

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL**

PATRICK MASSARD MONTEIRO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
OPERADOS DE APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES DE 2009 A
2016**

VITÓRIA
2017

PATRICK MASSARD MONTEIRO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
OPERADOS DE APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES DE 2009 A
2016**

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Médica em Cirurgia Geral da
Universidade Federal do Espírito Santo, como
requisito parcial para obtenção do título de
Cirurgião Geral.

Orientador: Dr Diogo S. Thomazini

VITÓRIA
2017

RESUMO

Apendicite aguda é uma doença inflamatória altamente prevalente na população e no nosso serviço visto isso, realizamos uma revisão dos prontuários dos pacientes operados de apendicite aguda no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES - HUCAM, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, com a finalidade de avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes operados nessa instituição. Foi realizado uma busca ativa por prontuários, onde foram avaliadas algumas variáveis, dentre elas o sexo, idade do acometimento, via de acesso, fase da doença, uso de dreno, tempo de internação. Foram levantados 569 prontuários no total, com perda de 149 prontuários durante a revisão. O estudo conclui que a apendicite aguda é uma doença que acomete mais o sexo masculino, pacientes jovens, a via de acesso mais utilizada foi a laparoscópica. Os drenos foram utilizados com quase sua totalidade na fase III e IV. A média de dias de internação foi maior, de acordo com a progressão da doença. O presente estudo serviu de base, para melhor compreensão do perfil dos pacientes operados por apendicite aguda, neste serviço.

Palavras-chave: Apendicite Aguda; HUCAM; Perfil Clínico-Epidemiológico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sensibilidade e especificidade de achados clínicos no diagnóstico de apendicite aguda.....	19
Tabela 2 – Escore de Alvarado.....	22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Números de Prontuários avaliados.....	11
Figura 2 – Fase de evolução da apendicite aguda.....	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por Sexo.....	12
Gráfico 2 – Via de Acesso Apendicectomia.....	12
Gráfico 3 – Fases da Apendicite Aguda.....	13
Gráfico 4 – Distribuição por Faixa Etária.....	14
Gráfico 5 – Uso de Dreno em Apendicectomia.....	14
Gráfico 6 – Uso de Dreno na Apendicite Aguda.....	15
Gráfico 7 – Tempo de Internação.....	15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	9
3 MÉTODOS	100
4 RESULTADOS	111
5 DISCUSSÃO	1616
6 REVISÃO LITERATURA	18
7 CONCLUSÃO.....	23
8 REFERÊNCIAS.....	24

PATRICK MASSARD MONTEIRO

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES OPERADOS DE APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES DO ANO DE 2009 A 2016

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Geral.

Aprovado em 23 de janeiro de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Diogo Stinguel Thomazini
Cirurgião do Aparelho Digestivo. Médico
plantonista do Hospital Cassiano
Antonio Moraes – HUCAM/UFES/
EBSERH
Orientador

José Alberto da Motta Correia
Cirurgião do Aparelho Digestivo. Médico
plantonista do Hospital Cassiano
Antonio Moraes – HUCAM/UFES/
EBSERH
Coordenador da Residência Médica em
Cirurgia Geral

Alberto Büge Stein
Cirurgião do Aparelho Digestivo,
Especialista em Transplante Hepático.
Médico do Hospital Cassiano Antonio
Moraes - HUCAM/UFES/EBSERH

Professor Mestre Douglas Gobbi Marchesi
Cirurgião do Aparelho Digestivo. Médico
plantonista do Hospital Cassiano
Antonio Moraes – HUCAM/UFES/
EBSERH

1 INTRODUÇÃO

A apendicite aguda (AA) é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo, com uma prevalência de aproximadamente 7%. Pico de incidência entre os 10-14 anos no sexo feminino e entre 15-19 anos, no sexo masculino. Apendicectomia videolaparoscópica é o tratamento padrão ouro, pois além de permitir o diagnóstico definitivo, também reduz significativamente o risco de complicações, tais como perfuração, sepse e óbito.

O fator causal mais importante da AA parece ser a obstrução luminal, cuja causa tem associação com a faixa etária, a hiperplasia linfóide é o fator mais comum encontrado em pacientes menores de 20 anos, e a obstrução por fecalito é a causa mais comum em idosos, (LIMA, 2016).

A classificação das doenças de acordo com estágio de evolução é importante para avaliar a gravidade e o prognóstico, além de permitir a confecção de protocolos de orientação, para manejo dos casos (LIMA, 2016).

O tratamento cirúrgico consiste na remoção do apêndice, podendo ser por via laparotômica/aberta, descrita por McBurney em 1894 ou laparoscópica, descrita por Semm em 1983, (SENDELL, 2015).

Visto a prevalência da AA e das possibilidades de complicações deste quadro, o objetivo do estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico da AA de pacientes operados no HOSPITAL CASSIANO ANTONIO de MORAES-HUCAM, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016. Tendo como variáveis: faixa etária, sexo, fase da doença, via acesso, tempo médio de internação, uso de dreno.

2 OBJETIVO

Realizar um levantamento de dados sobre o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes operados de apendicite aguda, no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES - HUCAM, no período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2016. Tendo como variáveis: faixa etária, sexo, fase da doença, via acesso, tempo médio de internação, uso de dreno.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo da qual fizeram parte 569 prontuários de pacientes operados de apendicite aguda no HUCAM, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016.

Foram excluídos da análise 149 prontuários, devido a falta de dados pré estabelecidos no objetivo do trabalho, prontuário não encontrado, operados por outras doenças, que não apendicite aguda e dificuldade de interpretação de grafia/escrita.

Os procedimentos de busca obedeceram a seguinte sequência :

- Levantamento do número de identificação dos prontuários com a secretária da clinica cirúrgica;
- Solicitação dos prontuários junto ao SAME do HUCAM;
- Avaliação individual de cada prontuário, com coleta de dados pré estabelecidos;

Após coletados, os dados foram dispostos em tabelas de frequência absoluta e relativa, necessárias ao acompanhamento da discussão analítico descritiva que compõe o estudo.

4 RESULTADOS

Foram excluídos 149 prontuários por falta de dados pré-estabelecidos. Amostra final de 420 prontuários, referentes a casos de apendicite aguda. FIGURA 1.

Em 2009 foram levantados 103 prontuários, com perda de 33 prontuários (32.03%). Em 2010 82 prontuários, com perda de 37 (45.12%). 2011 foram 101 prontuários, com perda de 36 (35.64%). Em 2012 30 casos, com perda de 4 prontuários (13.33%). 2013 foram levantados 46 prontuários, com perda de 14 (30.43%). 2014 foram 84 prontuários, com perda de 5 (5.95%). 2015 encontramos 81 prontuários, com perda de 18 (22.22%). E em 2016, levantamos 42 prontuários, com perda de 2 (4.76%).

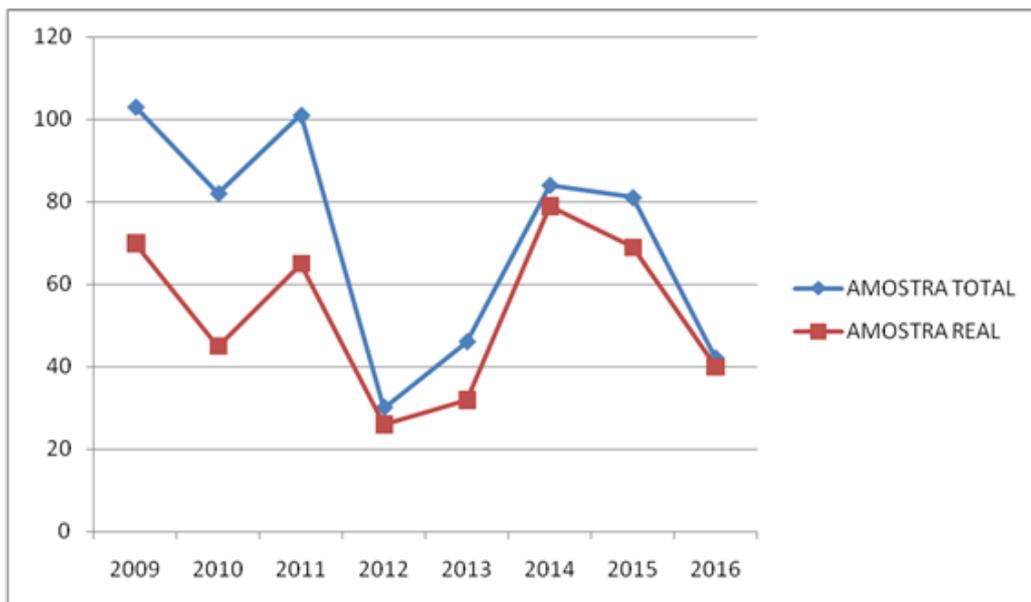


FIGURA 1. NÚMEROS DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS. HUCAM-UFES, 2009 A 2016

Em relação ao acometimento por sexo, encontramos 244 pacientes do sexo masculino (58%), em comparação ha 176 pacientes do sexo feminino (42%). Ilustrado no gráfico 1.

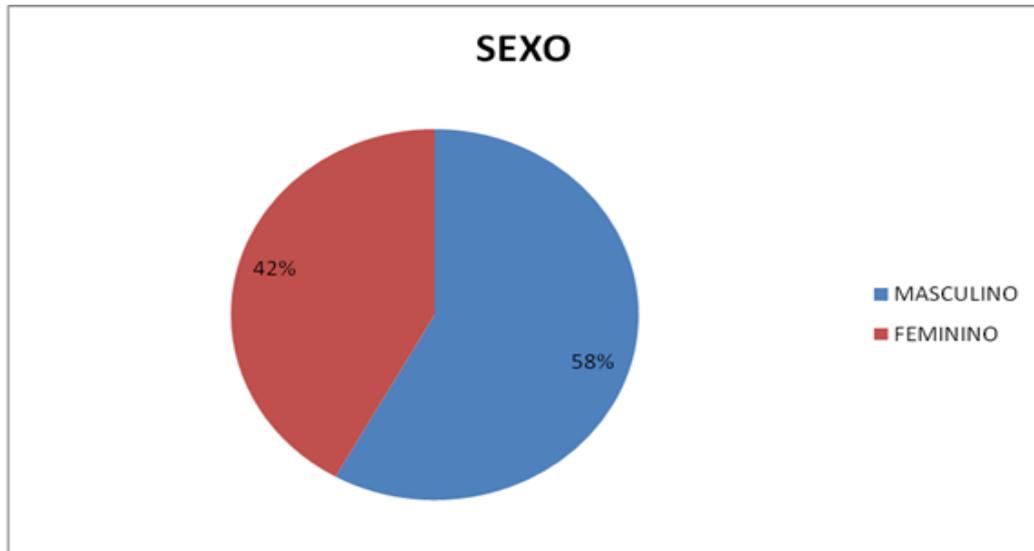


GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO POR SEXO. HUCAM-UFES 2009-2016

Referente à via de acesso, observamos que na maioria dos casos, a cirurgia foi realizada por laparoscopia em 235 casos (55.95%). Via aberta (laparotômica), foram realizadas 175 cirurgias (41.66%) e 10 cirurgias foram convertidas (2.38%), devido a gravidade do caso e/ou mudança tática cirúrgica, gráfico 2.

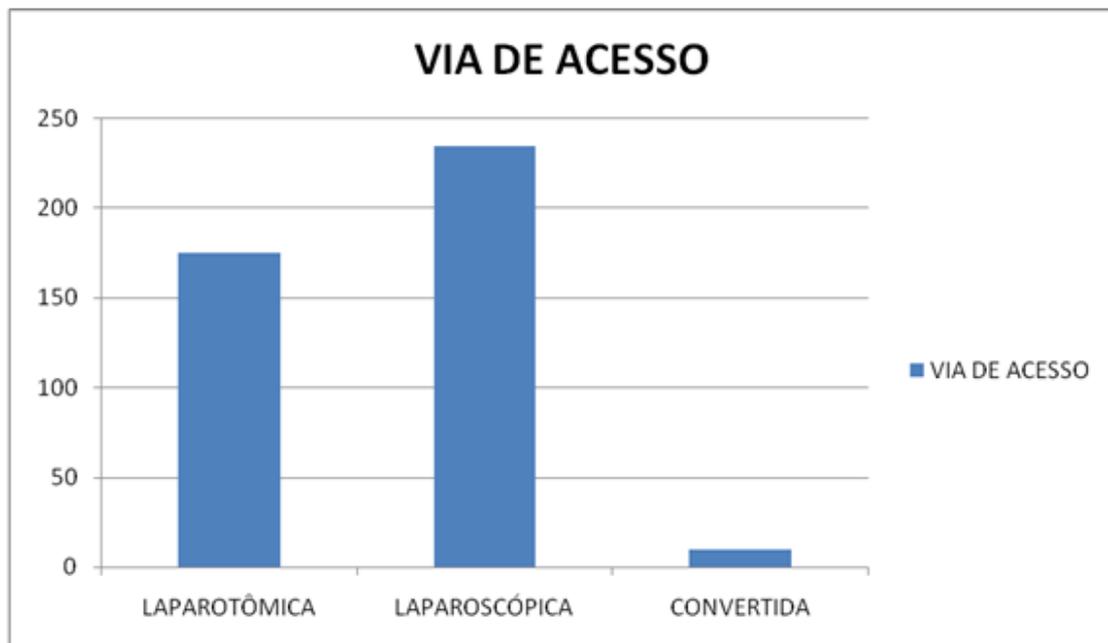


GRÁFICO 2. VIA DE ACESSO APENDICECTOMIA. HUCAM-UFES, 2009 A 2016.

No casos da fase 0, foram incluídos os casos de apêndice normal (FASE 0), e os outros casos onde não foi possível obter a informação da fase.

De acordo com o levantamento encontrado, em 2009 foi registrado um total de 70 casos de apendicite aguda, que se dividiram em: fase I 24 casos (34.28%), fase II 21 casos (30%), fase III com 6 casos (8.57%), fase IV 16 casos (5.71%) e outros que incluem: apendice normal, outras patologias que na apendicite com 3 casos (4.28%). Em 2010 fase I com 13 casos (28.88%), fase II 9 (20%), fase III 16 casos (35.55%), fase IV 7 (15.55%) e outros com nenhum caso.

Em 2011 encontramos 34 casos na fase I (52.30%), fase II 15 casos (23.07%), fase III 9 casos (13.84%), fase IV 7 casos (10.76%) e outros com nenhum caso. 2012 foram encontrados 11 casos na fase I (42.30%), fase II 7 casos (26.92%), fase III 4 casos (15.38%), fase IV 4 casos (15.38%) e outros nenhum.

Ja em 2013 encontramos 8 casos na fase I (25%), fase II com 11 casos (34.37%), fase III 6 casos (18.75%), fase IV 1 caso (3.12%) e outros com 6 casos (18.75%). 2014 fase I com 22 casos (27.84%), fase II com 27 casos (34.17%), fase III com 3 (3.79%), fase IV 2 casos (2.53) e outros com 25 casos (31.64%).

2015 foram encontrados 39 casos com fase I (61.90%), fase II 13 casos (20.63%), fase III 4 casos (6.34%), fase IV 7 casos (11.11%) e outros nenhum. 2016 fase I com 18 casos (45%), fase II 11 casos (27.5%), fase III 10 casos (25%), fase IV 1 caso (2.5%), e outros nenhum caso. GRÁFICO 3.

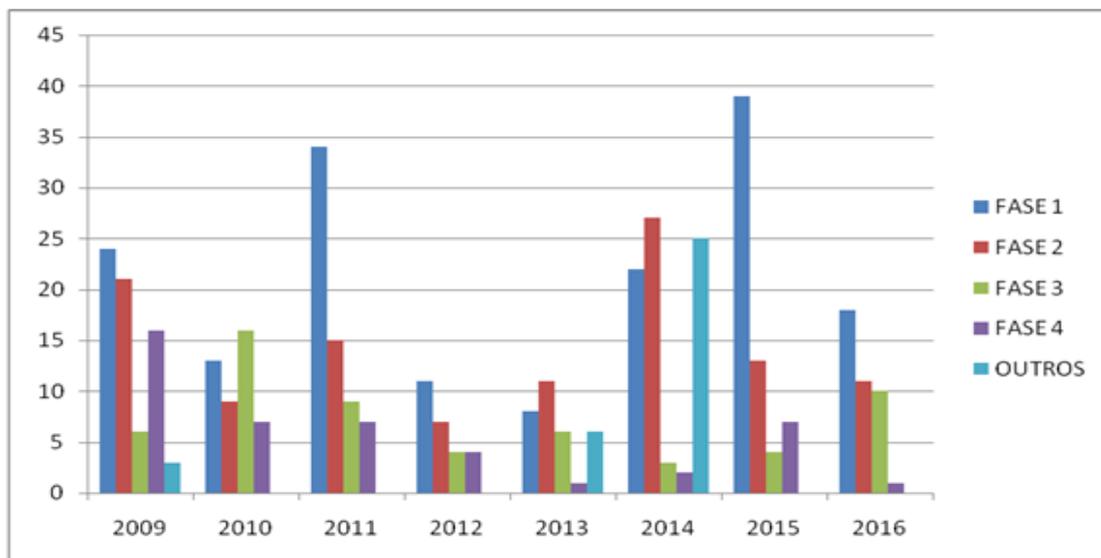


GRÁFICO 3. FASES DA APENDICITE AGUDA. HUCAM-UFES, 2009 A 2016

Nossos pacientes foram divididos em 4 grandes grupos. A maioria dos casos, 136 casos (32.38%) se encontraram na faixa de 21 a 30 anos. 122 casos (29.04%), se encontraram na faixa de 31 a 40 anos, 95 casos (22.61%), eram maiores de 40 anos e 67 casos (15.95%) encontravam-se na faixa etária de 11 a 20 anos. Gráfico 4.

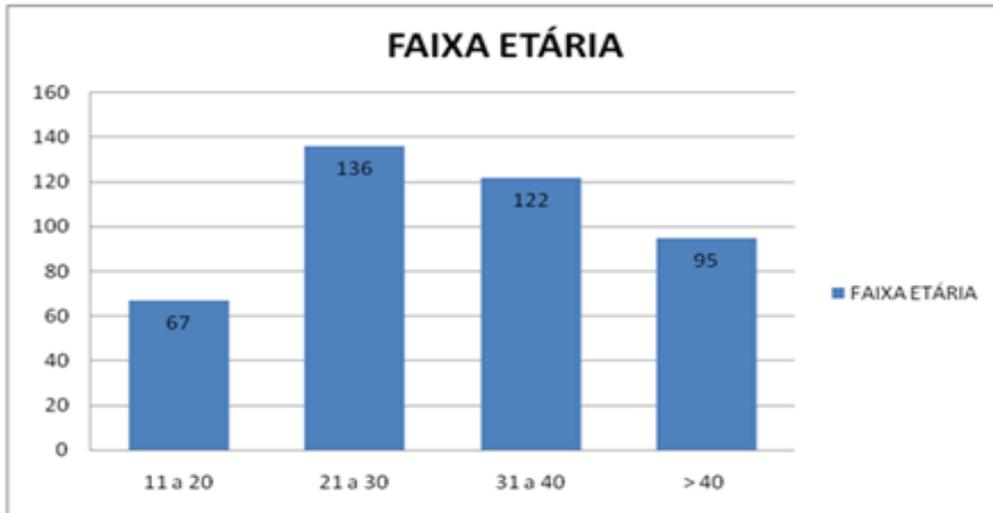


GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. HUCAM-UFES, 2009 A 2016.

Neste presente estudo verificamos o uso de dreno em 47 casos, correspondendo a 11% do total, nos outros 373 casos (89%), a drenagem não foi realizada. Gráfico 5.

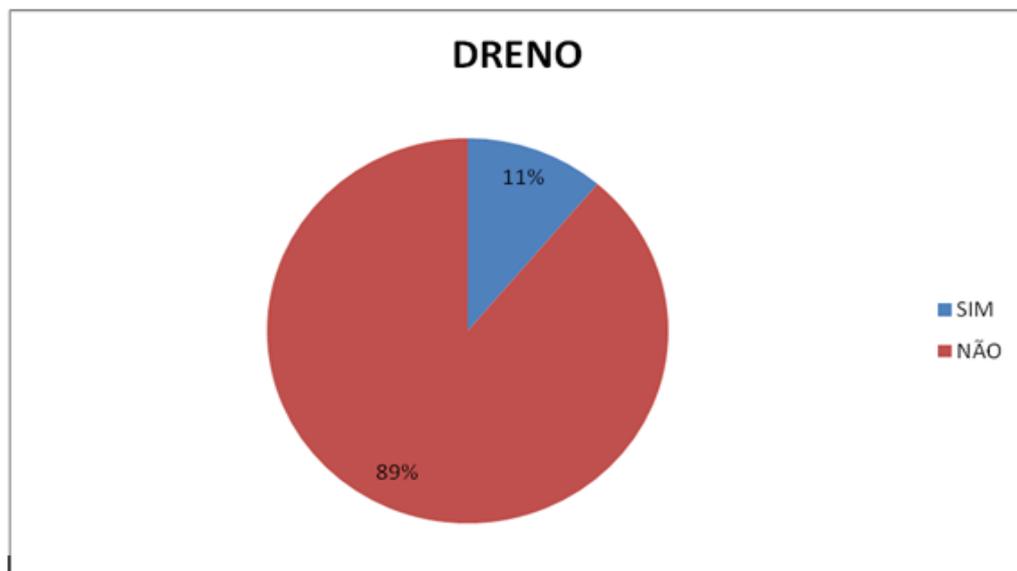


GRÁFICO 5. USO DE DRENO EM APENDICECTOMIA. HUCAM-UFES, 2009 A 2016.

Em relação a distribuição do uso de dreno pelas fases da doença, notamos que a maioria dos casos, onde o dreno foi usado, ficou com a fase III (40.42%) e fase IV

(46.80%). Já na fase I e II, que juntas representam 2 casos (4.25%), a drenagem praticamente não foi utilizada. O grupo outros, que no presente estudo representam as cirurgias na qual a apendicectomia foi realizado como tática operatoria, a drenagem foi utilizada em 4 casos (8.51%). Gráfico 6.

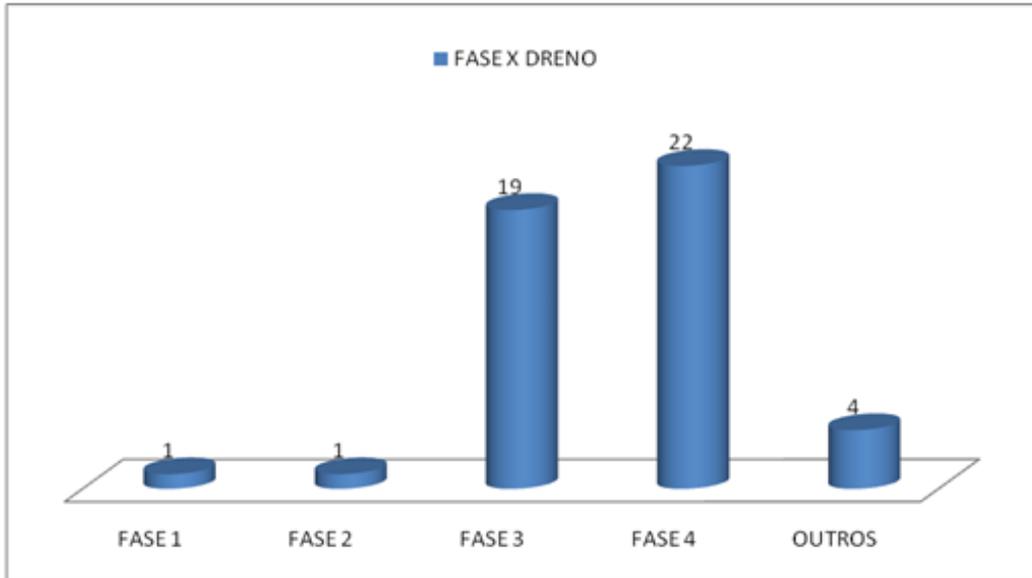


GRÁFICO 6. USO DO DRENO NA APENDICITE AGUDA. HUCAM-UFES, 2009 A 2016.

O tempo médio de internação foi de 4.07 dias, sendo progressivamente maior de acordo com a progressão da fase da doença. Fase I 2.86 dias, fase II 2.85 dias, fase III 3.79 dias, fase IV 9.17 dias e outros com 7.97 dias. Gráfico 7.

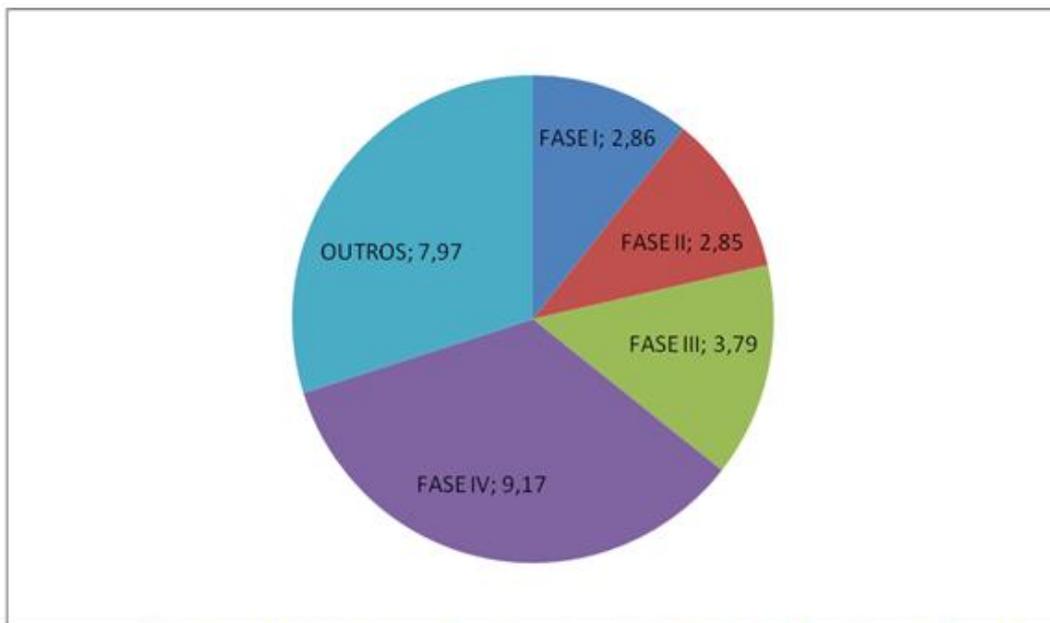


GRÁFICO 7. TEMPO DE INTERNAÇÃO. APENDICECTOMIA HUCAM-UFES, 2009 A 2016.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo a AA foi mais prevalente no sexo masculino, estando de acordo com outros estudos realizados. Todavia, a faixa etária mais prevalente foi entre 21-30 anos, contrastando com dados epidemiológicos, que mostraram que a doença é mais prevalente em jovens entre 10-19 anos.

Neste estudo, 34 casos (8.09%), foram submetidos à apendicectomia incidental/tática cirúrgica, com maior prevalência entre as mulheres.

A avaliação histopatológica é uma prática recomendada, pois permite identificar malignidade em até 1% dos pacientes, mais frequentemente na forma de tumor neuroendócrino, adenocarcinoma ou cistoadenoma mucinoso. Em nosso estudo essa variável não foi avaliada, podendo ser considerada como uma falha ao trabalho.

A apendicite aguda não complicada, quando tratada apenas com apendicectomia, comparado ao tratamento apenas com antibióticos, possui uma menor taxa de complicações. Portanto não se deve tratar AA apenas com antibióticos. Permanecendo a apendicectomia como padrão ouro para tratamento da AA.

Vale resaltar que nos anos de 2013/2014, houve uma transição no HUCAM, com a entrada de uma nova empresa de gerenciamento, que contribuiu para a melhora dos recursos, com uma maior facilidade na realização de cirurgias videos. No entanto podemos ver um numero maior de pacientes operados por via laparotomica.

Em um estudo retrospectivo que avaliou 107 pacientes apendicectomizados num hospital de referência, as fases evolutivas mais prevalentes foram fase II (27%) e fase IV (27%). Em nosso estudo a fase I foi a mais prevalente, representando 40.23% dos casos (169 casos).

Ao contrário da AA não complicada, a forma perfurada é associada a maior chance de complicações pós-operatórias, como abscesso intra-abdominais. Nestes casos

drenos são amplamente utilizados pelos cirurgiões para evitar a formação de abscessos intra-abdominais. Nosso estudo avaliou 172 (40.95%) pacientes com AA complicada, dos quais 23.83% (41 casos) usaram o dreno. Com esse trabalho podemos avaliar uma grande utilização de drenos na fase 4, sendo que a literatura não indica a sua realização.

Com relação a idade, vimos um maior acometimento de pacientes de 21-30 anos, onde contrasta com a literatura onde, os pacientes na maioria das vezes apresentam de 10 a 19 anos. Em relação a faixa etária mais jovem, isso pode ser justificado, pelo fato do HUCAM, não ser a referência da faixa etária infantil, visto que temos 2 outros hospitais na grande vitória, responsáveis por esse atendimento.

O tempo de internação também aumenta com a gravidade, o que foi observado em nosso estudo. Concluindo, a AA apresentou maior prevalência no sexo masculino e no adulto jovem. O tempo de internação esteve diretamente associado à fase evolutiva e aumentou com a gravidade da apendicite.

6 REVISÃO DA LITERATURA

Dor abdominal é uma das causas mais comuns de visitas médicas às unidades de emergência (HARDY et al, 2013). Representa um dos maiores desafios diagnósticos na área médica e sua correta interpretação e manejo requerem uma propedêutica sistematizada (TIROTTA, 2016). Dessa forma, todos os profissionais que realizam atendimento de urgência e emergência devem estar capacitados para avaliar um quadro de dor abdominal (MACALUSO; McNAMARA, 2012).

A apendicite aguda, dentre as patologias abdominais, é a principal cirurgia não eletiva realizada pelos cirurgiões gerais (TEHRANI et al, 1999), sendo diagnosticados aproximadamente 250.000 casos anualmente nos Estados Unidos (PRYSTOQSKY, 2005). O risco do desenvolvimento da doença no decorrer da vida é estimado em 5 a 20% (ADDIS et al, 1990), com elevada incidência em adolescentes e adultos jovens, porém, incomum antes dos cinco e após os 50 anos. O risco geral de apendicite é de 1/35 em homens e 1/50 em mulheres. A partir dos 70 anos, este risco é de 1/1009 (FREITAS, 2009).

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 (LIMA, 2016).

Em geral, o diagnóstico em homens é simples, contudo, mulheres em idade fértil devem ter um maior número de diagnósticos diferenciais. O diagnóstico tardio aumenta o número de perfurações apendiculares, aumentando a morbidade e mortalidade do paciente (FREITAS, 2009).

Os três sinais e sintomas mais presentes na apendicite aguda são rigidez abdominal, dor em fossa ilíaca direita (FID) e migração da dor de região periumbilical para FID. A sensibilidade e especificidade de sinais e sintomas comumente encontrados em pacientes com diagnóstico de apendicite aguda são apresentadas na tabela 1.

Surgical Infection Society (SIS) em conjunto com *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) publicaram, em 2010, diretrizes que combinam achados clínicos e laboratoriais para o diagnóstico e manejo de pacientes com suspeita de apendicite aguda. Apesar do avanço nos métodos de diagnóstico, a história clínica e o exame físico permanecem como elementos fundamentais, alcançando precisão de 60 a 90%, na dependência da idade e do gênero. (SOLOMKIM et al, 2010).

Na história clínica, devem ser investigados sintomas como febre, náusea, vômitos e dor migratória para fossa ilíaca direita. Já no exame físico, é necessário pesquisar sinais de irritação peritoneal localizada ou difusa.

tabela 1- Sensibilidade e especificidade de achados clínicos no diagnóstico de apendicite aguda.

Achado clínico	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
<i>Sinais</i>		
Febre	67	69
Rigidez abdominal	39-74	57-84
Descompressão brusca positiva	63	69
Sinal de Rovsing	68	58
Sinal do psoas	16	95
<i>Sintomas</i>		
Dor em FID	81	53
Náusea	58-68	37-40
Vômito	49-51	45-69
Início de dor antes de vômito	100	64
Anorexia	84	66

Fonte: Adaptada de Paulson et al. (2003).

Em mulheres, deve-se investigar a história prévia de DIPA, corrimento vaginal, sintomas urinários, outro local de rigidez além de FID, e mobilidade cervical uterina dolorosa. O diagnóstico diferencial deve incluir DIPA, gastroenterite, infecção do trato urinário (ITU), ruptura de folículo ovariano e gravidez ectópica.

Para diagnóstico podemos encontrar, exames laboratoriais que se apresentam com leucocitose em 70 a 90% dos pacientes com apendicite aguda. Porém o uso de leucocitose isolada para diagnosticar apendicite pode levar a um número elevado de diagnóstico errados e de cirurgias desnecessárias, devido ao elevado número de doenças relacionadas com o aumento do número total de leucócitos (PAULSON et

al., 2003). Ainda, para todas as mulheres em idade fértil, deve ser solicitado o nível da fração beta de gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) sérica, a fim de descartar gravidez seja ela uterina ou ectópica.

EAS infeccioso pode confirmar ou descartar uma ITU, contudo processos inflamatórios podem causar piúria, hematúria ou bacteriúria em até 40% dos pacientes com quadro de apendicite aguda. Contagem de eritrócitos maior que 30 células por campo ou de leucócitos maior que 20 células por campo é altamente sugestivo de infecção urinária (PAULSON et al., 2003).

Dentre os exames de imagem, a radiografia abdominal tem baixa sensibilidade e especificidade. Assim como o exame com contraste enema tem baixa acurácia. Nenhum dos testes tem papel diagnóstico em pacientes com clínica de apendicite (PAULSON et al., 2003).

O avanço tecnológico, o advento de novas técnicas radiológicas e a consolidação de critérios mais precisos e objetivos têm permitido a evolução do uso da radiologia no diagnóstico de apendicite aguda nos últimos anos . Uma metanálise, realizada por Doria A.S. e colaboradores em 2006 , verificou-se que tanto a ultrassonografia (US) quanto a tomografia computadorizada (TC) têm valores de especificidade e sensibilidade elevados no diagnóstico de apendicite em adultos e crianças, porém a TC apresenta maior sensibilidade (UPENDER et al., 2016).

Quando se compara os dois exames de imagem, a tomografia se apresenta com maior valor de sensibilidade, e fornece um diagnóstico alternativo mais frequentemente.

Quando a história e o exame físico são consistentes com o diagnóstico de apendicite, a apendicectomia é geralmente realizada sem avaliações subsequentes. Se o quadro clínico não sugerir necessidade de abordagem cirúrgica imediata, o paciente pode permanecer em observação para posterior reavaliação para melhor elucidação diagnóstica (PAULSON et al., 2003).

Laparoscopia diagnóstica pode ser realizada em pacientes com quadro clínico duvidoso, e diminui o número de apendicectomias desnecessárias. É mais efetiva em pacientes do sexo feminino, estando à causa ginecológica presente em 10 a 20% dos casos (PAULSON et al., 2003).

Realizada pela primeira vez em 1983, pelo ginecologista alemão Kurt Semm, a apendicectomia laparoscópica tornou-se uma opção atraente e alternativa à laparotomia no tratamento da apendicite aguda, demonstrando resultados favoráveis, sobretudo com relação à redução da dor pós-operatória, menores taxas de infecção do sítio cirúrgico, melhor resultado estético e retorno mais rápido ao trabalho (MILAS et AL.,2013).

De acordo com CBC (2016) as fases evolutivas foram classificadas de 0 a IV, sendo que a fase 0 corresponde ao apêndice normal, I apêndice com hiperemia e edema, II apêndice com exsudato fibrinoso, III apêndice com necrose e abscesso e fase IV apendicite perfurada. Sendo estratificadas como complicadas (III e IV) e não complicadas (I e II). Figura 2.

O uso do escore de Alvarado para apendicite aguda pode auxiliar na tomada de decisão quanto ao tratamento baseado em sinais, sintomas e achados laboratoriais como apresentado (UPENDER et al., 2016).

De acordo com o sistema proposto por Alvarado em 1986, pacientes com escore variando de 1 a 4 possuem uma baixa probabilidade de terem apendicite aguda. Os pacientes com escore de 5 a 6 são considerados com possibilidade diagnóstica de apendicite, porém sem quadro clínico sugestivo o suficiente para a realização de uma cirurgia de urgência. Tais pacientes devem permanecer em observação para serem reavaliados quanto a progressão da doença. Aqueles que se apresentam com escore de 7 e 8 tem provavelmente um quadro compatível com apendicite aguda, enquanto os pacientes com 9 e 10 na graduação são considerados com diagnóstico quase preciso de apendicite aguda, necessitando de intervenção cirúrgica (UPENDER et al., 2016). Tabela 2.

Tabela 2- Escore de Alvarado

	<u>Escore</u>
<i>Sintomas</i>	
Migração da dor para FID	1
Anorexia	1
<u>Náusea/Vômito</u>	1
<i>Sinais</i>	
Abdome tenso e dor palpação em FID	2
Descompressão brusca positiva em FID	1
Temperatura elevada	1
<i>Laboratório</i>	
Leucocitose	2
Neutrofilia com desvio à esquerda	1
<u>Escore total</u>	10

Fonte: Upender (2016).

De acordo com LIMA (2016), o tempo de internação é proporcional a fase da doença. Sendo encontrado uma média 7.03 dias, sendo 6.77 dias para homens e 7.56 dias para mulheres, não sendo observada diferença significativa entre os sexos.

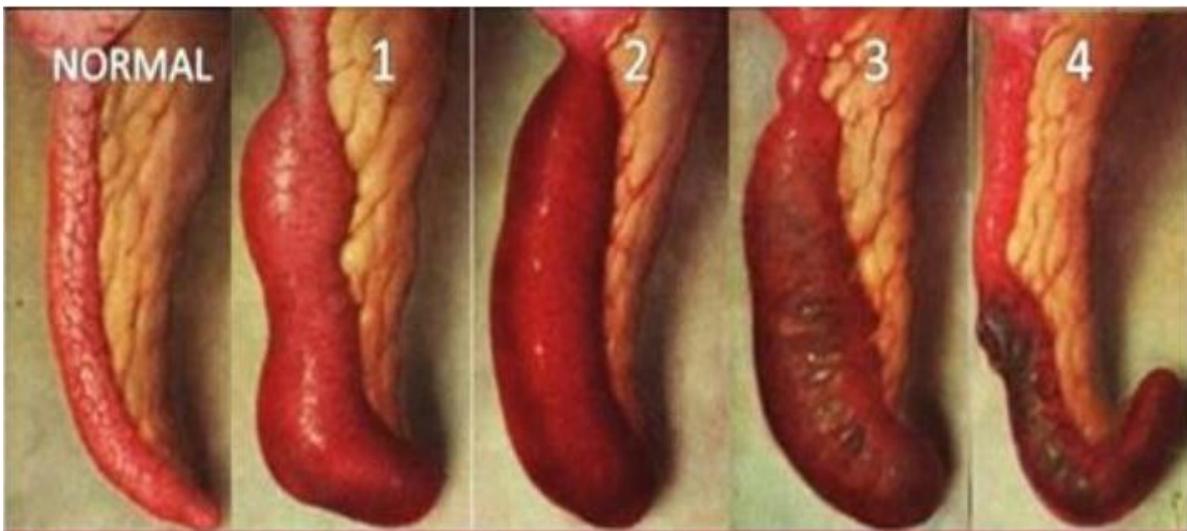


FIGURA 2. FASES DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA.

7 CONCLUSÃO

Com relação à via de acesso para apendicectomia, a via laparoscópica foi a mais utilizada, seguida da laparotômica. A conversão de via laparoscópica para via laparotômica, foi realizada em somente em 10 casos, relacionado a dificuldade técnica na realização da mesma ou por opção tática. O uso de dreno ficou restrito para casos de apendicite graus 3 e 4, e nas outras fases, na maioria das vezes não houve a necessidade de uso. Concluímos que o presente estudo, ajudou a compreender melhor o perfil dos pacientes operados por apendicite aguda no HUCAM, podendo com isso trazer melhoras, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais da área.

8 REFERÊNCIAS

1. ADDIS DG, SHAFFER N, FOWLER BS, ET AL. **The epidemiology of appendicitis and appendicectomy in the United States.** Am J Epidemiol. 1990; 132(5):910-25.

2. ALVARADO A. **A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis.** Ann Emerg Med. 1986; 15 (5):557–64.
3. ANDERSSON RE. **Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis.** Br J Surg. 2004; 91: 28–37.
4. BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. **Abdomen Agudo.** Medicina, Ribeirão Preto. 2007. v. 40, n. 3, p. 358-367.
5. FERES, O.; PARRA, R.S. **Abdômen agudo.** Med Ribeirão Preto. 2008. v. 41, n. 4, p. 430-436.
6. FREITAS RG, PITOMBO MB, MAYA MCA, LEAL PRF. **Apendicite aguda.** Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009; 8(1): 38-51.
7. LIMA A, et al. **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 638 CASOS.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2016; 43(4), pagina 248-253.
8. NUNES, S.I.; VERSIANE FILHO, T. **Apendicectomia.** In: FHEMIG - Diretrizes Clínicas: Protocolos Clínicos. 2012. p. 1-7.
9. PAULSON, E.K.; KALADY, M.F.; PAPPAS, T.N. **Suspected Appendicitis.** N Engl J Med. 2003. v. 348, n. 3, p. 236-242.
10. PRYSTOWSKY JB, PUGH CM, NAGLE AP. **Appendicitis.** Curr Probl Surg. 2005; 42(10): 688-742.
11. SILVA SM, ALMEIDA SB, LIMA OAT, GUIMARÃES GMN, SILVA ACC, SOARES AF. **Fatores de Risco para as Complicações após Apendicectomias em Adultos.** Rev bras Coloproct. 2007; 27(1): 31-6.
12. Sendell E, Berg, Sandblom G, Sundaman J, Franneby U, Bostrom L, et AL. **Surgical decision-marking in acute appendicitis.** BMC Surgery. 2015; 15:69.
13. SOLOMKIN JS, MAZUSKI JE, BRADLEY JS, RODVOLD KA, GOLDSTEIN EJ, BARON EJ, O'NEILL PJ, CHOW AW, DELLINGER EP, EACHEMPATI SR, GORBACH S, HILFIKER M, MAY AK, NATHENS AB, SAWYER RG, BARTLETT JG. **Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America.** Clin Infect Dis. 2010; 50(2):133–64.
14. TEHRANI HY, PETROS JG, KUMAR RR, CHU Q. **Markers of severe appendicitis.** Am Surg. 1999; 65(5):453-5.
15. UPENDER, A.; KUMAR, G.S.; KUMAR, D.R. **Clinical Study of Alvarado Scoring in Acute Appendicitis.** IJSS. 2016. v. 4, n. 3, p. 214-217.