

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

FELIPE CARVALHO BARROS SOUSA

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

SÃO LUIS

2017

FELIPE CARVALHO BARROS SOUSA

**ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO 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 Médico

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

SÃO LUIS
2017

Sousa, Felipe Carvalho Barros

Abdome agudo inflamatório no Hospital Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. / Felipe Carvalho Barros Sousa, São Luís, 2017.

XX f.

Orientador: Orlando José dos Santos

Artigo(Graduação) Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, 2017.

1. Abdome Agudo. I. Santos, Orlando José (Orient.)

II. Título

FELIPE CARVALHO BARROS SOUSA

**ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO 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 Médico

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

BANCA EXAMINADORA

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

**Prof. Dr. Sebastião Barreto de Brito Filho - Examinador
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof. Me. Santiago Cirilo Noguera Servin - Examinador
Universidade Federal do Maranhão**

**Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa
Universidade Federal do Maranhão**

**SÃO LUIS
2017**

ARTIGO A SER SUBMETIDO

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

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

Orlando José dos Santos¹

Felipe Carvalho Barros Sousa²

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

1- Professor Doutor Adjunto II da Universidade Federal do Maranhão

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

Autor responsável: Felipe Carvalho Barros Sousa – felipesousa573@yahoo.com.br

DEDICATÓRIA

A meu pai, Félix, seu amor e alegria ultrapassam até a mais intransponível das barreiras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter traçado Seus planos em minha vida e me dado forças para almejá-los, não tenho palavras para representar tamanho amor.

À minha mãe Socorro e meu irmão Júnior, que assistiram toda minha jornada até aqui e me ensinaram a ter coragem para enfrentar cada desafio, alegraram-se em cada vitória e me acolheram em cada derrota.

A Patrícia, que todos os dias me ajuda a crescer e me traz a sensação de que o amanhã será ainda melhor que hoje.

Aos meus amigos de graduação Carolina, Nordman, Laisson, Beatriz, Clariano e Marília, que a seu modo, e em momentos diferentes foram médicos da minha alma.

Aos amigos Laila, Lia, Luana, Brenno, Vinicius, Patricia, Thalisson, Beatriz, Gabriel e Lucas, pela paciência e compreensão quando estive ausente e pela alegria em se fazer presente.

Ao meu orientador, Professor Orlando Santos, pela oportunidade de cruzar as portas da ciência e pelo seu exemplo forte de médico e professor.

À Liga do Trauma e todos os meus companheiros lateanos, onde grandes ideias e projetos se criam, pelo conhecimento compartilhado e por todos os momentos únicos dos últimos anos.

Ao Laboratório de Habilidades e ao Professor Santiago pelos desafios vencidos e apoio na aspiração à docência, caminho o qual hoje tanto admiro.

E por fim a toda a turma 95, professores e funcionários do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, vocês foram o pilar da minha formação, obrigado por tudo e mantenham sempre a força inabalável.

RESUMO

Introdução: O abdome agudo figura entre umas das maiores causas de procura por serviços médicos de emergência. A etiologia inflamatória possui a maior prevalência como causa dessa síndrome e frequentemente necessita de tratamento cirúrgico. Um rápido diagnóstico e tratamento são essenciais para um desfecho favorável ao paciente. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos pacientes com abdome agudo inflamatório submetidos ao tratamento cirúrgico de emergência no Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) no período de 23 meses. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, individuado, observacional, transversal e retrospectivo, realizado a partir de dados do registro de pacientes com abdome agudo cirúrgico no HMDM. A amostra foi constituída por pacientes diagnosticados com abdome agudo inflamatório e obtiveram admissão e desfecho no período de agosto de 2014 a junho de 2016. **Resultados:** A amostra foi composta de 868 pacientes diagnosticados com abdome agudo de etiologia inflamatória e submetidos a tratamento cirúrgico no HMDM. Nestes registros foram predominantes os pacientes do sexo masculino (61,68%), na segunda década de vida (25,52%) e com o diagnóstico de apendicite (86,41%). O tempo de internação foi maior em pacientes provenientes do interior (9,6 dias), assim como o número de complicações registradas, sendo as principais a infecção de sítio cirúrgico, sepse e aderências. **Conclusão:** O perfil do paciente com abdome agudo inflamatório tem se mantido o mesmo através dos anos. O HMDM é responsável pelo atendimento de um grande número de pacientes cirúrgicos, diversos pontos de fragilidade no sistema de atendimento merecem ser reconhecidos e abordados para que as taxas de complicação e mortalidade no hospital se aproximem daquelas de países desenvolvidos.

Palavras-chave: abdome agudo; inflamatório; apendicite

ABSTRACT

Introduction: Acute abdominal pain is amongst the most common causes of visits to emergency departments. Inflammatory etiologies hold the higher prevalence when compared to other causes of the syndrome and frequently need surgical intervention. Prompt diagnosis and treatment are essential for a positive outcome for the patient.

Objective: Evaluate the profile of patients diagnosed with inflammatory acute abdomen who went under emergency surgery at the Djalma Marques Municipal Hospital (HMDM) in a 23 months period. **Methods:** Descriptive, retrospective, individual, cross-sectional and observational study, executed from the database of inflammatory acute abdomen at the Djalma Marques Municipal Hospital. The sample was constituted by patients diagnosed with inflammatory acute abdomen who had admission and outcome within the period of August 2014 to June 2016. **Results:**

The sample was composed of 868 patients diagnosed with acute abdomen of inflammatory etiology who underwent surgical treatment at HMDM. In these records predominated male patients (61,68%), on their second decade of life (25,52%) and diagnosed with appendicitis (86,41%). Length of hospital stay was higher in patients coming from the countryside (9,6 days), as was the incidence of complications.

Conclusion: The inflammatory acute abdomen patient's profile has remained the same throughout many years. HMDM is responsible for the assistance of a great sum of surgical patients, many fragile spots in the system must be identified and managed so that morbidity and mortality rates at the service can compare to those of developed countries.

KEYWORDS: acute abdomen; inflammatory; appendicitis

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Distribuição de diagnósticos de acordo com sexo dos pacientes
Tabela 2- Frequência de procedimentos realizados durante ato cirúrgico
Tabela 3- Complicações descritas no registro do paciente

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMDM-	Hospital municipal Djalma Marques
ISC-	Infecção de Sítio Cirúrgico
DIP-	Doença Inflamatória Pélvica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE.....	26
ANEXO	28

1 INTRODUÇÃO

Abdome agudo é definido como um quadro de dor abdominal com intensidade severa e instalação aguda, usualmente menos de 48 horas, desencadeado por uma variedade de processos patológicos, os quais podem ser afecções intra ou extra-abdominais¹. Estudos epidemiológicos já apontaram o abdome agudo como causa de 5%-10% da procura ao serviço de emergência²⁻⁴. Um rápido diagnóstico e abordagem terapêutica são essenciais no manejo dessa síndrome, e estão associados a um prognóstico mais favorável⁵.

As preocupações do médico assistencialista na vigência de um quadro de abdome agudo é diagnosticar causas que necessitam de abordagem cirúrgica imediata. Diversos autores classificam as causas de abdome agudo dentro de categorias, sendo listadas, dessa forma, como patologias de etiologia inflamatória, obstrutiva, hemorrágica, isquêmica ou perfurativa^{1,7}.

Durante a avaliação, uma história clínica deve ser colhida inicialmente, de forma que a dor abdominal seja caracterizada de forma minuciosa, esta deve incluir início dos sintomas, localização, fatores de melhora e piora, intensidade e padrão de irradiação do quadro doloroso, dados indispensáveis para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais⁶. Sintomas associados devem ser investigados e valorizados, principalmente em pacientes cuja apresentação clínica do quadro álgico abdominal é atípica. Pacientes idosos, diabéticos e em uso de medicações, comprovadamente, cursam mais comumente com apresentações atípicas de abdome agudo, necessitando de maior atenção na abordagem diagnóstica²⁻³.

O exame físico e exames complementares quando bem conduzidos a partir da história demonstram capacidade de indicar a cirurgia corretamente em mais de 90% dos casos de abdome agudo⁷. A melhor modalidade de exame de imagem deve ser voltada às suspeitas diagnósticas. Radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética são os métodos mais utilizados e guardam sensibilidade e especificidade variável de acordo com as diversas etiologias de abdome agudo⁸.

Após investigação, a indicação de tratamento deve seguir em duas linhas distintas: a abordagem cirúrgica ou conservadora⁹. Quando da indicação de intervenção cirúrgica, a presença precoce do cirurgião é imperativa e este deve avaliar o melhor momento para abordar o abdome do paciente. Patologias causadoras de abdome agudo ocasionalmente necessitam de cirurgia em caráter emergencial, como na ruptura de um aneurisma aórtico ou perfuração de vísceras, especialmente quando há instabilidade de parâmetros hemodinâmicos, porém há outras situações onde o procedimento deve ser referido em situação de urgência ou até mesmo eletivo precoce¹⁰⁻¹¹.

O abdome agudo de etiologia inflamatória é caracterizado por processo inflamatório na maior parte dos casos desencadeado por infecção bacteriana, a inflamação de víscera intraperitoneal com posterior inflamação do peritônio parietal é a apresentação típica dessa afecção. Estudos têm demonstrado que a apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo em adultos e crianças, chegando a até 82% no Estados Unidos e 92% em Israel. No período neonatal, a enterocolite necrosante é a patologia mais diagnosticada nos casos de dor abdominal aguda¹².

A mortalidade por abdome agudo inflamatório em estudos epidemiológicos varia de 0,04% em países desenvolvidos a 2% em países subdesenvolvidos¹². Tais achados são reflexo direto da facilidade de acesso rápido da população a tratamento cirúrgico, investimento e organização dos serviços de urgência cirúrgica de uma localidade.

No Maranhão, o Hospital Municipal Djalma Marques - Socorrão I é referência estadual no atendimento de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, mesmo na presença de outras unidades locais com este papel.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil dos pacientes com abdome agudo inflamatório submetidos ao tratamento cirúrgico de emergência no HMDM no período de 23 meses.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, individuado, observacional, transversal e retrospectivo, realizado a partir de dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Municipal Djalma Marques em São Luís, no estado do Maranhão. O financiamento da pesquisa foi feito pelos próprios pesquisadores, sem conflitos de interesse.

Este artigo segue as normas para apresentação de documentos científicos e de referências bibliográficas da Revista de Pesquisa em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão –HUUFMA.

A pesquisa foi submetida a análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, obtendo aprovação sob parecer de número 1.510.301.

A amostra foi constituída por todos os pacientes submetidos a cirurgia com acesso à cavidade peritoneal que tiveram diagnóstico intra-operatório de abdome agudo de etiologia inflamatória, no período de agosto de 2014 a junho de 2016.

Para fins de inclusão no estudo, foram considerados todos os casos de laparotomia com diagnóstico de etiologia inflamatória como causa da sintomatologia abdominal.

Foram excluídos da amostra todos os casos de abdome agudo de etiologia traumática, perfurativa, hemorrágica, isquêmica ou obstrutiva, nos quais o processo inflamatório intra-abdominal se deu de forma secundária a outra afecção que melhor se enquadra nas classificações já citadas. Pacientes submetidos a tratamento conservador também não fizeram parte do grupo estudado.

Os dados foram obtidos por meio do registro de pacientes com abdome agudo cirúrgico. Estes foram compilados no software Epi Info, versão 7.1.3.10 (Center for Disease Control and Prevention), foi utilizada uma ficha protocolo (APÊNDICE) contendo informações de idade, sexo, setor de internação, município de procedência do paciente, data da admissão, tempo de internação, diagnóstico, procedimento realizado durante a laparotomia, complicações e desfecho do caso.

Foram consideradas complicações todos os achados cirúrgicos descritos que não se encaixam na história natural da doença ou afecções descritas no período de vigência hospitalar. Os desfechos considerados foram alta, óbito, transferência ou evasão. A variável tempo de internação foi contada em dias, subtraindo-se o último dia de internação da data de admissão. Para fins organizacionais, foi estabelecido como mês de estudo o da admissão, porém apenas os pacientes com desfecho definido no período foram inseridos no estudo.

Foi realizada a análise descritiva de acordo com os dados computados, para variáveis quantitativas foram calculadas média e moda. Para variáveis qualitativas, calculou-se frequências absolutas e relativas. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada com o uso do teste do qui-quadrado, foram consideradas significativas as associações cujo p-valor foi inferior a 0,05.

3 RESULTADOS

Foram analisados 2267 registros de pacientes submetidos a cirurgia por quadro de abdome agudo traumático e não traumático no HMDM em São Luís-MA no período do estudo, dos quais 868 (38,29%) obtiveram diagnóstico de Abdome Agudo Inflamatório e obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Do número total de casos, 528 (61,68%) foram de pacientes do sexo masculino e 328 (38,32%) do sexo feminino, 12 registros não continham informação de sexo. Com relação ao município de procedência do paciente, 484 (55,82%) registros eram de pacientes de São Luís-MA enquanto 380 (43,83%) eram de pacientes provenientes de municípios do interior do Estado, apenas 3 casos de atendimento a pacientes de outros estados foram registrados no período e 1 registro era de procedência desconhecida.

A média de idade dos pacientes foi de 25,25 anos, com uma moda de 8 anos. Quando analisados por grupos etários, a incidência foi maior na faixa dos 11 aos 20 anos (25,52%), seguida pela faixa de 0-10 anos (23,44%), sendo a incidência cumulativa do nascimento até o fim da terceira década de vida de 68,36%.

Quando analisados por setor de internação, a clínica cirúrgica foi sede de 592 casos (68,36%), seguida pela Cirurgia Pediátrica com 260 casos (30,02%) e pela Unidade de Terapia Intensiva com 13 casos (1,5%). O desfecho predominante foi a Alta Hospitalar em 90,07% da amostra. Transferências configuraram 6,7%. A taxa de letalidade do abdome agudo inflamatório no estudo foi de 2,66%.

Dentre os diagnósticos específicos apresentados, a apendicite destaca-se como o mais comum e esteve presente em 86,41% dos casos estudados. Outros diagnósticos registrados foram os abscessos intracavitários em 8,99% dos pacientes, infecção decorrente de cirurgia abdominal prévia por outras causas em 4,15%, colecistite aguda em 3,46%, doença inflamatória pélvica em 2,19%, diverticulite em 1,15% e pielonefrite em 0,69% da amostra, a distribuição de acordo com o sexo dos pacientes pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de diagnósticos de acordo com sexo dos pacientes*

Diagnóstico	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (p)
Apendicite	478 (64,5)	262 (35,5)	740 (<0,05)
Abscesso	41 (46,05)	35 (53,95)	76 (0,18)
ISC	22 (61,11)	14 (38,89)	36 (0,91)
Colecistite	13 (43,33)	17 (57,67)	30 (<0,05)
DIP	0 (0)	19 (100)	19 (<0,05)
Diverticulite	7 (70)	3 (30)	10 (0,05)
Pielonefrite	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (0,31)

*Mais de um diagnóstico foi possível para um mesmo paciente

Seguindo a tendência apresentada no diagnóstico, a apendicectomia figurou como procedimento com maior número de registros com 86,52% de frequência. A colecistectomia apresentou-se como segundo procedimento específico mais realizado com 3,92% dos casos. (Tabela 2)

Tabela 2 – Frequência de procedimentos realizados durante ato cirúrgico

Procedimento	N	FR (%)
Apendicectomia	751	86,52
Drenagem de Cavidade	91	10,48
Colecistectomia	34	3,92
Colectomia	17	1,96
Colostomia	18	2,07
Enteroanastomose	22	2,53
Enterorrafia	12	1,38

Para 19,17% dos casos havia descrição de complicação da doença de base ou do procedimento cirúrgico. Do total de pacientes com registro de complicação 58,43% necessitaram de reabordagem cirúrgica da cavidade abdominal. A complicação mais descrita foi a infecciosa, presente em 7,59% do total de casos.

Tabela 3 – Complicações descritas no registro do paciente

Procedimento	N	FR (%)
ISC e Abscesso	61	7,03
Outros	49	5,65
Sepse	29	3,34
Aderências	22	2,53
Perfuração	15	1,73
Fístula	11	1,27
Deiscência	14	1,61

4 DISCUSSÃO

Já é bem estabelecido em diversos estudos que a apendicite figura como principal causa de abdome agudo cirúrgico não traumático¹³⁻¹⁴. O presente estudo demonstra incidência de apendicite aguda em 33,08% do grupo de pacientes submetidos a laparotomia por abdome agudo de qualquer etiologia traumática ou não, e incidência de 86,41% no grupo com diagnóstico de abdome agudo inflamatório.

Devido à expressiva representatividade na amostra, os fatores de risco para o abdome agudo inflamatório se associam àqueles da apendicite aguda. A maior incidência em indivíduos do sexo masculino e na segunda década de vida na amostra é compatível com os achados de outros estudos semelhantes que apontam homens jovens como grupo populacional mais acometido^{13,15-16}.

Os meses de janeiro e março foram os que apresentaram o maior número de admissões de pacientes na amostra. Dos 750 casos de apendicite, 421 ocorreram no primeiro semestre, período que apresentou uma frequência relativa de 56,1%. Uma revisão de literatura publicada em 2014 demonstra um aumento de casos de apendicite durante o verão em países de clima temperado ou período chuvoso em países de clima tropical, como no caso do Brasil¹⁷. Todavia, tal correlação não foi estatisticamente relevante no presente estudo ($p=0,305$).

O tempo de internação médio de 7,75 dias sofreu influência de outras variáveis. Os pacientes com diagnóstico de apendicite tiveram um menor tempo de internação (7,02 dias) quando comparados a pacientes com outros diagnósticos (12,5 dias). Estudos descritivos em grandes amostras europeias demonstraram resultados semelhantes a este com tempo de internação médio

de 7-8 dias para apendicite aguda, independente da via de acesso cirúrgico¹⁸. Tais achados contrastam com alguns estudos controlados que demonstram uma média de internação de 3,8 dias para pacientes submetidos a apendicectomia por via convencional¹⁹⁻²⁰,

Os pacientes precedentes do interior não só apresentaram um maior tempo médio de internação (9,68 dias) quando comparados aos pacientes provenientes da capital (6,25 dias), mas também tiveram maior representatividade no total de óbitos da amostra, correspondente a 60,77%, o que foi demonstrado em um estudo semelhante como resultado da demora entre o diagnóstico e a abordagem cirúrgica do abdome agudo, o que implicaria em maior taxa de complicações e necessidade de maior tempo de internação²¹.

A taxa de pacientes com complicações registradas após o diagnóstico de apendicite na amostra é de 14,02%. Entretanto, é descrito em outros trabalhos que o tempo de internação maior que 7 dias é um indicativo da presença de complicações²²⁻²³, sendo esta taxa na amostra de 27,2%, dado que sugere deficiência nos registros de complicações no HMDM.

Na amostra geral a necessidade de relaparotomia foi de 11,20%, já nos pacientes com diagnóstico de apendicite essa porcentagem foi de 7,6%. Estudos americanos demonstraram uma taxa de 0-1,6% de reabordagem cirúrgica para pacientes com apendicite aguda. A cirurgia aberta apresentou uma taxa próxima a zero de necessidade de reabordagem cirúrgica em estudos norte-americanos²⁰, todas as apendicectomias no Hospital Djalma Marques foram realizadas por via convencional.

Quando analisadas as complicações específicas, a mais descrita foi a infecção de sítio cirúrgico que teve sua taxa em 3,6% nos casos de apendicite,

achado esse compatível com o intervalo esperado determinado em estudos realizados em outros países em desenvolvimento como Tailândia e Nigéria ²¹⁻

²².

5 CONCLUSÃO

O abdome agudo inflamatório é um diagnóstico frequente no atendimento de emergência cirúrgica do Hospital Municipal Djalma Marques, sendo a apendicite aguda a etiologia de maior representatividade. O grupo estudado é composto majoritariamente de indivíduos do sexo masculino, na segunda década de vida, procedentes do município de São Luís, com tempo médio de internação de 7 a 8 dias.

As taxas de complicações, desfechos desfavoráveis e tempo médio de internação no HMDM são próximas às de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, o que sugere espaço para que o serviço de emergência e cirurgia se aperfeiçoe na assistência à população maranhense, até que se alcancem números mais próximos àqueles atuais de países desenvolvidos.

O maior tempo de internação e taxas de complicação ainda são influenciados por fatores socioeconômicos da população. O elevado número de pacientes provenientes do interior é um dado que sugere a dificuldade de acesso ao serviço cirúrgico em outros municípios do estado, a demora no acesso ao serviço de saúde pode ser o fator determinante no aumento do número de complicações e tempo de estadia no hospital.

O HMDM cumpre seu papel como referência em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde do Maranhão. Ainda que diante dos mais diversos obstáculos, o volume de diagnósticos e tratamentos realizados nos serviços do hospital é expressivo na rede assistencial. Cabe aos gestores, no âmbito estadual, melhor articular o acesso ao sistema de saúde e serviços de cirurgia de urgência do SUS.

Propostas tais questões, conclui-se que o abdome agudo inflamatório, largamente representado pela apendicite aguda, é uma síndrome que mantém epidemiologia constante ao longo de várias décadas. A mudança deve ser buscada por meio de medidas de prevenção secundária, de forma a prevenir complicações e morbidade. Com um processo de acesso a saúde, diagnóstico e tratamento bem estabelecido, poupam-se recursos, satisfação dos profissionais, mas principalmente bem estar de cada pessoa tratada no serviço.

6 REFERÊNCIAS

1. Sabiston, Tratado de Cirurgia. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010.
2. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, et al. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005; 23:259.
3. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994; 19:146.
4. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, et al. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131:219.
5. John L Kendall. Acute Abdominal Pain. IN: UpToDate, 2016.
6. Hardy A, Butler B, Crandall M. The Evaluation of the Acute Abdomen. *Common Problems in Acute Care Surgery* 2013, 19-31.
7. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. *American Family Physicians* Abril 2008; 77:7.
8. Lopes AC, Reibschid S, Szejnfeld J. Abdome agudo - Clínica e Imagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
9. Csenar ML. Assessment of Acute Abdomen in the Emergency Department. Zagreb. Tese [Graduação em Medicina] – University of Zagreb; 2015.
10. Soybel DI, Delcore R. Acute abdominal pain. *ACS Surgery: Principles and Practice*. New York 2006.

11. Trentzsch H, Werner J, Jauch KW. Der akute Abdominalschmerz in der Notfallambulanz - ein klinischer Algorithmus für den erwachsenen Patienten. *Zentralbl Chir* 2011.136: 118–128.
12. Hadley GP. Intra-abdominal sepsis — Epidemiology, aetiology and management. *Seminars in Pediatric Surgery* 2014. 357–362
13. Al-Omran M, Mamdani MM. Epidemiologic features of acute appendicitis in Ontario, Canada. *Can J Surg* 2003. 46: 263-268.
14. Liu CD, McFadden DW. Acute abdomen and appendix. *Surgery: scientific principles and practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. 1246-61.
15. Ohmann C, Franke C, Kraemer M, Yang Q. Status report on epidemiology of acute appendicitis. *Chirurg* 2002. 73(8):769-76.
16. Sulu B. Demographic and Epidemiologic Features of Acute Appendicitis, Appendicitis - A Collection of Essays from Around the World. InTech 2012.
17. Fares A. Summer appendicitis. *Ann Med Health Sci Res* 2014;4:18-21.
18. Andreu-Ballester J.c. et al. Epidemiology of Appendectomy and Appendicitis in the Valencian Community (Spain), 1998–2007. *Digestive Surgery*, [s.l.], v. 26, n. 5, p.406-412, 2009.
19. Guller U, Hervey S, Purves H, Muhlbaier LH, Peterson ED, Eubanks S, et al. Laparoscopic Versus Open Appendectomy: Outcomes Comparison Based on a Large Administrative Database. *Annals of Surgery* Jan 2004. 239(1): 43-52.

20. Katkhouda N, Mason RJ, Towfigh S, Gervorgyan A, Essani R. Laparoscopic Versus Open Appendectomy: A Prospective Randomized Double-Blind Study. *Annals of Surgery* 2005. 242(4): 439-450.
21. Lima A P et al. Clinical-epidemiological profile of acute appendicitis: retrospective analysis of 638 cases. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [s.l.], v. 43, n. 4, p.248-253, ago. 2016.
22. Oguntola A S, Adeoti M L, Oyemolade T A. Appendicitis: Trends in incidence, age, sex, and seasonal variations in South-Western Nigeria. *Ann Afr Med* 2010;9:213-7
23. Kasatpibal N, Nørgaard M, Sørensen HT, Schönheyder HC, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V. Risk of surgical site infection and efficacy of antibiotic prophylaxis: a cohort study of appendectomy patients in Thailand. *BMC Infectious Diseases* 2006. 6:111.

APÊNDICE

Ficha Protocolo

1 - Identificação

Nome (Iniciais): _____

Sexo: Masculino / Feminino

Idade: _____

Procedência: Capital / Interior / Outro Estado / Desconhecida

2 - Internação

Ano: _____

Mês da admissão: _____

Período de Internação (Dias): _____

Setor de Internação: Clínica Cirúrgica / Pediátrica / UTI

3 - Diagnóstico

- 3.1. () Apendicite
 - 3.2. () Diverticulite
 - 3.3. () Colecistite
 - 3.4. () Doença Inflamatória Pélvica
 - 3.5. () Pancreatite
 - 3.6. () Abscesso cavitário
 - 3.7. () Pielonefrite
 - 3.8. () Infecção de Sítio Cirúrgico
 - 3.9. () Outros _____
-

4 - Procedimento INtraoperatório

- 4.1. () Apendicectomia
- 4.2. () Enteroanastomose
- 4.3. () Enterorrafia
- 4.4. () Salpingectomia
- 4.5. () Drenagem de Abscesso
- 4.6. () Nefrectomia
- 4.7. () Nefrostomia
- 4.8. () Pancreatectomia
- 4.9. () Colecistectomia
- 4.10. () Colectomia
- 4.11. () Colostomia
- 4.12. () Peritoneostomia

5 - Complicações / Não complicada

- 5.1. () Infecção de Sítio Cirúrgico/ Abscesso
- 5.2. () Sepses Abdominal
- 5.3. () Fístula
- 5.4. () Descência
- 5.5. () Aderências
- 5.6. () Perfuração de Víscera
- 5.7. () Evisceração
- 5.8. () Outros

6 - Necessidade de Reoperação Sim / Não

7 - Desfecho:

7.1. () Óbito

7.2. () Alta

7.3. () Transferência

7.4. () Evasão

7.5. () Outro

ANEXO

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.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br