



KLAUS OMIZZOLO GIACOMINI

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**LEVANTAMENTO DE DADOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM
ABDOMÊN AGUDO POR APENDICITE NA UPA E ENCAMINHADOS PARA
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO HUSM**

**DATA SURVEY OF ACUTE ABDOMEN DIAGNOSED PATIENTS FOR APPENDICITIS IN THE UPA
AND FORWARDED FOR SURGICAL PROCEDURE IN HUSM**

Santa Maria, RS

2019

Klaus Omizzolo Giacomini

**LEVANTAMENTO DE DADOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM
ABDOMÊN AGUDO POR APENDICITE NA UPA E ENCAMINHADOS PARA
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO HUSM**

**DATA SURVEY OF ACUTE ABDOMEN DIAGNOSED PATIENTS FOR APPENDICITIS IN THE UPA
AND FORWARDED FOR SURGICAL PROCEDURE IN HUSM**

Trabalho final de graduação (TFG), apresentado ao curso de Medicina, área de ciências da saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para obtenção do título de médico.

Orientador:

Dr. Rafael Boeira Pansard

Santa Maria, RS

2019

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
1. INTRODUÇÃO	6
1.1 JUSTIFICATIVA:	7
1.2 OBJETIVOS:.....	7
1.2.1. Objetivos gerais.....	7
1.2.2. Objetivos específicos:.....	8
2. REVISÃO DA LITERATURA:	8
3. METODOLOGIA:	10
3.1 Delineamento da pesquisa:	10
3.2. Sujeitos da pesquisa e local:	10
3.3. Procedimentos de coleta de dados:	10
3.4. Análise de dados:.....	10
3.5. Questões éticas:.....	11
4. RESULTADOS:	12
5. DISCUSSÃO:.....	13
6. CONCLUSÃO:	15
REFERÊNCIAS:.....	15

RESUMO

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda trata-se de uma das principais causas de abdômen agudo em pronto atendimentos pelo mundo. O seu diagnóstico precoce auxilia em um melhor manejo e uma decisão cirúrgica mais precisa, evitando maiores complicações pré, trans e pós-operatórias. Pensando nisso em 1986 Alvarado publicou um método para avaliação diagnóstica de apendicite. Tal escore é utilizado até hoje, no mundo todo, para auxiliar nesse processo de investigação da doença, uma vez que diversos estudos demonstram que o tempo padrão-ouro para realização de procedimento cirúrgico em tal afecção não deve ultrapassar 12 horas, devido as maiores chances de perfuração do apêndice e complicações pré, intra e pós-operatórias.

OBJETIVOS: Analisar epidemiologicamente pacientes diagnosticados com apendicite aguda na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e encaminhados para o Hospital Universitário de Santa Maria para realização de procedimento cirúrgico de urgência, a fim de avaliar variáveis relacionadas ao prognóstico dessa enfermidade.

MÉTODOS: Foram analisados dados a partir de prontuários eletrônicos de pacientes da UPA, acessados no Hospital Casa de Saúde, bem como dados secundários a partir de outro estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Maria. A partir desses dados foram associadas diversas variáveis para avaliação dos fatores de risco para a saúde dos pacientes associados a progressão da apendicite.

RESULTADOS: Dos 11 pacientes envolvidos na análise, 5 eram mulheres e 6 eram homens, com um média de idade de 36,5 anos. A duração média entre o tempo do diagnóstico de apendicite na Unidade de Pronto Atendimento e o encaminhamento para o serviço de referência foi de 18 horas e 30 minutos. A média do tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico após a chegada do paciente no hospital de referência foi de 12 horas e 40 minutos. Foi notado que a demora para realização do procedimento cirúrgico após o diagnóstico de apendicite na UPA obteve uma média de 32 horas e 52 minutos. Apesar disso, não se obteve relação direta entre demora no procedimento cirúrgico com o tempo de internação pós-operatória, com o tempo de uso de antibiótico, com a classificação do apêndice transoperatório e com as complicações cirúrgicas.

CONCLUSÃO: Nenhum dos pacientes estudados foi operado dentro do tempo padrão-ouro. No entanto, tal ocorrido não foi desfecho para outras complicações e muitos casos podem não ter sido diagnosticados corretamente, refletindo a dificuldade no diagnóstico preciso de apendicite.

PALAVRAS-CHAVE: apendicite, investigação, diagnóstico, complicações, demora, tempo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute appendicitis is one of the main causes of acute abdomen in emergency care around the world. Its early diagnosis helps in better management and a more accurate surgical decision, avoiding major pre, trans and postoperative complications. Thinking about it in 1986 Alvarado published a method for diagnostic evaluation of appendicitis. This score is still used worldwide to help in this process of investigation of the disease, since several studies show that the gold standard time to perform a surgical procedure in this condition should not exceed 12 hours, due to the greater chances. perforation of the appendix and pre, intra and postoperative complications.

OBJECTIVES: To epidemiologically analyze patients diagnosed with acute appendicitis in the 24-hour Emergency Care Unit and referred to the Santa Maria University Hospital for emergency surgery, in order to evaluate variables related to the prognosis of this disease.

METHODS: Databases were analyzed from electronic medical records of patients from the UPA, accessed at Hospital Casa de Saúde, as well as secondary databases from another study conducted at the University Hospital of Santa Maria. From these databases, several variables were associated to assess the risk factors for the health of patients associated with the progression of appendicitis.

RESULTS: Of the 11 patients involved in the analysis, 5 were women and 6 were men, with a mean age of 36.5 years. The average duration between appendicitis diagnosis time at the Emergency Care Unit and referral to the referral service was 18 hours and 30 minutes. The average waiting time for the surgical procedure after the patient's arrival at the referral hospital was 12 hours and 40 minutes. It was noted that the delay to perform the surgical procedure after the diagnosis of appendicitis in the UPA averaged 32 hours and 52 minutes. Nevertheless, there was no direct relationship between delay in the surgical procedure with the length of postoperative hospitalization, the duration of antibiotic use, the classification of the intraoperative appendix and the surgical complications.

CONCLUSION: None of the patients studied underwent surgery within the gold standard time. However, this was not an outcome for other complications and many cases may not have been correctly diagnosed, reflecting the difficulty in accurately diagnosing appendicitis.

KEYWORDS: appendicitis, investigation, diagnosis, complications, delay, time.

1. INTRODUÇÃO

O apêndice cecal é considerado um órgão vestigial, sem função totalmente conhecida em seres humanos. Como contém grande quantidade de tecido linfóide, há hipóteses de que pode apresentar uma certa função imunológica, embora nada tenha sido documentado ainda. A apendicite aguda é definida como a inflamação aguda do apêndice vermiforme, sendo uma das causas mais comuns de dor abdominal a exigir tratamento cirúrgico.

O modelo convencional de doença para apendicite aguda foi descrito no início do século XX por Van Zwalenburg C. (1905) inicialmente e Wangenstein OH, Dennis C. (1939) mais tarde, o qual propõe um processo inflamatório progressivo desencadeado por obstrução luminal do apêndice e culminando em perfuração resultante de infecção e necrose isquêmica. Através de estudos eles perceberam que a presumida progressão se mostrou dependente do tempo desde a inflamação apendicular até a ruptura e a formação de abscessos serviu como justificativa principal para a intervenção cirúrgica imediata.

Com o objetivo de aprimorar o diagnóstico precoce de apendicite e melhorar o quadro de perdas de pacientes, escores de pontuações foram desenvolvidos. Um dos principais deles, foi conhecido em 1986, quando Alvarado A. publicou seu próprio método para o diagnóstico precoce de apendicite aguda, sendo até hoje utilizado em urgências e emergências hospitalares. Com base nos estudos de Alvarado, através da sua metodologia um escore de cinco ou seis é compatível com o diagnóstico de apendicite aguda, um escore de sete ou oito indica provável apendicite, e uma pontuação de nove ou dez indica apendicite muito provável.

No ano de 2017, as diretrizes da WSES (World Society of Emergency Surgery) para diagnóstico e tratamento de apendicite aguda foram publicadas, sendo que a apendicectomia continua sendo o tratamento de escolha para apendicite aguda. Afirmando uma necessidade, da introdução de serviços com cuidados cirúrgicos de emergência, que está incluído, desde 2008, como uma iniciativa abrangente da atenção primária a saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em um estudo de análise transversal realizado por Papandria *et al*, entre os anos de 1988 e 2008, com 683.590 pacientes, percebeu-se a necessidade da intervenção cirúrgica de urgência nos casos de apendicite aguda. Conforme o estudo, durante a apendicectomia realizada no dia da admissão hospitalar, a taxa de perfuração foi de 28,8%, aumentando para 33,3% no segundo dia de internação, e assim progressivamente até chegar em 78,8% de perfurações no oitavo dia pós admissão hospitalar. Outro estudo realizado por Busch *et al*, entre os anos de 2003 e 2006, também associou o atraso intra-hospitalar da apendicectomia a um aumento significativo da perfuração do apêndice e complicações intra e pós-operatórias. Em 1827 casos de apendicite em adultos se observou um aumento significativo da taxa de perfuração (29,7% *versus* 22,7%) quando a apendicectomia foi adiada por mais de 12 horas.

1.1 JUSTIFICATIVA:

A história natural da apendicite foi descrita em três etapas: (1) um apêndice normal, (2) apendicite aguda não complicada e (3) apendicite aguda complicada, de acordo com sua aparência macroscópica e microscópica e sua relevância clínica (Di Saverio et al.). Em um trabalho, realizado por Di Saverio et al., no ano de 2012, notou-se que a alta morbidade e a mortalidade ocasional associada a apendicite aguda, geralmente são relacionadas ao atraso na apresentação por pacientes, ao atraso do diagnóstico pelo médico, ou ainda ao atraso para a realização da apendicectomia. Tais atrasos se mostraram capazes de resultar em complicações como gangrena, perfuração, massa apendicular, e peritonite, os quais são responsáveis por prolongar a permanência hospitalar, aumentar os custos do tratamento e aumentar os riscos de complicações intra e pós-operatórias.

Muitos estudos relatam que o tratamento mais eficaz para apendicite segue baseado na apendicectomia. Com isso McCartan, DP; Fleming, FJ; e Grace PA, revelaram que determinar o melhor momento para realizar a cirurgia no caso de apendicite aguda é de importância crucial, uma vez que, a apendicite aguda tem sido considerada doença irreversível e progressiva, embora estudos recentes tenham questionado este dogma.

Diversos estudos demonstram que, hoje em dia, há uma ideia fixa de que existem dois tipos de apendicite: não complicada (não perfurante) e complicada (perfurante). No entanto, a etiologia e patogênese da afecção aguda permanecem bastante desconhecidas e prever um curso leve ou fulminante de apendicite, não tem se mostrado possível. Com isso, percebe-se que Cappendijk VC e Hazebroek FW estavam corretos em seus estudos ao afirmarem que atrasar uma apendicectomia aumenta o risco de perfuração e está associado a uma maior incidência de morbidade a curto e longo prazo.

Ainda conforme um estudo realizado por Shin et al., em 2014, recomenda-se realizar a apendicectomia como assim que possível, dentro de um tempo estimado de 12 horas após admissão do paciente e diagnóstico no centro de emergência. Segundo esses autores, muitos outros estudos ainda comprovam que a apendicectomia imediata é mais segura que a tardia, defendendo que um procedimento tardio produz mais complicações intra e pós-operatórias, como infecção do sítio cirúrgico.

1.2 OBJETIVOS:

1.2.1. Objetivos gerais:

- Realizar levantamento epidemiológico de pacientes encaminhados com suspeita diagnóstica de apendicite da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para realização de procedimento cirúrgico no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

1.2.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar os pacientes atendidos quanto a sexo e idade
- Verificar o tempo entre a chegada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o encaminhamento para avaliação no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).
- Verificar o tempo de espera entre a chegada ao HUSM e a realização do procedimento cirúrgico.
- Correlacionar o tempo entre o diagnóstico na UPA e realização do procedimento cirúrgico com a classificação transoperatória do apêndice.
- Correlacionar o tempo entre o diagnóstico na UPA e realização do procedimento cirúrgico com tempo de internação pós-operatória.
- Correlacionar o tempo entre o diagnóstico na UPA e realização do procedimento cirúrgico com as complicações cirúrgicas.

2. REVISÃO DA LITERATURA:

Infecções intra-abdominais complicadas são uma importante causa de morbidade e mortalidade, principalmente se mal geridas. Um recente estudo observatório multicêntrico, realizado por Sartelli et al., em 2015, em 132 instituições médicas em todo o mundo durante um período de quatro meses (outubro de 2014 a fevereiro de 2015) inscreveu 4553 pacientes com complicações intra-abdominais, sendo mortalidade global neste estudo de 9,2% - 416/4533.

A sepse intra-abdominal mostra-se como uma das situações mais desafiadoras na cirurgia e geralmente se apresenta como peritonite, sendo a perfuração gastrointestinal, com extravasamento de conteúdo alimentar para a cavidade peritoneal, uma emergência cirúrgica comum e que pode apresentar sequelas com risco de vida. Em um estudo realizado por Weledji e Ngowe, em 2013, foi relatada uma variação de 12 vezes na taxa de mortalidade em 30 dias após cirurgia abdominal de emergência na Grã-Bretanha, variando de 3,6% no hospital de melhor desempenho a 41,7% no de pior, algo que seria alarmante no mundo em desenvolvimento, onde uma taxa de mortalidade geral de cerca de 17% é relatada. Tal fato demonstra que o resultado cirúrgico depende de uma complexa interação de vários fatores e do sucesso obtido com o início precoce de procedimentos terapêuticos específicos.

Ainda de acordo com Weledji e Ngowe, o reconhecimento precoce, a ressuscitação imediata, o tratamento antibiótico precoce e adequado, o diagnóstico imediato e a erradicação da fonte de sepse - ou seja, a terapia precoce orientada a metas e controle da fonte (procedimento cirúrgico) - devem abortar o processo evolutivo da sepse.

Em 2017, Sartelli et al. desenvolveram um estudo comprovando que a apendicectomia continua sendo o tratamento de escolha para apendicite aguda. Conforme esse trabalho, a antibioticoterapia é um meio seguro de tratamento primário para pacientes com doença aguda não complicada, mas é menos eficaz a longo prazo devido a taxas de recorrência significativas e provavelmente necessita da certeza de um diagnóstico comprovado por tomografia computadorizada de apendicite não-complicada.

Em 2018, Sartelli et al. confirmou a apendicite aguda tanto como a causa mais comum de emergência em cirurgia geral, bem como a causa mais comum de sepse intra-abdominal, em todo o mundo, acometendo principalmente adolescentes e adultos jovens. Confirmando um trabalho, também desenvolvido por Sartelli et al., em 2011, o qual demonstrou que cerca de um terço desses casos foram complicados e sua taxa de mortalidade, após o procedimento cirúrgico, variou entre 0,07% e 0,7%, subindo de 0,5% em pacientes sem perfuração para 2,4% em pacientes com perfuração de apêndice. A grande maioria dos pacientes avaliados nesse estudo passaram por cirurgia (95,7%) e apenas 4,3% dos pacientes não receberam tratamento cirúrgico. Esse resultado instantâneo global demonstra que apesar de haver vários relatos na literatura sobre o manejo não operatório de apendicite aguda sem complicações, a gestão operativa ainda constitui a espinha dorsal do tratamento de tal enfermidade.

Em um estudo observacional multicêntrico sobre a influência negativa do atraso hospitalar no resultado pós-apendicectomia, realizado por Busch et al., os seguintes dados foram divulgados: atraso hospitalar de mais de 12 horas, idade acima de 65 anos, tempo de admissão durante as horas regulares e a presença de comorbidades são todos fatores de risco independentes para perfuração do apêndice cecal. Além disso, perfuração do apêndice foi associada a uma taxa de reintervenção mais elevada e aumento do tempo de internação hospitalar. (Di Saverio et al., 2016).

De acordo com um estudo desenvolvido por Di Saverio et al., em 2016, a antibioticoterapia trata-se de um meio seguro de tratamento primário apenas para pacientes com doença aguda não complicada, mas mostra-se menos eficaz a longo prazo devido a taxas de recorrência significativas e provavelmente precisa certeza de um diagnóstico comprovado por tomografia computadorizada (TC) de apendicite não complicada (recomendação 1A, da WSES). Tanto a cirurgia aberta quanto a via laparoscópica são abordagens de tratamento aceitas (recomendação 1A, da WSES), dependendo da experiência e habilidade do cirurgião. Além disso, o momento de realizar a apendicectomia tratou-se de uma grande questão de debate nessas recomendações, indicando que que um curto período intra-hospitalar de até 12/24 horas mostrou-se seguro em apendicite aguda não complicada, não aumentando as complicações e/ou taxas de perfuração. No entanto, mesmo a cirurgia para apendicite não complicada deve ser planejada para a próxima lista disponível minimizando atrasar sempre que possível.

3. METODOLOGIA:

3.1 Delineamento da pesquisa:

- Estudo transversal descritivo retrospectivo de abordagem quantitativa.

3.2. Sujeitos da pesquisa e local:

- Esta pesquisa foi realizada, em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, com pacientes diagnosticados com abdômen agudo por apendicite, encaminhados do serviço da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), para o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), entre março de 2018 e março de 2019.
- Foram incluídos pacientes maiores de 14 anos 11 meses e 29 dias de vida.
- Foram excluídos pacientes menores de 14 anos 11 meses e 29 dias de vida.

3.3. Procedimentos de coleta de dados:

- Foram acessados dados secundários com informações de prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia por apendicite, realizadas no Hospital Universitário de Santa Maria.
- Foram acessados dados dos prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos na UPA.
- Os dados coletados foram colocados em uma tabela, buscando realizar um levantamento dos pacientes envolvidos na pesquisa.

3.4. Análise de dados:

- Foi analisado o tempo de demora entre o diagnóstico do paciente na UPA até o tempo de chegada no HUSM.
- Foi analisado o tempo de demora entre a chegada do paciente no HUSM e a realização da apendicectomia.
- Foi analisado o tempo de demora entre o diagnóstico do paciente na UPA e a realização do procedimento cirúrgico.
- Foi analisado o tempo de internação e de uso de antibiótico pós-operatório.
- Foi analisada a classificação do apêndice transoperatório.

- Foram analisadas as complicações cirúrgicas.
- Foram analisados o sexo e a idade dos pacientes envolvidos no estudo.

3.5. Questões éticas:

- A pesquisa foi baseada na coleta de dados secundários, a partir de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. Assim como de dados coletados diretamente de prontuários eletrônicos da Unidade de Pronto Atendimento de Santa Maria, durante expediente nos ambulatórios acadêmicos do Hospital Casa de Saúde.
- Os acontecimentos no decorrer do estudo tiveram caráter sigiloso, abrangendo nome dos participantes, comportamentos ou informações que possam levar a identificação dos indivíduos.
- O presente projeto apenas foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. A pesquisa está de acordo com as diretrizes previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ambas determinam acerca dos cuidados na realização de pesquisas envolvendo seres humanos, seu respeito e proteção, além de tratar sobre o sigilo e direito a informação por parte do participante (BRASIL, 2012).
- O trabalho apresentou riscos mínimos, considerados inerentes à vida diária, também, não pretende causar danos morais ou riscos à saúde física, mental, social ou espiritual dos participantes.
- A participação no estudo não acarretou prejuízo financeiro, bem como não foi remunerado. Os envolvidos possuem direito à remuneração e à indenização diante de eventuais danos decorrentes dessa análise de dados. Ainda, terão o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa. Os dados coletados estão guardados em confidencialidade pelo pesquisador responsável.
- Foram solicitadas autorizações das instituições responsáveis pelo armazenamento dos dados através da assinatura de um termo de autorização local para coleta de dados (Anexo I).
- Foi assinado um termo de confidencialidade pelo orientador e pesquisador responsável e pelo pesquisador assistente (Anexo II).

4. RESULTADOS:

Com base em um projeto piloto de pesquisa, nessa amostra foram incluídos 11 pacientes, sendo 5 mulheres e 6 homens, correspondendo, respectivamente, à 45,4% e 54,6% dos casos. Quanto a idade, a média foi de 36,5 anos, e os extremos foram de 71 e 21 anos.

A duração média entre o tempo de suspeita de apendicite na UPA e o encaminhamento para o serviço de referência foi de 18 horas e 30 minutos, sendo o maior tempo 38 horas e 33min, e o menor de 2 horas e 2 minutos. Também foi verificado, que a média do tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico após a chegada do paciente no HUSM foi de 12 horas e 40 minutos, sendo a maior espera de 30 horas e 44 minutos, e a menor com duração de 23 minutos. Somando-se a isso, foi notado que a demora para realização do procedimento cirúrgico após o diagnóstico de apendicite na UPA obteve uma média de 32 horas e 52 minutos.

Esse tempo de espera entre a suspeição diagnóstica de apendicite e a realização do procedimento cirúrgico variou entre os extremos de 13 horas com 3 minutos e 59 horas com 4 minutos. No entanto, essa variável não apresentou relação direta com o tempo de internação pós-operatória, com o tempo de uso de antibiótico, com a classificação do apêndice transoperatório e com as complicações cirúrgicas, sendo dados que alternaram de acordo com cada paciente. (Tabela 1).

TEMPO DIAGN→CGIA	TEMPO INTERNA PÓS-OP	TEMPO ATB PÓS-OP	CLASSE AP	COMPLICAÇÃO
13h 03min	18h 43min	NÃO	II	Nenhuma
16h 22min	1d 10h 24min	1 DIA	II	Nenhuma
25h 24min	8d 22h 56min	10 DIAS	III	Abscesso
21h 50min	1d 13h 13min	3 DIAS	II	Nenhuma
32h 46min	18h 19min	1 DIA	I	Nenhuma
45h 30min	1d 8h 00min	2 DIAS	I	Nenhuma
37h 00min	1d 8h 58min	2 DIAS	I	Nenhuma
30h 11min	2d 4h 29min	4 DIAS	I	Nenhuma
34h 31min	19h 20min	2 DIAS	I	Nenhuma
59h 04min	1d 2h 38min	2 DIAS	I	Nenhuma
35h 34min	2d 22h 13min	2 DIAS	II	Nenhuma

TABELA 1. Relação entre tempo de diagnóstico de apendicite até a realização da cirurgia, tempo de internação pós-operatória, classificação do apêndice e complicações operatórias.

Notou-se ainda que, o paciente mais idoso foi o único a apresentar complicação em seu procedimento cirúrgico. Tal paciente, necessitou aguardar 9 horas e 48 minutos para ser encaminhado da UPA para o HUSM, além de ter esperado por mais 15 horas e 36 minutos no serviço de referência para a realização da sua cirurgia, totalizando 25 horas e 24 minutos de espera.

5. DISCUSSÃO:

Cabe aqui ressaltar que esse estudo se trata de um projeto de pesquisa piloto, que vai avaliar a epidemiologia e levantar dados estatísticos sobre pacientes diagnosticados com apendicite aguda na Unidade de Pronto Atendimento de Santa Maria e encaminhados para o serviço de referência no Hospital Universitário da mesma cidade, pelo período de um ano.

A pesquisa foi baseada em estudos mundiais, que mostram desde o início dos anos 1900, quando a apendicite aguda foi descrita por Van Zwalenburg C. e Wangesteen OH, a necessidade de um diagnóstico e intervenção precoces no tratamento dessa patologia. Alega-se que a presumida progressão da doença é dependente do tempo desde a inflamação apendicular até a ruptura e formação de abscessos, servindo como justificativa para intervenção cirúrgica imediata.

Assim como mostra a literatura, nosso estudo revelou que a apendicite aguda tem uma leve predominância entre os homens e os adultos jovens. Observou-se que os homens envolvidos em nossos levantamentos corresponderam a 54,6%, enquanto as mulheres ficaram com 45,6% dos casos. Bem como a idade média de 36,5 anos, confirmando a predominância dos adultos jovens nos casos de apendicite aguda, sendo que 9 dos 11, ou 81,8% dos pacientes avaliados, apresentavam idades entre 20 e 50 anos.

Também se notou, que os dados coletados no estudo foram contrários ao que indicam a maioria das pesquisas quando se trata de cirurgia precoce no tratamento da apendicite. Em 2014, *Shin et al.*, recomendaram a realização a apendicectomia assim que possível dentro de um tempo estimado de 12 horas após a admissão do paciente e diagnóstico no centro de emergência. Em nosso levantamento de dados, nenhum dos pacientes foi operado dentro dessa estimativa estipulada, sendo 13 horas e 3 minutos (tabela 2) o menor tempo entre o diagnóstico e a realização do procedimento cirúrgico, indicando uma possível falha no sistema de saúde estudado.

TEMPO DE ESPERA DIAGNÓSTICO – CIRURGIA
13h 03min
16h 22min
25h 24min
21h 50min
32h 46min
45h 30min
37h 00min
30h 11min
34h 31min
59h 04min
35h 34min

TABELA 2: Demora entre diagnóstico no serviço de emergência e realização do procedimento cirúrgico.

Em 2011, um estudo divulgado por *Busch et al.*, apresentou os seguintes fatores de risco para perfuração do apêndice cecal: atraso hospitalar maior do que 12 horas, idade acima de 65, tempo de admissão e presença de comorbidades. Tal realidade foi apresentada nessa pesquisa, visto que o caso mais complicado aconteceu com um paciente de 71 anos, que ficou 25 horas e 24 minutos aguardando pela realização da sua cirurgia. No procedimento foi identificada uma inflamação do apêndice classe III e a presença de abscesso na cavidade abdominal. Possivelmente, tal fato justifique a necessidade desse paciente ter ficado por 8 dias recebendo antibiótico após o procedimento e ter totalizado 8 dias 22 horas e 56 minutos de internação pós-operatória. Sendo o maior tempo de internação pós-operatória entre todos os pacientes analisados.

Além disso, encontrou-se nessa pesquisa uma relação importante entre demora operatória, classificação do apêndice transoperatório, uso de antibiótico pós-operatório e tempo de internação após a realização do procedimento cirúrgico (tabela 1). Verificou-se que a demora entre o procedimento cirúrgico e as complicações desencadeadas pela evolução da apendicite não apresentaram uma relação direta, indo contra o que indica grande parte da literatura, a qual relaciona o efeito direto das complicações e a progressão da doença com a demora na realização do tratamento cirúrgico.

Talvez, essas alterações nos dados coletados sejam justificadas pela, ainda existente, real dificuldade na confirmação diagnóstica de apendicite aguda. De acordo com o que é afirmado nas diretrizes para o manejo das infecções intra-abdominais do *Jornal Mundial de Emergência Cirúrgica*, de 2017, a apresentação clínica da apendicite ainda se mostra inconsistente em muitos casos, e enquanto o diagnóstico clínico pode ser claro em pacientes que apresentam sinais e sintomas clássicos da doença, apresentações atípicas podem resultar em atraso no tratamento e/ou tomada de decisão precipitada.

Como já foi dito, apesar de existirem poucas complicações nos prontuários avaliados, foi demonstrado um atraso bastante grave entre o diagnóstico da doença e o procedimento cirúrgico, o que pode ser fatal em alguns casos. Tal fato, nos instiga a pensar em uma possível necessidade da implantação de mais um serviço com cuidados cirúrgicos de emergência em Santa Maria, acatando assim uma decisão da Organização Mundial da Saúde, que em 2008, indicou a implantação de serviços com cuidados cirúrgicos de emergência na atenção primária à saúde, a qual está associada a intervenção precoce na história natural da doença. A implantação desse novo serviço, poderia ajudar no diagnóstico mais preciso dos pacientes, bem como evitar a exposição dos mesmos a procedimentos invasivos e reduzir a superlotação do serviço de referência local, muitas vezes, ocasionada por encaminhamentos supérfluos. Desse modo, pode-se ajudar na diminuição dos custos da saúde pública de Santa Maria, uma vez que tanto a realização de procedimentos cirúrgicos e encaminhamentos desmesurados, quanto um tempo prolongado de internação e uso de antibióticos apresentam custos dispendiosos aos serviços de saúde.

6.CONCLUSÃO:

A apendicite aguda é uma patologia frequente nos serviços de urgência e emergência no mundo todo. Em Santa Maria, essa realidade não é diferente e conseguir demonstrar a lentidão no fluxo de pacientes revelou-se preocupante. No entanto, devemos lembrar que muitos dos participantes da pesquisa não apresentaram as complicações esperadas de acordo com estudos sobre a progressão da doença. Com isso, notou-se que o diagnóstico de apendicite aguda é mais complexo do que parece e pode levar pacientes desnecessariamente a realização de um procedimento cirúrgico invasivo, o que nos leva a aventar a possibilidade da criação de mais um serviço de urgência/emergência cirúrgica em Santa Maria.

REFERÊNCIAS:

1. Busch M, Gutzwiller FS, Aellig S, et al. In-hospital Delay Increases the Risk of Perforation in Adults with Appendicitis, 2011.
2. Papandria D, Goldstein SD, Rhee D, Salazar JH, Arlikar J, Gorgy A, Ortega G, Zhang Y, Abdullah F. Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis, 2013.
3. Giraud G, Baracchi F, Pellegrino L, Dal Corso HM, Borghi F: Prompt or delayed appendectomy? Influence of timing of surgery for acute appendicitis, 2011.
4. Von Titte SN, McCabe CJ , Ottinger LW Delayed appendectomy for appendicitis: Causes and consequences, 1996.
5. Ditillo MF, Dziura JD, Rabinovici R: Is It Safe to Delay Appendectomy in Adults With Acute Appendicitis?, 2006.
6. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis, 2016.
7. Shin CS, Roh YN, Kim JL Delayed appendectomy versus early appendectomy in the treatment of acute appendicitis: a retrospective study, 2014.
8. Rohde L, Osvaldt A, ...[et al.], Rotinas em cirurgia digestiva, cap. 81, 2 ed, Porto Alegre: Artmed 2011.
9. Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, et al. Prospective Observational Study on acute Appendicitis Worldwide (POSAW), 2018.

10. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa F, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections, 2017.
11. Multicentre Cohort Study, Systematic Review, and Meta-Analysis The United Kingdom National Surgical Research Collaborative: Safety of Short, In-Hospital Delays Before Surgery for Acute Appendicitis, *Annals of Surgery* - Volume 259, Number 5, May 2014.
12. Weledji EP, Ngowe MN, Review: The challenge of intra-abdominal sepsis, 2013.
13. Sartelli M, Viale P, Catena F, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections, 2013.
14. Teixeira PG, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D: Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections, 2012.
15. Bickler SW, Spiegel D Improving Surgical Care in Low- and Middle-Income Countries: A Pivotal Role for the World Health Organization, 2009.
16. Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MA, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015, 2016.

