

ABCDDV/1266

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(4):297-212

DOI: /10.1590/0102-6720201600040022

Carta ao Editor

COMENTÁRIO: INTERNAÇÕES POR COLECISTITE E COLELITÍASE NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Comment: Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of Rio Grande do Sul, Brazil

José CABALLERO, Miguel TRESIERRA, Melissa DIAZ

Trabalho realizado na Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

Correspondência:

José Caballero

Recebido para publicação: 21/08/2016

E-mail: jcaballeroa2@upao.edu.pe

Aceito para publicação: 17/10/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

COMENTÁRIOS

Caro Editor:

Lemos com interesse a pesquisa recentemente publicado por Nunes CE et al¹ e acreditamos que este é um estudo muito interessante considerando o quão prevalente é a doença calculosa da vesícula biliar na América Latina. No entanto, gostaríamos de fazer algumas observações, como há alguns aspectos que podem ser discutidos.

1. Pode colecistite e colelitíase ser integradas no mesmo universo? Nós não acreditamos. A primeira é condição de emergência e requer, de acordo com seu estado no momento da admissão, tratamento médico anterior e cirurgia, que pode ser adiado e re-entrar em algum outro tempo; a segunda é admissão eletiva. Colecistite será mais propensa a ter mais hospitalizações do que colelitíase; solução cirúrgica diminui o número de hospitalizações.
2. Os autores referem-se, como uma das variáveis do estudo, o número total de hospitalizações, mas não é bem entendido; por isso que o indicador de "hospitalização/população em geral", como a diferença proporcional desta frequência relativa, é o mesmo que o número absoluto. É mais conveniente para medir a taxa específica de hospitalizações por faixa etária que faz a análise econômica da estadia hospitalar mais realista. Também é útil para medir a concentração de hospitalizações por caso e ajustá-lo por variáveis que podem ser confusas, como status socioeconômico, escolaridade, poder de compra, educação nutricional, a adesão ao tratamento; o último é, ao mesmo tempo, influenciado pelo horário de trabalho, cultura alimentar, e a capacidade de decidir a refeição de casa. Essas variáveis que poderiam ser intervenientes não estão sendo analisados no estudo: o número de vezes de admissão e a internação. Para análise mais econômica atualizada, despesas médicas já não são feitas com base em um evento, mas a partir de um processo; por isso, é necessário diferenciar hospitalizações por caso de incidente para não confundir as hospitalizações dos casos prevalentes. Isso melhora a análise econômica e permite propor intervenções sobre a questão dos custos de hospitalização para colecistite e colelitíase.
3. Em relação à gravidade da doença calculosa da vesícula biliar, os autores levantam a hipótese de que a gravidade estaria associada com as características antropométricas,

- distribuição da gordura corporal e limiar de dor; no entanto, neste ponto existem outras variáveis que podem explicar as condições de severidade em pacientes que chegam aos serviços de emergência e estes são devido à outras variáveis, tais como a automedicação, o acesso aos serviços de saúde, idiosincrasias dos pacientes, entre outros, que muitas vezes envolvem atraso no atendimento hospitalar, com o conseqüente aumento da gravidade da colecistite.
4. Em termos de mortalidade, ela foi elevada em idosos, provavelmente por estar associada à comorbidades, maior gravidade da doença na admissão hospitalar e menos reservas fisiológicas característica deste grupo de pacientes. Por outro lado, não houve nenhum critério de exclusão, o que significa que não foram misturados diagnósticos, tais como colangite, câncer da vesícula biliar, pancreatite aguda, entre outros. Além disso, a colecistectomia precoce nestes pacientes pode resultar em morbidade até 41% e mortalidade perioperatória de até 18%².
 5. Considerando a média de tempo cirúrgico da colecistectomia aberta e laparoscópica, ela é reivindicada ser semelhante entre os idosos e os jovens; no entanto, devemos diferenciar entre operação eletiva ou de emergência para estes grupos de pessoas; sabe-se que os idosos têm aumento da presença de fatores de risco para a conversão de colecistectomia laparoscópica para laparotômica, como fibrose da parede da vesícula biliar devido à colecistite repetitivo que também provoca uma vesícula biliar retraída, aumento da probabilidade de síndrome de adesão pela história de operação anterior³.
 6. Houve restrição, pois o estudo não estabeleceu se a operação foi realizada no contexto de eletivo ou emergencial; o estudo refere-se ou distingue colecistite e colelitíase, de modo que pode aproximar-se indiretamente com distribuição de dados mais precisos, o que significa que os pacientes com colelitíase são candidatos a operações eletivas e os com doenças agudas - significando colecistite - serem operados de emergência. Análise a partir desse ponto de vista teria sido mais esclarecedora e não analisar como um todo. O estudo não classifica os pacientes de acordo com a sua gravidade, ou seja, colecistite aguda de grau I, II ou III de acordo com as diretrizes de Tóquio; portanto, não podemos dizer se o tratamento era precoce, tardio ou intermediário, o que pode afetar a mortalidade.
 7. Refere-se que houve grande despesa com crianças com menos de quatro anos que evoluíram com colelitíase ou colecistite, provavelmente devido à estranheza do pensamento de colelitíase como um diagnóstico neste grupo que exige novos estudos e um tratamento mais complexo do que nos adultos⁴.

José Caballero

REFERÊNCIAS

1. Nunes EC, Rosa RDS, Bordin R. Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Arq Bras Cir Dig ABCD Braz Arch Dig Surg.* 2016;29(2):77-80.
2. Wang C-H, Wu C-Y, Yang JC-T, Lien W-C, Wang H-P, Liu K-L, et al. Long-Term Outcomes of Patients with Acute Cholecystitis after Successful Percutaneous Cholecystostomy Treatment and the Risk Factors for Recurrence: A Decade Experience at a Single Center. *PloS One.* 2016;11(1):e0148017.
3. Philip Rothman J, Burcharth J, Pommergaard H-C, Viereck S, Rosenberg J. Preoperative Risk Factors for Conversion of Laparoscopic Cholecystectomy to Open Surgery - A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Dig Surg.* 2016;33(5):414-23.
4. Chhabra SK, Ahmed Z, Massey A, Agarwal S, Vij V, Agarwal B, et al. Laparoscopic cholecystectomy in a 2 year old male child with cholelithiasis and recurrent right hypochondrial pain: Case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2016;26:142-5.

RESPOSTA

Caro Editor:

Em resposta aos comentários e questões levantadas para discussão por Caballero, Tresierra e Diaz, respeitando a mesma ordem de apresentação dos itens, temos a considerar que:

1. Nosso foco abordado, das hospitalizações por colecistite (CID-10 K80) e colelitíase (CID-10 K81), foi considerando ambas como parte do mesmo universo de doença da vesícula biliar. Como a imensa maioria dos casos de colecistite é devido à obstrução do ducto biliar pelo aparecimento de cálculos biliares (colelitíase), pareceu-nos adequado apresentar em conjunto o panorama das internações por ambas as doenças.
2. Concordamos que outras variáveis podem ser incorporadas na análise. No entanto, a nossa fonte de dados foi o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH / SUS, em Português). Este sistema de informação foi desenvolvido na década de 1980 com base no pagamento de todas as contas hospitalares do sistema público brasileiro. Este sistema é de utilização obrigatória por todos os prestadores de serviços no país e tem uma média de 11 milhões de internações por ano. Os dados são administrativos, secundários, e estão disponíveis ao público na internet. Dada a sua finalidade, a sua unidade de análise é a hospitalização e não o paciente. Devido à sua estrutura de banco de dados, carece de diversas variáveis, tais como o número de vezes de admissão dos pacientes, situação socioeconômica, nível educacional, poder de compra, educação nutricional, a adesão ao tratamento de cada paciente. Entendemos que na Tabela 2, apresentamos indicadores específicos por idade (admissões por 10.000 pessoas / ano).
3. Na verdade, outras variáveis poderiam explicar a gravidade da condição. Neste ponto, citamos apenas a referência de Peron, Schliemann e Almeida ("Compreender as razões para a recusa de colecistectomia em pacientes com colelitíase: como ajudá-los na sua decisão? ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. 2014 Apr-Jun; 27 (2): 114-19").
4. O SIH / SUS não tem dados sobre comorbidades de pacientes hospitalizados. No entanto, considerando que são cerca de 20.000 internações por ano para CID-10 K80 e K81, por um período de três anos, todos realizados pelo sistema público brasileiro no Rio Grande do Sul, entendemos que este número é representativo do perfil da população que se pretendeu apresentar.
5. O presente estudo não teve como objetivo analisar as diferenças entre admissões ou de emergência eletivas, o que efetivamente poderia ser realizado.
6. O SIH / SUS não dispõe de dados tais como a classificação dos pacientes de acordo com as diretrizes de Tóquio. Esses dados estão nos prontuários dos pacientes e não no banco de dados secundário que foi construído pelo poder público para todos os tipos de internação e não apenas colelitíase e colecistite.
7. Estamos de acordo, mas como mencionado, o SIH / SUS não tem essas variáveis. Para obter tais dados seria necessário um estudo concebido para a utilização dos dados primários. Este não é o caso do nosso artigo, que utiliza dados secundários disponíveis publicamente na internet.

Finalmente, gostaríamos de agradecer aos comentários feitos. Eles contribuíram para um exame mais aprofundado do assunto em questão a partir de outras perspectivas.

Emeline C Nunes, Roger S. Rosa e Ronaldo Bordin