

## Apendicite neonatal: um estudo de caso de sobrevida

*Neonatal appendicitis: a survival case study*

*Apendicitis neonatal: un estudio de caso de sobrevida*

Izabela Linha Secco<sup>1</sup>, Taine Costa<sup>1</sup>, Etiene Letícia Leone de Moraes<sup>1</sup>, Márcia Helena de Souza Freire<sup>1</sup>,  
Mitzzy Tannia Reichembach Danski<sup>1</sup>, Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Infantil Waldemar Monastier, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Campo Largo-PR, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Setor Ciências da Saúde, Departamento de Pediatria. Curitiba-PR, Brasil.

### Como citar este artigo:

Secco IL, Costa T, Moraes ELL, Freire MHS, Danski MTR, Cavalcante RPGV. Neonatal appendicitis: a survival case study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1296-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0610>

Submissão: 06-12-2016

Aprovação: 10-02-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Divulgar um caso de apendicite neonatal ocorrido em um hospital infantil do Sul do Brasil, evidenciando o impacto na sobrevida do neonato. **Método:** Estudo de caso com coleta de dados em prontuário, aprovado pela Instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** O quadro clínico é caracterizado inicialmente por intolerância alimentar, evoluindo para hipoatividade, alteração de sinais vitais e septicemia por perfuração intestinal. A conduta é exclusivamente cirúrgica, pois nenhum caso descrito na literatura foi diagnosticado no pré-operatório e os achados normalmente voltam-se para abdome agudo. **Conclusão:** Deve-se estabelecer uma vigilância clínica enfocada quando o recém-nascido apresenta quadro de irritação peritoneal. O acompanhamento da evolução e a piora dos sintomas pela enfermagem, como parte da equipe de cuidado e parceira da equipe médica, propicia intervenção cirúrgica precoce, evitando complicações como septicemia e óbito. **Descritores:** Apendicite; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem; Recém-Nascido; Sobrevida.

### ABSTRACT

**Objective:** To report a case of neonatal appendicitis in a children's hospital in southern Brazil, demonstrating the impact on neonatal survival. **Method:** Case study with data collection from medical records, approved by the Institution and Ethics Committee for Research with Human Beings. **Results:** The clinical picture is initially characterized by food intolerance, evolving to hypoactivity, alteration of vital signs and septicemia due to intestinal perforation. Management is exclusively surgical, since no case described in the literature was diagnosed preoperatively and the findings usually point to acute abdomen. **Conclusion:** A focused clinical surveillance should be established when the infant presents peritoneal irritation. Follow-up of the evolution and the worsening of the symptoms by nurses, as part of the care team in partnership with the medical team, enables an early surgical intervention, thereby avoiding complications such as septicemia and death.

**Descriptors:** Appendicitis; Neonatal Intensive Care Unit; Nursing; Neonate; Survival.

### RESUMEN

**Objetivo:** Divulgar un caso de apendicitis neonatal ocurrido en un hospital infantil del Sur de Brasil, evidenciando el impacto en la sobrevida del neonato. **Método:** Estudio de caso con coleta de datos en prontuario, aprobado por la Institución y por El Comité de Ética en Pesquisa con Seres Humanos. **Resultados:** El cuadro clínico es caracterizado inicialmente por intolerancia alimentar, evolucionando para hipoactividad, alteración de señales vitales y septicemia por perforación intestinal. La conducta es exclusivamente quirúrgica, pues ningún caso descrito en la literatura fue diagnosticado en el preoperatorio y los allazgos normalmente se vuelven hacia el abdomen agudo. **Conclusión:** Se debe establecer una vigilancia clínica enfocada cuando el recién nacido presenta cuadro de irritación peritoneal. El acompañamiento de la evolución y la empeora de los síntomas por la enfermería, como parte del equipo de cuidado y asociación del equipo médico, propicia intervención quirúrgica precoz, evitando complicaciones como septicemia y óbito.

**Descriptorios:** Apendicitis; Unidad de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermería; Recién Nacido; Sobrevida.

AUTOR CORRESPONDENTE

Izabela Linha Secco

E-mail: [izabelasecco\\_enf@hotmail.com](mailto:izabelasecco_enf@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Na literatura consultada, a apendicite neonatal (AN) é descrita como uma entidade extraordinariamente rara<sup>(1)</sup>. Apesar de comum na população pediátrica, a apendicite em recém-nascidos é dificilmente considerada como diagnóstico diferencial no abdome agudo, e é um agravo pouco frequente abaixo de dois anos de idade, acometendo apenas 2% das crianças dessa faixa etária<sup>(2)</sup>. Aponta-se que a AN corresponde somente a 0,04%-0,2% dos casos em menores de dois anos e foram descritos, nos últimos 30 anos, menos de 50 casos<sup>(3)</sup>.

É predominante no sexo masculino, na proporção de 3:1 e, em recém-nascidos prematuros, têm incidência de 52%, em comparação a 48% dos que nasceram a termo<sup>(1)</sup>. No entanto, sua letalidade é elevada, pois o curso clínico da doença pode ser rápido com óbito nas primeiras 24 horas do início dos sintomas. Assim, o diagnóstico precoce e a intervenção imediata podem reduzir a mortalidade secundária à perfuração e peritonite<sup>(4)</sup> e, conseqüentemente, colaborar para a redução da mortalidade neonatal precoce.

O principal fator que contribui para o atraso diagnóstico é o baixo índice de suspeita da AN em recém-nascidos, mesmo com clínica sutil já instalada, erroneamente tratada como enterocolite necrotizante (ECN)<sup>(2)</sup>. Segundo estudos, a raridade do processo inflamatório do apêndice vermiforme no período neonatal é atribuída a sua morfologia ainda embrionária, ou seja, em forma cônica com uma base larga, sendo menos propenso à obstrução. Desse modo, a investigação volta-se para ECN<sup>(4)</sup>. Mesmo quando suspeito, o diagnóstico ainda é tardio em todos os casos, confirmado apenas durante o transoperatório de laparotomia exploratória<sup>(5)</sup>.

Portanto, devido à alta taxa de letalidade, o atraso no manejo da AN expõe o neonato a uma evolução fatídica. Enfatiza-se que a presença de distensão abdominal, os sinais de comprometimento do estado geral, tais como hipotatividade, hipotermia e acrocianose, além de sinais cutâneos como eritema e edema de parede abdominal, de evolução rápida, poderão ser indicativos de procedimento cirúrgico imediato<sup>(4)</sup>.

Este relato de caso tem o objetivo de divulgar um caso de AN ocorrido em um hospital infantil da região Sul do Brasil, em que se evidencia o grande impacto na sobrevida do neonato, o qual está dependente de uma equipe multiprofissional qualificada para uma intervenção em tempo oportuno. O enfermeiro deve ter habilidade para reconhecer alterações dos sinais e sintomas indicativos dessa patologia, a fim de diminuir o tempo de diagnóstico e, dessa forma, aumentar as chances de vida do recém-nascido. Para isso, deve utilizar como ferramenta indispensável do seu trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), caracterizada como um método que possibilita ao enfermeiro exercer a arte do cuidar oportunizando atendimento individualizado ao paciente, planejando as suas devidas condutas, analisando o histórico com olhar integral, realizando exame físico, para assim diagnosticar e conduzir um cuidado integral e individualizado a cada ser humano<sup>(6)</sup>.

## MÉTODO

O estudo de caso é uma abordagem qualitativa com o intuito de reconhecer a urgência das ações da equipe multidisciplinar

sobre sinais e sintomas clínicos abdominais que recém-nascidos podem apresentar, muitas vezes reconhecidos e tratados a princípio como ECN ou abdome agudo, patologias mais comuns nessa faixa etária.

O cenário deste caso foi um hospital infantil da região metropolitana de Curitiba, apto para atender crianças entre 0 e 18 anos. Atualmente, as unidades de internação contam com 22 leitos de pediatria cirúrgica, 34 de pediatria clínica, quatro de psiquiatria e três unidades de isolamento. Também dispõe de duas Unidades de Terapia Intensiva – Neonatal com 20 leitos e Pediátrica com oito leitos, um Centro Cirúrgico com cinco salas ativas, Pronto Socorro e Ambulatório de Especialidades Médicas.

Foram resgatadas anotações referentes ao prontuário eletrônico do paciente e a literatura foi consultada por meio de artigos científicos relacionados ao tema, os quais foram pesquisados em bases de dados da SciELO, Pubmed, Periódicos Internacionais e Google Acadêmico, a partir do ano 2000.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador de Curitiba, respeitando os preceitos éticos da resolução 466 de 2012. Houve consentimento da Diretoria Clínica e do Núcleo de Ensino e Pesquisa do hospital que atendeu o recém-nascido.

## RESULTADOS

Mãe de 20 anos, secundigesta e secundípara, seis consultas de pré-natal, tipagem sanguínea A+, VDRL, HIV, HbsAg e anti-HCV negativos, imune à toxoplasmose. Nesta gestação, apresentou urocultura positiva para *Enterococcus* em 03/05/2013, foi tratada com cefalexina e apresentou urocultura negativa em 13/06/2013. No entanto, teve recidiva da infecção do trato urinário em 16/08/2013, dessa vez sendo hospitalizada e medicada com ampicilina endovenosa. Porém, durante o período de internação, evoluiu com trabalho de parto prematuro.

Nasceu no dia 03/09/2013 às 15h37, sexo masculino, iniciais M.H.O., pré-termo de 30 semanas (Parkim), parto vaginal com apresentação pélvica, pesando 1.510 g, Apgar 2/6/8. Suas condições de nascimento foram preocupantes devido à hipotonia e bradicardia, necessitando de ventilação por pressão positiva e oxigênio inalatório para corar. Evoluiu com gemência, submetido à ventilação não invasiva em CPAP e estabilizou. Foi solicitada uma vaga pela Central de Leitos do Paraná ao hospital infantil e o recém-nascido foi admitido em 03/09/2013 às 22h. Após avaliação clínica realizada pela equipe médica, foram apresentados os seguintes diagnósticos: prematuridade, porém, adequado para idade gestacional (AIG), asfixia perinatal, potencialmente infectado, icterícia e anemia. Após admissão, traçou-se um planejamento de cuidados multiprofissional, com avaliações e discussões diárias para adequações que se faziam necessárias.

Apesar de todas as intervenções pertinentes ao cuidado do recém-nascido prematuro terem sido realizadas, com 16 dias de vida apresentou insaturações e abdome distendido, quando o jejum e a infusão de plano básico foram iniciados. A radiografia evidenciou distensão de alças em meso/hipogástrico, sugestivo de ECN. O paciente também foi triado com exames bioquímicos, mas todos normais. Manteve quedas de saturação no dia seguinte,

evoluindo também com hipoatividade e moteamento, necessitando de oxigenoterapia em HOOD a 40%, mas intolerante, estabilizando somente em CPAP a 25%. Contudo, em 22/09/2013 precisou ser intubado devido apneias. Iniciaram-se novos exames para triagem de quadro infeccioso: radiografia abdominal, demonstrando menor quantidade de ar em alças do flanco inferior direito; gasometria arterial com acidose metabólica; PCR positiva – 6,4 mg/dL e hemograma ainda normal.

Na avaliação realizada pela equipe de cirurgia pediátrica, foi verificada a presença de massa em flanco inferior direito e pouca dor à palpação, sendo solicitado exame de imagem para elucidação diagnóstica. À ecografia abdominal, evidenciado aumento da perfusão vascular na região, sem efeito de massa e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. A conduta imediata foi encaminhar o recém-nascido ao centro cirúrgico para laparotomia exploratória, identificando bloqueio de ceco com a parede abdominal anterior, além do apêndice cecal perfurado e gangrenado. Submetido à apendicectomia, revisão da cavidade peritoneal e limpeza com soro fisiológico morno. O laudo da biópsia confirmou o diagnóstico de apendicite aguda gangrenosa e peri-apendicite aguda fibrino-supurativa.

M.H.O. retornou para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sedado e em ventilação mecânica invasiva, com parâmetros vitais normais, exceto hipotermia. Evoluiu com hipotensão arterial de 34 mmHg e diminuição do enchimento capilar de 4 segundos, sendo necessária expansão volumétrica e infusão contínua de dopamina. Iniciado esquema com Cefepime e Metronidazol por sete dias, além de Amicacina por cinco dias. Permaneceu em jejum absoluto com suporte nutricional endovenoso por oito dias.

Evoluiu para ar ambiente e recebeu alta para a Unidade de Internação no 45º dia de pós-operatório. Obteve alta hospitalar após 69 dias de internação, com orientação para retornos ambulatoriais previamente agendados para bebê de risco, neuropsiquiatria e cirurgia pediátrica. Conforme protocolo institucional, os recém-nascidos de alto risco são acompanhados até o sétimo ano de vida, mas compareceu na última consulta em 11/03/2014, com seis meses, em aleitamento materno predominante mais complemento com Nestogeno®, curvas de crescimento adequadas e participando diariamente da creche. Realizadas orientações sobre a introdução de frutas na alimentação e agendado retorno em dois meses, contudo, ausente na data agendada.

### **O planejamento e implementação dos cuidados**

Considerando que o diagnóstico em tempo oportuno e a pronta intervenção cirúrgica são essenciais para a sobrevida do neonato, enfatiza-se a importância do conhecimento da fisiopatologia e do monitoramento multiprofissional ao paciente.

Dessa forma, são apresentados abaixo os diagnósticos de enfermagem segundo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(7)</sup>, divididos em domínios, além dos cuidados prescritos que foram oferecidos ao recém-nascido e sua família.

#### **Domínio 2 – Nutrição**

Diagnósticos: padrão ineficaz de alimentação do lactente; risco de glicemia instável; risco de desequilíbrio do volume de líquidos; nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais.

Prescrições de enfermagem: administrar a dieta conforme prescrição médica; verificar atividade e reatividade do recém-nascido; comunicar glicemia capilar inferior a 45 ou maior que 150 mg/dL; registrar no balanço hídrico perdas e ganhos; pesar o recém-nascido diariamente; monitorar turgor cutâneo.

#### **Domínio 3 – Eliminação e troca**

Diagnósticos: Risco de motilidade gastrointestinal funcional; troca de gases prejudicada.

Prescrições de enfermagem: anotar frequência e aspecto de evacuações; verificar estase gástrica; anotar episódios de êmese; comunicar distensão abdominal; manter oximetria de pulso contínua; comunicar saturação abaixo de 85%, cianose, taquipnéia, esforço respiratório, taquicardia e sudorese; informar hipoatividade ou irritabilidade.

#### **Domínio 4 – Atividade/repouso**

Diagnósticos: Padrão de sono prejudicado; privação do sono; débito cardíaco diminuído; padrão respiratório ineficaz; risco de perfusão tissular periférica ineficaz; ventilação espontânea prejudicada.

Prescrições de enfermagem: manter ambiente silencioso durante todo o período e penumbra sobre a incubadora; realizar manuseios restritos e agrupados; comunicar episódios de bradicardia e taquicardia; comunicar dispnéia, mudanças na cor da pele, oligúria, pele fria e pegajosa e perfusão periférica prolongada; posicionar recém-nascido em posição neutra; atentar para batimentos de aleta nasal, pausa respiratória e apneia; comunicar tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos e cianose de extremidades.

#### **Domínio 7 - Papéis e relacionamentos/Domínio 9 - Enfrentamento e tolerância ao estresse**

Diagnósticos: Risco de paternidade ou maternidade prejudicada; risco de tensão no papel de cuidador; processos familiares interrompidos; risco de vínculo prejudicado; conflito no papel de pai/mãe; desempenho de papel ineficaz; sentimento de impotência; medo.

Prescrições de enfermagem: incluir pai/mãe nos cuidados ao recém-nascido; estimular vínculo, oferecendo colo, posição canguru, toque; permitir livre entrada aos pais na unidade; oferecer escuta ativa; encaminhar os pais ao atendimento psicológico quando necessário.

#### **Domínio 11 – Segurança/proteção**

Diagnósticos: Risco de infecção; risco de aspiração; risco de choque; integridade da pele prejudicada; risco de sangramento; risco de desequilíbrio na temperatura corporal.

Prescrições de enfermagem: realizar permeabilização de acessos venosos e trocas de curativo com técnica asséptica; trocar sonda gástrica, extensores e torneiras a cada 72h; trocar equipo de dieta a cada 24h; proteger a seringa com gaze durante a gavagem; manter proclive em 30 graus; verificar posicionamento de sonda gástrica antes de administrar a dieta; monitorar sinais vitais, volume urinário, preenchimento capilar maior que 3 segundos e letargia; manter acesso venoso permeável; realizar troca de curativo em incisão cirúrgica, comunicando presença de sinais flogísticos e deiscência

de sutura; evitar contato da pele com superfícies úmidas; realizar mudança de decúbito e rodízio rigoroso do sensor de oxímetro; comunicar hiperemia em proeminências ósseas; realizar troca de fralda sempre que necessário; evitar fricção e cisalhamento; comunicar presença de sangramento nasal, orotraqueal, hematúria, sangue vivo nas fezes e exsudato sanguinolento em ferida operatória; manter incubadora aquecida e umidificada; manter punho-iris em todas as portinholas da incubadora; manter sensor de temperatura sobre a pele do recém-nascido; realizar manuseios restritos e agrupados; comunicar hipotermia e hipertermia.

### Domínio 12 – Conforto

Diagnósticos: Conforto prejudicado e dor aguda

Prescrições de enfermagem: manter recém-nascido adequadamente posicionado no ninho; realizar mudança de decúbito, evitando posicionamento ventral nas primeiras 48h de pós-operatório; evitar luminosidade; manter ambiente silencioso; promover contato pele a pele quando possível; realizar escala de dor (NIPS), comunicar escore igual ou maior que 3; promover medidas não farmacológicas para alívio da dor durante procedimentos dolorosos, como contenção, enrolamento, sucção não nutritiva, glicose oral 25%; minimizar estímulos visuais e auditivos.

### Domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento

Diagnósticos: Risco de atraso no desenvolvimento

Prescrições de enfermagem: realizar medidas antropométricas, como estatura, peso e perímetros cefálico, torácico, abdominal; comunicar perda ponderal.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que o apêndice em recém-nascidos ainda está na forma embrionária, ou seja, em funil amplamente aberto em direção ao ceco, menos propenso à obstrução como na forma de “dedo” em crianças maiores. Além disso, existem outros aspectos que fazem da AN uma patologia rara, como a dieta líquida e suave que é ofertada para essa faixa etária, impedindo a formação de fecaloma; a manutenção em postura reclinada; e a hiperplasia linfática decorrente de infecções virais, que é pouco frequente no período neonatal<sup>(1)</sup>.

Os fatores de risco desencadeantes dessa patologia são, na grande maioria, de origem isquêmica, e os antecedentes perinatais são de grande importância na patogênese da doença. Os exemplos citados pela literatura são hipóxia neonatal, pré-eclâmpsia, cateterismo umbilical, prematuridade e quadro clínico compatível com ECN. Várias formas de insuficiência vascular associadas a anormalidades cardíacas e estados de baixo fluxo sanguíneo também predis põem à AN<sup>(1)</sup>.

Algumas patologias obstrutivas podem causar aumento da pressão na base do apêndice, evoluindo para perfuração, como megacólon congênito, fibrose cística, ECN, hérnia inguinal, *plug*/íleo meconial, corioamnionite e sepse por estreptococo do Grupo A. Por esse motivo, sempre se deve suspeitar de uma enfermidade associada. Caso esta não exista, a AN é considerada uma forma de ECN limitada ao apêndice<sup>(1,4,8)</sup>.

O quadro clínico é caracterizado inicialmente por intolerância alimentar enteral, como êmese biliosa (80%) e distensão

abdominal (60%), hipertermia, desidratação e desconforto respiratório moderados, dor com sensibilidade generalizada, irritabilidade/hipoatividade, taquicardia. Como implicações locais, pode haver edema escrotal, massa palpável no quadrante inferior direito, além de edema/eritema na parede abdominal, todos esses sinais cutâneos resultantes de uma celulite intra-abdominal secundária à inflamação<sup>(4)</sup>.

Corroborando os achados ora apresentados, a literatura também refere triagem laboratorial com leucocitose, plaquetopenia, gasometria arterial com distúrbios hidroeletrólíticos e PCR elevada<sup>(1)</sup>. Entretanto, tais alterações no início dos sintomas podem ser insuficientes para levantar a hipótese de apendicite, pois são dados inespecíficos<sup>(4)</sup>.

Radiografia abdominal com níveis hidroaéreos em fossa ilíaca direita, ausência de ar distal, ar livre subdiafragmático e imagem em “vidro despolido” (opaca) são achados anormais. Escoliose para direita, líquido peritoneal livre, parede abdominal delgada e fecalomas também podem ser visualizados, bem como pneumoperitônio<sup>(1)</sup>. Caso a primeira radiografia não evidencie alterações importantes, orienta-se uma segunda avaliação radiológica, já que o quadro clínico poderá evoluir com pneumoperitônio por ruptura de víscera<sup>(4)</sup>.

Pela raridade desta patologia no período neonatal, o diagnóstico é tardio e o quadro evolui rapidamente para perfuração e peritonite em 80% dos casos. Esse alto índice decorre dos seguintes fatores: a parede apendicular é muito delgada e possui fluxo sanguíneo escasso, o omento está pouco desenvolvido na cavidade abdominal, sendo insuficiente para prevenir infecções e permitindo uma contaminação mais rápida do peritônio, pouca elasticidade do ceco e baixa resistência a infecções nessa idade<sup>(8)</sup>.

Apesar da taxa de mortalidade ter reduzido significativamente de 78% para 28% desde a década anterior, o diagnóstico oportuno é excepcional<sup>(5,9)</sup>, já que nenhum caso de AN descrito na literatura foi diagnosticado no pré-operatório<sup>(4)</sup>. Geralmente, os achados voltam-se para abdome agudo e, somente no transoperatório é confirmado como apendicite<sup>(5)</sup>.

A conduta primária é exclusivamente cirúrgica. A intervenção em tempo hábil é o tratamento ideal antes da evolução para peritonite secundária à perfuração visceral. O recém-nascido é submetido à laparotomia exploratória, ressecção do apêndice comprometido e revisão da cavidade abdominal seguida de lavagem com soro fisiológico morno. Durante o pós-operatório, recebe antibioticoterapia endovenosa e jejum absoluto por dez dias com nutrição parenteral total. Retoma-se a dieta via oral somente quando o trânsito intestinal estiver restabelecido<sup>(8,10)</sup>. Essas intervenções preconizadas assemelham-se ao caso apresentado e demonstram competência técnica e comprometimento da equipe médica e de enfermagem que atenderam o recém-nascido M.H.O.

Dessa forma, o prognóstico depende da rapidez entre diagnóstico e intervenção cirúrgica, já que a incidência de perfuração é alta (acima de 80%)<sup>(10)</sup> e a mortalidade pode atingir uma taxa de até 100%<sup>(1)</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitação desse estudo, destaca-se o relato de apenas um caso na instituição. Portanto, sugere-se a investigação



dessa patologia, bem como de demais patologias raras para que a atuação multiprofissional seja eficaz e em tempo hábil.

#### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

O caso estudado contribuiu para que a equipe de enfermagem buscasse por conhecimento teórico-prático. A Sistematização da Assistência de Enfermagem foi fundamental para proporcionar ao recém-nascido o melhor tratamento e sobrevida, bem como evitar a ocorrência de um óbito. Ressalta-se ainda a importância da divulgação desse caso para a comunidade científica, já que se trata de uma patologia rara no cenário neonatal.

#### **CONCLUSÃO**

Deve-se estabelecer uma vigilância clínica enfocada quando o recém-nascido apresenta quadro de irritação peritoneal. O acompanhamento preciso da evolução e piora dos sintomas pela enfermagem, como parte da equipe de cuidado e parceira da equipe médica, propicia intervenção cirúrgica precoce, além de evitar complicações como septicemia e óbito.

O sucesso dessa abordagem terapêutica, além de permitir a vida de uma criança, contribui para a alegria de uma família; também produz um estado de satisfação na equipe de saúde que a motiva para novos aprendizados, contribuindo para o seu desenvolvimento humano.

---

#### **REFERÊNCIAS**

1. Reyes LAG, González FMV, Arenas MAC. Apendicitis neonatal: presentación de dos casos. *Rev Mex Pediatr* [Internet]. 2001 [cited 2015 May 10];68(6):248-51. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2001/sp016g.pdf>
2. Khan RA, Menon P, Rao KLN. Beware of neonatal appendicitis. *J Indian Assoc Pediatr Surg* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 02];15(2):[67-9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952781/>
3. Khan YA, Zia K, Saddal NS. Perforated neonatal appendicitis with pneumoperitoneum. *APSP J Case Rep* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 14];4(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754406/>
4. Barbosa ADM, Figueiredo Júnior I, Caetano RR, Lopes VGS, Santos AM, Franco ED. Apendicite em recém-nascido prematuro. *J Pediatr* [Internet]. 2000 [cited 2015 May 04];76(6):466-8. Available from: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-06-466/port.pdf>
5. Saeki I, Yamanouchi T, Tanaka S, Kawanami T, Mori R, Zaizen Y. Neonatal appendicitis mimicking intestinal duplication: a case report. *J Medical Case Reports* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 02];6(286):1-3. Available from: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-6-286>
6. Zanardo GM, Zanardo GM, Kaefer CT. Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Contexto Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 1];10(20):1371-4. Available from: <http://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811>
7. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014.
8. Gupta V, Sharma SB. Neonatal appendicitis with perforation: a case report and review of literature. *J Indian Assoc Pediatr Surg* [Internet]. 2005 [cited 2015 Oct 17];10(3):179-80. Available from: <http://medind.nic.in/jan/t05/i3/jant05i3p179g.pdf>
9. Jahangiri M, Hosseinpour M, Jazayeri H, Mohammadzadeh M, Motaharizad D, Mirzadeh AS. Perforated acute appendicitis in a pre-term neonate. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 01];15(6):497-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840837/>
10. López-Valdés JC, Escarcega-Servin R. Apendicitis neonatal (AN) en un paciente con enterocolitis necrosante (ECN) secundaria a sepsis in utero. *Gac Med Mex* [Internet]. 2016 [cited 2015 Apr 14];152:419-23. Available from: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n3/GMM\\_152\\_2016\\_3\\_419-423.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n3/GMM_152_2016_3_419-423.pdf)