

Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência

Comparative study between patients with acute appendicitis treated in primary care units and in emergency hospitals

THIAGO DE PAULA BON¹; PATRÍCIA FRASCARI¹; MARCOS DE ASSIS MOURA²; MARCUS VINICIUS DANTAS DE CAMPOS MARTINS, TCBC-RJ¹.

R E S U M O

Objetivo: analisar, retrospectivamente, a relação tempo de atendimento aliado a possíveis complicações pós-apendicectomia com a presteza de transferência de pacientes atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para hospital de emergência. **Métodos:** foram analisados, no período de janeiro a julho de 2012, pacientes com diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, submetidos à apendicectomia. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos conforme o local do primeiro atendimento. O grupo A incluiu os pacientes que receberam primeiro atendimento diretamente no setor de emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) e o grupo B, constituiu-se de pacientes atendidos nas UPA e encaminhados para o HMLJ a fim de serem submetidos ao tratamento cirúrgico. **Resultado:** o tempo médio decorrido entre o atendimento inicial e a cirurgia, no grupo A, foi 29 horas (DP=21,95) e de 54 horas no grupo B (DP=54,5). Considerando o início dos sintomas, os pacientes do grupo A demoraram, em média, 67 horas para serem operados (DP=42,55), enquanto os do grupo B, 90 horas (DP=59,58). Após a operação, os pacientes do grupo A ficaram internados, em média, 94 horas (DP=73,53) e os do grupo B, 129 horas (DP=193,42). **Conclusão:** após análise dos resultados, concluiu-se que não houve diferença significativa no tempo decorrido entre o início dos sintomas, o atendimento inicial e o início do tratamento cirúrgico, nem no tempo decorrido entre o tratamento cirúrgico e a alta hospitalar.

Descritores: Apendicite. Tempo de internação. Apendicectomia. Complicações pós-operatórias.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a causa mais comum dos atendimentos emergenciais em unidades hospitalares e é a doença inflamatória abdominal de tratamento cirúrgico de maior frequência em indivíduos jovens^{1,2}. Predomina no sexo masculino numa razão de 1,4:1 e o risco de desenvolvimento dessa doença, ao longo da vida, é de 8,6% para os homens e 6,7% para as mulheres³.

A dor abdominal é o sintoma mais comum e precoce. Inicia-se na região mesogástrica e migra para a fossa ilíaca direita⁴ tendo forte associação com o diagnóstico de apendicite aguda⁵.

Nos últimos anos, a ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC) têm sido amplamente utilizadas em pacientes com quadro clínico sugestivo de apendicite aguda para esclarecer o diagnóstico⁶. A US apresenta a sensibilidade de 85%⁷, no entanto, a TC tem maior acurácia⁸. A utilização deste exame, nos pacientes com quadro clínico suspeito ou naqueles com dúvida diagnóstica, diminuiu, sobremaneira, os índices de laparotomias negativas⁹.

A gravidade da doença está diretamente ligada ao tempo de evolução. A perfuração é a complica-

ção mais frequente e está associada ao retardo diagnóstico. Trinta e seis horas, após o início dos sintomas, o risco de perfuração é de 16 a 36% e esse risco aumenta cerca de 5% a cada 12 horas¹⁰. A morbidade e a mortalidade também estão relacionadas ao tempo de evolução e, conseqüentemente, à perfuração. A taxa de mortalidade, nas apendicites não perfuradas, é de 0,08% e de 0,51% nos casos onde há perfuração¹¹. Da mesma forma, as complicações são mais frequentes nos casos operados mais tardiamente¹. Sendo assim, devem-se concentrar esforços em realizar diagnóstico e tratamento precoces visando a uma menor morbidade e mortalidade.

Em 2003, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Urgência e Emergência com objetivo de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país¹². As Unidades de Pronto Atendimento são estruturas de complexidade intermediária que fazem parte desse programa. Após acolhimento e classificação de risco, os pacientes, com dor abdominal e suspeita clínica de apendicite aguda, atendidos nessas unidades, podem, obedecendo a um sistema de regulação, ser encaminhados para um hospital de emergência para a realização do tratamento cirúrgico.

1. Hospital Municipal Lourenço Jorge, Rio de Janeiro, Brasil; 2. Faculdade de Medicina da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, Brasil.

Uma vez que a morbidade e a mortalidade da apendicite aguda estão diretamente ligadas ao tempo de evolução da doença, um retardo no tratamento, devido à necessidade de uma transferência entre unidades de saúde, poderia causar maiores complicações e mortalidade nesse grupo de pacientes. Sendo assim, resolvemos analisar, retrospectivamente, a relação tempo de atendimento, aliado às possíveis complicações pós-apendicectomias, com a presteza de transferência de pacientes atendidos em Unidades de Pronto Atendimento para um hospital de emergência.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente os pacientes submetidos à apendicectomia no Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), no Rio de Janeiro, entre os meses de janeiro e julho de 2012. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos de acordo com o local onde receberam o primeiro atendimento. O grupo A constituiu-se de pacientes que procuraram espontaneamente o setor de emergência do HMLJ, onde foram operados. O grupo B constituiu-se de pacientes atendidos inicialmente nas UPA da cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, encaminhados ao HMLJ para tratamento cirúrgico, após efetiva avaliação dos sinais e sintomas e confirmação do diagnóstico de apendicite aguda. Foi avaliado o tempo decorrido: entre o início dos sintomas e início da apendicectomia (t1), entre o atendimento inicial e início da apendicectomia (t2) e entre a operação e a alta hospitalar (t3). Os intervalos de tempo foram medidos em horas, procedendo-se a devida avaliação intraoperatória. Foram analisadas e comparadas as complicações em cada grupo. Foi aplicado o teste t de *Student*, para avaliação dos intervalos de tempo e foram considerados, estatisticamente, significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários médicos de 24 pacientes do grupo A e 34 do grupo B. O sexo masculino prevaleceu em ambos os grupos e não houve diferença na média de idade entre os grupos (Tabela 1).

Todos os pacientes apresentavam dor abdominal. Não houve diferença significativa entre o número de

pacientes que apresentava dor localizada ou dor difusa entre os grupos, no entanto, encontrou-se um percentual elevado de pacientes com dor abdominal difusa. Sessenta e oito por cento dos pacientes do grupo B apresentaram vômitos (Figura 1).

A avaliação intraoperatória demonstrou que 63% dos pacientes do grupo A e 66%, do grupo B, apresentavam de apendicite supuradas com perfuração ou com necrose (Tabela 2).

Não houve diferença significativa no intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a apendicectomia (t1), entre o atendimento inicial e a apendicectomia (t2) e o tempo de internação pós-operatório (t3), apesar de o tempo médio, em horas, ser superior no grupo B (Tabela 3).

O percentual das complicações observadas foi semelhante, independente do local do primeiro atendimento (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As Unidades de Pronto Atendimento, parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, permitiram que mais unidades de saúde estivessem à disposição da população e mais perto de suas residências. Por outro lado, a inclusão de mais uma etapa, no tratamento daqueles cujos prognósticos estão ligados ao tratamento precoce,

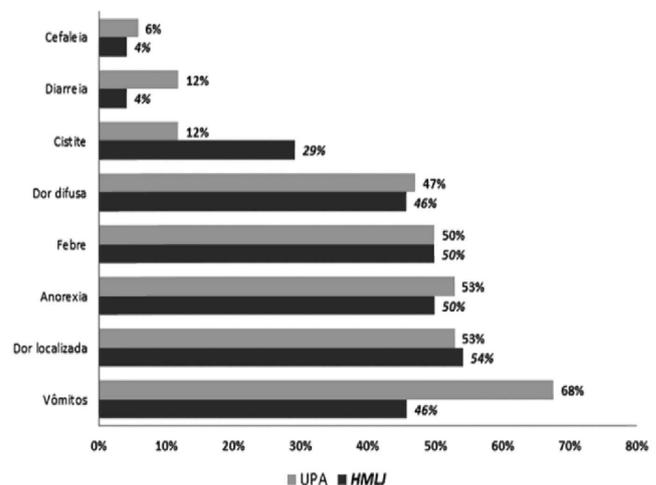


Figura 1 - Comparação percentual dos sinais e sintomas observados nos pacientes atendidos na UPA e no HMLJ.

Tabela 1 - Pacientes submetidos à apendicectomia, relacionando o sexo e a média de idade.

	Grupo A		Grupo B	
	Casos	24	34	23
Homens	17	(71%)	11	(32%)
Mulheres	7	(29%)		
Média de idade	24,63	± 16,67	27,75	± 13,91

Tabela 2 - Achados intraoperatórios.

Achado Intraoperatório	Grupo A	Grupo B
Negativo	1 (4%)	3 (9%)
Fase 1 - Inflamatória	8 (33%)	12 (35%)
Fase 2 - Supurada/Perfuração	10 (42%)	15 (44%)
Fase 3 - Necrose	5 (21%)	4 (12%)

Tabela 3 - Média do tempo, em horas, do dia do primeiro atendimento até a alta hospitalar, relacionando o local do primeiro atendimento.

	Grupo A	Grupo B	P
t1	67 ± 42,55 horas	90 ± 59,58 horas	0,18
t2	29 ± 21,95 horas	54 ± 54,5 horas	0,34
t3	94 ± 73,53 horas	129 ± 193 horas	0,66

Tabela 4 - Percentuais das complicações observadas após apendicectomia, comparando o local do primeiro atendimento.

Complicações	Grupo A	Grupo B
Abscesso Intra-abdominal	1 (4%)	1 (3%)
Deiscência de anastomose	1 (4%)	1 (3%)
Diarreia	0 (0%)	0 (0%)
Dor Abdominal	1 (4%)	0 (0%)
Evisceração	1 (4%)	0 (0%)
Febre	0 (0%)	1 (3%)
Infecção na ferida operatória	1 (4%)	1 (3%)
Obstrução intestinal	0 (0%)	1 (3%)
Septicemia	1 (4%)	0 (0%)
Vômitos	3 (13%)	5 (15%)
Óbito	1 (4%)	1 (3%)

poderia piorar os resultados e aumentar a morbidade e a mortalidade.

Sabidamente, mesmo em países mais desenvolvidos, como nos Estados Unidos, os pacientes submetidos à apendicectomia por apendicite aguda em hospitais do governo, apresentam-se mais frequentemente com perfuração e têm maior tempo de internação hospitalar se comparados com aqueles tratados em hospitais privados¹³. Segundo dados do *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*, nos Estados Unidos, entre 1997 e 2006, o tempo de espera pelo diagnóstico foi maior na população de menor renda¹⁴. O mesmo acontece em nosso país. Coelho *et al.* publicaram maior tempo de internação, maior número de complicações pós-operatórias e retardo no retorno às atividades nos pacientes operados em hospital público, se comparados com aqueles operados em unidade privada¹⁵.

No presente trabalho, constata-se que, independente do local do primeiro atendimento, os pacientes cla-

ramente apresentaram um elevado tempo entre o início dos sintomas e o tratamento cirúrgico, bem como, um prolongado tempo médio de internação, mesmo se comparado com hospitais públicos brasileiros¹⁶.

Destaca-se também o elevado número de apendicites com perfuração e necrose, compatível com a doença em fase avançada e, portanto, com pior prognóstico.

Pode-se observar, ainda, uma tendência de aumento do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a cirurgia (t1), entre o atendimento inicial e a cirurgia (t2), bem como, aumento do tempo de internação pós-operatória (t3) nos pacientes atendidos inicialmente nas UPA, se comparados com aqueles atendidos diretamente no Hospital. No entanto, levando-se em consideração o *quantum* analisado, essa diferença não foi significativa. Uma amplificação do número de pacientes poderia confirmar esse achado.

A B S T R A C T

Objective: To retrospectively analyze the relationship of time of care, combined with possible post-appendectomy complications, with the promptness of transfer of patients seen in Emergency Care Units (UPA) to the emergency hospital. **Methods:** We analyzed patients with preoperative diagnosis of acute appendicitis undergoing appendectomy from January to July 2012. Patients were divided into two groups according to the site of the first care. Group A included patients who received initial care directly in the emergency department of the Lourenço Jorge County Hospital (HMLJ) and group B consisted of patients seen in the UPA and forwarded to HMLJ to undergo surgical treatment. **Results:** the average time between initial treatment and surgery in group A was 29 hours (SD = 21.95) and 54 hours in group B (SD = 54.5). Considering the onset of symptoms, the patients in group A were operated on average 67 hours after (SD = 42.55), while group B, 90 hours (SD = 59.58). After the operation, patients in group A were hospitalized, on average, for 94 hours (SD = 73.53) and group B, 129 hours (SD = 193.42). **Conclusion:** there was no significant difference in the time elapsed between the onset of symptoms, initial treatment and early surgical treatment, or time elapsed between surgery and discharge.

Key words: Appendicitis. Length of stay. Appendectomy. Postoperative complications.

REFERÊNCIAS

- Nutels DBA, Andrade ACG, Rocha AC. Perfil das complicações após apendicectomia em um hospital de emergência. ABCD, arq bras cir dig. 2007;20(3):146-9.
- van Randen A, Laméris W, van Es HW, ten Hove W, Bouma WH, van Leeuwen MS, et al. Profiles of US and CT imaging features with a high probability of appendicitis. Eur Radiol. 2010;20(7):1657-66.
- Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol. 1990;132(5):910-25.
- Humes DJ, Simpson J. Acute Appendicitis. BMJ. 2006;333(7567):530-4.
- Andersson R. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. Br J Surg. 2004;91(1):28-37.
- van Randen A, Bipat S, Zwinderman AH, Ubbink DT, Stoker J, Boermeester MA. Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. Radiology. 2008;249(1):97-106.
- Torres OJM, Lins AAL, Nunes PMS, Corrêa FCF, Carvalho Júnior OS, Castro FC. Avaliação ultra-sonográfica da apendicite aguda. Rev Col Bras Cir. 2001;28(1):39-43.
- Weston AR, Jackson TJ, Blamey S. Diagnosis of appendicitis in adults by ultrasonography or computed tomography: a systematic review and meta-analysis. Int J Technol Assess Health Care. 2005; 21(3):368-79.
- Rosengren D, Brown AF, Chu K. Radiological imaging to improve the emergency department diagnosis of acute appendicitis. Emerg Med Australas. 2004;16(5-6):410-6.
- Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. J Am Coll Surg. 2006;202(3):401-6.
- Blomqvist PG, Andersson RE, Granath F, Lambe MP, Ekblom AR. Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-1996. Am Surg. 2001;233(4):455-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. 3ª ed ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Lee SL, Yaghoobian A, Kaji A. County versus private hospitals: access of care, management and outcomes for patients with appendicitis. JSL. 2012;16(2):283-6.
- Wu BU, Banks PA, Conwell DL. Disparities in emergency department wait times for acute gastrointestinal illnesses: results from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 1997-2006. Am J Gastroenterol. 2009; 104(7):1668-73.
- Coelho JC, Fernandes FM, Cortiano LG, Leme GM, Sadowski JA, Artner CL. Appendectomy. Comparative study between a public and a private hospital. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(5):522-7.
- Franzon O, Piccoli MC, Neves TT, Volpato MG. Apendicite aguda: análise institucional no manejo peri-operatório. ABCD, arq bras cir dig. 2009;22(2):72-5.

Recebido em 05/12/2013

Aceito para publicação em 25/01/2014

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Marcus Vinicius Dantas de Campos Martins

E-mail: mvdantas@hotmail.com