



Algoritmo de atendimento a pacientes com dor abdominal devido a emergência não traumática.

17. APENDICITE

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A incidência de apendicite aguda atinge o pico na segunda e na terceira década da vida.

Contudo, a perfuração é mais frequente na infância e nos idosos; faixa etária que apresenta maior taxa de mortalidade.

b. QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal é o sintoma mais comum.

Início de dor na região epigástrica ou periumbilical, com a irritação peritoneal a dor passa a ser percebida no quadrante inferior direito.

Anorexia, náusea e vômitos podem associar-se ao quadro, porém são sensíveis e não são específicos.

Piora da dor nas 24 horas subsequentes e podem surgir tenesmo e disúria.

O diagnóstico é essencialmente clínico.

Fatores que aumentam a chance de apendicite são: migração da dor, rigidez, descompressão dolorosa e sinal do psoas positivo.

A febre é um sinal tardio e quando excede 39°C sugere complicações como ruptura do apêndice.

Radiografias de abdome mostram-se anormais em 80% dos casos, mas são inespecíficas.

Melhor método de imagem para o diagnóstico é TC de abdome, seguida pelo US (pode haver problema na localização retrocecal).

Erros de diagnóstico são mais comuns em crianças com menos de 6 anos, idosos e gestantes.

c. CONDUTA

Classificar o paciente de acordo com seus achados clínicos:

Apendicite clássica

Deixar em dieta zero.

Obter acesso venoso periférico.

Fazer medicações sintomáticas.

Iniciar hidratação IV.

Iniciar antibioticoterapia IV – Amoxicilina/Ácido Clavulânico ou Ciprofloxacina + Metronidazol.

Administrar analgésicos IV (dipirona ou em caso de dor intensa opiáceo em baixas doses)

Remover para hospital de referência para realizar cirurgia.

Quadros suspeitos

Deixar em dieta zero.

Obter acesso venoso periférico, se necessário.

Fazer medicações sintomáticas caso necessário (anti-eméticos e analgésicos).

Remover para realização de exames especiais e parecer cirúrgico.

Pacientes de alto risco

Crianças com menos de 6 anos, idosos e gestantes devem ser removidos para consulta cirúrgica.

Baixa probabilidade de apendicite

Realizar exames básicos e observar.

Liberar a critério médico como dor abdominal à esclarecer para consulta médica em 24 horas.

Orientar este paciente para retorno em caso de piora da dor ou sua não resolução com a medicação prescrita, vômitos frequentes ou febre alta.

18. PANCREATITE AGUDA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causa comum de dor abdominal.

Diagnóstico clínico.

As causas mais comuns são o etilismo e a litíase biliar.

A gravidade do quadro é variável, desde uma inflamação localizada até um quadro inflamatório sistêmico com risco de vida.

b. QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal localizada no mesogástrio é o sintoma mais comum, a irradiação para o dorso é comum, associada frequentemente a náusea, vômitos copiosos e distensão abdominal.

É comum a piora da dor quando o paciente assume o decúbito dorsal.

Febre baixa é frequente.

Quadro de peritonite franca é tardio na Pancreatite Aguda.

Suspeitar do diagnóstico com a associação de história, achados de exame físico e elevação das enzimas pancreáticas.

Elevação da amilase (3 vezes acima do limite normal) e lipase são os achados laboratoriais mais comuns. A amilasemia é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com amilase normal. Os níveis séricos das enzimas não se correlacionam com a gravidade do quadro.

A lipase elevada (2 vezes acima do limite normal) é mais sensível e específica (90%) que a amilase. Os níveis séricos permanecem elevados por mais tempo (7 horas).

Elevação da fosfatase alcalina sugere doença biliar.

A radiografia de abdome tem pouco valor diagnóstico pode sugerir *Pancreatite Aguda*, mas é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com radiografia normal. A presença de calcificações em pâncreas sugere doença pancreática preexistente. A distensão do cólon com colapso distal do intestino grosso, pode sugerir doença.