

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**PROPOSTA DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL NO MANEJO DA COLECISTITE
AGUDA EM UM CENTRO REFERÊNCIA REGIONAL – HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

FREDERICO CANTARINO CORDEIRO DE ARAUJO

JUIZ DE FORA - MG

2020

FREDERICO CANTARINO CORDEIRO DE ARAUJO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL NO MANEJO DA COLECISTITE
AGUDA EM UM CENTRO REFERÊNCIA REGIONAL – HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientadora: Profa. Patrícia Oliveira Lima

JUIZ DE FORA - MG

2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colecistite aguda é o agravo cirúrgico de urgência mais frequentemente admitido e tratado pela Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU UFJF). Os residentes não dominam completamente a doença, e seu manejo é heterogêneo na instituição. **OBJETIVO:** Propor um protocolo de manejo da colecistite aguda na Cirurgia Geral - HU UFJF. **METODOLOGIA:** Revisão da literatura e diretrizes internacionais, e criação de um protocolo institucional na realidade do HU UFJF. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além de uniformizar o manejo e melhorar a assistência, espera-se que o protocolo amplie o conhecimento do residente sobre a doença.

Palavras-chave: colecistite aguda, colecistectomia, preceptoria, protocolo institucional.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1. INTRODUÇÃO

A colecistite aguda (CCA) é a principal complicação da colecistolitíase (presença de cálculos na vesícula biliar) e advém da impactação de um cálculo no infundíbulo, gerando um quadro inflamatório/infeccioso [SABISTON, 2019][JANARGIN, 2016].

Além da colecistite aguda, a colecistolitíase pode complicar-se com um quadro colestático, causado por coledocolitíase, (migração de um cálculo para o ducto colédoco); colangite (uma infecção do trato biliar comum pós coledocolitíase); ou síndrome de Mirizzi, (acometimento compressivo ou destrutivo do trato biliar comum por um cálculo grande na vesícula biliar). [JANARGIN, 2016]

Uma vez diagnosticada, seu tratamento é a implementação de antibioticoterapia e abordagem cirúrgica precoce em até 72, na forma de colecistectomia videolaparoscópica (CVL) [SABISTON, 2016][JANARGIN, 2016][MAYUMI, 2018][OKAMOTO, 2017] o que compreende a maioria dos casos.

Apresentações *não usuais* da colecistite aumentam seu grau de desafio e dificuldade: clínica atípica do paciente, complicações locais (empiema, necrose, perfuração bloqueada, perfuração livre, coleperitônio), complicações sistêmicas (leucocitose, injúria órgão alvo), síndrome colestática clínica e/ou laboratorial, acometimento da via biliar comum por contiguidade (Mirizzi) e/ou fístula biliodigestiva associada; anatomia variante local; e uso não padronizado de antibióticos [HUSSAIN, 2011][ALVAREZ, 2013][IBRAHIM, 2018].

Enquanto o manejo da colecistite aguda leve é eminentemente cirúrgico, casos não usuais irão necessitar de abordagem multidisciplinar e outros recursos, tais como: colangiografia por ressonância magnética (colangiorressonância), colangiografia intraoperatória, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e/ou drenagens percutâneas radiointervencionistas [JANARGIN, 2016][IBRAHIM, 2018][BUXBAUM, 2019]. Além disso, nesses contextos, também o tratamento cirúrgico é mais demandante, na colecistectomia difícil, na qual há maior risco de injúria da via biliar comum (hepatocolédoco) e de ramos arteriais hepáticos [HUSSAIN, 2011][ALVAREZ, 2013][IBRAHIM, 2018]. Tais lesões trazem importante impacto na quantidade e qualidade de vida do paciente [STEWART, 2014][BOOJI, 2017].

O Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU UFJF) é uma unidade de porta fechada-referenciada, admitindo pacientes eletivos ou referenciados de unidades secundárias de urgência. A macrorregião de saúde na

qual o HU UFJF se situa abrange uma população de mais de 1,5 milhão de habitantes. Por ser uma unidade terciária com acesso a rara complexidade e recursos humanos especializados, com disponível videolaparoscopia, ressonância magnética, endoscopia e radiointervenção avançados, o HU UFJF porta-se como a referência para doenças hepatobiliopancreáticas dessa região.

No Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral – HU-UFJF (PRMCG), a colecistite aguda é a principal doença cirúrgica de urgência: maior número de solicitações de vaga pelas unidades secundárias, maior número de solicitações aceitas para admissão, maior número de cirurgias de urgência. A realidade do serviço é uma presença constante de casos *não usuais* de colecistite para essa instituição.

O conhecimento dos residentes sobre o tema é pequeno, advindos da faculdade, onde foca-se no currículo nas formas usuais de apresentação da colecistite aguda. Existe uma não uniformidade no manejo pelo serviço, devido à ausência de um protocolo assistencial, tomando-se condutas caso a caso, orientados por preceptores distintos, com nuances distintas em suas orientações.

Em sendo residentes de cirurgia geral, sobretudo atuando nesse centro referência regional, há uma oportunidade ímpar de aprendizagem e melhoria da assistência, ao se levantar algumas perguntas motivadoras: Como identificar e lidar com quadros atípicos, e diagnósticos diferenciais? Como lidar com o risco de coledocolitíase e a eventual necessidade de colangiorressonância? Como manejar casos mais prolongados, cronologicamente e na história natural da doença? Como prever, reconhecer e lidar com a colecistectomia difícil? Qual o regime antibiótico de escolha?

A lacuna na formação do médico residente do PRMG no manejo da colecistite aguda, aliada à posição do HU UFJF como centro referência regional, representa uma janela ótima de oportunidade. A criação de um protocolo institucional, além dos benefícios assistenciais, trará um grande ganho pedagógico.

2. OBJETIVO

Criar um protocolo institucional assistencial no manejo propedêutico e terapêutico da colecistite aguda, a partir de diretrizes internacionais, aplicadas à realidade local, no Serviço de Cirurgia Geral do HU-UFJF, envolvendo o médico residente em sua criação e implementação.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Será um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptoria

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo será realizado no serviço de Cirurgia Geral do HU UFJF, um centro referência macrorregional no tratamento de doenças hepatobiliopancreáticas no sistema público de saúde.

O público alvo são os médicos residentes do programa de residência médica em cirurgia geral do HU UFJF.

A equipe executora é composta pelos supervisores do programa de residência médica em cirurgia geral (Dra. Ângela Barra, Dr. Frederico Cantarino), pelo chefe do serviço de cirurgia geral (Dr. Gláucio Souza), com abertura à participação de demais preceptores do serviço.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA / ELEMENTOS DE INTERVENÇÃO

São os elementos do protocolo assistencial institucional proposto: definição de caso suspeito e diagnóstico; investigação mínima necessária de cada caso; estratificação do risco de coledocolitíase associada; classificação de gravidade; o manejo segundo cada estado de gravidade; considerações do manejo quanto ao risco de coledocolitíase e a propedêutica por colangiorressonância ou colangiografia intraoperatória ou o manejo por CPRE; a escolha dos regimes antibióticos; fatores de risco e a identificação da colecistectomia difícil; alternativas à colecistectomia videolaparoscópica padrão; o papel da colecistostomia percutânea; e, por fim, a um fluxograma visual contemplando o fluxo padrão de tomada de decisão num paciente com caso suspeito e diagnóstico.

Tal fluxograma contemplando os elementos do plano de preceptoria citados encontra-se no anexo 1 deste documento.

O protocolo criado será apresentado de forma didática a todo o serviço, envolvendo os supervisores do programa de residência médica e o chefe do serviço de cirurgia geral, os preceptores e os médicos residentes, para apreciação.

Após sua apreciação, o protocolo será implementado por etapas. Inicialmente como revisão de casos já praticados fora dele, ou seja, a revisão da conduta atual de casos de colecistite, à luz do protocolo proposto. Num segundo momento, a condução de casos já segundo o protocolo proposto. Num terceiro momento, oportunamente haverá a reavaliação para melhoria do protocolo, a partir da experiência de sua implementação prática.

Para a condução e casos segundo o protocolo proposto, o mesmo será afixado em local amplamente visível, e também estará disponível por meio eletrônico de fácil acesso. Checklists para facilitar sua execução em seus elementos de intervenção também estarão disponíveis.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Toda mudança gera resistência por parte de outrem. Por vezes, a abordagem de um caso segundo o protocolo pode soar mais trabalhosa até que seja natural à cultura do serviço a sua execução. Nesse momento, pode haver resistência em sua aceitação, tanto por parte do médico residente quanto por parte dos médicos assistentes.

Ao criar-se um protocolo onde antes não havia nenhum, há a oportunidade de criar-se algo bem adequado à realidade do serviço vigente, com alta aplicabilidade. Cria-se ainda uma oportunidade para criação e outros protocolos, relativos a outros agravos e doenças, a serem aplicados na mesma realidade.

A criação de um protocolo multidisciplinar gera afinidade e melhor trabalho em equipe entre os serviços envolvidos, gerando oportunidade de aproximação dos serviços.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Antes da exposição do protocolo ao médico residente, seu conhecimento atual sobre o tema e será documentado na forma de um teste teórico-prático.

Para avaliação da implementação do protocolo, os casos de colecistite aguda serão avaliados pela preceptoria supervisora proponente do protocolo, no intuito de verificar a adesão ao protocolo, avaliar o médico residente e sempre fornecer feedback, detectar melhorias e correções a serem implementadas no protocolo, e gerar banco de dados para documentar seu impacto.

Por fim, os médicos residentes serão então novamente avaliados novamente de forma objetiva, teórico prática, no seu conhecimento sobre o tema, comparando-se com o resultado prévio, para mensuração da mudança de paradigmas e retenção do conhecimento.

O instrumento diagnóstico consistirá de casos clínicos reais, sobre os quais os residentes serão avaliados quanto a impressão diagnóstica inicial, conduta propedêutica, resultados propedêuticos, diagnóstico de trabalho e proposta terapêutica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que haja um protocolo institucional para o manejo da colecistite aguda, certamente a assistência melhorará. A melhoria da assistência praticada pelo médico residente é um sucesso pedagógico da preceptoria, que o terá ensinado em alta qualidade. No PRMCG do HU UFJF, há uma lacuna para o estabelecimento de tal estratégia.

Embora o êxito de sua implementação esteja sujeito a obstáculos ainda não previstos nesse projeto, a criação de um protocolo trará benefícios duradouros ao PRMCG do HU UFJF.

5. REFERÊNCIAS

1. SABISTON, DC, TOWNSEND, CM. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice. 20th ed. 2019
2. JARNAGIN, WR, BELGHITI, J, & BLUMGART, LH. Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas. 6th ed. 2016
3. MAYUMI, T. ET AL. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 96–100. doi:10.1002/jhbp.519. 2017
4. OKAMOTO, K. ET AL. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 55–72. doi:10.1002/jhbp.516. 2017
5. HUSSAIN, A. Difficult Laparoscopic Cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2011
6. ALVAREZ, LF. Colecistectomía laparoscópica difícil. *Rev Colomb Cir*. 2013
7. IBRAHIM, Y. Pre-operative Difficulty Score for Laparoscopic Cholecystectomy. *J GI Surg*. 2018
8. BUXBAUM, J. et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal Endoscopy*, 89(6), 1075–1105.e15. doi:10.1016/j.gie.2018.10.001. 2019

9. STEWART, L. Iatrogenic Biliary Injuries - Identification, classification and management. Surg Clin N Am. 2014

10. BOOIJ, K. A. C et al. Long-term Impact of Bile Duct Injury on Morbidity, Mortality, Quality of Life, and Work Related Limitations. Annals of Surgery. 2017

APÊNDICES

APÊNDICE 1

