

## O DIFERENCIAL PARA APENDICECTOMIA NA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Área de atuação: Enfermagem Cirúrgica

Edna Valéria Oliveira de Lucena Brito<sup>1</sup> Lucas Franklin<sup>2</sup> José Francisco Xavier Segundo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Rua Alicia Barreto, N 323, Maternidade, Patos – PB. [valeria\\_lucenaisabel@hotmail.com](mailto:valeria_lucenaisabel@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. [lucasfranklin@live.com](mailto:lucasfranklin@live.com)

<sup>3</sup> Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. [segundo.gomes@hotmail.com](mailto:segundo.gomes@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** A apendicite aguda (AA) é a principal causa de abdômen agudo cirúrgico em todo o mundo sua incidência entre 10-14 anos no sexo feminino e entre 15-19 anos no sexo masculino. A apendicectomia é o tratamento de escolha, pois, além de permitir o diagnóstico definitivo, também reduz significativamente o risco de complicações, tais como perfuração, sepse e óbito (LIMA et al., 2016). O fator causal mais importante de AA parece ser o desenvolvimento de obstrução luminal, cuja etiologia tem associação com a faixa etária – a hiperplasia linfóide é o fator mais comum encontrado em pacientes menores de 20 anos, enquanto a obstrução por fecalito é mais comum em idosos (PAPANDRIA et al., 2013). A classificação de doenças de acordo com estágio de evolução é importante para avaliar a gravidade e o prognóstico, além de permitir a elaboração de protocolos de orientação terapêutica e de pesquisa. O tratamento cirúrgico consiste na remoção do apêndice utilizando técnica aberta, segundo uma metodologia de cirurgia descrita por McBurney em 1894, ou através da apendicectomia laparoscópica, descrita por Semm em 1983 (GOMES et al., 2006).

**OBJETIVO:** Difundir entre a comunidade acadêmica informações sobre a etiologia, a classificação cirúrgica, as intervenções de enfermagem e os métodos utilizados para a realização da apendicectomia.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, realizada em novembro de 2016 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SCIELO - Scientific Electronic Library Online e utilizando os seguintes descritores: apendicite, diagnóstico, cirurgia e apêndice. A partir dessa busca, foram selecionados cinco artigos, tendo como critérios de inclusão ser nacionais, terem sido publicados entre 2001 e 2016, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A apendicectomia é uma intervenção cirúrgica destinada a proceder à remoção do apêndice vermicular (também designado de ileocecal), uma pequena estrutura tubular, que se constitui como um pequeno prolongamento do ceco medindo aproximadamente 10 cm de comprimento, localizado na porção inicial do intestino grosso. Esta intervenção surge em sequência do surgimento de uma apendicite (ROTHROCK, 2007). A inflamação do apêndice pode decorrer de uma infecção por microrganismos, a nível do trato digestivo ou devido a qualquer problema que origine uma obstrução das fezes. A apendicite pode ser do tipo crônico, de evolução lenta, ou aguda. Apendicite aguda é a doença mais frequente do apêndice vermiforme e a operação é a conduta de primeira escolha para o seu tratamento. Sua incidência é mais frequente em jovens em idade escolar e adolescentes, predominando no sexo masculino. (ROCHA et al., 2001). Outras complicações possíveis são

a disseminação da infecção para a parede abdominal, obstrução ureteral, trombose venosa (sistema portal) e abscessos hepáticos. O mecanismo principal de origem da apendicite é a obstrução de seu lúmen, pela presença de fecálito (mais comum), hiperplasia linfóide, corpo estranho ou tumor (MONTANDON et al., 2007). Os sintomas caracterizam-se pelo surgimento de uma dor na zona abdominal inferior, no quadrante direito, que se inicia próximo ao umbigo e se prolonga para baixo e para a direita, sendo acentuada pelo movimento corporal. Surge também sensibilidade ao toque no abdômen, podendo ser acompanhada de alterações do trânsito intestinal (diarreia ou prisão de ventre), vômitos, náuseas, febre pouco elevada, perda de apetite e abundantes suores na zona abdominal (ROTHROCK, 2007). O diagnóstico é realizado com base na análise dos sintomas, palpação abdominal e análises sanguíneas, nomeadamente, para observação do número de glóbulos brancos circulantes, possíveis indicadores de uma infecção. Outro meio de diagnóstico complementar possível é a observação da cavidade abdominal, através do recurso a um aparelho de ecografia. O diagnóstico precoce é essencial para minimizar a morbidade da doença. A utilização dos métodos de imagem significou grande avanço no diagnóstico desta entidade, até então avaliada apenas com base na história clínica, no exame físico e dados laboratoriais, haja vista que 20% a 33% dos pacientes apresentam sintomas atípicos. (MONTANDON et al., 2007). A apendicectomia é uma cirurgia curativa que tem por finalidade debelar a doença, sendo também classificada como uma cirurgia potencialmente contamina, pois apresenta flora bacteriana natural. Esse tratamento cirúrgico requer pronta atenção deve ser realizado dentro 24 e 48 horas, porém, poder ser um procedimento de emergência caso tenha ocorrido a ruptura do apêndice. Esta cirurgia tem duração de até 2 horas, sendo considerada uma cirurgia de porte I. O diagnóstico de enfermagem "risco de volume de líquidos deficientes" é definido pelo risco de desidratação vascular, celular e intracelular. Frequentemente, nessa situação, a desidratação em crianças pode se instalar por uma combinação de duas causas: vômitos e perda de líquidos em excesso por meio da sudorese provocada pela febre. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. (RIBEIRO et al., 2010). A apendicectomia é passível de ser realizada pelo processo tradicional, através da realização de um corte de abertura na zona abdominal, ou através de cirurgia laparoscópica, que deixa uma cicatriz muito menos visível, graças a serem efetuados apenas pequenos cortes para inserção de uma microcâmara de vídeo e dos instrumentos cirúrgicos. O tratamento da apendicite é a retirada do apêndice, podendo ou não ser seguido de antibioticoterapia, dependendo do aspecto do apêndice no intraoperatório. Atualmente, o método indicado para a realização da apendicectomia é a cirurgia videolaparoscópica, realizada mediante três pequenas incisões, com o auxílio de um monitor. Esse tipo de cirurgia permite uma recuperação mais rápida, dado o pequeno tamanho das incisões, além de melhor efeito estético. Além disso, a cirurgia videolaparoscópica permite a inspeção de toda a cavidade abdominal, excluindo-se, assim, outras causas de dor abdominal que não a apendicite. O tempo de internação varia de 24 a 72 horas em média, dependendo da recuperação do paciente e do grau de contaminação da cavidade abdominal. (RIBEIRO et al., 2010).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De maneira pouco convincente, o diagnóstico de apendicite, passou a ser utilizado para explicar situações de dor abdominal crônica sem causa aparente. Desse modo a apendicectomia tornou-se um dos mais comuns procedimentos cirúrgicos nas últimas décadas, com pouca contestação, como podemos constatar através de diversas literaturas. Deduz-se por esses trabalhos que o desconhecimento quer seja da fisiopatologia ou dos aspectos clínicos da apendicite crônica e da

apendicite recorrente pode levar a maus resultados nos pós-operatório. Para finalizar, é importante salientar as características clínicas do diagnóstico com ênfase no exame físico e os aspectos histopatológicos desses pacientes, como presença elevada de leucocitose. Baseando-se em nossos resultados e naqueles relatos da literatura, consideramos que a apendicite já não deve ser uma controvérsia ou dúvida, mas um fato real, de importâncias clínica e acadêmica. Podemos afirmar que constitui uma patologia distinta e bem caracterizadas e devem ser lembrada no diagnóstico diferencial nos casos de dor no quadrante inferior direito de longa duração, crônica ou recorrente. Portanto, informações acerca dessas entidades devem ser amplamente divulgadas na literatura científica e nos cursos de saúde.

**DESCRITORES:** Apendicite. Diagnóstico. Cirurgia. Apêndice.

## REFERÊNCIAS

1. GOMES, et al. Classificação laparoscópica da apendicite aguda: correlação entre graus da doença e as variáveis perioperatórias. Rio de Janeiro: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 33, n.5, p.289-293, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912006000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000500006)> Acesso em 06/04/2017.
2. LIMA, et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rio de Janeiro: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.43, n.4, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt\\_0100-6991-rcbc-43-04-00248.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00248.pdf)> Acesso em 08/04/2017.
3. MONTANDON, et al. Apendicite aguda: achados na tomografia computadorizada-ensaio iconográfico. Goiânia: **Revista de Radiologia Brasileira**, v. 40, n.3, p. 193-199, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842007000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842007000300012)> Acesso em 07/04/2017.
4. PAPANDRIA, et al. Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis. **Journal of Surgical Research**, v.184, n.2, p.723-729, 2013. Disponível em <[http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(12\)01952-X/abstract?cc=y](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(12)01952-X/abstract?cc=y)> Acesso em 08/04/2017.
5. RIBEIRO, et al. Diagnóstico de enfermagem em crianças de pós-operatório de apendicectomia. Fortaleza: **Revista Mineira de Enfermagem**, v.11, n.1, p.1-8, 2010. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/3>> Acesso em 06/04/2017.
6. ROCHA, et al. Apendicite crônica e apendicite recorrente. Artigo de revisão e apresentação de casuística. **Revista Acta Cirúrgica Brasileira**, v.16, n.1, p.1-6, 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-86502001000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502001000500022)> Acesso em 08/04/2017.
7. ROTHROCK, C. J. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.427-428. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/reuusp/article/view/40321>> Acesso em 07/04/2017.