



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

## 17. APENDICITE

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

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

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

### b. QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal é o sintoma mais comum.

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

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

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

O diagnóstico é essencialmente clínico.

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

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

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

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

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

### **c. CONDOTA**

Classificar o paciente de acordo com seus achados clínicos:

#### ***Apendicite clássica***

Deixar em dieta zero.

Obter acesso venoso periférico.

Fazer medicações sintomáticas.

Iniciar hidratação IV.

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

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

Remover para hospital de referência para realizar cirurgia.

#### **Quadros suspeitos**

Deixar em dieta zero.

Obter acesso venoso periférico, se necessário.

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

Remover para realização de exames especiais e parecer cirúrgico.

#### **Pacientes de alto risco**

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

#### **Baixa probabilidade de apendicite**

Realizar exames básicos e observar.

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

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

## 18. PANCREATITE AGUDA

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causa comum de dor abdominal.

Diagnóstico clínico.

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

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

### b. QUADRO CLÍNICO

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

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

Febre baixa é frequente.

Quadro de peritonite franca é tardio na Pancreatite Aguda.

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

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

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

Elevação da fosfatase alcalina sugere doença biliar.

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