

ESTUDO DE CASO APENDICITE AGUDA

Andrea Tavares da Silva¹

Jacqueline dos Santos Bispo¹

Maria Crispina Pereira dos Santos¹

Ricardo Pinto de Godoy¹

Ilaiane Fabri²

¹Graduando do curso de Enfermagem

²Docente do curso de Enfermagem

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de caso sobre um paciente que deu entrada no Pronto Socorro com fortes dores abdominais, vômito e diarreia. Solicitado ultrassonografia e radiografia, juntamente com exames laboratoriais. Após resultados, foi confirmado ser Apendicite.

INTRODUÇÃO

Qualquer parte do trato GI inferior é suscetível a inflamação aguda por infecção bacteriana, viral ou fúngica. Duas dessas condições são a apendicite e a diverticulite, que podem levar a peritonite, uma inflamação do revestimento da cavidade abdominal (SMELTZER, et al, 2011).

O presente trabalho é um estudo de caso sobre um paciente que deu entrada no Pronto Socorro com fortes dores abdominais, vômito e diarreia. Solicitado ultrassonografia e radiografia, juntamente com exames laboratoriais. Após resultados,foi confirmado ser Apendicite.

O apêndice é um pequeno anexo, de cerca de 10cm de comprimento, fixado ao ceco exatamente abaixo da válvula ileocecal, enche-se de alimento e esvazia-se regularmente no ceco. Como o seu esvaziamento não é eficiente e sua luz é pequena, o apêndice está sujeito a obstrução, sendo vulnerável a infecção (SMELTZER, et al, 2011).

O processo inflamatório aumenta a pressão intraluminal, produzindo dentro de poucas horas, uma dor periumbilical ou generalizada, por fim o apêndice inflamado enche-se de pus (SMELTZER, et al, 2011).

Pacientes com apendicite aguda requerem hidratação venosa, controle de distúrbios hidroeletrólíticos e antibióticos. A maioria dos casos de apendicite é tratada com a remoção cirúrgica imediata do apêndice, com altos índices de sucesso (SMELTZER, et al, 2011).

DESCRIÇÃO DO CASO

1.1 Diagnóstico Clínico

Paciente com queixas de dor inguinal no lado direito, com febre, sudorese e palidez na face.

Solicitado ultrassonografia e radiografia, juntamente com exames laboratoriais. Após resultados, encaminhado para a Clínica Cirúrgica para interconsulta pois foi confirmado ser Apendicite.

1.2 Resultados de exames laboratoriais/imagem

A seguir uma tabela com os resultados dos exames laboratoriais.

Série Vermelha	Valores de referência	
Hemacia	4.000 – 10.000	6.300.000
Hemoglobina	14 – 18	19%
Hematocito	39 – 54	57%
Reticulocito	0,5 – 2%	1,5%
Plaquetas	150.000 – 400.000	300.000
Global Leucócitos		19.000
Neutrófilos Bastonetes	0 – 700	670
Neutrófilos Segmentados	2.000 – 7.000	9.380
Eosimófilo	80 – 400	268
Basófilo	0 – 100	67
Monócitos	160 – 800	335

Linfocitos	1.000 – 4.000	2.680
------------	---------------	-------

Através do exame de radiografia foi constatado a inflamação do Apêndice.

FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA

A apendicite aguda (AA) é definida como a inflamação do apêndice vermiforme, órgão que desempenha função imunoprotetora. Essa afecção ocorre primariamente em jovens e costuma se apresentar de forma aguda, causada pela obstrução do lúmen do apêndice juntamente a distensão e aumento da pressão intramural e intraluminal do órgão, o que causa uma oclusão de pequenas veias, estase linfática e bloqueio do fluxo arterial (PERRI et al, 2022)

A investigação inicial da AA baseia-se em uma anamnese e um exame físico bem detalhado. Assim sendo, avalia-se os sinais semiológicos da AA que compreendem o Sinal de Blumberg, o Sinal de Rovsing, o Sinal de Dunphy, o Sinal do Psoas, o Sinal do Obturador e o Sinal de Lenander (PERRI et al, 2022)

Soma-se a isso, a necessidade de uma investigação laboratorial, em que se avalia a concentração de proteína C reativa (PCR), o hemograma e a urina tipo I. Ademais, para confirmação diagnóstica, lança-se mão de recursos imagiológicos, como a ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (PERRI et al, 2022)

Há diferença entre a frequência de diagnósticos corretos entre pacientes de diferentes sexos. O diagnóstico de apendicite em homens é mais facilmente feito e são poucos os diagnósticos diferenciais. Em mulheres, entretanto, o diagnóstico é mais difícil, devido à possibilidade de doenças ginecológicas, principalmente doença inflamatória da pelve, endometrite, miometrite, abscesso tubovariano, gravidez ectópica.¹⁵ A localização do apêndice próximo de órgãos reprodutores femininos proporciona sintomatologia semelhante à dismenorreia e de cistos ovarianos, o que favorece a realização de cirurgias brancas (MATOS et al, 2011)

TERAPÊUTICA ADOTADA

A maioria dos casos de apendicite é tratada com a remoção cirúrgica imediata do apêndice, com altos índices de sucesso. Pacientes com apendicite aguda requerem hidratação venosa, controle de distúrbios hidroeletrólíticos e antibióticos perioperatórios para a cobertura de flora colônica aeróbica e anaeróbica. A apendicite não perfurada requer dose única pré-operatória de antibióticos, o que reduz as infecções pós-operatórias da ferida e a formação de abscesso intra-abdominal.¹¹ Os antibióticos pós-operatórios não reduzem a incidência de complicações, portanto, não estão indicados. Os pacientes com apendicite perfurada requerem antibioticoterapia venosa no pós-operatório até que o paciente se torne afebril. A retirada do apêndice pode ser feita por intermédio de videolaparoscopia ou de cirurgia aberta (MATOS, et al,2011).

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de dados de enfermagem

Paciente homem, 24 anos, branco, consciente e orientado no tempo e espaço, chega deambulando com grande dificuldade ao Pronto Socorro e tem como principal queixa dores agudas inguinais e vômitos, relata não conseguir ficar com o corpo ereto e que já esteve no dia anterior no Pronto Socorro com queixa de vômitos, sendo medicado e liberado.

Sinais vitais PA = 130X70 mmhg, FC = 109, e T° 38.

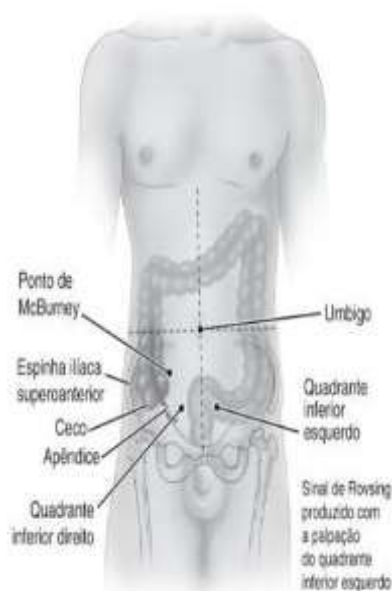
Nega uso de álcool, cigarro, drogas e medicamentos de uso contínuo, nega também alergias a medicamentos e alimentos. Nega ser portador de doenças crônicas como diabetes.

Diagnósticos de enfermagem

Na admissão do cliente na triagem é fundamental eficácia adequada sobre como classificação de

risco, ter olhar clínico, observar face de dor, atentar as queixas. É utilizada a Escala de Manchester, sendo um método de triagem muito utilizado no setor de saúde, desenvolvido com o objetivo de classificar a prioridade de atendimento dos pacientes.

Com o relato do paciente de que já esteve no Pronto Socorro no dia anterior e pela presença da dor aguda no local, foi realizada a ausculta, inspeção e a palpação do quadrante inferior esquerdo do abdômen do paciente e resultando em dor no quadrante inferior direito, sinal de Rovsing positivo, com base nos exames laboratoriais e de imagem, foi constatado a presença de uma Apendicite aguda em fase de perfuração, sendo necessário a entrada no Centro Cirúrgico com urgência.



Retirado do livro: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico, página 1081

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é responsável por administrar os medicamentos prescritos para aliviar a dor do paciente e evitar infecções em consequência da perfuração da Apêndice e iniciar a preparação do paciente para a cirurgia. A enfermeira e o médico necessitam informar o acompanhante do paciente a real situação e a necessidade da cirurgia de emergência para a retirada da Apêndice antes que ocorra uma infecção sistêmica.

IMPLEMENTAÇÃO

Na preparação do paciente para a cirurgia é realizado a tricotomia, onde é depilado o local que será feita a incisão e é ministrado a anestesia, seja geral ou espinal. Após preparar o paciente para cirurgia, a enfermagem auxilia o médico na manipulação de materiais e verificando os sinais vitais durante a apendicectomia, através da laparotomia é extraído o Apêndice em fase de perfuração, mas sem sepse e o material é encaminhado para anátomo patológico. O paciente é levado para a sala R.P.A e é utilizado a escala Aldrete, para avaliar a recuperação pós-anestésica de pacientes submetidos a anestesia e fica sob observação, logo em seguida é levado para o quarto onde a cama é posicionada na forma Fowler alta, diminuindo a tensão sobre a incisão e os órgãos abdominais, ajudando a diminuir a dor e manter as grades elevadas do leito para segurança do paciente.

A enfermagem é responsável por administrar os medicamentos prescritos para o alívio da dor e evitar infecções, monitorar os sinais vitais como temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação, executa a troca dos curativos, observar a presença de sons intestinais e as necessidades fisiológicas e suas frequências.

Após o período de recuperação cirúrgica é concedida a alta hospitalar, nesse momento a enfermeira orienta o paciente e familiares a importância de seguir os horários das medicações, curativos e principalmente o acompanhamento médico para a retirada das suturas e verificação da cicatrização da ferida.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

SAE do paciente consiste em Observar nível de consciência comunicar alterações, verificar sinais vitais de 6x6 horas, auxiliar no banho de aspersão de manhã, realizar curativo e anotar e comunicar alterações em prontuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após dar entrada no Pronto Socorro com fortes dores na região direita do abdômen, paciente passou por uma cirurgia de emergência. A rápida ação da equipe que envolve médicos e enfermeiros na identificação do problema evitou a ruptura do Apêndice inflamado.

O processo da enfermagem é fundamental em todos os tipos de paciente, seja na urgência, emergência, ou demais unidades, a coleta de dados sobre o paciente identifica a real situação no qual o mesmo chega até a consulta, o diagnóstico com base nos exames laboratoriais e de imagem são primordiais para que se possa fazer uma terapêutica com êxito.

Já o planejamento e implementação identificam o que será feito para o paciente, como horários de medicações, curativos, monitoramento de sinais vitais e o principalmente na orientação ao paciente e família para a importância da continuidade do tratamento correto em casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IAMARINO, Ana Paula Marconi. JULIANO, Yara. ROSA, Otto Mauro. NOVO, Neil Ferreira. FAVARO, Murillo de Lima. JÚNIOR, Marcelo Augusto Fontenelle Ribeiro. Fatores de risco associados às complicações de apendicite aguda. *Rev Col Bras Cir* 2017; 560-566.

TORRSES, Orlando Jorge Martins. LINS, Alzira de Alencar Lima. NUNES, Paulo Márcio Sousa. CORRÊA, Flavia Carvalhal Frazão. JÚNIOR, Osvaldo Soares Carvalho. CASTRO, Flavio Costa e. Avaliação ultra-sonográfica da apendicite aguda. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Vol. 28, 01 – 39.

PERRI, Laura Maria de Moura. NUNES, Ana Laura Horta. OLIVEIRA, Beatriz Martinelli de. ALKMIM, Elisa Maria. VILLELA, Gabriela Martins. ALVES, Isadora Martins Naves. ALMEIDA, Maria Paula Vargas. BEDUIN, Paula Lassi. KHOURI, Renato Fava Naaman. SANTOS, Vitor Cardoso dos. Apendicite aguda: aspectos gerais acerca da abordagem diagnóstica e cirúrgica. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.8, n.5, p.34245-34256, Maio, 2022.

Breno Matos¹ , Carolina Santana¹ , Déborah Souza¹ , Ednardo Rodrigues¹ , Elisa Gonçalves¹ , Fabrício Dias¹ , Guilherme Marques¹ , Gustavo Petri¹ , Wilson Luiz Abrantes²*Rev Med Minas Gerais* 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113.

SMELTZER, Suzanne C. BARE, Brenda G. HINKLE, Janice L. CHEEVER, Kerry H. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2011. Pág 1080 – 1082.