

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

SERGIO ROBERTO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR

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

SÃO LUIS
2017

SERGIO ROBERTO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO 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

Silva Júnior, Sergio Roberto Pereira da
Abdome Agudo Obstrutivo no Hospital Municipal Djalma Marques:
Perfil do Paciente Cirúrgico. / Sergio Roberto Pereira da Silva
Júnior. - São Luís, 2017.
XXVIII f.

Orientador (a) : Prof. Dr. Orlando José dos Santos.

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

1. Abdome Agudo. 2. Obstrutivo. 3. Hérnia. 4. Socorrão.
I. Santos, Orlando José dos (Orient,). II. Título

SERGIO ROBERTO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO 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. Josiel Paiva Vieira- Examinador 1
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof. Ms. Manoel Lages Castello Branco Neto - Examinador 2
Universidade Federal do Maranhão**

**Prof^a Ms. Adriana Lima dos Reis Costa - Examinador 3
Universidade Federal do Maranhão**

**SÃO LUIS
2017**

ARTIGO A SER SUBMETIDO

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

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

Orlando José dos Santos¹

Sergio Roberto Pereira da Silva Júnior²

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 –Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Autor responsável: Sergio Roberto Pereira da Silva Júnior – sergio_rbt@yahoo.com.br

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmã, pelo incansável apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, o criador e maestro de toda a existência humana.

Aos meus pais, Alfriza e Sergio, por terem me concedido o dom da vida e darem-me todo o suporte e educação. Em especial à minha mãe, que representou papel duplo na minha educação, com seu amor imenso, prezando por mim mais que qualquer outro.

À minha irmã, Sergianny, por ser esse ser de luz na minha vida.

Ao Prof. Dr. Orlando José dos Santos, pelos ensinamentos e dedicação memorável à docência.

À Dona Rosilda Belchior, pela coleta dos dados no serviço de atendimento médico e estatística (SAME) do Hospital Djalma Marques.

À Universidade Federal do Maranhão, pelo acolhimento e formação acadêmica.

À todos os meus amigos, que de forma única e individual fizeram da minha jornada algo mais fluido, divertido e suportável.

RESUMO

Introdução: O abdome agudo representa uma das maiores causas de procura por ajuda médica em serviços de urgência e emergência. A etiologia obstrutiva protagoniza a segunda maior causa dessa síndrome. Um eficaz protocolo para diagnóstico e tratamento é fundamental para a manutenção da saúde do paciente.

Objetivo: Analisar o perfil dos indivíduos com abdome agudo obstrutivo sujeitos ao tratamento cirúrgico de emergência no Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) em um período de 12 meses. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo-analítico, observacional, individuado, retrospectivo e transversal, desenvolvido a partir do banco de dados de pacientes com abdome agudo cirúrgico no HMDM. A amostra foi formada por doentes com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo atendidos no período de janeiro a dezembro de 2015. **Resultados:** A amostra foi constituída por 186 pacientes com abdome agudo obstrutivo tratados cirurgicamente no HMDM. Nestes casos foram majoritários os pacientes do sexo masculino, com distribuição bimodal quanto à faixa etária, com primeiro pico na primeira década e com segundo pico na sétima década de vida, predominando hérnias da parede abdominal neste grupo e intussuscepção intestinal naquele. O tempo de internação médio foi de 7,04 dias e a principal procedência foi o interior do estado. **Conclusão:** As etiologias e complicações de abdome agudo obstrutivo mostraram frequências diferentes das descritas pela literatura. Faz-se necessária a elaboração de medidas de prevenção secundária e quaternária, de forma a evitar complicações e iatrogenias, além de promover diminuição da letalidade dessa síndrome.

Palavras-chave: abdome agudo; obstrutivo; hérnia;

ABSTRACT

Introduction: Acute abdominal pain represents one of the major causes of looking for medical help in emergency departments. Obstructive etiology is the second major cause of this syndrome and usually requires a surgical approach. An effective protocol for diagnosis and treatment is critical to maintaining patient health.

Objective: Analyze the outline of patients diagnosed with obstructive acute abdomen subject to emergencial surgical procedure at the Djalma Marques Municipal Hospital (HMDM) in a 12 months period.

Methods: Descriptive-analytical, observational, individual, retrospective and cross-sectional study, to be executed from the database of obstructive acute abdomen at the Djalma Marques Municipal Hospital. The sampling was composed by patients diagnosed with obstructive acute abdomen attended within the period of January 2015 and December 2015. **Results:** The sample was composed of 186 patients diagnosed with acute abdomen of obstructive etiology who underwent surgical treatment at HMDM. In these records, were predominant male patients, with bimodal distribution to the age group, with first peak in the first decade and with second peak in the seventh decade of life, predominating hernias in this group and intestinal intussusception in that one. The mean hospitalization time was 7.04 days and the main source was the countryside.

Conclusion: The etiologies and complications of obstructive acute abdomen had showed different frequencies from those described in the literature. It's necessary to elaborate ways to secondary and quaternary prevention, in order to avoid complications and iatrogenics, besides to promote decrease of this syndrome's lethality.

Keywords: acute abdomen; obstructive; hernia; socorrão

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
HMDM -	Hospital Municipal Djalma Marques
SAME-	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
TEP-	Tromboembolismo Pulmonar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MÉTODOS	14
3 RESULTADOS.....	16
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE A.....	25
ANEXO A	27

1 INTRODUÇÃO

O Abdome Agudo corresponde a um conjunto de sintomas e sinais semiológicos que possuem como matriz a algia abdominal de forte intensidade e de surgimento abrupto, geralmente iniciada há menos de dois dias, correspondente a causas cirúrgicas (traumáticas ou não traumáticas) e não-cirúrgicas (gênese endócrina, hematológica ou por toxinas)¹. A literatura médica reconhece o abdome agudo como causa de cerca de 5%-10% da procura aos serviços de pronto-atendimento²⁻⁴. Dessa forma, é de vital importância empenho no tocante a um diagnóstico apropriado, seguido de um plano terapêutico adequado^{1,5}.

Quanto ao subtipo cirúrgico não-traumático, uma vasta gama de etiologias possíveis pode ser elencada. É comum nas revisões literárias o encontro da classificação desse subtipo em seis diferentes categorias: inflamatória, obstrutiva, perfurativa, hemorrágica, isquêmica ou mista^{1,6}.

A obstrução intestinal ocorre quando o fluxo intraluminal habitual é interrompido. A causa da interrupção pode ser funcional ou mecânica. Em casos de obstruções de origem mecânica mais prolongadas, há retenção de fluidos no lúmen proximal ao ponto de obstrução e manutenção do fluxo no lúmen distal àquele⁷.

. Estima-se que 300000 laparotomias são realizadas todos os anos nos EUA por quadro de obstrução intestinal⁸. Os principais fatores de risco relacionados incluem cirurgia abdominal ou pélvica anterior, presença de hérnia da parede abdominal, doença inflamatória intestinal, fatores de risco para neoplasia, histórico de radiação e de ingestão de corpo estranho^{8,9}. De fato, cirurgias abdominais prévias são elencadas como o principal fator de risco,

sendo apontada, em uma revisão sistemática, a incidência de 9,4% de abdome agudo obstrutivo em pacientes durante pós-operatório de abordagem abdominal⁹.

Os sintomas mais comumente associados ao quadro analisado pelo presente estudo são náuseas, vômitos, dor abdominal em cólica e constipação. Uma revisão com 300 pacientes com obstrução intestinal apontou a presença de dor abdominal em 92% dos casos, parada de eliminação de flatos em 90% e vômitos em 82%¹⁰. Dessa forma, anamnese e exame físico minuciosos são imperativos na investigação diagnóstica. A caracterização da algia abdominal deve abranger, no mínimo, seis parâmetros: início dos sintomas, localização, intensidade (podendo fazer uso da escala analógica da dor), fatores de melhora e fatores de piora, e presença de irradiação⁶. A dor da obstrução do lúmen intestinal é descrita como periumbilical, em cólica, com paroxismos a cada quatro ou cinco minutos¹⁰.

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 agudo^{10,11}. Diversas modalidades de exames de imagem estão disponíveis para confirmar a suspeita diagnóstica de obstrução, sendo a radiografia de abdome e a tomografia computadorizada as mais utilizadas e profícuas. Para a maioria dos casos, orienta-se a realização de radiografia de abdome em posição ortostática e em decúbito dorsal por ser largamente disponível, barata e capaz de evidenciar sinais que indicam intervenção cirúrgica imediata. Naqueles em que a radiografia não evidencia a necessidade de descompressão cirúrgica imediata, é indicada a tomografia computadorizada para mensurar a natureza e severidade da obstrução¹¹.

As bridas/aderências intestinais são apontadas como a principal causa de obstrução, responsável por cerca de 75% dos casos, as neoplasias por aproximadamente 20% e as hérnias por 10%^{2,13,14}.

Assim, o Hospital Municipal Djalma Marques foi escolhido como campo de pesquisa por sua condição de referência estadual no atendimento de urgências e emergências, abordando enorme contingente populacional. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil dos pacientes com abdome agudo obstrutivo submetidos ao tratamento cirúrgico de emergência no HMDM no período de 12 meses.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-analítico, transversal, individuado, retrospectivo e observacional, realizado a partir de dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HMDM, em São Luís-MA, o “Socorrão I”. O financiamento desta pesquisa foi feito pelos pesquisadores.

Este artigo está formatado segundo 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 pacientes sujeitos ao tratamento cirúrgico, nos quais foi constatada obstrução como causa do quadro de abdome agudo, no período de janeiro a dezembro de 2015.

Como critérios de inclusão do estudo foram considerados todos os casos de cirurgias abdominais motivadas por etiologias obstrutivas.

Foram excluídos da amostra todos os casos de abdome agudo não cirúrgico. Dentre os cirúrgicos, foram descartados os de etiologia traumática e os não traumáticos dos subtipos: inflamatório, perfurativo, hemorrágico e isquêmico. Dentre as hérnias, foram consideradas somente as encarceradas e estranguladas.

Os dados foram obtidos por meio do registro de pacientes com abdome agudo cirúrgico. Estes foram computados no software Epiinfo, versão 7.1.3.10, foi usada uma ficha protocolo (APÊNDICE) contendo informações de sexo, idade, município de procedência do paciente, data da admissão, tempo de

internação, diagnóstico, setor de internação, procedimentos realizados durante ato cirúrgico, complicações e desfecho do caso.

Foram incluídas como complicações todos as afecções que não se encaixam no curso esperado do pós-operatório. Os desfechos considerados foram as altas hospitalares, os óbitos, as transferências e as evasões. A variável tempo de internação foi contada em dias. Para fins organizacionais, foi estabelecido como mês de estudo o mês de admissão hospitalar.

Foi realizada a análise descritiva-analítica 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 qualitativas foi avaliada com o uso do teste do qui-quadrado, foram consideradas significativas as associações cujo p-valor foi inferior a 5% (0,05).

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo 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, sob o Parecer nº 1.510.301.

3 RESULTADOS

Foram analisados 1203 registros de pacientes submetidos à cirurgia por quadro de abdome agudo no HMDM no período do estudo, dos quais 803 foram não traumáticos (66,74%). Destes, 186 (23,16%) obtiveram diagnóstico de Abdome Agudo Obstrutivo e obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Do número total de casos, 112 (60,22%) foram de pacientes do sexo masculino e 74 (39,78%) do sexo feminino. Com relação ao município de procedência, 101 (54,3%) registros eram de pacientes do interior do Estado, enquanto 85 (45,7%) eram de pacientes provenientes da capital. Não foram registrados pacientes de outros estados no período.

Quanto a idade dos pacientes, a média foi de 45,7 anos, com uma moda de 0 anos. Quando analisados por grupos etários, a distribuição de incidência foi bimodal, maior na faixa dos 61 aos 70 anos (18,27%), seguida pela faixa de 0-10 anos (17, 2%).

Quando avaliados os setores de internação, a clínica cirúrgica foi sede de 162 casos (87,09%), seguida pela Unidade de Terapia Intensiva com 24 casos (12,91%). O tempo de internação médio foi de 7,04 dias. O desfecho predominante foi a Alta Hospitalar em 77,96% da amostra. Transferências configuraram 9,14%, Desfecho Desconhecido 1,08% e Evasões 0,54%. A taxa de letalidade do abdome agudo obstrutivo no estudo foi de 11,29%.

Dentre os diagnósticos específicos apresentados, as hérnias destacam-se como os mais comuns e perfizeram 53,22% dos casos estudados. Outros diagnósticos registrados foram os de bridas/aderências em 15,59% dos pacientes, neoplasias em 13,98%, intussuscepção intestinal em 10,22%, volvos

em 4,3% da amostra, corpo estranho em 1,08% e outros em 1,62% (obstrução por *Áscaris*, estenose pilórica e fecaloma responsáveis por 0,54% cada) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico

Diagnóstico	Frequência Absoluta	FR (%)
Hérnias	99	53,22
Bridas/Aderências	29	15,59
Neoplasia	26	13,98
Intussuscepção Intestinal	19	10,22
Volvos	8	4,3
Corpo Estranho	2	1,08
Bolo de <i>Áscaris</i>	1	0,54
Estenose Píloro	1	0,54
Fecaloma.	1	0,54

Quando investigados os procedimentos realizados, a herniorrafia mostrou-se aquele com o maior número de registros, com 35,71% de frequência relativa. Lise de bridas/aderências perfizeram 10,52% dos procedimentos. Colectomia foi registrada em 10,15%. A Enterectomia figurou, juntamente com a confecção de Colostomia, como o quarto procedimento mais realizado, registrando 9,02% dos casos. Apendicectomia com 7,89% de frequência. Também merecem destaque Enteroanastomose (6,76%), Redução de invaginação intestinal (4,51%), Confecção de Ileostomia (3%), Lavagem de Cavidade Abdominal (1,12%), Ressecção de Tumor Uterino (0,75%) e Perineostomia, Antrectomia, Remoção de Corpo Estranho, Retirada de Fecaloma, Orquiectomia e Esplenectomia com 0,37% cada (Tabela 2).

Foram registradas complicações em 18,27% dos casos. Do total de pacientes com registro de complicação, 35,29% necessitaram de reabordagem

cirúrgica da cavidade abdominal. A complicação mais descrita foi a sepse, presente em 9,13% do total de pacientes (Tabela 3).

Tabela 2 – Registro de procedimentos realizados durante ato cirúrgico

Procedimento	Frequência	FR (%)
Herniorrafia	95	35,71%
Lise de	28	10,52%
Bridas/Aderências		
Colectomia	27	10,15%
Colostomia	24	9,02%
Enterectomia	24	9,02%
Apendicectomia	21	7,89%
Enteroanastomose	18	6,76%
Redução de Invag.	12	4,51%
Ileostomia	8	3%
Lavagem da Cav.	3	1,12%
Ressec. Tumor Ut.	2	0,75%
Antrectomia	1	0,37%
Perineostomia	1	0,37%
Remoção de CE	1	0,37%
Remoção de Fec.	1	0,37%

Tabela 3 – Complicações descritas no registro do paciente

Complicação	Frequência	FR (%)
Sepse	17	9,13%
Evisceração	5	2,68%
Deiscência	4	2,16%
Abscesso	2	1,08%
Isquemia/Necrose	2	1,08%
Fasceíte Necrot.	1	0,54%
Fístula	1	0,54%
Perfuração	1	0,54%
TEP	1	0,54%

4 DISCUSSÃO

Estima-se que cerca de 300000 laparotomias são realizadas todos os anos nos Estados Unidos por abdome agudo obstrutivo⁸. As etiologias para essa afecção são as mais diversas. As bridas/aderências são a etiologia mais comum para a obstrução intestinal, responsáveis por cerca de 70% dos casos em países desenvolvidos¹³⁻¹⁴. O presente estudo não corroborou esse fato, com uma incidência de 15,59% no grupo com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, representando assim, a segunda etiologia mais comum, atrás das hérnias da parede abdominal (53,22%).

A prevalência de hérnias da parede abdominal é estimada entre 5-10% nos Estados Unidos. As hérnias inguinais são as mais comuns e, apesar das femorais representarem menos de 10% dos casos, elas apresentam complicações mais comumente. O risco de encarceramento/estrangulamento é geralmente baixo, variando entre 0,3-3%¹⁵⁻¹⁶. Na amostra avaliada, as hérnias inguinais figuraram em 76,08% dos casos de encarceramentos e 57,14% dos casos de estrangulamentos, enquanto as femorais representaram 4,34% dos encarceramentos e não foram registrados estrangulamentos ($p=0,02$).

Quando analisadas as frequências de hérnias de acordo com o sexo, os homens são oito vezes mais propensos a desenvolvê-las, exceto quanto as femorais, que são mais comuns nas mulheres¹⁷⁻¹⁸. Os homens representaram 75,68% das hérnias inguinais totais e as mulheres 100% das femorais ($p=0,0002$ e $p=0,001$, respectivamente)

A literatura atual afirma que as neoplasias, especialmente os tumores metastáticos malignos, representam a segunda causa de abdome obstrutivo,

representando 20% de todos os casos, enquanto as hérnias da parede abdominal são a terceira principal causa, totalizando 10%^{13,14,19}. No presente estudo, as neoplasias ocuparam a terceira colocação de incidência, totalizando 13,98% das ocorrências e não seguiram a literatura, assim como as hérnias, que foram a principal afecção registrada.

O tempo médio de internação de sete dias foi influenciado por diversos fatores. Os pacientes com diagnóstico de neoplasia tiveram um maior tempo de internação (14,11 dias) quando comparados a pacientes com outros diagnósticos (6,01 dias). Tais achados obtiveram um p valor de 0,0004.

O prolongamento do tempo de internação médio e das complicações no HMDM são provavelmente inspirados pelo contexto socioeconômico da parcela da sociedade atendida. A grande demanda de pacientes advindos do interior do Estado sugere uma possível deficiência no acolhimento aos serviços de pronto atendimento nas demais cidades maranhenses. Dessa forma a postergação de uma propedêutica cirúrgica precoce pode atuar como fator primordial no aumento do tempo de internação médio e das possíveis complicações cirúrgicas.

Os pacientes procedentes do interior não só apresentaram um maior tempo médio de internação (8,01 dias) quando comparados aos provenientes da capital (6,08 dias), mas também tiveram maior representatividade no total de óbitos da amostra, correspondente a 61,9%, com valores de p de 0,66 e 0,23 respectivamente, não apresentando significância estatística.

A taxa de pacientes com complicações registradas após o diagnóstico de neoplasia na amostra é de 33,33% (p=0,004). Entretanto, é descrito em outros trabalhos que o tempo de internação maior que sete dias é um indicativo

da presença de complicações, no entanto, esta taxa na amostra do presente estudo foi de apenas 18,27%. Dessa forma, a taxa de complicações descritas não justifica o prolongamento do tempo de internação, dado que sugere um possível déficit no registro de complicações no hospital em questão²⁰⁻²¹.

Quando analisadas as complicações específicas, a mais descrita foi a sepse (9,13%). De todos os casos de sepse, 47% acometeram pacientes abordados cirurgicamente por neoplasias ($p=0,0001$).

Além disso, a literatura americana traz que a isquemia figura como uma das principais complicações no pós operatório de obstrução intestinal, variando entre 7-42% dos casos¹⁶. No entanto, nos casos analisados por esse estudo, isquemia/necrose fez-se presente somente em 1,08% dos casos, sendo as causas infecciosas mais incidentes.

Na amostra geral a necessidade de reoperação foi de 6,45%, uma taxa consonante na maioria dos diagnósticos, porém, nos pacientes com diagnóstico de neoplasia essa porcentagem foi de 11,54% ($p=0,1$, sem relevância estatística).

5 CONCLUSÃO

O abdome agudo obstrutivo é uma síndrome muito frequente no atendimento de emergência do Hospital Municipal Djalma Marques, sendo as hérnias o diagnóstico etiológico mais frequente. O grupo estudado é composto majoritariamente de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 61-70 anos, procedentes do interior do Estado, com tempo médio de internação de 7,04 dias e tem como desfecho mais frequente a alta hospitalar.

O presente estudo discordou da literatura na principal etiologia de obstrução intestinal, trazendo as hérnias, e não as aderências, como líder de ocorrências e as neoplasias como a terceira principal causa. Nos demais aspectos, a epidemiologia foi consonante com a literatura clássica, apesar das elevadas taxas de complicação observadas aqui.

Dessa forma, o decréscimo das taxas de complicação e do tempo de internação deve ser obtido para que a taxa de letalidade se aproxime da ideal, observada em países desenvolvidos, fontes da maior parte da produção científica revisada para a elaboração desse estudo.

Uma estratégia para esse fim pode ser traçada por meio de medidas de prevenção secundária e quaternária, de forma a prevenir complicações e iatrogenias, além de promover diminuição da letalidade. A facilitação do acesso ao serviço de pronto-atendimento e o incremento do protocolo de prevenção de infecções hospitalares, de diagnóstico e de tratamento, com fluxogramas bem estabelecidos, trazem uma sistematização mais eficaz, recursos públicos poupados com diminuição de gastos e, principalmente, zelo pela recuperação de cada pessoa tratada pelo serviço.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston, Tratado de Cirurgia. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
2. Schwartz, Principles of Surgery, 10th edition, New York: McGrawHill Education, 2014
3. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. Clin Infect Dis 2004; 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 1996; 131:219.
5. John L Kendall. Acute Abdominal Pain. IN: UpToDate, 2016.
6. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. American Family Physicians Abril 2008; 77:7.
7. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg 2000; 87:1240.
8. Ray NF, Denton WG, Thamer M, et al. Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. J Am Coll Surg
9. Ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. BMJ 2013; 347:f5588..
10. Cheadle WG, Garr EE, Richardson JD. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. Am Surg 1988; 54:565.
11. Catena F, Di Saverio S, Kelly MD, et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction

- (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg* 2011; 6:5.).
12. Wahl WL, Wong SL, Sonnenday CJ, et al. Implementation of a small bowel obstruction guideline improves hospital efficiency. *Surgery* 2012; 152:626
 13. Mullan CP, Siewert B, Eisenberg RL. Small bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 2012; 198: W105.
 14. Murphy KP, O'Connor OJ, Maher MM. Adult abdominal hernias. *AJR Am J Roentgenol* 2014; 202:W506.
 15. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep* 2011; 2:5.
 16. Neutra R, Velez A, Ferrada R, Galan R. Risk of incarceration of inguinal hernia in Cell Colombia. *J Chronic Dis* 1981; 34:561.
 17. Kark AE, Kurzer M. Groin hernias in women. *Hernia* 2008; 12:267.
 18. Ruhl CE, Everhart JE. Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *Am J Epidemiol* 2007; 165:1154..
 19. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl* 1990; 72:60.
 20. Biondo S, Parés D, Frago R, et al. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1889
 21. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, et al. Clinical studies of strangulating small bowel obstruction. *Am Surg* 2004; 70:40

APÊNDICE A: 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. () Deiscência
- 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 A – PARECER CONSUBSTANCIADO

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