



Manejo da dor abdominal em adultos: Uma revisão integrativa

Daniel Lourenço Lira

Jozyel Castro Cláudio

Juliane Pires Castelo

Silvania da Conceição Furtado

RESUMO

Dor abdominal é o tipo de dor mais comum (excluindo lesões), representando cerca de 10% das visitas ao pronto-socorro (Cartwright, 2008). A dor abdominal é um sintoma importante de uma ampla gama de doenças, desde os mais leves até aquelas que requerem cirurgia ou tratamento de emergência. É o principal sintoma de um processo patológico em andamento, podendo significar uma variedade de condições entre as quais estão as doenças benignas e autolimitadas em emergências cirúrgicas (TRENTZSCH, 2011).

Palavras-chave: Dor abdominal, Adultos, Doenças.

1 INTRODUÇÃO

Dor abdominal é o tipo de dor mais comum (excluindo lesões), representando cerca de 10% das visitas ao pronto-socorro (Cartwright, 2008). A dor abdominal é um sintoma importante de uma ampla gama de doenças, desde os mais leves até aquelas que requerem cirurgia ou tratamento de emergência. É o principal sintoma de um processo patológico em andamento, podendo significar uma variedade de condições entre as quais estão as doenças benignas e autolimitadas em emergências cirúrgicas (TRENTZSCH, 2011).

A terminologia de Abdome agudo corresponde à dor abdominal de aparecimento súbito na região dos quadrantes do abdome (CID-10) decorrente de diversas complicações de origens etiológicas diferentes. O tempo de duração da síndrome de dor aguda varia de horas até aproximadamente sete dias. Esse quadro pode ser tratado de forma cirúrgica ou não cirúrgica, dependendo da conduta adotada pelo serviço de emergência após a admissão do paciente (Meneghelli; Ulysses, 2003). O manejo do paciente com dor abdominal no pronto atendimento costuma ser variável e geralmente baseado na experiência do médico consultado (GANS, 2015), podendo resultar em atraso do diagnóstico ou até mesmo em utilização de recursos desnecessários ao diagnóstico/tratamento.

Os exames físicos realizados no paciente são diversos, mas se tornam sujeitos à não resultarem em diagnóstico assertivo se não forem realizados de acordo com diretrizes sistemáticas. A admissão de pacientes com essa doença é muito frequente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras unidades de atendimento médico (Júnior; Santos, 2017). Tal fato



demonstra que os profissionais da saúde devem ser devidamente orientados sobre as condutas clínicas a serem tomadas nessas situações (FLASAR; GOLDBERG, 2006).

Em quase a metade dos pacientes com dor abdominal aguda, a dor é indeterminada e há uma tentação natural dos médicos da emergência em sugerir um diagnóstico, afinal, os pacientes anseiam por um diagnóstico. Muitas das vezes, os médicos da emergência escrevem por “impulso” – gastroenterite – quando o diagnóstico correto deveria ser “dor abdominal aguda indeterminada” ou “dor abdominal inespecífica” (COLUCCIELO, 2019).

2 OBJETIVO

Responder à questão norteadora: Quais são as evidências acerca do diagnóstico e conduta dos cirurgiões diante de pacientes adultos com dor abdominal aguda em serviços de emergência hospitalar?

3 METODOLOGIA

Esta revisão integrativa (um instrumento da Prática Baseada em Evidências – PBE) envolve: a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente, médicos e gestores de saúde (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Dessa forma, foi reunido o conhecimento publicado acerca do tema abordado para responder à questão norteadora da pesquisa: Quais são as evidências acerca do diagnóstico e conduta dos cirurgiões diante de pacientes adultos com dor abdominal aguda em serviços de emergência hospitalar?

Em relação às fontes dos dados foram utilizadas as seguintes bases de dados para a pesquisa: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed Central). Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizados são listados a seguir: “abdome agudo”, “condutas emergenciais”, “guias de conduta”, “condutas de diagnóstico”, “quadros clínicos”, serviços emergenciais”.

Como critérios de inclusão foram considerados publicações sem restrição de data ou idioma; publicações que envolvessem, de forma enfática, cenários de estruturas emergenciais médicas relacionadas à dor abdominal aguda em adultos. Além dessas diretrizes foram utilizados os métodos formais do *Joanna Briggs Institute* (JBI) como base de análise para a pesquisa que estão descritos na sua plataforma virtual.

Para extração dos dados e análise dos resultados foi utilizado um instrumento de coleta de dados (validado por Ursi, 2005) em formato de tabela cujas colunas foram distribuídas da seguinte forma: AUTOR/ANO, OBJETIVO, AMOSTRA, DELINEAMENTO, RESULTADO, INFORMAÇÃO-CHAVE.



Na coluna “INFORMAÇÃO-CHAVE” foi dado destaque para as recomendações dos autores para pesquisas futuras.

Como critérios de inclusão optou-se por triar artigos cujos objetivos abordassem:

- Manejo de pacientes com dor abdominal
- Artigos com participantes acima dos 18 anos
- Estudos em serviços de pronto atendimento a Urgências e Emergências
- Estudos observacionais ou experimentais

Como critérios de exclusão, inicialmente foram excluídos artigos cujos pacientes estavam na faixa etária abaixo de 18 anos; Estudos sobre dor após procedimento médico; estudos sobre doenças crônicas associadas a dor abdominal e relatos de caso.

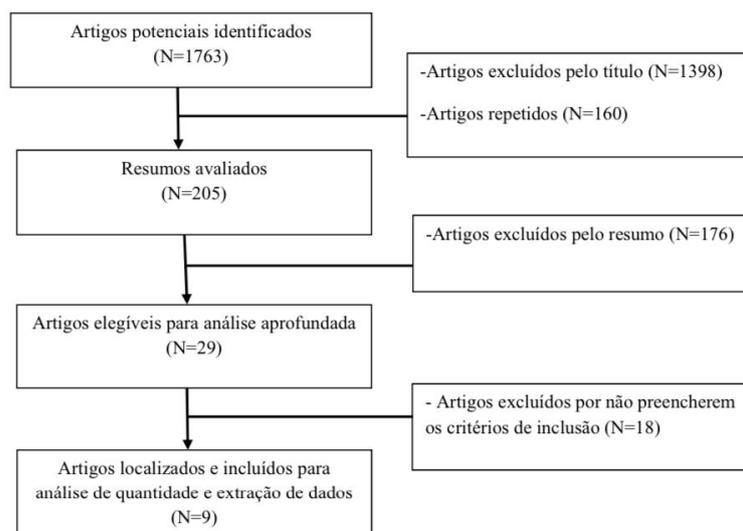
4 RESULTADOS

Em dezembro de 2022 foram encontrados 1.763 artigos. O arquivo com o resultado no formato “RIS” foi transportado para a ferramenta Rayyan (*Rayyan - AI Powered Tool for Systematic Literature Reviews*) para ser devidamente filtrado por dois avaliadores cegos e independentes. Um terceiro revisor atuou como juiz para sanar as divergências e auxiliar a respeito das indecisões. Esta etapa da pesquisa foi triada através dos títulos e resumos.

Após a remoção de 160 duplicatas, a seleção seguiu com 1.603 artigos. Utilizando os critérios de inclusão e exclusão relacionados ao manejo e diagnóstico de pacientes adultos com dor abdominal foram selecionados 205 artigos. No processo de triagem dos 205 artigos selecionados para análise em texto completo foram excluídos:

- Estudos cujos diagnósticos relacionados à dor abdominal aguda já estavam estabelecidos;
- Estudos que comparavam ou analisavam métodos e procedimentos;
- Estudos cuja amostra não era composta por adultos (ex.: idosos, crianças e/ou gestantes);
- Casos de reinternação;
- Estudos feitos em ambientes não hospitalares (ex.: avaliação por telessaúde);
- Cartas ao editor, artigos aceitos, mas não publicados, protocolos de estudo e revisões narrativas.

O processo de triagem está resumido no fluxograma da estratégia de busca e triagem dos artigos.



Fonte: Elaboração pelos autores.

Tabela 1: Revisões Sistemáticas elegíveis para análise.

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	AMOSTRA	DELINEAMENT O	RESULTADO	INFORMAÇÃO-CHAVE
Falch, et al. 2014	Fornecer aos médicos em treinamento e cirurgiões especialistas uma visão geral de gerenciamento moderno da dor abdominal aguda em adultos.	84 artigos	Investigação sobre o momento da analgesia e tipo de analgésico utilizado.	(1) Fisiologia da dor; (2) Etiologias da dor (3) Pré-diagnóstico Analgesia; (4) terapia para dor (5) Analgesia para dor em Populações especiais (6) Considerações médico-legais e éticas na prática atual de analgesia	Os resultados do estudo também serão usados para desenvolver um algoritmo abrangente para analgesia para dor abdominal aguda na população adulta. Este processo inclui: (1) Avaliação focada da intensidade da dor NRS (2) Analgesia intravenosa: (a) Não opioide (dipirona ou paracetamol) para NRS ≤ 3; (b) Combinação de opioides (piritramida) e não opioides para NRS > 3; (c) consideração de analgesia suplementar com um espasmolítico (butilcopolamina brometo) se houver suspeita de cólica renal ou biliar. (3) Iniciação precoce de medidas adjuvantes para promover conforto do paciente. (4) Avaliações repetidas de intensidade da dor no NRS a cada 15–30 min, bem como identificação e tratamento de efeitos colaterais analgésicos e complicações.
Gans, et al. 2015	Avaliar o valor dos níveis de PCR	3 artigos	Condições urgentes foram definidas como	Os valores de PCR e WBC foram	Níveis de PCR e contagem de leucócitos são marcadores



	e contagem de leucócitos em diferenciação de condições urgentes suspeitas em pacientes com dor abdominal aguda.		condições que requerem tratamento dentro de 24 horas. A duração dos sintomas foi categorizada em 3 categorias: <24, 24–48 e > 48 horas. Os dados do paciente foram incluídos apenas se níveis de PCR ou contagens de WBC estavam disponíveis.	levantados acima do valor de referência em pacientes no grupo urgente, enquanto no não urgente, os valores medianos estavam dentro da faixa normal. O nível médio de PCR foi maior no grupo urgente. A contagem de leucócitos também foi maior no grupo urgente em comparação com o grupo não urgente.	insuficientes para serem usados como instrumento de triagem na seleção para imagem de diagnóstico. Um valor de PCR ou contagem de leucócitos dentro do intervalo de referência não faz descartar uma condição urgente. Mesmo em pacientes com diagnóstico final como urgente, contagem de PCR e WBC pode estar dentro de valores de referência e vice-versa até valores extremos da contagem de PCR ou WBC não garante a presença de uma condição urgente.
--	---	--	---	--	--

NRS – escala de classificação numérica; PCR – proteína c-reativa; WBC – glóbulos brancos.

Tabela 2: Estudos observacionais elegíveis para análise.

AUTOR /ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA	DELINEAMENTO	RESULTADO	INFORMAÇÃO-CHAVE
Breidhardt, et al. 2019	Estudo prospectivo multicêntrico	Avaliar o valor incremental de 2 biomarcadores quantificando a inflamação.	1.038 pacientes	Dois especialistas independentes julgaram o diagnóstico final e a classificação como UAP (com risco de vida, precisando de cirurgia e/ou hospitalização por razões médicas agudas). A seguir, a IL-6 e a procalcitonina foram medidas de forma cega em um laboratório central.	A incerteza diagnóstica do médico estava presente em 58% dos pacientes após avaliação clínica e laboratoriais, iniciais, e em 49% após exame de imagem.	É provável que uma alternativa mais rápida e mais precisa usando a IL-6 reduzirá o tempo e o custo de tratamento no pronto-socorro. As concentrações de IL-6 melhoram significativamente o diagnóstico precoce de pacientes que apresentam dor abdominal aguda. O uso de um algoritmo de triagem precoce baseado em IL-6 tem o potencial de fornecer um valor médico e econômico substancial.
Marasco, et al. 2019	Estudo de coorte retrospectiva	Avaliar o uso e o valor diagnóstico de técnicas de imagem em pacientes adultos com dor abdominal aguda não traumática.	Durante o período do estudo, 5.908 pacientes foram avaliados. Destes, 578 (9,9%) apresentaram dor abdominal	Os pacientes eram adultos com dor abdominal não traumática que durou mais de 2 h e menos de 5 dias.	Na admissão, 336 foram definidos como urgente (nível vermelho = 6), 330 (nível amarelo = 3) e 242, como não urgentes (nível verde). O diagnóstico mais frequente foi a dor abdominal não específica (31,1%),	Entre os pacientes com lesões orgânicas, a sensibilidade geral da radiografia simples abdominal foi muito baixa (28%), exceto para aqueles com obstrução do intestino delgado (sensibilidade



			aguda não traumática e atenderam os critérios de inclusão do estudo.		seguida de doença genito-urinário (26,5%), não urgentes gastrointestinais (16,1%), doenças urgentes (11,6%) e doenças hepato-pancreático-biliar (9,7%). Dos 578 pacientes, 433 foram submetidos a exames abdominais de imagem, 45 apenas modalidades de imagem extra-abdominal e 100 foram dispensadas sem exames de imagem.	79,4%). A US e a TC mostraram moderada (61,8%) e alta sensibilidade geral (87,8%), respectivamente. No entanto, a sensibilidade foi alta em pacientes com doença biliar (85,2%) ou doenças urinárias (90%). Todos os procedimentos de imagem abdominal mostrou uma boa especificação na detecção de causas orgânicas de dor abdominal aguda.
Altendorf, et al. 2022	Protocolo de Ensaio clínico randomizado	Os autores desenvolveram o processo de tratamento da “unidade de dor abdominal” com base no método Delphi. O processo foi suportado digitalmente por um software de aplicativo (APU-APP).	O APU-APP começa com um paciente que sofre de dor abdominal atraumática que se apresenta na emergência.	Método misto e multicêntrico. Os pacientes do grupo controle receberam atendimento como de costume, de acordo com o padrão de atendimento de cada hospital participante e podia diferir entre o local do estudo. Os pacientes inscritos no grupo de intervenção receberam tratamento de acordo com o processo. Como a implementação do processo da Unidade de dor abdominal afetaria toda a emergência, a randomização individual de pacientes dentro dos centros não foi viável.	Espera-se que o aplicativo tenha alto potencial para melhorar a qualidade dos cuidados agudos e qualidade de vida para pacientes com dor abdominal atraumática por um diagnóstico padronizado e via de tratamento. Além disso, espera-se que a experiência de tratamento dos pacientes melhore como consequência de tempos de tratamento potencialmente mais curtos e diagnósticos mais rápidos. Como resultado deste estudo, espera-se que o processo padronizado do aplicativo esteja pronto para ser utilizado.	O novo aplicativo pretende oferecer indicações claras para quando, por exemplo, imagens de diagnósticos precisam ser tomadas, o que pelo contrário pode impedir o diagnóstico excessivo. Além disso, isso precisa ser mencionado que, com base na atual ausência de padrões comuns de atendimento alemão para pacientes com dor abdominal atraumática no pronto-socorro, grandes diferenças entre o grupo controle dos centros participantes podem se tornar um desafio potencial para a análise de dados.
Eisenberg, et al. 2017	Estudo Multicêntrico	Determinar se paciente específico e fatores médicos conhecidos	544 pacientes	Análise de regressão múltipla para identificar se os seguintes fatores foram associados a um diagnóstico pós-	Entre os 544 pacientes, 10% tiveram diagnóstico pré-TC de dor abdominal aguda inespecífica e 90%	Associações entre a decisão de admissão pré-TC e um diagnóstico pós-TC de dor abdominal aguda inespecífica



		antes da TC estão associados ao diagnóstico de dor abdominal inespecífica após a TC no departamento de emergência.		TC da dor abdominal inespecífica: idade; sexo; anos de experiência dos médicos; confiança diagnóstica pré-TC dos médicos; e a decisão de admissão pré-TC dos médicos se a TC não estivesse disponível.	tiveram um diagnóstico pré-TC diferente. Embora a maioria dos pacientes com diagnóstico pré-TC de dor abdominal aguda inespecífica também teve um diagnóstico pós-TC coincidente, diagnósticos diferentes foram identificados em 38% desses pacientes.	permaneceu não significativo em todas as análises. Os diagnósticos iniciais de dor abdominal aguda inespecífica dos médicos foram alterados frequentemente após a TC. É necessário o desenvolvimento de um modelo preditivo capaz de incorporar uma gama ainda mais ampla de variáveis do que as que se tem até o momento.
Medford-Davis, et al 2016	Estudo retrospectivo	Determinar o tipo e origens de erros de diagnóstico em uma coorte de alto risco de pacientes que apresentaram dor abdominal.	100 casos	Estudo retrospectivo de revisão de gráficos de pacientes vistos no pronto-socorro de um hospital terciário.	Dos 100 casos revisados, 35 foram determinados por conter erros de diagnóstico. Os mais frequentemente perdidos foram a patologia da vesícula biliar (10), infecções do sistema urinário (5), diverticulite (2), obstrução do intestino delgado (2), apendicite (2), câncer (2) e gravidez ectópica (2).	Quebras de processo que levam ao erro de diagnóstico em pacientes que apresentam dor abdominal mais comumente envolveu o histórico incompleto, ordenando testes insuficientes e problemas do paciente-provedor com acompanhamento dos resultados anormais dos testes.
Wang, et al 2017	Estudo coorte	Desenvolver um método de estratificação de risco precoce (ERSM) simples e prático para orientar os médicos e para avaliar o estado geral de pacientes com dor abdominal aguda.	490 pacientes	Duas coortes diferentes foram usadas neste estudo. Coorte 1: foi usado para derivar o Método de estratificação de risco precoce (ERSM) e a coorte 2 foi usada para validá-lo. A coorte 1 incluiu 490 pacientes adultos que desenvolveram dor abdominal aguda nas últimas 72 horas.	91 pacientes no grupo de não hospitalização, 296 pacientes no grupo de hospitalização, 97 pacientes no grupo de cirurgia de emergência e 6 pacientes no grupo UTI. Do grupo de não hospitalização ao grupo de UTI, 2,2%, 7,1%, 30,9% e 0,0% tinham dor abdominal inferior, respectivamente; 2,2%, 23,3%, 22,7% e 33,3% dos pacientes	Foi estabelecido um ERSM, mostrando que, com pontuações crescentes, a taxa de admissão e o risco de dor abdominal aguda aumentaram. Uma pontuação de 18 foi o nível de "gatilho". Uma pontuação <18 indicou que o paciente não requer hospitalização; uma pontuação ≥18 e <38 indicou a necessidade de observação ou hospitalização; um



				O prognóstico foi classificado em quatro tipos: Não há necessidade de hospitalização, hospitalização, emergência cirúrgica e admissão na UTI.	precisaram de cirurgia, respectivamente; 8,8%, 42,2%, 62,9% e 100,0% dos pacientes tinham intestino anormal, respectivamente. de hospitalização,	ponto de ≥ 38 e < 50 indicou a necessidade de cirurgia de emergência; e uma pontuação de ≥ 50 indicou a necessidade de admissão na UTI.
Salameh, et al. 2019	Estudo retrospectivo	Determinar se a TC sem contraste foi suficiente para determinar a etiologia da dor abdominal aguda.	315 pacientes	Dados demográficos de pacientes, localização da dor, contagem de leucócitos, diagnóstico presuntivo de emergência, hospitalização, cirurgia ou procedimentos e resultados intervencionistas, e repetir a admissão para o serviço de emergência dentro de 1 semana após a admissão inicial.	138 homens e 177 mulheres atenderam aos critérios de inclusão; com idade média de 45 anos. O diagnóstico clínico correlacionou-se com os achados da TC em 51% dos casos. TC era necessário em 94%.	A TC não contrastada é viável e conveniente e pode ser usada como um protocolo legítimo para a avaliação de pacientes selecionados com dor abdominal aguda não traumática.
Cacciatori, et al. 2020	Estudo retrospectivo	Estabelecer uma correlação entre dados objetivos coletados na avaliação inicial dos pacientes atendidos por dor abdominal aguda e os seus desfechos clínicos.	330 atendimentos válidos	O grupo Controle, composto pelos pacientes que receberam alta após o atendimento e que, portanto, não sofreram o desfecho cirurgia ou óbito e o grupo Caso, composto por pacientes que sofreram o desfecho, isto é, foram internados, submetidos a procedimento cirúrgico ou faleceram.	O OR aplicado sobre o escore final demonstrou que pacientes com pontuação ≥ 3 , ou seja, com risco diferente de baixo, têm 9,98 (IC95%: 5,52-18,05) vezes mais chance de pertencer ao grupo Caso, em detrimento do grupo Controle.	Os autores desenvolveram um sistema de escore que demonstra capacidade de estratificar os pacientes com dor abdominal conforme a chance de desfecho, baseando-se apenas nos parâmetros de idade, sexo, temperatura axilar, hematócrito, leucograma e amilase sérica.
Chanana, et al. 2015	Estudo observacional prospectivo	Estudar o Perfil de dor abdominal aguda não traumática em pacientes adultos	264 pacientes	Uma história detalhada sobre o início, duração e tipo de dor e resultados de exame físico completo foram inseridos em uma folha de coleta de dados. Investigações	Mais da metade (55,6%) estava na faixa etária de 15 a 40 anos. Diabetes mellitus, hipertensão, doença cardíaca isquêmica e pancreatite crônica estavam presentes em	Dor abdominal inferior foi relatada em 45,8% dos participantes, enquanto 26,9% tinham localização abdominal alta. Os médicos foram capazes de tratar e resolver 31% dos



				sanguíneas e radiológicas foram feitas quando indicado. A escala Wong -Baker (WBF) foi usada para classificação de dor. Os pacientes foram acompanhados até a alta da enfermagem e diagnóstico final na alta também foi observado.	15,2%, 14,8%, 2,3% e 1,9%, respectivamente. 15% dos pacientes tinham um passado de história de cirurgia abdominal. A dor foi repentina no início em 54,9% dos pacientes. Pontuação da escala WBF de 1-4, 5-7 e 8-10 em 37,5%, 45,1% e 17,4%, respectivamente.	pacientes, enquanto 69% dos pacientes precisavam de referências para outras especialidades. Intervenção cirúrgica foi necessária em 25,8% dos pacientes. cirúrgica imediata.
--	--	--	--	--	---	--

UAP – dor abdominal de urgência IL-6 – interleucina-6; US – ultrassonografia; TC – tomografia computadorizada

5 DESENVOLVIMENTO

A dor abdominal não traumática é uma das razões mais comuns para visitas ao serviço de emergência hospitalar e corresponde ao primeiro sintoma de muitas doenças que, muitas vezes, requer atendimento de emergência (CINAR, et al. 2013). As principais razões para um paciente apresentar dor abdominal estão relacionadas à inflamação, distensão de órgãos e isquemia. Por isso, a história clínica juntamente com o exame físico é importante para estreitar a origem de problemas agudos ou crônico, a fim de facilitar o atendimento nos serviços de emergência hospitalar (FRITZ, et al. 2016). Entretanto, estas condutas raramente são suficientes para o diagnóstico definitivo, e exames de imagem geralmente são necessários (CINAR, et al. 2013).

A história clínica é frequentemente incerta e o exame físico pode ser enganoso. Após extensa investigação, pacientes com dor abdominal grave podem ser diagnosticados com gastroenterite, enquanto aqueles com um quadro de dor aparentemente leve podem esconder uma catástrofe cirúrgica. Os princípios para o manejo da dor abdominal aguda em adultos incluem: (1) reconhecer o alto risco paciente, (2) selecionar testes apropriados e (3) usar vias clínicas flexíveis. Estas questões enfatizam que a definição sobre diagnóstico não é tão importante para identificar uma causa exata para a dor abdominal, mas sim, reconhecer um abdome cirúrgico (COLUCCIELLO, 2019).

A triagem é definida como o processo de classificação prioritária de pacientes no serviço de emergência e tem como objetivo identificar rapidamente pacientes críticos com o intuito de priorizar o tratamento de casos mais graves em detrimento daqueles que podem esperar (HINSON, et al. 2018; KIM, et al. 2016). A alocação de triagem pode influenciar o gerenciamento de tempo subsequente em pacientes que apresentam dor abdominal aguda, onde diagnóstico precoce, ressuscitação e, em casos de sepse intra-abdominal, iniciação precoce de antibióticos e cirurgia expediente são críticos para o resultado ideal (TEO; WANG; WILSON, 2019).



Este trabalho analisou duas revisões sistemáticas cujos objetivos eram obter uma visão geral de gerenciamento moderno da dor abdominal aguda em adultos (Falch, et al. 2014) e avaliar o valor dos níveis de PCR e contagem de leucócitos em diferenciação de condições urgentes suspeitas em pacientes com dor abdominal aguda (Gans, et al. 2015). Falch, et al. (2014) focaram o estudo na investigação sobre o momento da analgesia e tipo de analgésico utilizado e para isso elencaram 84 artigos para embasar o desenvolvimento de um algoritmo para melhor gerenciamento da dor abdominal aguda. O uso de tecnologia também foi alvo do estudo observacional de Altendorf, et al. (2022). Os autores desenvolveram um aplicativo em que os médicos serão apoiados na tomada de uma decisão estruturada para o processo de diagnóstico e tratamento subsequente.

Na revisão sistemática de Gans, et al. (2015) apenas três artigos respondiam a pergunta de pesquisa. A análise desses estudos elegíveis mostrou que níveis de PCR e contagem de leucócitos são marcadores insuficientes para serem usados como instrumento de triagem.

Dentre os estudos observacionais elencados nesta revisão integrativa permaneceu a incerteza quanto ao manejo da dor abdominal aguda. Assim, Marasco, et al. (2019) recomendaram parcimônia no uso de radiografia abdominal para gerenciamento da dor abdominal aguda. Para os autores, o uso de imagem em primeiro nível deve ser sugerido para pacientes com suspeita de colecistite, cólica biliar e urolitíase, seguida de TC quando negativo ou em casos inconclusivos e TC em quase todos os pacientes restantes.

Entretanto, Eisenberg, et al. (2017) consideraram a TC necessária, no entanto, principalmente devido à grande proporção de pacientes cujo diagnóstico não muda após a TC, recomendaram novas pesquisas para identificar prospectivamente pacientes que não precisam se submeter à TC. Em relação ao uso de TC com ou sem contraste, Salameh, et al. (2019) sugeriram o uso rotineiro de TC não contrastada para facilitar a avaliação no pronto-socorro, evitando possíveis efeitos colaterais induzidos pelo contraste e diminuindo os custos de exames.

Neste contexto, os médicos de emergência devem considerar vários diagnósticos, especialmente para os casos que requerem intervenção imediata a fim de mitigar morbidade e mortalidade (Chanana, et al. 2015). Corroborando com esta conclusão, Wang, et al. (2017) propuseram um método de estratificação de risco precoce simples e prático para orientar os médicos e para avaliar o estado geral de pacientes com dor abdominal aguda. Os autores concluíram que este sistema de pontuação clínica pode ser usado para orientar médicos na emergência para fazer uma avaliação oportuna do estado geral do paciente com dor abdominal aguda, permitindo ao médico estabelecer um programa de tratamento apropriado.

Erros de diagnóstico foram alvo de investigação no estudo de Medford-Davis, et al (2016). Os autores revisaram 100 casos, e destes, 35 foram determinados por conter erros de diagnóstico. Este resultado levou à conclusão de que investigação futura em erro de diagnóstico deve analisar e abordar os fatores contribuintes subjacentes a essas quebras do processo e testar intervenções para reduzi-las.



A maioria dos critérios e pontuações estabelecidas para o manejo da dor abdominal aguda ainda são insuficientes para a tomada de decisão visto que estes métodos preveem a gravidade de alguns tipos ou categorias de doenças, porém não podem ser usados para todos os pacientes. Esta condição é complexa e requer a decisão de conduzir o paciente para hospitalização, cirurgia de emergência ou admissão na unidade de terapia intensiva, sendo que muitos desses critérios preveem apenas a necessidade de cirurgia de emergência (WANG, et al. 2017)..

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a conduta dos cirurgiões diante de pacientes adultos com dor abdominal aguda permanece um desafio importante. Biomarcadores, escores de pontuação, assim como propostas de softwares para gerenciamento e triagem dos casos de dor abdominal aguda tem sido sugerido, mas até o momento não há uma proposta padronizada que atenda as necessidades de pacientes, profissionais e gestores de forma eficaz e segura.



REFERÊNCIAS

- ALTENDORF, Maria B. et al. The Abdominal Pain Unit (APU). Study protocol of a standardized and structured care pathway for patients with atraumatic abdominal pain in the emergency department: A stepped wedged cluster randomized controlled trial. *Plos one*, v. 17, n. 8, p. e0273115, 2022.
- BREIDTHARDT, Tobias et al. Inflammatory biomarkers and clinical judgment in the emergency diagnosis of urgent abdominal pain. *Clinical chemistry*, v. 65, n. 2, p. 302-312, 2019.
- CACCIATORI, Felipe Antônio; RONCHI, Arthur Dajori; SASSO, Sérgio Emerson. Proposta de escore preditor de desfechos para abdome agudo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 46, p. e20192285, 2020.
- CARTWRIGHT, Sarah L.; KNUDSON, Mark P. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *American family physician*, v. 77, n. 7, p. 971-9778, 2008.
- CHANANA, Lakshay et al. Clinical profile of non-traumatic acute abdominal pain presenting to an adult emergency department. *Journal of family medicine and primary care*, v. 4, n. 3, p. 422, 2015.
- CINAR O, JAY L, FOSNOCHT D, CAREY J, ROGERS L, CAREY A, HORNE B, MADSEN T. Longitudinal trends in the treatment of abdominal pain in an academic emergency department. *J Emerg Med*. 2013 Sep;45(3):324-31. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.01.020. Epub 2013 Apr 18. PMID: 23602146.
- COLUCCIELLO, Stephen. Assessing abdominal pain in adults: a rational, cost-effective, and evidence-based strategy. *Emergency medicine practice*, v. 21, n. 6, p. 1-32, 2019.
- EISENBERG, Jonathan D. et al. Role of CT in the diagnosis of nonspecific abdominal pain: A multicenter analysis. *American Journal of Roentgenology*, v. 208, n. 3, p. 570-576, 2017.
- FALCH, Claudius et al. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature. *European Journal of Pain*, v. 18, n. 7, p. 902-913, 2014.
- FLASAR, MH, Goldberg, E: Acute Abdominal Pain. *Med Clin North Am*. 2006 May;90(3):481-503. Laal M, Mardanloo A: Acute Abdomen: Pre and Post-Laparotomy Diagnosis. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2009. Vol. 1 No. 5: 157-165.
- FRITZ, Deborah; WEILITZ, Pamela Becker. Abdominal Assessment. *Home Healthcare Now*, v. 34, n. 3, p. 151-155, mar. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nhh.0000000000000364>.
- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 549-556, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692004000300014>.
- GANS, Sarah L. et al. C-Reactive Protein and White Blood Cell Count as Triage Test Between Urgent and Nonurgent Conditions in 2961 Patients With Acute Abdominal Pain. *Medicine*, v. 94, n. 9, p. 569, mar. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000000569>.



HINSON JS, Martinez DA, Schmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. *Int J Emerg Med* 2018;11(1):3. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0161-8>.

KIM JH, Kim JW, Kim SY, Hong DY, Park SO, Baek KJ, et al. Validation of the Korean Triage and Acuity Scale compare to triage by emergency severity index for emergency adult patient: Preliminary study in a tertiary hospital emergency medical center. *J Korean Soc Emerg Med* 2016;27(5):436–41.

MARASCO, Giovanni et al. Diagnostic imaging for acute abdominal pain in an Emergency Department in Italy. *Internal And Emergency Medicine*, v. 14, n. 7, p. 1147-1153, set. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-019-02189-y>.

MEDFORD-DAVIS, Laura et al. Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, v. 33, n. 4, p. 253-259, 2016.

MENEGHELLI, Ulysses G. "Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo." *Medicina (Ribeirão Preto)* 36, n. 2/4 (2003): 283-293.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves; SANTOS, José Sebastião dos. Protocolo clínico e de regulação para dor abdominal aguda no adulto e no idoso. *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SALAMEH, Shaden et al. Use of Unenhanced Abdominal Computed Tomography for Assessment of Acute Non-Traumatic Abdominal Pain in the Emergency Department. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, v. 21, n. 3, p. 208-212, 2019.

TEO, Adrian; WANG, Cindy; WILSON, Robert B. Time is of the essence: evaluation of emergency department triage and time performance in the preoperative management of acute abdomen. *ANZ Journal of Surgery*, v. 89, n. 9, p. 1102-1107, 2019.

TRENTZSCH, H.; WERNER, J.; JAUCH, K. W. Acute abdominal pain in the emergency department-a clinical algorithm for adult patients. *Zentralblatt fur Chirurgie*, v. 136, n. 2, p. 118-128, 2011.

WANG, Yu et al. Establishment and application of early risk stratification method for acute abdominal pain in adults. *Chinese Medical Journal*, v. 130, n. 05, p. 530-535, 2017.