



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Participantes da Comissão:

1-Daniel Lenz Faria Corrêa
Serviço de UPA /HNSC

2-Renato Azambuja
Serviço de Cirurgia-Emergência /HNSC

3-Vanessa Oliveira
GEP/GHC

Jan - 2019



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Protocolo clínico e de regulação para dor abdominal aguda no adulto e idoso do GHC

Introdução

A dor abdominal aguda é uma queixa freqüente em pacientes que procuram emergências e Pronto-atendimentos (PA). A maioria dos casos tem evolução favorável, mas uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta risco de vida ou necessitam de tratamento cirúrgico. (1)

Os sinais de alerta devem ser identificados para orientar a adoção de medidas de estabilização nos quadros emergenciais, assim como a manutenção em observação na própria unidade ou encaminhamento ao hospital de referência.

Assim, é importante que na avaliação inicial destes pacientes sejam excluídas doença grave como a dissecção aguda de aorta e também afecções com perspectiva de abordagem cirúrgica de natureza inflamatória (apendicite e colecistite), perfurativa (doença péptica e neoplasias), vascular (embolia e trombose mesentérica) e obstrutiva (bridas, hérnias de parede e neoplasias). (1,2,3,4)

Justificativa

A maioria dos pacientes com dor abdominal é liberada após o atendimento inicial, com ou sem a utilização de medicação sintomática e também com ou sem um período de observação clínica na própria Emergência/UPA, mediante orientações sobre as medidas que devem tomar durante o período de observação domiciliar e a exemplificação das situações que demandam retorno imediato à emergência/UPA para reavaliação. (5)

Magnitude

O diagnóstico incorreto ou tardio da causa de dor abdominal pode levar a elevada morbidade e mortalidade.

Transcendência e Vulnerabilidade



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

O algoritmo de decisões no tratamento da dor abdominal baseia-se em 4 objetivos:

- 1) Afastar a possibilidade de uma situação catastrófica que pode levar o paciente à morte.
- 2) Afastar um quadro clínico de abdome agudo cirúrgico.
- 3) Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
- 4) Afastar doenças clínicas que podem cursar com dor abdominal e podem matar.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A dor abdominal é um sintoma e sinal clínico caracterizado pela sensação referida pelo paciente com ou sem reação ao exame clínico de desconforto à palpação. (6)

Os nociceptores envolvidos nas dores abdominais são sensíveis principalmente à distensão, tração, isquemia, processos inflamatórios, à contração espasmódica e à distensão das cápsulas quando envolvidas as vísceras maciças. A distribuição destes nociceptores é variável em diferentes tecidos, justificando as diferentes sensações e suas intensidades (por exemplo, o parênquima hepático e esplênico é praticamente indolor, entretanto, o peritônio parietal é extremamente sensível). Estas características da dor são classificadas como sensitivo-descriminativo, propiciando informações como localização, tipo de dor, duração, intensidade, porém há também uma série de reações reflexas, emocionais e comportamentais que se relacionam com experiências prévias, grau de atenção ou distração e esta integração determinam os aspectos afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo da dor. (6,7)

Tipos de dor

Há quatro tipos de dor visceral: visceral verdadeira, comprometimento do peritônio (somática profunda), irritação do diafragma, dor viscero-cutâneo. (6,7)

- Visceral verdadeira: quando a dor se localiza próximo à localização anatômica do órgão. Exemplo: gastrite (epigastria), acometimento do esôfago (dor retroesternal), dor hepática-biliar (hipocôndrio direito), cólica renal (flanco-dorso ipsilateral), cistite (hipogástrio), entre outros. Assim como cada órgão tem sua especificidade, a dor nas vísceras maciças e os processos não obstrutivos das vísceras ocas são descritos como em pressão, surda; já o padrão obstrutivo nas vísceras ocas é descrito como cólica, e quando há aumento da secreção gástrica de ácido, é referido dor em queimação.

- Dor referida: dor que obedece a distribuição metamérica, e é definida como sensação dolorosa superficial, tendo sua origem em estrutura distante do local, como ocorre com a dor periumbilical na apendicite.

Há um grande número de diferentes sintomas e detalhes na história clínica, bem como de sinais ao exame físico que podem ocorrer nas diversas doenças e cursar



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

com dor abdominal. Algumas considerações teóricas precisam ser feitas para subsidiar o diagnóstico diferencial. (3,7,8)

Embora a localização da dor abdominal guie a avaliação inicial, alguns sintomas e sinais associados são preditivos de certas causas de dor abdominal e auxiliam a estreitar o número de opções do diagnóstico diferencial. (3,7,8)

Anamnese

Indagar (1,3,7,8)

- Idade;
- Comorbidades;
- cirurgias prévias;
- uso de medicações;
- quadro clínico de dor:
 - Fatores de melhora e piora da dor;
 - Tipo ou qualidade da dor (contínua, em cólica, aperto, facada);
 - Local de início e irradiação;
 - Gradação da dor (escala de zero a 10);
 - duração E repetição do quadro.
- febre;
- última refeição;
- hábito intestinal;
- história menstrual;

Sinais e sintomas (1,3,7,8)

Indagar no quadro clínico que devem ser pesquisados são:

- dor (localização e migração);
- descompressão brusca;
- náuseas;
- vômitos;
- diarreia;
- disúria;
- constipação;
- sangramento vaginal;
- suspeita de gravidez.

Outros sintomas associados que podem ser úteis na localização da causa são: febre, cefaléia, fraqueza, convulsões, mialgias, tosse, alteração do estado mental, rash cutâneo, dentre outros. Em mulheres com idade fértil, as informações sobre atividade sexual e contracepção, último período menstrual e regularidade do ciclo, doenças sexualmente transmissíveis e perdas vaginais precisam ser colhidas. (1,3,8,9,10)



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Para uma abordagem mais eficiente destes pacientes com dor abdominal, alguns cuidados são fundamentais:

- o paciente deve estar deitado;
- a anamnese e o exame físico devem ser simultâneos, definindo a presença ou não de peritonismo e, se localizado ou difuso;
- Deve-se estabelecer o limiar de dor do paciente tendo cuidado com os extremos e, a confiabilidade das informações fornecidas;
- Informar ao paciente que será realizada a analgesia endovenosa, assim que possível em virtude do estabelecimento do diagnóstico. (13)

Diagnóstico diferencial

Além das doenças específicas dos órgãos abdominais, ainda incluem aquelas de origem respiratória (pneumonia, doenças pleurais), cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva), pélvicas (gravidez ectópica, cisto ovariano, doença inflamatória pélvica), da parede abdominal (herpes zoster, hematoma de reto abdominal etc) e manifestações abdominais de doenças sistêmicas (Lúpus, diabetes mellitus, arterites, dentre outras). (3,8,9,10)

DECISÕES DE ENCAMINHAMENTO APARTIR DOS DADOS COLETADOS

PRIMEIRO: ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE, RISCO DE MORTE E DECISÃO DA HOSPITALIZAÇÃO.

Os objetivos na investigação das causas de dor abdominal devem considerar as seguintes situações:

- 1) Situação 1:** Afastar um quadro clínico de abdome agudo cirúrgico e o encaminhamento emergencial do caso ao hospital Nossa Senhora da Conceição.
- 2) Situação 2:** Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo.
- 3) Situação 3:** Afastar doenças clínicas que podem cursar com dor abdominal e podem matar.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Deve se considerar o **local de atendimento** do paciente se na emergência do HNSC ou na UPA, pois isso vai determinar o fluxo a ser seguido pelo paciente.

SEGUNDO: LOCAL DE ATENDIMENTO

ABORDAGEM DO ADULTO/IDOSO COM DOR ABDOMINAL NA UPA

Os pacientes adultos e idosos com quadro clínico de dor abdominal que buscam os serviços de saúde podem apresentar-se, na maioria das vezes, com 3 cenários distintos.

SITUAÇÃO 1 –Instável hemodinamicamente (suspeita de catástrofe vascular abdominal) - ruptura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) e embolia/trombose mesentérica.

Sinais de instabilidade: quick sofá>2 (sinais de possível sepse)

-Instabilidade hemodinâmica: hipotensão (pressão arterial < 90/60mmHg) e lactato > 2mmol

- Frequência respiratória > 20 mr/min
- Frequência cardíaca > 100bpm
- Alteração de sensório



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Aneurisma de aorta abdominal

Deve-se suspeitar do diagnóstico de AAA em pacientes com mais de 50 anos apresentando dor abdominal súbita, de forte intensidade, cujo físico mostra um alargamento e expansão transversal da pulsação da aorta abdominal. Em contraste, a pulsação apenas anterior pode representar transmissão do impulso da aorta envolta por uma massa como carcinoma pancreático. A metade das mortes devidas à ruptura de AAA ocorre antes de chegar ao hospital; e outra metade que chega ao hospital com vida, de 30 a 50% morrem após a cirurgia de emergência. A mortalidade geral devida à ruptura **do AAA alcança mais de 80% dos doentes.** (11)

Isquemia Mesentérica

A presença de isquemia mesentérica aguda deve ser sempre considerada na presença de dor abdominal aguda de forte intensidade, em paciente com cardiopatia, arritmias, insuficiência cardíaca mal controlada, infarto recente do miocárdio ou hipotensão. O achado físico é desproporcional à intensidade do quadro doloroso, pois, geralmente, o abdome apresenta-se plano, flácido e sem sensibilidade dolorosa. Com a evolução do quadro clínico, podem-se encontrar manifestações abdominais, com aumento da sensibilidade dolorosa, descompressão abdominal súbita dolorosa presente e defesa muscular, o que indica, de forma enfática, a presença do quadro isquêmico(12).

CONDUTA:

Local de atendimento UPA:

- 1- Estabilizar o paciente: jejum, oxigenioterapia, acessos vasculares, analgésicos preferencialmente com opióide -como morfina- (e reposição de fluídos).
- 2- Telefonar ao NIR e solicitar a ida do paciente.
- 3- A Central de Regulação Médica do SAMU deve ser contatada e o paciente deve ser transportado para HNSC, de preferência, em unidade de suporte avançado.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

4- Solicitar laboratório: hemograma, função renal e hepática, amilase e lipase, coagulograma, gasometria arterial (lactato) e proteína c reativa.

5- Fazer nota de transferência de cuidado (anexo 3).

SITUAÇÃO 2 – Paciente com dor abdominal e sinais de peritonite localizada/generalizada e estáveis

Os pacientes com peritonite podem apresentar um quadro clínico variável em função da doença de base, da sua extensão e do tempo decorrido desde o início dos sintomas. No quadro clássico, os pacientes apresentam dor abdominal à palpação superficial e profunda, com nítida piora da dor à descompressão brusca. A dor abdominal é exacerbada ao mover o peritônio quando, por exemplo, tosse ou flexiona o quadril. A localização da dor varia na dependência da doença de base e pode manifestar-se com peritonite localizada ou difusa por todo o abdome. Quanto mais evoluído o quadro e o tempo de doença, mais típico o exame físico abdominal e maior as alterações dos sinais vitais em decorrência da perda de líquidos para o terceiro. (13)

O diagnóstico diferencial envolve todos os tipos de abdome agudo (inflamatório, perfurativo, vascular e obstrutivo) e suas doenças comportam 3 situações.

PACIENTE COM DOR ABDOMINAL DIFUSA

Há vários detalhes da história clínica e dos antecedentes pessoais que podem auxiliar no diagnóstico diferencial. A história prévia de doença péptica e uso de antiinflamatórios não esteroidais aumentam a suspeita de perfuração de úlcera gastroduodenal. A perda ponderal exagerada, astenia e hiporexia aumentam a possibilidade de perfuração de neoplasia do trato gastrointestinal. (13)

Um paciente com idade mais avançada e histórica de dor abdominal recorrente localizada, principalmente em flancos, mais comumente à esquerda, pode ter uma diverticulite aguda perfurada. (13)



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

O exame físico também permite uma diferenciação dos quadros clínicos. Os pacientes com abdome agudo perfurativo apresentam uma rigidez abdominal muito pronunciada. Por outro lado, os pacientes com abdome agudo obstrutivo apresentam uma distensão abdominal mais preponderante. (13)

O pneumoperitônio é visto na radiografia simples do tórax com cúpulas em mais de 75% dos quadros de abdome agudo perfurativo. A presença de distensão fixa de alças intestinais de delgado e/ou de cólon na radiografia simples e ortostática do abdome com formação de níveis e ausência de gás em reto, diagnostica o abdome agudo obstrutivo. Em pequena porcentagem dos casos, os achados são inespecíficos. (13)

As medidas de suporte garantem a estabilização clínica e ao mesmo tempo aciona-se o serviço de cirurgia do HNSC e providencia o transporte no caso da UPA. As informações detalhadas da história, do exame físico e das investigações complementares devem ser fornecidas, bem como a(s) suspeita(s) diagnóstica.

PACIENTE COM DOR ABDOMINAL LOCALIZADA NO ANDAR SUPERIOR/INFERIOR COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA ESPECÍFICA.

Estes pacientes apresentam dor abdominal localizada, tanto em andar superior, quanto inferior do abdome e uma suspeita diagnóstica específica em função da anamnese, antecedentes pessoais e exame físico que pode variar amplamente:

- Paciente do sexo feminino, adulto jovem, com variados graus de obesidade, apresentando dor abdominal de forte intensidade, em cólica, localizado em hipocôndrio direito. Pode relatar histórias anteriores de dor abdominal na mesma localização de menor intensidade e com melhora com uso de analgésicos (suspeita de colecistite aguda/pancreatite aguda biliar). (13)
- Pacientes de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, mais principalmente na infância, com história de dor abdominal epigástrica associada a hiperexia, que migrou para a fossa ilíaca direita e aumentou a sua intensidade (suspeita de apendicite aguda). (13)

-



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

-Paciente do sexo masculino, com história crônica de ingestão de bebidas alcoólicas ou história aguda de grande libação alcoólica e dor abdominal no andar superior, de forte intensidade, com irradiação com o dorso, bilateralmente (suspeita de pancreatite aguda alcoólica). (13)

- Paciente com idade maior que 60 anos, história de dor abdominal de forte intensidade, associada à constipação intestinal e massa palpável em fossa ilíaca esquerda (suspeita de diverticulite aguda). (13)

Estes pacientes devem ser submetidos às medidas de suporte (jejum, acesso vascular, reposição de fluídos, uso de sintomáticos como opióides e passagem de sonda gástrica na presença de vômitos repetitivos e/ou distensão abdominal). A investigação laboratorial será orientada pelo diagnóstico clínico. Na presença de comorbidades, outros exames poderão ser solicitados tais como: coagulograma urina rotina, dosagem de eletrólitos e uréia/creatinina. (13)

Se houver a necessidade de confirmar o diagnóstico ou afastar outras hipóteses diagnósticas, a investigação poderá contar com a realização de radiografia simples (radiografia de tórax com cúpulas e, radiografia simples de abdome simples e ortostática). (13)

CONDUTA: Local de atendimento UPA:

O aprofundamento na investigação no âmbito da UPA com a definição do diagnóstico etiológico ou sindrômico otimiza a utilização dos recursos, facilita o trabalho para o médico do hospital fazer o planejamento da sua atividade assistencial.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Paciente apresentando história, exame físico, exames radiológicos e laboratoriais que colocam como hipótese diagnóstica abdômen agudo, devem ser transferidos ao HNSC.

- 1- Estabilizar o paciente: jejum, oxigenioterapia, acessos vasculares, analgésicos preferencialmente com opióide -como morfina- (e reposição de fluídos).
2. Solicitar ao NIR a transferência do paciente.
- 2- A Central de Regulação Médica do SAMU deve ser contatada e o paciente deve ser transportado para HNSC, de preferência, em unidade de suporte básico.
- 3- Solicitar laboratório: hemograma, função renal e hepática, amilase e lipase, coagulograma
- 4- Fazer nota de transferência de cuidado (anexo 3)

PACIENTE COM DOR ABDOMINAL LOCALIZADA NO ANDAR SUPERIOR/INFERIOR SEM SUSPEITA DIAGNÓSTICA ESPECÍFICA NA

CONDUTA:

- 1- Estes pacientes devem ser submetidos às medidas de suporte (jejum, acesso vascular, reposição de fluídos, uso de sintomáticos como hioscina e dipirona e passagem de sonda gástrica na presença de vômitos repetitivos e/ou distensão abdominal).
- 2- A investigação laboratorial, se indicada, pode consistir de: hemograma, amilase, dosagem de bilirrubinas, EQU rotina, dosagem de eletrólitos e uréia/creatinina, além de outros exames na presença de comorbidades.
- 3- Se houver a necessidade de afastar outras hipóteses diagnósticas, a investigação poderá contar com a realização de radiografia simples: radiografia de tórax com cúpulas e, radiografia simples de abdome simples e ortostática.
- 4- **Se necessária observação clínica na UPA por até 24 horas.**
 - Os pacientes devem permanecer deitados e submetidos a reavaliações clínicas periódicas (a cada 4-6 horas), no intuito de detectar a normalização dos sinais vitais e melhora ou a piora do quadro.
 - Se piora do quadro encaminhamento para avaliação hospitalar, após o contato telefônico com o NIR.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

- No caso de melhora clínica, o paciente pode ser orientado para que mantenha a observação no próprio domicílio.

SITUAÇÃO 3 – Paciente com dor abdominal sem sinais de peritonismo.

SINAIS VITAIS COMPATÍVEIS COM DESIDRATAÇÃO.

Os diagnósticos diferenciais incluem desde quadros desde intoxicação alimentar e gastroenterocolites com sinais clínicos de desidratação até pacientes com quadro inicial de abdome agudo, porém ainda sem tempo de evolução para a expressão completa do exame físico característico de peritonismo.

CONDUTA:

- 1- Medidas de suporte (jejum, acesso vascular, reposição volêmica vigorosa, uso de sintomáticos simples como dipirona+hioscina, metoclopramida e omeprazol)
- 2- Passagem de sonda gástrica na presença de vômitos repetitivos e/(ou distensão abdominal).
- 5- **Se necessária observação clínica na UPA por até 24 horas.**
 - Os pacientes devem permanecer deitados e submetidos a reavaliações clínicas periódicas (a cada 4-6 horas), no intuito de detectar a normalização dos sinais vitais e melhora ou a piora do quadro.
 - Se piora do quadro encaminhamento para avaliação hospitalar, após o contato telefônico com o NIR
 - No caso de melhora clínica, o paciente pode ser orientado para que mantenha a observação no próprio domicílio mediante orientações sobre as medidas a serem adotadas durante o período de observação domiciliar e a exemplificação das situações que demandam retorno imediato a UPA para reavaliação. Revisão em UBS deve ser recomendada. O grau de cognição do paciente para entender estas recomendações deve ser avaliado, bem como a presença de acompanhantes que possam auxiliá-lo.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES EM SINAIS VITAIS (DESIDRATAÇÃO)

Paciente com dor abdominal sem sinais de peritonismo e sem alterações dos sinais vitais.

CONDUTA:

1-Dependendo da suspeita diagnóstica, os pacientes são medicados com sintomáticos como hioscina+dipirona+metoclopramida (preferência VO) e liberados em seguida ou permanecem um curto período em observação na UPA até a certificação da melhora clínica sem necessidade de reavaliação se não houver mudança no quadro.

Alguns pacientes podem ser liberados mesmo sem uso de sintomáticos, geralmente quando apresentam recrudescência de doenças já diagnosticadas e se encontram em tratamento. Na presença de melhora do quadro clínico e liberação do paciente, também valem as mesmas orientações e cuidados a serem tomados para observação domiciliar e situações de revisão na UBS do quadro anterior.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA DOR ABDOMINAL PELO CIRURGIÃO DA EMERGÊNCIA DO HNSC

CASOS UROLÓGICOS

- 1) **Trauma testicular ou suspeita de torção:** encaminhar ao HNSC via NIR r 2101 para ecodoppler de bolsa escrotal + internação e sobreaviso da Urologia.
- 2) **Nódulo ou tumoração testicular:** eco de bolsa escrotal. Confirmado suspeita de neoplasia de testículo solicitar consultoria NIR via sistema para regulação de consulta oncológica
- 3) **Dor lombar suspeita de urolitíase:**

Solicitar: Hg, creat, EQU, urocultura, TC sem contraste protocolo urolitíase.

Procurar sinais de gravidade: 2 ou mais dos seguintes

- Leucocitose e/ou desvio esq
- EQU com leucocitúria
- Creatinina alterada + ectasia ureteral por cálculo obstrutivo consultoria URO para possível internação e JJ.

Sem sinais de gravidade: cálculo não obstrutivo com creatinina normal, cálculo não obstrutivo com infecção e creatinina normal.

CONDUTA:

1-COM SINAIS DE GRAVIDADE

Internação + avaliação urologia para possível colocação de duplo J.

2-SEM SINAIS DE GRAVIDADE

- Analgesia
- Orientar retorno à emergência de tratamento refratário
- **Se sinais de infecção sem sepse**-prescrever cefuroxime e analgesia
- **Se sinais de infecção com sepse**-internar e prescrever cefuroxime intravenoso + analgesia



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

- **Cálculo maior que 0,7cm diâmetro:** Orientar regulação UBS para CMCE-litotripsia
- 4) **Hematúria macroscópica:** sondagem vesical 3 vias para irrigação contínua. Se refratária após 4 litros de SF gelado: internação e consultoria Urologia.
- 5) **Gangrena Fournier:** internação e consultoria Urologia + sobreaviso Urologia.
- 6) **Parafimose:** redução manual (procedimento realizado na unidade em que está sendo atendido). Se irreduzível transferir ao HNSC via NIR r2101 para consultoria URO postectomia emergência
- 7) **Retenção urinária aguda:** por estenose uretra ou obstrução loja prostática: consultoria URO para realização cistostomia na Emergência

CASOS VASCULARES

- 1) **Suspeita de ruptura da AAA:** sala laranja ou sala vermelha + medidas de suporte em trabalho de equipe com sala laranja ou vermelha + laboratório + solicitar angiotomografia + solicitar sobreaviso vascular via NIR ramal 2101 + internação
- 2) **Isquemia critica em membros superiores ou inferiores por trombose arterial com ou sem lesão trófica**
 - Ausência de pulsos e dor em repouso, membros inferiores ou membros superiores com cianose de artelhos ou dedos da mão: encaminhar para HNSC contato NIR r 2101 para internação vascular.
- 3) **Suspeita de embolia arterial aguda** transferir ao HNSC para avisar sobreaviso vascular via NIR r2101
- 4) **Pé diabético infectado com lesão trófica** contato via NIR 2101 para internação vascular. Sem lesão trófica encaminhamento Via contato NIR r2101 para internação e tratamento clínico.
- 5) **TVP** encaminhar via contato com NIR para tratamento clínico e internação.
- 6) **Tromboflebitis superficiais localizadas:** tratamento clinico.
 - **Se ascendentes e comprometimento do cajado da safena magna** encaminhar via contato com NIR para internação e tratamento clinico



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

- 7) **Erisipelas:** tratamento clínico (Prescrever antibiótico (amoxacilavulanto)+ acompanhamento no posto de saúde).

CASOS ONCOLÓGICOS

- 1) **Encaminhado da UPA via aceitação do NIR se houver necessidade de procedimento de emergência.**

Internar na cirurgia se complicações de enfermidade de base e necessidade de cirurgia: traqueostomia, obstrução intestinal, disfagia total para realização de gastrostomia ou jejunostomia, sangramentos.

- 2) Para proceder investigação de suspeita de neoplasias solicitar consultoria NIR se paciente do município de POA. Se outro município orientar regulação.

SUSPEITA DE ABDÔMEN AGUDO

- 1) Suspeita de quadro de abdômen agudo vascular por isquemia mesentérica: transferência ao HNSC via NIR e contato com cirurgião da emergência HNSC, se instabilidade hemodinâmica sala laranja e solicitar laboratório + angiotomografia + consultoria cirurgia geral + bip cirurgia geral 3100-7 + internação.
- 2) Suspeita de quadro abdômen agudo inflamatório
 - a) Se perfurativo (diverticulite perfurada, neoplasia perfurada ou UP perfurada) labs + analgesia + RxAAS. Se não conclusivo: TC sem contraste. Com diagnóstico firmado consultoria cir geral + Bip 3100-7 + internação
 - b) Se infeccioso: labs + analgesia + ECO (colecistite aguda, diagnóstico diferencial de dor pélvica ou em FID, diverticulite não complicada). Se necessário na dor em BV e FID no paciente feminino e com queixas ginecológicas solicitar avaliação com plantão gineco. Caso investigação inicial não conclusiva TC abdominal com contraste. Com diagnóstico firmado consultoria cir geral + bip 3100-7 + internação
 - c) Fúncies necrotizantes: labs + analgesia + consultoria cir geral + bip 3100-7 + internação
 - d) Pneumotórax hipertensivo, hidropneumotórax, hemotórax, empiema pleural: internação e consultoria cir geral + bip 3100-7



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

- e) Quadros abdominais obstrutivos com história de cirurgias prévias e possível brida: RxAAS + labs + internação + consultoria cir geral + Bip 3100-7. Se história clínica de enfermidade de consumo com emagrecimento para possível neoplasia obstrutiva ou de hérnia interna solicitar TC com contraste antes da internação para elucidação diagnóstica e depois, caso confirmado diagnóstico, solicitar internação e consultoria cir geral + bip 3100-7
- f) Hernias inguinais ou femorais encarceradas: analgesia com morfina e relaxante muscular com benzodiazepínico + tentativa de redução manual (este procedimento deve ser realizado na UPA ZN, caso o paciente primeiramente seja atendido na unidade). Se irreduzível: internar no H. Conceição seja por entrada direta ou por encaminhamento da UPA ZN conforme contato com NIR e plantão cirúrgico emergência + no HNSC realizar consultoria cir geral + internação + bip 3100-7
- g) Nos casos específicos de colecistite aguda associada a coledocolitíase ou ectasia de VB ou pancreatite associada: encaminhar ao clínico da emergência para tratamento da pancreatite aguda e/ou CPRE. O contato da UPA ZN deverá ser com NIR caso tenha leito clínico. Se não houver quadro de colangite regular CPRE via sistema
- h) Dor abdominal específica, mas não por abdômen agudo (gastroenterites, doença péptica, pielonefrites, cólon irritável, SIDA, anemia falciforme, etc) ou dores abdominais inespecíficas que não caracterizem abdômen agudo encaminhar ao clínico da emergência, caso necessite abordagem hospitalar.
- i) Hemorragia digestiva que não seja orificial por fissura, hemorroidas ou do reto por tumor palpável no toque retal encaminhar ao clínico da emergência. Se orificial sem comprometimento hemodinâmico, tratamento conservador e regular consulta via UBS com proctologia



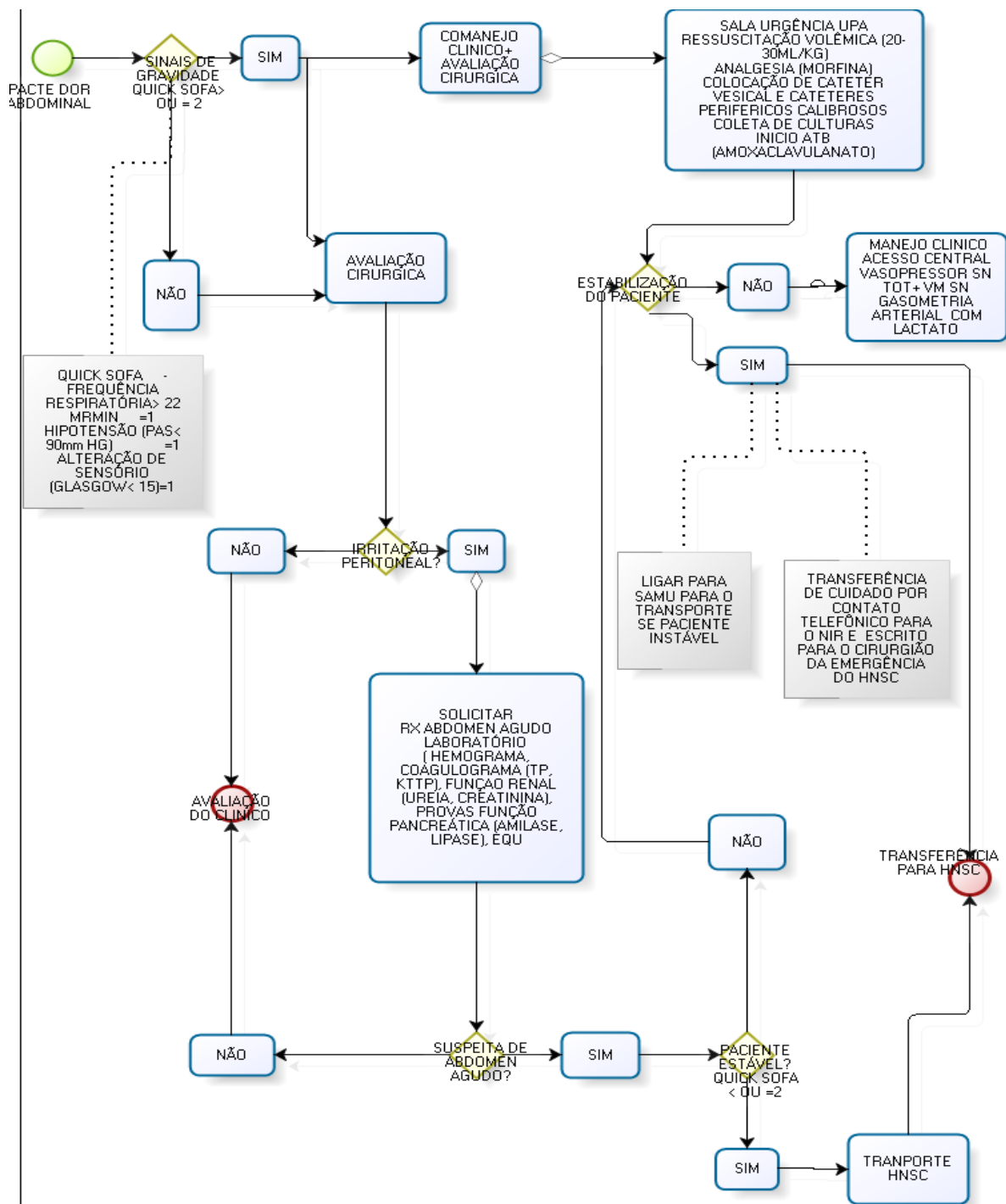
Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

REFERÊNCIAS

- 1- Cartwright SL & Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008; 77 (7): 971-978.
- 2- Powers RD & Guertler AT. Abdominal pain in the ED: Stability and change over 20 years. Am J Emerg Med. 1995; 13(3): 301-303.
- 3- American College of Emergency Physicians: Clinical policy for the initial approach to patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med. April 1994, 23: 906-922.
- 4- Clinical policy: Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. American College of Emergency Physicians. Ann Emerg Med. 2000; 36(4): 406-415.
- 5- Toorenvliet BR, Bakker RFR, Flu HC, Merkus JWS, Hamming JF, Breslau PJ. Standard Outpatient Re-Evaluation for Patients Not Admitted to the Hospital After Emergency Department Evaluation for Acute Abdominal Pain. World J Surg. 2010; 34: 480-486.
- 6- Porto, Celmo Celeno. Exame Clínico 5th ed. 2004; 4: 37-50.
- 7- Silen W. Abdominal pain. In: Harrison's principles of internal medicine. 17 ed. McGraw-Hill; 2008. P. 91-5
- 8- Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin N Am. 2003; 21: 61-72
- 9- Dang C, Aguilera P, Dang A, Salem L. Acute abdominal pain: Four classifications can guide assessment and management. Geriatrics. March 2002; 57(3): 30-42.
- 10- Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kernan 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 I Study. Am J Emerg Med. 2005; 23(6): 709-717.
- 11- Daly KJ, Torella F, Ashleigh R, McCollum CN. Screening, diagnosis and advances in aortic aneurysm surgery. Gerontology. Nov-Dec 2004;50(6):349-59.
- 12- Herbert GS, Steele SR. Acute and chronic mesenteric ischemia. Surg Clin North Am. Oct 2007; 87(5):1115-1134.
- 13- Pereira Jr GA, Santos JS Protocolo clínico e de regulação para dor abdominal aguda no adulto e no idoso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012 pp 731-742

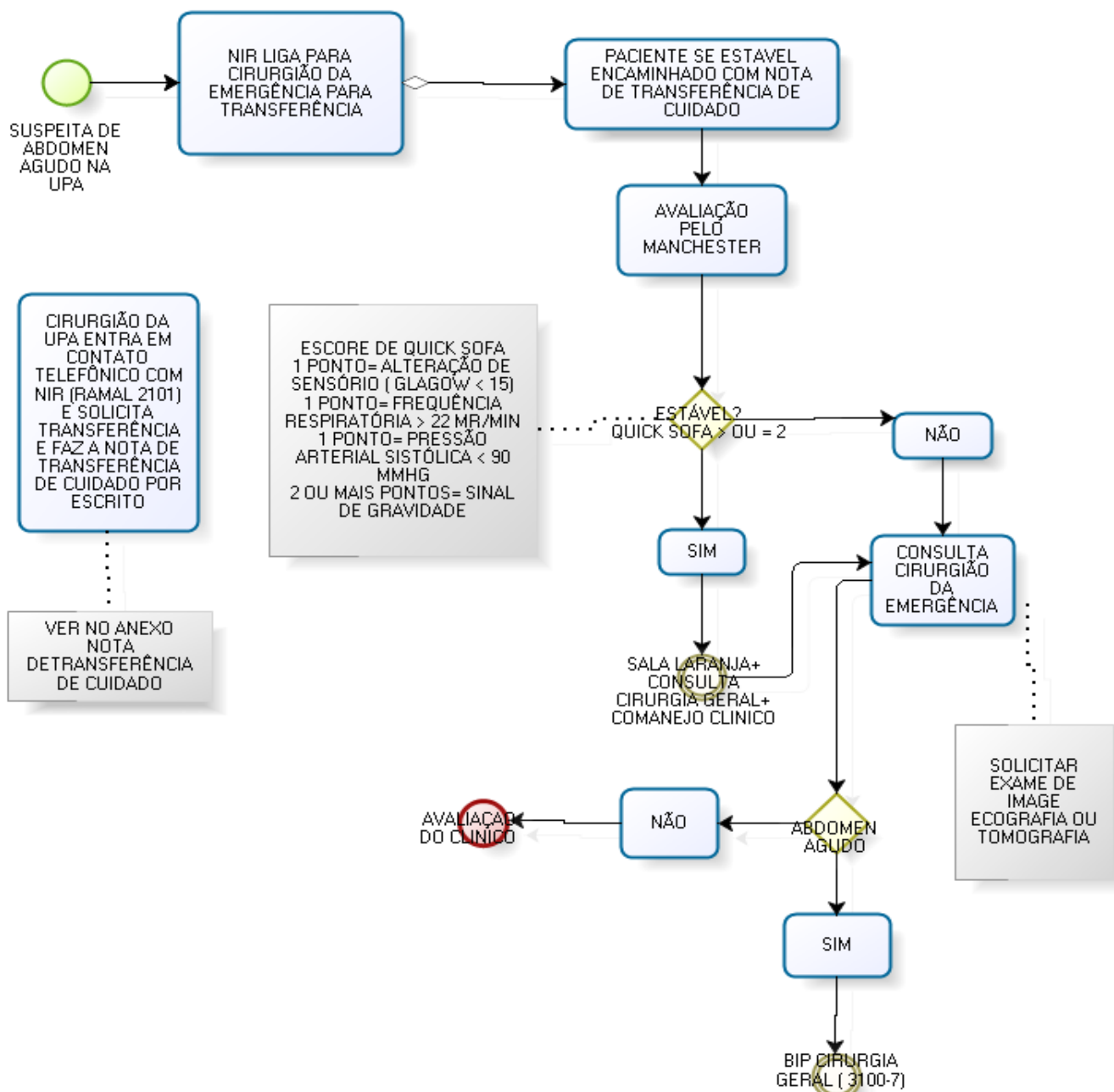
Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

FLUXO DE ATENDIMENTO NA UPA



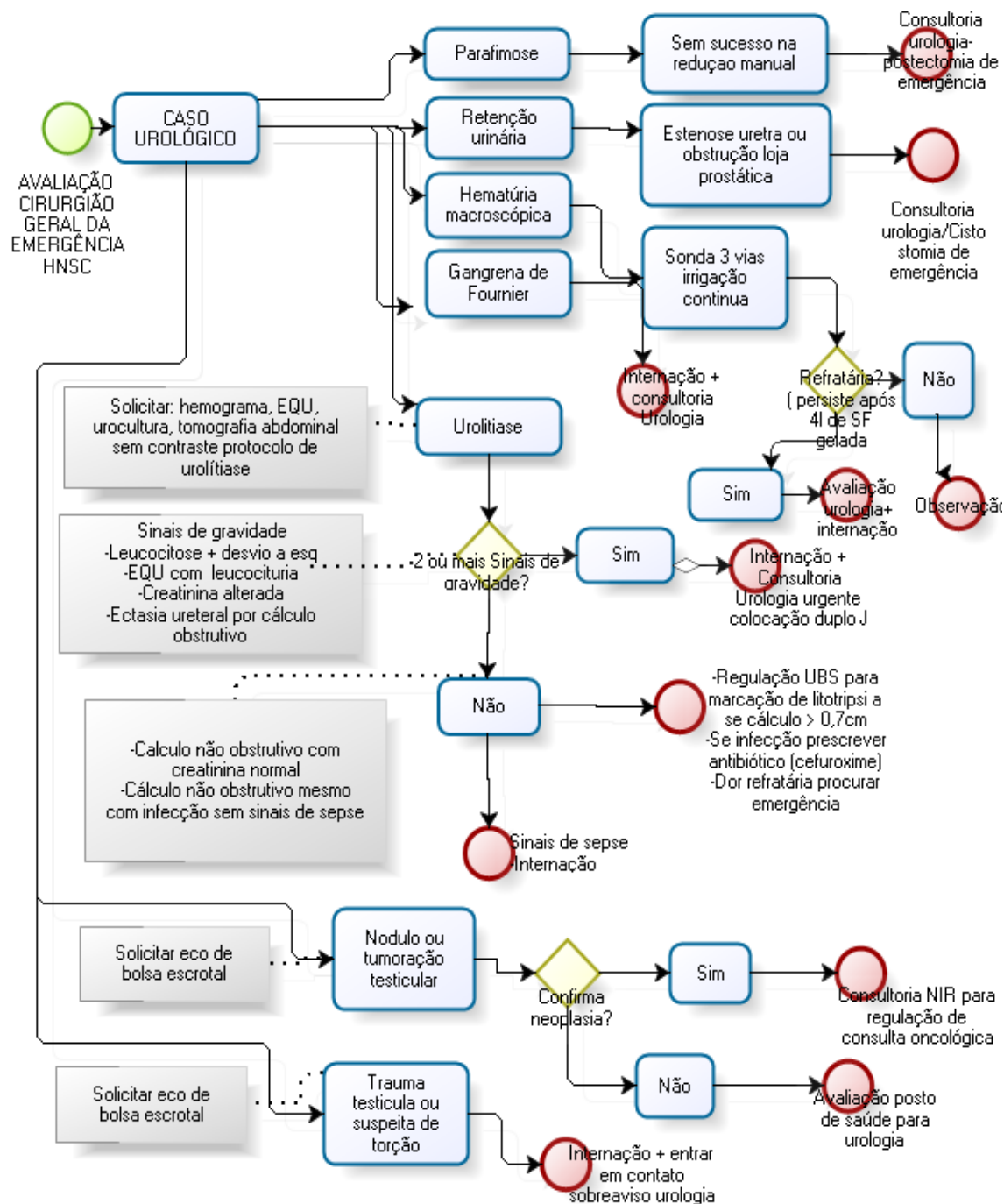
Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

FLUXO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CONCEIÇÃO



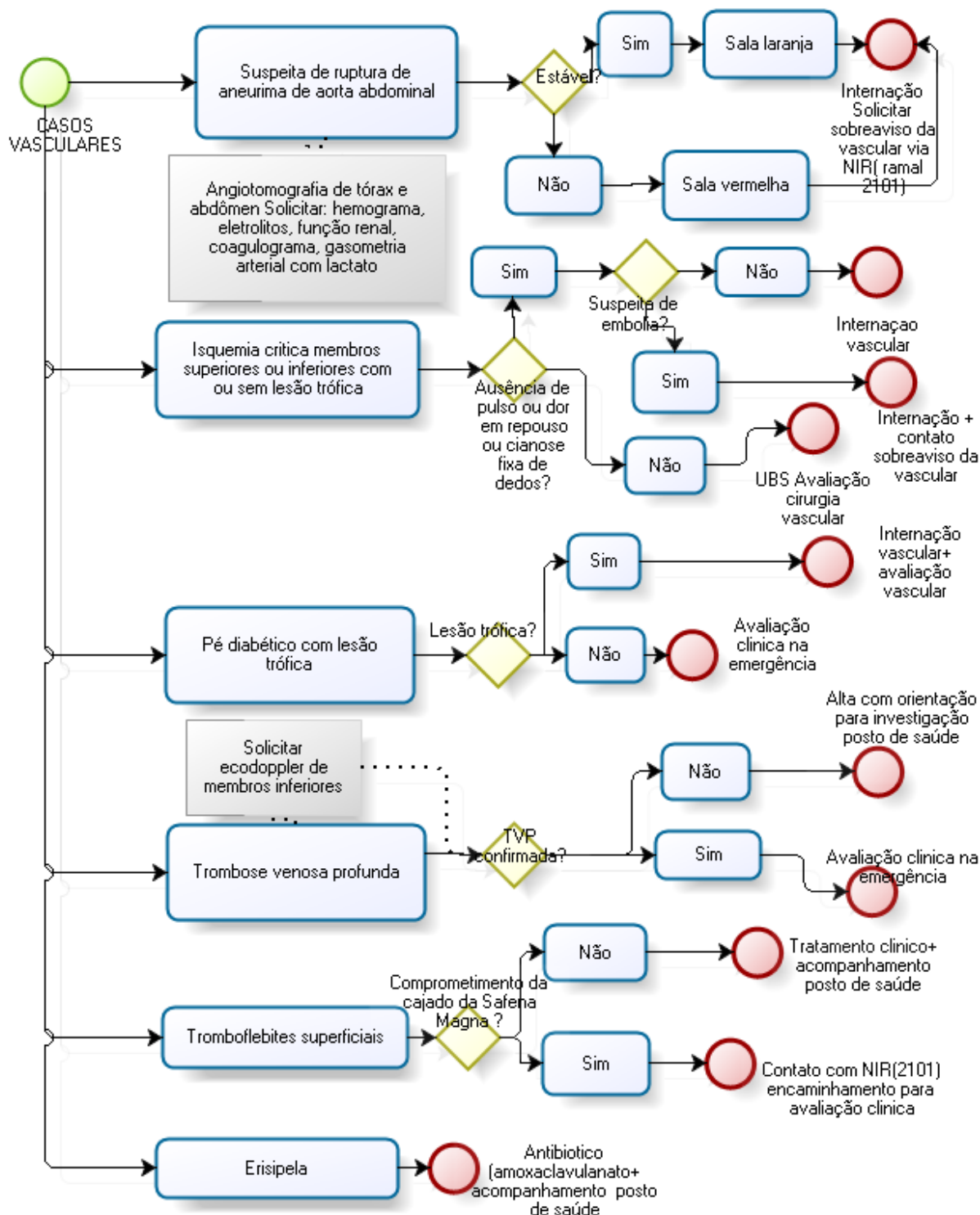
Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

FLUXO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CONCEIÇÃO PELO CIRURGIÃO-CASOS UROLÓGICOS



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

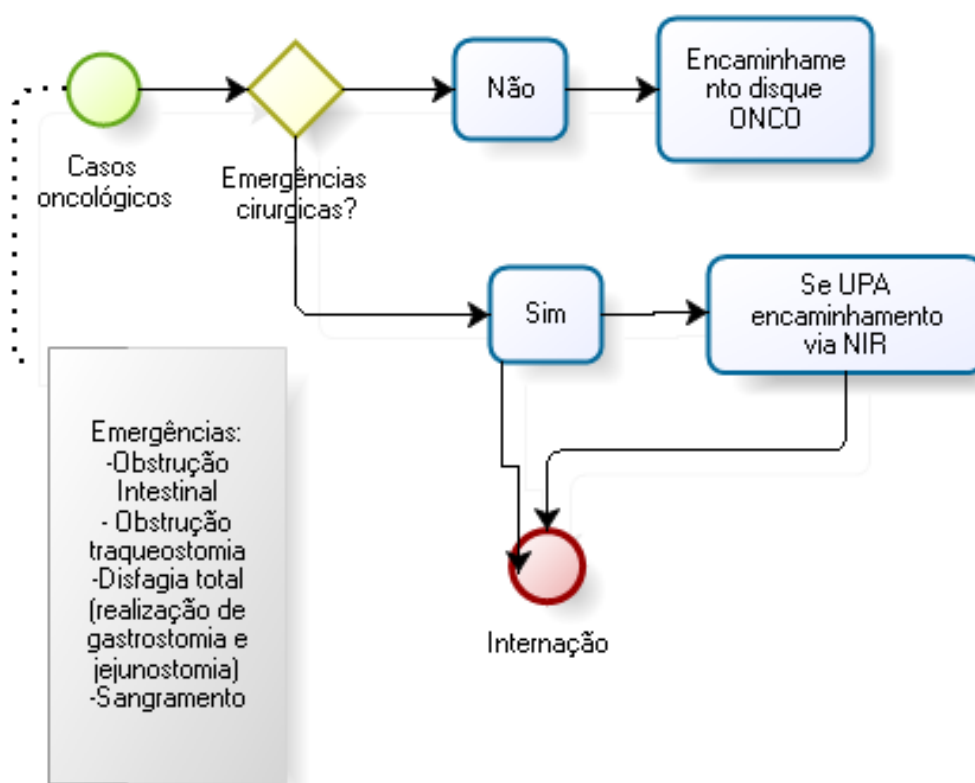
FLUXO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CONCEIÇÃO PELO CIRURGIÃO-CASOS VASCULARES



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

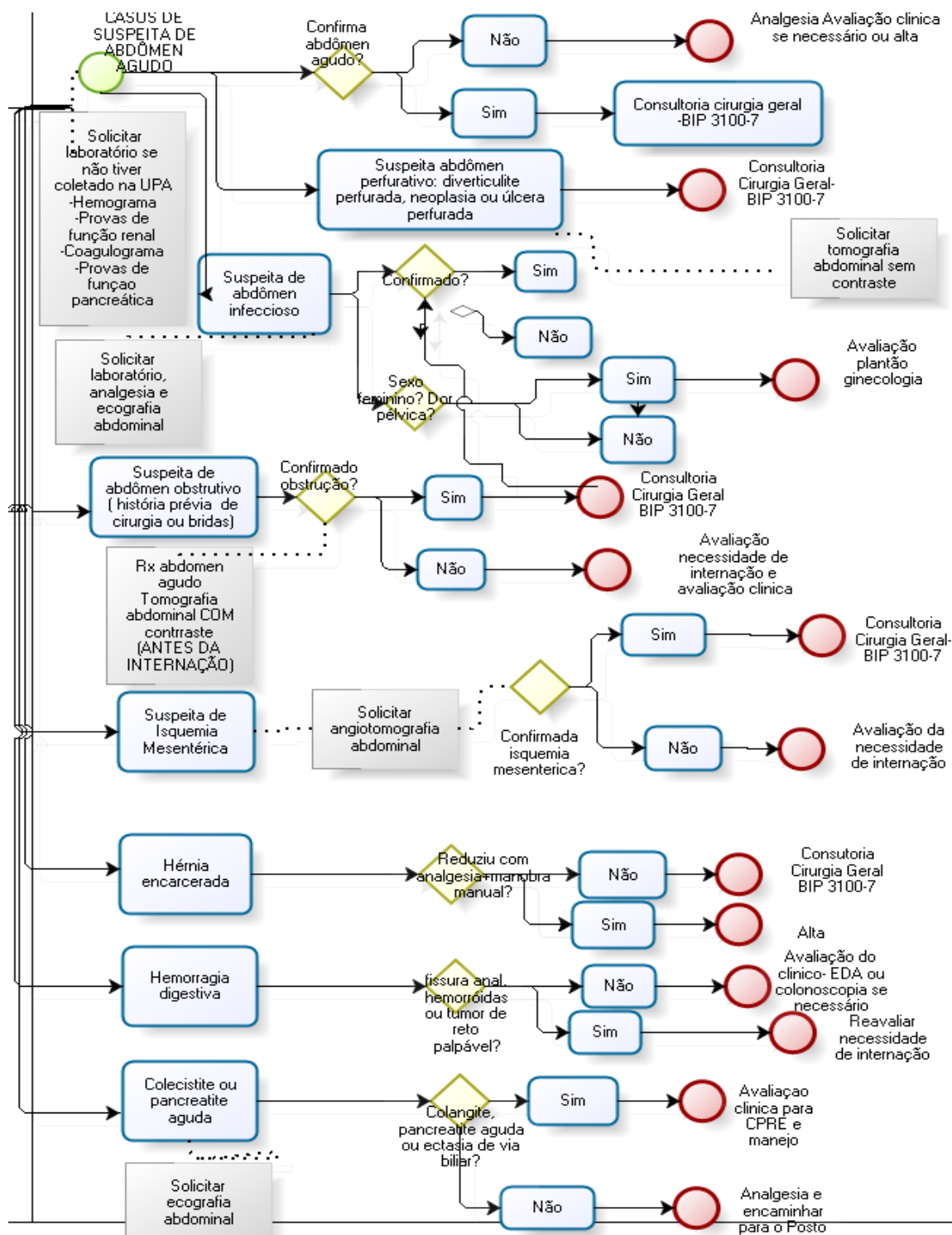
FLUXO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CONCEIÇÃO PELO CIRURGIÃO

CASOS ONCOLÓGICOS



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

FLUXO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HNSC- CASOS DE SUSPEITA DE ABDÔMEN AGUDO





Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO: INDICADORES

INDICADORES DA UPA

- 1.** Tempo entre o diagnóstico de possível abdômen agudo com estabilidade do paciente/ tempo de entrada na emergência do HNSC.
- 2.** Numero de atendimentos de pacientes com suspeita de abdômen agudo/ número de pacientes encaminhados para o HNSC.

INDICADORES DA EMERGÊNCIA DO HNSC

- 3.** Número de pacientes encaminhados com suspeita de abdômen agudo/número de pacientes que abrem boletim na emergência do HNSC encaminhados com suspeita de abdômen agudo da UPA.
- 4.** Número de pacientes encaminhados da UPA com diagnóstico correta de abdômen agudo/número de suspeita de abdômen agudo suspeitos encaminhados pela UPA.
- 5.** Mortalidade por abdômen agudo na emergência: número de mortes por diagnóstico correta de abdômen agudo /número de pacientes internados com abdômen agudo na emergência.



Protocolo de Dor abdominal do Grupo Hospitalar Conceição

Anexo 1: Nota de Transferência de Cuidado da UPA para emergência do HNSC

NOME:
IDADE:
REGISTRO:
DIA DA CONSULTA:
HORA DA CONSULTA:
HORA DO ENCAMINHAMENTO DA UPA:
HORA DO ATENDIMENTO NO HNSC:
VEIO POR MEIO PRÓPRIO () TRANSPORTE DO HNSC ()

1- Anamnese

2- Exame clínico sucinto

Frequência cardíaca: _____ Pressão arterial: _____ Temperatura: _____ Frequência respiratória: _____

Exame abdominal

3-Laboratório solicitado

() Hemograma () provas função renal () coagulograma
() provas função pancreática () eletrólitos () PCR
() provas função hepática () culturas () gasometria

4-Exame de Imagem realizado

() rx de abdômen

agudo _____

() ecografia abdominal _____

5-Medicações realizadas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

6-Suspeita diagnóstica (hipótese do abdômen agudo): _____