



DIAGNÓSTICO TARDIO E INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM SUJEITOS SUBMETIDOS A APENDICECTOMIA

LATE DIAGNOSIS AND SURGICAL SITE INFECTION IN SUBJECTS AFTER APPENDECTOMY EL DIAGNÓSTICO TARDÍO Y LA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN SUJETOS SOMETIDOS A APENDICECTOMIA

Paula Aparecida Soriano de Souza Jesuino Rodrigues¹, Gabriella Barros dos Santos², Jandesson Mendes Coqueiro³

RESUMO

Objetivo: verificar a associação grau evolutivo da apendicite com a infecção de sítio cirúrgico em sujeitos submetidos a apendicectomia. **Método:** estudo quantitativo retrospectivo e descritivo, a partir do exame dos prontuários médicos de sujeitos submetidos a apendicectomia. A análise estatística foi feita através da Análise de variância. **Resultados:** a amostra foi constituída por 60 pacientes, com predomínio do sexo masculino, a sintomatologia clássica da apendicite registrada na maioria dos sujeitos, incluiu a dor abdominal na região epigástrica ou periumbilical que irradiava para fossa ilíaca direita. A distribuição dos sujeitos segundo a classificação laparoscópica foi: grau 1 (18,33%); 2 (28,33%); 3 (26,67%); 4A (8,33%); 4C (10%); 5 (5%); não especificado (3,33%). A taxa de infecção de sítio cirúrgico foi de 15%. **Conclusão:** grau evolutivo e infecção de sítio cirúrgico são variáveis dependentes, pois as complicações foram mais frequentes em fases mais avançadas da apendicite (Grau 4). É fundamental a atuação da enfermagem através de medidas direcionadas à prevenção e controle das infecções hospitalares, sobretudo, da infecção de sítio cirúrgico. **Descritores:** Apendicectomia; Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório; Infecção da ferida cirúrgica; Sistema Único de Saúde; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the association between evolutionary degree of appendicitis with surgical site infection in subjects after appendectomy. **Method:** retrospective, descriptive and quantitative study, from the examination of the medical records of subjects that underwent appendectomy. The statistical analysis was done through Variance analysis. **Results:** the sample consisted of 60 patients, with a predominance of males, the classic symptoms of appendicitis registered in most subjects included abdominal pain in the epigastric or periumbilical region that radiated to the right iliac fossa. The distribution of the subjects according to the laparoscopic classification was: degree 1 (18.33%); 2 (28.33%); 3 (26.67%); 4A (8.33%); 4C (10%); 5 (5%); not specified (3.33%). The rate of surgical site infection was 15%. **Conclusion:** evolutionary degree and surgical site infection are dependent variables, because the complications were more frequent in more advanced phases of appendicitis (degree 4). The nursing performance through measures directed to preventing and controlling nosocomial infections, especially surgical site infections, is essential. **Descriptors:** Appendectomy; Digestive System Surgical Procedures; Surgical Wound Infection; Unified Health System; Perioperative Nursing; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación entre el grado evolutivo de la apendicitis con infección de sitio quirúrgico en sujetos sometidos a apendicectomía. **Método:** estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, a partir del examen de los registros médicos de los sujetos sometidos a apendicectomía. El análisis estadístico se realizó mediante el Análisis de varianza. **Resultados:** la muestra estuvo constituida por 60 pacientes, con un predominio del sexo masculino, los síntomas clásicos de apendicitis registrados en la mayoría de los sujetos incluyeron dolor abdominal en la región epigástrica o periumbilical, que irradia a la fosa ilíaca derecha. La distribución de los temas según la clasificación laparoscópica fue: grado 1 (18,33%); 2 (28,33%); 3 (26,67%); 4A (8,33%); 4C (10%); 5 (5%); no especificado (3,33%). La tasa de infección del sitio quirúrgico fue de 15%. **Conclusión:** grado evolutivo y la infección de sitio quirúrgico son variables dependientes, porque las complicaciones fueron más frecuentes en fases más avanzadas de la apendicitis (grado 4). Es esencial el desempeño de la enfermería a través de medidas dirigidas a la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, especialmente de la infección del sitio quirúrgico. **Descriptor:** Apendicectomía; Procedimientos Quirúrgicos del Sistema Digestivo; Infección de la Herida Quirúrgica; Enfermería Perioperatoria; Sistema Único de Salud; Enfermería.

¹Mestra, Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC. Ilhéus (BA), Brasil. E-mail: laylasorianor@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9600-4759>; ²Graduanda em enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC. Ilhéus (BA), Brasil. E-mail: barrosabriella41@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6986-9669>; ³Doutorando, Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Vitória (ES). E-mail: jandesson.mc@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5321-5174>

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é uma das afecções abdominais cirúrgicas, emergenciais, bastante rotineira em todo o mundo. Estima-se que há um risco de 8,6% para homens e 6,7% para mulheres de desenvolvê-la ao longo da vida.¹ Além disso, é uma doença que pode afetar qualquer faixa etária, sobretudo, adultos jovens, com predominância do sexo masculino.²⁻³

Esta afecção é definida como a presença de inflamação do apêndice cecal gerada por obstrução do lúmen intestinal, sendo as causas mais frequentes a hiperplasia do tecido linfóide, fecalitos, corpos estranhos, vermes ou neoplasias.⁴ O paciente, na maioria das vezes, apresenta um quadro de dor abdominal, inicialmente localizada na região periumbilical ou epigástrica, com migração para fossa ilíaca direita, e, fortuitamente relatada em outros locais, a depender da posição do apêndice. Estes sintomas podem ser acompanhados de náuseas, vômitos e febre, que se intensificam com a progressão da doença.³

Embora o diagnóstico de apendicite aguda seja predominantemente clínico, em situações duvidosas, a realização de exames laboratoriais e de imagem são grandes contribuintes.⁵ Contudo, vale mencionar, que a demora em reconhecer essa patologia e iniciar o devido tratamento contribui para o surgimento de complicações, principalmente a Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), atribuídas à gravidade do processo evolutivo da inflamação apendicular, favorece o aumento da morbimortalidade.⁶

A infecção do sítio cirúrgico está entre as complicações com maior ocorrência, correspondendo a aproximadamente 14% a 16% das infecções encontradas em sujeitos hospitalizados.⁷ Apresenta-se no Brasil com uma incidência de 2,8 a 20%, dependendo de fatores, como o tipo de vigilância, as características do hospital, do sujeito e do procedimento cirúrgico.⁸ Além disso, constitui-se como uma das complicações mais frequentes após apendicectomia.⁹

De todo modo, a infecção do sítio cirúrgico é caracterizada pela presença de microorganismos capazes de alterar e atrasar o processo de cicatrização dos tecidos e estão relacionados a presença de secreção purulenta na incisão e sinais de flogose, como: dor, aumento da sensibilidade, edema, hiperemia e calor local, além de febre e leucocitose.¹⁰

Sabe-se que essa complicação de ferida apresenta diversos fatores etiológicos que

predispõem e favorecem o seu surgimento, sobretudo, devido a gravidade da apendicite está diretamente relacionada ao tempo e grau de evolução da inflamação do apêndice, tornando-se necessária e extremamente relevante a detecção precoce e o tratamento imediato a fim de evitar o seu aparecimento.

Nessa linha de pensamento, buscando contribuir para a melhoria da assistência prestada aos sujeitos que passam por cirurgias e pela escassez de estudos que relacionam a abordagem diagnóstica da apendicite e a influência do grau da apendicite para a infecção de sítio cirúrgico na área da enfermagem, propor-se a realização deste estudo, tendo como reflexão a influência do diagnóstico tardio da Apendicite Aguda, o estágio anatomopatológico do apêndice como o fator mais importante no aparecimento de complicações pós apendicectomia, principalmente no desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico.

OBJETIVOS

- Verificar a associação entre o grau evolutivo da apendicite com a infecção de sítio cirúrgico em sujeitos submetidos a apendicectomia.
- Descrever os sinais e sintomas registrados na admissão em sujeitos submetidos a apendicectomia.

MÉTODO

Estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, desenvolvido em um hospital público na cidade de Itabuna/BA. A referida instituição possui 208 leitos, atende a população aproximada de 1.618.519 habitantes, distribuídos em 67 municípios. Presta assistência de média e alta complexidade, sendo referência nos casos de urgência e emergência.

A amostra incluiu todos os registros disponíveis de sujeitos, ambos os sexos, submetidos a apendicectomias neste hospital no ano de 2016, o que representou 60 registros em prontuários.

A coleta de dados foi realizada em março e abril de 2017 a partir das informações contidas nos prontuários arquivadas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) utilizando um formulário específico elaborado pelos pesquisadores. Este instrumento possuía questões referentes à caracterização dos sujeitos, dados relacionados ao pré, intra e pós-operatório e a critérios diagnósticos de infecção de sítio cirúrgico.

Em relação à caracterização da amostra e os dados relacionados ao pré, intra e pós-

operatório foram observados questões referentes à idade, sexo, data do internamento, da cirurgia, da notificação da Infecção de Sítio Cirúrgico e da alta, sinais e sintomas apresentados na admissão, duração dos sintomas até a procura por assistência médica e intervenção cirúrgica, resultado de exames laboratoriais e de imagem, administração de antibioticoprofilaxia, tipo de procedimento realizado, achados intra-operatórios.

Os dados coletados quanto ao critério diagnóstico são relacionados ao aparecimento de sinais e sintomas que caracterizam a Infecção de Sítio Cirúrgico, como secreção purulenta na ferida, febre (>38°C), deiscência de pontos e leucocitose.

A análise descritiva foi realizada a partir de frequências simples absolutas e percentuais, pelo Software Microsoft Excel Office versão 2013. A análise estatística empregada foi o teste de Análise de variância (ANOVA) que verificou a associação entre o grau da apendicite e a infecção de sítio cirúrgico. O nível de significância estabelecido foi de 5 %.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os trâmites éticos para pesquisas pesquisa envolvendo seres humanos. Tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz sob o registro CAAE 59540416.0.0000.5526.

RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta por 60 prontuários de sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão dessa investigação, com idade variando de 14 a 60 anos e média de 30,2 anos. Desses, 36 (60%) indivíduos eram do sexo masculino e 24 (40%) eram do sexo feminino.

No que se refere à faixa etária, houve uma maior frequência de sujeitos entre 20 a 34 anos correspondendo a 36 (55%) indivíduos dessa amostra, em ambos os sexos, e, somente dois (3,33%) indivíduos eram maiores de 60 anos. Ademais, apenas um (1,67%)

sujeito apresentou comorbidades associadas, incluindo a hipertensão arterial, esteatose hepática Grau III e distensão gasosa.

Dos sujeitos incluídos neste estudo, que procuraram o serviço de emergência hospitalar para o atendimento da dor abdominal aguda, notou-se que 37 (61,67%) eram de regiões próximas ao local do estudo, 21 (35%) eram do município de Itabuna/BA (residentes locais) e somente dois (3,33%) residiam em outro estado.

No que tange à sintomatologia clássica registrada, 23 (38,33%) sujeitos relataram na admissão hospitalar mais de 2 sintomas clássicos da apendicite e 21 (35%) referiram acima de 5, e em 16 prontuários (26,67%) haviam apenas um sintoma referido.

Observou-se o predomínio da dor abdominal inicialmente periumbilical ou epigástrica com migração para fossa ilíaca direita em 55 (91,67%) sujeitos, 40 sujeitos apresentaram náuseas e vômitos (66,67%), 26 tiveram febre (43,33%), 22 apontaram a anorexia (36,67%).

A constipação foi relatada em 10 sujeitos (16,67%), a diarreia em três (5%), quatro indivíduos com ruídos hidroaéreos diminuídos (6,67%), o plastrão palpável foi identificado em dois sujeitos (3,33%). Outros sintomas registrados incluiu a distensão abdominal, cefaleia e corrimento vaginal, presentes em um sujeito (1,67%). O sinal de blumberg foi positivo em 38 (63,33%) sujeitos e apenas quatro (6,67%) sujeitos apresentaram sinal de Rovsing.

O tempo médio entre o início dos sintomas e o tratamento cirúrgico foi de 3,8 dias, que variou de algumas horas a 21 dias, sendo que a maioria dos sujeitos procuraram em até 5 dias o serviço de emergência do hospital (Tabela 1).

A anamnese e o exame físico se apresentaram suficientes para o diagnóstico da apendicite na maioria dos casos, entretanto, como recurso adicional, cinquenta (83,33%) sujeitos realizaram hemograma antes da intervenção cirúrgica.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital, segundo o número de dias entre o início dos sinais e sintomas e a intervenção cirúrgica. Itabuna, BA, Brasil, 2017.

Tempo de história (dias)	N	%
Até 1	9	15
2 a 5	36	60
6 a 9	4	6,67
> 10	5	8,33
Ignorado	6	10
Total	60	100

A classificação da apendicite aguda neste estudo, obedeceu a descrição cirúrgica feita pelos cirurgiões no ato intra-operatório

(Tabela 2). Devido a ausência do registro dessa classificação em alguns prontuários, dois

(3,33%) sujeitos foram incluídos na amostra estudada como grau não especificado.

Verificou-se que 10 (16,67%) sujeitos apresentaram complicações oriundas da apendicite, como o abscesso intra-abdominal, e, apenas um sujeito observou-se a peritonite difusa (1,67%) e concomitantemente à essa patologia, um

sujeito apresentou o cisto ovariano roto (1,67%).

A média de internamento foi de 5,85 dias. O tempo de estadia hospitalar variou de 1 a 14 dias. 33 sujeitos (55%) permaneceram internados neste hospital durante 4 a 7 dias; outros 15 (25%) continuaram nesta instituição para tratamento por mais de 8 dias e 12 (20%) sujeitos ficaram internados entre 1 a 3 dias.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital, segundo os achados intraoperatório. Itabuna (BA), Brasil, 2017.

Grau evolutivo	n	%
Grau 1	11	18,33
Grau 2	17	28,33
Grau 3	16	26,67
Grau 4 A	5	8,33
Grau 4 B	0	0
Grau 4 C	6	10
Grau 5	3	5
Não especificado	2	3,33
Total	60	100

Em relação ao tratamento, todos os sujeitos da amostra com diagnóstico inicial de Apendicite Aguda foram submetidos à apendicectomia por laparotomia com invaginação do coto apendicular, por sutura em bolsa.

A taxa de infecção do sítio cirúrgico foi de 15%, calculadas conforme indicação do Manual de Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.⁷ No que diz respeito aos pacientes que desenvolveram essa complicação de ferida, verificou-se que surgiram entre o 3º e o 5º dia pós-operatório. Concomitantemente a esta complicação, cinco sujeitos apresentaram deiscência de ferida

operatória (8,33%), dois sujeitos tiveram septicemia (3,33%) e um óbito (1,67%).

Foi utilizado a Análise de Variância (ANOVA) para verificar a associação das variáveis grau evolutivo da apendicite e infecção do sítio cirúrgico, demonstrando uma diferença estatisticamente significativa (p=0.0000385).

Com o intuito de melhor visualizar esta relação, construiu-se o boxplot (Figura 1), convertendo o grau do apêndice em valores numéricos, sendo possível observar que a infecção de sítio cirúrgico foi mais frequente em graus avançados da doença.

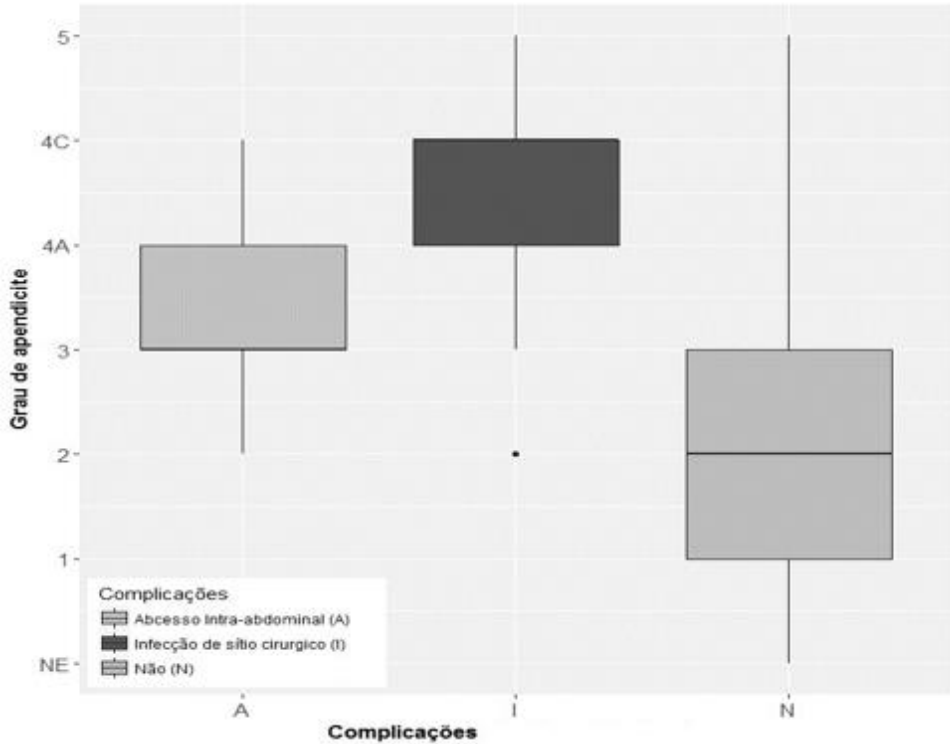


Figura 1. Relação grau evolutivo da apendicite com a infecção de sítio cirúrgico. Itabuna (BA), Brasil, 2017.

NE: Não especificado.

Outro aspecto neste estudo, reporta-se à antibioticoprofilaxia, realizada em quarenta e seis (76,67%) indivíduos, sendo as cefalosporinas de primeira geração e os benzimidazóis, as classes de antimicrobianos mais utilizados neste hospital.

DISCUSSÃO

A Apendicite Aguda é uma doença comum em jovens, estando presente em aproximadamente 5% a 10% nos idosos.² Apresenta uma incidência relativamente maior em indivíduos do sexo masculino.^{3, 9, 11}

É uma condição clínica grave nos idosos, de morbimortalidade elevada. Nessa perspectiva, alguns fatores podem contribuir para o desenvolvimento de maiores complicações pós-operatórias nesse grupo populacional, como o retardo diagnóstico, a demora do sujeito em procurar por atendimento, bem como, as comorbidades associadas, insuficiência vascular e infecção grave.²

Neste estudo, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, na segunda e terceira década de vida, e, especificamente da população idosa, apenas um idoso com comorbidades associadas, com o diagnóstico de apendicite tardio realizado em 21 dias após a manifestação dos sintomas até a realização da apendicectomia, acarretando em quadro clínico agravado, com complicações pós-operatórias e óbito. Em um estudo sobre os fatores de risco para a perfuração do apêndice, Omari et al.² constaram que 2 idosos foram a óbito por septicemia incontrolável. Sendo assim, nota-se a importância do diagnóstico e tratamento imediato nesses sujeitos.

Indubitavelmente, a clínica é mandatória para o reconhecimento precoce de apendicite³. Entretanto, o diagnóstico continua sendo algo desafiador para profissionais, principalmente, devido as manifestações atípicas da doença, sendo crianças, idosos e mulheres em idade reprodutiva, os mais difíceis de serem diagnosticados, contribuindo assim, para o agravamento desta condição, levando a complicações.¹²

Dessa forma, é de fundamental importância introduzir na prática instrumentos diagnósticos que auxiliem na definição e esclarecimento da apendicite aguda¹¹. O escore de Alvarado tem sido uma importante ferramenta para auxiliar no diagnóstico dessa doença. Em um estudo realizado por Sousa-Rodrigues et al.¹¹ confirmaram a relação entre a pontuação do escore de alvarado e o aspecto macroscópico do apêndice, ou seja,

uma pontuação elevada no escore está diretamente relacionado com estágios evolutivos avançados dessa afecção abdominal.

Dos exames fundamentais utilizados no diagnóstico da apendicite, o hemograma é muito útil, em grande parte, quando realizado antes da decisão cirúrgica¹³. Leucocitose superior a 20.000/mm³ pode ser indicativo de complicações⁶. Neste estudo, o hemograma foi realizado antes da intervenção cirúrgica, os pacientes apresentaram uma contagem de leucócitos que variou de 8.500.00 mm³ à 24.100.00 mm³, com desvio à esquerda.

Nos Estados Unidos e em países do ocidente, por exemplo, antes da decisão cirúrgica, os exames de imagem são rotineiramente solicitados a fim de aumentar a precisão diagnóstica¹. Nesses países, a apendicite aguda, raramente é diagnosticada somente pela história clínica e exame físico, contribuindo assim para a redução das taxas de apendicectomias negativas e consequente para a redução dos custos hospitalares.

Quanto aos sintomas da apendicite aguda, na análise realizada, o mais precoce e comum apresentada pela maioria dos pacientes foi a dor abdominal localizada na fossa ilíaca direita, manifestação clássica da doença, sugestivas de irritação peritoneal, assim como em outros estudos.^{3, 14}

A apendicectomia tem sido apontada como o melhor recurso terapêutico para a apendicite aguda¹⁴. Habitualmente, é uma das cirurgias de emergência realizada com frequência, sendo a abordagem por laparoscopia a mais indicada. Além disso, a apendicectomia laparoscópica apresenta inúmeros benefícios, como a diminuição da incidência de complicações, especificamente, a infecção de sítio cirúrgico, e além disso, a diminuição de custos hospitalares e redução da permanência hospitalar.^{1, 8}

O tempo médio de duração da cirurgia, neste estudo, foi de 54,06 minutos, diferente de outros estudos^{9, 15}. A principal complicação pós-operatória foi a infecção do sítio cirúrgico, apresentando uma taxa de 15%. Tal fato também foi observado por Neves et al.¹⁵ no qual a infecção do sítio cirúrgico apresentou a principal complicação, com uma taxa de 9,7% dos casos.

Essa incidência está dentro dos valores esperados para cirurgias contaminadas (10 - 17%) e infectadas (acima de 27%), uma vez que o grau de contaminação contribui para a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico.¹⁶

Além disso, dos nove pacientes (15%) que desenvolveram essa complicação, apenas dois sujeitos tiveram apendicite grau 2 e 3, todos

os outros foram classificados como grau 4A, 4C e 5, isto é, podem estar relacionadas com o grau de inflamação apendicular. Sugere-se que um dos fatores que pode ter favorecido este processo foi o tempo decorrido entre o início do quadro clínico e o momento da cirurgia, com média de 6,7 dias, repercutindo no prolongamento de 9,4 dias para permanência hospitalar.

Sobre a associação das variáveis grau evolutivo da apendicite e infecção do sítio cirúrgico, observou-se que essas duas variáveis são dependentes, sugerindo uma tendência de quanto maior o grau da apendicite, maiores chances de desenvolvimento de ISC.

Ressalta-se que embora 16,67% dos sujeitos dessa amostra total estudada não apresentaram infecção do sítio cirúrgico, o internamento foi prolongado de 8 a 11 dias, e desses, 6,67% cursaram com febre e apresentaram leucocitose nos pós-operatório, entretanto, nos demais pacientes, não foi possível mensurar este aspecto, pois não foram encontrados o hemograma nestes prontuários.

Outro aspecto observado nesta pesquisa, referiu-se à descrição das características da ferida cirúrgica, no qual foram feitos de forma incompleta, com ausência da caracterização do leito da ferida e características do exsudato. A avaliação do sítio cirúrgico inclui a inspeção feita através do exame da ferida, as características do tecido de cicatrização e a pele adjacente, tipo e quantidade de exsudato, tamanho, cor e palpação da incisão.¹⁰

A antibioticoprofilaxia, medida preventiva de infecção do sítio cirúrgico, deve ser administrada a primeira dose do antimicrobiano em até 1 hora antes da incisão cirúrgica e suspensos dentro de 24 horas, exceto em casos de cirurgia cardíaca e implantação de prótese, que se estendem até 48 horas.⁷

Em relação à esse aspecto, neste estudo, 33,33% dos sujeitos receberam exclusivamente cefazolina como profilaxia no ato cirúrgico, os demais incluíram uma variedade de outros medicamentos, como ciprofloxacino, metronidazol, gentamicina e amoxicilina, administrados de forma exclusiva ou combinada.

Outro aspecto interessante, reporta-se a notificação dos casos de Infecção de Sítio Cirúrgico, deiscência de ferida operatória e sepse, nessa pesquisa, observou-se a subnotificação de alguns casos, pois dos 9 (15%) prontuários com complicações, apenas 3 (5%) foram notificados pela equipe de

enfermagem à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Diante disso, embora o controle das infecções hospitalares constitui um desafio, é importante a supervisão e efetivação das normas e rotinas da CCIH que visam ações de prevenção e controle de infecção do sítio cirúrgico, uma vez que podem contribuir significativamente para diminuição da incidência nas instituições.¹⁷

CONCLUSÃO

Diante dos aspectos abordados, o estudo discutiu a importância de ações direcionadas para o diagnóstico precoce da apendicite, através da anamnese e exame físico minucioso, da utilização do Escore de alvarado, que podem auxiliar na diminuição de apendicectomias negativas, impactando na redução dos custos hospitalares, sobretudo, que a demora em identificar a instalação desta patologia, pode acarretar em complicações, entre elas, o desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico.

É de suma importância a avaliação clínica, mediante a realização de anamnese e exame físico minuciosos, sistemáticos e direcionados ao atendimento do sujeito com dor abdominal aguda, seja no setor de emergência ou até mesmo nas unidades básicas de saúde e durante as consultas de enfermagem, a fim de garantir maior precisão diagnóstica, principalmente, atentando a apresentação inicial ou história prévia dos sintomas, evolução e mudança nas características da dor, pois são aspectos importantes para o reconhecimento precoce dos riscos potenciais de complicações da Apendicite Aguda, como a infecção de sítio cirúrgico.

Portanto, cabe à todos que compõe a equipe de saúde a realização da avaliação de cada sujeito, com o intuito de reconhecer suas especificidades, bem como a observação local da ferida e dos riscos atribuídos a estes, e das potencialidades pessoais e coletivas que podem ser exploradas, a partir de observação sistematizada e integral para a resolução de problemas de saúde de cada sujeito que procura os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Saverio SD, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. World Journal of Emergency Surgery [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Jul 18];11(34):1-25. Available from: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-016-0090-5>

Rodrigues PASSJ, Santos GB dos, Coqueiro JM.

Diagnóstico tardio e infecção de sítio cirúrgico...

2. Omari AH, Khammash MR, Qasaimah GR, Shammari AK, Yaseen MKB, Hammori SK. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. *World Journal of Emergency Surgery* [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Jun 17];9(6):1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3896723/pdf/1749-7922-9-6.pdf>
3. Von-Muhlen B, Franzon O, Beduschi MG, Kruel N, Lupselo D. Air score assessment for acute appendicitis. *Arq. Bras. Cir. Dig.* [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Jan 20];28(3):171-3. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28n3/pt_0102-6720-abcd-28-03-00171.pdf
4. Netina, SM. Brunner: Prática de Enfermagem. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
5. Drake FT, Flum DR. Improvement in the Diagnosis of Appendicitis. *Adv. Surg.* [Internet]. 2013 Oct [cited 2017 Nov 11];47:299-328. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214266/>
6. Goulart RN, Silvério GS, Moreira MB, Franzon O. Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. *Arq Bras Cir Dig.* [Internet]. 2012 Jun [cited 2017 Fev 01]; 25(2):88-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v25n2/05.pdf>
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2013.
8. Yasojima E, Siqueira WM, Henriques ASN, Alves CMR, Oliveira Junior ES. Uso de antibiótico-profilaxia em apendicectomia. *Rev Para Med.* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Jul 02];27(3):63-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n3/a3871.pdf>
9. Bahar MM, Jangjoo A, Amouzeshi A, Kavianifar K. Wound infection incidence in patients with simple and gangrenous or perforated appendicitis. *Arch Iran Med.* [Internet]. 2010 Jan [cited 2017 Jan 03];13(1):13-6. Available from: <http://www.ams.ac.ir/AIM/010131/005.pdf>
10. Malagutti W, Kakiyara CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2nd ed. São Paulo: Martinari; 2011.
11. Sousa-Rodrigues CF, Rocha AC, Rodrigues AKB, Barbosa FT, Ramos FWS, Valões SHC. Correlação entre a Escala de Alvarado e o aspecto macroscópico do apêndice em pacientes com apendicite. *Rev Col Bras Cir.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Ago 16];41(5):336-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00336.pdf
12. Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC. Acute Appendicitis: Controversies in Diagnosis and Management. *Current Problems in Surgery* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 Ago 17];50(2):54-86. Available from: [http://www.currprobsurg.com/article/S0011-3840\(12\)00196-7/abstract](http://www.currprobsurg.com/article/S0011-3840(12)00196-7/abstract)
13. Fallas Gonzalez J. Apendicitis Aguda. *Med leg.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Jan 02];29(1): 83-90. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
14. Bustos N, Cabrera E, Castrillón JJC, Jaimes A, Pérez J, Rincón D, et. al. Epidemiología de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda no especificada, egresados del servicio hospitalización del hospital infantil universitario “Rafael Henao Toro” de la Ciudad de manizales (Colombia) 2011- 2012: estudio de corte transversal. *Arch Med* [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Fev 05];15(1):66-76. Available from: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/viewFile/731/899>
15. Neves LJVA, Wainstein AJA, Mathias WC, Costa FPD, Castro JH, Savassi-Rocha PR. Ligadura simples ou ligadura com confecção de bolsa e sepultamento para tratamento do coto apendicular: estudo comparativo prospectivo randomizado. *Arq Bras Cir Dig.* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Jan 04]; 24(1):15-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v24n1/v24n1a04>
16. Barbosa MH, Luiz RB, Andrade EV, Silva QCG, Mattia AL. Ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias de urgência e emergência. *Rev Min Enferm.* [Internet]; 2011 Abr [cited 2017 Fev 05];15(2):254-8. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/33>
17. Claudino HG; Fonseca LCT. Infecção de sítio cirúrgico: ações preventivas da comissão de controle de infecção hospitalar. *Rev enferm UFPE.* [Internet]; 2011 Jun [cited 2017 Mar 03];5(5):180-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6844/6092>

Submissão: 20/11/2017

Aceito: 21/04/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Jandesson Mendes Coqueiro
 Universidade Federal do Espírito Santo
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Grupo Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições
 Avenida Marechal Campos, 1468, Prédio do
 Departamento de Enfermagem
 Bairro Maruípe
 CEP: 29043-900 – Vitória (ES), Brasil