

# Apendicectomia



# 017

ESTABELECIDO EM  
28/05/2006

ÚLTIMA REVISÃO EM  
18/12/2009

## **NOME DO TEMA \**

Apendicectomia

## **RESPONSÁVEIS – UNIDADE \**

Dr. Sérgio Ibañez Nunes (HRB)

Dr. Tarcísio Versiane Filho (HJK)

## **COLABORADORES \**

Medicos: Comissão Central de Protocolos Clínicos.

## INTRODUÇÃO / RACIONAL

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo, constituindo a apendicectomia a cirurgia de urgência mais comum no nosso meio. Além da apendicectomia, o tratamento local e sistêmico pode variar de acordo com o grau de evolução da doença.

## OBJETIVO

Sistematizar o tratamento, a melhor sequência de recursos diagnósticos (laboratoriais e de imagens), bem como os materiais utilizados nesta enfermidade, nos Hospitais da Rede FHEMIG.

Organizar de forma rápida e coerente a avaliação do paciente com suspeita de apendicite aguda, com a melhor evidência científica disponível.

## MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

Propedêutica (APÊNDICE I) – hierarquização em sequência de exames, onde o diagnóstico pode ser feito no primeiro item. Persistindo a dúvida no diagnóstico, utilizar o item seguinte.

- 1. História e exame físico:** podem sugerir o diagnóstico, sem necessidade de complementação propedêutica: dor no quadrante inferior direito, dor periumbilical referida no quadrante inferior direito, defesa localizada no quadrante inferior direito, náuseas, vômitos, anorexia;
- 2. Exame de urina rotina:** afasta diagnóstico de cistite/pielonefrite quando normal;
- 3. Hemograma:** leucocitose maior ou igual a 12.000 leucócitos/ mm<sup>3</sup> sugere apendicite aguda, quando associada a dor migratória em quadrante inferior direito;
- 4. Radiografia:** No abdome agudo a radiografia de abdome em decúbito dorsal e em ortostatismo, bem como a radiografia de tórax em PA, afasta outras causas de dor abdominal (suspeita de perfuração visceral ou síndromes obstrutivas intestinais, nefrolitíase, pneumonias);
- 5. Ultrassom abdominal:** Ajuda no diagnóstico e auxilia a descoberta do grau da apendicite: apêndice com diâmetro  $\geq 6$  mm, não compressível, presença de apendicolito, ausência de gás no interior, ausência de peristaltismo, alteração da gordura periapendicular e fluxo vascular aumentado no apêndice inflamado;
- 6. Tomografia computadorizada:** apêndice com diâmetro  $> 6$  mm, densificação dos planos gordurosos ceco-apendiculares, apendicolito, ar extraluminal, abscesso local;
- 7. Laparoscopia:** pode ser diagnóstica e/ou terapêutica. É um exame invasivo que necessita de anestesia geral. Pode ser útil em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva – para diferenciação de patologias ginecológicas – em obesos e em dúvidas diagnósticas.

## PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Sala de bloco cirúrgico com foco de luz, material cirúrgico para laparotomia e anestesiologia adequados;

Cirurgião, auxiliar e anestesista;

Enfermeiro e técnico em enfermagem devidamente treinados;

Equipamento de anestesia tanto para anestesia geral quanto para bloqueios espinhais;

Caixa de instrumental cirúrgico que contenha:

- 06 Pinças Hemostáticas curvas e 06 hemostáticas retas;
- 01 Tesoura reta e 02 tesouras curvas;
- 01 Passa-fio;
- 03 Pares de afastadores tipo Farabeuf: pequeno, médio e grande;
- 02 Pinças de apreensão tipo Allis;
- 02 Porta-agulhas;
- 03 Pinças anatômicas ou dissecação;
- 01 Pinça anatômica com dente;
- 01 Pinça Fuester;
- 06 Pinças de campo;
- 01 Bico de aspirador de cavidade.

Material descartável utilizado:

- Lâmina de bisturi número 23 ou 22;
- 01 Fio de Seda 00 sem agulha ou fio de algodão;
- 02 Fios de poligalactina 000 ou outro fio absorvível;
- 01 Fio de poligalactina 0;
- 01 Fio de Nylon 000.

Antibiótico-profilaxia:

- Apendicite aguda não-complicada por perfuração ou abscesso:
- Cefazolina 1 ou 2 g (paciente < 70 kg ou > 70 kg) + metronidazol 500 mg EV, na indução anestésica.

Antibioticoterapia em casos de apendicite aguda complicada (perfuração ou abscesso): gentamicina 3 mg/kg 1 vez ao dia (máximo 240 mg) + metronidazol 500 mg EV 8/8 horas. Manter esquema terapêutico por no mínimo 5 dias e 72 horas sem sinais infecciosos (febre e leucocitose). Em caso de insuficiência renal ou risco aumentado de insuficiência renal: substituir gentamicina por ceftriaxona 2g EV 24/24 horas.

Analgesia pós-operatória: dipirona, AINES e Morfina ou derivados.

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

Receber o paciente no bloco cirúrgico e encaminhá-lo à sala de operação;

Acesso venoso puncionado com Jelco 16 ou 18;

Administrar antibioticoprofilaxia ou iniciar antibiótico terapêutico; Após cirurgia, encaminhá-lo à sala de recuperação anestésica que deverá conter fonte de oxigênio e oxímetro, além de todo o material necessário para reanimação do paciente;

Após o período na sala de recuperação que deverá ser determinado pelo médico anesthesiologista, encaminhá-lo à enfermaria;

Alta hospitalar no dia seguinte para casos iniciais e no 2º dia de pós-operatório para casos moderados. Nos casos avançados depende da evolução e do controle clínico da infecção.

## ITENS DE CONTROLE

1. Número de diagnósticos confirmados de apendicite/número cirurgias realizadas em suspeita de apendicite;
2. Número de exames ultrassonografia/Número diagnósticos confirmados de apendicite;
3. Qualificação e quantificação das complicações pós-operatórias;
4. Tempo de internação.

## SIGLAS

- US – Ultrassonografia
- EDA – Endoscopia Digestiva Alta
- AINES – Anti-inflamatório não hormonal

## REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. Lally KP, Cox Jr. CS, Andrassy RJ. Apêndice, p 1006-1018 In: Townsend Jr CM. Tratado de Cirurgia – Sabinston – 16ª edição Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2003.	D
2. Portari Filho PE, Avvad E. Apendicite Aguda, p 1091-1101 In: Petroianu A. Urgências Clínico Cirúrgicas Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2002.	D
3. Schwartz SI. Apendicite Aguda, p 1185-1196 In: Schwartz SI Princípios de Cirurgia – 6ª edição Ed. Interamericana, McGraw-Hill, México 1996	D
4. Padronização para abordagem diagnóstica de pacientes com suspeita de apendicite aguda do Hospital Sírio Libanês. <a href="http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/diretrizes_assistenciais/diretrizes_assistenciais.asp">www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/diretrizes_assistenciais/diretrizes_assistenciais.asp</a>	D

## APÊNDICE I

### 1. TÉCNICA CIRÚRGICA CONVENCIONAL:

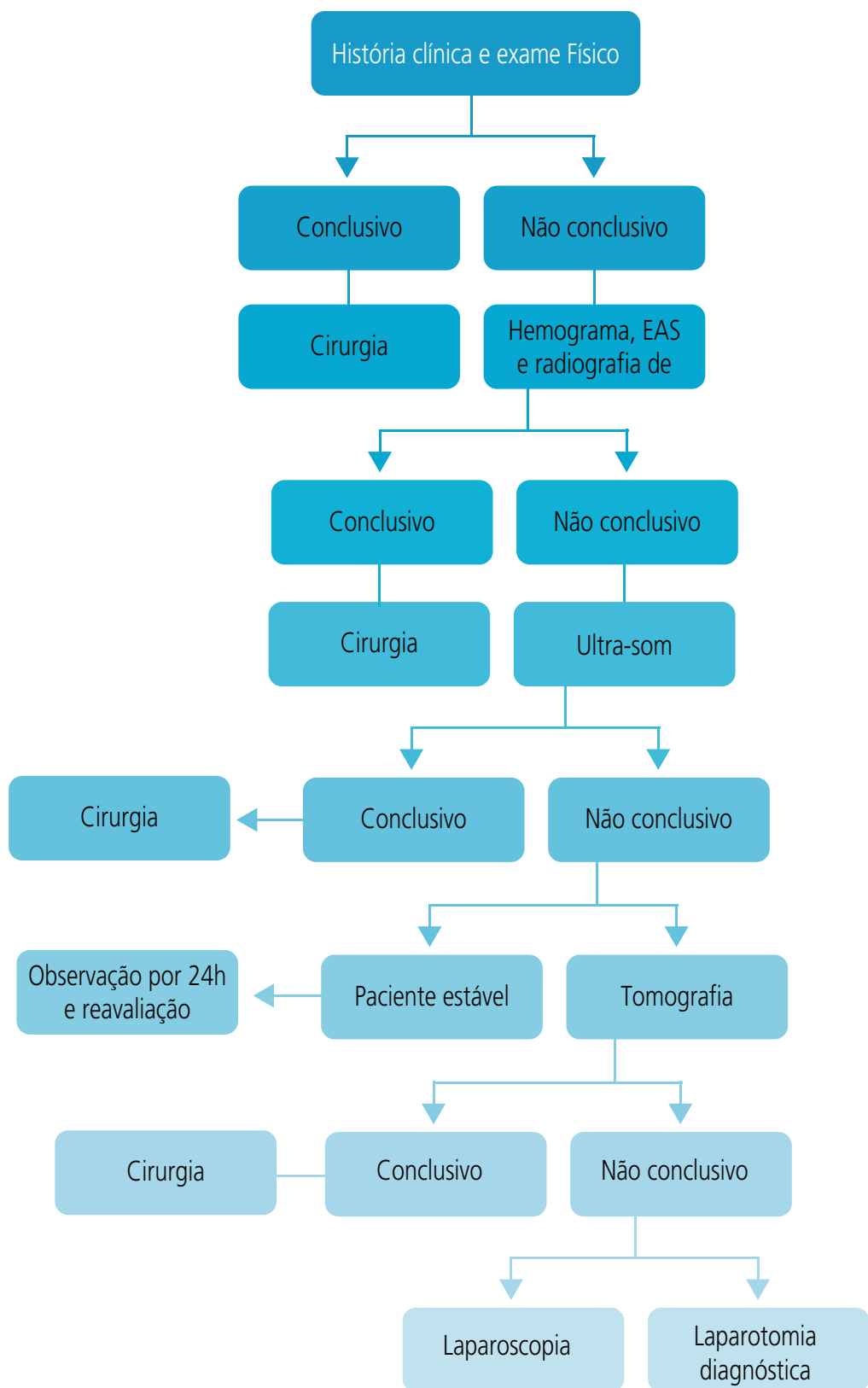
- Laparotomia específica ou mediana;
- Dissecção por planos;
- Abertura da cavidade peritoneal;
- Identificação do apêndice cecal;
- Ligadura do mesoapêndice;
- Confecção da sutura em bolsa na base do ceco;
- Apendicectomia após ligadura dupla;
- Invaginação do coto apendicular;
- Revisão da cavidade;
- Síntese por planos;
- Curativo.

### 2. ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO

- Incisões para colocação de trocartes;
- Colocação dos portais;
- Clipagem do mesoapêndice;
- Clipagem do apêndice ou ligadura com endoloop;
- Revisão da cavidade;
- Fechamento da pele;
- Curativo.

## APÊNDICE II

### FLUXOGRAMA PARA ABORDAGEM DA APENDICITE



### ALTERNATIVA EM CASO DE DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

Uso do acesso videolaparoscópico quando disponível este equipamento.