



Dor Abdominal Aguda em Adultos

Abdome Agudo é a dor na região abdominal de início súbito, de intensidade suficiente a levar o paciente ao atendimento médico, de origem não traumática. O atendimento inicial deve concluir um diagnóstico sintomático, a fim de avaliar e tratar riscos, definir etapas de tratamento inicial, controlar os sintomas e definir a investigação diagnóstica. O direcionamento para o tratamento definitivo poderá ou não envolver cirurgia.

I. ASSISTENCIAL

1. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A dor abdominal aguda é classificada em 5 grupos sintomáticos: 1) **Inflamatório**: apendicite, colecistite, pancreatite, diverticulite, doença inflamatória pélvica aguda, apendagite; 2) **Perfurativo**: pneumoperitônio/retroperitônio (perfuração de vísceras ocas) por úlcera péptica, neoplasia gastrointestinal, diverticulite ou corpo estranho; 3) **Obstrutivo**: aderências intestinais, hérnia encarcerada, tumor, fecaloma, volvo, íleo biliar, intussuscepção, Síndrome de Ogilvie, doenças metabólicas; 4) **Vascular**: isquemia intestinal, trombose mesentérica, torção de cisto ou apêndice ovariano, infarto esplênico; 5) **Hemorrágico**: gravidez ectópica rota, ruptura do baço, ruptura de aneurismas, cisto ovariano hemorrágico, coagulopatias, necrose tumoral, endometriose.

Anamnese detalhada e exame físico são essenciais para identificação das potenciais causas, associados a uma propedêutica complementar direcionada. Em cerca de 20-30% dos casos, não será definido um diagnóstico preciso na UPA, mas o paciente será conduzido de forma adequada, seguindo o fluxograma apresentado neste documento.

2. TRIAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL

São **critérios de alerta na triagem** a dor abdominal associada a: temperatura $\geq 37,8^\circ\text{C}$; FC > 100 bpm; PAM < 70 mmHg; SatO₂ $< 92\%$ ou FR > 24 irpm.

Pacientes que preencham critérios de sepse de possível foco abdominal devem ser encaminhados a Sala de Emergência e o cirurgião deve ser imediatamente acionado.

Anamnese: questionar sobre o início do sintoma, padrão, localização, irradiação, periodicidade e intensidade da dor (preferência pela escala numérica, para possibilitar comparação na reavaliação); fatores desencadeadores, de alívio e de piora; episódios anteriores. Atentar a sintomas gerais (febre, perda do apetite, astenia, síncope, mialgias e icterícia); sintomas digestivos (náuseas e vômitos, alterações do hábito intestinal, aspecto das fezes, eliminação de gases e distensão abdominal); sintomas urinários (disúria, oligúria e alterações no aspecto da urina); mulheres em idade fértil (relações sexuais desprotegidas, leucorréia, dispareunia, data e característica da última menstruação e possibilidade de gravidez); atividade esportiva ou esforço físico fora do habitual. Questionar comorbidades, cirurgias prévias, uso de medicamentos e drogas ilícitas, e hábitos de vida.

Exame Físico: Interpretação dos sinais vitais, avaliação do estado geral, tempo de enchimento capilar, sinais de desidratação, icterícia, hipoperfusão, insuficiência respiratória. Exame Abdominal: Inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda, pesquisa de sinais clínicos relacionados à hipótese diagnóstica principal e aos possíveis diagnósticos diferenciais.

O toque retal deve ser realizado obrigatoriamente nos casos suspeitos de obstrução intestinal e sangramento digestivo. Nos demais deve ser avaliado caso a caso, assim como o exame genital e perineal. A avaliação ginecológica deve ser realizada pelo ginecologista de plantão, nos casos suspeitos, sempre que possível.

Reavaliações clínicas seriadas podem ser úteis para a conclusão diagnóstica mesmo sintomática, particularmente nas fases iniciais das doenças .

3. INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Exames Laboratoriais:

→ Pacientes com sepse de foco abdominal serão submetidos a coleta de Protocolo Sepse.

- Os demais pacientes deverão ter coleta de: hemograma, PCR, amilase, lipase, transaminases, enzimas canaliculares, bilirrubina total e frações, creatinina e uréia, urina tipo 1 e urocultura. Mulheres em idade fértil: β -HCG.
- De acordo com o estado clínico do paciente e as hipóteses diagnósticas (principal e diferenciais), pode ser considerado coleta de troponina, dímero-D, glicemia, coagulograma e exames pré-transfusionais.

Exames de Imagem:

- Radiografia de abdome (preferencialmente em 3 incidências): é rápido e de baixo custo, pode ser útil na suspeita de perfuração ou obstrução. Porém, deve ser solicitado somente na indisponibilidade de exame de maior acurácia diagnóstica ou instabilidade do paciente que o impeça de sair da sala de emergência.
- Ultrassonografia de Abdome Total: exame preferencial para avaliação das vias biliares e na suspeita de hemorragia. No Abdome Agudo Inflamatório tem-se protocolo já proposto para utilização como método de investigação inicial na Apendicite Aguda (e classificação ApendicRads). EVITAR quando existe distensão abdominal ou obesidade (IMC > 30).
- Ultrassonografia Transvaginal: exame de escolha na suspeita de causa ginecológica.
- Tomografia de Abdome Total com Contraste EV: método de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico e diferencial da dor abdominal, exceto para doenças das vias biliares.
- Tomografia Protocolo Litíase: método de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico de ureterolitíase como causa da dor abdominal. Protocolo específico se refere a esta patologia.
- Angiotomografia de Abdome: exame de eleição na suspeita de abdome agudo vascular.
- *Gestante: deve ter como exame inicial uma Ultrassonografia de Abdome Total, sendo a ressonância a opção sequencial.

4. TRATAMENTO

O tratamento inicial deve ser guiado pelo quadro clínico e baseado no diagnóstico sindrômico. (ver ANEXO 2: FLUXOGRAMA)

* Paciente sem sinais de alarme (sepse, instabilidade hemodinâmica ou respiratória):

- Promover analgesia, medicação sintomática e hidratação adequadas, manter jejum até a definição diagnóstica.
- O uso de múltiplas doses de analgésicos ou a necessidade de utilização de drogas mais potentes, sem um diagnóstico específico ao término da investigação inicial, deve alertar quanto à necessidade de investigação de urgência ou internação hospitalar para observação e investigação adicional. Estes doentes não devem ser liberados sem a avaliação do cirurgião.

* Paciente com sinais de choque (hipovolêmico/distributivo) ou sepse:

- Devem ser encaminhados à sala de emergência e serem conduzidos de acordo com protocolo de sepse de origem abdominal.
- Considerar acionamento de Código H para pacientes com suspeita de hemorragia.
- Acionamento do Titular do Paciente ou Retaguarda de Cirurgia Geral.

* Pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular:

- A queixa de dor súbita em abdome superior deve ser também investigada para isquemia miocárdica, seguindo os protocolos de IAM com e sem supra de ST e de dor torácica.
 - Para pacientes que tenham o diagnóstico sindrômico de Abdome Agudo Inflamatório, Perforativo, ou Sepse de Foco Abdominal, o uso e escolha dos antimicrobianos seguem as recomendações da SCIH (Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar) (Tabela 1):
- **1ª Escolha:** Ciprofloxacino + Metronidazol / Clindamicina
- **2ª Escolha:** Ceftriaxone + Metronidazol / Clindamicina ou Cefepima

Tabela 1 – Doses dos antimicrobianos

| Antibiótico | Dose | Via | Frequência |
|----------------|-------|-------|------------|
| Metronidazol | 500mg | IV | 8h/8h |
| Clindamicina | 600mg | IV/IM | 6h/6h |
| Ciprofloxacino | 400mg | IV | 12h/12h |
| Ceftriaxone | 1g | IV/IM | 12h/12h |
| Cefepima | 2g | IV/IM | 12h/12h |

- **Pacientes que receberão alta:** adultos atendidos inicialmente por Dor Abdominal, que apresentem melhora após as medicações sintomáticas e hidratação, cujos exames laboratoriais e radiológicos não detectaram patologia cirúrgica ou que necessite de internação, poderão receber alta da UPA.
- Deverão receber receita de medicações sintomáticas (analgésico simples e antiemético se necessário)
- Deverão receber o Auto Texto **“ORIENTAÇÃO PÓS ALTA PARA PACIENTE COM DOR ABDOMINAL SEM SINAIS DE ALARME”** (ANEXO 1)
- **NÃO** prescrever antimicrobianos para uso domiciliar se não houver um diagnóstico etiológico bem definido no momento da alta. Nos casos de dúvida diagnóstica, é RECOMENDADA uma reavaliação médica precoce (até 48 h) com o Titular ou com a Retaguarda da Cirurgia Geral acionada para discutir a conduta.

5. ANEXO 1: ORIENTAÇÕES PÓS ALTA (AUTO TEXTO)

TODO paciente atendido na UPA com queixa inicial de Dor Abdominal (sem indicação de internação), deverá receber as seguintes orientações no momento da alta:

#cirdorabdominalUPA

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA: DOR ABDOMINAL SEM SINAIS DE ALARME

O QUE ACONTECEU?

R= A dor abdominal aguda acontece em diferentes doenças e observar os sinais e sintomas ao longo da sua evolução é muito importante para confirmar o diagnóstico e definir o tratamento. Muitas vezes, no início do quadro não é possível delimitar com precisão o seu motivo.

O QUE FAZER NOS PRÓXIMOS DIAS?

R= Ao menos nos próximos 2 DIAS você deve seguir as seguintes orientações:

- > Não usar medicamentos que não tenham sido prescritos pelo médico, especialmente antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios diferentes da receita.
- > Evitar leite e derivados, gorduras e frituras, molhos, temperos e condimentos, carnes em geral, enlatados e embutidos, fast food, salgadinhos e lanches.
- > Hidratação abundante com água, chás claros ou sucos não cítricos (bebidas isotônicas são permitidas, desde que sem excessos).
- > Evitar cafeína, refrigerantes, água gaseificada e bebidas alcoólicas.
- > Evitar atividades físicas em excesso ou exposição intensa ao sol e/ ou calor.
- **AGENDE** uma consulta com o seu médico de confiança para acompanhamento.

QUANDO RETORNAR AO PRONTO ATENDIMENTO (DE URGÊNCIA)?

R= Abaixo estão listados os **SINAIS DE ALARME**.

OBSERVE a evolução, e caso apresente algum SINAL DE ALARME,

RETORNE imediatamente ao Pronto Atendimento.

- > Persistência da dor em algum ponto específico do abdome.
- > Migração da dor de um ponto a outro ou dor difusa e mais intensa.
- > Mudança de característica da dor, como por exemplo: dor em cólica para dor persistente.
- > Febre, calafrios ou suor noturno.
- > Náuseas ou vômitos, diarreia inesperada (especialmente se com sangue ou muco).
- > Parada da eliminação de gases ou fezes e/ ou grande aumento do volume abdominal.
- > Icterícia (olhos amarelados) ou colúria (urina escura).

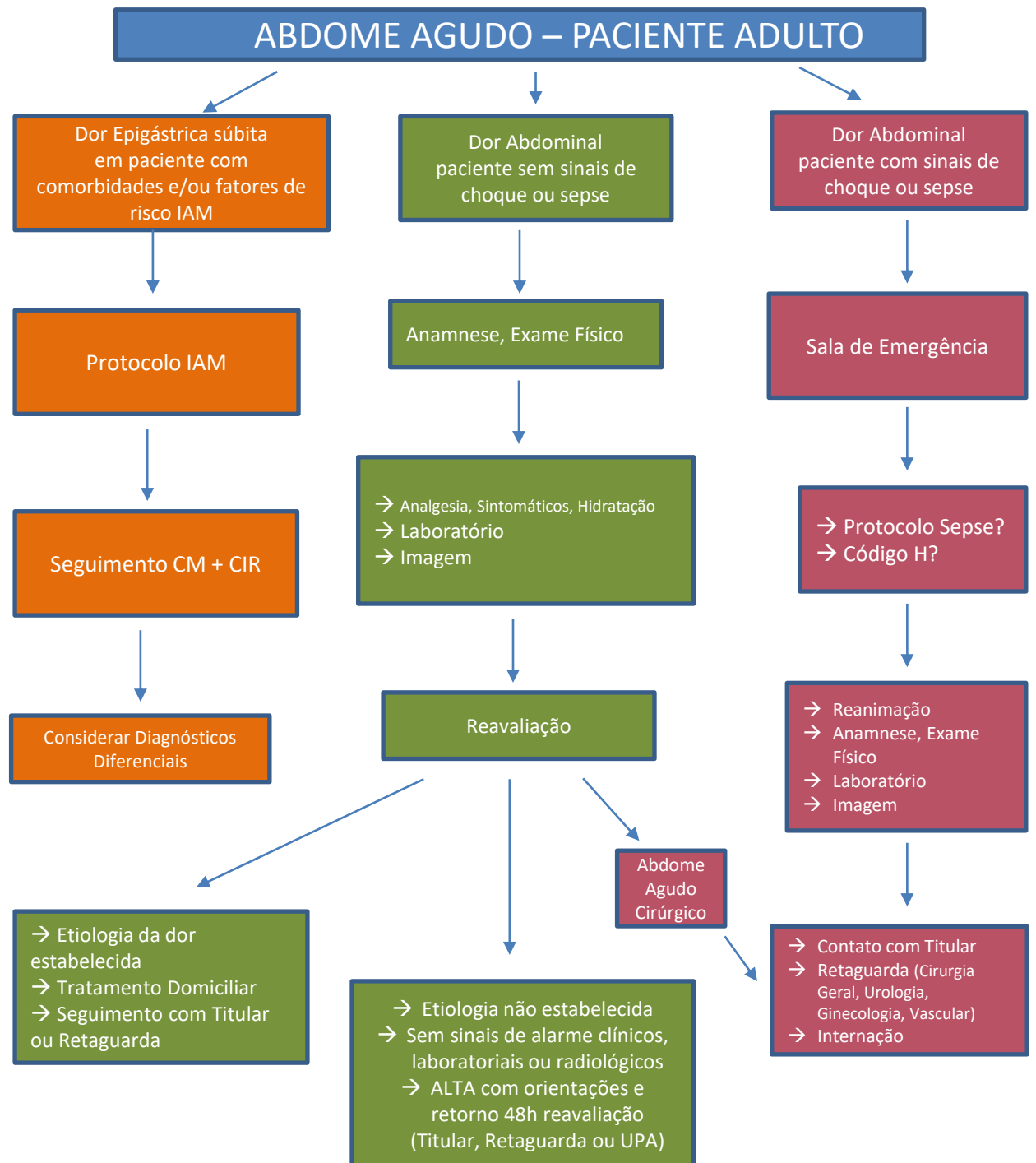
II. INDICADORES DE QUALIDADE

→ Retornos não programados às UPAs (por desfecho desfavorável ou evolução não prevista):

Numerador: Número de pacientes readmitidos nas upas em até 7 dias e internados (com CID igual ou correlato) no mês

Denominador: Número total de pacientes com diagnóstico de dor abdominal admitidos nas UPAs no mesmo mês.

6. ANEXO 1: FLUXOGRAMA



III. GLOSSÁRIO

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Davi Wen Kang Revisão Periódica - 25/07/2024

V. Referências Bibliográficas

- [1] Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kerman L, MacKersie A, Lane MS. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 Study. American Journal of Emergency Medicine. 2005; 23, 709-717.
- [2] Nagle A. Acute abdominal pain. In: Ashley S, Wilmore DW, Klingensmith ME, Cance WG, Napolitano LM, Jurkovich GJ, Pearce WH, Pemberton JH, Soper NJ, editors. ACS surgery: principles and practice 2011.
- [3] Penner RM, Majundar SR. Diagnostic approach to abdominal pain in adults. In: UpToDate. 2013.
- [4] Wolfe C, Halsey-Nichols M, Ritter K, McCoin N. Abdominal Pain in the Emergency Department: How to Select the Correct Imaging for Diagnosis. Open Access Emergency Medicine 2022;14 335-345.
- [5] Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, Paprouschi N. Approach to Acute Abdominal Pain: Practical Algorithms. Adv J Emerg Med 2020;4 (2):e29

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---|---|
| Código Documento: CPTW143.3 | Elaborador: Carlos Fonseca Pires Carla Paz | Revisor: Davi Wen Wei Kang Mauro Dirlando Conte de Oliveira | Aprovador: Giancarlo Colombo | Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de Revisão: 15/07/2024 | Data de Aprovação: 15/07/2024 |
|---------------------------------------|---|--|---|---|---|