

Ciências da Saúde: Teoria e Intervenção 2

Marileila Marques Toledo
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2020

Ciências da Saúde: Teoria e Intervenção 2

Marileila Marques Toledo
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Me. Heriberto Silva Nunes Bezerra – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	<p>Ciências da saúde [recurso eletrônico] : teoria e intervenção 2 / Organizadora Marileila Marques Toledo. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-007-0 DOI 10.22533/at.ed.070202304</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Toledo, Marileila Marques.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Ciências Saúde: Teoria e Intervenção” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos, alicerçados teoricamente, para a construção do conhecimento, de forma a contribuir para intervenções transformadoras neste campo.

A intenção do livro é apresentar a pluralidade de teorias e de intervenções de forma didática e útil aos vários profissionais, pesquisadores, docentes e acadêmicos da área da saúde. Trata-se de um compilado de cento e dois artigos de variadas metodologias e encontra-se estruturado em cinco volumes.

Neste segundo volume, os 25 capítulos abrangem temas relacionados às doenças crônicas, às doenças agudas e a outros agravos à saúde.

Deste modo, esta obra apresenta resultados teóricos bem fundamentados e intervenções realizadas pelos diversos autores. Espera-se que este e-book possa contribuir para uma atuação mais qualificada nas ciências da saúde.

Uma ótima leitura a todos!

Marileila Marques Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA CRÔNICA E A ABORDAGEM BIOGRÁFICA: CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM SABER COMPARTILHADO	
Camila Aloisio Alves Anne Dizerbo	
DOI 10.22533/at.ed.0702023041	
CAPÍTULO 2	13
APENDICITE AGUDA: RECÉM-NASCIDOS AO INÍCIO DA FASE ADULTA	
Victor Campos de Albuquerque Vicente Clinton Justiniano Flores Ibrahim Andrade da Silva Batista Laércio Soares Gomes Filho Leticia Vezneyan Povia Dalida Bassim El Zoghbi Murilo Guarino Carneiro Cláudio Henrique Himauari Renato Gomes Catalan Eduardo Cruz Sorte Pollara Maria Gracioneide dos Santos Martins Victor Guedes Gazoni	
DOI 10.22533/at.ed.0702023042	
CAPÍTULO 3	23
ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE HIDROCLOROTIAZIDA E O DESENVOLVIMENTO DE MELANOMA	
André Chaves Calabria Alana Vechiato Kempfer Bianca Sousa Fernandes Claudia Spaniol Gabrielle Ferreira Graziela Társis Araújo Carvalho Isadora Werner Macedo Luana Limas de Souza Nichollas de Lorenzi Carvalho Talita Granemann Mello	
DOI 10.22533/at.ed.0702023043	
CAPÍTULO 4	29
ATIVIDADE FÍSICA E BARREIRAS ENFRENTADAS POR IDOSOS DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Marcelo Kühne de Oliveira Sponchiado Elza de Fátima Ribeiro Higa Carlos Alberto Lazarini	
DOI 10.22533/at.ed.0702023044	
CAPÍTULO 5	41
AVALIAÇÃO DA PROTEÍNA ANTI-INFLAMATÓRIA ANEXINA A1 EM MODELO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INDUZIDA POR EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO CIGARRO	
Lucas Possebon Sara de Souza Costa Helena Ribeiro Souza	

Ariane Harumi Yoshikawa
Melina Mizusaki Iyomasa-Pilon
Sonia Maria Oliani
Ana Paula Girol

DOI 10.22533/at.ed.0702023045

CAPÍTULO 6 62

CARCINOMA ESPINOCELULAR POUCO DIFERENCIADO INVASIVO DE SACO LACRIMAL:
RELATO DE CASO

Anne Nathaly Araújo Fontoura
Maria Eduarda Andrade e Andrade
Adriana Leite Xavier Bertrand
Rafael Pereira Camara de Carvalho
Thais Costa Alves
Jéssica Estorque Farias
Gabriel Costa Ferreira Andrade
Amanda Angelo Pinheiro
Thamires Gomes Mendes
Rodrigo Sevinhago
Nathalia Farias Pereira
Ana Letícia Feitosa Lima Lisboa

DOI 10.22533/at.ed.0702023046

CAPÍTULO 7 73

CLASSIFICAÇÃO DA CARGA BACILÍFERA E DO PADRÃO DE RESISTÊNCIA DO *Mycobacterium tuberculosis* EM CASOS NOTIFICADOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA

Natielly Santos Gonçalves
Maira da Cruz Silva
Juliana Maria Coelho de Meneses
Fernanda Costa Rosa
Francielle Costa Moraes

DOI 10.22533/at.ed.0702023047

CAPÍTULO 8 78

CONCEITOS BÁSICOS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÕES DE PELE

Rodrigo Marques da Silva
Débora Dadiani Dantas Cangussu
Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu
Amanda Cabral dos Santos
Cristilene Akiko Kimura
Ihago Santos Guilherme
Carla Chiste Tomazoli Santos
Maria Fernanda Rocha Proença
Alice da Cunha Morales Álvares

DOI 10.22533/at.ed.0702023048

CAPÍTULO 9 92

CONHECIMENTO E ATITUDE DAS MULHERES NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Graciney Lopes Gonçalves
Tatiana Frões Fernandes
Viktória Gonçalves Ribeiro
Deborah Katheriny Almeida Ribeiro
Christiane Borges Evangelista
Pamêla Scarlatt Durães Oliveira

Ianca Elirrayeth Rocha Mendes
Emilyn Ferreira Santana
Karine Suene Mendes Almeida Ribeiro
DOI 10.22533/at.ed.0702023049

CAPÍTULO 10 102

EFEITOS COLATERAIS NO TRATAMENTO DA EPILEPSIA INFANTIL

Thiago do Nascimento Sousa
Luiz Benedito Faria Neto
Marcella Crystina Ramos Queiroz
Rodrigo Ventura Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.07020230410

CAPÍTULO 11 106

ESCLEROSE MÚLTIPLA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Laís Rocha Lima
Emanuelle Paiva de Vasconcelos Dantas
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Andréa Pereira da Silva
Cristiano Ribeiro Costa
Francisco Wagner dos Santos Sousa
Raimunda Maria da Silva Leal
Hisla Silva do Nascimento
Maria Divina dos Santos Borges Farias
Douglas Bento das Chagas
Berlanny Christina de Carvalho Bezerra
Aniclécio Mendes Lima
Tarcis Roberto Almeida Guimaraes
Alessandro Vinicius Cordeiro Feitosa
Ellen Saraiva Pinheiro Lima
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
José Wiliam de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.07020230411

CAPÍTULO 12 114

EVIDÊNCIAS DA CONVIVÊNCIA DO INDIVÍDUO QUE VIVENCIA A DOENÇA RENAL CRÔNICA COM O ACESSO VASCULAR PARA TERAPIA DIALÍTICA

Brunno Lessa Saldanha Xavier
Suellen Gonçalves Maia
Virgínia Fernanda Januário
Rodrigo Leite Hipólito

DOI 10.22533/at.ed.07020230412

CAPÍTULO 13 129

EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES DIALISADOS E SEUS BENEFÍCIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Lucas de Oliveira Lima
Caroliny Cristina Bonane Fernandes
Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa

DOI 10.22533/at.ed.07020230413

CAPÍTULO 14 140

FPIES - SÍNDROME DA ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEÍNA ALIMENTAR

Nilson Lima Araujo Guiotoku
Kayro Tavares Bezerra
Nick Jitsson Jurado Martinez
Sofia de Araújo Jácomo
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara

DOI 10.22533/at.ed.07020230414

CAPÍTULO 15 146

HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA COMO FATOR DE RISCO PARA ALTERAÇÕES NO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL, ATRASO DE FALA E LINGUAGEM: UMA OPÇÃO DE AVALIAÇÃO

Priscila Carlos
Luciana Lozza de Moraes Marchiori
Gisele Senhorini
Samuel Lopes Benites
Giovana Paladini Moscatto
Glória de Moraes Marchiori

DOI 10.22533/at.ed.07020230415

CAPÍTULO 16 156

IDADE CRONOLÓGICA E MARCADORES DE RIGIDEZ VASCULAR: UM ESTUDO NÃO-INVASIVO

Larissa Braga Mendes
Karisia Santos Guedes
Thais Campelo Bedê Vale
Hugo Fragoso Estevam
Lara Aires Castro
Matheus Pessoa Colares
Miguel Ângelo Dias de Moraes Soares Lima
Eduardo César Diniz Macedo
Lais Cunha dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.07020230416

CAPÍTULO 17 162

MECANISMO DE PERDA DE MASSA MUSCULAR EM CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Sylvia Rannyelle Teixeira Lima
João Kennedy Teixeira Lima
Antônio Leonel de Lima Junior

DOI 10.22533/at.ed.07020230417

CAPÍTULO 18 175

NARRACIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL

Paula Jisetd Diaz Moncada
Katya Anyud Corredor Pardo

DOI 10.22533/at.ed.07020230418

CAPÍTULO 19 192

OS GASTOS DO SUS COM OS PACIENTES INTERNADOS POR DIABETES MELLITUS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE UM MUNICÍPIO NO CENTRO OESTE MINEIRO

Patrícia Aparecida Tavares
Viviane Gontijo Augusto
Virginia Vitalina de Araújo e Fernandes Lima

CAPÍTULO 20 204

PACIENTE COM DESCOMPENSAÇÃO DE MÚLTIPLAS COMORBIDADES E SEPSE DE FOCO CUTÂNEO COM CURSO CLÍNICO DESFAVORÁVEL ADMITIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hiorrana Sousa Dias
Lucas de Menezes Galvão
Thanamy de Andrade Santos
Isadora Maria Praciano Lopes
Filadelfo Rodrigues Filho
Frederico Carlos de Sousa Arnaud

DOI 10.22533/at.ed.07020230420

CAPÍTULO 21 207

PADRÃO DE BRUGADA VERSUS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UMA CONFUSÃO DIAGNÓSTICA

Thais Campelo Bedê Vale
Karisia Santos Guedes
Larissa Braga Mendes
Eduardo César Diniz Macedo
Lara Aires Castro
Lais Cunha dos Reis
Hugo Fragoso Estevam
Miguel Ângelo Dias de Moraes Soares Lima
Matheus Pessoa Colares

DOI 10.22533/at.ed.07020230421

CAPÍTULO 22 214

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS EM MONTES CLAROS – MG

Maria Santa Oliveira Figueiredo
Sandra Rodrigues de Oliveira Machado
Thiago Raphael Almeida Ribeiro
Leila das Graças Siqueira
Fernanda Cardoso Rocha
Nadine Antunes Teixeira
Queren Hapuque Almeida Gonçalves Muniz
Karine Suene Mendes de Almeida Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.07020230422

CAPÍTULO 23 225

SENTIMENTOS NA ADAPTAÇÃO À DOENÇA REUMÁTICA

Maria do Céu Sá
Ana Sofia Nabais

DOI 10.22533/at.ed.07020230423

CAPÍTULO 24 234

SÍNDROME DE COCKAYNE, UM RELATO DE CASO EM PALMAS - TO

Luiz Alexandre Davi de Carvalho
Rafael Pinto Nogueira
Nelson Tsukuda Filho
Nilson Lima Araujo Guiotoku
Kayro Tavares Bezerra
Nick Jitsson Jurado Martinez
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara

CAPÍTULO 25 238

UM BREVE OLHAR SOBRE A INFLUÊNCIA DA MEDITAÇÃO NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Thiago Remotto Domiciano
Natali Oliveira e Silva
Sandra Cristina Marquez
Milene Ribeiro Duarte Sena
Eduardo Vignoto Fernandes
Mayara Bocchi
Elidiane Moreira Kono
André Mota Pereira
Djane Dantas de Lima
Luiz Fernando Gouvea-e-Silva

DOI 10.22533/at.ed.07020230425

SOBRE A ORGANIZADORA..... 245

ÍNDICE REMISSIVO 246

APENDICITE AGUDA: RECÉM-NASCIDOS AO INÍCIO DA FASE ADULTA

Data de aceite: 13/04/2020

Paulo – SP

Victor Campos de Albuquerque

Universidade Estadual do Piauí, FACIME– CCS,
Teresina– PI

Vicente Clinton Justiniano Flores

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Ibrahim Andrade da Silva Batista

Universidade Estadual do Piauí, FACIME– CCS,
Teresina– PI

Laércio Soares Gomes Filho

Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama –
DF

Leticia Vezneyan Povia

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Dalida Bassim El Zoghbi

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Murilo Guarino Carneiro

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Cláudio Henrique Himauari

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Renato Gomes Catalan

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Eduardo Cruz Sorte Pollara

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São

Maria Gracioneide dos Santos Martins

Universidade Estadual do Piauí, FACIME– CCS,
Teresina– PI

Victor Guedes Gazoni

Universidade Vila Velha – UVV, Vila Velha – ES

RESUMO: Apendicite é a inflamação do apêndice. A apendicite neonatal tem ocorrência muito baixa, sendo a sua letalidade alta. Em faixas etárias mais elevadas, a apendicite aguda é uma das causas cirúrgicas mais frequentes nos casos de dor abdominal aguda em pacientes pediátricos. Ela também é a causa mais comum de dor abdominal em atendimentos de urgência em jovens e adultos. O seu diagnóstico é normalmente dado sem dificuldades e é majoritariamente clínico. Os progressos na área médica têm tornado melhores os prognósticos da apendicite. Apesar de comum na população pediátrica e em jovens adultos, a apendicite em recém-nascidos é dificilmente considerada como diagnóstico diferencial no abdome agudo, sendo um acontecimento muito raro em idades inferiores a 2 anos, cerca de 2%. As chances de uma pessoa desenvolver apendicite ao longo de sua vida é em torno de 7 a 9%, sendo que seu pico ocorrência na segunda década de vida dos indivíduos. Em recém-nascidos, o

quadro clínico, no geral, apresenta, no início, intolerância alimentar, progredindo para hipoatividade, modificação dos sinais vitais e septicemia por perfuração intestinal. Em crianças, jovens e adultos, geralmente, a apendicite aguda apresenta-se com dor abdominal periumbilical seguido de náusea e vômitos, com migração da dor para fossa ilíaca direita, associado à febre e anorexia. Em recém-nascidos, mesmo nos casos suspeitos, o diagnóstico na maioria das vezes é tardio, sendo confirmado somente ao longo do transoperatório de laparotomia exploratória. Na maioria dos casos de apendicite são realizadas a retirada cirúrgica do apêndice, com elevados índices de bons resultados. Em recém-nascidos, o prognóstico vai depender de quão rápido ocorre diagnóstico e a intervenção cirúrgica, uma vez que, a ocorrência de perfuração é elevada superior a 80% e a mortalidade pode ficar próxima a 100%. Em crianças e jovens adultos, a realização de processo cirúrgico ou a terapia com a administração de antibióticos, a taxa de mortalidade da apendicite é superior a 50%, já com a realização precoce de cirurgia, o índice de mortalidade é menor que 1% e a recuperação é comumente rápida.

PALAVRAS-CHAVE: Apendicite, inflamação, diagnóstico, cirurgia.

INTRODUÇÃO

Apendicite é a inflamação do apêndice, um pequeno órgão em forma cilíndrica que pende do intestino grosso, encontrado na primeira porção do intestino grosso. A apendicite neonatal tem ocorrência muito baixa (REYES et al, 2001). Sua taxa de letalidade é elevada, uma vez que a progressão clínica da doença, no geral, é rápida com morte nas primeiras 24 horas dos sintomas terem sido iniciados. Desse modo, devido à sua elevada taxa de letalidade, o atraso no manejo desses casos aumenta o risco de morte desses recém-nascidos consideravelmente (REYES et al, 2001) (KHAN et al, 2010).

Nesse contexto, em uma faixa etária mais elevada, a apendicite aguda é uma das causas cirúrgicas mais frequentes nos casos de dor abdominal aguda em pacientes pediátricos. O pico de incidência ocorre pela fase adolescência (MARZUILLO et al, 2015). Ela também é a causa mais comum de dor abdominal em atendimentos de urgência em jovens e adultos. O seu diagnóstico é normalmente dado sem dificuldades e é majoritariamente clínico. A ocorrência de apresentações atípicas pode ocorrer, sendo essas ligadas, essencialmente, ao local em que o apêndice retrocecal e pélvica localizam-se, o que torna o seu diagnóstico, nesses casos, um desafio clínico-cirúrgico (BONADIO et al, 2015). É fundamental atentar-se à diferenciação da apendicite, nas mulheres, com as doenças pélvicas como endometrite, as doenças inflamatórias pélvicas e abscesso ovariano (SCHWARTZ et al, 2011).

Progressos na área médica têm tornado melhores os prognósticos da apendicite. Nas últimas décadas, uma redução considerável na mortalidade tem sido alcançada, em especial nos neonatos (BONADIO et al, 2015) (MALAKOUNIDES et al, 2011). Embora, as taxas de apendicite perfurada permaneceram praticamente inalteradas. Perfuração apendicular em crianças menores de cinco anos pode ocorrer em mais da metade dos pacientes (REYES et al, 2001) (ZWINTSCHER, 2013).

METODOLOGIA

Essa revisão da literatura utilizou as bases de dados Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo. As palavras-chave utilizadas foram: “apendicite”, “inflamação”, “diagnóstico” e “cirurgia” e suas correspondentes em inglês “appendicitis”, “inflammation”, “diagnosis” e “surgery”. Foram critérios de exclusão: artigos publicados em outros idiomas além do português e inglês. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. Foram selecionados 98 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo, sendo a maior quantidade de exclusões referentes ao não enquadramento dos temas descritos nesses artigos com os objetivos dessa revisão. Assim, após a leitura dos resumos, foram selecionados 21 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra.

Etiologia ou etiopatogenia

Os elementos desencadeadores dessa patologia, em neonatos, possuem em sua maioria origem isquêmica e as ocorrências perinatais são de elevada relevância no desenvolvimento dessa doença. Como exemplo desses fatores podem ser citadas, a ocorrência de pré-eclâmpsia na gestante, bebês com elevada prematuridade, cateterismo umbilical. Além disso, várias ocorrências de são insuficiência vascular relacionadas a anormalidades cardíacas e estados de fluxo sanguíneo reduzido também predis põem à ocorrência de apendicite aguda nos neonatos (LEE et al, 2011).

Em crianças e jovens adultos, a etiologia da apendicite aguda continuar a ser causa de discussões, frequentemente, sua ocorrência tem sido associada com a obstrução do apêndice vermiforme por fecalito, corpo estranho, parasitas, hiperplasia linfonodal, à dieta inadequada de fibras, susceptibilidade familiar e tumores⁷. Assim, a apendicite aguda é tida como uma enfermidade progressiva, que tem início com a elevação na secreção de muco e o aumento da pressão intraluminal, levando à compressão arterial, isquemia das paredes do órgão e estagnação do sangue

dentro da veias (LEE et al, 2011) (KHAN; ZIA; SADDAL, 2013).

Fisiopatologia

A fisiopatologia da apendicite em neonatos desperta um baixo índice de suspeita, mesmo nos casos em que uma clínica sutil já esteja instalada, sendo, frequentemente, diagnosticada e tratada como enterocolite necrotizante (MA et al, 2010). Pesquisas apontam que a causa de o processo inflamatório do apêndice vermiforme ser raro, é que no período neonatal, a sua morfologia é ainda embrionária, isto é, apresentação em forma cônica com uma base larga, sendo menos suscetível à obstrução. Por isso, em muitos casos, desconfia-se de enterocolite (BIRNBAUM; WILSON, 2000). Mesmo quando se desconfia de apendicite, o diagnóstico dado tardiamente em quase todos os casos, sendo confirmado somente ao longo do transoperatório por meio de uma laparotomia exploratória (MA et al, 2010) (BIRNBAUM; WILSON, 2000). Assim, devido à sua alta taxa de letalidade, o atraso no diagnóstico da apendicite no recém-nascido aumenta consideravelmente o risco de óbito. A fisiopatologia em neonatos caracteriza-se, no geral, pela presença de distensão abdominal, pelos sinais de comprometimento do estado geral, tais como hipotermia, hipoatividade, e acrocianose, além de alterações cutâneas como eritema e edema de parede abdominal, de progressão rápida, podendo indicar a necessidade da realização da cirurgia o mais breve possível (BARBOSA et al, 2000).

A fisiopatologia da apendicite, em crianças e jovens adultos, é multifatorial, vários elementos podem levar à obstrução do lúmen, como a presença de fecalito, parasitas ou processos neoplásicos. A própria hiperplasia do tecido linfoide primária ou secundária a processos infecciosos virais ou bacterianos pode ser responsável pelo início do processo patológico (SCHWARTZ et al, 2011) (MALAKOUNIDES et al, 2011). A secreção contínua de fluídos e muco pelas células epiteliais leva ao aumento da pressão intraluminal com distensão e edema da parede do órgão propiciando invasão bacteriana. O sofrimento do suprimento venoso e arterial com piora do processo inflamatório resultam em isquemia da mucosa, o mecanismo protetor de barreira é perdido, levando à invasão bacteriana da parede do apêndice, que por sua vez favorece o infarto e a perfuração do apêndice necrose e gangrena, culminando com sua perfuração (MA et al, 2010) (SAEKI et al, 2012).

Frequência

Apesar de comum na população pediátrica e em jovens adultos, a apendicite em recém-nascidos e dificilmente considerada como diagnóstico diferencial no abdome agudo, sendo um acontecimento muito raro em idades inferiores a 2 anos, atingindo somente 2% das crianças nessa faixa de idade (LEE et al, 2011).

Pesquisas mostram que a apendicite neonatal seja somente 0,04%-0,2% dos casos de pacientes menores de dois anos que foram descritos, nas últimas três décadas (MA et al, 2010). Sua ocorrência é maior no sexo masculino, na proporção de 3:1 e, em recém-nascidos prematuros. Embora tenha-se atingindo melhorias na qualidade do atendimento e com o desenvolvimento e adoção ferramentas de diagnóstico mais avançadas, a ruptura apendicular permanece como uma ocorrência comum em crianças (SCHWARTZ et al, 2011) (KHAN; ZIA; SADDAL, 2013). Dessa forma, é muito dificultoso obter-se um diagnóstico rápido e com alta precisão em bebês, devido à limitação na comunicação e à raridade e variabilidade nesses casos clínicos (MA et al, 2010).

A probabilidade de uma pessoa desenvolver apendicite ao longo de sua vida é em torno de 7 a 9%, sendo que seu pico ocorrência na segunda década de vida dos indivíduos (ZANARDO; KAEFER, 2011).

Quadro clínico

Em recém-nascidos, o quadro clínico, no geral, apresenta, no início, intolerância alimentar, progredindo para hipoatividade, modificação dos sinais vitais e septicemia por perfuração intestinal. Nos lactentes e pré-escolares o diagnóstico correto pode levar quatro dias desde o início dos sintomas em virtude de manifestações atípicas (HIRANO et al, 2012). Vômitos, anorexia e distensão abdominal são descritos como os sintomas mais frequentes, em que a duração pode ir de algumas horas a até cerca de uma semana. Com menor frequência pode haver, irritabilidade, letargia, constipação, febre e diarreia (BIRNBAUM; WILSON, 2000). Ocasionalmente, defesa abdominal, massa palpável, silêncio abdominal e esforço respiratório podem estar presentes (MA et al, 2010).

Classicamente a apendicite aguda apresenta-se com dor abdominal periumbilical seguido de náusea e vômitos, com migração da dor para fossa ilíaca direita, associado à febre e anorexia (KHAN; ZIA; SADDAL, 2013). Infelizmente menos de 50% dos indivíduos, crianças e jovens adultos, apresentam o quadro clínico clássico, sendo observadas manifestações variadas principalmente nos extremos de idade (SMINK; SOYBEL, 2011).

Exame físico

No exame físico em recém-nascidos é importante atentar-se a presença de distensão abdominal, aos sinais de comprometimento do estado geral, tais como acrocianose, hipotermia e hipoatividade, além de sinais cutâneos como eritema e edema de parede abdominal, com progressão acelerada, os quais poderão ser indicativos de procedimento cirúrgico imediato (HIRANO et al, 2012) (SCHWARTZ et al, 2011).

Em crianças e jovens adultos, ao exame físico, o local anatômico de maior sensibilidade para apendicite pode ser determinado traçando-se uma linha imaginária entre a espinha íliaca localizada ântero superiormente à direita e a cicatriz umbilical (JANCELEWICZ; KIM; MINIATI, 2008). O ponto de encontro do terço médio e o terço inferior dessa linha é chamado de ponto de McBurney, em que a presença de dor à descompressão brusca dessa área é o sinal do exame físico mais relevante quando suspeita-se de apendicite. Outras manobras no exame físico podem ser realizadas para auxiliar no diagnóstico do acometimento do apêndice, como o sinal de Rovsing, sinal do obturador e o sinal do íleo-psoas (KHAN et al, 2010) (ZWINTSCHER, 2013). Além dos achados no exame físico como a dor à palpação de fossa íliaca direita, sinal de descompressão brusca, presença de irritação peritoneal (HIRANO et al, 2012).

Diagnóstico

Nos recém-nascidos, o diagnóstico precoce e a rápida intervenção podem diminuir drasticamente a mortalidade secundária à perfuração e peritonite e, como consequência, contribuir para a diminuição da mortalidade neonatal. Infelizmente, mesmo quando suspeito, o diagnóstico ainda é tardio em na maioria dos casos, sendo confirmado somente com a realização de uma laparotomia exploratória (BONADIO et al, 2015). Trata-se de um diagnóstico difícil em que o curso clínico da doença tende a evoluir muito rapidamente, podendo levar à óbito dentro das primeiras 24 horas após o início dos sintomas⁵. Como a sintomatologia e os exames complementares são inespecíficos não sendo raro quadros variados, como sepse e enterocolite necrotizante, entre outros, o atraso no estabelecimento do diagnóstico tem ligação com a alta ocorrência de perfuração e a elevada mortalidade (MALAKOUNIDES et al, 2011).

Como as crianças menores de dois anos não conseguem expressar de modo preciso quais são suas queixas, é importante, que seus responsáveis completem o histórico médico. No caso dos bebês, isto é ainda mais complicado, uma vez que eles frequentemente são pacientes não cooperativos, o que dificulta o exame físico (KHAN; ZIA; SADDAL, 2013) (BONADIO et al, 2015). Ainda assim, sintomas que se assemelham às doenças com maior ocorrência nessa faixa etária, como gastroenterites, patologia ginecológica, infecções do trato respiratório superior e trato urinário ou patologias no canal inguinal (KHAN et al, 2010) (SCHWARTZ et al, 2011). O que eleva o risco de erros e acaba por contribuir com o atraso no diagnóstico. Muitos trabalhos indicam uma taxa elevada de diagnósticos inadequados nessa população (LEE et al, 2011).

Em pacientes em faixas etárias mais elevadas, de crianças à jovens adultos, é importante atentar-se às manifestações clínicas, para o diagnóstico, como dor

abdominal, febre, presença de náusea ou vômitos, diarreia, disúria, constipação, quadro respiratório e achados de exame físico como dor à palpação de fossa ilíaca direita, sinal de descompressão brusca e irritação peritoneal presentes (ZANARDO; KAEFER, 2011) (JANCELEWICZ; KIM; MINIATI, 2008). Os sintomas mais comuns são a dor difusa e contínua no abdome, periumbilical, que por vezes podem se mover para o quadrante inferior direito após algumas horas. A sensibilidade do toque na região do ventre, as vezes com alguma defesa muscular; náuseas, febre baixa e vômito. Esses sintomas frequentemente se intensificam com a evolução da doença; e exames hematológicos poderão apontar leucocitose (BONADIO et al, 2015) (SMINK; SOYBEL, 2011).

Exames subsidiários

Em recém-nascidos, mesmo nos casos suspeitos, o diagnóstico na maioria das vezes é tardio, sendo confirmado somente ao longo do transoperatório de laparotomia exploratória (SCHWARTZ et al, 2011). Nos demais casos, embora o diagnóstico seja primordialmente clínico, exames laboratoriais como hemograma e proteína C-reativa são solicitados na rotina diagnóstica (MA et al, 2010) (MALAKOUNIDES et al, 2011). Apesar de apresentarem sensibilidade e especificidade limitadas, sua análise conjunta permite uma melhor acurácia, auxiliando na distinção da apendicite de outros processos patológicos (SMINK; SOYBEL, 2011). O aumento dos níveis séricos de proteína C-reativa parece estar relacionado com a presença de perfuração do apêndice e formação de abscessos, podendo auxiliar no estadiamento da doença em um momento pré-operatório (MA et al, 2010). A radiografia simples do abdome pode evidenciar imagens sugestivas de apendicite como a presença de massa em região de fossa ilíaca direita, apagamento do psoas, escoliose lombar, nível hidroaéreo em ceco e íleo terminal e apendicolito calcificado (SCHWARTZ et al, 2011). Apesar de não confirmar o diagnóstico, pode auxiliar na identificação de outras patologias que cursam com quadro de abdome agudo, sendo um exame barato e disponível nas unidades de emergência¹⁸. O exame ultrassonográfico é outro método de imagem utilizado que permite a visualização das estruturas abdominais, com a vantagem de ser um exame livre de radiação. O apêndice inflamado apresenta-se como uma estrutura em fundo cego, imóvel, não compressível, com diâmetro maior que 6 mm, semelhante à imagem “em alvo” no corte transversal. Obesidade, presença de gases intestinais, apresentações atípicas ou perfuração do apêndice podem trazer dificuldades à realização do exame para radiologistas inexperientes (GUIDRY; POOLE, 1994).

Mais recentemente a realização da tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética têm possibilitado diagnósticos mais acurados, com identificação precoce dos casos perfurados (SMINK; SOYBEL, 2011). A TC, apesar

de mostrar com precisão a distensão do apêndice e delimitar coleções e abscessos intra-abdominais, traz intrinsecamente o potencial carcinogênico da exposição à radiação ionizante, e o risco do desenvolvimento de neoplasias deve ser ponderado (AHMED et al, 2007). A RM apresenta a vantagem de não necessitar de contraste ou radiação, mas ainda é um exame pouco disponível e com custo elevado para a maioria dos serviços de saúde (SMINK; SOYBEL, 2011) (AHMED et al, 2007).

Tratamento clínico

Em recém-nascidos, a conduta é exclusivamente cirúrgica, já nos pacientes com faixa etária mais elevada a terapêutica conservadora em casos de apendicite aguda possui vantagens, como o menor tempo de permanência de internação e os menores custos hospitalares, menores intercorrências em razão da cirurgia e elevadas taxas de bons resultados (ZANARDO; KAEFER, 2011). Assim, a apendicectomia ainda continua sendo considerada como uma das formas mais abrangentes e segura, contudo, pode ser incorporado a antibioticoterapia como opção terapêutica de sucesso, em pacientes estáveis, com diagnóstico de apendicite aguda não complicada e naqueles que foram curados após tratamento clínico (SCHWARTZ et al, 2011). Além disso, para que as taxas de eficácia dos antibióticos aumentem, é preciso um bom acompanhamento ambulatorial, sendo realizada a cirurgia em casos de recidiva ou piora clínica. Ainda não se sabe qual é o antibiótico mais eficaz. O que os estudos mostram é que, aqueles com cobertura para bactérias gram-negativas e anaeróbias, como metronidazol, gentamicina, cefotaxima, ampicilina, ciprofloxacino e amoxicilina associada ao ácido clavulânico, possuem percentuais semelhantes com relação à eficácia, sendo considerados ótimas opções para o tratamento conservador da apendicite aguda (HIRANO et al, 2012).

Tratamento cirúrgico

Na maioria dos casos de apendicite são realizadas a retirada cirúrgica do apêndice, com elevados índices de bons resultados. Sendo essa a única conduta realizada para os casos de apendicite em neonatos. Nesse contexto, é importante observar que indivíduos com apendicite aguda necessitam de vigorosa hidratação venosa. Além disso, os pacientes com apendicite perfurada necessitam que seja realizada a administração de antibióticos por via venosa no pós-operatório (GUIDRY; POOLE, 1994). A apendicectomia pode ser realizada por videolaparoscopia ou cirurgia aberta. A via videolaparoscopia como vantagem de reduzir pela metade a infecção nas feridas cirúrgicas, diminuir a ocorrência de dores pós-operatórias e o tempo de internação necessário após a cirurgia. A cirurgia aberta é mais demorada, cara e apresenta risco três vezes mais alto de levar a formação de abscessos intra-

abdominais (SMINK; SOYBEL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em recém-nascidos, o prognóstico vai depender de quão rápido ocorre diagnóstico e a intervenção cirúrgica, uma vez que, a ocorrência de perfuração é elevada superior a 80% e a mortalidade pode ficar próxima a 100% (LOCCHI, 1929). Em crianças e jovens adultos, a realização de processo cirúrgico ou a terapia com a administração de antibióticos, a taxa de mortalidade da apendicite é superior a 50% (AHMED et al, 2007). Com a realização precoce de cirurgia, o índice de mortalidade é menor que 1% e a recuperação é comumente rápida. Em casos da ocorrência de complicações como a ruptura, desenvolvimento de abscesso, peritonite, idade avançada, o prognóstico é pior, em que a realização de novos procedimentos cirúrgicos pode ser necessária (GUIDRY; POOLE, 1994) (LÓPEZ-VALDÉS; ESCARCEGA-SERVIN, 2016).

REFERÊNCIAS

- AHMED I. et al. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. **Surg Radiol Anat.** 2007; 29:165-8.
- BARBOSA A.D.M. et al. Apendicite em recém-nascido prematuro. **J Pediatr.** 2000;76(6):466-8.
- BIRNBAUM B.A., WILSON S.R. Appendicitis at the Millennium. **Radiology.** 2000; 215:337-48.
- BONADIO W. et al. Appendicitis in preschool aged children: Regression analysis of factors associated with perforation outcome. **J Pediatr Surg.** 2015; 50:1569-73.
- GUIDRY S.P., POOLE V.G. The anatomy of appendicitis. **Am Surg.** 1994; 60:68-71.
- HIRANO E.S. et al. Apendicite aguda não complicada em adultos: tratamento cirúrgico ou clínico. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2012. Apr; 39(2): 159-164.
- JANCELEWICZ T., KIM G., MINIATI D. Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra. **J Pediatr Surg.** 2008;43:e1-5.
- KHAN R.A. et al. Beware of neonatal appendicitis. **J Indian Assoc Pediatr Surg.** 2010;15(2).
- KHAN Y.A., ZIA K., SADDAL N.S. Perforated neonatal appendicitis with pneumoperitoneum. **APSP J Case Rep.** 2013;4(2).
- LEE S.L. et al. Does age affect the outcomes and management of pediatric appendicitis? **J Pediatr Surg.** 2011; 46:2342-5.
- LOCCHI R. Situação do apêndice vermiforme em relação ao ceco em diversas raças humanas. **Folia Clin Biol.** 1929; 1:56-4
- LÓPEZ-VALDÉS J.C., ESCARCEGA-SERVIN R. Apendicitis neonatal (AN) en un paciente con enterocolitis necrosante (ECN) secundaria a sepsis in utero. **Gac Med Mex.** 2016; 152:419-23.

MA K.W. et al. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. **Hong Kong Med J.** 2010; 16:12-7.

MALAKOUNIDES G. et al. Laparoscopic surgery for acute neonatal appendicitis. **Pediatr Surg Int.** 2011; 27:1245-8.

MARZUILLO P. et al. Appendicitis in children less than five years old: A challenge for the general practitioner. **World J Clin Pediatr.** 2015; 4:19-24.

REYES L.A.G. et al. Apendicitis neonatal: presentación de dos casos. **Rev Mex Pediatr.** 2001;68(6):248-51.

SAEKI I. et al. Neonatal appendicitis mimicking intestinal duplication: a case report. **J Medical Case Reports.** 2012;6(286):1-3.

SCHWARTZ K.L. et al. Neonatal acute appendicitis: a proposed algorithm for timely diagnosis. **J Pediatr Surg.** 2011; 46:2060-4.

SMINK D., SOYBEL D. Acute appendicitis in adults: Management. **Uptodate;** 2011.

ZANARDO G.M., KAEFER C.T. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Contexto Saúde.** 2011;10(20):1371-4.

ZWINTSCHER N.P. Laparoscopy utilization and outcomes for appendicitis in small children. **J Pediatr Surg.** 2013; 48:1941-5.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ac2-26 41, 42, 43, 44, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59
Alergia não IgE-mediada 140
Análise de conteúdo 117, 126, 177
AnxA1 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 56, 57, 58
Apendicite 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Atenção Primária à Saúde 29, 98, 202
Atividade física 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 94, 131, 199
Atrofia muscular 162, 164, 166, 167, 169
Autocuidado 114, 125, 126, 127, 187, 198, 201, 232

B

Brugada 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213

C

Carcinoma de Saco Lacrimal 63
Carcinoma Espinocelular Pouco Diferenciado 62, 63, 65, 67, 69, 71
Cockayne 234, 235, 236, 237
Cuidado paliativo 205

D

Desenvolvimento musculoesquelético 162, 164
Diabetes *Mellitus* 30, 33, 34, 35, 36, 39, 55, 154, 175, 176, 177, 178, 188, 190, 191, 192, 193, 202, 203, 245
Diabetes *Mellitus* Gestacional 175, 176, 177, 191
Doença crônica 1, 2, 8, 11
Doença Renal Crônica 114, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 138, 162, 163, 164, 165, 170
Doença reumática 225, 227, 230, 231, 232
Dor 3, 13, 14, 17, 18, 19, 63, 67, 68, 82, 86, 123, 204, 209, 225, 226, 229, 230, 241

E

Efeitos colaterais 102, 103, 104, 112
Enfermagem 22, 39, 78, 79, 80, 81, 90, 91, 101, 106, 107, 114, 115, 116, 122, 125, 126, 127, 128, 225, 226, 231, 232, 245
Enfermagem em nefrologia 114, 115

Enrijecimento vascular 156, 158
Epidemiologia 142, 198, 203, 212, 215, 224, 232, 235
Epilepsia infantil 102
Esclerose múltipla 106, 107, 109, 110, 112, 113
Estudo de Caso 205
Exercício Físico 36, 38, 39, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138

F

Feridas 20, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91
Fístula Arteriovenosa 114, 115, 121, 123, 126, 127, 128
FPIES 140, 141, 142, 143, 144, 145

H

Hemodiálise 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139
Hidroclorotiazida 23, 24, 25, 26, 27
Hipertensão 36, 39, 43, 65, 117, 131, 154, 201, 204, 239, 240, 241, 242, 244

I

Idosos 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 77, 154, 155, 161, 227, 240, 241, 243
índice vascular cardio-tornozelo 156, 158, 159

L

LBA 42, 45, 46, 48, 53, 55, 57, 58

M

Meditação 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244
Melanoma 23, 24, 25, 26, 27, 28, 65, 68, 93
Mycobacterium tuberculosis 73, 74, 75, 215, 216

N

Neoplasias de mama 93

O

Otite Média Crônica 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153

P

Perda Auditiva 147, 148, 154, 236
Pesquisa biográfica 1, 4, 5, 11

Pressão radial 156, 158

Processamento Auditivo Central 146, 147, 148, 149, 155

Promoção da saúde 194

R

Reabilitação 71, 107, 109, 112, 130, 131, 132, 134, 135, 137, 225

Reação Gastrointestinal 140

Rifampicina 73, 75, 76, 77

Risco cardiovascular 176, 177

S

Sepse 18, 166, 204, 205

Síndrome coronariana aguda 207, 208, 211, 212

Sistema Único de Saúde 192, 193, 194, 202, 214, 217, 218

T

Tabagismo 37, 41, 42, 55, 56, 94, 108, 211, 223

Tuberculose 73, 74, 75, 76, 77, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224

U

Unidades de Terapia Intensiva 205

 **Atena**
Editora

2 0 2 0