



UNIVERSIDADE FRANCISCANA
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Curso de Medicina

FERDINAN LEAL DE ARAÚJO

PROJETO DE TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
PROTOCOLO ASSISTENCIAL SOBRE DOR ABDOMINAL AGUDA NÃO
TRAUMÁTICA EM ADULTOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
(UPA) DE SANTA MARIA

FINAL WORK DEGREE
ASSISTENTIAL PROTOCOL ON NON-TRAUMATIC ACUTE ABDOMINAL
PAIN IN ADULTS AT THE SANTA MARIA EMERGENCY DEPARTMENT
(ED)

Santa Maria, RS

2021

Ferdinan Leal de Araújo

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL SOBRE DOR ABDOMINAL AGUDA NÃO
TRAUMÁTICA EM ADULTOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
(UPA) DE SANTA MARIA**

**FINAL WORK DEGREE
ASSISTENTIAL PROTOCOL ON NON-TRAUMATIC ACUTE ABDOMINAL
PAIN IN ADULTS AT THE SANTA MARIA EMERGENCY DEPARTMENT
(ED)**

Projeto de trabalho final de graduação (TFG) apresentado à Coordenação do Curso de Medicina, da Universidade Franciscana de Santa Maria, como requisito básico para aprovação na disciplina TFG-II.

Orientador:

Prof. Eduardo Buzatti Souto

Santa Maria, RS

2021

RESUMO

A dor abdominal aguda é uma das queixas mais frequentes dos pacientes que procuram os serviços de emergência, correspondendo em cerca de 5-10% das consultas nesse setor. É importante ressaltar que a dor abdominal aguda não é uma patologia específica, mas sim uma forma de apresentação de inúmeras patologias que podem variar desde doenças simples e autolimitadas até situações graves e complexas que implicam em alto risco a vida do paciente. Para os médicos que trabalham no setor de emergência, o objetivo inicial na abordagem do paciente que se apresenta com um quadro de dor abdominal aguda é conseguir diferenciar as patologias que necessitam de um tratamento imediato das patologias em que se pode adotar uma conduta inicialmente mais conservadora. Portanto, um conhecimento geral sobre a dor abdominal aguda é indispensável aos profissionais do setor de emergência para que assim eles possam ter uma maior facilidade na abordagem desses pacientes proporcionando assim a elaboração de uma história clínica e realização do exame físico de forma rápida, precisa e que seja elucidativa para que a partir disso possa-se elaborar as hipóteses diagnósticas mais adequadas para cada caso e conseqüentemente adotar as melhores condutas frente cada situação. O objetivo desse presente estudo é de desenvolver um protocolo que auxilie no atendimento dos pacientes com queixa de dor abdominal aguda no setor de emergência apresentando uma forma rápida, prática e eficaz para se abordar essa queixa, proporcionando assim um atendimento mais qualificado e menos oneroso ao serviço de saúde, visto que essa qualificação iria reduzir a solicitação exames complementares desnecessários e condutas inadequadas.

Palavras-chave: Dor abdominal aguda. Setor de emergência. Protocolo.

ABSTRACT

Acute abdominal pain is one of the most frequent complaints of patients who seek emergency services, accounting for about 5-10% of consultations in this sector. It is important to emphasize that acute abdominal pain is not a specific pathology, but a way of presenting numerous pathologies that can vary from simple and self-limited diseases to serious and complex situations that imply high risk to the patient's life. For physicians working in the emergency department, the initial objective in approaching patients with acute abdominal pain is to be able to differentiate pathologies that require immediate treatment from pathologies in which an initially more conservative approach can be adopted. Therefore, a general knowledge about acute abdominal pain is essential for professionals in the emergency sector so that they can have an easier approach to these patients, thus providing the preparation of a clinical history and physical examination in a quick, accurate and that is elucidative so that from that it is possible to elaborate the most adequate diagnostic hypotheses for each case and consequently adopt the best conducts in each situation. The objective of this study is to develop a protocol that assists in the care of patients with acute abdominal pain complaints in the emergency department, presenting a quick, practical and effective way to address this complaint, thus providing a more qualified and less costly service to the patient. health service, as this qualification would reduce the need for additional unnecessary exams and inappropriate conduct.

Keywords: Acute abdominal pain. Emergency sector. Protocol.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Possíveis diagnósticos baseados na localização da dor	9
Quadro 2- Apresentação típica das patologias que cursam com dor abdominal aguda..	14
Quadro 3- Diagnóstico baseado nos exames de imagem	19
Quadro 4- Exemplos de fármacos e suas características no tratamento da dor abdominal aguda leve a moderada	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 JUSTIFICATIVA.....	22
1.2 OBJETIVO GERAL.....	22
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS.....	23
3 DIAGNÓSTICO.....	24
4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	30
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	30
5 TRATAMENTO	31
6 FLUXOGRAMA	35
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A dor abdominal aguda é uma das queixas mais frequentes dos pacientes que procuram unidades de Pronto Atendimento (PA), correspondendo entre 5-10% de tais queixas¹. Ela pode ser definida como a dor que ocorre na cavidade abdominal, podendo ou não ser de origem abdominal, e que possui poucos dias de duração tendo a apresentar um carácter progressivo. Patologias do trato gastrointestinal e geniturinário são as principais envolvidas na origem da dor abdominal aguda. Ela engloba um amplo espectro de causas, podendo variar desde patologias leves e autolimitadas, como dispepsia funcional ou síndrome do intestino irritável, até patologias graves e que implicam risco a vida do paciente, como pancreatite aguda ou aneurisma dissecante de aorta. Apresenta uma grande variabilidade na sua forma de apresentação sofrendo influência de diversos fatores como faixa etária, sexo, etnia, além de que uma porção significativa dos pacientes apresenta dificuldade na caracterização do sintoma, tornando-se então um desafio diagnóstico. O objetivo primário do médico no setor de emergência é conseguir estabelecer um diagnóstico preciso de forma rápida².

O propósito do médico na emergência é distinguir corretamente as causas de dor abdominal em urgentes ou não urgentes, visto que as urgentes necessitam de um tratamento imediato (dentro das primeiras 24 horas) a fim de evitar possíveis complicações, já nos casos não urgentes pode ser adotada uma conduta conservadora. Dentro das causas urgentes mais comuns estão apendicite, diverticulite e obstrução intestinal, enquanto nas não urgentes estão a dor abdominal inespecífica e doenças gastrointestinais³.

É de suma importância na avaliação do paciente com dor abdominal identificar possíveis fatores de risco na sua história clínica, os quais são preditores de um quadro possivelmente mais grave e que, portanto merecem atenção redobrada, como: pacientes idosos (visto que apresentam uma mortalidade 6-8 vezes maior que nos pacientes mais jovens com dor abdominal), sinais de instabilidade hemodinâmica, imunossupressos, dor súbita de intensidade máxima desde o início, mulheres em idade reprodutiva/sinais de gestação, cirurgia abdominal recente, história de doença inflamatória intestinal ou neoplasia maligna, sobretudo se abdominal ou pélvica¹.

A abordagem do paciente no setor de emergência deve-se iniciar observando se este apresenta algum sinal de instabilidade hemodinâmica, situação na qual é necessária correção imediata da depleção de volume. Visto isso, a melhor forma de estabelecer as

principais hipóteses diagnósticas, as quais ditarão a conduta do médico é principalmente através da anamnese e exame físico. Caso não seja possível chegar a um diagnóstico após a avaliação inicial, o médico pode utilizar racionalmente exames laboratoriais e de imagem para complementar a sua avaliação inicial².

Após a correta identificação do paciente do paciente é iniciada a anamnese, questionando-se sobre o sintoma principal, que no caso é a dor abdominal. Uma forma interessante de avaliação da dor é através da aplicação do decálogo semiológico da dor, sempre que possível, pois cada questionamento pode fornecer informações importantes para a determinação das principais hipóteses diagnósticas, sendo este então: localização, qualidade, irradiação, intensidade, duração, fator desencadeante ou de piora, fator de melhora, evolução, relação com função orgânica e sintomas associados. A história patológica progressiva do paciente também é de suma importância, onde deve-se abordar presença de comorbidades, procedimentos cirúrgicos anteriores, sobretudo se abdominais, medicações em uso, alergias, histórico familiar, internações recentes, questionamento sobre histórico de tabagismo e etilismo também são de grande valia. Apenas a história e o exame físico foram capazes de diferenciar as causas orgânicas das não orgânicas de dor abdominal em 79% dos pacientes e outro estudo demonstrou que apenas uma história criteriosa pode levar a um diagnóstico correto em 76% dos casos⁴. A localização da dor pode fornecer informações úteis sobre a sua possível causa, visto pelo fato da dor epigástrica ser bem específica para patologias gástricas, hepáticas, duodeno proximal, pancreáticas ou da árvore biliar, já a dor na região do mesogástrio ser altamente específica para doenças do restante do intestino delgado, terço superior do cólon e apêndice, enquanto a dor suprapúbica está mais relacionada aos dois terços restantes do cólon e órgãos geniturinários⁴, todavia a localização não deve ser critério único no diagnóstico diferencial sobre a causa da dor. A qualidade pode remeter à algumas hipóteses diagnósticas específicas, como por exemplo uma dor em queimação geralmente ocorre em casos de patologias gástricas, como por exemplo a úlcera péptica. A irradiação da dor pode sugerir algumas patologias específicas como nos casos de uma dor abdominal no flanco com irradiação para dorso sugere litíase ureteral, já uma dor periumbilical com irradiação para quadrante inferior direito é altamente sensível e específico para apendicite⁴.

Quadros 1- Possíveis diagnósticos baseados na localização da dor⁴.

Localização	Diagnóstico diferencial
QSD	Biliares: colecistite, colelitíase, colangite. Hepática: hepatite, abscesso hepático. Outras: pneumonia de lobo inferior direito, embolia pulmonar, pancreatite, úlcera péptica, apêndice retrocecal.
QID	Cólon: apendicite, diverticulite cecal, vólculo cecal. Geniturinário: Nefrolitíase, torção ovariana, torção testicular, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, hérnia inguinal. Outras: adenite mesentérica.
Epigástrico	Gástrica: úlcera péptica, gastrite. Pancreática: pancreatite. Biliar: colecistite, colelitíase, colangite.
QSE	Esplênica: infarto esplênico, laceração esplênica. Cardíaca: infarto agudo do miocárdio, pericardite. Outras: pneumonia de lobo inferior esquerdo, embolia pulmonar, pancreatite, úlcera péptica, hérnia diafragmática.
QIE	Cólon: diverticulite Geniturinário: nefrolitíase, torção ovariana, torção testicular, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, hérnia inguinal. Outras: aneurisma de aorta abdominal.

Abreviações: QSD- quadrante superior direito; QID- quadrante inferior direito; QSE- quadrante superior esquerdo; QIE: quadrante inferior esquerdo.

A intensidade e duração da dor fornecem informações importantes quanto à gravidade do quadro. Dores de curta duração e que já se iniciaram muito intensas sugerem geralmente quadros mais graves que implicam risco a vida do paciente como aneurisma dissecante de aorta abdominal ou isquemia mesentérica, enquanto um início gradual da dor remete a patologias menos graves como colecistite ou apendicite. Fatores de melhora ou piora auxiliam quando presentes, como nos casos de pancreatite aguda em que a posição de prece maometana alivia a dor enquanto nos casos de litíase renal independentemente da posição o paciente terá dor. A evolução da dor fornece informações quanto ao curso da doença onde quadros que pioram com o passar do tempo remetem a patologias como apendicite ou diverticulite, enquanto quadros que já estão em regressão sugerem patologias autolimitados como gastroenterite.

Quanto à relação com as funções orgânicas a dor abdominal pode remeter aos órgãos que estão presentes no local do dor como, por exemplo, a ingestão de alimentos gordurosos nos pacientes com dor em hipocôndrio direito, que é onde está localizada a vesícula biliar e nos casos de colecistite aguda iria piorar o quadro. Os sintomas associados à dor abdominal fornecem informações importantes principalmente quanto a causas extrabdominais, como nos casos de pneumonia de lobo inferior que pode cursar com dor abdominal, mas que geralmente o paciente também costuma apresentar dor torácica, dispneia, tosse, outro diagnóstico diferencial importante seria o de infarto agudo do miocárdio que pode cursar com dor abdominal, mas também cursa com dor torácica em aperto, dispneia, sudorese, náusea.

Os dados colhidos na história patológica pregressa do paciente podem fornecer informações úteis sobre a provável etiologia e gravidade da dor abdominal aguda. As comorbidades que os pacientes apresentam são importantes na avaliação da causa da dor, por exemplo, no caso de pacientes com diabetes mellitus tipo II terem um risco 1,5 vezes maior de pancreatite aguda quando comparado com os não diabéticos. Alguns estudos demonstraram que a dor abdominal aguda em pacientes com fibrilação atrial é altamente sensível para isquemia mesentérica. O uso de medicamentos também é útil na avaliação da causa da dor evidenciado pelo fato de pacientes idosos que fazem uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) terem um risco 4x maior de sangramento do trato gastrointestinal superior. Pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos abdominais devem ser avaliados para uma possível obstrução intestinal, pois um estudo demonstrou que mais de $\frac{3}{4}$ dos pacientes com obstrução intestinal apresentam história de cirurgia abdominal prévia. Pacientes com histórico de tabagismo apresentam um

risco 7,6x maior de ter aneurisma de aorta abdominal quando comparado com os não tabagistas. Pacientes do sexo feminino devem ser questionadas sobre a história ginecológica como presença de corrimento vaginal, gestação ectópica prévia e possíveis exposições a doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁴.

Concluída a anamnese e o exame físico geral, onde devem ser avaliados os sinais vitais do paciente, para que assim o médico possa ter uma noção inicial sobre a gravidade do caso e como proceder, visto que nos casos em que o paciente apresenta sinais vitais alterados, a primeira medida a ser tomada é estabilização do paciente. A presença de febre geralmente remete a presença de patologias infecciosas, todavia essa relação não é sempre correta. Os exames físicos cardíacos e pulmonares devem ser realizados, visto que várias patologias intratorácicas podem cursar com dor abdominal⁴. É importante que durante a avaliação do abdômen o médico tenha noção sobre a divisão do abdômen em quadrantes, que pode ser em 4 quadrantes: quadrante superior e inferior direito e o quadrante superior e inferior esquerdo; assim como também na divisão em 9 segmentos: epigástrico, mesogástrico, hipogástrico, hipocôndrio direito e esquerdo, flanco direito e esquerdo e fossa ilíaca direita e esquerda, pois tal divisão do abdômen auxilia a se chegar na causa da dor abdominal. Posteriormente é realizado o exame físico abdominal, que deve ser conduzido de preferência seguindo as etapas semiológicas, iniciando pela inspeção, seguido pela ausculta e após isso a percussão ou palpação, independente da ordem.

Durante à inspeção é fundamental que se avalie além da região abdominal outras regiões do corpo, pois elas podem apresentar alterações que sugerem determinadas patologias abdominais, como por exemplo, as mucosas que caso se apresentem icterícas sugerem doenças que envolvam o trato biliar. Após uma visão geral do corpo do paciente é realizado então a inspeção estática do abdômen a qual pode apresentar algumas alterações. Na inspeção abdominal é avaliado: a forma do abdômen do paciente que pode ser plano, globoso (como em casos de obstrução intestinal), retraídos (como em pacientes muito emagrecidos ou desidratados), batráquio (como em casos de ascite); a presença de cicatrizes, que remete a procedimentos cirúrgicos já realizados, como a cicatriz de McBurney realizada nos procedimentos de apendicectomia ou a cicatriz de Kocher nos casos de colecistectomia; a presença de circulação visível como em alguns casos de aneurisma de aorta abdominal em pacientes emagrecidos ou uma circulação colateral tipo portal no abdômen que sugere cirrose hepática; a presença de massas abdominais que pode sugerir neoplasias do trato gastrointestinal; presença de hérnias;

após isso é realizado a inspeção dinâmica do abdômen onde é solicitado que o paciente flexione a cabeça sobre o tronco o que pode realçar algumas alterações como diástase dos retos abdominais que sugere fraqueza da parede abdominal ou hérnias, nos casos em que o paciente não consegue realizar tal movimento ou realiza a custa de muita dor sugere peritonite. Durante a inspeção também deve ser avaliado o grau de conforto do paciente, pois pacientes que estão praticamente imóveis sugere peritonismo enquanto os que não conseguem achar uma posição de conforto sugerem colecistite ou litíase renal⁵.

Na ausculta abdominal busca-se avaliar a presença de ruídos hidroaéreos (RH) e em alguns casos também podem ser auscultados sopros. É importante que ela seja realizada em um ambiente silencioso e que seja auscultado todos os 9 segmentos abdominais, para saber se os RH estão presentes ou ausentes. Deve ser auscultado por no mínimo 1 minuto cada quadrante para que se possa dizer que há ausência de ruídos abdominais, o que pode sugerir peritonismo ou íleo paralítico. Os RH podem estar aumentados o que sugere uma diarreia ou obstrução intestinal. Caso haja a presença de sopros abdominais eles podem sugerir determinadas doenças como no caso de sopros presentes na linha média que sugerem aneurisma de aorta. Após isso, pode-se realizar a percussão ou palpação abdominal. Durante a percussão buscase ouvir o timpanismo abdominal que está presente em quase todos os segmentos devido à presença principalmente de vísceras ocas no abdômen, exceto no hipocôndrio direito e esquerdo em que há vísceras densas como fígado e baço respectivamente. O hipertimpanismo pode estar presente em casos de obstrução intestinal. A percussão também é útil na avaliação de hepatomegalia ou ascite, através do teste de macicez móvel. A ausência de timpanismo em outros quadrantes pode sugerir a presença de massas abdominais.

Por fim, deve-se realizar a palpação abdominal com o intuito de identificar órgãos, tumorações, dor ou resistência da parede abdominal. Algumas medidas são importantes antes de iniciar a palpação como verificar a posição do paciente que deve estar em decúbito dorsal com os braços estendidos ao longo do corpo e com uma respiração normal sempre que possível, sendo importante também que as mãos do examinador estejam em uma temperatura média para evitar confusões. Deve-se iniciar a palpação pelo quadrante oposto ao que é referido a dor, caso a dor seja difusa solicita-se ao paciente para que mencione qual o local de menor intensidade e a partir daí inicia-se a palpação. Primeiramente deve-se realizar a palpação superficial a fim de se verificar a sensibilidade da parede abdominal que caso esteja com processos inflamatórios presentes já apresentará dor nessa fase ou em casos de peritonite o paciente apresentará

rigidez e defesa abdominal impossibilitando que o examinador consiga palpar o seu abdômen. Caso o paciente não apresente alterações na palpação superficial que impossibilitem o seguimento do exame deve-se prosseguir para a palpação profunda que preferencialmente deve ser bimanual com as mãos sobrepostas e novamente inicia-se pelo local de menor intensidade, nessa fase do exame procura-se palpar organomegalias, massas/hérnias abdominais ou vasos sanguíneos dilatados. Caso alguma alteração seja encontrada é importante que se avalie a sua localização, sensibilidade, forma, consistência, tamanho, mobilidade, como, por exemplo, em um câncer gástrico que geralmente se localiza no epigástrico, doloroso à palpação profunda, formato irregular, endurecido, com tamanho variável, tendendo a ser fixo.

É importante para os médicos que estejam atendendo em UPAs o conhecimento de alguns sinais semiológicos: 1) sinal de Murphy: dor à palpação do ponto cístico durante a inspiração profunda, comum em casos de colecistite aguda; 2) sinal de Blumberg: dor à descompressão súbita do abdômen, caso presente na fossa ilíaca direita sugere apendicite; 3) sinal de Giordano ou punho percussão lombar (PPL): dor a percussão da região lombar, comum em casos de pielonefrite; 4) sinal de Rovsing: descompressão dolorosa referida, ou seja, dor a no fossa ilíaca direita à compressão da fossa ilíaca esquerda, geralmente encontrado nos casos de apendicite; 5) sinal do Psoas: dor na fossa ilíaca direita à flexão da perna direita sobre o quadril ou paciente em decúbito lateral esquerdo flexiona a perna direita e sente dor, comum na apendicite; 6) sinal do obturador: dor a flexão e rotação interna da coxa direita, comum na apendicite; 7) sinal de Jobert: presença de timpanismo à percussão da loja hepática, que sugere uma ruptura de víscera oca; 8) sinal de Cullen e Gray-Turner: presença de equimose periumbilical e nos flancos respectivamente, que pode sugerir pancreatite, geralmente de maior gravidade ou hemorragia intrabdominal.

Quadro 2- Apresentação típica das patologias que cursam com dor abdominal aguda⁴.

Diagnóstico diferencial	Apresentação típica
Apendicite	Dor periumbilical que irradia para QID, anorexia, náusea, febre. Obs: Comum apresentar sinal de Blumberg e psoas positivo.
Obstrução intestinal	Distensão abdominal, náusea, anorexia, constipação.
Colecistite	Dor abdominal periumbilical que irradia para QSD, anorexia, náusea, febre. Obs: Comum apresentar sinal de Murphy positivo.
Diverticulite	Dor no QIE e febre.
Gravidez ectópica	Dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal.
Isquemia mesentérica	Dor abdominal desproporcional aos achados no exame físico, náusea e anorexia. Obs: Presença de peritonite, distensão abdominal ou dor difusa são sugestivas do diagnóstico.
Pancreatite	Dor abdominal em faixa, náusea e vômito. Obs: sinal de Cullen e Gray-Turner são sugestivos de pancreatite necrotizante.
Perfuração de víscera	Dor abdominal severa generalizada e sinais de peritonite.
Úlcera péptica	Dor epigástrica associada à ingestão de alimentos.
Aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto	Dor abdominal e/ou dor nas costas associado a uma massa abdominal pulsátil.

Urolitíase	Dor aguda no flanco com irradiação para virilha associado a náusea.
------------	---

Em alguns casos pode ser útil a realização do exame retal como nas suspeitas de doença inflamatória intestinal em que o paciente pode apresentar como queixa dor em abdômen inferior/retal com ou sem sangramento anal, em que o exame de toque poderia evidenciar a presença de tumorações, úlceras ou sítios de sangramento. Nas mulheres com queixa de dor abdominal, sobretudo se em quadrantes inferiores, a realização de um exame ginecológico é mandatório².

Como já mencionado anteriormente, quando concluído a anamnese e exame físico do paciente que se apresenta com dor abdominal aguda, caso o médico ainda fique com dúvidas em relação ao diagnóstico, ele pode lançar mão de exames complementares que auxiliem sua abordagem inicial a fim de confirmar um diagnóstico clinicamente suspeito ou avaliar um paciente com um quadro de abdômen agudo de origem pouco esclarecida. Para pacientes que não são capazes de fornecer uma história coerente (como os com alteração do estado mental), idosos, imunossuprimidos e os com doença subjacente significativa (como diabetes, câncer, HIV e cirrose), o respaldo para uma solicitação de mais exames é maior. Os exames laboratoriais a serem solicitados devem ser baseados nas suspeitas clínicas que foram desenvolvidas a partir da anamnese e exame físico variando de acordo com a patologia suspeita. Hemograma e o exame qualitativo de urina (EQU) devem ser solicitados para quase todos os pacientes. Quando há suspeita de alteração metabólica, no equilíbrio ácido-básico ou na volemia do paciente, avaliação da glicose, creatinina, ureia, eletrólitos e uma gasometria arterial podem ser úteis. Pacientes que se apresentam com dor em abdômen médio ou superior importante devem ser medidas os marcadores de lesão hepática (aspartato aminotransferase-AST) /alanina aminotransferase-ALT) e enzimas pancreáticas (amilase e lipase). É importante ressaltar que elevações da concentração de amilase são pouco sensíveis e específicas para pancreatite, mas seu aumento pode indicar processos mais graves como isquemia mesentérica ou perfuração intestinal. Elevações na concentração de lipase são mais sensíveis e específicas para pancreatite, mas também podem ser causadas por outras doenças. Pacientes mulheres em idade fértil que se apresentam com dor em abdômen inferior é mandatório a realização de teste de gravidez para afastar ou confirmar uma possível gestação. Demais exames laboratoriais serão solicitados baseados nas principais hipóteses diagnósticas^{1,2}.

Os exames de imagem frequentemente fazem parte da avaliação do paciente que se apresenta com dor abdominal, mas é importante reforçar que a imagem apenas complementa a avaliação médica e a modalidade escolhida deve ser realizada baseada nas hipóteses suspeitas. Nos últimos anos houve um aumento do uso dos métodos de imagem para elucidação diagnóstica o que reduziu o número de pacientes que seguiam diretamente para abordagem cirúrgica, todavia os exames de imagem também apresentam desvantagens como altos custos, permanência prolongada dos pacientes no serviço de emergência e possíveis efeitos colaterais negativos (nefropatia por contraste ou exposição à radiação ionizante)³. Os exames de imagem que podem ser utilizados para avaliação da dor abdominal são radiografia simples (Rx), ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), endoscopia digestiva alta (EDA) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica⁵.

A Rx de abdômen consiste geralmente no exame de imagem inicial dos pacientes que se apresentam com queixa de dor abdominal aguda no departamento de emergência, isso se deve ao fato de ser amplamente disponível e de fácil realização até mesmo em pacientes internados. Todavia a sua sensibilidade geral é em torno de 30%⁶. Em um estudo com 871 pacientes que se apresentaram ao departamento de emergência com dor abdominal aguda não traumática foi evidenciado que em 68% a radiografia foi inespecífica, em 23% era normal e apenas em 10% foi alterada. A maior sensibilidade do Rx abdominal foi de 90% para corpo estranho intrabdominal e 49% para obstrução intestinal⁷. Em outro estudo com 874 pacientes que se apresentaram ao departamento de emergência com dor abdominal não traumática foi evidenciado que em torno de 50% dos pacientes necessitaram de mais exames de imagem após a radiografia inicial e que em apenas 4% dos pacientes ela foi útil na mudança de tratamento do paciente sem outro exame de imagem adicional⁸. Logo, conclui-se que a radiografia de abdômen não apresenta uma boa sensibilidade para avaliação dos pacientes que se apresentam com dor abdominal aguda não traumática no PA, devendo-se optar por outros exames de imagem com melhor acurácia quando disponíveis, reservando a radiografia simples de abdômen quando há ausência de outros métodos de imagem ou quando há alta suspeita clínica de obstrução intestinal, perfuração intestinal ou corpo estranho radiopaco, todavia não se pode confiar apenas no Rx para excluir esses distúrbios¹.

A US é outro exame de imagem muito utilizado no departamento de emergência para os pacientes com queixa de dor abdominal aguda, pois é um exame sem contraindicações, baixo custo, disponível na maioria dos hospitais e capaz de fornecer com rapidez

imagens muito úteis para o diagnóstico de abdômen agudo, sendo que já existem aparelhos portáteis que permitem o que o exame seja realizado logo após o exame físico no próprio leito do paciente. A US é útil na identificação de diversas estruturas abdominais como fígado, vesícula biliar, baço, pâncreas, rim, bexiga e aorta, além disso, a US é um exame extremamente útil em pacientes instáveis com dor abdominal indiferenciada, pois pode determinar se há presença de líquido livre na cavidade abdominal que pode ser sugestivo de sangue ou ascite, o que aceleraria uma consulta cirúrgica⁴. Todavia é um método de imagem operador-dependente necessitando de uma alta capacitação do profissional que realiza o exame assim como também do que irá interpretá-lo. Outro ponto negativo da ultrassonografia é quando há distensão abdominal por gases que dificulta a realização do exame. A US é um exame muito útil na avaliação de patologias inflamatórias como apendicite, colecistite, diverticulite, doença inflamatória pélvica, gestação ectópica e patologias do trato urinário. É o exame de primeira escolha em gestantes⁹. O diagnóstico correto dos pacientes que chegam com queixa de dor abdominal aguda e são avaliados clinicamente e com a realização apenas de uma ultrassonografia fica entre 53-83%, sendo que em casos urgentes a ultrassonografia consegue chegar a um diagnóstico correto em 70% dos casos, mas se comparada à tomografia computadorizada sua sensibilidade e especificidade são menores³. Portanto, após análise dos prós e contras, é recomendado o uso da US como método inicial na investigação diagnóstica de pacientes com dor abdominal aguda, sendo indicado a realização de TC após US negativa ou inconclusiva¹⁰.

A TC é o exame de imagem de escolha na avaliação de dor abdominal indiferenciada¹, pois é o exame de imagem mais versátil para avaliação da dor abdominal². Em um estudo de coorte realizado em quatro grandes hospitais de ensino da Holanda foram avaliados 1021 pacientes que chegaram ao departamento de emergência com queixa de dor abdominal aguda onde foi comparado a TC com US na determinação de causas urgentes, onde foi evidenciado que a TC foi mais sensível que a US (89% vs 70%, $P < 0,001$). Entretanto, a estratégia que apresentou maior sensibilidade foi a que se realizava a TC apenas após uma US negativa ou inconclusiva, que conseguiu alcançar uma eficácia diagnóstica de 94%¹⁰. Em outro estudo realizado com 58 pacientes que se apresentaram a um departamento de emergência com queixa de dor abdominal aguda e foram submetidos a dois exames de imagem: radiografia simples de abdômen e TC de baixa dose, onde foi evidenciado que a sensibilidade geral da TC variou entre 75-96% com uma especificidade entre 83-95% enquanto a sensibilidade geral da radiografia

variou entre 30-77% com uma especificidade de 75-88%, o que evidencia que a TC é superior ao Rx simples e conseqüentemente deve ser considerado como exame de imagem inicial em locais que tenham disponíveis ao invés do Rx¹¹. A TC apresenta as mais altas sensibilidade e especificidade dentro dos exames de imagem, todavia apresenta grandes desvantagens como o risco de nefropatia induzida pelo contraste e a exposição à radiação ionizante, além do fato de que a TC não deve ser realizada em pacientes com instabilidade hemodinâmica. Por isso, a US abdominal deve ser o exame de imagem inicial. No entanto, em pacientes críticos a TC deve ser realizada primariamente sem outro exame de imagem inicial, pois diagnosticar corretamente a patologia subjacente e conseqüentemente iniciar precocemente o tratamento é mais importante que o possível risco da nefropatia induzida por contraste³.

O uso da RM para diagnosticar causas de dor abdominal aguda é bem limitado e restringe-se basicamente a avaliação de patologias do pâncreas ou vias biliares como pancreatite aguda ou colangite, para os demais casos não supera a TC⁹. Não há nenhum estudo que analise o valor diagnóstico da RM nos pacientes com dor abdominal aguda. Uma das suas vantagens em relação à TC é que não é necessário uso de contraste nem há exposição à radiação ionizante. Todavia uma das suas grandes desvantagens é a baixa disponibilidade. Em mulheres grávidas com suspeita de causas urgentes, o uso da RM pode ser considerado³.

O uso da endoscopia digestiva alta (EDA) no departamento de emergência para pacientes que se apresentam com queixa de dor abdominal aguda ocorre em casos bem selecionados, sendo indicada para avaliação de pacientes com dor abdominal superior persistente que está associado a outros sinais ou sintomas de que sugerem doenças orgânicas graves como, por exemplo, perda de peso ou idade superior a 50 anos. A EDA também é indicada para avaliação de lesões do trato gastrointestinal superior observada em exames de imagem como suspeitas de neoplasias, úlceras, obstruções e estenoses¹². É importante ressaltar a necessidade de um profissional devidamente qualificado para a realização do exame, o que nem sempre está presente na maioria dos PA.

A CPRE é um procedimento endoscópico complexo tanto diagnóstico quanto terapêutico, que necessita de um equipamento especializado e de profissionais bem qualificados para a realização. O uso deve ser considerado em patologias que acometem o pâncreas ou a via biliar como câncer pancreático ou biliar, coledocolitíase, pancreatite biliar aguda com colangite concomitante ou obstrução biliar. É importante ressaltar que

ela não deve ser utilizada para casos de pancreatite aguda ou na avaliação da dor abdominal de origem obscura que não apresentam sinais de doença pancreática ou biliar¹³. Portanto, devido ser um procedimento que não é isento de riscos e necessitar de alto grau de especialização, apresenta pouca disponibilidade na maioria das UPA, não sendo um exame tão utilizado na prática, mas que em casos bem indicados pode ser útil. Quadro 3- Diagnóstico baseado nos exames de imagem⁴.

Diagnóstico diferencial	Modalidade de exames de imagem
Apendicite	TC 93%-95% sensibilidade para apêndice.
Obstrução intestinal	Rx simples 71%-77% de sensibilidade; TC 93% sensibilidade.
Colecistite	US 91% de sensibilidade.
Diverticulite	TC 93%-100% sensibilidade.
Gravidez ectópica	US transvaginal de preferência.
Isquemia mesentérica	Angiotomografia 96% de sensibilidade.
Pancreatite	TC 78% de sensibilidade e 86% de especificidade.
Perfuração visceral	Rx de tórax vertical 80% de sensibilidade; TC 87%-98% de sensibilidade.
Abcesso tubo-ovariano	US transvaginal de preferência.
Torção Ovariana	US pélvico com Doppler de preferência.
Cólica renal/ureteral	TC sem contraste.
AAA roto	US à beira do leito tem 100% de sensibilidade para uma aorta aumentada.

Como já mencionado anteriormente, o propósito inicial do médico no setor de emergência é diferenciar as causas urgentes das não urgentes com rapidez e efetividade. Quando há suspeita de causas possivelmente fatais, presença de sinais vitais instáveis, sinais de peritonite ou indícios de processos infecciosos, esses pacientes vão necessitar de uma abordagem mais intensificada⁵.

Nos pacientes com idade a partir dos 50 anos é importante que o médico lembre que nessa faixa etária há uma maior presença de comorbidades assim como maior número de medicamentos que os pacientes fazem uso, sendo assim nessa faixa etária há uma maior probabilidade desses pacientes apresentarem patologias mais graves, mas que

devido sua história patológica prévia pode acabar mascarando a apresentação da doença que cursa com dor abdominal aguda. Os pacientes que apresentam choque ou sinais de peritonite é prontamente necessária uma avaliação cirúrgica. Quando os pacientes já estão estabilizados a abordagem deve ser baseada na história clínica, buscando afastar patologias que implicam risco a vida do paciente⁵.

Nas suspeitas de aneurisma de aorta abdominal (AAA), uma US à beira do leito e uma consulta cirúrgica precoce é de grande valia, caso o paciente esteja estável hemodinamicamente uma TC fornecerá informações úteis sobre a localização e extensão do aneurisma. Nas suspeitas de isquemia mesentérica (geralmente pacientes com histórico de aterosclerose, fibrilação atrial e dor repentina e intensa) são necessárias uma angiotomografia e consulta cirúrgica precoce. Nas suspeitas de causa extra-abdominal como paciente com dor em quadrante superior associado a sintomas respiratórios (tosse, dispneia) um Rx simples de tórax é útil para descartar possível pneumonia de lobo inferior, já em pacientes com dor torácica com irradiação para região epigástrica, dispneia, náusea, vômito, um eletrocardiograma (ECG) é importante para descartar um infarto agudo do miocárdio (IAM)⁵.

A abordagem dos pacientes a partir dos 50 anos em que não há suspeita ou que foram descartadas as patologias que implicam maior risco à sua vida é semelhante à dos pacientes mais jovens, em que há uma menor probabilidade da causa da dor abdominal aguda ser decorrente de doenças graves. Nesses pacientes não urgentes a localização da dor auxilia na avaliação^{1,5}.

Pacientes com dor em QSD geralmente são decorrentes de patologias que envolvem o fígado, pâncreas e/ou árvore biliar e podem apresentar irradiação para dorso e região epigástrica. Nesses pacientes os exames laboratoriais iniciais devem ser hemograma completo, eletrólitos, ureia, creatinina, glicose, aminotransferases, fosfatase alcalina (FA), bilirrubina, lipase e/ou amilase. Uma US abdominal deve ser o exame de imagem inicial nesses pacientes. Uma investigação mais aprofundada dependerá do resultado desses exames iniciais⁵.

Pacientes com dor epigástrica, inicialmente devem ser avaliados possíveis fatores de risco cardiovasculares na sua história a fim de descartar uma causa cardíaca de dor. Após isso, os pacientes devem ser investigados para possíveis patologias gástricas ou pancreatite, sendo os exames laboratoriais iniciais: hemograma completo, eletrólitos, ureia, creatinina, glicose, aminotransferases, FA, bilirrubina e lipase e/ou amilase. O exame de imagem deve ser baseado na suspeita clínica, onde caso haja suspeita de

patologias da árvore biliar uma US seria a primeira escolha, já para hipóteses de origem gástrica como úlcera péptica uma EDA seria mais indicada⁵.

Pacientes com dor no QSE geralmente são decorrentes de uma irradiação de uma dor epigástrica, no entanto é importante lembrar que o baço está localizado nesse quadrante e, portanto, patologias que envolvam o baço devem ser avaliadas, sobretudo com exames de imagem, uma US inicialmente que caso não seja diagnóstica pode-se solicitar uma TC para auxiliar⁵.

A avaliação da dor nos quadrantes inferiores deve ser mais cautelosa, visto que pode ser decorrente de órgãos intestinais baixos, irradiação da dor de origem superior ou de órgãos pélvicos. A abordagem, portanto, será baseada na história clínica. Mulheres em idade fértil é mandatório a realização de teste de gravidez e as que apresentam uma suspeita de origem pélvica da dor devem ser ter uma abordagem mais direcionada. Pacientes com suspeita de patologias do trato geniturinário como pielonefrite ou cistite devem ser realizados EQU e urocultura. Demais exames deverão ser baseados na suspeita clínica⁵.

Pacientes que se apresentam com dor abdominal aguda difusa podem ter diversas etiologias para a origem da dor. Quadros autolimitados como intoxicação alimentar ou gastroenterite não necessitam de uma maior investigação. Quando há suspeita de patologias torácicas um Rx de tórax deve ser solicitado para elucidação diagnóstica. Os exames laboratoriais iniciais para avaliação da dor difusa são: hemograma completo, eletrólitos, glicemia, ureia, creatinina, teste de gravidez em mulheres com idade fértil, cálcio, em idosos ou imunossupressos também pode ser útil a solicitação de aminotransferases, fosfatase alcalina e bilirrubina. Demais exames deverão ser baseados nas suspeitas e resultados dos exames iniciais⁵.

Na avaliação de mulheres não grávida, a investigação deve ser baseada na história e exame abdominal e pélvico. Nas suspeitas de torção ovariana ou cisto ovariano roto uma US transvaginal é útil. Nas suspeitas de doença inflamatória pélvica (DIP) estáveis na maioria das vezes não necessitam de exames adicionais e antibioticoterapia oral pode ser iniciado para um acompanhamento ambulatorial, já nos casos instáveis, as pacientes devem ser internadas para melhor manejo, com uso de antibioticoterapia endovenosa. Pacientes com dor em quadrante inferior direito que não apresentam história ou alterações no exame pélvico sugestivas de DIP devem ser investigadas principalmente para apendicite¹.

A avaliação da dor abdominal aguda de pacientes soropositivos para HIV deve ser semelhante ao da população geral, todavia deve ser baseada também na contagem de CD4. Pacientes com função imunológica adequada devem ser investigados como a população em geral, mas caso os pacientes apresentem contagem de CD4 abaixo de 100 células/microL deve-se suspeitar de infecções oportunistas ou neoplasias, nessas situações a solicitação de mais exames complementares apresenta um limite menor¹.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dada à elevada prevalência da queixa de dor abdominal aguda nos serviços de emergência, na sua apresentação bem variável e na importância de uma padronização na forma de abordar os pacientes que se apresentam com essa queixa, conclui-se que a elaboração de um protocolo assistencial que oriente uma abordagem mais simples, rápida e efetiva seria de grande benefício tanto para o médico, que se sentiria mais confiante para conduzir cada caso da forma mais adequada possível, quanto para a população em geral, pois iria dispor de profissionais qualificados e seguros no seu atendimento, o que por fim resultaria na diminuição da solicitação de exames complementares dispensáveis impactando positivamente no sistema de saúde devido à redução de gastos desnecessários.

1.2 OBJETIVO GERAL

Este protocolo visa propor um fluxograma que possibilite aos profissionais de saúde do PA uma melhor abordagem aos pacientes que se apresentam com queixa de dor abdominal aguda, a fim de estabelecer os melhores meios para que se chegue a um diagnóstico correto de forma efetiva e rápida, visando assim diferenciar adequadamente os casos mais graves e que, portanto, necessitam de cuidados mais intensificados, dos quadros benignos nos quais se pode adotar uma conduta mais conservadora.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Apresentar um guia aos profissionais de saúde sobre como abordar o paciente que dá entrada com dor abdominal aguda
- B) Otimizar o tempo e recursos disponíveis na UPA de Santa Maria

2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10) ESTATÍSTICA

- K35- Apendicite aguda;
- K81- Colecistite aguda;
- K57- Doença diverticular do intestino;
- K27- Úlcera péptica de localização não especificada;
- K85- Pancreatite aguda;
- K56- Ílio paralítico e obstrução intestinal sem hérnia;
- K55.0- Transtornos vasculares agudos do intestino;
- I71.3- Aneurisma de aorta abdominal roto;
- O00- Gravidez ectópica;
- N20- Calculose do rim e do ureter;

3 DIAGNÓSTICO

Para que se consiga chegar à um diagnóstico correto em um quadro de dor abdominal aguda é importante que se tenha uma noção sobre o processo fisiopatológico da dor, sendo importante ressaltar que apesar até hoje os eventos envolvidos na percepção da dor não são totalmente compreendidos, apesar de que se sabe que ele sofre ação de dois fatores: tipo de estímulo e da interpretação das entradas nociceptivas viscerais no sistema nervoso central. No abdômen, os receptores algicos respondem a estímulos mecânicos e químicos, sendo que o alongamento é o principal estímulo mecânico envolvido na percepção da dor, apesar de que outros também podem ser percebidos como a torção, tração e compressão. Os receptores viscerais que percebem esses estímulos estão localizados principalmente nas superfícies serosas, no mesentério e na parede das vísceras ocas, já os receptores da mucosa visceral respondem principalmente a estímulos químicos¹⁴.

De forma geral a grande maioria dos quadros de dor abdominal são percebidos na linha mediana devido a existência de uma inervação bilateral simétrica na cavidade abdominal. Nos quadros em que a dor se apresenta lateralizada geralmente são decorrentes do rim, ureter, ovário, entre outras estruturas, que apresentam sua inervação predominantemente unilateral. Outra forma de apresentação da dor abdominal é a chamada dor referida, pois a sensação de dor é percebida em um local distante do órgão que realmente está sendo afetado e isso ocorre devido o compartilhamento no mesmo nível da medula espinhal entre as entradas viscerais e os dermatômos cutâneos¹⁴.

Como já visto, a dor abdominal aguda não é uma patologia em si, mas sim uma forma de manifestação de diversas patologias. Por mais que a dor abdominal tenha uma apresentação com grande variabilidade, é de suma importância para o médico que trabalha no setor de emergência o reconhecimento de padrões típicos de determinadas patologias que são mais comuns cursarem com um quadro de dor abdominal aguda.

A apendicite aguda se refere a inflamação do apêndice cecal e tem na maioria dos casos a dor abdominal como o sintoma inicial e o principal sintoma. Na sua forma de apresentação clássica, a dor abdominal inicial tende a ser periumbilical com posterior deslocamento para o quadrante inferior direito, todavia isso ocorre em apenas 50-60% dos pacientes. São bem comuns também sintomas como anorexia, náuseas e vômitos. Em alguns pacientes pode-se observar formas de apresentação inicial atípicas como: diarreia, flatulência ou mal-estar generalizado. No exame físico, os sinais iniciais de apendicite tendem a ser sutis como uma febre baixa, podendo se tornar alta à medida

que a inflamação progride. Os sinais mais comuns de serem encontrados em um quadro de apendicite aguda são: sinal de McBurney, Rovsing, psoas e obturador (já descritos anteriormente). Dentro dos achados laboratoriais mais comuns, cerca de 80% dos pacientes apresentam uma leucocitose leve com desvio à esquerda. Na avaliação das suspeitas de apendicite aguda pode-se utilizar a escala de alvarado para fazer uma triagem do grau de probabilidade de o paciente realmente apresentar apendicite aguda. Essa escala consiste apenas com elementos clínicos e laboratoriais, sendo que cada um deles quando presentes tem determinada pontuação que no final ao somar todos os achados presentes determina o grau de probabilidade de apendicite aguda e a conduta mais adequada a ser tomada em cada caso. Os parâmetros clínicos utilizados são: dor abdominal que migra para fossa ilíaca direita (1), anorexia (1), náuseas/vômitos (1), dor em QID (2), descompressão brusca dolorosa em QID (1), febre (1). O parâmetro laboratorial utilizado é a leucocitose (2). Alguns autores ainda utilizam o desvio à esquerda como parâmetro laboratorial pontuando 1 ponto. Uma pontuação total de 0-3 indica que a apendicite é improvável e outros diagnósticos devem ser avaliados. Pontuação maior ou igual a 4 devem ser avaliados para apendicite aguda podendo ainda se subdividir pontuações de 4-7 se beneficiariam de uma investigação complementar e pontuações maiores de 7 já apresentam indicação de tratamento cirúrgico sem demais avaliações complementares¹⁵.

A colecistite aguda é determinada como a inflamação da vesícula biliar e em cerca de 90% das vezes é causada devido a presença de cálculos biliares, sendo em 5-10% dos casos uma colecistite acalculosa. Nesses pacientes é comum encontrar na anamnese uma história de dor abdominal localizada principalmente no quadrante superior direito ou epigástrico, tendendo a ser constante, intensa e prolongada, podendo irradiar para o ombro direito ou para as costas. É comum o quadro de dor surgir poucas horas após a ingestão de alimentos gordurosos. Sintomas comuns associados são náuseas, vômitos, anorexia e febre. No exame físico, os pacientes frequentemente apresentam sinal de Murphy positivo (já mencionado anteriormente). Dentro dos achados laboratoriais mais comuns da colecistite aguda não complicada estão uma leucocitose com desvio à esquerda. Todavia é necessário para a determinação do diagnóstico a visualização de sinais de inflamação da vesícula biliar, que na maioria dos casos pode ser obtido com uma ultrassonografia abdominal¹⁶.

A diverticulite aguda é definida como a inflamação do divertículo geralmente resultante da perfuração de um divertículo e ocorre em cerca de 4% dos pacientes que tem

diverticulose, sendo essa definida como a presença de divertículos no cólon. Tende a ocorrer principalmente em pacientes idosos, sendo a dor abdominal a queixa mais comum. A dor geralmente ocorre no quadrante inferior esquerdo, pois o cólon sigmoide é o principal acometido, pode ocorrer também no lado direito, mas isso é mais comum em populações asiáticas. A dor tende a ser constante e geralmente já está presente vários dias antes da apresentação do quadro. Náuseas e vômitos são sintomas associados comuns. Dentro dos achados laboratoriais mais comuns estão uma proteína C reativa (PCR) elevada e uma leucocitose leve. É importante a realização de exames de imagem adicional dando preferência a Tomografia Computadorizada (TC) para a determinação exata do diagnóstico de diverticulite aguda¹⁷.

A úlcera péptica é determinada como a erosão da mucosa gástrica e/ou duodenal que acomete da camada muscular até as camadas mais profundas da parede. Pacientes com história de dispepsia, especialmente com história progressiva de uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINE) ou história de infecção por *Helicobacter pylori* são os principais suspeitos para doença ulcerosa péptica. O sintoma mais comum nesses pacientes é uma dor abdominal superior, podendo ocorrer irradiação para o dorso. A dor das úlceras duodenais geralmente ocorre horas após uma refeição e à noite, já os pacientes com úlceras pépticas geralmente têm os sintomas provocados pela alimentação como a dor em quadrantes superiores, náuseas, vômitos, saciedade precoce, plenitude epigástrica e intolerância a alimentos gordurosos. O diagnóstico definitivo de úlcera péptica é feito através da visualização direta da úlcera através da endoscopia digestiva alta (EDA)¹⁸.

A pancreatite aguda é definida como a inflamação aguda do pâncreas. O quadro clínico da grande maioria dos pacientes que apresentam pancreatite aguda cursa com dor em quadrantes abdominais superiores principalmente o epigástrico, tendo a ser intensa e persistente, sendo que em 50% dos pacientes ela irradia para o dorso e que pode ser aliviada quando o paciente se senta ou inclina para frente, sendo essa posição conhecida como “prece maometana”. Quando a causa da pancreatite são cálculos biliares, a dor tende a ser localizada e de início abrupto. Quando a causa é hereditária, metabólica ou por álcool, a dor tende a ser mais insidiosa e mal localizada. Cerca de 90% dos pacientes apresentam náuseas e vômitos que tendem a ser persistentes. Os achados do exame físico dependem do grau de inflamação do pâncreas, é comum os pacientes apresentarem distensão abdominal e ruídos hidroaéreos diminuídos. Nos casos graves de pancreatite é comum o surgimento de febre, hipotensão e hipoxemia, assim como o aparecimento dos sinais de Cullen e Gray-Turner (já mencionados anteriormente).

Dentro dos achados laboratoriais mais comuns e importantes estão a elevação das enzimas pancreáticas. A amilase sérica tende a aumentar dentro de 6-12 horas após o início do quadro e apresenta uma sensibilidade de 67-83% e uma especificidade de 85-98% para pancreatite aguda. A lipase sérica tende a aumentar dentro de 4-8 horas após o início do quadro e apresenta uma sensibilidade de 82-100%. A diagnóstico definitivo de pancreatite aguda é determinado quando se tem presente pelo menos dois dos três critérios seguintes: quadro clínico compatível com o início de dor abdominal súbita em quadrantes superiores, intensa, persistente, frequentemente se irradiando para as costas; elevação da lipase e/ou amilase sérica para três vezes o limite superior da normalidade; achados característicos de pancreatite aguda em exames de imagem¹⁹.

A obstrução intestinal é determinada como bloqueio a passagem normal do conteúdo alimentar através do intestino. A obstrução do intestino delgado pode ser funcional, também chamado de íleo, ou mecânico, sendo que o intestino delgado é acometido em 80% dos casos de obstrução intestinal mecânica. O quadro clínico mais comum é o desenvolvimento abrupto de dor abdominal geralmente periumbilical, náusea, vômito, distensão abdominal e obstipação. É importante durante a anamnese a determinação de fatores de risco para obstrução intestinal como: cirurgia abdominal ou pélvica anterior, neoplasia intestinal, ingestão de corpo estranho doença inflamatória intestinal, hérnia de parede abdominal ou inguinal, irradiação abdominal ou pélvica, medicamentos, entre outros, para que assim se possa auxiliar a determinar a causa da obstrução. O exame físico de pacientes com obstrução intestinal além de trazer informações que auxiliam a determinar o diagnóstico como a presença de distensão abdominal, ruídos hidroaéreos metálicos, timpanismo a percussão, ainda pode trazer achados que sugerem a causa da obstrução como a presença de uma cicatriz cirúrgica prévia, presença de hérnias ou massas abdominais. Apesar da anamnese e exame físico serem extremamente importantes nos casos de obstrução intestinal, na maioria das vezes exames de imagem são necessários para a confirmação do diagnóstico, assim como para obter mais informações como o local da obstrução, se é completa ou parcial, etiologia e a presença de complicações. Na maioria das vezes um Rx simples inicial é solicitado para confirmação da obstrução intestinal mecânica e caso não apresente achados graves que indiquem intervenção cirúrgica imediata é solicitado uma Tomografia Computadorizada para melhor avaliação da obstrução intestinal²⁰.

A isquemia mesentérica aguda é decorrente de uma hipoperfusão abrupta do intestino delgado. Pode ser decorrente de uma obstrução embólica do suprimento sanguíneo

intestinal, que ocorre mais comumente com a artéria mesentérica superior ou pode ser decorrente de uma obstrução trombótica de um vaso mesentérico já previamente patológico. Na história clínica é importante determinar fatores de risco para embolia (arritmias cardíacas, doença valvar cardíaca, endocardite infecciosa, infarto agudo do miocárdio, aneurisma de aorta) ou para trombose (aterosclerose, doença arterial periférica, idade avançada e estado de baixo débito cardíaco). Como se trata de uma patologia grave que implica em alta mortalidade, a suspeição clínica é muito importante devendo, portanto, ficar atento para pacientes com fatores de risco para embolia/trombose e aterosclerose que se apresentam com dor abdominal súbita, dor desproporcional ao exame físico e acidose metabólica. Além do alto grau de suspeição clínica o diagnóstico definitivo de isquemia mesentérica necessita da demonstração da oclusão nas artérias mesentéricas em exames de imagem, sendo a angiotomografia altamente elucidativa para esses casos. Nos casos mais graves em que os pacientes se apresentam com instabilidade hemodinâmica será feito apenas centro cirúrgico²¹.

O aneurisma de aorta abdominal (AAA) é o aneurisma arterial verdadeiro mais comumente encontrado. O diâmetro médio da aorta abdominal infrarrenal de um adulto é de cerca de 2 cm, esse diâmetro pode variar de acordo com a idade, sexo e o tamanho corporal, mas geralmente um diâmetro da aorta maior que 3 cm já é considerado aneurismático. Na história clínica é importante determinar os fatores de risco que levam ao AAA, sendo o principal deles o tabagismo, mas também são fatores de risco: idade avançada, sexo masculino, aterosclerose, hipertensão, raça caucasiana, história familiar de AAA, outros aneurismas de grandes artérias. É importante ressaltar que o diabetes mellitus está associado a uma redução no risco de AAA. A apresentação clínica do AAA roto é bastante variável, sendo que o paciente pode nem saber que apresenta essa patologia antes do início dos sintomas da ruptura que são dor abdominal intensa, hipotensão e massa abdominal pulsátil que ocorre em cerca de metade dos pacientes. Nos pacientes com suspeita de AAA roto e que estão estáveis hemodinamicamente é recomendado que se realize uma angiotomografia de urgência para confirmação da ruptura antes da cirurgia. Nos pacientes com diagnóstico prévio de AAA e que está com instabilidade hemodinâmica e suspeita de ruptura devem ser encaminhados ao centro cirúrgico imediatamente, já nos casos dos pacientes instáveis hemodinamicamente com suspeita de ruptura, mas sem diagnóstico prévio, o ideal seria a obtenção de um exame de imagem antes da cirurgia, mas devido a gravidade do quadro acaba por não ser obrigatório²².

Gravidez ectópica (GE) corresponde a uma gravidez extrauterina, sendo que 96% ocorrem na tuba uterina, mas também pode ocorrer em outros locais como ovário, cérvix, abdômen. Deve-se suspeitar em mulheres em idade fértil que se apresentam com quadro sangramento vaginal no primeiro trimestre e/ou dor abdominal geralmente localizada na pelve podendo ser difusa ou localizada unilateralmente, tende a se manifestar entre 5-7 semanas de gestação com características bastante variáveis. É importante se buscar na anamnese fatores de risco para GE como: doença inflamatória pélvica (DIP) ou doenças sexualmente transmissíveis (DST) prévias, GE prévia, FIV, falha de métodos contraceptivos, endometriose, tabagismo, idade materna avançada, cirurgia tubária prévia. Além do quadro clínico é necessário a realização da dosagem sérica do beta-HCG e de uma ultrassonografia transvaginal para a determinação do diagnóstico²³.

Nefrolitíase é determinada como a presença de cálculos de cálcio dentro das vias renais ou ureterais. Os cálculos podem ser formados de diferentes elementos sendo o mais comum os de oxalato de cálcio e menos frequente os de fosfato de cálcio, ácido úrico, estruvita e cistina. É importante identificar na história dos pacientes fatores de risco que estão associados a uma maior formação de cálculos como: história prévia de nefrolitíase, história familiar de cálculos, baixa ingestão de líquidos, diabetes, obesidade, gota, hipertensão e uma urina persistente ácida pode precipitar a formação de cálculos de ácido úrico. Os sintomas geralmente se desenvolvem quando o cálculo passa da pelve renal para o ureter, sendo a dor o sintoma mais frequente e mais variável. O local da dor depende do local da obstrução, visto que em obstruções do ureter superior ou da pelve renal a dor ocorre no flanco enquanto em obstruções do ureter inferior a dor geralmente irradia para testículo ou lábio ipsilateral. A dor de nefrolitíase também é caracterizada como cólica renal, pois ela ocorre em paroxismos, ou seja, fica aumentando e diminuindo de intensidade e geralmente não apresenta nenhuma posição que alivie a dor. Outros sintomas que podem estar presentes são hematúria, náusea, vômito, disúria e urgência miccional. No exame físico um sinal comum de se encontrar é o sinal de Giordano ou também chamado de punho percussão lombar (já descrito anteriormente). Além da clínica compatível, é necessário um exame de imagem para confirmação da presença de cálculo e avaliar uma possível obstrução urinária. O exame de primeira escolha a ser utilizado nos pacientes com suspeita de nefrolitíase é Tomografia Computadorizada de abdômen e pelve sem contraste²⁴.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes adultos que se apresentam a UPA com queixa de dor abdominal aguda não traumática.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Dor abdominal traumática
- b) Gestantes
- c) Crianças

5 TRATAMENTO

Como já descrito anteriormente a dor abdominal aguda não se trata de uma patologia específica, mas sim de uma forma de apresentação de inúmeras patologias e, portanto, não apresenta um tratamento específico pré-determinado. Antes do tratamento da dor abdominal deve-se avaliar importantes critérios que iram auxiliar na determinação desse tratamento como a causa e intensidade da dor abdominal, qual analgésico utilizar e sua via de administração e o tratamento dos sintomas associados.

Antigamente acreditava-se que a analgesia poderia interferir na avaliação dos pacientes com dor abdominal, pois acreditava-se que a analgesia poderia mascarar sinais/sintomas e conseqüentemente levar à um erro diagnóstico e/ou de tratamento. Todavia, com o passar dos anos a literatura acabou por refutar essa prática, pois vários estudos evidenciaram que a utilização de analgésicos não aumentou significativamente a chance de erro diagnóstico e/ou tratamento na avaliação inicial do paciente com dor abdominal aguda. A partir disso foi determinado que pacientes que se apresentam com quadro de dor abdominal aguda em um Pronto Socorro podem e devem ser tratados adequadamente com analgésicos o mais rápido possível, sendo que o objetivo dessa ação é reduzir a dor a níveis aceitáveis fazendo com que o paciente se torne mais cooperativo, facilitando assim a obtenção de uma anamnese mais elaborada e a realização de um exame abdominal de melhor qualidade^{1,4}.

Antes de determinar qual analgésico utilizar é importante determinar a via de administração do fármaco e isso deve ser baseado principalmente no potencial estimado de absorção entérica do medicamento que pretende se utilizar. Deve-se optar sempre que possível por vias de administração menos invasivas, dando preferência pelas vias mais fisiológicas como a oral. Todavia em quadros de dor abdominal aguda em que se desconfia que há uma redução na capacidade de absorção entérica como obstrução intestinal, isquemia mesentérica, AAA roto, deve-se optar pela via de administração parenteral, a fim de se evitar a passagem pelo sistema gastrointestinal o qual está comprometido e assim atingir um início mais rápido do efeito analgésico²⁵.

Nos pacientes que se apresentam com dor abdominal aguda leve deve-se iniciar a analgesia com analgésicos não opioides, sendo que dentro dessa classe os principais medicamentos são os AINEs, dipirona e o paracetamol. Tais fármacos são utilizados devido seus efeitos analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios. A combinação de analgésicos não opioides, especialmente AINEs mais paracetamol, atualmente ainda não são recomendadas. Todavia, a associação de opioides e não opioides pode ser utilizada e

melhora a qualidade da analgesia permitindo a utilização de doses menores de opioides reduzindo assim os seus efeitos colaterais associados²⁵.

Quadro 4. Exemplos de fármacos e suas características no tratamento da dor abdominal aguda leve a moderada²⁵.

Fármaco	Via de administração	Dose	Efeito colateral	Observação
Dipirona	Via oral	1-2 g a cada 4-6 horas	Agranulocitose (raro)	
Paracetamol	Oral	500 mg- 1 g a cada 4/6 horas	Hepatite fulminante (se atingir dose tóxica)	Dose máxima diária: 4 gramas
Ibuprofeno	Oral	300-600 mg a cada 6 horas	*	Dose máxima diária: 2.400 mg Não deve ser usado em pacientes com risco cardíaco
Naproxeno	Oral	250-500 mg a cada 12 horas	*	
Nimesulida	Oral	50-100 mg a cada 12 horas	*	
Cetoprofeno	Intravenosa	100 mg a cada 12/12 horas	*	
Cetorolaco	Intravenosa	Idade < 65 anos e peso > 50 kg: 15 a 30 mg a cada 6 horas Idade maior	*	Tratamento a curto prazo da dor aguda Usado como adjunto em outros

		que 65 anos ou peso menor que 50 kg: 15 mg a cada 6 horas		tratamentos para dor moderada a intensa Evitar em pacientes com história de cardiopatias isquêmicas, AVE ou insuficiência cardíaca
--	--	---	--	---

*Observação: os efeitos colaterais das AINEs são: efeitos gastrointestinais como náuseas, dor abdominal, úlcera péptica; hepatotoxicidade; nefrotoxicidade; elevação da pressão arterial; alterações plaquetárias; reações de hipersensibilidade.

Nos pacientes que se apresentam com dor abdominal aguda moderada a intensa é necessário para alcançar uma analgesia ideal fármacos da classe dos opioides. A grande preocupação com a utilização dos opioides são os seus efeitos colaterais que podem ser constipação, prurido, hipotensão e euforia, sendo os efeitos mais relevantes nos quadros de dor abdominal aguda a depressão respiratória, náusea e o vômito. Todavia tais efeitos colaterais, caso ocorram, são passíveis de correção através de medidas como oxigenação, ventilação, drogas antieméticas e estabilização hemodinâmica²⁵. Uma forma de abordagem realizada pode ser a utilização de morfina em doses de 0,05 a 0,10 mg/kg IV administrada a cada 15 minutos até que a dor seja controlada. Outra abordagem utilizada caso necessite de uma ação mais curta consiste na utilização de fentanil em doses de 0,1 a 0,3 mcg/Kg IV de 5 em 5 minutos até que a dor seja controlada¹.

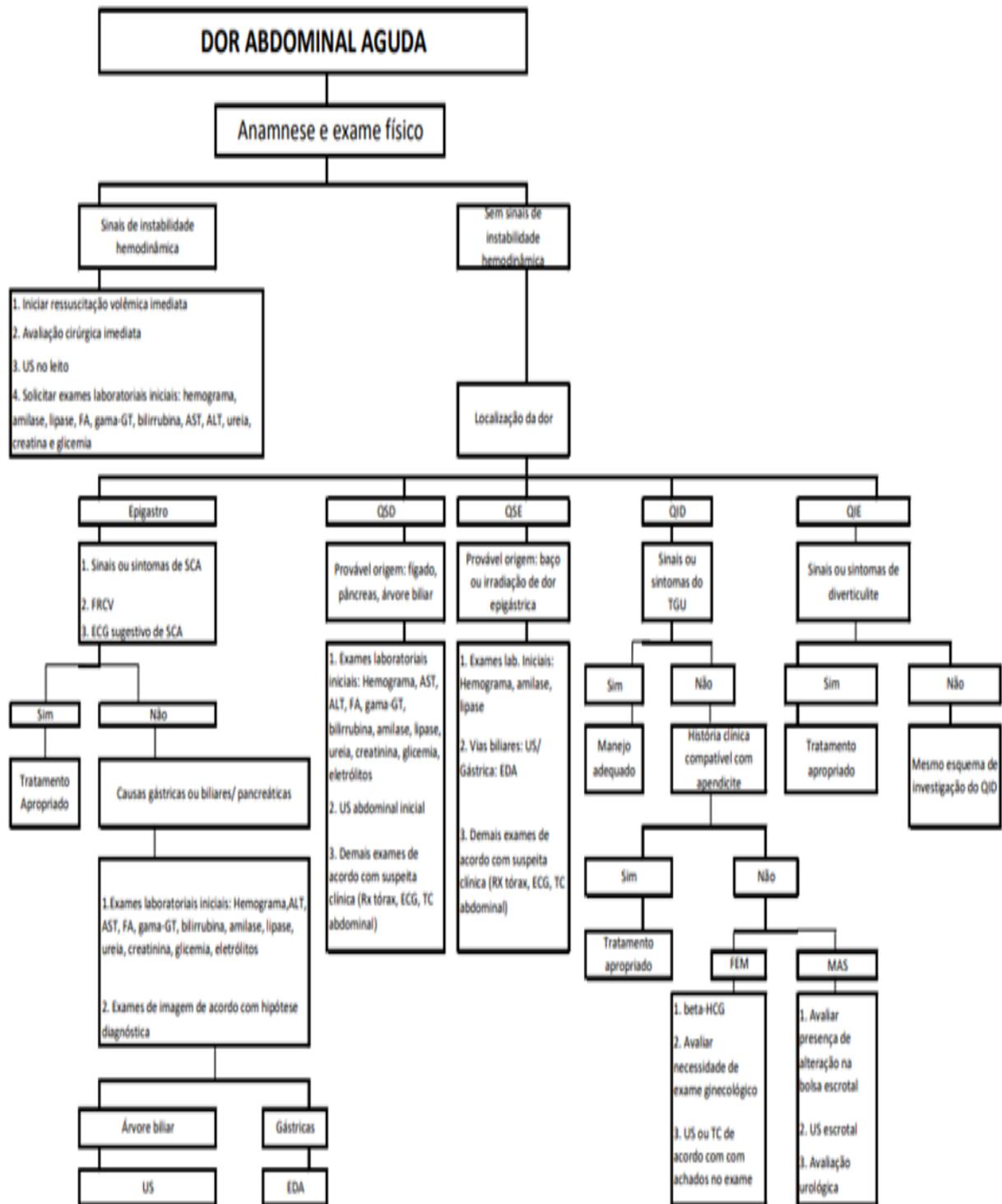
Os sintomas mais associados aos quadros de dor abdominal aguda são as náuseas e os vômitos, portanto os agentes antieméticos são drogas úteis na correção desses sintomas. Os mais utilizados são: ondasetron, metoclopramida e prometazina. O ondasetron é o medicamento de escolha, por ter um perfil de efeitos colaterais mais benigno visto que gera menos sedação que a prometazina e não está associado a acatisia como a

metoclopramida. Todavia, ambas as drogas são equivalentes na redução da náusea e vômito dos pacientes⁴.

Visto que a dor abdominal aguda é apenas uma manifestação de um espectro muito amplo de doenças, o tratamento definitivo do quadro depende diretamente de se chegar ao diagnóstico correto da patologia que está causando a dor para que assim se possa tomar a conduta mais adequada, como por exemplo:

- No caso de um quadro de apendicite aguda o tratamento mais adequado é a apendicectomia seja por via aberta, sendo a mais comum pela incisão de McBurney, ou laparoscópica, essa escolha depende de diversos fatores como características pessoais do próprio paciente, do serviço em que vai ser realizado e da preferência do cirurgião. Há algum tempo se surgiu a ideia de que a apendicite aguda não complicada poderia ser tratada com antibioticoterapia ao invés de cirurgia, todavia vários estudos foram realizados sobre esse assunto e chegaram à conclusão de que apenas a antibioticoterapia não deve ser recomendada de forma rotineira para o tratamento da apendicite aguda não complicada²⁶.
- Quando se trata de um quadro de coleciste aguda calculosa o tratamento de escolha geralmente é a colecistectomia seja por via aberta, a qual na maioria das vezes resultará em uma cicatriz mundialmente conhecida como cicatriz de Kocher, ou por via laparoscópica, a qual ultimamente tem se dado preferência devido seus benefícios em relação a técnica aberta como menos dor no pós-operatório, menos risco de infecção e alta mais precoce. A técnica laparoscópica pode ainda ser subdividida de acordo com o tempo em que será realizada após o início dos sintomas em precoce ou retardada. O tempo para se considerar a técnica precoce varia de acordo com a literatura (3-10 dias), mas geralmente é utilizado como base os sete primeiros dias após o início dos sintomas e a tardia após 7 dias até a sexta semana do diagnóstico. A técnica precoce em comparação com a retardada foi associada a um menor risco de infecção da ferida operatória, alta hospitalar mais precoce, retorno mais rápido ao emprego, não aumentou mortalidade, lesão de via biliar, vazamento de bile ou conversão para a técnica aberta, apenas foi associada a um tempo cirúrgico maior²⁷.

6 FLUXOGRAMA



US: Ultrassom; FA: Fosfatase alcalina; AST: Aspartato aminotransferase; ALT: Alanina aminotransferase; QSD: Quadrante superior direito; QSE: Quadrante superior esquerdo; QID: Quadrante inferior direito; QIE: Quadrante inferior esquerdo; SCA: Síndrome coronariana aguda; FRCV: Fatores de risco cardiovascular; ECG: Eletrocardiograma; EDA: Endoscopia digestiva alta; Rx: Raio-X; TC: Tomografia computadorizada; TGU: Trato geniturinário; FEM: Feminino; MAS: Masculino; HCG: Gonadotrofina coriônica humana.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KENDALL, John; MOREIRE, Maria. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=pain%20abdominal%20acute&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 05/07/2020.
2. MARTINS, Milton. et al. **Clínica Médica**. 2ª ed. São Paulo: Manole Ltda, 2016.
3. GANS, Sarah. et al. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. **PUBMED**, 2015. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/371583>. Acesso em: 15/06/2020.
4. NATESAN, Sreeja. et al. Evidence –Based Medicine Approach to Abdominal Pain. *Emerg Med Clin N Am* 34, 2016.165–190. Disponível em: <file:///C:/Users/Ferdinan/Downloads/dor%20abd.pdf>. Acesso em: 13/07/2020.
5. PENNER, Robert; FISHMAN, Mary. Evaluation of the adult with abdominal pain. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain?search=exame%20fisico%20abdominal&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5. Acesso em: 05/07/2020.
6. STOKER, Jaap. et al. Imaging Patients with Acute Abdominal Pain. **PUBMED**, 2009. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2531090302#B5>. Acesso em: 07/07/2020.
7. AHN, Sun. et al. Acute Nontraumatic Abdominal Pain in Adult Patients: Abdominal Radiography Compared with CT Evaluation. **PUBMED**, 2002. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2251011282>. Acesso em: 07/07/2020.
8. KELLOW, Zina. et al. The Role of Abdominal Radiography in the Evaluation of the Nontrauma Emergency Patient. **PUBMED**, 2008. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiol.2483071772>. Acesso em: 07/07/2020.
9. MENEGHELI, UG. Elementos para diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: 283-293, abr./dez. **GOOGLE SEARCH**, 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/727/741>. Acesso em: 07/07/2020.

10. LAMÉRIS, Wytze. et al. Imaging Strategies for detection of urgent conditions in the patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. **PUBMED**, 2009. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b2431>. Acesso em: 07/07/2020.
11. Alshamari, M., Norrman, E., Geijer, M. *et al.* Diagnostic accuracy of low-dose CT compared with abdominal radiography in non-traumatic acute abdominal pain: prospective study and systematic review. *Eur Radiol* **26**, 1766–1774 (2016). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00330-015-3984-9>. Acesso em: 08/07/2020.
12. COHEN, Jonathan; GREENWALD, David. Overview of upper gastrointestinal endoscopy. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-upper-gastrointestinal-endoscopyesophagogastroduodenoscopy?search=Pain%20abdominal%20acute&topicRef=6862&source=see_link. Acesso em: 09/07/2020.
13. TRINGALI, Andrea; LOPERFIDO, Silvano; COSTAMAGNA, Guido. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Indications, patient preparation, and complications. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-indications-patient-preparation-and-complications?search=Pain%20abdominal%20acute&topicRef=6862&source=see_link. Acesso em: 09/07/2020.
14. PENNER, Robert; FISHMAN, Mary. Causes of abdominal pain in adults. **UpToDate**, 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-abdominal-pain-in-adults?search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6862&source=see_link. Acesso em: 05/01/2021.
15. MARTIN, Ronald. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?sectionName=Clinical%20manifestations&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H5345945&source=see_link#H5345945. Acesso em: 05/01/2021

16. ZAKKO, Salam; AFDHAL, Nezam. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=CLINICAL%20MANIFESTATIONS&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H7&source=see_link#H7. Acesso em: 05/01/2021.
17. PEMBERTON, Jonh. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?sectionName=Clinical%20manifestations&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H21261795&source=see_link#H21261795. Acesso em: 05/01/2021.
18. VAKIL, Nimish. Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?sectionName=CLINICAL%20MANIFESTATIONS&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H3&source=see_link#H3. Acesso em: 05/01/2021.
19. VEGE, Santhi. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?sectionName=CLINICAL%20MANIFESTATIONS&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H3&source=see_link#H3. Acesso em: 05/01/2021.
20. BORDEIANOU, Liliana; YEH, Dante. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&source=see_link. Acesso em: 05/01/2021.
21. PEARL, Gregory; GILANI, Ramyar. Acute mesenteric arterial occlusion. **UpToDate**, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute->

- mesenteric-arterial-occlusion?sectionName=Risk%20factors&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=2559&anchor=H420418685&source=see_link#H420418685. Acesso em: 05/01/2021.
22. DALMAN, Ronald; MELL, Matthew. Overview of abdominal aortic aneurysm. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-aortic-aneurysm?search=ruptured%20abdominal%20aortic%20aneurysm&source=search_result&selectedTitle=4~36&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 05/01/2021.
23. TULANDI, Togas. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=gravidez%20ect%C3%B3pica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 06/01/2021.
24. CURHAN, Gary; ARONSON, Mark; PREMINGER, Gleen. Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults. **UpToDate**, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-in-adults?sectionName=CLINICAL%20MANIFESTATIONS&search=differential%20diagnosis%20of%20acute%20abdominal%20pain&topicRef=6860&anchor=H4&source=see_link#H4. Acesso em: 06/01/2021.
25. FALCH, C. et al. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: A systematic review of the literature. **European Journal of Pain**, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.1532-2149.2014.00456.x>. Acesso em: 06/01/2021.
26. HIRANO, Elcio Shiyóiti et al. Apendicite aguda não complicada em adultos: tratamento cirúrgico ou clínico? **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 2, p. 159-164, Apr, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05/04/2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000200014>.
27. VOLLMER, Charles; ZAKKO, Salam; AFDHAL, Nezam. Treatment of acute calculous cholecystitis. **UpToDate**, 2020. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=tratamento%20da%20colecistite%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~123&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em:05/04/2021.