



A apendicite aguda é uma das emergências cirúrgicas abdominais mais frequentes, com prevalência aproximada de 7% da população. A apendicectomia é o tratamento de escolha, e a utilização da via laparoscópica permite recuperação pós operatória mais rápida, e diminui o risco de complicações relacionadas a aderências no pós-operatório tardio.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

A antibioticoterapia intravenosa, instituída tão logo seja feito o diagnóstico, minimiza o risco de perfuração e abscesso, e o tratamento cirúrgico deve ser instituído nas próximas 12 a 24h após a confirmação diagnóstica, realizada com o auxílio de exames de imagens, com base na suspeita clínica (ultrassonografia de abdome e tomografia computadorizada), que nesse contexto apresentam sensibilidade e especificidade superiores a 95%. ^[1-5]

2. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I e II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

2.1 EXAMES E AVALIAÇÕES PRÉ OPERATÓRIOS

Exames Diagnósticos: US ou TC de abdome .

Exames Pré-Operatórios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, Sódio, Ureia, Lipase.

3. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela ao lado:

CID 10	Definição
K35	Apendicite aguda
K35.0	Apendicite aguda com peritonite generalizada
K35.1	Apendicite aguda com abscesso peritoneal
K35.9	Apendicite aguda sem outra especificação
k37	Apendicite sem outras especificações

4. ALOCAÇÃO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO

- 2 diárias de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica.

5. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Em geral, se associa o metronidazol à ceftriaxona ou ciprofloxacino ^[6].

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento;
- Iniciar a antibioticoterapia.

ANESTESIA:

- Geral.

CIRURGIA:

- Videolaparoscópica.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Metronidazol) associado à:	500mg	EV	8/8h
ATB (Ceftriaxona) <u>OU*</u>	1g	EV	12/12h
ATB (Ciprofloxacino)	400mg	EV	12/12h

5.1. PÓS-OPERATÓRIO

- Dieta: Leve;
- Curativo: Dermabond; Unidade HMAP não utiliza Dermabond
- Cuidados específicos: Avaliar sangramento, edema, hematoma, cuidados com dreno de blake;
- Fisioterapia: NA;
- Indicação de exames de controle: NA.

6. ALTA HOSPITALAR

Orientações de alta hospitalar:

- Dieta sem restrições;
- Retorno ambulatorial em 7 dias;
- Atividade leve após 30 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente sangramento, febre ou dor.

Critérios para Alta hospitalar

- Boa aceitação alimentar
- SSVV normais para faixa etária
- Ausência de sangramento
- Analgesia eficaz

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Metronidazol) associado a:	500mg	EV	8/8h
ATB (Ceftriaxona) OU*	1g	EV	12/12h
ATB (Ciprofloxacino)	400mg	EV	12/12h
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Opioide (Tylex)	30mg	VO	8/8h se dor
IBP (Omeprazol)	20mg	EV	1x/dia
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Antiemético (Dramin)	1 amp	EV	8/8h se náusea
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Ciprofloxacino)	500mg	VO	12/12h
ATB (Cefuroxima)	500mg	VO	12/12h
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	VO	12/12h
Analgésico (Dipirona)	500mg	VO	6/6h
IBP (Omeprazol)	20mg	VO	1x/dia

* Em geral o Metronidazol estará associado com Ceftriaxona ou Ciprofloxacino.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa referente ao tempo médio de permanência < 48h;
- Taxa de Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Taxa de Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta; Indicador não acompanhado pela unidade HMAP
- Custo médio da internação (passagem): mínimo, máximo, desvio padrão.

III. GLOSSÁRIO

IRC: Insuficiência Renal Crônica
DM: Diabetes Melitus
HAS: Hipertensão Arterial
SSVV: Sinais Vitais
HMAP: Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia
HCAC: Hospital Central de Alta Complexidade de Cuiabá

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização do template

Inserção de novos indicadores de qualidade

Inserção da última referencia [6]

27/07/2026 – Aplicável às Unidades HMAP | Einstein Goiânia e HCAC

V. Referências Bibliográficas

- [1] Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EA: Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol 2015;:48: 1-10.
- [2] United Kingdom National Surgical Research Collaborative; Bhangu A: Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. Ann Surg 2014;259:894-903.
- [3] Podda M, Cillara N, Di Saverio S, et al.; ACOI (Italian Society of Hospital Surgeons) Study Group on Acute Appendicitis: Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and non-operative management with antibiotics. Surgeon 2017;15:303-314.
- [4] Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT: Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2015;386:1278-1287.
- [5] Sandell E, Berg M, Sandblom G, Sundman J, Fränneby U, Boström L, et al. Surgical decision-making in acute appendicitis. BMC surgery. 2015;15:69.
- [6] Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, et al. 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

Código Documento: CPTW134.4	Elaborador: Renato Catojo Sampaio Anna Carolina B Dantas	Revisor: Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Andra Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de Revisão: 27/07/2026	Data de Aprovação: 27/07/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---