

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BRUNA LAÍSA DA SILVA MARTINS

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA
MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO**

SÃO LUIS
2017

BRUNA LAÍSA DA SILVA MARTINS

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA
MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão como
requisito à obtenção do Grau de Médica

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

SÃO LUIS

2017

Martins, Bruna Láisa da Silva

Abdome agudo perfurativo no Hospital Municipal Djalma Marques:
Perfil do paciente cirúrgico. / Bruna Láisa da Silva Martins. São Luís, 2017.

XX f.

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

Artigo (Monografia) Curso de Medicina, Universidade Federal do
Maranhão, São Luís, 2017.

1. Abdome Agudo. 2. Perfurativo. 3. Úlcera péptica. 4. Socorrão.
I. Santos, Orlando José dos (Orient.) II. Título.

BRUNA LAÍSA DA SILVA MARTINS

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA
MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão como
requisito à obtenção do Grau de Médica

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Orlando José dos Santos - Orientador
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof. Ms. José Aparecido Valadão - Examinador 1
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof. Dr. Josiel Paiva Vieira - Examinador 2
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof. Dr. Orlando Jorge Martins Torres - Examinador 3
Universidade Federal do Maranhão**

**SÃO LUIS
2017**

ARTIGO A SER SUBMETIDO

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA
MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO**

Perforated Acute Abdomen at Djalma Marques Municipal Hospital: Surgical Patient
Profile

Orlando José dos Santos¹

Bruna Laísa da Silva Martins²

Trabalho realizado no Hospital Municipal Djalma Marques - HMDM, em São Luís, Brasil. Curso de Medicina.

1- Professor Doutor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão

2 –Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Autora responsável: Bruna Laísa da Silva Martins – brunalaisasm@gmail.com

DEDICATÓRIA

À toda minha família: em especial, meus pais, pelo amor incondicional e incentivo de sempre.

AGRADECIMENTOS

À priori, ao nosso Deus: pela minha vida, por minha família, pelo respeito e paixão por esse grande sonho chamado Medicina... Já posso me considerar agraciada por todas as conquistas que tive até aqui!

Aos meus pais, Pedro e Socorro por terem me dado, incansavelmente, todo suporte, educação e carinho. Seus valores pretendo carregar no exercício de minha futura profissão, pois foram os melhores exemplos que tive de dignidade, amor e respeito ao próximo, humildade, retidão, coragem e generosidade.

Aos meus irmãos, Daniel e Vanessa, pelo amor, companheirismo, apoio e paciência em todos os momentos. Vocês são luzes na minha vida!

A todos os mestres, em especial ao Prof. Dr. Orlando José dos Santos, por seus ensinamentos, pela atenção e total dedicação no exercício da docência e por ser uma forte inspiração na minha prática médica futura.

À Universidade Federal do Maranhão, pois é com orgulho que levarei, em minha formação acadêmica, seu emblema.

À Dona Rosilda Belchior, pelo seu serviço de coleta de dados no serviço de arquivo médico e estatística (SAME) do Hospital Djalma Marques, que possibilitou esse trabalho.

A todos aqueles que durante essa linda jornada puderam me dar força nas adversidades e leveza aos dias cansados! Caros amigos e amigas, muitíssimo obrigada por partilharem comigo sorrisos, histórias e suas diferentes visões de mundo... Tudo tem sido um grande aprendizado, que guardarei na memória com muito carinho e alegria!

RESUMO

Introdução: O abdome agudo perfurativo é a terceira maior causa das possíveis etiologias de abdome agudo que levam à procura por assistência médica. Reconhecer este quadro precocemente e desenvolver estratégias bem estruturadas na abordagem destes pacientes é essencial para o adequado manejo. **Objetivo:** Traçar o perfil sócio-epidemiológico dos indivíduos com abdome agudo perfurativo cirúrgico de emergência no Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) em um período de 20 meses. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo, transversal, observacional e individuado, desenvolvido a partir do banco de dados de abdome agudo cirúrgico no HMDM. A amostra continha 127 pacientes com diagnóstico de abdome agudo perfurativo atendidos no período de agosto de 2014 a março de 2016. **Resultados:** A amostra foi constituída por pacientes com diagnósticos de úlceras pépticas, apendicites, neoplasias e diverticulite perforadas, além da perfuração por ingestão de corpos estranhos atendidos no HMDM. Majoritariamente, os pacientes foram do sexo masculino, do interior do estado, com diagnóstico de úlceras pépticas ou apendicites perforadas e com distribuição de faixa etária consonante com o tipo de patologia etiológica. O tempo de internação médio foi de sete dias. **Conclusão:** As complicações do abdome agudo perfurativo foram diferentes entre as diversas etiologias e concordantes, em sua maioria, com as descritas pela literatura. Contudo, ainda há necessidade de elaborar protocolos para abordagem destes pacientes e medidas preventivas, a fim de que sejam evitadas iatrogenias, diminua-se o ônus e tempo de internação, bem como a redução da morbimortalidade dessa síndrome.

Palavras-chave: abdome agudo perfurativo; pneumoperitônio; úlcera péptica;

ABSTRACT

Introduction: The perforated acute abdomen is a third major cause of the possible acute abdomen etiologies that lead to the search for medical assistance. Recognizing this clinical condition early and developing well-structured strategies in approaching these patients is essential for the appropriate treatment. **Objective:** Trace the socio-epidemiological profile of the individuals with surgical perforated acute abdomen at the Municipal Hospital Djalma Marques (HMDM) in a period of 20 months. **Methods:** It's a descriptive-analytical, retrospective, cross-sectional, observational and individual study, developed from the database of surgical perforated acute abdomen at the HMDM. The sampling was composed by 127 patients diagnosed with perforated acute abdomen attended within the period of August 2014 to March 2016. **Results:** The sample consisted of patients diagnosed with perforated peptic ulcers, perforated appendicitis, perforated neoplasias and perforated diverticulitis, as well as perforation by ingestion of foreign bodies treated at the HMDM. Most of the patients were male, from the countryside, diagnosed with perforated peptic ulcers or perforated appendicitis, with age distribution consonant with the type of etiological pathology. The mean hospitalization time was seven days. **Conclusion:** The complications of the perforated acute abdomen were different at the several etiologies and concordant, for the most part, from those described in the literature. However, it's necessary to develop protocols for patient approach and preventive measures, in order to avoid iatrogenics, shorten the length of hospital stay, and reduce morbidity and mortality.

Keywords: perforated acute abdomen; pneumoperitoneum; peptic ulcer

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico-----	17
Tabela 2-	Registro de procedimentos realizados durante ato cirúrgico -----	18
Tabela 3-	Complicações descritas no registro do paciente-----	18

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE – Corpo Estranho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

HMDM – Hospital Municipal Djalma Marques

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

PAB – Perfuração por Arma Branca

PAF – Perfuração por Arma de Fogo

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

TC – Tomografia Computadorizada

TGI – Trato Gastrointestinal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MÉTODOS	14
3 RESULTADOS.....	16
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE.....	29
ANEXO	31

1 INTRODUÇÃO

O Abdome Agudo Perforativo corresponde a uma síndrome dolorosa abdominal grave, com caráter de urgência, de natureza não-traumática. Tipicamente é identificado como um quadro algico intenso, de início súbito, localização difusa, que pode ou não estar associado a sinais de septicemia e/ou choque¹, ocasionado pela perfuração de vísceras ocas do trato gastrointestinal como o estômago ou intestinos. Dentre as possíveis causas de abdome agudo, destaca-se como o terceiro subtipo, perdendo apenas para os inflamatórios e obstrutivos².

Tem uma vasta etiologia, podendo ser desencadeado por complicações de doenças inflamatórias como Síndrome de Crohn, úlceras pépticas, apendicites e divertículos intestinais e/ou colônicos, pela ingestão de corpos estranhos, por neoplasias com alto grau de invasão, por causas infecciosas (salmonelose, citomegalovirose, tuberculose intestinal) ou por iatrogenias (procedimentos diagnósticos e terapêuticos)¹.

O mecanismo anatomopatológico do quadro perforativo mais aceito pressupõe que a partir da lesão da víscera oca de ordem ulcerativa ou inflamatória tem-se a formação do pneumoperitônio (presença de gás na cavidade abdominal) como um dos primeiros sinais semiológicos.

O pneumoperitônio, por sua vez, desencadeia inicialmente uma peritonite regional evoluindo posteriormente para um quadro generalizado, podendo estar associado a uma peritonite química (devido ao extravasamento de secreções digestivas) e/ou uma peritonite de natureza infecciosa, por conta de multiplicação bacteriana³.

O tempo decorrido do início do quadro até a intervenção médica, os fatores intrínsecos ao indivíduo (idade, presença de outras comorbidades, estado nutricional, capacidade imunológica/ reserva orgânica), a localização da perfuração no trato gastrointestinal e a etiologia perfurativa são fatores que interferem diretamente no desfecho clínico.

Nas perfurações altas, como nas ulcerações gastroduodenais (principais causas dessa síndrome), a fisiopatologia é principalmente por uma peritonite química devido ao extravasamento de secreções digestivas. Já nas perfurações baixas como na apendicite perfurada (2ª causa mais frequente), o quadro é de peritonite infecciosa desde o seu início devido à exposição de conteúdo fecal e proliferação da microbiota colônica na cavidade abdominal.

Geralmente, o quadro clínico relatado é de dor abdominal bastante intensa, do tipo lancinante ou em pontada, abrupta, de evolução rapidamente progressiva, localização imprecisa, irradiação variável, sem fator de melhora. Muitas vezes é associada a um estado de agitação psicomotora (devido ao desconforto abdominal mesmo que em repouso), inapetência e, ocasionalmente, febre, náuseas e/ou vômitos.

No exame físico, encontra-se como achados relevantes: defesa abdominal generalizada (clássico sinal de peritonite denominado 'abdome em tábua'), dor à descompressão brusca, hipersensibilidade cutânea mesmo à palpação superficial, presunção de pneumoperitônio pelo *sinal de Jobert* (timpanismo da região de loja hepática) e íleo adinâmico.

A rotina laboratorial solicitada para esses pacientes segue os mesmos elementos que norteiam a avaliação do abdome agudo: hemograma, coagulograma, dosagem de eletrólitos séricos, funções renal e hepática e

dosagens de lactato, amilase e lipase que servem para suspeição de um quadro inflamatório ou infeccioso que poderia justificar/aparecer na perfuração, com as perdas de secreções para o terceiro espaço⁴.

Quanto à investigação imagiológica, orienta-se como indicação primária, as radiografias simples e tomografias computadorizadas de abdome. A radiografia simples costuma ser o primeiro exame solicitado, por conta da boa acurácia na visualização do sinal mais precoce da perfuração: em ortostase, radiografias de tórax podem detectar 1 ml de ar injetado na cavidade peritoneal. Cerca de 75% dos casos suspeitos de úlcera duodenal perfurada conseguem ter confirmados a presença do pneumoperitônio e a indicação precisa de laparotomia com uma radiografia de abdome sem contraste⁵.

A TC é bastante utilizada na rotina do abdome agudo perfurativo devido a sua ampla disponibilidade nos hospitais, menor necessidade de um examinador experiente, boa visualização das estruturas ocas e adjacências e auxílio na determinação mais precisa da localização da perfuração⁵.

A partir desse diagnóstico e avaliação, pode-se inferir que este quadro é uma urgência médica e deve ser tratado prontamente de maneira adequada, já que a mortalidade estimada chega até 10%⁶. Estabelecer um protocolo sistematizado de abordagem e manejo desses pacientes, analisar o comportamento epidemiológico e elencar medidas preventivas é fundamental para minimizar o prejuízo social e financeiro causado por essa síndrome.

Por isso, este estudo objetiva analisar o perfil sócio-epidemiológico dos casos de abdome agudo perfurativo cirúrgico atendidos no Hospital Municipal Djalma Marques, um dos principais centros de atendimento ao trauma e emergência do nosso Estado.

2 MÉTODOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, sob o Parecer nº 1.510.301.

Caracteriza-se como do tipo descritivo-analítico, transversal, individuado, retrospectivo e observacional, realizado a partir da coleta de dados dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Municipal de Trauma e Emergência, Djalma Marques - conhecido como “Socorrão I” - em São Luís-MA.

A formatação deste artigo segue as normas para submissão de artigos científicos e de referências bibliográficas da Revista de Pesquisa em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA.

A amostra foi constituída por todos os 127 pacientes nos quais foram constatados o quadro de abdome agudo perfurativo de terapêutica cirúrgica, no período de agosto de 2014 a março de 2016.

Como critérios de inclusão do estudo foram considerados todos os casos de cirurgias abdominais motivadas por etiologias perfurativas não-traumáticas, como as úlceras pépticas, diverticulites, apendicites e neoplasias perfuradas, além dos casos de perfuração pela ingesta de corpo estranho.

Foram excluídos todos os casos de abdome agudo perfurativo não-cirúrgicos e as 248 perfurações de natureza traumática, como por quedas, perfurações por armas branca (PAB) e de fogo (PAF).

A análise descritiva-analítica foi feita a partir de variáveis quantitativas - como média e moda, frequências absolutas e relativas - e por variáveis

qualitativas de determinadas características dos pacientes: como sexo, idade, município de procedência, verificadas numa ficha protocolo (APÊNDICE) contendo além dessas informações dos pacientes, outros dados como data da admissão, tempo de internação, diagnóstico, procedimentos realizados durante ato cirúrgico, complicações e desfecho do caso.

A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada com o uso do teste do qui-quadrado, sendo consideradas significativas as associações cuja hipótese de nulidade foi inferior a 5% (0,05).

Foram incluídas como complicações, afecções que não se encaixam no curso esperado do pós-operatório como sepse, peritonite, fístulas, deiscências entre outros. Os desfechos observados foram as altas hospitalares, transferências, óbitos e evasões. O tempo de internação foi contado em dias e fora estabelecido como mês de estudo, o mês de admissão hospitalar

Todos esses dados foram compilados e analisados no software Epiinfo, versão 7.2.2.1. O financiamento desta pesquisa foi feito exclusivamente pelos pesquisadores envolvidos. Sem, portanto, qualquer conflito de interesses que possa ser mencionado.

3 RESULTADOS

Dos 1.999 registros de pacientes com quadro de abdome agudo no HMDM no período do estudo, 1.624 casos (81,25%) eram de abdômen agudo por outras etiologias (natureza inflamatória, obstrutiva ou hemorrágica, por exemplo) ou ainda com perfuração de vísceras maciças e/ou outros órgãos.

Além disso, foram observados também 248 casos (12,40%) que até tiveram algum tipo de perfuração de víscera oca do trato gastrointestinal, mas incluíam-se nas desordens de cunho traumático (devido a quedas, acidentes motociclístico/automobilístico, por PAF ou por PAB).

Para o presente estudo, 127 casos (6,35%) obtiveram diagnóstico de Abdome Agudo Perfurativo de vísceras ocas do TGI, de natureza não-traumática e de tratamento cirúrgico, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Do número total de casos, 71,65% foram de pacientes do sexo masculino e 27,55% do sexo feminino e um caso sem descrição do sexo. Com relação ao município de procedência do paciente, 59,1% eram de pacientes provenientes de municípios do interior do Estado, enquanto que 40,2% dos registros eram de pacientes de São Luís e um paciente (0,7%) de outro estado.

Quanto à idade dos pacientes, a média foi de 39,05 anos, com uma moda de 45,5 anos. Quando analisados por grupos etários, a distribuição de incidência foi bastante regular, porém maior na faixa de 41 a 50 anos (21,4%), seguida pela faixa etária de 51-60 anos (15,7%).

O desfecho predominante foi a Alta Hospitalar em 51,9% da amostra. Transferências configuraram 5,5%, Desfecho Desconhecido 12,6% e Evasões

0,08%. A taxa de letalidade do abdome agudo perfurativo no estudo foi de 29,92%.

Dentre os diagnósticos específicos, úlceras pépticas perfuradas destacaram-se como os mais prevalentes e perfizeram 61,41% de todos os casos avaliados. Outros diagnósticos registrados foram os de apendicites perfuradas em 13,4% dos pacientes, diverticulite perfurada em 5,51%, neoplasias em 4,72%, corpo estranho em 3,94% e outros diagnósticos, descritos apenas como abdome perfurativo de ordem desconhecida, em 11,02% (Tabela 01).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico perfurativo

Diagnóstico	Frequência Absoluta	FR (%)
Úlceras pépticas	78	61,41
Apendicites	17	13,40
Diverticulite	07	5,51
Neoplasia	06	4,72
Corpo Estranho	05	3,94
Outros diagnósticos	14	11,02
Total	127	100%

Quanto aos procedimentos realizados, a gastrorrafia mostrou-se aquele com o maior número de registros, com 48,9% de frequência relativa. As apendicectomias aparecem em 2^a lugar, perfazendo 18,1% dos procedimentos. As enterorráfias corresponderam a 9,5% e as gastrectomias, 4,72%. As colectomias corresponderam a 6,3%, as colorrafias figuraram em 1,6% e as colostomias, de 3,9%, representando as abordagens colônicas.

Já as enterectomias representaram 3,1% e as gastroenteroanastomoses realizadas após alguns outros procedimentos como exclusão pilórica, com percentil de 3,9% no total (Tabela 2).

Tabela 2 – Registro de procedimentos realizados durante ato cirúrgico

Procedimento	Frequência	FR (%)
Gastrorrafias	62	48,9%
Gastrectomias	06	4,7%
Enterorrafias	12	9,5%
Enterectomias	04	3,1%
Colectomias	08	6,3%
Colostomias	05	3,9%
Colorrafias	02	1,6%
Apendicectomias	23	18,1%
Gastroenteroanastomoses	05	3,9%
Total	127	100%

Foram registradas complicações em 27,6% dos casos. Do total de pacientes com registro de complicação, 5,5% necessitaram de reabordagem cirúrgica da cavidade abdominal. A complicação mais descrita foi a associação de sepse à peritonite, presente em 40% do total de pacientes. Outras complicações como fístulas, infecção, isquemia/necrose, hemorragia não foram observadas (Tabela 3).

Tabela 3 – Complicações descritas no registro do paciente

Complicação	Frequência	FR (%)
Sepse	13	37,14%
Peritonite	2	5,72%
Deiscência	6	17,14%
Sepse associada a Peritonite	14	40%
Total	35	100%

4 DISCUSSÃO

As úlceras pépticas são apontadas como a principal etiologia de abdome agudo perfurativo: com incidência mantida constante ultimamente (em torno de 7% dos casos), tem-se 7-10 pacientes acometidos em cada 100.000 hab./ano⁷.

Nos casos atendidos no HMDM pôde-se claramente observar tal tendência: as úlceras pépticas perfuradas destacaram-se como as etiologias mais prevalentes, perfazendo 61,41% de todos os pacientes avaliados.

A mortalidade anual relacionada à doença ulcerosa é considerada baixa, principalmente pela revolução no tratamento clínico. Contudo, quando complicadas (como as perfuradas) ou em pacientes com outras comorbidades, pode aumentar consideravelmente: já foram observadas letalidades de 8,47%⁷, considerando-se que a morbidade dessa doença é de 25% até 89%⁸. No HMDM, a letalidade demonstrou-se elevada, em cerca de 37,18% dos casos.

A úlcera duodenal costuma perfurar em 6% a 11% dos casos, enquanto que entre aqueles com úlcera gástrica, 2% a 5%⁸. Entretanto, convém destacar que independente da localização, aproximadamente 65% das cirurgias por essas perfurações apresentam-se associadas à peritonite⁹, sendo a mortalidade desse tipo de complicação de 30% a 50%, apesar da evolução dos antibióticos, técnica cirúrgica, estudos radiográficos e terapia de ressuscitação¹⁰.

Já no serviço hospitalar desse estudo, houve uma discordância quanto à localização da perfuração: as gástricas tiveram maior incidência, visto que as gastrorrafias e gastrectomias, utilizadas para seu tratamento, contabilizaram um total de 53,54%% de todos os procedimentos realizados.

A complicação mais observada também foi diferente da descrita pela literatura: a sepse foi relatada em 25,64% dos casos de perfuração das doenças ulcerosas.

Quando analisadas as frequências de ulcerações perfuradas quanto ao sexo e a procedência, os homens tiveram 2,85 vezes mais propensão a desenvolvê-las, representando um total de 73,1% dos pacientes atendidos, provenientes em sua maioria do interior do estado, cerca de 61,54% dos casos.

A mortalidade da perfuração das úlceras gastroduodenais em relação ao sexo costuma ser maior no feminino, descrita em torno de 18,60% enquanto que a masculina é de 10,06%, mas sem diferença significativa ($p = 0,053$)¹¹.

Justamente em concordância com a análise feita por esses estudiosos, a mortalidade das úlceras perfuradas no sexo feminino foi proporcionalmente maior: 70% (14 mulheres) vieram a óbito, numa população feminina de 20 doentes. Entretanto, a letalidade foi predominantemente masculina, com 19,23% (15 homens) de todos os casos de úlcera perfurada.

As faixas etárias de prevalência das perfurações de úlcera pépticas foram mais observadas no intervalo de 41-50 e 51-60 anos, correspondendo a 25,64% e 14,10% respectivamente, em consonância com a literatura: pacientes que apresentam esse tipo de complicação tem entre 40 e 60 anos de vida¹².

Em relação à escolha do procedimento cirúrgico de correção das perfurações gastroduodenais, o HMDM tem seguido o que é preconizado pelos estudos, realizando rufias gástricas e entéricas simples¹³ (cerca de 58,26% do total de procedimentos realizados para o abdome agudo perfurativo) devido a facilidade na abordagem de emergência, em detrimento de cirurgias mais radicais, como as gastrectomias e enterectomias¹⁴, em torno de 7,87%.

Mudando de foco quanto à patologia, a rotura apendicular figurou como a segunda etiologia de abdome agudo perfurativo: 13,38% dos casos.

A perfuração do apêndice ocorre frequentemente na porção distal em relação à obstrução luminal, ao longo da borda antimesentérica. Apresenta um percentil de incidência de 25,8% dos casos, sendo o atraso na abordagem apontado como principal justificativa para perfurações. Não existe ainda uma medida precisa de tempo para deflagrar quando ocorrerá rotura a partir do início do processo inflamatório¹⁵.

Na literatura, a perfuração apendicular apresenta-se com um pico bimodal: crianças menores de 5 anos de idade e pacientes maiores de 65 anos estão mais propensos à perfuração, com 45% e 51%, respectivamente¹⁵.

Entretanto, não foi essa a realidade observada no Hospital Municipal Djalma Marques: as duas faixas-etária mais prevalentes foram as de 0-10 e 11-20 anos, ambas com percentis de 35,29%. Semelhante às perfurações de úlceras, os pacientes com rotura apendicular eram, predominantemente, do sexo masculino (82,35%), provenientes do interior do estado, 64,70%.

As complicações das apendicites perfuradas foram observadas em 41,18% dos casos, sendo a peritonite (23,53%) a principal, seguida pela formação de abscessos, 11,76%. O desfecho das apendicites perfuradas foi melhor que os das perfurações por ulcerações gastrointestinais, com 88,23% de alta hospitalar e nenhum óbito observado e o procedimento realizado em 100% dos casos foi a apendicectomia.

No que concerne às perfurações por diverticulites, é importante conhecer a classificação de Hinchey para estratificar sua gravidade: Hinchey estágios 1 e 2 são perfurações contidas, geralmente causadas por uma

microperfuração da diverticulite. Os estágios 3 e 4 são perfurações livres, sendo 3º estágio definido como diverticulite associada à peritonite purulenta generalizada, enquanto que o estágio 4 é diverticulite com peritonite feculenta generalizada¹⁶.

Ocorrem em menos de 10% dos casos de diverticulite, sendo que os estágios de Hinchey correlacionam-se com a mortalidade: sendo inferior a 5% para os estágio 1-2, 13% para o estágio 3, 43% para o 4º estágio¹⁶.

Infelizmente, nos registros do SAME do HMDM, a classificação de Hinchey não foi descrita nos casos de diverticulite perfurada, sendo apenas determinada uma prevalência de 5,51% dos casos totais de abdome agudo perforativo e com uma letalidade altíssima, observada em 57,14% dos casos.

O perfil dos pacientes com perfuração por doença diverticular foi um tanto diferente das demais etiologias de abdome agudo perforativo: em sua maioria mulheres (57,14%), na faixa etária de 61-70 anos (42,85%), procedentes da capital, perfazendo um total de 71,42% dos casos e todas apresentando como desfecho, óbito.

Como tratamentos cirúrgicos dessas perfurações, teve-se as colectomias e colostomias, ambas correspondendo a 42,85% e as colorrafias, 14,28% dos casos. E de complicação observada em um único caso, sepse.

A perfuração nos cânceres infiltrantes de colón/reto é uma complicação incomum gravíssima, com incidência em torno de 2,3 a 9% dentre todos os casos de tumores colorretais, que invariavelmente evolui para intervenção cirúrgica em caráter emergencial, visto que nessas situações a morbimortalidade é consideravelmente elevada, em virtude do quadro clínico

de peritonite fecal instalado¹⁷⁻¹⁹. Índices de mortalidade pós-operatória de 11% até 43% são descritos na literatura²⁰⁻²¹.

Em conformidade com a descrição literária, no HMDM foram observados 6 pacientes com esse tipo de perfuração (4,72% do total), tendo todos os casos o pior desfecho clínico: 100% de óbitos. Majoritariamente do sexo feminino (83,33%), os casos eram igualmente procedentes do interior e da capital (50% de cada), sendo a faixa-etária mais acometida entre 71-80 anos (33,3%) e como complicação mais evidente, sepse (66,6%).

E por último, as perfurações por corpos estranhos fecham o panorama das etiologias de abdome agudo perforativo observadas nesse período de 20 meses no HMDM: 3,93% (5 casos) foram dessa natureza, sendo 80% homens, com apresentação de prevalência bimodal entre os picos de 0-10 anos e 51-60 anos (40% cada), provenientes principalmente da capital (60% dos casos), e todos os casos apresentando alta hospitalar. Apenas um caso teve complicação (formação de abscesso *a posteriori*), sendo as enterectomias (80%) o principal procedimento realizado.

5 CONCLUSÃO

O abdome agudo perfurativo é a 3ª etiologia mais frequente da síndrome do abdome agudo de terapêutica cirúrgica de urge/emergência. Por isso, o Hospital Municipal Djalma Marques, referência estadual no atendimento de urgências e emergências e com atendimento diário de um enorme contingente populacional, foi escolhido para tal observação.

E como conclusão desta análise, pode-se inferir que no período de agosto de 2014 a março de 2016, o perfil dos pacientes atendidos por conta das diversas etiologias do abdome agudo perfurativo eram predominantemente indivíduos do sexo masculino (71,65%), na faixa etária entre 41-50 anos (21,25%), procedentes do interior do Estado (59,05%), com tempo médio de internação de 7 dias (15,95%) e tendo por desfecho mais frequente a alta hospitalar (51,18%).

O presente estudo concordou com a literatura na principal etiologia de abdome agudo perfurativo: as ulcerações gastroduodenais (61,41%) lideraram o registro de ocorrências, seguidas pelas roturas apendiculares (13,4%) e pelas diverticulites perfuradas (5,51%) como terceira principal etiologia. Embora incomuns, a prevalência e os altos índices de letalidade das neoplasias colorretais perfurantes foram consonantes com a literatura clássica, correspondendo a 4,72% dos casos e 100% de óbitos.

As complicações, desfechos clínicos e procedimentos mais realizados foram tipicamente abordados segundo a sua etiologia, sendo que em um panorama geral as gastrorragias simples lideraram o ranking por serem as principais indicações de tratamento para as perfurações ulcerosas gástricas, que constituíram-se como as mais prevalentes neste serviço.

E embora não se possa afirmar categoricamente que esse estudo reflita fielmente a atual conjuntura maranhense do perfil clínico dos pacientes com abdome agudo perfurativo - visto que a unidade Djalma Marques não responde sozinha na rede de saúde pelo atendimento desse tipo de síndrome - houve um esforço em se fazer uma compilação de dados que pudesse ajudar a nortear políticas públicas mais bem estruturadas no que tange ao atendimento e manejo do paciente cirúrgico dessa patologia no estado do Maranhão.

REFERÊNCIAS

1. Meneghelli UG. *Elementos para o diagnóstico do abdome agudo*. Rev. Med Ribeirão Preto 2003; 36:283-93.
2. Chaves ALK, Geniole LAI, Vinha J, Fuser M. *Abdome Agudo Perfurativo*. Doenças do Aparelho Digestivo UFMS [periódico online] 2013 Março [capturado em 19 de set de 2017]; 2 (2): [04 telas]. Disponível em: http://production.latec.ufms.br/new_pmm/u2a5.html
3. Ramakrishnan K, Salinas RC. *Peptic ulcer disease*. American family physician. 2007; 76(7):1005-12
4. Lyons C, Clak DC. *Diagnosis of acute abdominal pain in older patients*. An Fam Physician 2006; 74 (9): 1537 - 44
5. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Tratado de Cirurgia – a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
6. Cartwright SL, Knudson MP. *Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults*. American Family Physicians Abril 2008; 77:7.
7. Diogo Filho A, Vasconcelos FL, Rocha HLOG. *Avaliação de úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas em pacientes atendidos no serviço de urgência de um hospital universitário.*, Rev med Minas Gerais. 2003;13(4):234-9
8. Kocer B, Surmeli S, Solak C, Unal B, Bozkurt B, Yildirim O, et al. *Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation*. J Gastroenterol Hepatol. 2007; 22(4):565-70.

9. Coral RP, Coral RV, Menguer RK, Pereira LF, Carraro V. *Tratamento cirúrgico da estenose pilórica*. Rev da AMRIGS - Porto Alegre, out.-dez. 2010; 54 (4):457-460.
10. Ordonez CA, Puyana J.C. *Management of peritonitis in the critically patient* – Surg Clin North Am 2006; 86:1323–49
11. Rocha PE, Pereira Júnior EP. *Avaliação dos fatores de risco de mortalidade no tratamento cirúrgico das úlceras gástricas e duodenais perforadas* [Tese de dissertação de mestrado] São Paulo (SP); Universidade Estadual de São Paulo; 2003. p115.
12. Gonçalves MJ, Carneiro SPR. *Tratamento Cirúrgico das Complicações por Úlcera Péptica*. [Tese de Mestrado Integrado de Medicina] Porto (Portugal); Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2013. p 59.
13. Lui FY, Davis KA. *Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention?* Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society. 2010; 99 (2): 73
14. Bertleff MJ, Lange JF. *Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature*. Am Surgical endoscopy 2010; 24(6):1231-9
15. Schwartz, Principles of Surgery, 10th edition, New York: McGrawHill Education, 2014
16. Hassan A, Khalil MD, Yoo J. *Colorectal Emergencies: Perforated Diverticulitis (Operative and Non-operative Management)*. Am J Gastrointest Surg 2014 April; 18 (4):865–868

17. Mandava N, Kumar S, Pizza WF, April IJ. *Perforated colorectal carcinomas*. Am J Surg 1996; 172:236–8
18. Chen HS, Sheen-Chen SM. *Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends*. Surgery 2000; 127:370-6.
19. Tobaruela E, Camunas J, Enriquez-Navascues JM, Diez M, Martina, Ratia T et al. *Medical factors in the morbidity and mortality associated with emergency colorectal surgery*. Rev Esp Enferm Dig 1997; 89:13-22
20. Lee IK, Sung NY, Lee YS, Lee SC, Kang WK, Cho HM et al. *The survival rate and prognostic factors in 26 perforated colorectal cancer patients*. Int J Colorectal Dis 2006; 22 (5):467-73
21. Horiuchi A, Watanabe Y, Doi T, Sato K, Yukumi S, Yoshida M, et al. *Evaluation of prognostic factors and scoring system in colonic perforation*. World J Gastroenterol 2007; 13 (23):3228–31

APÊNDICE: FICHA PROTOCOLO

1 - Identificação

Nome (Iniciais): _____

Sexo: Masculino / Feminino / Desconhecido

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Procedência: Capital / Interior / Outro Estado / Desconhecida

2 - Internação

Ano: _____

Mês da admissão: _____

Período de Internação (Dias): _____

3 - Diagnóstico

3.1. () Apendicite Perfurada

3.2. () Diverticulite Perfurada

3.3. () Úlcera Péptica Perfurada

3.4. () Neoplasias Perfuradas

3.5. () Corpo Estranho (CE)

3.6. () Perfuração por Armas de Fogo (PAF)

3.7. () Perfuração por Armas Brancas (PAB)

3.8. () Quedas

3.9. () Outros _____

4 - Procedimento Intraoperatório

4.1. () Apendicectomia

4.2. () Enteroanastomose

4.3. () Enterectomia

4.4. () Enterorrafia

4.5. () Gastrorrafia

4.6. () Colectomia

4.7. () Colostomia

4.8. () Colorrafia

4.9. () Lavagem de cavidade

4.10 () Outros

5 - Complicações / Não complicada

5.1. () Isquemia/Necrose

5.2. () Sepses Abdominal

5.3. () Fístula

5.4. () Deiscência/Evisceração

5.5. () Hemorragia

5.6. () Abscesso

5.7. () Peritonite

5.8. () Infecção

5.9. () Outros

6 - Necessidade de Reoperação Sim / Não

7 - Desfecho:

7.1. () Óbito

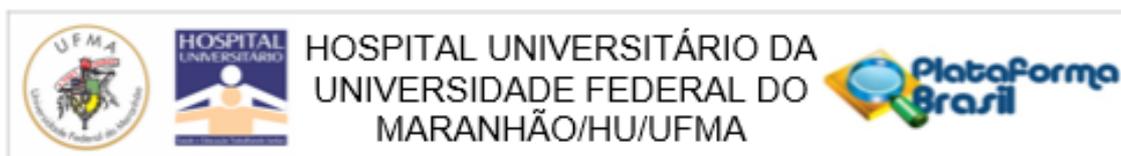
7.2. () Alta

7.3. () Transferência

7.4. () Evasão

7.5. () Outro/Desconhecido

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abdome agudo no Hospital Municipal Djalma Marques: Perfil do paciente Cirúrgico

Pesquisador: Orlando José dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54887316.1.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

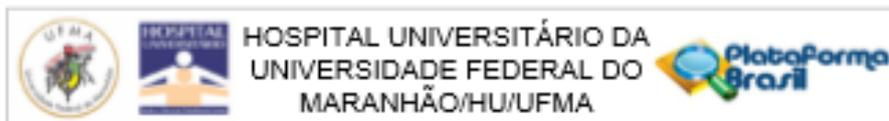
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.510.301

Apresentação do Projeto:

O termo abdome agudo é amplo e compreende inúmeras situações clínicas. Alguns autores têm definido abdome agudo como uma dor na região abdominal, não traumática, de aparecimento súbito e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas. Geralmente com duração de horas até quatro dias, não ultrapassando sete dias. Em geral, necessita de intervenção médica imediata, cirúrgica ou não. Uma grande série de doenças musculares, gastrointestinais, ginecológicas, urológicas, vasculares, psicossomáticas, cardíacas,

parasitárias, pulmonares e intoxicações exógenas, dentre outras podem causar dor abdominal e até simular abdome agudo. No entanto, habitualmente os cirurgiões classificam o abdome agudo segundo a natureza do processo determinante, em: inflamatório, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico. Diante da diversidade etiológica da dor abdominal e do abdome agudo, é fundamental uma metodologia investigativa adequada, para obtermos, do paciente, as informações necessárias para o diagnóstico correto. A videolaparoscopia e a laparotomia exploradora constituem-se nos meios diagnósticos definitivos, para aqueles casos onde toda a sequência de exames anteriores não foi suficiente ou como meio terapêutico para os casos onde os exames definiram uma patologia cirúrgica como causa da dor abdominal. Outro aspecto importante sobre a videolaparoscopia em situações



Continuação do Parecer: 1.011.301

de emergência é a necessidade de equipes treinadas e cirurgiões experientados, habituados com esta técnica. Caso não exista esta disponibilidade, deve-se optar pela laparotomia exploradora como técnica mais segura, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Há muitas variáveis a serem consideradas, porém, até o momento, foram apresentadas as diretrizes para o diagnóstico, ainda não tendo sido discutido as opções terapêuticas específicas. Frequentemente, o tratamento específico se refere a uma intervenção cirúrgica. Contudo, em algumas situações de abdome agudo, o tratamento específico é eminentemente clínico como na pancreatite aguda. Estudo com abordagem quantitativa realizado com dados secundários de pacientes portadores de abdome agudo com indicação cirúrgica no período de agosto de 2014 a agosto de 2016. Os dados serão analisados de acordo com as frequências absolutas e percentual (estatística descritiva). As variáveis categóricas, qualitativas e quantitativas deste estudo serão submetidas à análise estatística básica. Frequências relativas e absolutas dos resultados obtidos serão representadas por meio de gráficos e tabelas. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar descritivamente o perfil dos pacientes com diagnóstico de abdome agudo submetidos à procedimentos cirúrgicos internados no Hospital Municipal Djalma Marques – HMDM através de preenchimento de questionário específico. Os critérios que serão avaliados: Idade, sexo, procedência, ano e causa da cirurgia, complicações e desfecho.

Objetivo Secundário:

Com a obtenção dos dados através do questionário específico, teremos um maior conhecimento da clínica em torno do paciente diagnosticado com abdome agudo, as etiologias das intervenções, as complicações e seus desfechos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

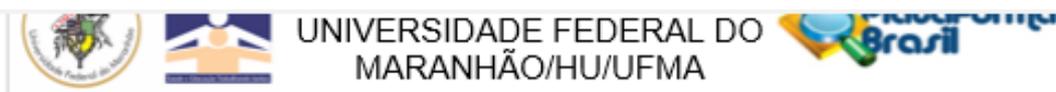
Riscos:

Como a coleta de dados será realizada por meio dos prontuários, o risco ao sujeito incluso na pesquisa está relacionado ao sigilo e confidencialidade dos dados. O pesquisador garante a confidencialidade de todos os dados obtidos.

Benefícios:

Os benefícios desse estudo é o aumento do conhecimento relacionado ao diagnóstico e tratamento

Endereço: Rua Barão de Igaray nº 227	CCP: 05.020-070
Dalmo: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2100-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.510.301

do abdome agudo cirúrgico. Com isso, pode-se propor uma estratégia de intervenção precoce nos casos relacionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo busca conhecer o perfil dos pacientes com diagnóstico de abdome agudo submetidos a cirurgia em um hospital público no período de agosto de 2014 a agosto de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
