

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

**LAIS TEIXEIRA DALLACQUA**

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

**SÃO LUIS**

**2016**

**LAIS TEIXEIRA DALLACQUA**

**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**  
**2016**

Dallacqua, Lais Teixeira

Abdome agudo inflamatório no Hospital Municipal  
Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. / Lais  
Teixeira Dallacqua. - São Luís, 2016.

xx. f

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

Monografia (Graduação) Curso de Medicina,  
Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Abdome agudo - cirurgia apendicite. I. Santos,  
Orlando José dos. (Orient.) II. Título.

CDU 616.346.2-002

**LAIS TEIXEIRA DALLACQUA**

**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. Manoel Lages Castello Branco Neto - Examinador 1  
Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof. Mr. Santiago Cirilo Noguera Servin - Examinador 2  
Universidade Federal do Maranhão**

---

**Everardo de Almeida Nunes - Examinador 3**

**SÃO LUIS  
2016**

**ARTIGO A SER SUBMETIDO****ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA  
MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO**

Abdomen acute inflammatory in hospital municipal djalma marques: patient profile  
surgical

Orlando José dos Santos<sup>1</sup>

Lais Teixeira Dallacqua<sup>2</sup>

---

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

*Autor responsável: Lais Teixeira Dallacqua – [lais.dallacqua@hotmail.com](mailto:lais.dallacqua@hotmail.com)*

## ***DEDICATÓRIA***

Aos meus pais, pela incansável dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me sustentado até aqui.

Aos meus pais Joelma Teixeira Dallacqua e Ludovico Dallacqua Junior, pelo amor incondicional e dedicação a mim ofertados em todas as minhas jornadas.

Aos meus irmãos Thiago Teixeira Dallacqua e Vinicius Teixeira Dallacqua por estarem sempre ao meu lado.

A toda a minha família pelo apoio, carinho e ajuda.

Ao Prof. Dr. Orlando José dos Santos, pela humildade e sabedoria.

Aos meus mestres Benedito Sabbak Thomé Júnior, Everardo de Almeida Nunes, Leonildo de Sousa Coelho, por todos os ensinamentos.

Ao meu companheiro de projeto, Felipe Carvalho Barros Sousa, pela contribuição fundamental na consolidação desta publicação.

À Dona Rosilda Pereira Belchior, por ter abraçado a nossa causa.

À Turma 92 de Medicina da UFMA, por todas as experiências vividas. Em especial Karinna Paiva Domingos, por estar ao meu lado em todos os momentos.

A todos que contribuíram de alguma forma na concretização desse sonho: Muito obrigada!

## 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 13 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 agosto de 2015. **Resultados:** A amostra foi composta de 435 pacientes diagnosticados com abdome agudo de etiologia inflamatória e submetidos a tratamento cirúrgico no HMDM. Nestes registros foram predominantes os pacientes do sexo masculino, na segunda década de vida e com o diagnóstico de apendicite. O tempo de internação foi maior em pacientes provenientes do interior, assim como o número de complicações registradas. **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; socorrão



## ABSTRACT

**Introduction:** Acute abdominal pain is amongst the most common causes of emergency department visits. Inflammatory etiology holds the higher prevalence when compared to other causes of the syndrome and frequently need surgical intervention. Prompt diagnosis and treatment are essentials 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 13 months period. **Methods:** Descriptive, retrospective, individual, cross-sectional and observational study, to be 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 and August 2015. **Results:** The sample was composed of 435 patients diagnosed with acute abdomen of inflammatory etiology who underwent surgical treatment at HMDM. In these records, were predominant male patients, on their second decade of life and diagnosis of appendicitis. Length of hospital stay was higher in patients coming from the countryside, 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 the morbidity and mortality rates at the service compare to those of developed countries.

**KEYWORDS:** acute abdomen; inflammatory; appendicitis; socorção

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico  
Tabela 2- Registro 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

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>MÉTODOS .....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>27</b>

## INTRODUÇÃO

O 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-abdominais ou extra-abdominais<sup>1</sup>. Estudos epidemiológicos já apontaram o abdome agudo como causa de 5%-10% da procura ao serviço de emergência<sup>2-4</sup>. Um rápido diagnóstico e abordagem terapêutica são essenciais no manejo dessa síndrome, e estão associados a um prognóstico mais favorável<sup>5</sup>.

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<sup>1,7</sup>.

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 são dados indispensáveis para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais<sup>6</sup>. 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 com apresentações atípicas de abdome mais comumente, necessitando de maior atenção na abordagem diagnóstica<sup>2-3</sup>.

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<sup>7</sup>. A melhor modalidade de exame de imagem deve ser voltada às suspeitas diagnósticas. A 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 agudo<sup>8</sup>.

Após investigação, a indicação de tratamento deve seguir em duas linhas distintas: a abordagem cirúrgica ou conservadora<sup>9</sup>. 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 precoce<sup>10-11</sup>.

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 aguda<sup>12</sup>.

A mortalidade por abdome agudo inflamatório em estudos epidemiológicos varia de 0,04% em países desenvolvidos a 2% em países subdesenvolvidos<sup>12</sup>. 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.

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 13 meses.

## 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 Marque 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 amostra foi constituída por todos os pacientes submetidos a cirurgia com acesso à cavidade peritoneal, nos quais foi constatado afecção inflamatória como causa do quadro de abdome agudo, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015.

Para fins de inclusão no estudo, foram considerados todos os casos de laparotomia com diagnóstico de etiologias inflamatórias na causa da dor 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 patologia 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 computados no software Epiinfo, versão 7.1.3.10, foi usada 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 se encaixam na história natural da doença ou afecções descritas no período de vigência hospitalar. Os desfechos considerados foram a 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 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 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).

## RESULTADOS

Foram analisados 1032 registros de pacientes submetidos a cirurgia por quadro de abdome agudo no Hospital Municipal Djalma Marques em São Luís-MA no período do estudo, dos quais 435 (42,15%) obtiveram diagnóstico de Abdome Agudo Inflamatório e obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Do número total de casos, 265 (60,91%) foram de pacientes do sexo masculino e 165 (37,93%) do sexo feminino, 5 registros não continham informação de sexo. Com relação ao município de procedência do paciente, 240 (55,17%) registros eram de pacientes de São Luís-MA enquanto 194 (44,6%) eram de pacientes provenientes de municípios do interior do Estado, apenas 1 caso de atendimento a paciente de outro estado foi registrado no período.

A média de idade dos pacientes foi de 24,96 anos, com uma moda de 8 anos. Quando analisados por grupos etários, a incidência foi maior na faixa dos 11 aos 20 anos (24,65%), seguida pela faixa de 0-10 anos (24,42%), sendo a incidência cumulativa do nascimento até o fim da terceira década de vida de 68,66%.

Quando analisados por setor de internação, a clínica cirúrgica foi sede de 295 casos (67,82%), seguida pela Cirurgia Pediátrica com 134 casos (30,8%) e pela Unidade de Terapia Intensiva com 6 casos (1,38%). O desfecho predominante foi a Alta Hospitalar em 90,55% da amostra. Transferências configuraram 6,22%. A taxa de letalidade do abdome agudo inflamatório no estudo foi de 2,53%.

Dentre os diagnósticos específicos apresentados, a apendicite destaca-se como o mais comum e esteve presente em 85,29% dos casos estudados. Outros diagnósticos registrados foram o abscesso cavitário em 10,11% dos pacientes, infecção de sítio cirúrgico em 6,21%, colecistite aguda em 2,76%, doença inflamatória pélvica em 2,07%, pielonefrite em 1,15% e diverticulite em 0,92% da amostra (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>FR (%)</b>
Apendicite	371	85,29
Abscesso	44	10,11
ISC	27	6,21
Colecistite	12	2,76
DIP	9	2,07
Pielonefrite	5	1,15
Diverticulite	4	0,92

Seguindo os números correspondentes ao diagnóstico, a apendicectomia figurou como procedimento com maior número de registros com 85,98% de frequência. Drenagem e lavagem de cavidade foram registrados em 11,49% dos pacientes da amostra. A colecistectomia apresentou-se como terceiro procedimento mais realizado com 3,22% dos casos. (Tabela 2)

Foram registradas complicações em 20,97% dos casos. Do total de pacientes com registro de complicação, 57,14% necessitaram de reabordagem cirúrgica da cavidade abdominal. A complicação mais descrita foi a infecção de sítio cirúrgico, presente em 7,59% do total de casos.

**Tabela 2 – Registro de procedimentos realizados durante ato cirúrgico**

<b>Procedimento</b>	<b>Frequência</b>	<b>FR (%)</b>
Apendicectomia	374	85,98%
Drenagem de Cavidade	50	11,49%
Colecistectomia	14	3,22%
Colectomia	12	2,76%
Colostomia	11	2,53%
Enteroanastomose	11	2,53%
Enterorrafia	7	1,61%

**Tabela 3 – Complicações descritas no registro do paciente**

<b>Procedimento</b>	<b>Frequência</b>	<b>FR (%)</b>
Outros	35	8,05%
ISC e Abcesso	33	7,59%
Sepse	15	3,45%
Aderências	14	3,22%
Perfuração	9	2,07%
Fístula	8	1,84%
Deiscência	7	1,61%

## DISCUSSÃO

Há muito se sabe que a apendicite é a principal causa de abdome agudo com tratamento cirúrgico<sup>13-14</sup>. O presente estudo corrobora esse fato com uma incidência de apendicite de 35,94% no grupo de pacientes submetidos a cirurgia por abdome agudo, e incidência de 85,28% 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 diversos estudos que apontam estes indicadores como fatores de risco para apendicite<sup>13,15-16</sup>.

O período de janeiro a junho foi o de maior incidência de abdome agudo inflamatório. Dos 374 casos de apendicite, 202 ocorreram nesse período representando uma frequência relativa de 54%. 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 Brasil<sup>17</sup>. Todavia, tal correlação não foi estatisticamente relevante no presente estudo ( $p=0,425$ ).

O tempo de internação médio de 8 dias foi influenciado por outras variáveis. Os pacientes com diagnóstico de apendicite tiveram um menor tempo de internação (6,8 dias) quando comparados a pacientes com outros diagnósticos (14,5 dias). Tais achados contrastam com estudos que acharam uma média de internação de 3,8 dias para pacientes submetidos a apendicectomia por via convencional<sup>18-19</sup>.

Os pacientes precedentes do interior não só apresentaram um maior tempo médio de internação (10 dias) quando comparados aos pacientes provenientes da capital (6,4 dias), mas também tiveram maior representatividade no total de óbitos da amostra, correspondente a 54,55%, com um p valor inferior a 0,05.

A taxa de pacientes com complicações registradas após o diagnóstico de apendicite na amostra é de 14,32%. Entretanto, é descrito em outros trabalhos que o tempo de internação maior que 7 dias é um indicativo da presença de complicações, sendo esta taxa na amostra de 26,68%, dado que sugere deficiência nos registros de complicações no hospital em questão<sup>20-21</sup>.

Na amostra geral a necessidade de reoperação foi de 11,98%, já nos pacientes com diagnóstico de apendicite essa porcentagem foi de 7,3%. Estudos americanos demonstraram uma taxa de 0-1,6% de reabordagem cirúrgica para pacientes com apendicectomia aguda. A cirurgia aberta apresentou uma taxa próxima a zero de necessidade de reabordagem cirúrgica em estudos norte-americanos<sup>19</sup>, todas as apendicectomias no Hospital Djalma Marques foram realizadas por via aberta.

Quando analisadas as complicações específicas, a mais descrita foi a infecção de sítio cirúrgico que teve sua taxa em 2,94% nos casos de apendicite, achado esse compatível com o intervalo esperado determinado em estudos realizados em outros países em desenvolvimento como Tailândia e Nigéria<sup>20-21</sup>.

## CONCLUSÃO

O abdome agudo inflamatório é uma síndrome muito frequente no atendimento de emergência do Hospital Municipal Djalma Marques, sendo a apendicite o diagnóstico etiológico mais frequente. O grupo estudado é composto majoritariamente de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 11-20 anos, procedentes da capital, com tempo médio de internação de 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 uma grande lacuna para melhoras no atendimento ao paciente cirúrgico, até que se alcancem números mais próximos àqueles 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 de vasta magnitude. 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 constante epidemiologia 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, ganham-se recursos poupados, satisfação dos profissionais, mas principalmente bem estar de cada pessoa tratada no serviço.



## REFERÊNCIAS

1. Sabiston, Tratado de Cirurgia. 18. 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, Reibscheid 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. 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.
19. Katkhouda N, Mason RJ, Towfigh S, Gervorgyan A, Essani R. Laparoscopic Versus Open Appendectomy: A Prospective Randomized Double-Blind Study. *Annals of Surgery* Set 2005. 242(4): 439-450.

20. 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
21. 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. ( ) Sepsis Abdominal
- 5.3. ( ) Fístula
- 5.4. ( ) Descêndia
- 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