



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – CEUB**

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**DANIELA CAVALCANTE CANTIERI VIEIRA**

**NATHÁLIA MELO DE SÁ**

**ESTUDO DA EVOLUÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE APENDICITE AGUDA COM 65 ANOS  
OU MAIS.**

**BRASÍLIA**

**2021**



**DANIELA CAVALCANTE CANTIERI VIEIRA**

**NATHÁLIA MELO DE SÁ**

**ESTUDO DA EVOLUÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE APENDICITE AGUDA COM 65 ANOS  
OU MAIS.**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica  
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e  
Pesquisa.

Orientação: Alberto Vilar Trindade.

**BRASÍLIA**  
**2021**

**AGRADECIMENTO:**

Agradecemos primeiro a Deus por nos ter mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Somos gratas às nossas famílias pelo apoio que sempre nos deram durante toda a vida.

Deixamos um agradecimento especial ao nosso orientador, Professor Mestre Alberto Vilar Trindade, pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto de pesquisa.

Também quero agradecer ao Centro Universitário de Brasília por nos ter dado a oportunidade de realizar esse trabalho e dispor de infraestrutura e ensino de qualidade.

Ainda, aos profissionais do Hospital Regional da Asa Norte, sem os quais não seria possível a elaboração desse projeto.

## RESUMO:

Pacientes de 65 anos ou mais com apendicite aguda tendem a apresentar sinais e sintomas atípicos, deste modo, reconhecer tais particularidades e diagnosticá-los precocemente é essencial para redução da morbimortalidade desse grupo. O quadro clínico atípico nessa faixa etária se deve a doenças crônicas, imunodepressão, incapacidade funcional, problemas cognitivos e uso de polifarmácia. Com o aumento da expectativa de vida da população, há uma maior incidência de apendicite em idosos, portanto, é importante um estudo contínuo e atualizado direcionado deste assunto, visando a atenuação de riscos e complicações. Dessa forma, o estudo objetiva investigar e comparar a idade, sexo, quadro clínico, início dos sintomas, tempo de internação e diagnóstico, exames complementares, via de acesso cirúrgico, achado operatório, técnica cirúrgica e presença de complicações pós-operatórias em pacientes idosos com idade igual ou acima de 65 anos internados na Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte. Trata-se de um estudo retrospectivo, qualitativo e quantitativo, com base em coorte extraída de prontuários eletrônicos de pacientes com CID K.35, internados e operados na Unidade de Cirurgia Geral durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, no Hospital Regional da Asa Norte, da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Para cada paciente idoso com apendicite foram escolhidos aleatoriamente três pacientes situados na faixa etária de 18 a 30 anos operados no mesmo período já descrito, para compor o grupo controle. Foram selecionados 57 pacientes com mais de 65 anos para composição do grupo amostral, os quais cumpriam os critérios de participação. A partir disso, foi constituído, de forma aleatória, o grupo controle, sendo selecionados 171 pacientes entre 18 e 30 anos que se enquadraram nos critérios de participação. A faixa etária média dos participantes da amostra foi de  $80 \pm 15$  anos, sendo a moda 66 anos, enquanto a faixa média do controle foi de  $24 \pm 6$  anos, sendo a moda de 19 anos, dos quais a maioria é do sexo masculino em ambos os grupos. A maioria dos participantes do grupo controle foi submetido a laparotomia, sendo a incisão mediana a mais empregada, o que pode estar relacionado com a apresentação da apendicite aguda mais complicada. No grupo controle, a técnica cirúrgica mais empregada foi a incisão a Davis. O achado operatório de apêndice perfurado foi o mais comum no grupo amostral enquanto o apêndice com hiperemia e edema foi o mais prevalente no grupo controle. Ainda, houve altas taxas de achados anatomopatológicos de apendicite gangrenosa e complicações pós operatórias em pacientes idosos. No entanto, a mortalidade foi mínima, reforçando a resolutividade da terapêutica cirúrgica utilizada na apendicite aguda. A apendicite aguda continua sendo uma patologia de tratamento cirúrgico, com pico de incidência em adultos jovens, mas que com o aumento da expectativa de vida, vem atingindo idosos também. É importante ressaltar a apresentação clínica atípica em pacientes idosos, levando a maior tempo diagnóstico e maior índice de complicações pré e pós operatórias.

**Palavras-chave:** apendicite aguda; idosos; complicações pós-operatórias.

**ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

Gráfico 1: Sexo do público analisado.....	16
Gráfico 2: Tempo de internação até o diagnóstico entre as faixas etárias.....	19
Gráfico 3: Exames complementares utilizados.....	20
Gráfico 4: Via de acesso cirúrgico.....	20
Gráfico 5: Achado operatório.....	21
Gráfico 6: Achado de apendicite gangrenosa entre os grupos etários.....	22
Gráfico 7: Presença de complicações pós-operatórias.....	23

**ÍNDICE DE TABELAS:**

Tabela 1: Relação entre a prevalência entre os sexos.....	16
Tabela 2: Percentual do quadro clínico entre o controle e o grupo amostral.....	17
Tabela 3: Início dos sintomas/atendimento.....	18
Tabela 4: Tempo de internação até o diagnóstico entre as faixas etárias.....	19
Tabela 5: Técnica cirúrgica.....	22
Tabela 6: Complicações pré e pós operatórias.....	24

**SUMÁRIO:**

1. Introdução .....	8
2. Fundamentação Teórica .....	10
3. Metodologia .....	14
4. Resultados e Discussão .....	16
5. Considerações Finais .....	26
6. Referências Bibliográficas .....	27
7. Apêndice .....	30
7.1. Apêndice A: Ficha de Coleta dos Dados .....	30
8. Anexo .....	32
8.1. Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP – Plataforma Brasil .....	32

## INTRODUÇÃO:

Um grande desafio no atendimento de pacientes idosos é a formulação de um diagnóstico preciso. Os pacientes com 65 anos ou mais tem maior probabilidade de apresentar-se com múltiplas doenças crônicas, imunodepressão, incapacidade funcional, problemas cognitivos e uso de polifarmácia. Esses fatores estão relacionados à apresentação de sinais e sintomas atípicos, os quais aumentam progressivamente com a faixa etária do paciente. Assim, há maior risco de diagnósticos tardios e, conseqüentemente, retardo no tratamento, contribuindo para maiores índices de morbimortalidade no idoso, principalmente em afecções agudas (SPANGLER et al., 2014).

O abdome agudo é um exemplo de quadro que requer abordagem imediata, muitas vezes cirúrgica, e que, devido ao fato de a dor abdominal ser uma queixa comum no idoso ou estar ausente, pode dificultar o diagnóstico. Muitos médicos têm dificuldade de coletar os dados na anamnese pela complexidade da história clínica e de interpretar as queixas do paciente por desconhecer a fisiologia do envelhecimento, a multiplicidade de causas e a sintomatologia variável. É importante conhecer as causas de abdome agudo mais prevalentes no idoso como quadros obstrutivos intestinais, desordens vasculares, úlcera péptica, colecistite, pancreatites e as causas não abdominais como de origem cardíaca, pulmonar, metabólica e geniturinária. No entanto, com o aumento da longevidade, doenças antes menos prevalentes no paciente geriátrico estão ganhando espaço, como é o caso da apendicite aguda (AA) (SPANGLER et al., 2014; OMARI et al., 2014).

A avaliação do paciente idoso que apresenta dor abdominal é um desafio e será cada vez mais prevalente com o aumento da expectativa de vida da população. Entender porque os pacientes idosos apresentam sintomatologia diferente dos pacientes jovens pode melhorar o prognóstico, minimizando erros diagnósticos e atraso no tratamento. A apendicite é uma doença que também ocorre nos idosos, e se apresenta com atraso de manifestações clínicas e diagnóstico. (Salahuddin et al., 2012). Alguns autores sugerem que a apendicite no idoso é normalmente associada com atraso no diagnóstico ou apresentação atípica, alta prevalência de perfuração, e altos índices de complicações (Bhullar et al, 2014). Quando comparado ao grupo jovem, os pacientes idosos têm



mais comorbidades e reações corporais fisiológicas mais lentas, resultando uma maior taxa de morbimortalidade (Omari et al., 2014). É quase como se fosse outra doença.

O risco de perfuração na população idosa pode chegar a 70% e a morbidade e mortalidade nos idosos permanece significante entre 28-60% e 10% respectivamente (Salahuddin et al., 2012). Como o rápido crescimento da população dos Estados Unidos está causando uma inversão da pirâmide etária, os idosos estão sendo mais diagnosticados com AA, embora em um estágio mais avançado da doença (Bhullar et al., 2014). Um recente estudo randomizado mostrou que antibióticos podem ser um tratamento de primeira linha seguro para pacientes com apendicite. Esses achados foram apoiados por outros estudos. Entretanto, a estratégia ideal de tratamento de AA no paciente idoso ainda não é clara, e apenas poucos estudos têm abordado este tópico (Segev et al., 2015).

Sendo assim, o objetivo da nossa pesquisa é analisar as diferentes formas de apresentação do quadro clínico da AA em pacientes idosos; analisar a demora no diagnóstico da AA nos pacientes idosos e analisar o índice de complicações do tratamento cirúrgico da AA em idosos.

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A apendicite aguda (AA) é a causa mais comum de cirurgia abdominal de emergência. Em países desenvolvidos, quase 1 a cada 1000 pessoas apresentam AA a cada ano. Apesar dos numerosos estudos em pacientes com AA, ainda é um desafio clínico para os cirurgiões gerais definir a sua etiologia. A obstrução do lúmen por um fecalito, hiperplasia do tecido linfóide ou corpo estranho são as causas mais comuns de AA. Quando o lúmen do apêndice é obstruído, a pressão intraluminal aumenta devido a proliferação bacteriana e acúmulo de muco. O apêndice então se torna inflamado e edemaciado e suas paredes podem evoluir para isquemia e necrose. Numa fase mais avançada, o apêndice isquêmico sofre perfuração e seu conteúdo é disseminado na cavidade abdominal, causando peritonite. Aproximadamente 300.000 apendicectomias são realizadas nos Estados Unidos da América anualmente. A maioria das cirurgias é realizada de urgência para evitar mortalidade devido às complicações, como perfuração e peritonite (NOURI, Saeed et al., 2017).

Estudos mostraram que a mortalidade por apendicite aumenta de 3-5 vezes para 10 vezes se o apêndice perfurar. Acredita-se que o apêndice vai perfurar se a cirurgia de uma apendicite aguda não complicada for postergada. Entretanto, alguns dos estudos recentes contestam esta hipótese e mostram que apenas o atraso no tratamento não pode explicar totalmente a perfuração do apêndice.

Evidências biológicas sugerem que a apendicite resulta de uma resposta imune severa e a resposta imune na apendicite não perfurada é diferente daquela onde há perfuração. Em outras palavras, a perfuração não ocorre devido a uma resposta imune exacerbada. Por outro lado, estudos recentes mostram que um alto percentual de pacientes com apendicite melhorou apenas com o uso de antibióticos. Esses achados entram em contraste com a presunção de que todos os casos de apendicite necessitam de tratamento cirúrgico. Ainda não se sabe o que causa a perfuração do apêndice em alguns pacientes. Complicações do apêndice perfurado são tão graves que alguns médicos preferem remover o apêndice cirurgicamente. Evidências sugerem que em muitos pacientes o apêndice perfura antes do atendimento médico, mesmo na ausência de uma dor importante. Tais evidências confirmam a alegação que a perfuração deve ser resultado de

inúmeros fatores, como infecção, alterações genéticas e a estrutura da parede do apêndice. Essas hipóteses, se confirmadas, mostram que os médicos normalmente têm tempo suficiente para implementar um tratamento não cirúrgico como a antibioticoterapia sem o medo de perfuração e outras complicações, como infecção do sítio cirúrgico, obstrução intestinal devido a aderências, pneumonia e infertilidade em mulheres. (NOURI, Saeed et al., 2017)

A literatura demonstra a presença de sintomas atípicos e as vezes enganosos nos pacientes idosos com AA. Pacientes mais velhos têm significativamente mais morbidades, o que é um fato óbvio, mas que talvez seja a causa da abordagem e do tratamento oferecido a esses pacientes. Aparentemente, os cirurgiões decidem operar os idosos mais precocemente do que o paciente jovem, o que pode ser causado pela suspeita de doença mais séria ou pior condição geral devido a comorbidades. Outros estudos indicaram que a incidência de perfuração entre os idosos é maior do que em não idosos e varia entre 28-90%. A lógica por trás da correlação entre idade e índice de perfuração é considerada pelas alterações isquêmicas resultante pela arteriosclerose, parede do apêndice mais delgada e fibrótica e infiltração de gordura. Esses fatores levam a crer que a parede do apêndice possa perfurar apenas com um aumento discreto da pressão intraluminal (ZBIERSKA, Katarzyna *et al.*, 2016).

A duração do tempo de hospitalização foi significativamente maior na população mais idosa, o que é compreensível, levando em consideração as comorbidades que afetam indivíduos idosos e a menor capacidade de cicatrização. Alguns autores consideram que o maior tempo de estadia no hospital é associado a maiores índices de complicações nos idosos. Pacientes idosos apresentam maior taxa de apêndice isquêmico e perfurado. O tempo de diagnóstico pré-operatório e a fase preparatória depois da admissão hospitalar foi significativamente menor, confirmando a importância do tempo no paciente idoso com abdome agudo. (ZBIERSKA, Katarzyna *et al.*, 2016)

Além das comorbidades comuns da faixa etária, a própria fisiologia do idoso propicia o aumento progressivo da apresentação de sinais e sintomas atípicos. De acordo com os estudos de Calis (2019) 20% dos pacientes apresentaram febre ( $> 38^{\circ} \text{C}$ ), 63% tiveram a dor migratória para o quadrante inferior direito e vômitos, enquanto 29% apresentaram apenas náuseas. Ademais, o autor refere que em estudos posteriores a tríade de dor do quadrante abdominal inferior direito,

febre e leucocitose foi relatada em menos de 26% dos pacientes idosos. Logo, o diagnóstico baseado na história clínica e exame físico desses pacientes muitas vezes é equivocado ou tardio, o que leva a maior necessidade de exames de imagem neste grupo etário, ocasionando um atraso no diagnóstico.

Vários escores para analisar a probabilidade de ocorrer a AA baseado nos sinais apresentados, sintomas e avaliação laboratorial foram desenvolvidos e utilizados na clínica por muitos anos. Um escore específico, o Escore de Alvarado, foi desenvolvido baseado no padrão de apresentação, variáveis clínicas e laboratoriais de uma população jovem (pacientes entre 23.4-25.9 anos) e foi validado nesta população. Entretanto, a utilidade, confiabilidade e acurácia desse escore na predição da AA em pacientes com 65 anos ou mais é incerta (SCHATSKO, Anastasiya *et al.*, 2017). Existem inúmeras classificações de risco cujo objetivo é identificar pacientes de baixo, médio e alto risco para AA, permitindo que as investigações posteriores sejam estratificadas de acordo com o mesmo. Dentre tais testes, o escore de Alvarado foi elaborado com a intenção de diminuir o número de exames de imagem solicitados. Alvarado descreveu um sistema de pontuação com base em oito fatores clínicos preditivos para melhorar a avaliação no diagnóstico de AA, que produz uma pontuação total máxima de dez pontos e inclui sintomas e sinais clínicos, e achados laboratoriais. O escore de Alvarado, que inclui migração da dor, anorexia, náuseas e/ou vômitos, dor à descompressão em fossa ilíaca direita (FID), aumento da temperatura e desvio à esquerda ao leucograma, somando um ponto a cada critério preenchido, leucocitose e defesa em quadrante abdominal inferior direito somando dois pontos cada. O escore de Alvarado se mostrou um bom método para triagem diagnóstica na AA, já que pontuações maiores ou iguais a seis estão associadas a uma probabilidade maior de confirmação diagnóstica e de quadros mais avançados da doença aguda (NASCIMENTO, Ricardo Reis *et al.*, 2018).

A avaliação clínica, a ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC) são normalmente usadas nessa ordem para o diagnóstico. Em um estudo feito por Segev *et al.*, 2015, notou-se que os pacientes mais jovens foram mais propensos a se submeter a ultrassonografias pré-operatórias enquanto os mais velhos foram significativamente mais propensos a se submeter à tomografia computadorizada pré-operatória. Além disso, os exames laboratoriais revelaram neutrofilia em

91% dos idosos, enquanto nos jovens essa taxa foi de 81,2%. Não foram encontradas diferenças significativas na contagem de células brancas entre os grupos etários.

A apendicectomia laparoscópica é um método de tratamento estabelecido para AA não complicada. Este método tem a vantagem de usar pequenas incisões para obter boa visualização e acesso à cavidade abdominal. Em comparação com a apendicectomia aberta, a laparoscópica está associada a uma diminuição da probabilidade de infecção da ferida operatória, necessidade diminuída de analgésicos no pós-operatório, retorno mais rápido ao estado funcional pré-operatório e melhores resultados estéticos. Embora esses resultados sejam medidas adequadas para pacientes mais jovens, sua relevância como medidas de qualidade do cuidado e segurança do paciente idoso permanece indefinido (WARD et al., 2019).

As principais complicações pós-cirúrgicas encontradas em idosos no estudo de Ward et al. (2019) foram divididas pelo tipo de cirurgia realizada. Na apendicectomia aberta houve maiores índices de complicações em relação à apendicectomia laparoscópica e, para essa conclusão, esse estudo avaliou as seguintes complicações: úlcera de pressão, pneumotórax iatrogênico, hemorragias, hematomas, desarranjos metabólicos, embolismo pulmonar, parada respiratória, sepse, deiscência da ferida e laceração.

## **METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo retrospectivo, qualitativo e quantitativo, com base em coorte extraída de prontuários eletrônicos de pacientes idosos (idade igual ou acima de 65 anos) com CID (Código Internacional de Doenças) K.35, caracterizando quadro de AA, internados e operados na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF).

A pesquisa será realizada na UCG do HRAN, hospital público de 400 leitos, com Pronto Socorro de Cirurgia Geral, credenciado na especialidade pelo Ministério da Saúde (MS), sendo um dos principais na rede pública de saúde do Distrito Federal. A Unidade de Cirurgia Geral possui duas salas de atendimento de pronto socorro, duas enfermarias de observação com 5 leitos cada, centro cirúrgico, ala de recuperação anestésica, salas de ambulatório e ambulatório de pequena cirurgia e unidade de internação no 4º andar do hospital, com 48 leitos.

Para compor a amostra serão considerados como critérios de inclusão pacientes idosos, com 65 anos e mais, dentro do CID K.35, admitidos na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN e que foram submetidos a apendicectomia, permanecendo internados por período igual ou superior a 24 horas, e critério de exclusão pacientes desta mesma faixa etária, dentro do CID K.35 que foram submetidos a tratamento clínico, ambos dentro do período estabelecido para a pesquisa. Para cada paciente idoso operado por AA será escolhido aleatoriamente três pacientes situados na faixa etária de 18 a 30 anos, operados de AA no HRAN no mesmo período já descrito, para compor o grupo controle. Serão excluídos os pacientes submetidos a laparotomia exploratória por AA cujo diagnóstico operatório não foi confirmado.

As variáveis eleitas para investigação são idade, sexo, ocupação, quadro clínico, tempo de início dos sintomas até o atendimento, tempo de diagnóstico, exames laboratoriais e de imagem utilizados para o diagnóstico, via de acesso, achado operatório, técnica cirúrgica utilizada, achados anatomopatológicos, presença de complicações, tempo de internação, desfecho clínico da internação.

Para o diagnóstico etiológico da AA serão analisados critérios clínicos, laboratoriais e exames de imagem quando utilizados. A pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo critérios preestabelecidos no manual de Iniciação Científica. Este projeto

dispensa o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), visto que se trata de estudo transversal que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistema de informação institucional e/ou demais fontes de dados, como dados clínicos disponíveis no HRAN, sem previsão de utilização de material biológico. Todos os dados serão manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados serão apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais nem a identificação dos sujeitos da pesquisa. O trabalho não é um estudo intervencionista (sem intervenções clínicas), não haverá alterações/influências na rotina e tratamento dos sujeitos da pesquisa e consequentemente, não terá adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos. O investigador principal e demais colaboradores do estudo se comprometem, individual e coletivamente, que serão utilizados dados provenientes do mesmo apenas para os fins descritos e cumprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS número 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

As fichas de coleta de dados de todas as variáveis da pesquisa encontram-se nos apêndices para apreciação (APÊNDICE A). Os dados do estudo serão tabulados no programa Excel. Os resultados serão apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Inicialmente, foram selecionados 57 pacientes com mais de 65 anos admitidos na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN para composição do grupo amostral, os quais cumpriam os critérios de participação. A partir disso, foi constituído, de forma aleatória, o grupo controle, sendo selecionados 171 pacientes entre 18 e 30 anos que se enquadraram nos critérios de participação. Foram analisados 228 pacientes, 57 do grupo amostral e 171 do grupo controle. A faixa etária média dos participantes da amostra foi de  $80 \pm 15$  anos, sendo a moda 66 anos, enquanto a faixa média do controle foi de  $24 \pm 6$  anos, sendo a moda de 19 anos.

Gráfico 1: Sexo do público analisado

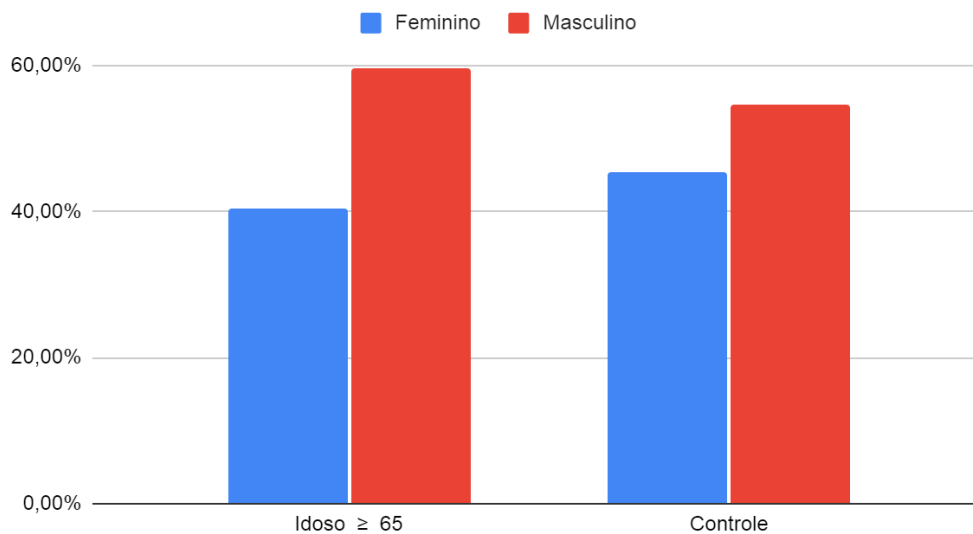


Tabela 1: Relação entre a prevalência entre os sexos:

	Feminino	Masculino
Idoso ≥ 65	40,40%	59,60%
Controle	45,30%	54,70%

A população examinada, conforme demonstra o gráfico 1, foi predominante do sexo masculino, 55,8% (N=128) dos pacientes, em comparação com 44,1% (N=101) do sexo feminino. Sendo assim, a incidência relacionada ao sexo está em conformidade com outros estudos. De acordo com Addiss et al. a estimativa de risco de desenvolver apendicite durante a vida é de 8,6% para um homem nos Estados Unidos, quando em comparação às mulheres, em que a chance é de 6,7%



(Sulu B et al., 2016) . No grupo controle a incidência de apendicite foi maior no sexo masculino, com 54,70% (N=94), em comparação com o sexo feminino, com 45,30% (N=78) dos pacientes. No grupo amostral, a incidência de apendicite também foi maior no sexo masculino, com 59,60% (N=34), em comparação com o sexo feminino, com 40,40% (N=23).

A profissão dos pacientes participantes não foi relatada com frequência, tornando impossível fazer uma associação como fator desencadeante da doença.

Tabela 2: Percentual do quadro clínico entre o controle e o grupo amostral

	Idoso $\geq$ 65	%	Controle	%
Dor abdominal difusa	17	29,80%	44	25,60%
Dor abdominal em FID	37	65%	111	64,50%
Dor abdominal em FIE	0	0%	3	1,70%
Dor em FSD	1	1,80%	2	1,20%
Distensão abdominal	3	5,30%	2	1,20%
Dor em epigástrico	6	10,50%	36	20,90%
Dor em mesogástrico	2	3,50%	18	10,50%
Dor em hipogástrico	5	8,80%	30	17,40%
Dor lombar	0	0%	1	0,60%
Febre	15	26,30%	58	33,70%
Calafrios	2	3,50%	1	0,60%
Hiporexia	12	21,10%	74	43%
Nauseas e/ou vômitos	22	38,60%	111	64,50%
Parada de eliminação de flatos e/ou fezes.	7	12,30%	4	2,30%
Diarréia	5	8,80%	12	7%
Sinais de irritação peritoneal	5	8,80%	8	4,70%
Sinal de Blumberg presente	18	31,60%	70	40,70%
Sinal de Rovsing presente	3	5,30%	25	14,50%
Sinal de Giordano presente	1	1,80%	1	0,60%
Sinal de Psoas presente	1	1,80%	6	3,50%
Sinal de Dunphy presente	0	0%	1	0,60%
Sinal do obturador presente	0	0%	3	1,70%
Plastrão apendicular palpável	1	1,80%	3	1,70%
Sintomas geniturinários	4	7%	6	13,50%
Não consta	8	14%	13	7,60%

Conforme demonstrado na tabela 2, em relação ao quadro clínico apresentado pelos pacientes, observou-se que a dor abdominal em fossa ilíaca direita foi a mais prevalente em ambos os grupos, sendo 65% (N=37) no grupo amostral e 64,50% (N=111) no controle. A queixa de náusea/vômitos teve a mesma incidência apenas no controle, sendo de 64,50 % (N= 111).

No grupo controle, as outras apresentações mais prevalentes foram: Sinal de Blumberg presente 40,70% (N= 70), febre 33,70% (N= 58), hiporexia 43% (N=74) e dor abdominal difusa 25,60% (N=44).

Em contrapartida, no grupo amostral, as outras apresentações mais prevalente foram: náuseas/vômitos 38,60% (N=22), sinal de Blumberg presente 31,60% (N= 18), febre 26,30% (N=15), dor abdominal difusa 29,80% (N=17) e febre 26,30% (15).

Quando em comparação com o grupo controle os idosos foram menos sintomáticos.

Tabela 3: Início dos sintomas/atendimento

	Idoso ≥ 65	Controle
≤ 1 dia	26,30%	44,80%
≤ 2 dias	10,50%	15,70%
≤ 3 dias	17,50%	6,40%
≤ 4 dias	8,80%	7%
≤ 5 dias	5,30%	3,50%
≤ 6 dias	3,50%	4,10%
≤ 7 dias	1,80%	4,10%
≤ 14 dias	7%	4,10%
> 14 dias	1,80%	1%
Não consta	7%	10%

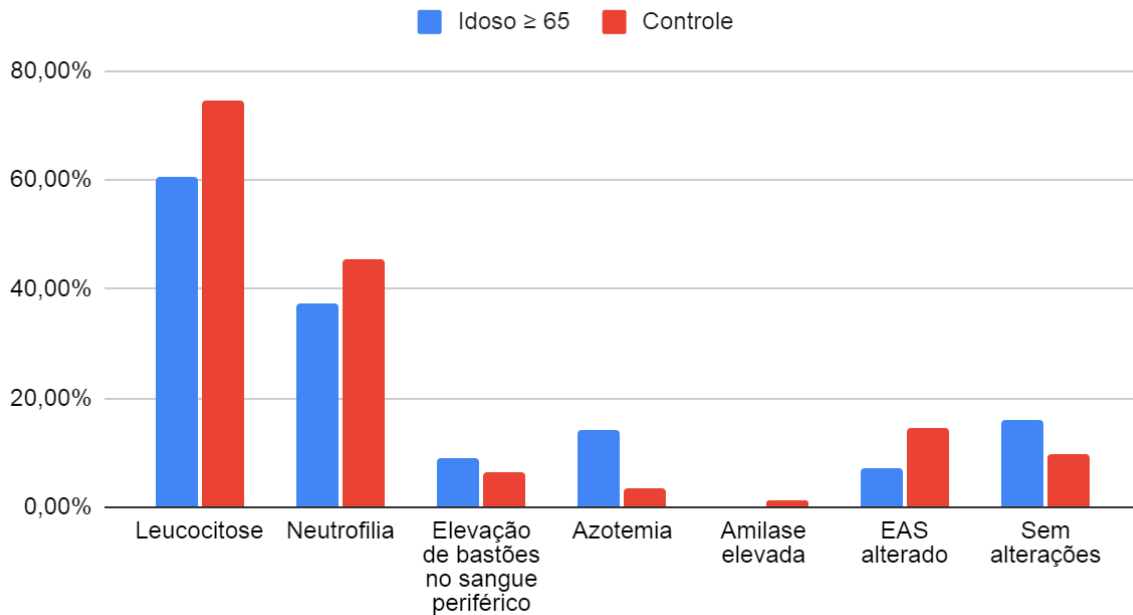
Conforme demonstrado na tabela 3, em relação ao tempo de início dos sintomas/atendimento, ambos os grupos prevaleceram com tempo menor ou igual a 1 dia, sendo o grupo amostral 26,30% (N=15) e o grupo controle 44,80% (N=77). Percebe-se que o tempo de início dos sintomas e procura por atendimento é mais precoce no grupo controle.

Tabela 4: Tempo de internação até o diagnóstico entre as faixas etárias

	Idoso $\geq 65$	Controle
$\leq 1$ dia	61,40%	75,10%
$\leq 2$ dias	19,30%	13%
$\leq 3$ dias	7%	1,80%
$\leq 4$ dias	0%	1,20%
$\leq 5$ dias	1,80%	0%
$\geq 7$ dias	0%	1,77%
Não consta	10,52%	7,10%

De acordo com a tabela 4, a maior parte do grupo controle teve o diagnóstico fechado em tempo menor ou igual a 1 dia após internação hospitalar - 75,10% (N=128)- quando em comparação ao grupo amostral no mesmo período - 61,40% (N=35).

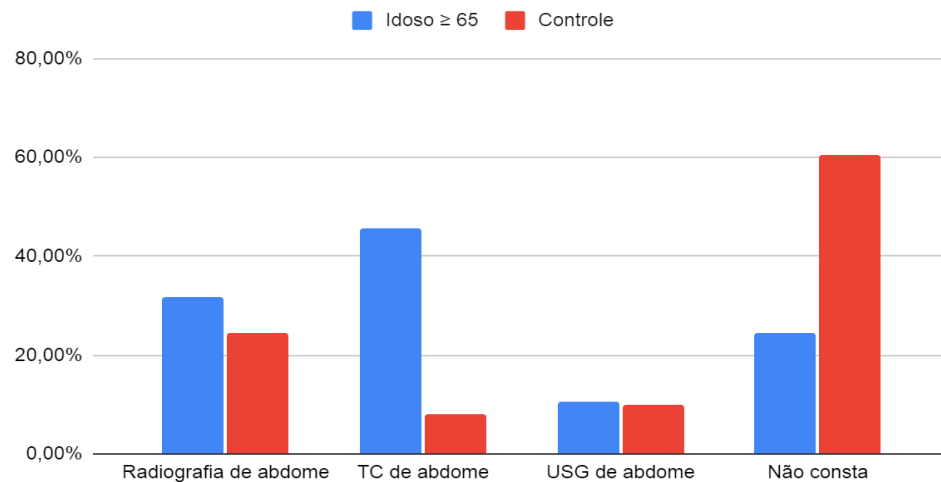
Gráfico 2: Achados laboratoriais



Conforme o gráfico 2, os achados laboratoriais mais frequentes são a leucocitose e neutrofilia, ambos tendo maior prevalência no controle, sendo a leucocitose 60,70% (N=34) no grupo amostral quando em comparação com 74,40% (N=128) no grupo controle, e a neutrofilia 37,50% (N=21) no grupo amostral em comparação com 45,30% (N=78) no grupo controle. Os

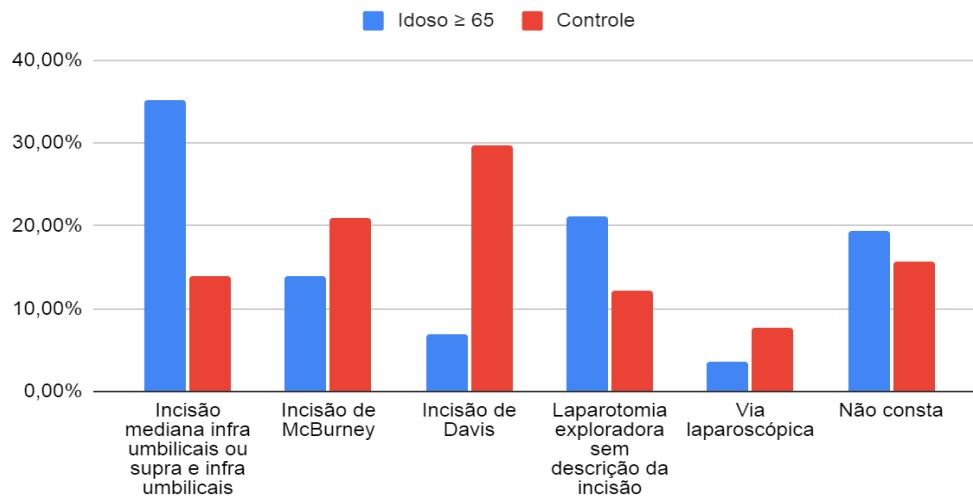
idosos apresentam menos achados laboratoriais quando em comparação a adultos, isto mostra a importância do diagnóstico diferencial de AA nesta faixa etária, pois a doença se apresenta de maneira mais sutil e com maior índice de complicações.

Gráfico 3: Exames complementares utilizados

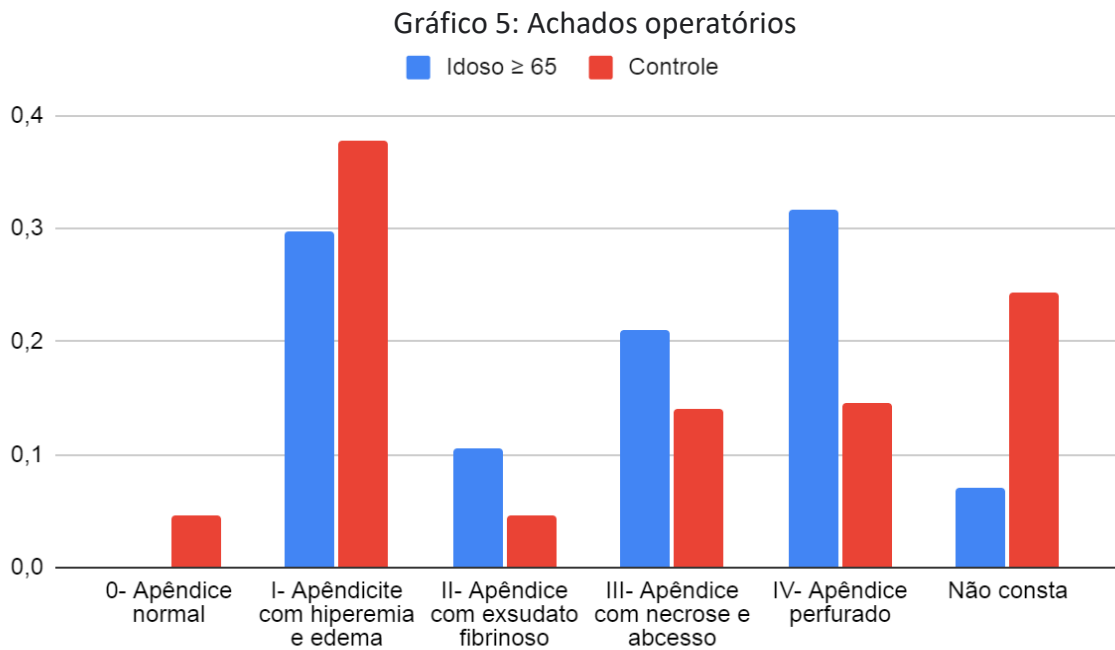


De acordo com o gráfico 3, o exame complementar mais utilizado no grupo amostral foi a TC de abdome, sendo 45,60% (N=26) em comparação com apenas 8,13% (N=14) no grupo controle. Quando analisamos o grupo controle, o exame de imagem mais utilizado foi a radiografia de abdome 24,41% (N=42).

Gráfico 4: Via de acesso cirúrgico



Conforme o gráfico 4, a via de acesso preferencial no grupo amostral foi a incisão mediana infra umbilical ou supra e infra umbilicais, correspondendo a 35,10% (N=20). As cirurgias nos idosos são preferencialmente laparotomias com incisões medianas em decorrência do maior número de complicações e também da dificuldade diagnóstica frente ao abdome agudo. Já no grupo controle, a via de acesso cirúrgico preferencial foi a cirurgia aberta por incisão de Davis 30% (N=24).



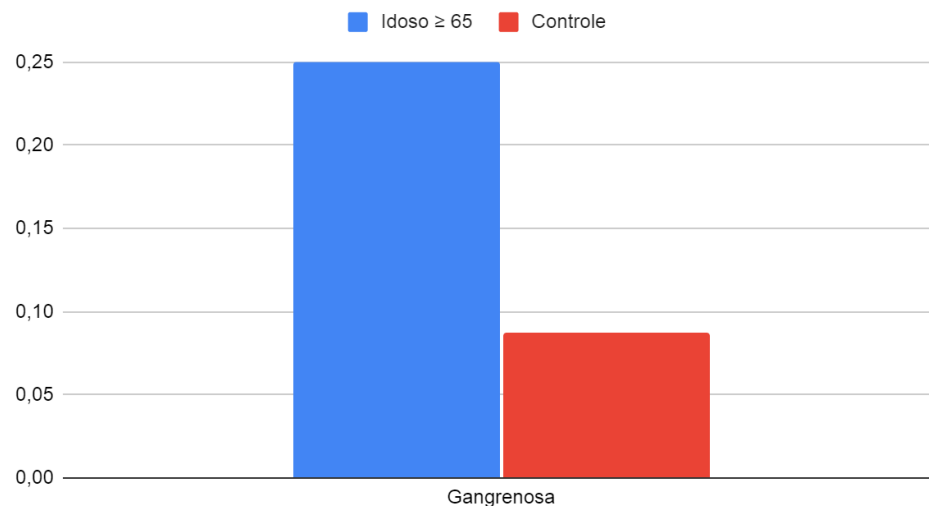
De acordo com o gráfico 5, o achado operatório mais prevalente no grupo amostral é a perfuração de apêndice, correspondendo a 31,60% (N=18). Se comparado com o grupo controle, o achado operatório mais comum é o apêndice com hiperemia e edema, correspondendo a 37,80% (N=65). É possível concluir que os idosos são operados em situações de doença mais avançada quando em comparação com o grupo controle.

Tabela 5: Técnica cirúrgica

	Idoso $\geq 65$	%	Controle	%
Bolsa de tabaco	5	8,80%	35	20,50%
Ligadura apendicular por transfixação	22	38,60%	51	29,80%
Sutura Parker-Kerr	0	0%	2	1,20%
Videolaparoscopia	2	3,50%	8	4,70%
Não consta	28	49,12%	75	43,90%

Conforme a tabela 5, a técnica cirúrgica mais prevalente em ambos os grupos é a ligadura apendicular por transfixação.

Gráfico 6: Achado de apendicite gangrenosa entre grupos etários.

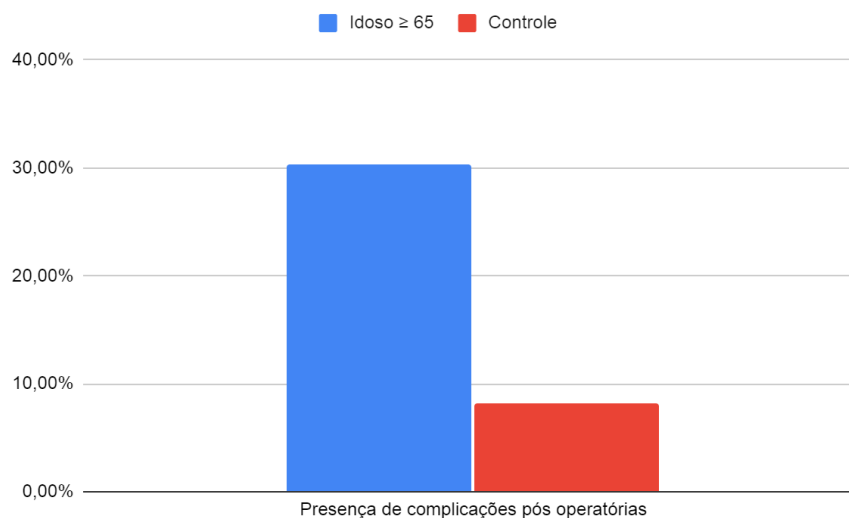


Em relação ao anatomopatológico, os dados encontrados nos prontuários não descreviam os achados micro e macro relacionados à peça cirúrgica enviada para estudo, não sendo possível fazer a correlação classificatória precisa. No entanto, de acordo com o gráfico 6, nota-se que o grupo amostral apresentou maior proporção de apendicite gangrenosa, correspondendo a 25% (N=14), índice bem próximo ao encontrado em um estudo feito por Calis (2018), que analisou 378 pacientes com mais de 65 anos de idade, foi constatado que 26% (N= 29) dos pacientes apresentaram apendicite gangrenosa. Já no grupo controle, o percentual de pacientes com apendicite gangrenosa foi de 8,7% (N= 15).

Uma vez que pacientes idosos, muitas vezes, são diagnosticados e tratados em estágios avançados da doença, isso leva a maior morbidade e complicações. Foi possível observar em nosso estudo que 48,2% (N=27) do grupo amostral apresentou complicações, enquanto o grupo controle apresentou uma porcentagem menor, 40,1% (N=69). Além disso, como dito por Omari, Khammash *et al.* (2014), em comparação com a faixa etária mais jovem, os pacientes idosos têm mais doenças subjacentes e fisiologia corporal lenta reações lógicas, resultando em uma maior taxa de morbidade e mortalidade.

Embora Pooler *et al* (2012) tenha estimado a taxa de mortalidade global de cerca de 15%, no presente estudo houve apenas 1 falecimento, sendo este do paciente de idade mais avançada do grupo amostral, devido a complicações de sua doença de base.

Gráfico 7: Presença de complicações pós-operatórias



O percentual de pacientes do grupo amostral e do controle que apresentaram complicações pós-operatórias foi de 30,2% e 8,2%, respectivamente. Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Segev *et al* em 2015, no qual foi relatado um percentual maior significativo em um grupo de idosos de 34,4-39,3%, em relação aos jovens 13,1-13,5%.

Tabela 6: Complicações pré e pós-operatórias

	Idoso $\geq 65$	%	Controle	%
Peritonite pré-operatória	13	23,20%	58	33,70%
Abscesso pós-operatório	2	3,60%	4	2,30%
Seroma pós-operatório	2	3,60%	2	1,20%
Infecção de ferida operatória	6	10,70%	4	2,30%
Pneumonia	1	1,80%	1	0,60%
Íleo paralítico	2	3,60%	2	1,20%
Deiscência total	4	7%	1	0,60%
Sem complicações	29	51,80%	103	59,90%

O grupo amostral apresentou uma maior incidência de complicações, conforme detalhado na tabela 6. Nesse grupo, entre as complicações, a peritonite pré operatória foi a mais frequente acometendo 23,20% (N=13) dos pacientes, seguida pela infecção da ferida operatória (10,7%, deiscência total da ferida (7%), abscesso e seroma pós operatório (3,6%), íleo paralítico (3,6%) e pneumonia (1,8%).

Já no grupo de jovens, a peritonite pré-operatória também foi a complicação mais frequente acometendo 33,7% (N=58) dos pacientes, seguida por infecção da ferida operatória e abscesso pós operatório (2,3%), seroma pós operatório e íleo paralítico (1,2%) e deiscência total da ferida e pneumonia (0,6%).

Quanto ao tempo de internação, em comparação com as faixas etárias mais jovens, a duração do a permanência no hospital é geralmente mais longa em pacientes idosos. Isso se deve à maior taxa de complicações, necessidade prolongada de antibióticos, tratamento de outras comorbidades e dificuldades de comunicação. O período de internação mais frequente em ambos grupos analisados foi de 2 dias, 22,8% dos idosos e 35,5% dos jovens.

No grupo controle 73,5% apresentou alta médica em até 3 dias, número significativamente maior que os 49,1% do grupo amostral no mesmo período. A proporção de pacientes que receberam alta em um período de até 7 dias no grupo amostral e no controle foi de 77,3% e 89,6%, respectivamente. Ainda, corroborando com a tese de maior tempo de



internação entre os idosos, 19,4% desse grupo necessitou de mais de uma semana de internação, enquanto apenas 8,16% dos jovens precisaram de manter-se hospitalizados no mesmo período.

### **Considerações Finais:**

Atualmente, mais pacientes idosos com apendicite aguda são encontrados devido ao aumento na expectativa de vida. Em nosso estudo foi encontrada maior incidência de apendicite aguda ainda em indivíduos do sexo masculino em ambos grupos analisados. Uma parcela importante dos idosos apresentaram quadro clínico atípico e tiveram um tempo de evolução de sintomas maior que o grupo controle.

Os principais achados laboratoriais em ambos os grupos foram a neutrofilia e a leucocitose. A TC de abdome foi o principal exame complementar utilizado nos pacientes com idade maior ou igual a 65 anos. A principal técnica cirúrgica utilizada foi a laparotomia, o que pode estar relacionado com a segurança na utilização dessa abordagem em qualquer faixa etária ou qualquer fase de evolução da apendicite, como também com a menor disponibilidade de equipamentos para realização da abordagem videolaparoscópica na rede pública de saúde. Já a incisão mediana (infra umbilical ou supra e infra umbilicais) foi a mais prevalente no grupo amostral.

O achado operatório de apêndice perfurado foi o mais comum no grupo amostral enquanto o apêndice com hiperemia e edema foi o mais prevalente no grupo controle. Ainda, houve altas taxas de achados anatomopatológicos de apendicite gangrenosa e complicações pós operatórias em pacientes idosos. No entanto, a mortalidade foi mínima, reforçando a resolutividade da terapêutica cirúrgica utilizada na apendicite aguda.

É importante ressaltar que uma das grandes limitações deste estudo ocorreu devido à impossibilidade de obter dados não digitalizados após a mudança de sistema operacional na rede pública de saúde do Distrito Federal, reduzindo drasticamente nosso grupo amostral. Além disso, houve um grande número de informações incompletas e insuficientes em muitos prontuários analisados.

### Referências:

BHULLAR, Jasneet Singh *et al.* **Acute Appendicitis in the Elderly: Diagnosis and Management Still a Challenge.** American Surgeon, Southeastern Surgical Congress, p. E295-E297, 9 dez. 2013. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/sesc/tas/2014/00000080/00000011/art00007>. Acesso em: 27 abr. 2019

BRASIL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça o Brasil - População: Pirâmide Etária Brasil, 2017.** Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CALIS, Hasan. **Morbidity and Mortality in Appendicitis in the Elderly.** Journal of the College of Physicians and Surgeons , Paquistão, p. Vol. 28 (11): 875-878, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30369383>. Acesso em: 1 maio 2019.

LIMA, Amanda *et al.* **Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Brasil, p. 1-6, 30 abr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt\\_0100-6991-rcbc-43-04-00248.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00248.pdf). Acesso em: 30 abr. 2019.

NASCIMENTO, Ricardo Reis do *et al.* **Associação entre o escore de Alvarado, achados cirúrgicos e aspecto histopatológico da apendicite aguda.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Tubarão, SC, p. 1-10, 28 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n5/0100-6991-rcbc-45-05-e1901.pdf>. Acesso em: 2 maio 2019.

NOURI, Saeed ; KHEIRKHAH, Davood; SOLEIMANI, Zahra Soleimani. **The risk factors for infected and perforated appendicitis.** Journal of Research in Medical and Dental Sciences, [S. l.], p. 23-26, 17 fev. 2017. Disponível em:

[https://pdfs.semanticscholar.org/df49/527672b18a8c252311c8e3992bdf2dae4022.pdf?\\_ga=2.194473261.1624892258.1556750247-1262760437.1556750247](https://pdfs.semanticscholar.org/df49/527672b18a8c252311c8e3992bdf2dae4022.pdf?_ga=2.194473261.1624892258.1556750247-1262760437.1556750247). Acesso em: 1 maio 2019

OMARI, Abdelkarim H *et al.* **Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation.** World Journal of Emergency Surgery, Irbid, Jordan, p. 1-14, 15 jan. 2014. Disponível em: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-9-6>. Acesso em: 27 abr. 2019.

POOLER, B. D.; LAWRENCE, E. M.; PICKHARDT, P. J. MDCT for **suspected appendicitis in the elderly: diagnostic performance and patient outcome.** Emerg Radiol, v. 19, n. 1, p. 27-33, 2012.

SALAHUDDIN, Omer *et al.* **Acute appendicitis in the elderly; Pakistan Ordnance Factories Hospital, Wah Cantt. experience.** Journal of the Pakistan Medical Association, Pakistan, p. 946-949, 9 set. 2012. Disponível em: [https://jpma.org.pk/article-details/3679?article\\_id=3679](https://jpma.org.pk/article-details/3679?article_id=3679). Acesso em: 27 abr. 2019.

SCHATSKO, Anastasiya *et al.* **The Utility of the Alvarado Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis in the Elderly.** The American Surgeon, Nashville, p. 793-797, 27 fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738954>. Acesso em: 1 maio 2019.

SEGEV, Lior *et al.* **Acute Appendicitis in the Elderly in the Twenty-First Century.** Journal of Gastrointest Surgery, Tel Aviv, Israel, p. 730-735, 14 fev. 2015.

Sulu B, Günerhan Y, Palanci Y, İşler B, Çağlayan K. **Epidemiological and demographic features of appendicitis and influences of several environmental factors.** Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010 Jan;16(1):38-42. PMID: 20209394.

SPANGLER, Ryan *et al.* **Abdominal emergencies in the geriatric patient.** International Journal of Emergency Medicine, USA, p. 1-8, 2014. Disponível em:

<https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-014-0043-2>. Acesso em: 28 abr. 2019.

WARD, Nicholas T. *et al.* **Acute appendicitis in the elderly in the twenty-first century.** *Journal of Gastrointestinal Surgery*, EUA, p. Volume 18 1-8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25681217>. Acesso em: 1 maio 2019.

ZBIERSKA, Katarzyna *et al.* **Differences in the clinical course of acute appendicitis in the elderly in comparison to younger population.** *PRZEGLĄD CHIRURGICZNY, Łazarza*, p. 1-5, 25 abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428835>. Acesso em: 2 maio 2019.

**Apêndice:****Apêndice A: Ficha de Coleta dos Dados**

1. Registro SUS: \_\_\_\_\_ Ficha número: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_ anos.
3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino.
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Quadro Clínico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Tempo de início dos sintomas até o atendimento: \_\_\_\_\_
7. Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_
8. Exames laboratoriais e de imagem utilizados para o diagnóstico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Via de acesso:  
\_\_\_\_\_
10. Achado operatório:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Técnica cirúrgica utilizada:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Achados Anatomopatológicos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Presença de complicações:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Tempo de internação: \_\_\_\_\_

15. Desfecho clínico da internação:

---

---

**Anexo:****Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP – Plataforma Brasil**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Apendicite Aguda em pacientes de faixa etária avançada: peculiaridades quanto a complicações, apresentações atípicas e tempo de diagnóstico.

**Pesquisador:** ALBERTO VILAR TRINDADE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03629518.8.0000.0023

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.421.349

**Apresentação do Projeto:**

Em carta de apresentação da Emenda ao CEP das instituições coparticipantes, o pesquisador responsável informa:

"Venho por meio deste solicitar autorização para extensão do período de revisão e análise dos prontuários de pacientes operados de apendicite aguda no Hospital Regional da Asa Norte – HRAN da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, de junho de 2012 até junho de 2018, para janeiro de 2009 até dezembro de 2018. Ademais, solicito autorização para proceder a citada revisão e análise de prontuários dos pacientes operados de apendicite aguda no período de janeiro de 2009 até dezembro de 2018 nos seguintes hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal – SES/DF: Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional de Taguatinga (HRT)



e Hospital Regional da Ceilândia (HRC).

Justificar alteração (ões) mencionada(s):

A extensão do período do estudo bem como do número de hospitais da SES/DF justifica-se no fato de que o foco do mesmo refere-se à análise do prontuário de pacientes com 60 anos e mais, operados de apendicite aguda no HRAN, cuja análise inicial mostrou um número de casos menor que 100 sujeitos, considerada pelo pesquisador como uma casuística insuficiente para o propósito da pesquisa, haja visto que o mesmo pretende fazer uma análise robusta desta doença em idosos, inclusive com o intuito de publicar os seus resultados em periódicos internacionais, cujos artigos sobre o tema apresentam casuísticas com número de sujeitos geralmente acima de 200<sup>0</sup>.

<b>Endereço:</b> SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar	
<b>Bairro:</b> Setor Universitário	<b>CEP:</b> 70.790-075
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3966-1511	<b>E-mail:</b> cep.uniceub@uniceub.br

Página 01 de 07

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.421.349

Informações apresentadas na primeira versão do projeto:

- Objeto do estudo: Amostra de 660 pessoas.
- Tipo de estudo: Estudo de coorte retrospectivo, qualitativo e quantitativo.
- Descrição dos participantes: Participarão do estudo 660 pessoas submetidas a apendicectomia por apendicite aguda (CID K35).
- Instituição onde será realizado o estudo:  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB.

- Procedimentos com os participantes:

A coleta das informações se dará pela pesquisa retrospectiva em prontuários eletrônicos dos participantes.

- Instrumento de coleta de dados ou informações:

Pesquisa retrospectiva em prontuários eletrônicos de pacientes com CID (Código Internacional de Doenças) K35, caracterizando quadro de Apendicite Aguda, internados e operados nos seguintes hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES – DF): Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e Hospital Regional da Ceilândia (HRC).

- Critérios de inclusão e exclusão ou critério de seleção de participantes:

Critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou acima de 60 anos, dentro do CID K.35, admitidos na Unidade de Cirurgia Geral dos hospitais relacionados e que foram submetidos a apendicectomia, permanecendo internados por período igual ou superior a 24 horas. Para cada paciente idoso operado por

AA serão escolhidos aleatoriamente dois pacientes situados na faixa etária de 18 a 30 anos, operados de AA no mesmo período já descrito, para compor o grupo controle.

**Critério de Exclusão:** Serão excluídos os pacientes submetidos a laparotomia exploratória por AA cujo diagnóstico operatório não foi confirmado.

- Destino do material obtido/informações após a pesquisa:

Todos os dados serão manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados serão apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais nem a identificação dos pacientes da pesquisa. O investigador principal e demais colaboradores do estudo se comprometem, individual e coletivamente, que serão utilizados dados provenientes do mesmo apenas para os fins descritos e cumprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS número 466/12, e suas

<b>Endereço:</b> SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar	
<b>Bairro:</b> Setor Universitário	<b>CEP:</b> 70.790-075
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3966-1511	<b>E-mail:</b> cep.uniceub@uniceub.br

Página 02 de 07

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.421.349

complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Os resultados serão apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Objetivo primário:

Investigar e comparar o quadro clínico, propedêutica e o tempo de diagnóstico em pacientes idosos com apendicite aguda internados nas unidades de cirurgias geral (UCG) dos hospitais relacionados na metodologia.

- Objetivo secundário:

1. Descrever quadro sintomatológico dos pacientes idosos com apendicite aguda que se apresentaram na UCG dos hospitais relacionados na metodologia.
2. Comparar quadro sintomatológico de pacientes idosos com pacientes do grupo controle portadores de apendicite aguda.
3. Analisar a escolha dos métodos utilizados no diagnóstico de apendicite aguda em pacientes idosos dessa casuística.
4. Comparar a escolha dos métodos utilizados no diagnóstico de apendicite aguda em pacientes idosos e do grupo controle.

5. Comparar o tempo necessário para diagnóstico de apendicite aguda em pacientes idoso e do grupo controle.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos:

A pesquisa possui riscos mínimos, em virtude de utilizar como fonte de dados, uma consulta em prontuários eletrônicos encontrados no TrakCare (sistema de atendimento eletrônico disponibilizado para o atendimento realizados na rede pública do SUS, Sistema Único de Saúde). Mediante este fato, os pesquisadores envolvidos comprometem-se a respeitar o sigilos das informações ofertadas e utilizá-las exclusivamente em prol da realização do projeto.

- Benefícios:

A falta de confiabilidade no que a história e o exame físico transmitem ao médico avaliador do paciente em questão faz com que este cenário seja desafiador ao cirurgião responsável e gera uma tendência a necessidade de exames de imagem mais complexos como a Tomografia Computadorizada. Existem riscos potenciais sérios envolvidos na "perda" do diagnóstico da apendicite aguda em pacientes idosos, que tendem a evidenciar curso mais arrastado da patologia;

<b>Endereço:</b> SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar
<b>Bairro:</b> Setor Universitário <b>CEP:</b> 70.790-075
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3966-1511 <b>E-mail:</b> cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 3.421.349

consequentemente tal demora na apresentação acarreta um curso clínico com um maior número de complicações e eventual óbito. (2; 3) A dificuldade diagnóstica, ainda acarreta a submissão de pacientes de alto risco a procedimentos com diagnósticos falsos positivos (dita "laparotomia/laparoscopia branca") de apendicite, que caminha com um ato cirúrgico evitável, pode ter implicações negativas tão sérias quanto um não diagnóstico de uma apendicite aguda nessa faixa etária específica de pacientes, muito em virtude do risco cirúrgico envolvido, com altas taxas de complicações intra e pós-operatórias, além de possível maior tempo de internação que um paciente jovem. (2) Diante do exposto, com a crescente incidência de apendicite aguda em idosos, reveste de grande importância uma análise em particular deste grupo, pela maior morbimortalidade que pode ocorrer em relação ao jovem. Todos esses fatores intrínsecos ao surgimento da apendicite na população geriátrica; como apresentação atípica, atraso na procura de um auxílio médico e comorbidades concomitantes acarretam um atraso tanto diagnóstico, quanto terapêutico, findando em uma alta morbimortalidade. No Brasil, estudos relacionados a essas peculiaridades foram desenvolvidos em sua maioria quantitativa em décadas passadas, requerendo um estudo que atualize e compare os resultados alcançados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- O estudo busca atualizar informações científicas a respeito de uma patologia cirúrgica em faixa etária específica, já que as informações disponíveis têm algum tempo, fazendo-se necessária uma análise atualizada pelo aumento da população na faixa etária estudada e pelo aumento na incidência da patologia nesta faixa.

- O cronograma do Projeto apresenta datas compatíveis e viáveis.

- Os dados do estudo, obtidos através de pesquisa retrospectiva em prontuários, serão tabulados no programa Excel e analisados no Statistical Package of Social Science (SPSS) versão 20.0. Os resultados serão apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

- A pesquisa oferece riscos mínimos. As medidas protetivas sugeridas são satisfatórias para garantir a segurança dos participantes.

- A Pesquisa será custeada por financiamento próprio e sem patrocinadores. O orçamento da pesquisa é aceitável e está de acordo com o trabalho proposto.

- O pesquisador possui currículo Lattes ativo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados Folha de Rosto e Termo de Aceite Institucional de cada instituição envolvida.

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 70.790-075

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.421.349

Os termos apresentados estão corretos. O pesquisador solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A dispensa está bem justificada.

**Recomendações:**

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto ao às Resoluções nº 446/12 e nº 510/16 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/Conep, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco;

II - desenvolver o projeto conforme delineado;

III - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;

IV - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;

V - encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VI - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

VII - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança, interrupção ou a não publicação dos resultados.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A Emenda está correta e bem justificada.

O Projeto está adequado para recomeçar a coleta de dados.

Considerando que a pesquisa envolve análise de prontuário e as informações constantes de tal documento, este CEP ressalta o compromisso dos pesquisadores quanto às garantias de sigilo das informações, resguardando a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados.

<b>Endereço:</b> SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar	
<b>Bairro:</b> Setor Universitário	<b>CEP:</b> 70.790-075
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3966-1511	<b>E-mail:</b> cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.421.349

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda previamente avaliada com parecer n. 3.381.534/19, tendo sido homologado na 9ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 7 de junho de 2019.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_136462_2_E1.pdf	24/05/2019 17:14:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	24/05/2019 17:13:54	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	HRT.pdf	24/05/2019 17:12:48	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	HRS.pdf	24/05/2019 17:12:32	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	HRG.pdf	24/05/2019 17:12:23	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	HRC.pdf	24/05/2019 17:12:16	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	HRAN.pdf	24/05/2019 17:12:09	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	FichadeColetadeDados.docx	24/05/2019 17:11:12	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmendaFEPECS.doc	24/05/2019 17:11:04	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	Encaminhamento_Cep_Fepecs.pdf	26/11/2018 19:47:19	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Declaração de Instituição e	Concordancia_Coparticipante2.pdf	26/11/2018 19:46:41	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Coparticipante.pdf	26/11/2018 19:46:29	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Pesquisador.pdf	26/11/2018 19:46:14	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Outros	Anuencia_Institucional.pdf	26/11/2018 19:45:52	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2018 19:45:29	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Apendicite_Aguda_em_pacientes_de_faixa_etaria_avancada.docx	26/11/2018 19:45:11	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 70.790-075

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.421.349

Investigador	Apendicite_Aguda_em_pacientes_de_faixa_etaria_avancada.docx	26/11/2018 19:45:11	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito
Folha de Rosto	ScanFolhaDeRosto.pdf	26/11/2018 19:27:09	ALBERTO VILAR TRINDADE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 27 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marília de Queiroz Dias Jacome**  
**(Coordenador(a))**