



A dor abdominal aguda é uma queixa comum nos atendimentos de urgência e emergência, incluindo a atenção primária (APS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Clínicas Walk-in. Embora a maioria dos casos tenha causa benigna e autolimitada, é fundamental reconhecer rapidamente quadros potencialmente graves — como o abdome agudo — que podem exigir intervenção imediata. A anamnese detalhada e o exame físico direcionado permitem elaborar hipóteses diagnósticas, orientando a solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme a complexidade do serviço. Mesmo sem um diagnóstico etiológico definitivo, muitos pacientes podem ser conduzidos com segurança com base em protocolos clínicos bem estabelecidos.

I. ASSISTENCIAL

1. AVALIAÇÃO INICIAL

Anamnese

- **Dor abdominal:** início, padrão, localização, irradiação, periodicidade e intensidade da dor (escala numérica); fatores desencadeadores, de alívio e de piora; episódios anteriores.
- **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:** relações sexuais desprotegidas, sangramento genital, corrimento vaginal, dispareunia, data e característica da última menstruação e possibilidade de gravidez;
- **Outros aspectos:** atividade esportiva ou esforço físico fora do habitual, comorbidades, cirurgias prévias, uso de medicamentos e drogas ilícitas, e hábitos de vida.

Exame Físico Geral: avaliação dos sinais vitais e estado geral, tempo de enchimento capilar, avaliar hidratação, icterícia, avaliação pulmonar.

Exame Abdominal: inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda, pesquisa de hérnias da parede abdominal, pesquisa de sinais clínicos relacionados à hipótese diagnóstica principal e aos possíveis diagnósticos diferenciais. O toque retal deve ser realizado obrigatoriamente nos casos de suspeita de obstrução intestinal ou sangramento digestivo. Nas demais situações, sua indicação deve ser avaliada caso a caso, assim como a do exame genital e perineal. Nos casos suspeitos, a avaliação ginecológica deve ser realizada, sempre que possível, por ginecologista. Reavaliações clínicas seriadas podem ser úteis para a conclusão diagnóstica mesmo sindrômica, particularmente nas fases iniciais das doenças.

2. SINAIS DE ALARME NO PACIENTE COM DOR ABDOMINAL

- Temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- **Alterações cardiovasculares:** frequência cardíaca > 100 bpm ou < 50 bpm, PAM < 65 mmHg, TEC > 3 seg, Shock-index $\geq 1,0$
- **Alterações respiratórias:** Insuficiência respiratória, SpO₂ $< 92\%$ ou FR > 24 irpm
- **Alterações do estado mental:** Redução do nível de consciência, confusão mental ou agitação psicomotora
- Outros sinais de choque: palidez cutânea, livedo reticular ou diaforese
- Dor de início súbito com intensidade máxima
- Critérios para sepse

PONTOS DE ATENÇÃO: Pacientes idosos > 60 anos, imunossupressão ou história prévia de neoplasia.

3. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Abdome agudo é definido por dor abdominal aguda, não relacionada a trauma, com intensidade suficiente para levar o paciente a procurar atendimento médico. Essa condição é classificada em cinco grupos sindrômicos, conforme as características clínicas predominantes.

1. **Inflamatório:** apendicite, colecistite, pancreatite, diverticulite, doença inflamatória pélvica aguda, apendagite;
2. **Perfurativo:** pneumo-peritônio/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.

4. INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Exames Laboratoriais

- **Conforme a suspeita clínica:** hemograma, proteína C reativa (PCR), amilase, lipase (maior especificidade), transaminases, enzimas canaliculares, bilirrubina total e frações, creatinina, ureia, urina tipo 1 e urocultura. **Em mulheres em idade fértil, incluir β -hCG.**
- De acordo com o estado clínico do paciente e as hipóteses diagnósticas, pode ser considerado coleta de troponina, dímero-D, glicemia, gasometria venosa com lactato, coagulograma e exames pré-tranfusionais (se possibilidade de transfusão).
- Pacientes com hipótese de **sepse de foco abdominal** serão submetidos a coleta de exames do Protocolo Sepse além de exames conforme suspeita clínica.

Exames de Imagem (Tabela 2)

- **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 (Classificação ApendicRads). EVITAR quando existe distensão abdominal ou obesidade (IMC > 30).
- **Ultrassonografia Transvaginal:** exame de escolha na suspeita de etiologias ginecológicas.
- **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. Realizar TC de abdome sem contraste se hipersensibilidade ao contraste iodado.
- **Tomografia de Abdome 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.

***Gestantes:** deve ter como exame inicial, sempre que possível, a Ultrassonografia de Abdome Total, sendo a ressonância a opção sequencial.

5. TRATAMENTO

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

Paciente sem sinais de alarme

- Promover analgesia, medicação sintomática e hidratação adequadas, manter jejum até a definição diagnóstica.
- O uso de múltiplas doses de analgésicos ou a necessidade de drogas mais potentes, na ausência de diagnóstico definido ao término da investigação inicial, deve servir de alerta para a necessidade de investigação de urgência ou de internação hospitalar para observação e exames complementares. Esses pacientes, sempre que possível, devem ser avaliados pela equipe de cirurgia.

Paciente com sinais de alarme

- Se critérios para sepse, devem ser encaminhados à sala de emergência e conduzidos de acordo com protocolo de sepse de origem abdominal.
- Nas unidades onde houver Código H, considerar seu acionamento em casos de suspeita de hemorragia. Sempre que possível, deve-se garantir suporte transfusional e iniciar imediatamente as medidas para o manejo do choque. Nas unidades sem disponibilidade de hemocomponentes, deve-se providenciar a transferência imediata do paciente, diante da suspeita de hemorragia, para serviço que disponha de suporte transfusional e cirúrgico.
- Cuidado privado: Acionamento do titular ou retaguarda.
- Cuidado público: Avaliação por equipe de Cirurgia.

Pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular:

- A queixa de dor súbita em abdome superior deve incluir, na investigação, a possibilidade de isquemia miocárdica, seguindo os protocolos de dor torácica para hipótese de síndrome coronariana aguda, tanto com quanto sem supradesnívelamento do segmento ST.

Para pacientes com diagnóstico sintomático de dor abdominal de etiologia inflamatória, perfurativa, sepse ou risco de infecção de foco abdominal, o uso e a escolha dos antimicrobianos devem seguir as recomendações da SCIH (Tabela 1).

Esquema Antimicrobiano	Considerações
Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12 horas OU Ceftriaxona 1000 mg EV 12/12 horas MAIS Metronidazol 500 mg EV 8/8 horas OU Clindamicina 600 mg EV 6/6 horas (se hipersensibilidade)	Infeções intra-abdominais adquiridas na comunidade em pacientes com baixo risco.
Piperacilina-tazobactam 4.5 g EV 6/6 horas OU Meropenem 1 g EV 8/8 horas OU	Infeções intra-abdominais adquiridas na comunidade com quadro grave ou risco elevado de desfecho desfavorável.
Cefepime 2 g EV 8/8 horas MAIS Metronidazol 500 mg EV 8/8 horas	Opção para paciente com infecções intra-abdominais associadas à assistência à saúde.

Tabela 1. Antibioticoterapia empírica se dor abdominal de etiologia inflamatória, perfurativo, ou Sepse de Foco Abdominal.

6. CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA

CUIDADO PRIVADO

UPAs externas e Clínicas Walk-In

- Necessidade de intervenção cirúrgica imediata, com ou sem diagnóstico etiológico estabelecido (ex: diagnóstico clínico hérnia de parede abdominal encarcerada/estragulada).
- Instabilidade hemodinâmica ou choque com necessidade de droga vasoativa
- Necessidade imediata de transfusão de hemocomponentes
- Necessidade de exame complementar indisponível na unidade, sem alternativa diagnóstica no local.

CUIDADO PÚBLICO

UPAs

Crítérios para transferência para avaliação/internação cirúrgica

- Sinais de alarme
- Exame físico fortemente sugestivo de abdome agudo cirúrgico mesmo sem diagnóstico definido
- Instabilidade hemodinâmica ou insuficiência respiratória
- Sepse de origem abdominal
- Necessidade de observação hospitalar
- Dor abdominal sem diagnóstico definido após investigação completa e necessidade de vigilância clínica
- Incapacidade de manter hidratação ou alimentação por via oral
- Condição clínica grave com necessidade de antibioticoterapia endovenosa ou cuidados intensivos
- Paciente socialmente vulnerável sem suporte domiciliar para vigilância adequada

AMAs e APS

Crítérios para transferência para UPAs cuidado público

- Dor abdominal de início súbito, intensa ou progressiva.
- Presença de **sinais de alarme**
- Sinais de desidratação grave
- Gestante com dor abdominal sem acesso a avaliação obstétrica imediata.
- Necessidade de exames laboratoriais ou de imagem não disponíveis na APS.
- Ausência de resposta à analgesia simples ou recorrência dos sintomas.

PACIENTES ELEGÍVEIS PARA ALTA

Pacientes adultos atendidos por dor abdominal, sem sinais de alarme ou critérios clínicos de abdome agudo, que apresentem melhora após medicações sintomáticas, e cujos exames laboratoriais e/ou de imagem não indiquem necessidade de intervenção cirúrgica ou internação.

→ Deverão receber receita de medicações sintomáticas (analgésico simples e antiemético se necessário)

→ Nas unidades em que houver disponibilidade, deverá ser fornecido ao paciente o Autotexto **“ORIENTAÇÃO PÓS ALTA PARA PACIENTE COM DOR ABDOMINAL SEM SINAIS DE ALARME”** (Anexo 1).

NÃO prescrever antimicrobianos para uso domiciliar na ausência de diagnóstico etiológico bem definido no momento da alta. Nos casos de dúvida diagnóstica, recomenda-se reavaliação médica precoce (até 48 horas) com o médico titular ou com a retaguarda da Cirurgia. No cuidado público, o seguimento deve ser feito com o médico da família e comunidade.

Suspeita Etiológica	Exames de Imagem
Inflamatória ou infecciosa	
Apendicite	1ª Opção US de abdome total (evitar se distensão abdominal, obesidade, cirurgia abdominal prévia, necessidade de diagnósticos diferenciais ou indisponibilidade do exame) 2ª Opção TC de abdome com contraste
Diverticulite aguda (com ou sem suspeita de complicação com abscesso, perfuração ou peritonite)	TC de abdome com contraste
Pancreatite aguda	TC de abdome
Colecistite aguda, Colangite aguda	1ª Opção US de abdome superior ou total 2ª Opção TC de abdome com contraste (se US não disponível ou inconclusivo)
Doença inflamatória pélvica aguda	US transvaginal; TC abdome/pelve (se dúvida diagnóstica)
Pielonefrite	TC de abdome com contraste
Ureterolitíase; Cólica nefrética	TC de abdome sem contraste (protocolo litíase)
Obstrutivo	
Aderências; neoplasia; volvo; hérnia interna; intussuscepção	TC de abdome com contraste Radiografia de abdome (3 incidências) somente na indisponibilidade de TC ou instabilidade hemodinâmica
Hemorrágico ou Vascular	
Aneurisma de aorta abdominal roto	US abdome à beira-leito; Angio-TC abdominal (se estabilidade hemodinâmica)
Dissecção de aorta (torácica e/ou abdominal)	Angio-TC de aorta torácica e abdominal
Isquemia mesentérica aguda; Trombose venosa mesentérica	Angio-TC de abdome
Ruptura esplênica; coagulopatias; necrose tumoral	US abdome à beira-leito; TC de abdome com contraste
Gestação ectópica rota; cisto ovariano hemorrágico; endometriose	US Transvaginal; TC de abdome com contraste (se US indisponível ou inconclusivo)
Perfurativo	
Úlcera péptica; neoplasia; obstrução; diverticulite; corpo estranho	TC de abdome com contraste Radiografia de abdome (3 incidências) somente na indisponibilidade de TC ou instabilidade hemodinâmica

Tabela 2. Exames complementares iniciais conforme suspeita das principais etiologias para dor abdominal aguda.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de readmissão em até 72h
- HMAP: Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

III. GLOSSÁRIO

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

APS - Atenção primária à saúde

TC - Tomografia Computadorizada

HMAP - Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 3: Revisão Periódica - 25/07/2024

Versão 4: Revisão Periódica e inclusão do Cuidado Público

24/06/2026 : HMAP e Einstein Goiânia – Unificação Alessandra Rolla

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
- [6] American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria®: Acute Nonlocalized Abdominal Pain [Internet]. Reston (VA): ACR; [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://gravitas.acr.org/ACPortal/GetDataForOneTopic?topicId=125>

Código Documento: CPTW143.4	Elaborador: Alessandra Rolla; Aline Tachibana; Bruna Soderberg; Carla Paz; Carlos Pires; Davi Kang; Erika Pereira; Jessica Tomps; Lianna Cavalieri; Luca Bernardo; Rafael Pisciolaro; Renata Chopard; Sayone Moura; Vinicius Vitro; Vladimir Gomes; Wilands Procopio	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de Revisão: 24/06/2026	Data de Aprovação: 24/06/2026
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

ANEXO 1: ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

(Nos serviços que utilizam Cerner Millenium é possível inserir o Autotexto digitando: #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.
- >Ictericia (olhos amarelados) ou colúria (urina escura).

ANEXO 2 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

DOR ABDOMINAL AGUDA – PACIENTE ADULTO

