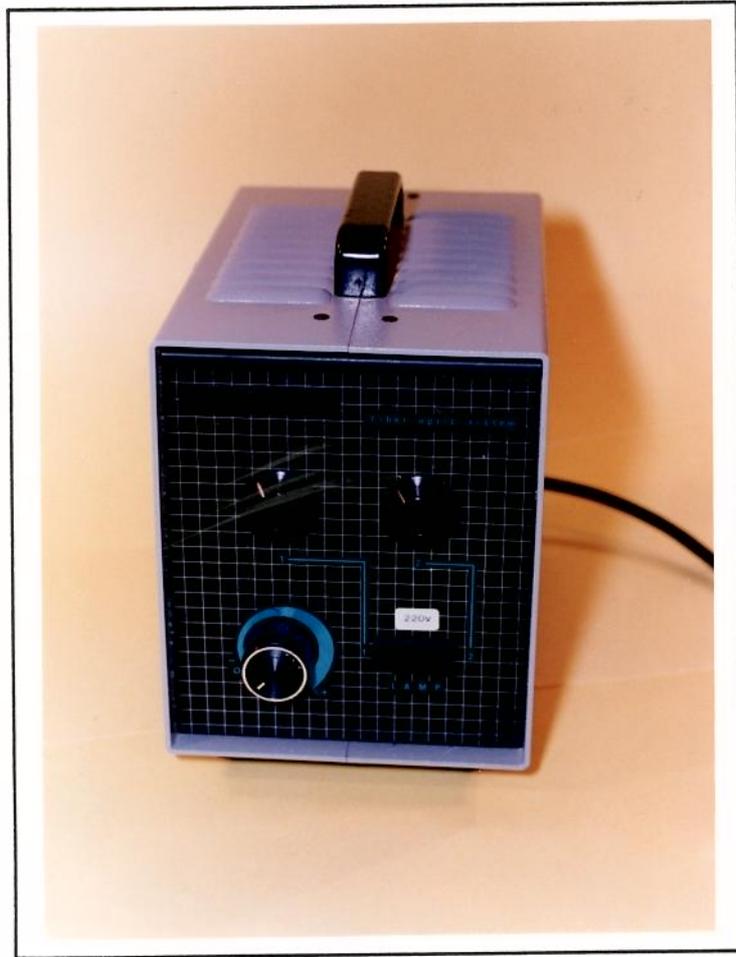


FIGURA 3. Fonte de luz fria

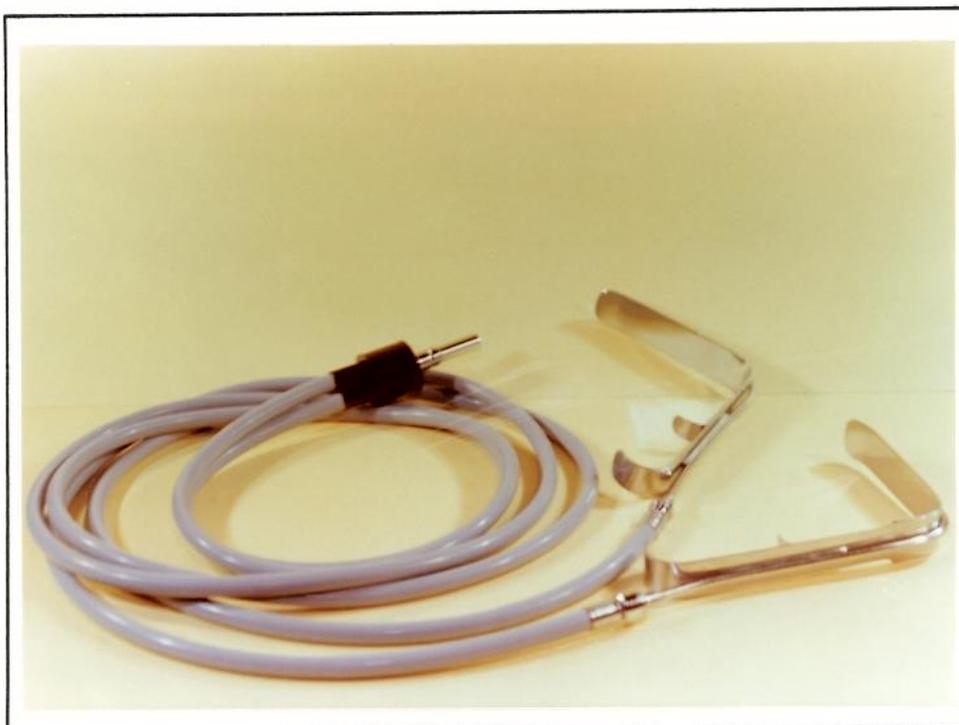


FIGURA 4. Cabo de fibra óptica com afastadores com iluminação distal

Quando a vesícula biliar estava distendida, promovia-se a aspiração de parte de seu conteúdo através da punção com cateter agulhado nº 16. Com a pinça de tração colocada no fundo vesicular, ocluía-se o local do orifício. Com o auxílio desta tração, liberava-se com dissecação romba a região do colo da vesícula biliar até a visualização do ducto cístico e da artéria cística. O ducto cístico era isolado e reparado com fio de algodão nº 00. Procedeu-se à ligadura da artéria cística com fio de algodão nº 00 e sua secção entre as ligaduras. Iniciou-se a retirada da vesícula biliar através da dissecação com electrocoagulação do fundo da vesícula de sua fossa vesicular em direção ao hilo-hepático.

Terminada a dissecação, ordenhava-se o ducto cístico no sentido colédoco-vesícula biliar e ocluía-se a transição do colo da vesícula biliar e ducto cístico com pinça de Mixer.

Para a exploração das vias biliares, utilizando-se a vesícula biliar como apoio, procedia-se à abertura parcial do ducto cístico e à cateterização do ducto cístico com cateter de polietileno nº 4 ou nº 6 (cateter de Levine). O cateter era fixado no ducto cístico com fio de algodão nº 00, retirando-se, após, a vesícula biliar.

A colangiografia era realizada com 20ml de solução de ioxitalamato de meglumina e sódio a 50%, diluída a 50% em soro fisiológico. A solução contrastada era fracionada da seguinte maneira:

1. injeção inicial de 3ml;
2. injeção intermediária de 5ml;
3. injeção final de 12ml, introduzindo lentamente o contraste.

As radiografias eram realizadas cerca de 30 segundos após cada injeção de contraste.

Uma vez avaliadas as radiografias, não havendo doenças coledocianas, realizava-se a ligadura dupla do ducto cístico, após a retirada do cateter, com sutura transfixante de fio absorvível sintético nº 4.0 (poliglactina) e uma ligadura simples com fio inabsorvível nº 00 (algodão).

A hemostasia da fossa da vesícula biliar era revista e sempre que necessário complementada com eletrocoagulação. Não se realizou rotineiramente a peritonização da fossa da vesícula biliar e drenagem da cavidade abdominal. Retirava-se a compressa pequena da cavidade abdominal e iniciava-se o fechamento da parede abdominal por planos, relatados a seguir:

- o peritônio e a lâmina posterior da bainha do músculo reto do abdome foram fechados com sutura contínua, utilizando-se fio absorvível sintético nº 0 (poliglactina);
- a lâmina anterior da bainha do músculo reto do abdome era fechada com sutura contínua, utilizando-se fio absorvível sintético nº 0 (poliglactina);
- a tela subcutânea era aproximada com pontos separados de fio absorvível sintético nº 3.0 (poliglactina);
- na pele era utilizado fio absorvível sintético nº 5.0 (poliglactina), em sutura intradérmica contínua;

- sobre a ferida operatória eram colocadas tiras de esparadrapo poroso.

Ao final da cirurgia era realizada a abertura da vesícula biliar para a avaliação macroscópica da peça e dos cálculos biliares.

III. 2.5.4. Recuperação do ato anestésico cirúrgico

Após o término do ato anestésico cirúrgico, os doentes eram encaminhados à sala de recuperação anestésica, no Centro Cirúrgico. Era de responsabilidade do anestesista o controle dos dados vitais, monitorização do sistema cardiorrespiratório, manutenção da hidratação e fornecimento calórico com 500ml de solução de ringer com lactato de sódio e uma ampola (20ml) de glicose a 50%, na dosagem de 3ml/kg/h.

Decorridas em média quatro horas do término do procedimento cirúrgico, era iniciada a dieta alimentar líquida por via oral. Ocorrendo náuseas ou vômitos, era instituída pausa alimentar durante 30 minutos. Após, reiniciava-se a mesma dieta, evitando administrar medicação antiemética. Os doentes que após várias pausas alimentares mantiveram vômitos, foram medicados com antieméticos na dose habitual e internados, devido ao efeito sedativo desta medicação.

A deambulação ocorria em média cinco horas do término do procedimento cirúrgico, gradativamente. De início, sentava-se o doente na cadeira e, posteriormente, retirada a monitorização cardíaca, passava a deambular. Se o doente

apresentasse hipotensão postural, era reconduzido ao leito e, após 30 minutos, reiniciava-se o processo de deambulação.

Cerca de seis horas do término do procedimento cirúrgico e com as etapas anteriores todas cumpridas, o doente era medicado com diclofenaco sódico por via muscular profunda, na dosagem de 75mg (caso não tivesse sido medicado).

Em seguida, recebia, verbalmente e por escrito, as orientações pós-operatórias. Estas constavam de medicações, o horário em que o cirurgião telefonaria e o horário em que a enfermeira faria a visita domiciliar no primeiro dia de pós-operatório. Recebia também orientações de dieta e permissão para atividades físicas leves no primeiro dia de pós-operatório, como caminhar, executar afazeres domésticos leves, etc. O retorno às atividades profissionais ficava liberado a partir do segundo dia de pós-operatório. O doente era ainda informado quanto ao dia, horário e local de retorno ao Ambulatório. Além disso recebia o número do telefone e "Bip" do cirurgião, para eventuais intercorrências (ANEXO II), e um impresso para anotações do doente, relatando horário da dieta, da medicação, do tipo de atividade física e intercorrências (ANEXO V).

III. 2.5.5. Medicação analgésica

Ao início do ato anestésico, administrou-se tenoxicam 20mg por via venosa. Nos doentes que referiram dor na recuperação anestésico cirúrgica, administrou-se diclofenaco sódico, por via muscular, na dosagem de 75mg.

Após a alta hospitalar, desde que necessário, era mantido o diclofenaco sódico por via oral, a cada oito horas, na dosagem de 50mg.

III. 2.5.6. Uso de antibiótico

Todos os doentes utilizaram antibioticoprofilaxia, tendo sido indicada a cefoxitina sódica por via venosa, em dosagem de 2g no ato anestésico e no momento da alta hospitalar.

III. 2.5.7. Critérios de alta do Serviço

O doente era avaliado quanto ao nível de consciência, ingestão alimentar, ausência de náuseas e/ou vômitos, ter apresentado pelo menos uma micção espontânea, ausência de dor ou dor suportável na incisão cirúrgica, capacidade de deambular sozinho e quanto a sua motivação. Caso estes critérios fossem alcançados, procedia-se à retirada da cateterização venosa e encaminhava-se o doente para a troca de roupas.

O doente era então conduzido de cadeira-de-rodas, acompanhado pela enfermeira e familiares, até o veículo de transporte. No caso em que os critérios para a alta hospitalar não eram atingidos, o doente permanecia hospitalizado.

III. 2.5.8. Controle clínico em nível domiciliar e retorno ao Ambulatório

A enfermeira realizava a visita domiciliar no primeiro dia de pós-operatório, às 13 horas, para verificação dos dados clínicos e das condições gerais.

O retorno ao Ambulatório ocorria no sétimo dia de pós-operatório. Os retornos subsequentes ocorriam no 30º dia, no terceiro, no sexto e no oitavo mês.

III. 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos resultados serão analisados os critérios de seleção, a colangiografia peroperatória, o tempo anestésico cirúrgico, a extensão da incisão cirúrgica, as complicações pós-operatórias imediatas e tardias, a mortalidade, o tempo de permanência hospitalar pós-operatória, o controle clínico domiciliar, o retorno às atividades físicas e profissionais, a sintomatologia dolorosa no pós-operatório precoce, a sintomatologia pós-operatória tardia e o aspecto estético da incisão cirúrgica.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV. 1. Quanto aos critérios de seleção

IV. 1.1. Fatores fisiológicos

As complicações verificadas nos doentes classe 1 foram: vômitos no pós-operatório imediato em 17 doentes e febre no quinto dia de pós-operatório em um doente. Não foram observadas complicações nos doentes classe 2.

IV.1.2. Fator idade

Cinco doentes (12,5%) (n^{os} 5, 17, 22, 25, 30) com idade variável de 34 a 42 anos foram hospitalizados em decorrência de vômitos persistentes ou quando havia sido realizada a papiloesfincteroplastia (n^{os} 5 e 17) (TABELA 9).

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME DADE E INTERCORRÊNCIAS

Doente	Idade	Intercorrências
5	42	Coledocolitíase
17	42	Coledocolitíase
22	35	Vômitos
25	34	Vômitos
30	35	Coledocolitíase+ Vômitos

IV. 1.3. Exames pré-operatórios

O exame clínico, os exames laboratoriais, a ultra-sonografia e o colecistograma oral não foram suficientes para excluir o diagnóstico de coledocolitíase no pré-operatório. Em quatro doentes (10,0%) (n^{os} 5, 17, 30, 35) o diagnóstico de litíase coledociana somente foi possível através da colangiografia peroperatória.

IV. 1.4. Fatores sociais

Os doentes submetidos ao tratamento cirúrgico, em nível ambulatorial, residentes na área próxima ao Hospital, não tiveram dificuldades de locomoção, pois

utilizaram veículo próprio. O contato telefônico para controle clínico pós-operatório foi feito em todos os casos, sendo fidedignas as informações da evolução clínica. O apoio familiar ao doente no pós-operatório ocorreu em todos os casos.

IV. 2. Colangiografia peroperatória

A colangiografia peroperatória foi feita com sucesso em 37 doentes (92,5%). Somente em três doentes (7,5%) (n^{os} 2, 8, 23) não foi possível a cateterização do ducto cístico, devido ao seu calibre reduzido.

Na história clínica desses três doentes não havia indícios de icterícia progressiva, e na avaliação macroscópica dos cálculos da vesícula biliar estes eram maiores que 2,0cm de diâmetro. Por este motivo, optou-se pela não-realização da colangiografia peroperatória.

Em cinco doentes (12,5%) a colangiografia peroperatória demonstrou anormalidades. Em um doente (2,5%) (n^o 26) constatou-se a não-progressão do contraste em nível da ampola hepatopancreática, após utilizado cateter plástico de Levine n^o 6 e n^o 8, para verificação das condições do ducto colédoco, e realizada nova colangiografia peroperatória de controle, que foi normal.

Em quatro doentes (10,0%) (n^{os} 5, 17, 30, 35) a colangiografia peroperatória demonstrou falha de enchimento no ducto colédoco, compatível com a presença de cálculo. Em dois doentes (5,0%) (n^{os} 30 e 35) foi possível a retirada dos

cálculos através do ducto cístico. Em um doente (2,5%) (nº 35) indicou-se a fragmentação do cálculo com instrumental metálico introduzido pelo ducto cístico. Para a retirada dos fragmentos, utilizou-se balão de Fogarty nº 3. Em seguida, a colangiografia peroperatória de controle demonstrou ausência de cálculos residuais.

Em dois doentes (5,0%) (nºs 5 e 17) foi necessária a duodenotomia com papiloesfincteroplastia para a retirada dos cálculos que estavam impactos na porção distal do ducto colédoco.

IV. 3. Tempo anestésico cirúrgico

No presente estudo houve variação do tempo anestésico cirúrgico, de 30 a 150 minutos, com uma média de 81,13 minutos. Em dois doentes (5,0%) (nºs 5 e 17) demorou-se 150 minutos, devido à mudança da tática cirúrgica e necessidade de ampliação da incisão (TABELA 10).

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O TEMPO ANESTÉSICO CIRÚRGICO DECORRIDO PARA A COLECISTECTOMIA

Tempo anestésico cirúrgico (minutos)	Doentes	
	Nº	%
30 - 59	6	15,0
60 - 89	18	45,0
90 - 119	9	22,5
120 - 149	5	12,5
150 - 179	2	5,0
TOTAL	40	100

O tempo necessário à realização da colangiografia peroperatória variou de cinco a 20 minutos, habitualmente dez minutos. Em um doente (nº 19) a demora foi de 20 minutos, em virtude de problemas técnicos (TABELA 11).

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O TEMPO GASTO PARA A REALIZAÇÃO DA COLANGIOGRAFIA PEROPERATÓRIA

Tempo gasto para colangiografia Peroperatória (minutos)	Doentes	
	Nº	%
5	1	2,5
10	30	75,0
15	5	12,5
20	1	2,5
TOTAL	37	92,5

IV. 4. Extensão da incisão cirúrgica

A extensão da incisão cirúrgica variou entre 2,5cm e 5cm, com predomínio de 4cm.

Para a abordagem da cavidade abdominal foi feita a secção do músculo reto do abdome direito em 31 doentes (77,5%) e apenas divulsão muscular longitudinal em nove doentes (22,5%).

Foi necessária a ampliação da ferida operatória, pelas dificuldades na dissecação em quatro doentes (10,0%) (n^os 5, 17, 35, 36), por causa da coledocolitíase em três doentes (7,5%) (n^os 5, 17, 35) e por sinais recentes de agudização da doença vesicular com isquemia do fundo em um doente (2,5%) (n^o 36).

IV. 5. Complicações pós-operatórias

IV. 5.1. Complicações imediatas

Foram observados vômitos em 17 doentes (42,5%) e, na maioria das vezes, apenas um episódio. A introdução precoce da dieta via oral foi responsabilizada pelos episódios de vômito. Em 14 doentes os vômitos cederam com a pausa alimentar (TABELA 12).

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O NÚMERO DE EPISÓDIOS DE VÔMITOS

Vômitos N ^o	N ^o	Doentes	%
0	23		57,5
1	8		20,0
2	3		7,5
3	2		5,0
4	1		2,5
5	1		2,5
6	0		0
7	1		2,5
8	0		0
9	1		2,5
TOTAL	40		100

A internação foi necessária para cinco doentes (12,5%) (n^{os} 5, 17, 22, 25, 30). Dois doentes (5,0%) (n^{os} 5 e 17) foram admitidos devido à realização de duodenotomia e papiloesfincteroplastia por coledocolitíase. Três doentes (7,5%) (n^{os} 22, 25, 30) foram admitidos devido à manutenção dos vômitos, mesmo após pausas alimentares, necessitando administrar antiemético na dose habitual. Em um destes doentes (2,5%) (n^o 30) houve, durante o ato cirúrgico, necessidade de abordagem instrumental do ducto colédoco para retirada de cálculos. Nos outros dois doentes (5,0%) (n^{os} 22, 25) não ocorreram intercorrências que justificassem os vômitos durante o ato cirúrgico.

IV. 5.2. Complicações tardias

Em um doente (2,5%) (n^o 15) verificou-se episódio de febre no quinto dia de pós-operatório, com duração de 24 horas. Após investigação dos possíveis focos, não se constatou sua causa; a febre cedeu com medicação anti-térmica e não foi mandatória a hospitalização do doente.

Neste estudo não foi verificada infecção da ferida cirúrgica, mesmo após acompanhamento tardio.

Em um doente (2,5%) (n^o 21) diagnosticou-se coleção sero-hemática na tela subcutânea da incisão cirúrgica, no sétimo dia de pós-operatório. Após a drenagem, procedeu-se à cultura e ao antibiograma desta secreção, não sendo constatada a presença de germes.

IV. 6. Mortalidade

No presente estudo não ocorreram óbitos.

IV. 7. Tempo de permanência hospitalar pós-operatório

Para 35 doentes (87,5%), a alta hospitalar ocorreu oito horas após o término da cirurgia. Em três doentes (7,5%) (n^{os} 22, 25, 30) a alta hospitalar ocorreu 24 horas após o término da cirurgia, devido à persistência de náuseas e vômitos. Em dois doentes (5,0%) (n^{os} 5 e 17) a alta hospitalar ocorreu no quinto dia de pós-operatório, devido à duodenotomia e papiloesfincteroplastia (TABELA 13).

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Tempo de permanência hospitalar pós-operatório	N ^o	Doentes
		%
8 horas	35	87,5
24 horas	3	7,5
5 dias	2	5,0
TOTAL	40	100

IV. 8. Controle clínico domiciliar

O controle clínico domiciliar no pós-operatório foi possível através da equipe cirúrgica, com contato telefônico e visita domiciliar pela enfermeira, a todos os doentes.

IV. 9. Retorno às atividades físicas e profissionais

O retorno às atividades leves deu-se até o quinto dia de pós-operatório, com predomínio no segundo dia (TABELA 14).

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O RETORNO ÀS ATIVIDADES FÍSICAS LEVES

Retorno às atividades físicas leves (dias)	Nº	Doentes	
			%
1	5		12,5
2	26		65,0
3	6		15,0
4	2		5,0
5	1		2,5
TOTAL	40		100

O retorno precoce às atividades profissionais foi pleno, mais freqüentemente no quarto dia de pós-operatório; em dois doentes deu-se no nono dia (TABELA 15).

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME O RETORNO ÀS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

Retorno às atividades profissionais (dias)	Nº	Doentes	%
1	1		2,5
2	2		5,0
3	7		17,5
4	13		32,5
5	10		25,0
6	2		5,0
7	2		5,0
8	1		2,5
9	2		5,0
TOTAL	40		100

IV. 10. Sintomatologia dolorosa no pós-operatório precoce

Após o ato anestésico cirúrgico, os doentes foram medicados com até duas ampolas de diclofenaco sódico na dosagem de 75mg, por via muscular.

O acompanhamento do doente, enfocando a sintomatologia dolorosa nos primeiros dias de pós-operatório, foi através de ficha-protocolo (ANEXO V), para anotação da quantidade de analgésicos ingeridos, entregue aos doentes na alta hospitalar. Foram utilizados de um a seis comprimidos de 50mg de diclofenaco sódico por via oral, com predomínio de três comprimidos.

Em 100% dos casos foi eficaz o controle da dor pelo esquema proposto.

IV. 11. Sintomatologia pós-operatória tardia

Os 40 doentes (100%) tiveram suas queixas clínicas resolvidas no acompanhamento de oito meses .

IV. 12. Aspecto estético da incisão cirúrgica

Esteticamente foram observados resultados satisfatórios em relação à cicatriz cirúrgica dos doentes.



FIGURA 5. Aspecto estético tardio da cicatriz cirúrgica no sexo feminino



FIGURA 6. Aspecto estético tardio da cicatriz cirúrgica no sexo masculino

V. DISCUSSÃO

V. DISCUSSÃO

A colecistite crônica calculosa é encontrada em cerca de 3% a 22% da população ocidental (SMALL, 1976; LYGIDAKIS, 1983; FINLAYSON, 1989; MORENO-SANCHES, 1990; STRAUSS, 1990; BARTOLOMUCCI e cols., 1991; COELHO e cols., 1992a). Somente nos Estados Unidos da América são realizadas anualmente cerca de um milhão de colecistectomias (GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; LEDET, 1990).

O conceito de que a colelitíase ocorre em mulheres obesas, múltiparas e na quinta década de vida deixou de ser verdade, pois, com as modificações dos hábitos alimentares, o sedentarismo, o progresso na tecnologia diagnóstica, observou-se uma maior incidência também em outros tipos físicos de mulheres e mesmo de faixas etárias mais jovens (FISCHER, 1988; COELHO e cols., 1992a; NOGUEIRA e cols., 1992).

Apesar da existência de várias formas de tratamento da litíase vesicular, como litólise com ácidos biliares, litotripsia por ondas de choque extracorpóreo, dissolução com éteres, a mais aceita e praticada é a cirúrgica (RODA e cols., 1982; SACKMANN e cols., 1988; JOHNSON e cols., 1989; NOGUEIRA e cols., 1992). Por outro lado, o tratamento cirúrgico destes doentes nos moldes clássicos acarreta um custo maior ao Serviço, conseqüente ao aumento no número de dias de permanência hospitalar no pós-operatório.

A colecistectomia clássica, todavia, ainda é provavelmente a cirurgia mais realizada em todo o Mundo, principalmente nos países em vias de desenvolvimento. Os mais recentes trabalhos sobre a colecistectomia clássica mostram índice de morbidade pequeno e mortalidade baixa (GLEEN & GLAFE, 1966; CORLETTE, 1980; GANEY e cols., 1986; DIETRICH e cols., 1988; BARTOLOMUCCI e cols., 1991; CLAVIEN e cols., 1992).

Desde que LANGENBUCH (1882) realizou a primeira colecistectomia, muitas modificações ocorreram através dos avanços na Medicina. A elevada frequência destas operações, a preocupação com o domínio técnico, os cuidados com o aspecto estético, social e da relação custo-benefício impulsionaram várias modificações do método tradicional, sem no entanto, comprometer sua segurança e eficiência (GOLDBERG e cols., 1975; CORLETTE, 1980; REDER e cols., 1983; GANEY e cols., 1986; DIETRICH e cols., 1988; HEBERER e cols., 1988; REDDICK e cols., 1989; NEUGEBAUER e cols., 1991; FERRAZ e cols., 1992).

A não-drenagem da cavidade abdominal e a não-utilização de cateter nasogástrico no pós-operatório fizeram parte destas modificações, possibilitando a aceitação precoce da dieta por via oral, menor índice de infecção da ferida operatória, menor morbidade, deambulação mais precoce e diminuição de complicações como infecção pulmonar, esofagite de refluxo, náusea e vômito - conseqüentemente menor permanência hospitalar (HERRINGTON, 1972; BAUER e cols., 1985; HOFFMAN & LORENTZEN, 1985; RONAGHAN e cols., 1986; FERRAZ e cols., 1989b; FRANKEL & HOROWTIZ, 1989; DAR & BABAR, 1991).

Na última década, a relação custo-benefício tem sido analisada em relação ao tempo de hospitalização, índice de infecção e retorno precoce às atividades

físicas e profissionais, já que os custos hospitalares representam uma preocupação constante tanto para a equipe médica, quanto para o doente e seu convênio de Saúde (MORTON, 1985; FISCHER, 1988; GOCO & CHAMBERS, 1988; LEDET, 1990; AGUILAR-NASCIMENTO & CAPOROSSI, 1992; FERRAZ e cols., 1992; PAREJA e cols., 1992; ZILBERSTEIN e cols., 1992). MORTON (1985); FISCHER (1988); GOCO & CHAMBERS (1988); FERRAZ e cols., (1989a); LEDET (1990); FERRAZ e cols. (1992) demonstraram uma diminuição de custos em cerca de 50,0% com a redução da hospitalização.

Dessa forma, deve ser considerada a abreviação do período de internação hospitalar, desde que não traga comprometimento do atendimento, nem risco ao doente. Além disso, a permanência hospitalar está definitivamente associada a um aumento das taxas de infecção hospitalar pós-operatória. O contrário, propicia possibilidade de atendimento de maior número de procedimentos cirúrgicos (CRUSE & FOORD, 1980; FERRAZ, 1982; OLIVEIRA e cols., 1985; DAVIS, 1987; FERRAZ e cols., 1989a).

Decorrente da atual tendência ao desenvolvimento de novas técnicas operatórias que visam a redução do tempo de hospitalização, surgiu em 1982 o primeiro trabalho sobre a mini-laparotomia para colecistectomia, cuja justificativa básica era a redução de internação devido ao trauma mínimo da parede abdominal (DUBOIS & BERTHELOT, 1982). Decorrente de todas as modificações, a colecistectomia ambulatorial pode ser considerada a evolução natural destes conceitos, com maior redução no tempo de internação e dos custos (HALL, 1987; FISCHER, 1988; GUTMAN e cols., 1988; REDDIK e cols., 1989; DUBOIS e cols., 1990; LEDET, 1990; FRAZEE e cols., 1991; GADACZ & TALAMINI, 1991; SALTZTEIN e cols., 1991; TREEN e cols., 1991; AGUILAR-NASCIMENTO &

CAPOROSI, 1992; COELHO e cols., 1992b; FERRAZ e cols., 1992; SALTZTEIN e cols., 1992; SOPER e cols., 1992; D'ALBUQUERQUE e cols., 1993).

Para a organização do sistema ambulatorial de tratamento cirúrgico da colecistite crônica calculosa, lembramos que a mudança de um ambiente com doentes internados para um externo cria uma responsabilidade maior nos membros da equipe, no sentido de garantirem assistência de qualidade aos doentes, tanto antes quanto após a cirurgia. São fatores importantes: a integração da equipe multidisciplinar, pois dela depende a qualidade da assistência; nível socioeconômico do doente, pois este deverá ter condições mínimas de moradia e de apoio familiar ao controle pós-operatório imediato; o doente precisa residir ou estar hospedado próximo ao Hospital, para que, em casos de intercorrência, tenha um atendimento imediato; ter acesso a um telefone, para controle pós-operatório.

Essa organização está de acordo com o proposto por DAVIS (1987); FISCHER (1988), que enfatizaram a importância da integração da equipe multidisciplinar dos profissionais envolvidos no programa e a orientação pré-operatória dos doentes através de formulários; avaliação pré-anestésica dois a cinco dias antes da cirurgia; o papel da família no acompanhamento pós-operatório; e a avaliação clínica no pós-operatório através do contato telefônico.

Os critérios de seleção utilizados nesta casuística, onde foram incluídos apenas doentes da classe 1 e 2 (ASA) e que tinham idade inferior a 55 anos, mostraram-se próprios, uma vez que não se atribuiu maior morbidade em função destes fatores. No entanto, não se considerou a idade isoladamente, como fator limitante, mas em conjunto com o estado de saúde basal. Estes critérios estão de acordo com os utilizados por MERIDY (1982), FISCHER (1988), LEDET (1990), TREEN e cols.,

(1991), FERRAZ e cols., (1992) e SALTZTEIN e cols., (1992). Já, BERRY (1982), considerou esta regra desnecessária e arbitrária e citou evidências de que as taxas de morbidade e mortalidade não eram influenciadas pela inclusão de outros doentes.

O fator social quanto ao acesso a um meio de comunicação, do apoio familiar para controle pós-operatório e o fator psicológico quanto à motivação dos doentes também foram utilizados como critérios de seleção, verificando-se a real possibilidade de um bom controle clínico domiciliar. FISCHER (1988), LEDET (1990), FERRAZ e cols. (1992) e SALTZTEIN e cols. (1992) colocaram em evidência estes critérios, responsabilizando-os pelo sucesso do programa.

A infecção pós-operatória é uma preocupação constante da equipe médica, porque pode ser um dos fatores de internação tardia; e para a instituição, as perdas financeiras podem atingir grandes cifras (FERRAZ, 1982; FERRAZ e cols., 1992). Foram utilizados múltiplos fatores para se evitar este problema no estudo. A realização da tricotomia ocorreu somente nos doentes do sexo masculino (20,0%), devido ao excesso de pêlos, que poderia dificultar o ato cirúrgico. Foi então realizada com lâmina, cerca de uma hora do início do procedimento cirúrgico e restrito ao local da incisão.

Quanto ao preparo do doente, SEROPEAN & REYNOLDS (1971) notaram o dobro do índice de infecção em doentes com tricotomia com lâmina na véspera, em relação aos que a tiveram realizada próxima ao procedimento cirúrgico. CRUSE & FOORD (1973) observaram que a tricotomia com lâmina gerava maior índice de infecção (2,3%) do que com o aparamento dos pêlos com tesoura (1,7%) ou mesmo sem tricotomia (0,9%). KOOS & McCOMAS (1983) afirmaram que a remoção dos pêlos da área cirúrgica é aceita na maior parte dos Hospitais americanos e que a

depilação química com creme gera menor índice de reações alérgicas e abscessos parafoliculares, embora os índices de infecção não atinjam diferenças estatisticamente significantes. O banho estudado por CRUSE & FOORD (1973) revelou que a infecção atinge um índice de 2,3% na sua ausência e 1,3% quando presente. Nesta casuística o banho foi realizado obrigatoriamente antes do doente sair de casa.

CRUSE & FOORD (1973) observaram índices de infecção de 1,2% com o uso de polivinil-pirrolidona-iodo utilizado na assepsia pré-operatória, comparado com o uso de sabão associado ao álcool iodado com índice de 2,0%. A anti-sepsia com polivinil-pirrolidona-iodo vem sendo utilizada como produto de predileção para assepsia (BARROS e cols., 1988). Na casuística estudada, a anti-sepsia foi realizada com polivinil-pirrolidona-iodo a 10,0% e não obtivemos casos de infecção. Acreditamos que o uso desta e o banho foram fatores decisivos para este resultado.

A antibioticoprofilaxia é, sem dúvida, um dos maiores problemas no uso de antimicrobianos, e sua indicação continua sendo um dos pontos mais controversos, de acordo com BOHEM (1991). Na colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial também é controverso o seu uso, pois FISCHER (1989); e FERRAZ e cols. (1992) não a utilizaram, enquanto LEDET (1990) preconizou-a.

Neste estudo, os 40 doentes na fase pré-operatória foram considerados fatores de feridas limpa-contaminadas, conforme os critérios utilizados por CRUSE & FOORD (1973), sendo utilizada a cefoxitina sódica como antibioticoprofilaxia.

A colangiografia peroperatória tem despertado polêmica no que diz respeito ao seu uso rotineiro (WHITE & HORT, 1985; MOFTI, 1986). No presente estudo a realização da colangiografia peroperatória não aumentou significativamente o

tempo cirúrgico e muito menos esteve relacionada com as complicações leves verificadas.

Efetuiu-se a colangiografia peroperatória em 37 doentes (97,5%), diagnosticando-se cálculos intra-coledocianos em cinco doentes (12,5%). Em três doentes (7,5%) o insucesso deveu-se ao pequeno diâmetro do ducto cístico, não sendo possível o seu cateterismo. Por isso, optou-se pela não-punção do colédoco, devido ao risco de drenagem biliar pelo orifício da punção, aumentando a morbidade e por não apresentarem (os doentes) história clínica pregressa compatível com litíase de colédoco. De modo geral, a colangiografia peroperatória neste tipo de procedimento em que se utilizou a mini-laparotomia não apresentou maiores dificuldades. MERRIL (1988) obteve sucesso em 80% dos casos; BRENNER e cols. (1990) em 64,2% e COELHO e cols. (1992b) em 81%. NOGUEIRA e cols. (1992) realizaram a colangiografia em 46,8% dos doentes com evidências de coledocolitíase em 6,5%; PAREJA e cols. (1992) realizaram a colangiografia em 83,7% e ZILBERSTEIN e cols. (1992) referiram sucesso em 81,4%, com diagnóstico de coledocolitíase em 5,5%.

Nesta série verificou-se que sua realização não aumentou o tempo anestésico cirúrgico significativamente, com duração média de 81,13 minutos. O aumento médio do tempo operatório devido à colangiografia foi de apenas dez minutos. Com relação ao tempo médio operatório referido na literatura, sua variação foi entre 45 e 90 minutos (GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; O'DWYER e cols., 1990; COELHO e cols., 1992b; FERRAZ e cols., 1992; NOGUEIRA e cols., 1992; PAREJA e cols., 1992; PÉLISSIER e cols., 1992; SALTZTEIN e cols., 1992).

Vários autores têm referido a extensão da incisão cirúrgica variando entre 3cm a 8cm, com necessidade de ampliação em porcentagens entre 9,8% e 13%

das vezes (STRACK e cols., 1971; DUBOIS & BERTHELOT, 1982; GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; MERRIL, 1988; SALEMBIER, 1986; PÉLISSIER, 1989; O'DWYER e cols., 1990; ; COELHO e cols., 1992b; NOGUEIRA e cols., 1992; PAREJA e cols., 1992; PÉLISSIER e cols., 1992; ZILBERSTEIN e cols., 1992). Especificamente em cirurgias ambulatoriais, FISCHER (1988), LEDET (1990) e FERRAZ e cols. (1992) referiram estas incisões em extensões variando entre 3cm e 8cm.

Nesta série estudada, a extensão da incisão variou entre 2,5cm e 5cm, predominando as de 4cm. Foi necessária a ampliação em quatro doentes (10,0%): três em decorrência de coledocolitíase e um em decorrência de isquemia do fundo vesicular. As causas mais referidas na literatura para a necessidade de ampliação da incisão foram: colecistite aguda e coledocolitíase (GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; MERRIL, 1988), estenose da papila, fístula interna, pancreatite necrotizante e megaduodeno (MERRIL, 1988).

Uns dos principais fatores responsáveis pela hospitalização no pós-operatório imediato são a náusea e o vômito. Neste estudo 17 doentes (42,5%) apresentaram náusea e vômito após a introdução da dieta oral, mas somente em três doentes (7,5%) a pausa alimentar não foi suficiente para a resolução do quadro.

O período de ileo adinâmico mais curto com a mini-laparotomia seria ocasionado pelo menor traumatismo cirúrgico, menor resposta neuroendócrina ao trauma, o que propicia aceitação mais precoce da dieta (STRACK, 1971; MOSS, 1979, 1986; MERRIL, 1988).

O uso de medicação antiemética no pós-operatório da colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial pode, pela sedação que acarreta, determinar a internação do doente. No presente estudo, em obediência ao protocolo proposto, os doentes foram internados quando necessitaram medicação antiemética. Admite-se, no entanto, um certo exagero nesta medida, dado que não se observou efeito sedativo que obrigasse a uma maior atenção, com a internação do doente.

FISCHER (1988) fez uso de metoclopramida no pré e no pós-operatório e evitou náusea e vômito sem referir efeito sedativo com necessidade de internação. LEDET (1990), que também utilizou medicação antiemética no pré e no pós-operatório, referiu que 20,0% dos doentes apresentaram náusea e vômito no pós-operatório imediato e 5,0% dos doentes apresentaram vômito após a alta hospitalar, sem referir o efeito sedativo como reação adversa, enquanto que TREEN e cols. (1991) realizaram estudo comparativo utilizando a metoclopramida e placebo e observaram 38,0% de náusea e vômito no grupo que usou a metoclopramida e 63,0% no grupo que usou o placebo, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Observaram ainda que o uso de metoclopramida facilitou a introdução da dieta.

Outro fator de internação foi a realização de duodenotomia e papiloesfincteroplastia, realizadas em dois doentes (5,0%) para a retirada de cálculos intra-coledocianos. Na literatura, NOGUEIRA e cols. (1992) referiram coledocolitíase em 6,5% dos doentes, SALTZTEIN e cols. (1992) em 19% e ZILBERSTEIN e cols. (1992) em 5,5%.

As complicações na colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial são bem pouco freqüentes e, na maioria das vezes, leves. Nesta série, apenas ocorreram complicações leves em dois doentes (5,0%): febre em um deles, sem

foco infeccioso detectável, que cedeu com uso de medicação sintomática, e coleção sero-hemática em outro, que regrediu após drenagem. Salienta-se que nenhum destes pacientes necessitou internação tardia. SALTZTEIN e cols. (1992) também não consideraram relevantes as complicações pós-operatórias, referindo que a ocorrência de febre é fato comum, e a coleção sero-hemática da tela subcutânea verificou-se em 3,7% dos doentes.

Assim como referido por outros autores, não se observou óbito nesta série estudada (GOCO & CHAMBERS, 1983; MORTON, 1985; LEDET, 1990; CLAVIEN e cols., 1992).

Outro dado importante na avaliação dos resultados da colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial é o tempo de permanência hospitalar no período pós-operatório. Este, nesta série, foi de oito horas em 87,5% das vezes. Naqueles com intercorrências pós-operatórias como náusea e vômito, o tempo foi de 24 horas (7,5%), e de cinco dias nos que tiveram que ser submetidos à cirurgia sobre a papila duodenal (duodenotomia e papiloesfincteroplastia), verificada em 5% dos doentes.

Alguns autores, como FISCHER (1988) e LEDET (1990), referiram alta hospitalar variando entre a terceira e a décima hora pós-operatória para todos os doentes, ao passo que SALTZTEIN e cols. (1992) relataram alta no mesmo dia da cirurgia em 69% das vezes. FERRAZ e cols. (1992) relataram que 86,1% dos doentes tiveram alta até oito horas após o término do ato anestésico cirúrgico; 5,5% dos doentes saíram 24 horas mais tarde por causa da ocorrência de sonolência; 2,7% em 48 horas por causa da sonolência e vômitos; e 5,5% em 72 horas, por causa da infecção da incisão cirúrgica.

O controle clínico domiciliar dos doentes no período pós-operatório imediato é considerado relevante para o sucesso do programa, por assegurar à equipe um maior controle no acompanhamento da reação ao trauma cirúrgico. No esquema utilizado neste programa, a visita domiciliar realizada pela enfermeira e o contato telefônico feito pelo médico mostraram-se bastante eficazes, tendo sido possíveis em todos os casos. Os contatos telefônicos foram efetuados até o segundo dia do pós-operatório, e o retorno ao Ambulatório se deu no sétimo dia, excetuando-se os retornos antecipados pelas intercorrências.

Não existe na literatura um consenso sobre o melhor esquema de controle domiciliar pós-operatório. Assim, como nesta casuística, FISCHER (1988) também utilizou-se da enfermeira para a realização deste acompanhamento, com igual sucesso. LEDET (1990) também considerou o controle através do telefone bastante satisfatório, realizando contato duas vezes ao dia, durante sete dias, sem realizar visitas domiciliares. SALTZTEIN e cols. (1992) recomendaram o controle pós-operatório com retorno ao Serviço entre o primeiro e o quarto dia e, quando necessários, contatos telefônicos.

O retorno às atividades físicas vai, obviamente, depender de uma variedade de fatores, mas de modo geral, após este procedimento, o reinício pode ser bem precoce, conforme publicado por FISCHER (1988), que relatou retorno ao trabalho em duas a quatro semanas, e LEDET (1990) estimulou as atividades físicas no pós-operatório imediato, conforme a sensibilidade de cada doente. Neste programa o retorno pleno deu-se até o quinto dia de pós-operatório, sendo que 77,5% retornaram até o segundo dia. Quanto às atividades profissionais, também há de se considerar a profissão do doente. Nesta série, o reinício das atividades profissionais deu-se até o

nono dia de pós-operatório, predominando o quarto dia (57,5%), já que predominaram doentes com profissões mais leves.

FERRAZ e cols. (1992) recomendaram o retorno ao trabalho próximo ao oitavo dia de pós-operatório. NOGUEIRA e cols. (1992); SALTZTEIN e cols. (1992) e ZILBERSTEIN e cols. (1992) referiram que, após o 15º dia de pós-operatório, a maioria dos doentes estava em condições de exercer suas atividades.

A sintomatologia dolorosa no pós-operatório é considerada um dos fatores de impedimento à alta hospitalar precoce e fator causal de morbidade, como atelectasia pulmonar, pneumonia, entre outros. Por isso, FISCHER (1988) preconizou o controle da dor com derivados da morfina, administrados por via oral, apresentando resultados satisfatórios.

Neste trabalho, a dor foi facilmente controlada através de até duas ampolas de diclofenaco sódico, por via muscular profunda, além de 20mg de tenoxicam administrado no início da cirurgia. Após a alta hospitalar a dor foi controlada com até seis comprimidos de diclofenaco sódico por via oral, sendo 72,5% dos doentes controlados com até três comprimidos. Após 48 horas, os doentes não necessitaram de medicação analgésica. O controle do número de analgésicos foi mediado pela ficha-protocolo, onde o doente anotava o horário que ingeria a medicação (ANEXO V).

O aspecto estético nos dias atuais tem tido relevância na expectativa dos doentes. DUBOIS & BERTHELOT (1982), GOCO & CHAMBERS (1983), MORTON (1985), SALEMBIER (1986) e MERRIL (1988), relataram resultados satisfatórios com relação ao aspecto estético nas mini-laparotomias. A análise deste item nesta casuística

mostrou resultado também satisfatório, uma vez que o aspecto estético foi bastante adequado na opinião dos doentes.

A colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial mostrou ser um método seguro e eficaz, com possibilidade de ser reproduzido em outros Serviços médicos, desde que haja uma organização do sistema.

VI. CONCLUSÕES

VI. CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos em 40 doentes submetidos à colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial, para o tratamento da colecistite crônica calculosa, nas condições do presente estudo sugere que:

1. Foi viável a implantação do programa de colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial de Hospital universitário, utilizando a estrutura pré-existente e através da integração da equipe médica, de enfermagem e de serviço social, no controle do doente.

2. O método demonstrou ser eficaz, seguro, com reduzida morbidade e sem mortalidade, possibilitando retorno precoce às atividades físicas e profissionais, com resultado estético satisfatório.

VII. RESUMO

VII. RESUMO

Quarenta doentes foram submetidos à colecistectomia por mini-laparotomia em sistema ambulatorial, no período de junho de 1991 a junho de 1992, na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. A idade variou entre 23 e 55 anos (média: 39 anos), predominando o sexo feminino (80%) e a raça branca (90%).

Os critérios de inclusão no programa foram: idade máxima de 55 anos; estado físico classe 1 e 2 (ASA); índice de massa corpórea menor que 30; ter acesso a um telefone; residir ou estar hospedado próximo ao Hospital; ter condições familiares para cuidados pós-operatórios; e possuir aceitação do doente. No pós-operatório a introdução da dieta foi feita na quarta hora, a deambulação na quinta hora e a alta hospitalar na oitava hora após o término da cirurgia. O controle clínico foi realizado através de contato telefônico, pela equipe cirúrgica, e de visita domiciliar, pela equipe de enfermagem.

Os critérios de seleção analisados (fatores fisiológicos, idade, peso corporal, psicológicos e condições sociais) foram adequados considerando-se os bons resultados verificados.

A colangiografia peroperatória foi realizada com sucesso em 92,5%, diagnosticando presença de litíase intra-coledociana em cinco doentes (12,5%). O

tempo anestésico cirúrgico médio foi de 81,13 minutos, e a necessidade de ampliação da incisão cirúrgica ocorreu em 10,0%, devido a presença de cálculos no colédoco em três doentes e necrose da vesícula biliar em outro. O tempo médio de permanência hospitalar no pós-operatório foi de oito horas em 87,5%.

Quanto às complicações imediatas, ocorreram vômitos em 17 doentes (42,5%), sendo necessária a hospitalização de três deles (7,5%). As complicações tardias ocorreram em dois doentes (5,0%): um deles apresentou febre no quinto dia de pós-operatório, e outro, com coleção sero-hemática na tela subcutânea, foi diagnosticado no sétimo dia de pós-operatório, cuja cultura foi negativa. Não ocorreram óbitos nesta série estudada.

O controle clínico pós-operatório em nível domiciliar, através do contato telefônico e da visita da enfermagem, ocorreram de maneira eficiente. O retorno às atividades físicas e profissionais ocorreram precocemente, com predomínio no segundo e quinto dia de pós-operatório respectivamente.

A sintomatologia dolorosa no pós-operatório precoce foi controlada com uma a duas ampolas de diclofenaco sódico por via muscular ou um a seis comprimidos de diclofenaco sódico por via oral.

O acompanhamento pós-operatório foi em média de oito meses, não havendo casos de hospitalização tardia. O aspecto estético, quanto à expectativa dos doentes, foi satisfatório.

O método demonstrou-se seguro e eficaz, sendo exequível sem que sejam necessários investimentos tecnológicos de alto custo.

VIII. SUMMARY

VIII. SUMMARY

There has been a significant improvement in the surgical treatment of cholelithiasis in the recent past. In this series of cases, forty patients were surgically treated using a minilaparotomy approach. The criteria for admission to the study included: good physical condition (ASA level 1 or 2, body mass index less than thirty and below fifty-five years of age. An informed consent was obtained from all patients and their families, as well as an agreement concerning post-surgical care at home. The patients had to be within easy reach during the few days following the procedure. The outcome was evaluated by means of the following variables: acceptance of refeeding four hours after the procedure with an appropriate diet; ability to get up from bed and walk around five hours after the procedure; interval between the end of the procedure and discharge; complaints related to the surgical procedure, during hospitalization and at home, and early and late surgical and clinical complications.

The patients remained between 30 and 150 minutes under anesthetic drugs (mean = 81.13 minutes). The length of the surgical wound had to be further increased in three patients due to the presence of biliary lithiasis and gall-bladder necrosis.

Most of the patients had a radiographic evaluation of the biliary tree made during the surgery. In five cases biliary stones were detected (12,5%). The majority of the patients were discharged eight hours after the procedure.

The most frequent early complaint was vomiting in seventeen patients (42,4%). Three patients had to be readmitted. Late complications were noted in two patients. One patient became febrile and another had a sterile subcutaneous fluid collection. Pain was

easily relieved by a single dose of an antiinflammatory drug (diclofenac). There was no death in this series.

Return to professional and routine activities occurred within two to three days after discharge in the majority of the cases.

All the patients were reevaluated six months after discharge. None had to be readmitted or treated for a complication related to the procedure.

We conclude that this is a safe and inexpensive procedure that can be done in most of medical centers.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. & CAPOROSSI, C. - Alta precoce em colecistectomia. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 19:152-5, 1992.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - New classification of physical status *Anesthesiology*, 24:111-6, 1963.

BARNES, B.A. - Cost-benefit analysis of surgery: current accomplishments and limitations. *Am. J. Surg.*, 133:438-46, 1977.

BARNES, B.A. - Análise do custo-benefício e do custo-eficiência em cirurgia. *Clin. Cir. Am. Norte*, 62:809-21, 1982.

BARROS, M.A.; DELMONTE, M.C.C.; EVAGILISTE, S.R.P. - Considerações gerais sobre soluções germicidas de uso hospitalar. *Rev. FCM UNICAMP*, 1:58-60, 1989.

BARTOLOMUCCI, A.C.; UNGARI FILHO, O.; BERTHOUD, A.D. - Laparotomia transversa versus vertical como via de acesso na cirurgia da litíase biliar. Um estudo prospectivo. *Rev. Col. Cir.*, 18:125-31, 1991.

BAUER, J.J.; GELERT, I.M.; SALKY, B.A.; KREEL, L. - Is routine postoperative nasogastric decompression really necessary? *Ann. Surg.*, 201:233-6, 1985.

BERRY, F.A. - Pre-operative assessment and general management of out-patients. *INT. Anesthesiol. Clin.*, 20:3-10, 1982.

- BLANC, J.J.P.; HAY, J.M.; HARDOVIN, J.P.; MAILLARD, J.N.- Diagnostic étiologique des icteres cholestatiques par mini-laparotomie. **Nouv. Presse Med.** 5:1065, 1976.
- BOHEM, J.M.A. - Surgical infections and prophylaxis current option in infections. **Diseases**, 4:520-4, 1991.
- BRENNER, S.; CAMPOS, A.C.L.; SOUZA, F.J.; BRENNER, A.S. - Colangiografia per-operatória: uso de rotina ou seletivo? **Rev. Col. Bras. Cir.**, 17:124-8, 1990.
- CAMERON, J.C. & GADACZ, T.R. - Laparoscopic cholecystectomy. **Ann. Surg.**, 213:1-2, 1991.
- CLAVIEN, P.A.; SANABRIA, J.R.; MENTHA, G.; BORST, F.; BUHLER, L.; ROCHE, B.; CYWES, R.; TIBSHIRANI, R.; ROHNER, A.; STRASBER, S.M. - Recent results of elective open cholecystomy in a North American and a European Center. **Ann. Surg.** 216:618-26, 1992.
- COHEN, D.D.& DILLON, J.B. - Anesthesia for outpatient surgery. **JAMA**, 196:1114-7, 1966.
- COELHO, J.C.U.; CAMPOS, A.C.L.; WIEDERKEHR, J.C.; PEREIRA, J.C.; ANDRIGUETTO, P.C. - Modificações na apresentação clínica e no resultado do tratamento cirúrgico da colelitíase nas duas últimas décadas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 19:148-51, 1992a.
- COELHO, J.C.U.; MARCHESINI, J.B.; CAMPOS, A.C.L.; CAMARGO, C.A.; GRILLO, M.A.; CAMPOS, G.M.R. - Colecistectomia por mini-laparotomia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 19:213-5, 1992b.
- CORLETTE, M.B. - Cholecystectomy in a community hospital. **AM. J. Surg.**, 140:419-20, 1980.
- CRUSE, P.J.E. & FOORD, R. - A five year prospective study of 23,649 surgical wounds. **Arch. Surg.**, 107:206-9, 1973.

- CRUSE, P.J.E. & FOORD, R. - The epidemiology of wound infection a 10 year prospective study of 62,939 wounds. **Surg. Clin. North. Am.**, 60:27-40, 1980.
- CUCCHIARO, G.; WATERS, C.R.; ROSSITCH, J.C.; MEYERS, W.C. - Death from gallstones: incidence and associated clinical factors. **Ann. Surg.**, 209:149-51, 1988.
- CUSCHIERI, A. - Minimal access surgery and the future of international laparoscopy. **Ann. J. Surg.**, 16:404-7, 1991.
- DAR, M.S. & BABAR, A.M. - Cholecystectomy with and without drainage. **J. Park. Med. Assoc.**, 41:6-8, 1991.
- DAVIS, J.E. - The need to redefine levels of surgical care. **JAMA**, 251:25-7, 1984.
- DAVIS, J.E. - The future of major ambulatory surgery. **Surg. Clin. North. Am.**, 67:893-901, 1987.
- D'ALBUQUERQUE, L.A.C.; MIRANDA, M.P.; GENZINE, T.; MENICONI, M.T.; COPSTEIN, J.L.M.; SANTOS, T.E.; SILVA, A.O. - Colectistectomia laparoscópica versus colecistectomia por minilaparotomia: estudo comparativo de 66 casos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 20:1-5, 1993.
- DEL GUERCIO, L.R.M.; METTA, M.; KLINE R.; KUSMAK, L.; MATTEY, W. - Savings through the direct approach to Jaundice. **Am. J. Surg.**, 127:157-61, 1974.
- DIETRICH, N.A.; CACIOPPO, J.C.; DAVIS, R.P. - The vanishing elective cholecystectomy. **Arch. Surg.** 123:810-14, 1988.
- DUBOIS, F. & BERTHELOT, B. - Cholécystectomie par mini-laparotomie. **Nouv. Press Méd.**, 11:1139-41, 1982.
- DUBOIS, F.; BERTHELOT, B.; LEVARD, H. - Cholecystectomie sous coelioscopie 330 cas. **Chirurgie**, 116:248-50, 1990.

- FERRAZ, E.M. - Manual de controle de infecção em cirurgia. São Paulo E.P.V. 1982.
- FERRAZ, E.M.; VASCONCELOS, M.D.M.N.; VIANA, V.P.; FERRAZ, A.A.B.; COELHO, A.R.B.; SOUZA, A.P. - Infecção de ferida cirúrgica: avaliação do custo e da permanência hospitalar. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 16:153-5, 1989a.
- FERRAZ, E.M.; MENEZES, P.P.B.; MATHIAS, C.A.; ALBUQUERQUE-FILHO, P.C.; FERRAZ, A.A.B.; AGUIAR JADE, A.; LUINA, F.E.B.A.; BACELAR, T.S.; FERREIRA-FILHO, H.A.; SOUZA, A.P.; COELHO, A.R.B. - Estudo prospectivo e randomizado da utilização de sonda nasogástrica no pós-operatório imediato da cirurgia geral. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 16:152-3, 1989b.
- FERRAZ, E.M.; BACELAR, T.S.; MELO, E.; FERRAZ, A.A.B. - Cholecystectomy by minilaparotomy on an outpatient basis: an analysis of 36 patients. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, 7:47-50, 1992.
- FINLAYSON, N. - Cholecystectomy for gallstones a good thing if they cause symptoms. *Br. Med. J.*, 298:132-3, 1989.
- FISCHER, J.M. - Ambulatory approach cholecystectomy in the ambulatory setting: a case study. *J. Post. Anest. Nurs.*, 3:342-4, 1988.
- FORD, F. & REED, W. - The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care. *Ariz. Med.*, 26:801-7, 1969.
- FRANKEL, A.M. & HOROWITZ, G.D. - Nasoduodenal tubes in short stay cholecistectomy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 168:433-6, 1989.
- FRAZEE, R.C.; ROBERTS, J.W.; OKESON, G.C.; SYMMONDS, R.E.; SNYDER, S.K.; HENDRIKS, J.C.; SMITH, R.W. - Open versus laparoscopic cholecystectomy. A comparison of postoperative pulmonary function. *Ann. Surg.*, 213:651-4, 1991.
- GADACZ, T.R.; TALAMINI, M.A.; LILLEMOR, K.; YEO, C. - Laparoscopy cholecystectomy. *Surg. Clin. North AM.*, 70:1249-62, 1990.

- GADACZ, T.R. & TALAMINI, M.A. - Traditional versus laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.*, 161:336-8, 1991.
- GANEY, J.B.; JOHNSON, P.A.Jr.; PRELLAMAN, P.E.; McSWAIN, G.R. - Cholecystectomy: clinical experience with a large series. *AM. J. Surg.*, 151:352-3, 1986.
- GLENN, F. & GLAFE Jr., W.R. - Historical events in biliary tract surgery. *Arch. Surg.* 93:848-52, 1966.
- GOCO, I.R. & CHAMBERS, L.G. - Mini-cholecystectomy and operative cholangiography - A means of cost containment. *Am. Surg.*, 49:143-5, 1983.
- GOCO, I.R. & CHAMBERS, L.G. - Dollars and cents mini-cholecystectomy and early discharge. *South. Med. J.* 81:162-3, 1988.
- GOLDBERG, I.M.; GOLDBERG, J.P.; LIECHTY, R.D.; BUERK, C.; EISEMAN, B.; NORTON, L. - Cholecystectomy with and without surgical drainage. *Am. J. Surg.* 130:29-32, 1975.
- GRACE, P.A.; QUERESHI, A.; COLEMAN, J. - Reduced postoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Gynecol. Obst.*, 78:160-62, 1991.
- GUTMAN, H.; KOTT, I.; HADDAD, M.; REISS, R. - Changing trends in surgery for benign gallbladder disease. *AM. J. Gastroent.* 83:545-8, 1988.
- HALL, R.C. - Short surgical stay: two hospital days for cholecystectomy. *Am. J. Surg.*, 154:510-4, 1987.
- HALPEN, A. - Obesidade. In: WAJCHENBERG. B.L. - *Tratado de endocrinologia clínica*. São Paulo, Roca, 1992. p.911-21.

- HEBERER, G.; PAUMGARTNER, G.; SAUERBRUCH, T. - A retrospective analysis of 3 year's experience of an interdisciplinary approach to gallstones disease including shok-waves. *Ann. Surg.* 208:274-8, 1988.
- HERMANN, R.E. - The spectrum of biliary stone disease. *Am. J. Surg.*, 158:171-3, 1989.
- HERRINGTON Jr. , J.L.- Additional experience with elimination of rouinnasogastric suction following gastric operations. *Surgery*, 71:132-5, 1972.
- HOFFMANN,J. & LORENTZEN,M. - Drainage after cholecystectomy. *Br. J. Surg.*, 72:423-7, 1985.
- JOHNSON, L. THISTLE, T.L.; GERALD, R.M. - Dissolution of cholesterol gallbladder stones by methyl-terbutil ether administered by percutaneous transhepatic catheter. *N. Engl. J. Med.*, 320:633-9, 1989.
- KOOS, P.T. & McCOMAS, B. - Shaving skin depilatory cream for preoperative skin preparation: a prospective study of wound infection rates. *Am. J. Surg.* 145:377-9, 1983.
- LANGENBUCH, C.J.A. - Ein fall von extirpation der gallenblase wegwn chronisaher cholelithiasis: Heilung. *Berliner Klin. Wochenschr*, 19:725-7, 1882.
- LEDET, JR. W.P. - Ambulatory cholecystectomy without disability. *Arch. Surg.* 125:1434-5, 1990.
- LYGIDAKIS, N.J. - Operative risk factors of cholecystectomy-choledochotomy in the elderly. *Surg. Gynecol. Obst.* 157:15-9, 1983.
- MERIDY, H.W. - Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: a retrospective study of 1,553 cases. *Anesth. Analg.*, 61:921-26, 1982.

MERRIL, J.R. - Minimal trauma cholecystectomy. A "No touch" procedure in a "Well". *Am. Surg.*, 54:256-61, 1988.

MOFTI, A.B.; AHMED, I.; TANDON, R.C. - Routine or selective peroperative cholangiography. *Br. J. Surg.*, 73:548-50, 1986.

MORTON, C.E. - Cost containment with the use of "mini-cholecystectomy" and intraoperative cholangiography. *Am. Surg.*, 51:168-9, 1985.

MORENO-SANCHES, D. - Tratamiento de la coledocistitis. I. parte - Ácidos biliares. *Rev. Esp. Enf.*, 77:159-64, 1990.

MOSS, G. - Postoperative ileus in an avoidable complications. *Surg. Gynecol. Obst.*, 148:81-2, 1979.

MOSS, G. - Mini-trauma cholecystectomy. *J. Abdom. Surg.*, 25:66-74, 1983.

MOSS, G. - Discharge within twenty four hours of elective cholecystectomy the first 100 patients. *Arch. Surg.*, 121:1159-61, 1986.

NASCIMENTO, J.R.A. & CAPOROSSI C. - Alta precoce em colecistectomia. *Rev. Col. Bras. Cir.* 19:152-5, 1992.

NEUGEBAUER, E.; TROIDL, H.; SPANGENBERG, W. - Conventional versus laparoscopic cholecystectomy and the randomized controlled trial. *Br. J. Surg.*, 78:150-4, 1991.

NOGUEIRA, C.E.D.; CÂMARA, H.E.B.; COUTINHO, F.L.; ANTUNES, A.P. - Colecistectomia por mini-laparotomia. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 19:99-103, 1992.

O'DWYER, P.J.; MURPHY, J.J.; O'HIGGINS, N.J. - Cholecystectomy through a 5cm subcostal incision. *Br. J. Surg.*, 77:1189-90, 1990.

- OLIVEIRA, M.R.; SPERANZINI, M.B.; JUNQUEIRA, JR. A.R. - A atualidade da cirurgia ambulatorial. *Rev. Bras. Ed. Med.* 9:52-4, 1985.
- PAREJA, J.C.; CALLEJAS-NETO, F.C.; RAMOS, M.L.C.; LEÃO, S.C.P. CHAIM, E.A.; PILLA, V.F.; LEONARDI, L.S.; - Minilaparotomy for cholecystectomy. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, 7:51-3, 1992.
- PÉLISSIER, E.P. - Une technique de cholecystectomie par minilaparotomie sans section musculaire. *Ann. Chir.*, 43:521-23, 1989.
- PÉLISSIER, E.P.; BLUM, D; MEYER, J.M.; GIRARD, J.F. - Cholecystectomy by minilaparotomy without muscle section: a short-stay procedure. *Hepatogastroenterology*, 39:294-95, 1992.
- PERISSAT, J.; COLLET, D.; BILLIARD, R. - Gallstones: laparoscopic treatment cholecystectomy, and lithotripsy - our own technique. *J. Surg. Endosc.*, 4:1-5, 1990.
- REDDICK, E.J. & OLSEN, D.O. - Laparoscopic laser cholecystectomy, a comparison with mini-lap cholecystectomy. *Surg. End.*, 5: 1-3, 1989.
- REDDICK, E.J.; OLSEN, D.O.; DANIELL, J.F.; SAYE, W.B. - Laparoscopic laser cholecystectomy. *Lasers Med. Surg, News Advances.*, 711:38-40, 1989.
- REDER, V.A.; FINEBERG, H.V.; ROSOFF, C.B.; WHITE, L.S. - Shorter length of stay for simple cholecystectomy: cost-effectiveness of alternative strategies. *Med. Care*, 21:745-53, 1983.
- RODA, E.; BAZZOLI, F.; MARSELLI LABATE, A.M. - Ursodeoxycholic acid v.s. chenodeoxycholic acid as cholesterol gallstones dissolving agents: a comparative randomized study. *Hepatology* 2:804-5, 1982.
- RONAGHAN, E.J.; MILLER, S.F.; FINLEY, R.K. Jr - A estatistical analysis of drainage versus nondrainage of elective cholecystectomy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 162:253-55, 1986.

- SACKMANN, M.; DELIUS, M.; SAUERBRUCH, T.; HOLLS, S.; WEBER, W.; IPPISCHE, E. - Shock wave lithotripsy of gallbladder stones. *N. Engl. J. Med.*, 318:393-7, 1988.
- SALEMBIER, Y. - Cholécystectomie par une courte incision transversale. *Presse Med.* 15:210-11, 1986.
- SALTZTEIN, E.C.; MERCER, L.C.; PEACOCK, J.B.; DOUGHERTY, S.H. - Twenty-four hour hospitalization after cholecystectomy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 173:367-70, 1991.
- SALTZTEIN, E.C.; MERCER, L.C.; PEACOCK, J.B.; DOUGHERTY, S.H. - Outpatient open cholecystectomy. *Surg. Gyn. Obstet.*, 174:173-5, 1992.
- SAKLAD, M. - Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology*, 2:201-3, 1941.
- SEROPEAN, R. & REYNOLDS, B. - Wound infection after preoperative depilatory versus razar preparation. *AM. J. Surg.* 121:251-4, 1971.
- SMALL, D.M. - In: BOCKUS, H. - *Gastroenterology*. 3ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1976. p.740-1.
- SOPER, N.J.; BARTEAU, J.A.; CLAYMAN, R.V.; ASHLEY, S.W.; DUNNEGAN, D.L. - Comparison of early postoperative results for laparoscopic versus standard open cholecystectomy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 174:114-8, 1992.
- STEIN, H.D. - The diagnosis of jaundice by the minilaparotomy open transhepatic cholangiogram. *Ann. Surg.*, 182:386-9, 1975.
- STRACK, P.R.; NEWMAN, H.K.; LERNER, A.G.; GREEN, S.H.; MENG, C.H.; DEL GUERCIO, L.R.M.; STATE, D. - An integrated procedure for rapid diagnosis of biliary obstruction portal hypertension and liver disease of uncertain etiology. *New. Engl. J. Med.*, 285:1225-31, 1971.

STRAUSS, E. - Etiopatogenia da calculose biliar. *Prática hospitalar*, 5:18-21, 1990.

TAIT, L. - The surgical treatment of gallstones. *Lancet* 424-5, 1885.

THOMAS, A.E.; McKAY, D.A.; CUTLIP, M.B. - A monograph method for assessing body weight. *Am. J. Clin. Nut.*, 29:302-4, 1976.

TREEN, D.C.; DOWNES, T.W.; HAYES, D.H.; MCKINNON, W.M.P. - Outpatient cholecystectomy simulated in an inpatient population. *Am. Surg.* 57:39-45, 1991.

VIANNA-SALLES, R.A.R.; SANTOS Jr., A.P.; FREITAS, R.G.; ABREU-SILVA, M.L.; COELHO, C.A.A. - Colectomia com ou sem drenagem. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 19:269-71, 1992.

WEXLER, M.J.; McCLEAN, P.H.; SKINNER, G.B. - "Minilap" - An accurate, rapid and safe approach to the diagnosis of liver disease and jaundice. *Ann. Surg.*, 178:736-44, 1973.

WHITE, T.T. & HORT, J.H. - Cholangiography and small duct injury. *Am. J. Surg.*, 149:640-3, 1985.

ZILBERSTEIN, B.; CECCONELO, I.; RAMOS, A.C.; PINHEIRO, E.A.; SALLET, J.A.; PINOTTI, H.W. - Cholecystectomy via minilaparotomy. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, 7:54-6, 1992.

*HERANI, M. L. G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1990.

X. ANEXOS

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL

RELAÇÃO GERAL DA CASUÍSTICA

Nº	NOME	RG	SEXO	IDADE	GRUPO ETARIO	DATA CIRURGIA
1	A.S.C.	335033-5	F	30	B	19.06.91
2	E.S.B.	326011-4	F	40	B	26.06.91
3	P.B.F.	315031-9	M	37	B	17.07.91
4	D.G.	331011-7	F	35	B	14.08.91
5	R.G.D.	331560-8	F	42	P	21.08.91
6	W.A.C.	331052-1	M	44	B	28.08.91
7	M.F.S.	222728-2	F	23	B	04.09.91
8	R.C.S.	025749	F	30	B	11.09.91
9	J.F.D.C.	331829-2	F	54	B	25.09.91
10	L.S.S.	331840-6	F	51	B	25.09.91
11	N.G.S.	333412-9	F	51	B	02.10.91
12	I.F.L.	336978-4	F	36	B	09.10.91
13	S.D.J.	334914-4	F	27	B	23.10.91
14	C.M.C.	275727	F	54	B	23.10.91
15	B.J.S.	041220	M	54	B	25.10.91
16	H.M.C.S.	143477	F	44	B	20.11.91
17	E.M.P.B.	232752-1	F	42	B	20.11.91
18	N.P.	339038-1	F	46	B	27.11.91
19	M.P.S.	340435	F	35	P	27.11.91
20	A.H.C.M.	343228-4	M	41	B	22.01.92
21	L.P.G.	291268-1	F	30	B	29.01.92
22	M.C.A.L.M.	346420-5	F	35	B	05.02.92
23	M.C.P.S.	342468-9	F	40	B	12.02.92
24	C.G.C.	336961-1	F	44	B	09.03.92
25	M.L.Q.	342526-7	F	34	B	09.03.92
26	C.R.J.	347952-5	F	33	B	12.03.92
27	E.F.	343267-0	M	54	B	18.03.92
28	I.L.	274486-0	F	27	B	25.03.92
29	N.C.S.	352353-6	F	45	B	26.03.92
30	M.A.S.S.	354837-6	F	35	P	08.04.92
31	I.L.O.	354844-9	F	48	B	29.04.92
32	A.M.A.	322579-8	M	25	B	06.05.92
33	L.F.C.	352334	F	26	B	13.05.92
34	I.M.	173170	F	55	B	20.05.92
35	R.F.S.	226577-9	F	25	P	27.05.92
36	L.C.M.	359340-8	M	36	B	03.06.92
37	A.F.F.	361754-5	F	55	B	10.06.92
38	E.A.U.F.	361759-5	F	36	B	15.06.92
39	F.A.S.	362651-4	M	42	B	24.06.92
40	M.A.M.	291285-9	F	26	B	30.06.92

CASO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	SECCÃO MUSCULAR 'SIM/NÃO	TEMPO DA ALTA APOS CIRURGIA h
------	--------------	-----------	-----------------------------	--

1	SUPERIOR	PROFESSORA	N	8
2	SUPERIOR	DO LAR	S	8
3	SUPERIOR	PROFESSOR	S	8
4	2º GRAU	VENDEDORA	S	8
5	1º GRAU INC.	COMERCIANTE	S	5º PO
6	SUPERIOR	VENDEDOR	S	8
7	1º GRAU INC.	COPEIRA	S	8
8	1º GRAU INC.	DO LAR	S	8
9	1º GRAU INC.	DO LAR	N	8
10	1º GRAU INC.	DO LAR	N	8
11	2º GRAU	DO LAR	N	8
12	1º GRAU INC.	DO LAR	S	8
13	2º GRAU INC.	SECRETÁRIA	S	8
14	2º GRAU	ESTETICISTA	S	8
15	SUPERIOR	MAESTRO	N	8
16	SUPERIOR	ENFERMEIRA	N	8
17	1º GRAU INC.	DO LAR	S	5º PO
18	2º GRAU	VENDEDORA	N	8
19	1º GRAU INC.	DO LAR	N	8
20	SUPERIOR	ESTUDANTE	S	8
21	SUPERIOR	ENFERMEIRA	S	8
22	SUPERIOR	FISIOTERAPEUTA	S	24
23	1º GRAU INC.	DO LAR	S	8
24	1º GRAU INC.	DO LAR	S	8
25	1º GRAU INC.	RECEPCIONISTA	S	24
26	2º GRAU INC.	BALCONISTA	S	8
27	2º GRAU	CONTADORA	S	8
28	1º GRAU	COMERCIANTE	S	8
29	SUPERIOR INC.	COMERCIANTE	S	8
30	2º GRAU	DO LAR	S	24
31	1º GRAU INC.	COMERCIANTE	S	8
32	SUPERIOR INC.	AUDITOR	S	8
33	2º GRAU	DO LAR	S	8
34	1º GRAU INC.	ESTETICISTA	S	8
35	2º GRAU	ZELADORA	S	8
36	1º GRAU	VENDEDOR	S	8
37	2º GRAU	PROFESSORA	S	8
38	1º GRAU INC.	DO LAR	S	8
39	1º GRAU	EMPRESÁRIO	S	8
40	2º GRAU INC.	AUX. ENFERMAGEM	N	8

ANEXO I

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL

ENTREVISTA DA ENFERMAGEM

HC -

NOME

ENDEREÇO

BAIRRO

CEP

TELEFONE

IDADE

SEXO feminino masculino

PRÉ-OPERATÓRIO: ORIENTAÇÕES GERAIS QUANTO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO E O ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NO PROGRAMA DE COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL

P.A.

PULSO

TEMPERATURA

PÓS-OPERATÓRIO:

DATA CIRURGIA DATA VISITA DOMICILIAR

DADOS VITAIS: P.A. PULSO TEMPERATURA

INCISÃO CIRÚRGICA:

COND. DE HIGIENE: Moradia Corporal

ALIMENTAÇÃO:

ESTADO PSICOLÓGICO:

ATIVIDADE FÍSICA:

INTERCORRÊNCIAS:

DÚVIDA DO PACIENTE:

ORIENTAÇÕES:

ANEXO II

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL
RECEITUÁRIO

NOME _____

USO INTERNO

- . Voltaren 50 1 caixa
tomar 1 comprimido (vo) de 8/8h com leite.
- . Plasil gotas 1 vidro
tomar 30 gotas (vo) se apresentar náusea/vômito.
- . Tylenol gotas 1 vidro
tomar 50 gotas (vo) se apresentar febre (temperatura > 38°C).

CAMPINAS, _____ DE _____ DE 19____ .

Dr. ELINTON A. CHAIM

OBSERVAÇÕES

- . Dieta líquida e leve no 1º dia pós-operatório;
- . O médico irá telefonar às 19:00h e 22h, do mesmo dia e às 08:00h do dia seguinte para acompanhamento;
- . No dia seguinte da alta hospitalar, a enf. Célia irá fazer visita domiciliar, às 13:00h;
- . Retorno sexta-feira no Ambulatório de Gastrocirurgia às 13h, para avaliação clínico-cirúrgica (Dia ____/____/____);
- . Entrar em contato pelo telefone 39-8365, Bip interno 431, 39-8392, 39-7965, 39-8675 no Pronto-Socorro, se houver necessidade;
- . Em caso de urgência, procurar o Pronto-Socorro da UNICAMP.

ANEXO III

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL
ENTREVISTA SOCIAL

HC -

NOME _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____

CEP _____

TELEFONE _____

IDADE

SEXO feminino masculino

ESTADO CIVIL solteiro casado viúvo separado união livre

ESCOLARIDADE analfabeto primário completo primário incompleto
 1º grau completo 1º grau incompleto
 2º grau completo 2º grau incompleto
 superior completo superior incompleto

PROFISSÃO _____

CASA PRÓPRIA sim não AUTOMÓVEL PRÓPRIO sim não

RENDA PERCAPTA até 2 sal. mínimos de 2 a 4 sal. mínimos de 4 a 6 sal. mínimos
 de 6 a 8 sal. mínimos de 8 a 10 sal. mínimos acima 10 sal. mínimos

NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM COM O DOENTE

ANEXO I U

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL PROTOCOLO

Doentes com diagnóstico previamente estabelecido por
ultra-sonografia abdominal

Critérios de inclusão utilizados:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | IDADE < 55 ANOS | 5 | RESIDIR EM CAMPINAS |
| 2 | PESO (IMC < 30) | 6 | TER ACESSO A TELEFONE EM CASA OU PRÓXIMO |
| 3 | AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS "GRAVES" ASSOCIADAS | 7 | TER SIDO AVALIADA E LIBERADA PELA ASSIS-
TENTE SOCIAL QUANTO A MORADIA E SISTEMA
FAMILIAR |
| 4 | PATOLOGIAS "LEVES" ASSOCIADAS COMPENSADAS | | |

- . A avaliação clínica e os exames laboratoriais serão realizados em nível ambulatorial (as sextas-feiras), conforme necessidade clínica de cada doente;
- . O doente comparecerá às quartas-feiras às 7:00h no Centro Cirúrgico em jejum (vo), desde às 22:00h do dia anterior;
- . A anestesia seguirá um protocolo previamente estabelecido;
- . Técnica cirúrgica: incisão transversa direita (2cm a 5cm), seccionando a musculatura ou não, será realizada colangiografia peroperatória;
- . Analgesia: Tenoxicam - 20mg i.v. pré-operatória, Diclofenaco Sódico 75mg/IN se necessário na RPA; Diclofenaco Sódico 50mg/vo de 8/8h por 48h;
- . Antibioticoprofilaxia: Cefoxitina Sódica 2,0g/ev pré-operatório e às 15:00h;
- . Às 13:00h será introduzido dieta (bolacha + suco);
- . Às 17:00h, após avaliação anestésica cirúrgica, o doente terá alta da recuperação, onde será transportado até a sua residência, de condução própria, ou, se necessário, de ambulância;
- . Às 19:00h e 22:00h e às 8:00h do dia seguinte, o cirurgião entrará em contato telefônico, para ser informado da evolução do doente. Nas intercorrências o doente entrará em contato telefônico ou através do Bip com o cirurgião de plantão;
- . Caso haja necessidade, o doente será conduzido ao Pronto-Socorro por uma ambulância para avaliação clínica;
- . No 1º pós-operatório, será realizada avaliação pela enfermeira na sua residência;
- . Retorno no 7º pós-operatório no Ambulatório para avaliação clínica.

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL

NOME _____ NO _____
 HC - DATA -

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

ANALGÉSICO (dor): _____ h
 _____ h
 _____ h

ALIMENTAÇÃO () Líquida _____ h
 () Pastosa _____ h
 () Geral _____ h

NÁUSEAS () sim () não

PLASIL _____ gotas _____ h

FEBRE () sim () não _____ Cº

DOR

GARGANTA () sim () não _____ h

CICATRIZ () sim () não _____ h

INTENS. () forte () média () fraca

DIURESE (urina): Apresentou dificuldade
 () sim () não

DISPOSIÇÃO NO DECORRER DO DIA _____

ATIV. FÍSICA: Sentar _____ h _____ h
 Deambular: _____ h _____ h
 Doméstica: _____ h _____ h

RETORNO À ATIV. DE TRABALHO NORMAL _____

OUTRAS MEDICAÇÕES TOMADAS POR CONTA PRÓPRIA _____

1º PÓS-OPERATÓRIO

ANALGÉSICO (dor): _____ h
 _____ h
 _____ h

ALIMENTAÇÃO () Líquida _____ h
 () Pastosa _____ h
 () Geral _____ h

NÁUSEAS () sim () não

PLASIL _____ gotas _____ h

FEBRE () sim () não _____ Cº

DOR

GARGANTA () sim () não _____ h

CICATRIZ () sim () não _____ h

INTENS. () forte () média () fraca

DIURESE (urina): Apresentou dificuldade
 () sim () não

DISPOSIÇÃO NO DECORRER DO DIA _____

ATIV. FÍSICA: Sentar _____ h _____ h
 Deambular: _____ h _____ h
 Doméstica: _____ h _____ h

RETORNO À ATIV. DE TRABALHO NORMAL _____

OUTRAS MEDICAÇÕES TOMADAS POR CONTA PRÓPRIA _____

7º PÓS-OPERATÓRIO - OBSERVAÇÕES MÉDICAS

COLECISTECTOMIA AMBULATORIAL

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CONFORME PESO/ALTURA E ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

Nº	PESO (KG)	ALTURA	I. M. C.
1	55	1,60	21
2	78	1,68	27
3	75	1,80	23
4	55	1,55	22
5	50	1,50	22
6	86	1,82	25
7	61	1,49	27
8	72	1,64	26
9	54	1,58	21
10	63	1,45	29
11	58	1,53	24
12	70	1,56	28
13	58	1,68	20
14	45	1,50	20
15	63	1,68	22
16	52	1,52	22
17	50	1,55	20
18	62	1,52	26
19	67	1,60	26
20	56	1,55	23
21	72	1,68	25
22	58	1,70	20
23	60	1,62	22
24	46	1,58	18
25	82	1,70	28
26	74	1,67	26
27	70	1,82	21
28	61	1,60	23
29	57	1,62	21
30	60	1,56	24
31	75	1,62	28
32	72	1,67	25
33	51	1,61	19
34	55	1,60	21
35	65	1,57	26
36	96	1,78	28
37	58	1,60	22
38	52	1,60	20
39	86	1,70	29
40	40	1,48	18