

**ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM APENDICITE AGUDA,  
SUBMETIDO À APENDICETOMIA.**

Área de Concentração: Ciências Básicas

**Karla Augusta Ramalho Leite dantas**<sup>1</sup>; Janiele Paulino Alves<sup>2</sup>; Maria Isaianny Campos Chagas<sup>3</sup>; Maria Luiza Menezes<sup>4</sup>; Sheila da Costa Rodrigues Silva<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem 1, karladantas.dantas@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem 2, janielepaulinony15@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem 3, isaianny.campos@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem 4, marialuizamenezes2009@hotmail.com

<sup>5</sup> Docente da Faculdades Integradas de Patos 5, sheilarodrigo@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Apêndice é um órgão vestigial com estruturas atrofiadas e no ser humano não desempenha uma função tão importante. Nasce, caracteristicamente, do encontro pósteromedial do cécum na junção das três tênias do cólon, cerca de 1 a 2 centímetros abaixo do íleo. Ele tem em torno de 9 centímetros de comprimento (com variação de comprimento de 3 a 13 centímetros) Sua posição é variável. Pode estar na cavidade peritoneal em sua posição característica na fossa ilíaca direita, ou sepultada sob o íleo terminal ou ainda atrás do ceco. Se o ceco é baixo, o apêndice pode situar-se inteiramente na pelve verdadeira, ou estar projetado sobre o bordo da pelve, cruzando os vasos ilíacos, caso o ceco seja alto, pode estar localizado atrás do mesmo e ascender ao hipocôndrio direito. É importante salienta que essa variação existente no posicionamento do apêndice é responsável pelas diversas eclosões clínicas que existe, o que resulta em determinadas situações que causa dificuldades no diagnóstico. Há uma classificação para apendicite na concepção anatomo-patológico, sendo essas relacionadas em: Catarral, Perfurada, gangrenada e flegmonosa. Essa divisão representa os estágios evolutivos da doença. O aspecto catarral mostra-se em um estágio inicial, dessa forma o processo inflamatório estará limitado à mucosa e submucosa. No estágio flegmonosa nota-se mudanças mais acentuadas, que irão comprometendo todas as camadas do órgão. A serosa é congesta, com acúmulo de fibrina. Nesse momento pode ser notado exsudato serofibrinoso nas vizinhanças do apêndice. Outra forma é a gangrena que com o decorrer do tempo pode progredir para a perfuração, esse feito pode ocasionar no extravazamento do conteúdo apendicular altamente contaminado para dentro da cavidade peritoneal. A apendicite aguda é uma inflamação e infecção do apêndice cecal que acometem indivíduos de várias idades, sendo mais comuns entre adolescentes em consequência da obstrução de fezes, onde ocorrerá a proliferação de bactérias e parasitas intestinais nessa região é uma doença de maior frequência de tratamento local e sistêmico que pode variar de com o grau e evolução da doença. A dor abdominal é uma das características sua intervenção precoce ajuda na melhora do paciente para o tratamento sendo adotadas três formas: antibioticoterapia, antibioticoterapia com apendicectomia tardia, ou apendicectomia precoce, entretanto a grande maioria dos cirurgiões opta pela realização da apendicectomia por conta da condição inflamatória progressiva da doença, visto que a realização da cirurgia tem como objetivo a prevenção de complicações, principalmente as decorrentes da perfuração do órgão. É importante lembrar que a apendicite aguda apresenta índices elevados de morbidade quando passada despercebida pelo médico menos cuidadoso. Como agravante, o erro diagnóstico proporciona maior risco nos pacientes. Os exames radiológicos e laboratoriais tem uma participação ativa no auxílio diagnóstico. A apendicectomia é um procedimento cirúrgico bastante utilizado e de urgência, indicado para a exérese do apêndice cecal nos processos agudos e crônicos, cujo diagnóstico é eminentemente clínico baseado na história natural e exame físico no intuito de confirmar o diagnóstico e encaminhar o paciente para cirurgia de

retirada. Em suas manifestações clínicas, a dor abdominal é o primeiro sintoma e, frequentemente, se localiza de forma imprecisa na área periumbilical ou epigástrico. Em geral, a dor é do tipo cólica, difusa acompanhada de perda de apetite ou náuseas e mesmo vômitos, porém, à medida que o processo inflamatório peritoneal avança, passa a ser contínua e o paciente pode sentir dor pélvica ou dor no quadrante superior direito, dependendo da sua localização. O enfermeiro através do exame físico gastrointestinal poderá identificar expressões dolorosas na descompressão, o exame físico permite que o profissional tenha um contato direto com seu cliente é através da anamnese possa descobrir a patologia, importante que se fazer o Blumberg que consiste em palpar o quadrante inferior direito, caso o indivíduo relate sentir dor nessa localidade pode ser uma suspeita de apendicite. Entretanto, é um exercício cognitivo que envolve o raciocínio lógico e o reconhecimento de padrões e suas probabilidades relativas, para afastar algumas possibilidades. Outras formas também estão sendo utilizadas para substituir a cirurgia, a antibioticoprofilaxia que pode diminuir a incidência de infecções cirúrgicas, no entanto seu benefício deve ser pesado contra os riscos de toxicidade e reações alérgicas, surgimento de resistência bacteriana, interações medicamentosas e superinfecção, mas sem risco de seqüela funcional ou estética. Esta revisão objetiva a discussão sobre a apresentação atípica da apendicite como forma de assistências de Enfermagem no esclarecimento das suas particularidades desde o seu diagnóstico até o momento que compreendem o ato cirúrgico, transoperatório e pós-operatório.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão literária com abordagem descritiva, realizada a partir da busca em artigos indexados no Google Acadêmico. Foram selecionados quatro artigos para a análise e construção deste trabalho que ocorreram no período de fevereiro a março de 2017. Como critérios de inclusão foram adotados os artigos datados entre os anos de 2010 a 2017, escrito em língua portuguesa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os artigos analisados abordam de forma ampla com base em opiniões de diversos autores ao qual relatam a apendicite aguda como uma patologia comum que pode acomete em geral jovens de faixa etária entre 15 a 25 anos e requer um olhar cauteloso, visto que pode causar a obstrução da luz do apêndice. Por consequência dessa oclusão da luz do apêndice acarreta em um aumento da secreção de muco pela mucosa apendicular distal com aumento da pressão intraluminal, que pode atingir até 65 mmHg. Dessa forma vai ocorrer uma dificuldade do retorno venoso, estase, edema e diapedese. A distensão do apêndice estimula terminações simpáticas, originando uma dor abdominal difusa, normalmente periumbilical. Com a progressão do edema e o aumento da pressão intraluminal, começa a ocorrer isquemia da mucosa e o aparecimento de ulcerações induzindo à quebra da barreira mucosa e à ocupação da parede do apêndice pela flora intestinal. O processo infeccioso pode atingir a serosa e, por proximidade, o peritônio parietal, diante dessa invasão provoca dor no quadrante inferior direito. A persistência da obstrução leva à necrose do apêndice e à sua perfuração. Em 2012, Samiksha Bansal e colaboradores (29) publicaram um estudo retrospectivo incluindo 281 crianças com menos de cinco anos de idade. O objetivo do autor era observar a influência da idade na apresentação da doença (apendicite simples ou perfurada). Os dados demonstraram uma correlação entre a precocidade da doença com a tendência à perfuração. Apesar da morfologia grave, foi possível observar que, em crianças mais jovens, há pouca formação de abscesso. Outro dado relevante do estudo é o tempo para diagnosticar a doença. No estudo, quanto mais jovem a criança, maior o atraso no diagnóstico. As limitações deste estudo consistem no fato de a avaliação clínica ser um processo subjetivo, diante disso, o processo diagnóstico esta sujeito a incertezas. Entretanto os resultados deste estudo favoreceram a identificação das necessidades de cuidados de doentes internados em clínica cirúrgica submetida a cirurgias de apendicectomia, contribuindo para o levantamento

de intervenções específicas de enfermagem. Sabe-se hoje que a infecção do sítio cirúrgico (ISC) é a segunda em termos de incidência, sendo superada apenas pela infecção do trato urinário.

**CONCLUSÕES:** A apendicectomia por ser um problema que acomete milhares de brasileiros, anualmente, e que tem sua prática acompanhada de alta incidência, ainda hoje, é fator de risco no que diz respeito a infecções, sendo inclusive a segunda em incidências tanto em crianças, como em jovens de diferentes idades. Assim, faz-se necessário que medidas profiláticas sejam aprimoradas, permanentemente, no sentido de minimizar números e complicações relacionadas ao tipo de procedimento cirúrgico. A profilaxia sistêmica antimicrobiana se mostra como uma poderosa medida preventiva de infecção da área cirúrgica. Todavia, deve-se ter em mente que a esse tipo de medida antimicrobiana é apenas parte de um processo mais amplo que inclui: qualidade técnica do profissional executor do procedimento cirúrgico, de um bom uso de aparatos de biossegurança da equipe de saúde, ou seja, de um sistema organizado que seja capaz de assegurar um meio mais seguro e eficaz para o procedimento de apendicectomia. Caberá a Enfermagem possibilitar um plano assistencial individual e ações eficazes e imediatas a possíveis problemas, com bases na sistematização do cuidado de enfermagem no pós-operatório de apendicectomia.

**Palavras-Chave:** Apendicite, Assistência, Enfermagem.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. MATOS, B.; SANTANA, C.; SOUZA, D.; RODRIGUES, E. et al. Subsídio do modelo teórico de Roy no cuidado ao adulto jovem submetido à apendicectomia. Rev Med. Minas Gerais, v.21, n 2 Supl 4), p. S1-S113, 2011. VI Conclave dos Acadêmicos de enfermagem da universidade positivo (CONAENF). Disponível em: [www.up.edu.br/CmsPositivo/uploads/imagens/anais\\_finalizados.pdf](http://www.up.edu.br/CmsPositivo/uploads/imagens/anais_finalizados.pdf). Acesso em: 18 de mar. 2017.
2. SANTOS, G. P. C.; Há Ainda Espaço para o Exame Físico no Diagnóstico de Apendicite Aguda? Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 2013 set./nov.; v. 4; n. 1;p.56-62. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130731\\_225435.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130731_225435.pdf). Acesso em: 20 de mar. 2017.
3. PACHECO, A. S. Apendicite. V. 171. Porto: imprensa Nacional, 1918. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17418/3/171\\_1\\_FMP\\_I\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17418/3/171_1_FMP_I_01_P.pdf). Acesso em: 27 de mar. 2017
4. YASOJIMA, E.; Uso de Antibiótico-profilaxia em Apendicectomia. Revista Paraense de Medicina, 2013 julho/ setembro, v. 27, n. 3, p. 65-68. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n3/a3871.pdf> >. Acesso em: 28 de mar. 2017.