



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Dor Abdominal Aguda em Crianças e Adolescentes no Departamento de Emergência

A dor abdominal é uma queixa **comum** em crianças no departamento de emergência. Um dos desafios no pronto-atendimento é **identificar** a parcela minoritária de crianças com dor abdominal que apresentam condições potencialmente fatais e com necessidade de intervenção **imediate**.

I - ASSISTENCIAL

São pontos indispensáveis na investigação e documentação em prontuário:

1. ANAMNESE: Idade, comorbidades, cirurgias prévias, uso de medicações contínuas, febre, última refeição, hábito intestinal, presença de diarreia ou constipação, náuseas e vômitos, disúria, anorexia, viagem recente e histórico familiar

- Atividade sexual, corrimento uretral ou vaginal, ciclo menstrual.
- Características da dor: fatores de melhora e piora da dor; tipo ou qualidade da dor (contínua, em cólica, aperto, facada etc.); local de início e irradiação; gradação da dor (escala de 0 a 10); duração e repetição do quadro.

2. EXAME FÍSICO: Estado geral, nível de consciência, hidratação, sinais vitais, icterícia, oroscopia, otoscopia, hálito (cetônico/fecalóide), ausculta pulmonar e cardíaca, lesões cutâneas (ex. púrpuras), avaliação de hérnias, períneo e toque retal se indicado.

- Exame completo do abdome: inspeção, ausculta, palpação e percussão. Atenção para presença de cicatrizes, circulação colateral, massa palpável, distensão. Pesquisar sinais de irritação peritoneal ou abdome agudo inflamatório (DB, Rovsing, Obturador, Giordano, Murphy) ou Abdome agudo perfurativo (Jobert).

3. TABELA 1: São SINAIS DE ALERTA na Avaliação Inicial os seguintes:

| Sinais de abdome agudo potencialmente cirúrgico | Sempre investigar quando presentes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dor severa (considerar escore de dor e/ou choro, fácies)• Dor aparente durante a palpação abdominal ou tentativa de “fuga” do exame físico• Paciente em posição antálgica• Dor referida ao movimento, deambulação ou tosse• Ausência de RHA ou ruídos metálicos• Defesa abdominal a palpação• Abdome em tábua | <ul style="list-style-type: none">• Deterioração do estado geral• Dor de forte intensidade (especialmente se já medicada)• Vômitos biliosos/fecalóide• Perda de eliminação de gases/fezes• Hematúria• Melena ou Hematoquezia• Massa abdominal palpável• Timpanismo difuso• Sinais de peritonite |

4. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

TABELA 2: PRINCIPAIS CAUSAS DE DOR ABDOMINAL POR FAIXA ETÁRIA NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA:

| | Neonatal | 1m - 2a | 2a - 11a | 12a - 19a |
|-------------------|--|---|--|--|
| Cirúrgicas | <ul style="list-style-type: none"> • Enterocolite necrotizante • obstrução intestinal • má rotação / volvo | <ul style="list-style-type: none"> • Invaginação • Hérnia encarcerada • Obstrução • Má rotação/ volvo • Doença de Hirschsprung | <ul style="list-style-type: none"> • Apendicite • Pancreatite • Tumores abdominais • Torção testicular • Hérnia encarcerada • Diverticulite de meckel • Síndrome da Artéria Mesentérica Superior | <ul style="list-style-type: none"> • Apendicite • Pancreatite • Gravidez ectópica • Torção de Omento • Abscesso/ hemorragia do Psoas • Torção testicular |
| Clínicas | <ul style="list-style-type: none"> • Idiopática ou drogas que induzem perfuração intestinal (ex. indometacina, esteroide) • Alergia a Proteína do Leite de Vaca • Abuso | <ul style="list-style-type: none"> • Aerofagia • Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) • Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) • Abuso • Infecção do Trato Urinário (ITU) • Gastro-Entero-Colite Aguda (GECA) • Pneumonia • Constipação • Intolerância à lactose | <ul style="list-style-type: none"> • Gastro-Entero-Colite Aguda (GECA) • Adenite mesentérica • Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) • Cetoacidose Diabética • Tiflíte • Faringite • Pielonefrite • Pneumonia • Púrpura de Henoch-Schönlein • Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) • Hepatite • Úlcera péptica • Anemia falciforme • Abuso • Constipação • Dor funcional | <ul style="list-style-type: none"> • Idiopática • Fadiga muscular • Adenite • Infecção do Trato Urinário (ITU) • Cetoacidose Diabética • Doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) • Gravidez • Hepatite • Doença de Crohn • Cisto ovariano • Anemia falciforme • Úlcera péptica • Abscesso tubo-ovariano • Constipação • Dismenorréia |

*** Em pacientes com CHOQUE considerar como possíveis diagnósticos diferenciais:**

- Cetoacidose Diabética
- **Pneumonia Complicada**
- Pancreatite
- Hemorragia Intra-Abdominal
- Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) / Peritonite Secundária (Apendicite, Invaginação, Úlcera Perfurada)
- Urosepse
- Hemorragia Gastro-Intestinal Grave
- Gravidez Ectópica Rota
- Tromboembolismo Pulmonar (TEP)
- Dissecção Aórtica
- Volvo
- Insuficiência Adrenal
- Abuso.

5. EXAMES COMPLEMENTARES (consultar FLUXOGRAMA)

Após avaliação clínica, afastadas as etiologias não abdominais e/ou benignas: **diferenciar** entre uma **emergência cirúrgica ou não**.

A presença de **sinais de alerta** descritos na **TABELA 1** indica necessidade de investigação complementar, de acordo com as hipóteses diagnósticas levantadas.

Podem ser úteis nesta investigação:

5.1 - Exames Laboratoriais

- Hemograma completo
- Proteína C Reativa (PCR)
- Glicemia
- Eletrólitos
- Uréia, Creatinina
- Transaminases (TGO/TGP)
- Enzimas Canaliculares (FA, GGT)
- Bilirrubina Total e Frações
- Desidrogenase Láctica (DHL)
- Amilase, lipase
- Gasometria, lactato
- Beta-HCG
- Urina 1 e Urocultura

5.2 - Exames de Imagem

- **Radiografia de abdome:** suspeita de abdome agudo obstrutivo, perfurativo e corpo estranho
- **Radiografia de tórax:** suspeita de pneumonia, derrame pleural ou afecções cardíacas
- **Ultrassonografia de Abdome Total:** suspeita de processos inflamatórios, coleções intra-abdominais, alterações em vísceras e órgãos anexiais, presença de líquido livre em cavidade peritoneal. (Ver item 8.1. Classificação Apêndic-Rads)
- **Ultrassonografia de Tórax:** suspeita de derrame pleural, pneumonia, hemo-pneumotórax
- **Tomografia de Abdome:** suspeita de pancreatite, apendicite e abscesso intra-abdominal (COM CONTRASTE). Suspeita de ureterolitíase (SEM CONTRASTE). *Pode ser COMPLEMENTAR AO US.

6. TRATAMENTO (consultar FLUXOGRAMA)

- PACIENTE COM SINAIS DE CHOQUE E/OU SEPSIS: conduzir conforme protocolo institucional específico
- PATOLOGIAS EXTRA-ABDOMINAIS: seguir tratamento conforme protocolo institucional específico

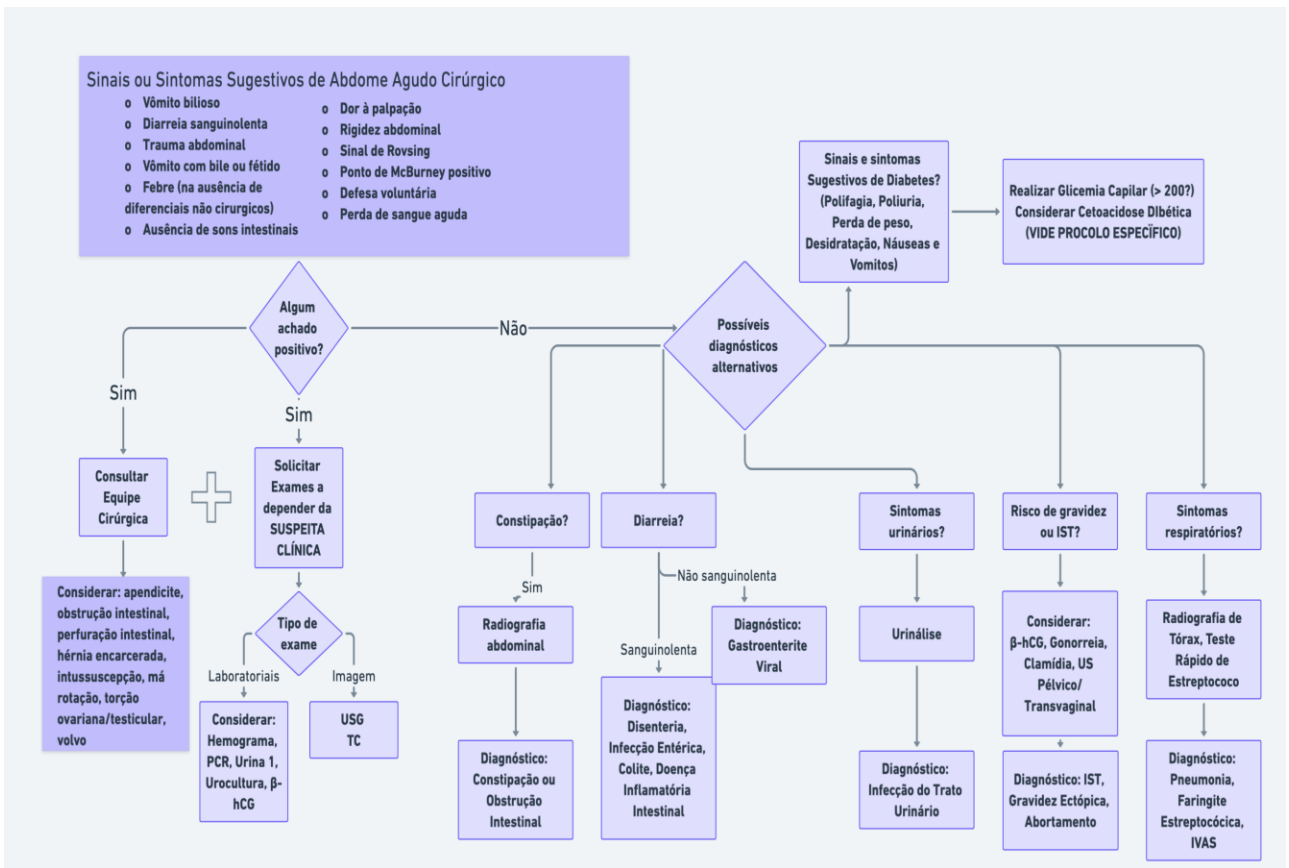
Prescrição Imediata:

- CONSIDERAR AVALIAÇÃO CONJUNTA COM EQUIPE DE CIRURGIA da Unidade de Pronto Atendimento, conforme FLUXOGRAMA
- Considerar jejum até elucidação diagnóstica
- Manter estado de hidratação e tratar possíveis distúrbios hidroeletrolíticos
- Analgesia conforme idade e escala de dor (seguir escala analgésica)
- Antiemético conforme idade e necessidade
- Avaliar necessidade de sondagem gástrica para alívio de distensão abdominal
- Antibioticoterapia conforme foco infeccioso suspeito (evitar em casos de alta sem diagnóstico, solicitar retorno para reavaliação conforme FLUXOGRAMA)

7. ALOCAÇÃO

- Internação em ambiente de Apartamento Pediátrico ou Leito de UTI
- Conforme
 - etiologia
 - sintomatologia
 - gravidade (critérios clínicos, laboratoriais, evolução esperada)
 - tratamento proposto

8. FLUXOGRAMA: ABDOME AGUDO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA



8.1. AIR (Appendicitis Inflammatory Response Score) – Crianças

| Diagnóstico | Pontuação |
|---------------------------------------|-----------|
| Vômitos | 01 |
| Dor em FID | 01 |
| Intensidade defesa abdominal | |
| Fraca | 01 |
| Média | 02 |
| Forte | 03 |
| Temperatura $\geq 38,5^\circ\text{C}$ | 01 |
| Segmentados / Neutrófilos | |
| 70-84% | 01 |
| > 85% | 02 |
| Leucócitos | |
| $>10 - 14,9 \times 10^9 / \text{L}$ | 01 |
| $>15 \times 10^9 / \text{L}$ | 02 |
| PCR | |
| 10-49 g/L | 01 |
| > 50 g/L | 02 |

- **AIR 0-4 = Baixa Probabilidade de Apendicite** (Não há necessidade de exame de imagem)
- **AIR 4-8 = Média Probabilidade** de Apendicite (Realizar exame de imagem, preferencialmente a Ultrassonografia de Abdomo Total)
- **AIR ≥ 9 = Alta Probabilidade** (Realizar exame de imagem, preferencialmente a Ultrassonografia de Abdomo Total, porém considerar TC de Abdomo Total caso necessário, avaliação em Conjunto com a Cirurgia-UPA)



**Conduta Inicial para Média e Alta Probabilidade:
Manter Jejum, Hidratação e Analgesia**

8.2. Interpretação USG abdome (Classificação APENDIC-RADS)

- 0 - apêndice não visualizado
- 1 - apêndice normal
- 2 - apêndice possivelmente normal
- 3 - não é possível excluir apendicite
- 4 - apendicite aguda
- 5 - apendicite complicada

- **0, 2 e 3:** Solicitar avaliação do cirurgião da unidade para avaliação em conjunto.
- **2 e 3:** Considerar realização de TC de Abdome, a depender do **Appendicitis Inflammatory Response Score (AIR) ≥ 4**
- **4 e 5:** Solicitar contato com Cirurgia Pediátrica. (Indicação do Pediatra Titular ou Retaguarda)

9. ALTA HOSPITALAR

- Critérios de Alta:

- Criança em bom estado geral
- Melhora da dor e/ou vômitos
- Elucidação diagnóstica ou descartado causas cirúrgicas/ameaçadoras

- Orientações de alta / retorno:

- Fornecer no relatório de atendimento:
 - Auto Texto #peddorabdominalUPA** (contendo os sinais de alerta para retorno na UPA)
- Orientar e esclarecer dúvidas dos familiares
- Pode ser solicitado o retorno para reavaliação presencial em 24h na própria UPA, caso não haja alinhamento com o Pediatra Titular para reavaliação em consultório

- Prescrição médica para alta:

- Sintomáticos e de acordo com etiologia diagnosticada
- **EVITAR** prescrição de antibióticos em pacientes sem diagnóstico definido

10. TAKE HOME MESSAGE

1. A maioria das crianças terá uma condição benigna e autolimitada
2. As causas de dor são influenciadas significativamente pela faixa etária
3. Quanto mais jovem a criança, menos confiáveis são os sinais clínicos de apendicite
4. A avaliação clínica tem maior importância em relação à complementar (PRIORIZAR a consulta cirúrgica)
5. Fornecimento de analgesia adequada NÃO mascara a detecção de achados peritoneais
6. A dor abdominal em crianças pode ter causas intra-abdominais ou extra-abdominais (atenção para pneumonia)
7. Atenção para presença de SINAIS DE ALERTA, que indicam prováveis diagnósticos cirúrgicos
8. Nos casos de dúvida diagnóstica é importante a reavaliação sistemática (solicitar retorno em até 24h na UPA ou acompanhamento com o Pediatra Titular)
9. Crianças com critérios de alta, porém diagnóstico incerto, precisam ter um plano de acompanhamento precoce estabelecido com Pediatra Titular

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Assertividade da conduta em quadros suspeitos de Apendicite Aguda: documentação em prontuário de Escore Clínico (AIR) e Radiológico (Apendic-Rads)
- Acionamento da Cirurgia para avaliação quando indicado pelo FLUXOGRAMA
- Taxa de retornos não programados por dor abdominal em 72h que levaram a indicação cirúrgica / internação

III. GLOSSÁRIO

DB - Descompressão TGO - Aspartato Aminotransferase TGP - Alanina Aminotransferase FA – Fosfatase alcalina GGT – Gama Glutamil-Transferase Beta-HCG - Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana IST - Infecção Sexualmente Transmissível IVAS- Infecção de Via Aérea Superior USG- Ultrassonografia TC- Tomografia

IV. REFERÊNCIAS

- [1] Varisa Piriyaikitphaiboon, Salin Sirinam, Pongsak Noipayak, Chukiat Sirivichayakul, Suwanna Pornrattananungsri, and Kriengsak Limkittikul. Risk Factors for Recurrent Abdominal Pain in Children with Nonorganic Acute Abdominal Pain. *Pediatric Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2022 Mar;25(2):129-137.
- [2] Lee et al. Pediatric Abdominal Pain in Children Presenting to the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care.* Volume 00, Number 00, Month 2019.
- [3] Mark I Neuman, Jan E Drutz, James F Wiley. UpToDate, acesso em Julho/2023.
- [4] STRACIERI, Luiz Donizeti da Silva. Protocolo clínico e de regulação para dor abdominal aguda na criança. USP. 1223-32.
- [5] Kliegman, Robert, editor. Lye, Patricia S., editor. Bordini, Brett J., editor. Toth, Heather, editor. Basel, Donald, editor. *Nelson pediatric symptom-based diagnosis*, 2018.
- [6] Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg.* 2002;37(6):877-881. DOI: <https://doi.org/10.1053/jpsu.2002.32893>

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|--|---|
| Código Documento: CPTW423.1 | Elaborador: Rafael Giannasi Nádia Rossi Bruna Manduca Carla Paz Guilherme Muniz Bourroul Graziela de Almeida Sukys | Revisor: Graziela de Almeida Sukys Mauro Dirlando | Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado | Data de Elaboração: 05/09/2024 | Data de Aprovação: 06/01/2025 |
|---------------------------------------|---|--|---|--|---|