

**HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME
DOS SANTOS NEVES**

LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER

ORIENTADOR: PROF. DR FERNANDO ANTONIO MARTINS BERNUDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO E
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS APÓS MANEJO TERAPÊUTICO.**

**SERRA – ES
2017**

LUIS ALBERTO VALENTE LAUFFER

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO E
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS APÓS MANEJO TERAPÊUTICO.**

**SERRA – ES
2017**

SUMÁRIO

1 - Introdução	04
1.1 Justificativa.....	05
2 - Objetivos	06
2.1 Objetivo Geral	06
2.2 Objetivos específicos.....	06
3 - Metodologia	07
3.1 Cenário.....	07
3.2 Tipo de estudo	07
3.3 População	07
3.3.1 População alvo.....	08
3.3.2 Critérios de inclusão.....	08
3.4 Descrição das variáveis de interesse.....	08
3.5 Procedimento de coleta de dados.....	09
3.6 Questões éticas	09
3.7 Armazenamentos e análise de dados	09
4 - Resultados	10
5 - Discussão	22
6 - Conclusão	24
7 - Referencias	25
8 - Anexos	26

1 INTRODUÇÃO

A dor abdominal é uma queixa frequente nos departamentos de urgência e emergência, em 2002 nos Estados Unidos, 7 milhões de pacientes apresentaram dor abdominal como queixa principal e 50% destes necessitaram de intervenções médicas. A expressão abdome agudo abrange inúmeras situações clínicas não traumáticas, que cursam com dor e sensibilidade na região abdominal, de aparecimento súbito e intensidade variável, associada a outros sintomas ou não, com uma duração de horas e que não ultrapassa sete dias. ^{1,2,3}

O diagnóstico varia de acordo com a idade e gênero, devendo ser feita uma avaliação minuciosa e rápida para determinar a necessidade de intervenção cirúrgica e o início de uma terapia adequada. Dentre os variados diagnósticos diferenciais encontram-se as causas infecciosas; obstrutivas; isquêmicas; perfurativas; endócrinas, metabólicas, hematológicas e tóxicas. O uso de exames laboratoriais e de imagens têm contribuído para acurácia diagnóstica auxiliando o cirurgião na decisão de realizar uma laparotomia ou laparoscopia exploratória. A alta morbidade e mortalidade está associada à um atraso no tratamento adequado. ^{2,3}

O abdome agudo obstrutivo é uma das emergências cirúrgicas mais frequentes e na maioria dos casos resulta de aderências devido cirurgias abdominais prévias, ou, de hérnias internas. Outros fatores que podem determinar a obstrução são, fecalomas, neoplasias, doença de Crohn, divertículos, estenose pilórica, volvos, intussuscepção, íleo biliar. A mortalidade após intervenções cirúrgicas desses casos vêm diminuindo nas últimas duas décadas. E mais uma vez o diagnóstico precoce está diretamente relacionados ao sucesso no tratamento. ^{4,2}

1.1 JUSTIFICATIVA

A queixa de dor abdominal é um quadro clínico frequente no dia a dia do médico que trabalha em serviços hospitalares de urgência e emergência. Tal sintoma possui diversas etiologias, com distinta proporção de manifestação clínica entre idade e gênero, além da existência de variados diagnósticos diferenciais, em que o médico necessita intervir precoce e adequadamente, pois observa-se aumento de mortalidade no tratamento tardio.

Dentre os diagnósticos diferenciais, o presente trabalho selecionou o estudo do abdome agudo obstrutivo no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves, devido a carência de um sistema de dados brasileiros onde o perfil epidemiológico dessa doença é exposto.² Grande parte dos dados encontrados atualmente pertencem à região dos Estados Unidos e Europa e de acordo com estudo realizado as causas e frequência na região tropical divergem das encontradas nessas áreas.⁴

Dessa forma, torna-se essencial uma análise do perfil epidemiológico, dos exames e dos resultados da propedêutica utilizada, afim de avaliar o manejo adotado pela instituição, justificando a proposição deste projeto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil epidemiológico do abdome agudo obstrutivo no paciente admitido no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Estadual Dr Jayme dos Santos Neves, Serra-ES no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar a prevalência dos fatores causais de abdome agudo obstrutivo da Instituição.
- Caracterizar o manejo terapêutico adotado na Instituição.
- Avaliar os resultados após o manejo terapêutico adotado na Instituição.
- Comparar resultados obtidos com outros estudos.

3 METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO

A coleta de dados será realizada no Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN), localizado em Morada de Laranjeiras, Serra-ES, com um total de 304 leitos, possui as especialidades de: Cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia do aparelho digestivo (exceto oncologia), urologia, cirurgia ortopédica, cirurgia plástica reparadora e geral, neurocirurgia, obstetrícia, cirurgia e exames de oftalmologia, cirurgia torácica e cirurgia vascular. Presta atendimentos na área de: Urgência e Emergência e Eletivo. Referência em urgência e emergência em traumas ortopédicos e neurológicos, gestação de alto risco, Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), atendimentos de intoxicação grave, catástrofe, urgência para vítima de ataque de animais e violência. É gerido pela Associação Evangélica Beneficente Espírito-santense (AEBES) e atende principalmente à população da Região Metropolitana da Grande Vitória, com cerca de 1.884.096 habitantes. Foi revisado todo prontuário do paciente triado como dor abdominal, diagnosticado com CID10 de R10, K65, R19, R93.5 e submetido à Laparotomia Exploratória no período de 1 ano.

3.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado é do tipo descritivo e quantitativo. Trata-se de um estudo em que se realiza a descrição do evento em determinado grupo, tendo caráter quantitativo. ⁵

3.3 POPULAÇÃO

3.3.1 População alvo

Paciente triado como dor abdominal, diagnosticado com CID10 de R10, K65, R19, R93.5 e submetido à Laparotomia Exploratória no Serviço de Urgência e Emergência do HEJSN no período de 01 de Janeiro de 2015 a 01 de Janeiro de 2016.

3.3.2 Critérios de inclusão

Ter atendimento prestado no HEJSN.

Triagem qualificar como Dor Abdominal.

Ser diagnosticado com CID10: R10, K65, R19, R93.5

Ter realizado procedimento de Laparotomia exploradora

3.4 Descrição das variáveis de interesse

Setor de internação (Emergência, UTI, Enfermaria, Outros)

Sexo (masculino, feminino)

Raça (branco, preto, pardo, amarelo, não declarado)

Idade

Comorbidades (sim ou não)

Cirurgia prévia (não tem, abdominal, hérnia, não relacionada)

Sinais e Sintomas de admissão (dor abdominal, distensão abdominal, vômito, constipação intestinal)

Número total de exames de imagem realizados até o tratamento definitivo

Tempo decorrido (dias) entre diagnóstico e tratamento cirúrgico definitivo

Conduta inicial conservadora (sim, não)

Achados intra-operatórios: peritonite (sim, não) e necrose/isquemia (sim, não)

Pós operatório em UTI (sim, não)

Tempo de internação (dias)

Desfecho (óbito e alta)

3.5 Procedimento de coleta de dados

Para coleta dos dados foi realizada inicialmente a revisão do atendimento prestado pelo serviço de Urgência e Emergência do HEJSN através do Sistema MV, referentes à população em estudo, com posterior coleta de dados. Estes dados foram transcritos para o Apêndice A em anexo.

3.6 Questões éticas

Para o planejamento da presente pesquisa utilizou-se a Resolução CNS 466/2012, de modo que os pesquisadores se comprometem a segui-la para cumprimento do que consta nesse projeto (Apêndice B) em anexo. A pesquisa foi realizada utilizando como fonte de dados os prontuários médicos dos pacientes atendidos pelo serviço de Urgência e Emergência do HEJSN, Serra – ES.

Desse modo, as informações colhidas terão apenas caráter científico e serão guardados os direitos de sigilo dos pacientes. Além disso, a pesquisa baseou-se nos princípios da bioética de não maleficência e beneficência ao planejar e utilizar os dados obtidos apenas para aquisição de conhecimento, evitando-se riscos desnecessários e exposições de terceiros e de acordo com o que rege a resolução CNS 466/2012.

Tomou-se cuidado também de, ao final da pesquisa, essa se torne instrumento eficaz para aquisição de informações e que as comunidades envolvidas tenham acesso aos resultados obtidos.

3.7 Armazenamento e análise dos dados

Os dados obtidos por meio da presente pesquisa foram coletados por meios de planilhas, transformados em banco de dados e com auxílio um

arquivo do Microsoft Office Excel 2010 foram apresentados na forma de gráficos e tabelas em percentuais e em seguida analisados através de cruzamentos estatísticos de multi-variáveis direcionadas através do teste exato de Fisher, teste de Mann-Whitney e teste Rô de Spearman afim de identificar possíveis fatores de agravo relacionados a doença em questão comparando com dados da literatura atual.

4- RESULTADOS

A amostra analisada foi de 68 pacientes cirúrgicos, sendo 67 casos com entrada no pronto socorro e 1 caso proveniente da Unidade de terapia intensiva, com um predomínio do sexo feminino (54,4%); (tabela 1 e 2).

Internação				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Emergência	67	98,5	98,5	98,5
UTI	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com abdome agudo obstrutivo (AAO) abordados cirurgicamente conforme setor de internação.

Sexo				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Masculino	31	45,6	45,6	45,6
Feminino	37	54,4	54,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 2: Distribuição dos pacientes com abdome agudo obstrutivo (AAO) abordados cirurgicamente segundo o sexo.

Houve uma prevalência da raça negra (51,5%), seguido de raça branca (25%), pardo (10,3%), amarelo (1,5%) e não declarado (11,8%), com comorbidades associadas (57,4%). (Tabela 3 e 4).

Raça

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Branco	17	25,0	25,0	25,0
Negro	35	51,5	51,5	76,5
Pardo	7	10,3	10,3	86,8
Amarelo	1	1,5	1,5	88,2
SEM INFORMAÇÃO	8	11,8	11,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 3: Distribuição dos pacientes com abdome agudo obstrutivo (AAO) abordados cirurgicamente segundo a raça.

Comorbidades

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	39	57,4	57,4	57,4
Não	29	42,6	42,6	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 4: Distribuição dos pacientes com abdome agudo obstrutivo (AAO) abordados cirurgicamente segundo a faixa etária.

A idade variou de 16 a 90 anos no total de casos. A média encontrada foi de 58 anos com maior acometimento entre a faixa etária de 39 a 58 anos (25 pacientes), seguido de 69 a 78 anos (15 pacientes), 59 a 68 anos (13 pacientes), 19 a 38 anos (7 pacientes), 79 a 88 anos (5 pacientes), inferior a 19 anos (2 pacientes) e a faixa etária acima de 88 anos (1 paciente); (Tabela 5).

Idade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
< 19	2	2,9	2,9	2,9
19 a 38	7	10,3	10,3	13,2
39 a 58	25	36,8	36,8	50,0
59 a 68	13	19,1	19,1	69,1
69 a 78	15	22,1	22,1	91,2
79 a 88	5	7,4	7,4	98,5
> 88	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 5: Distribuição dos pacientes com abdome agudo obstrutivo (AAO) abordados cirurgicamente segundo a faixa etária.

A maioria dos pacientes não apresentavam cirurgias prévias (54,4%) e os que tinham passado cirúrgico, a maioria eram cirurgias abdominais (39,7%), cirurgia de hérnia (4,4%) e cirurgias não especificada (1,5%) (tabela 6).

Cirurgia prévia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Não tem	37	54,4	54,4	54,4
Abdominal	27	39,7	39,7	94,1
Hérnia	3	4,4	4,4	98,5
Não especificado	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 6: Avaliação da existência de procedimentos cirúrgicos prévios e sua prevalência.

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes na admissão foram dor abdominal (95,5%), vômitos (70,1%), distensão abdominal (50,7%), constipação intestinal (64,2%) e outros (2%) (Tabela 7).

Sinais e Sintomas

	Contagem	N % da coluna
Dor abdominal	64	95,5%
Distensão Abdominal	34	50,7%
Vômito	47	70,1%
Constipação Intestinal	43	64,2%
Outros	2	3,0%

Tabela 7: Percentual de sinais e sintomas dos pacientes na admissão

Observou-se que 63 pacientes foram submetidos a intervenção cirúrgica dentro de um período de 0 a 4 dias de internação (92,6%), sendo que a maioria 27 pacientes (39,7%) sofreram abordagem cirúrgica na data da admissão, 24 no primeiro dia de internação (35,3%) e 8 do 2º ao 4º. Após o 5º dia de internação foram operados somente 5 pacientes da amostra. (Tabela 8)

Tempo entre internação e tratamento definitivo (DIAS)

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
0	27	39,7	39,7	39,7
1	24	35,3	35,3	75,0
2	6	8,8	8,8	83,8
3	2	2,9	2,9	86,8
4	4	5,9	5,9	92,6
5	1	1,5	1,5	94,1
9	1	1,5	1,5	95,6
13	2	2,9	2,9	98,5
15	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 8: Intervalo (em dias) entre a internação hospitalar do paciente e o tratamento cirúrgico.

Intervalo 0 - 4 dias: 92,6% dos pacientes; Intervalo 5 – 15 dias: 7,4% dos pacientes.

A quantidade de exames de imagem realizados até o tratamento cirúrgico em percentual que predominou foi de 1 exame por paciente (29,4%) com uma média de 3 exames por paciente (Tabela 9).

Total de exames de imagem realizados

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
0	5	7,4	7,4	7,4
1	20	29,4	29,4	36,8
2	19	27,9	27,9	64,7
3	12	17,6	17,6	82,4
4	5	7,4	7,4	89,7
6	1	1,5	1,5	91,2
7	1	1,5	1,5	92,6
10	2	2,9	2,9	95,6
12	1	1,5	1,5	97,1
16	1	1,5	1,5	98,5
20	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 9: Percentual de exames realizados pelo paciente até o tratamento cirúrgico

As tabelas 10 e 11 demonstram a incidência dos achados intra-operatórios sendo que 21 casos (30,9%) apresentavam peritonite e 25 casos (36,8%) apresentavam isquemia e necrose de algum segmento intestinal.

Peritonite

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	21	30,9	30,9	30,9
Não	47	69,1	69,1	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Necrose / isquemia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	25	36,8	36,8	36,8
Não	43	63,2	63,2	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 10 e 11: Incidência dos achados intra-operatórios de peritonite (presente em 30,9% dos casos) e isquemia/necrose de alça (presente em 36,8% dos casos).

A taxa de internação em UTI no pós-operatório em percentual encontrada foi de 52,9% (36 casos) (Tabela 12).

UTI

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	36	52,9	52,9	52,9
Não	32	47,1	47,1	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 12: Percentual de pacientes que apresentaram internação em UTI.

Em relação ao desfecho clínico encontrado na amostra, observa-se que 50 de 68 dos casos (73,5%) obtiveram alta hospitalar e que 18 casos (26,5%) evoluíram desfavoravelmente com óbito (Tabela 13).

Desfecho

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Cura	50	73,5	73,5	73,5
Óbito	18	26,5	26,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 13: Distribuição do número e percentual de pacientes em relação ao desfecho clínico.

A amostra de 68 pacientes foi distribuída quanto ao tipo de conduta realizada nas primeiras 24 horas de internação, dividindo-se em dois grupos. Compreendendo um total de 54 pacientes (79,4%) que foram submetidos a cirurgia dentro das primeiras 24 horas e 14 pacientes (20,6%) após o período de 24 horas, este denominado como conduta inicial conservadora (Tabela 14).

Conduta inicial Conservadora

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	14	20,6	20,6	20,6
Não	54	79,4	79,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabela 14: Distribuição dos 68 pacientes quanto ao tipo de conduta realizada, conservadora ou não.

A fim de identificar possíveis fatores de agravo foi realizada a comparação e correlação de um grupo controle (conduta inicial conservadora) compreendido por 14 pacientes (tabela 14) com algumas variáveis de interesse conforme as relações abaixo:

- Conduta inicial conservadora X Internação em UTI;
- Conduta inicial conservadora X Desfecho clínico;
- Conduta inicial conservadora X Necrose/isquemia intestinal;
- Total de exames de imagem realizados X Conduta conservadora;
- Tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento definitivo X Conduta conservadora.

Para isso foi utilizado o teste exato de Fisher, teste de Mann-Whitney e o teste ρ de Spearman em forma de tabelas sendo considerado como significativo, quando $p < 0,05$. A variável conduta inicial conservadora foi correlacionada com a variável internação em Uti. Observa-se que 12 dos 14 pacientes do grupo de conservador necessitaram de vaga de UTI no pós-operatórios em relação ao grupo de conduta não conservadora, onde 24 dos 54 pacientes necessitaram de vaga de UTI apresentando um nível de significância positiva; $p = 0,007$ (teste exato de Fisher) (Tabela15).

		UTI		
		Sim	Não	Total
Sim	Contagem	12	2	14
	% do Total	17,6%	2,9%	20,6%
	Resíduos ajustados	2,8	-2,8	
Não	Contagem	24	30	54
	% do Total	35,3%	44,1%	79,4%
	Resíduos ajustados	-2,8	2,8	
		36	32	68
		52,9%	47,1%	100,0%
Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
7,601 ^a	1	,006		
6,034	1	,014		
8,357	1	,004		
			,007	,006
7,489	1	,006		
68				

Tabela 15: Teste exato de Fisher. Avaliação da correlação e comparação entre conduta inicial conservadora X internação em UTI.

A variável conduta inicial conservadora foi correlacionada com a variável desfecho clínico (alta ou óbito) apresentando uma forte relação estatística com significância positiva; $p=0,001$ (teste exato de Fisher). Observou-se que 9 dos 14 pacientes do grupo Conduta inicial conservadora apresentaram um desfecho clínico desfavorável evoluindo para o óbito em relação a 9 dos 54 pacientes do grupo conduta não conservadora (Tabela 16).

Conduta inicial conservadora x desfecho

		DESFECHO		
		Alta	Óbito	Total
Sim	Contagem	5	9	14
	% do Total	7,4%	13,2%	20,6%
	Resíduos ajustados	-3,6	3,6	
Não	Contagem	45	9	54
	% do Total	66,2%	13,2%	79,4%
	Resíduos ajustados	3,6	-3,6	
		50	18	68
		73,5%	26,5%	100,0%

Valor	GI	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
12,952 ^a	1	,000		
10,621	1	,001		
11,688	1	,001		
			,001	,001
12,762	1	,000		
68				

Tabela 16: Teste exato de Fisher. Avaliação da correlação e comparação entre conduta inicial conservadora X Desfecho clínico.

A variável conduta inicial conservadora foi correlacionada a variável presença de necrose ou isquemia intestinal nos achados intra-operatórios. Onde 5 de 14 pacientes do grupo adotado com conduta inicial conservadora apresentaram algum segmento intestinal com isquemia ou necrose em relação a 20 de 54 pacientes de conduta não conservadora. Essa relação não

apresentou significância estatística positiva, $p=1,000$ (teste exato de Fisher) (Tabela 17).

Conduta inicial conservadora x necrose / isquemia				
		NECROSE / ISQUEMIA		
		Sim	Não	Total
Sim	Contagem	5	9	14
	% do Total	7,4%	13,2%	20,6%
Não	Contagem	20	34	54
	% do Total	29,4%	50,0%	79,4%
Contagem		25	43	68
% do Total		36,8%	63,2%	100,0%

Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
,008 ^a	1	,927		
0,000	1	1,000		
,008	1	,927		
			1,000	,593
,008	1	,928		
68				

Tabela 17: Teste exato de Fisher. Avaliação da correlação e comparação entre conduta inicial conservadora X Presença de isquemia ou necrose de algum segmento intestinal.

O total de exames de imagem solicitados foi correlacionado com a conduta inicial conservadora. O grupo de pacientes conservador apresentou uma média de 6 exames em relação aos casos de conduta não conservadora, com média de 3 exames de imagens apresentando uma significância positiva, $p=0,011$ (teste de Mann-Whitney). A distribuição de número de exames é a mesma entre as categorias de conduta conservadora desconsiderando a hipótese nula. (Tabela 18).

Total de exames de imagem solicitados x Conduta inicial conservadora

		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Sim	Total exames	1	18	6	4	5
Não	Total exames	0	20	3	2	3

Tabela 18: Teste de Mann-Whitney. Avaliação da correlação e comparação entre a variável Número de exames de imagem solicitados X Conduta inicial conservadora.

Quando correlacionado o tempo decorrido entre o diagnóstico e tratamento definitivo com a necessidade de internação pós-operatório em UTI houve uma significância positiva, $p=0,037$ (teste de Mann-Whitney). A distribuição de intervalo de tempo entre a internação e o tratamento cirúrgico é a mesma entre as categorias de internação em UTI desconsiderando a hipótese nula. (Tabela 19)

Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento definitivo X UTI

		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Sim	Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento definitivo (em horas)	2	360	51	18	84
Não	Tempo de corrido entre diagnóstico e tratamento definitivo (em horas)	3	48	16	10	13

Tabela 19: Teste de Mann-Whitney. Avaliação da correlação e comparação entre a variável Intervalo de tempo (em horas) entre internação e o tratamento definitivo X Internação em UTI.

De igual forma, quando correlacionado o tempo decorrido entre o diagnóstico e tratamento definitivo com a conduta conservadora, obteve-se uma significância positiva, $p=0,037$ (teste de Mann-Whitney). A distribuição de intervalo de tempo entre a internação e o tratamento cirúrgico é a mesma entre as categorias de conduta conservadora desconsiderando a hipótese nula. (Tabela 20).

Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento definitivo X Conduta inicial conservadora

		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Sim	Tempo de corrido entre diagnóstico e tratamento definitivo (em horas)	21	360	113	72	110
Não	Tempo de corrido entre diagnóstico e tratamento definitivo (em horas)	2	48	14	11	10

Tabela 20: Teste de Mann-Whitney. Avaliação da correlação e comparação entre a variável Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento definitivo X Conduta inicial conservadora.

5 - DISCUSSÃO

O paciente com dor abdominal representa um dos problemas mais frequentes e difíceis com o qual o cirurgião lida em sua prática diária. Deste grupo, a obstrução intestinal se destaca como um dos desafios mais rotineiros por representar uma das afecções abdominais agudas de maior incidência, correspondendo, em nosso meio, ao segundo lugar entre as patologias cirúrgicas abdominais não traumáticas nos serviços de urgência.⁶

Do início do século aos dias de hoje observou-se uma diminuição superior a 50% na mortalidade dos casos de obstrução não complicada. Entretanto a obstrução intestinal apresenta particularidades diagnósticas e terapêuticas e, ainda nos dias de atuais, cursa com elevadas morbidade e mortalidade, apesar dos avanços nos conhecimentos de sua fisiopatologia, das opções terapêuticas, da anestesia e da antibioticoterapia. Tais fatos relacionam-se ao retardo no diagnóstico, a um preparo pré-operatório inadequado, tratamento incorreto e na procura tardia de assistência médica de emergência por parte do paciente.⁶

O diagnóstico precoce está diretamente relacionado ao sucesso no tratamento. Segundo a literatura sobre o tema, o estudo realizado por Teixeira et al, mostrou que um atraso de 24 horas ou mais na intervenção cirúrgica é fator independente associado a mortalidade.⁷

Kothari et al., diz que o abdome agudo obstrutivo é uma das emergências cirúrgicas mais frequentes correspondendo a 20% dos casos operatórios agudos e 3,1% das emergências cirúrgicas e que uma intervenção cirúrgica após o 4º dia de internação aumenta a morbidade, mortalidade e a duração do pós-operatório.⁸

Assim como achamos em nossa série de 68 pacientes, onde os 14 pacientes sob conduta inicial conservadora (intervenção cirúrgica após 24 horas) apresentaram relações estatística significativa entre um maior período de internação em UTI e um maior número de óbitos.

Seror et al., refere que conduta conservadora até o 5º dia de internação apresenta 73% de resolução dos casos obstrutivos sem aumento da mortalidade.⁹

Indo de encontro com os resultados encontrados em nossa amostra, onde 50 casos (73,5%) apresentaram desfecho favorável com alta hospitalar sendo que 63 pacientes foram abordados cirurgicamente antes do 5º dia de internação.

Bickell et al., mostrou que uma intervenção cirúrgica após 24 horas aumenta o risco de ressecção intestinal.¹⁰

Entretanto diferente da nossa amostra quando comparado o grupo conduta inicial conservadora com presença necrose e isquemia de segmento intestinal não demonstrou relação de significância positiva em comparação ao grupo não conservador. Isso talvez deva-se a alta incidência de isquemia e necrose encontrado no grupo operado antes de 24 horas de internação, levando a considerar, junto ao tempo prolongado de internação (média de 11 dias) e maioria necessitando de Unidade de Terapia Intensiva no pós operatório (52,9%), a gravidade do quadro clínico encontrado desde a admissão em nossa amostra, justificado muitas vezes pela procura tardia de assistência médica de emergência por parte do paciente e ao retardo no diagnóstico médico.

6 - CONCLUSÃO

O perfil clínico e epidemiológico na região da Serra e grande Vitória apresentou uma prevalência do sexo feminino, raça negra, a faixa etária média de 58 anos com maior predominância em maiores de 39 anos, portadores de comorbidades. Os sinais e sintomas apresentados na admissão, na maioria dos pacientes, eram dor abdominal de intensidade variável associado a distensão, vômito e constipação intestinal sugerindo um quadro clínico avançado com indicação de intervenção cirúrgica imediata.

A Intervenção cirúrgica tardia mostrou relação com conduta inicial conservadora e internação em UTI. A solicitação de exames de imagem elevada predominou nos pacientes com conduta inicial conservadora, determinando um maior índice de internação em UTI e óbito.

Portando o trabalho se justifica, necessitando de mais estudos, por mostrar relação significativa de alguns fatores de agravo da doença e pela importância de um diagnóstico precoce e abordagem rápida e precisa do cirurgião.

7 REFERENCIAS

- 1 – Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am* 2006; 90: 481-503.
- 2 – Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007 jul/set; 40(3): 358-67.
- 3 – Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox, KL. *SABISTON TEXTBOOK OF SURGERY: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 19th Edition. Saunders-Elsevier, Philadelphia, 2012; 1141-1159.
- 4 – Silen W. *Cope's early diagnosis of the acute abdomen*. 21th Edition. Oxford University Press. New York, 2005; 152.
- 5 -Pereira MG. *Epidemiologia Teórica e Prática*. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 271p.
- 6 –Goliger, J. *Cirurgia do Ânus, Reto e Colo*, Ed. Manoel LTDA, 1990, 5º edição, vol. 1, 4: 1149-1161
- 7 – Teixeira PG, Karamanos E, Talving P, Inaba K, Lam L, Demetriades D. Early operation is associated with a survival benefit for patients with adhesive bowel obstruction. *Ann Surg* 2013; 258:459-65.
- 8 – Kothari et al. "Right place at the right time" impacts outcomes for acute intestinal obstruction. *Surgery* 2015; 158(4):1116-1127.
- 9 – Serret al, How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated? *Am J Surg* 1993; 165:121-6.
- 10 – Bickell et al. Influence of time on risk of bowel resection in complete small bowel obstruction. *J Am Coll Surg* 2005; 201:847-54.

8 ANEXOS**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Internação:** () Emergência () UTI () Enfermaria () Outros**Sexo:** () Masculino () Feminino**Raça:** () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Índio**Idade:** _____**Procedência:** () Cariacica () Viana () Serra () Vila Velha

() Guarapari () Fundão () Vitoria () Outras

Instrução: () 1º Grau Incompleto () 2º Grau Incompleto

() 3º Grau Incompleto () Analfabeto () 1º Grau completo

() 2º Grau Completo () 3º Grau Completo

Exames de Imagem realizados: () RX de abdome agudo () EDA

() USG abdome () TC abdome () RNM de abdome

() Colonoscopia

Exames Laboratoriais realizados: () Hemograma completo () PCR,

() Amilase () Lipase () TGO () TGP () GamaGT,

() Fosfatase Alcalina () Lactato () Gasometria () Sodio

() Potassio () Ureia () Creatinina () Bilirrubinas totais e

frações () EAS () BHCG

Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento definitivo: _____**Conduta Expectante:** () Sim () Não**Procedimento Cirúrgico:** () Sim () Não

Qual: _____

Ostomia: () Sim () Não

Qual: _____

Uso de antibiótico: () Sim () Não

Qual: _____

Iniciado dia: _____ às _____ horas.

Tempo de antibioticoterapia: _____ dias.

Outras intervenções cirúrgicas: () Sim () Não

Qual: _____

Número de intervenções realizadas: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

6

Tempo de internação: _____ dias.

Desfecho: () Óbito () Alta

APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS

Os pesquisadores, abaixo assinados, responsáveis pela pesquisa “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS APÓS MANEJO TERAPÊUTICO” declaram ter conhecimento da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Comprometem-se a manter a privacidade e confidencialidade dos dados que irão manusear nos prontuários e registros médicos hospitalares, preservando integralmente o anonimato dos pacientes e da equipe do HEJSN envolvida, e declaram-se cientes de que as informações somente poderão ser utilizadas para o projeto ao qual se vinculam.

Vitória, 08 de Outubro de 2015.

LUIS ALBERTO VALENTE LAUFFER