

PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 09

DATA: 05/09/2017



**ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA EM ATENÇÃO
BÁSICA**

CÓDIGO SIGTAP:
03.01.06.003-7

CBO: Médico

AÇÃO

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

DOR ABDOMINAL

Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida

- Dor abdominal aguda: aquela onde há a combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade
- Dor abdominal crônica: persistente e refratária ao tratamento
- Dor abdominal recorrente: evoluem em surtos, com duração, intensidade e frequência bastante diversificados, separados por períodos assintomáticos
- Abdome agudo cirúrgico: condição que apresenta piora rápida no prognóstico, caso não haja intervenção cirúrgica.

ANAMNESE:
AVALIAR SEMPRE: permeabilidade das vias aéreas, respiração, circulação e sinais vitais antes da avaliação abdominal

- Faixa etária
- Sexo
- Ocupação
- Características da dor: localização, irradiação, caráter, intensidade, duração, evolução, fatores desencadeantes ou agravantes, fatores de alívio e relação com as funções orgânicas
- História pregressa: cirurgias prévias, fatores de risco para doenças cardiovasculares e viagem recente
- Uso de medicamentos
- Período do ciclo menstrual e contracepção
- História de doenças sexualmente transmissíveis
- Sinais e sintomas associados:
 - a) sistêmicos: perda ponderal significativa, febre, adenomegalias, fadiga, ganho de peso, sudorese noturna, adinamia
 - b) digestivos: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, distensão abdominal, eructações, pirose, plenitude pós-prandial, empachamento (sensação de repleção gástrica), sinais ou sintomas de colestase (icterícia, colúria, acolia e prurido), hemorragia digestiva (hematêmese, melena, enterorragia, hematoquesia), hepato-esplenomegalia

c) extradigestivos: artite/artralgia, dor pleural, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia, dor lombar, dorsalgia, fraqueza dos membros, enxaqueca

d) Estresse: palpitações, insônia, alteração do apetite, sono e desejo sexual, tristeza, adinamia, preocupação

- História familiar: ênfase a doenças intestinais e comunicantes com quadros agudos

- História psicossocial. É importante compreender a percepção que o indivíduo tem acerca da dor, pois o nível cognitivo, experiências dolorosas prévias, padrões culturais, relações familiares e repercussões da dor na vida cotidiana podem interferir na expressão da queixa

- Hábitos: uso de álcool, drogas e tabaco

EXAME FÍSICO:

- Inspeção: observar a presença de distensão abdominal, hérnias, cirurgias prévias, exame da pele e conjuntiva (buscando icterícia, sinais de hepatopatia crônica ou outros, como herpes zoster) e a posição no leito (posições antiálgicas). Pacientes que se encontram visivelmente agitados e inquietos podem sugerir cólica renal, enquanto os imóveis, com membros inferiores fletidos, podem sugerir peritonite. Equimose periumbilical (sinal de Cullen) ou em flanco (sinal de Grey-Turner) que podem sugerir pancreatite aguda grave ou hemorragia abdominal

- Ausculta: dois objetivos são básicos: avaliar o estado da motilidade intestinal e pesquisar a presença de sopros vasculares, especialmente da aorta abdominal em idosos e artérias renais eifacas. Deve ser efetuada durante dois minutos, em um ou dois pontos de pesquisa. Normalmente os ruídos são escutados de duas a 12 vezes por minuto.

- Percussão: deve ser feita com a técnica habitual, abrangendo todos os quadrantes e, no local em que se suspeite de alterações patológicas, pode ser intensificada. Esta será útil para identificar a presença de líquido ascítico, de massas sólidas, distensão abdominal e os limites hepáticos e esplênicos. Realizar a punho percussão lombar para avaliar os rins (sinal de Giordano).

- Palpação: nesse momento, durante a palpação superficial e profunda, o examinador poderá pesquisar hérnias, massas e eventuais anormalidades nos órgãos que são identificados. Algumas manobras podem ser importantes para a elucidação diagnóstica, como: descompressão brusca, piparote, palpação de pulsos arteriais e pesquisa do sinal de Murphy. Um fato importante é o fenômeno da migração do epíloon em direção às vísceras acometidas, para tamponar a área, bem como das vísceras adjacentes. Ao exame isso aparece como um “plastrão”. No exame do hipogástrio, atentar para a presença de útero gravídico

- Exame detalhado do tórax, genitália e região anal (com toque retal), incluindo exame ginecológico para mulheres com dor em baixo ventre

- Localização da dor

NA SUSPEITA DE ABDOME CIRÚRGICO, NÃO OFERECER ÁGUA OU COMIDA E ENCAMINHAR O PACIENTE

IMEDIATAMENTE PARA UM SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO QUE OFEREÇA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA E EXAMES COMPLEMENTARES

Causas de dor abdominal aguda não cirúrgica – devem ser acompanhadas na UBS

DISMENORREIA:

Dor tipo cólica, localizada em baixo ventre, relacionada ao período menstrual, que ocorrem em mulheres jovens e pode durar até 72h. Náuseas, vômitos, diarreia, cefaleia, mastalgia, alterações do humor e raramente episódios de síncope podem estar associados

Diagnóstico:

- Natureza cíclica da dor, com exame ginecológico normal ou revelando desconforto à palpação do útero, sem dor considerável à palpação e à mobilização dos anexos e à mobilização uterina
- Primária: sem problemas orgânicos subjacentes
- Secundária: associada a doenças pélvicas como malformações uterinas, endometriose, miomas, uso de DIU

Tratamento:

- Fatores potencialmente modificáveis: alimentação, peso, tabagismo, estresse, sedentarismo e consumo de álcool
- Anticoncepcionais hormonais, AINES, inibidores das prostaglandinas, antiespasmódicos, antidepressivos e psicoterapia

DISPEPSIA

Dor epigástrica, normalmente recorrente ou persistente, associada a sintomas de refluxo gastroesofágico (azia, pirose, eructação, plenitude pós-prandial, náusea, distensão abdominal, etc)

Diagnóstico:

- Devem prosseguir investigação: idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia
- Devem receber tratamento medicamentoso e ser observados clinicamente: todos que não se encaixam nos “sinais de alerta” citados acima

Tratamento:

- Na ausência dos sinais de alarme, manejar com orientação de medidas gerais: dieta, cessação de tabagismo, restrição no consumo de álcool, AINES e bebidas gaseificadas
- Antiácidos (hidróxido de alumínio e magnésio)
- Bloqueadores dos receptores de histamina (cimetidina e ranitidina)

- Inibidores da bomba de prótons (omeprazol e pantoprazol)

CÓLICA RENAL

Dor tipo cólica intermitente, paroxísticas, de intensidade variável que pode irradiar para flancos, região inguinal ou genital.

Diagnóstico:

- Hematúria presente em até 90% dos casos
- Métodos de imagem: radiografia, ultrassonografia, urografia excretora e tomografia computadorizada, para avaliar a necessidade de intervenção urológica (cálculos sintomáticos maiores que 7mm, via de regra, necessitam de alguma abordagem intervencionista)

Tratamento:

- Analgesia (AINES)
- Hidratação
- Encaminhar para intervenção urológica, quando necessário

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Diagnóstico:

- Tríade clássica: dor pélvica, dor à mobilização cervical e à palpação dos anexos e febre
- Dispareunia, irregularidade menstrual, sintomas geniturinários e leucorreia

Tratamento:

ESQUEMA A	ESQUEMA B
Cefoxitina 2g IM com probenecida 1g, VO ou	Norfloxacin 400mg, VO, 12h/12h, por 14 dias, ou
Ceftriaxone 250mg IM, ou	Levofloxacin 500mg, VO, 1 vez/dia, por 14 dias
Cefalosporina equivalente	COM OU SEM
MAIS	Metronidazol 500mg, VO, 12h/12h, por 14 dias
Doxiciclina 100mg, VO, 12h/12h por 14 dias	
COM OU SEM	
Metronidazol 500mg, VO, 12h/12h, por 14 dias	

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL:

Diagnóstico:

- História clínica: dor abdominal tipo cólica, difusa, geralmente recorrente, associada à alteração do hábito intestinal (com diminuição da frequência – menor que três vezes/semana e ressecamento das fezes), esforço evacuatório doloroso, sensação de evacuação incompleta e necessidade de manipulação digital

para facilitar a saída das fezes.

- Adultos: uso de medicamentos anticolinérgicos (opioides, antidepressivos, antihistamínicos, corticóides, benzodiazepínicos, entre outros) e comorbidades (neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, endócrinas e proctológicas)

- Crianças: obstipação funcional ou associada à hipersensibilidade alimentar

Tratamento:

- Mudança de hábitos de vida/alimentares

- Compostos fibrosos

- Supositórios / fleet-enema

DOR ABDOMINAL EM OUTRAS SITUAÇÕES:

- Pacientes portadores de HIV: há predisposição para infecções oportunistas ou dor abdominal decorrente do uso de medicação: DDI (dideoxinosine), por exemplo. Além disso, o tratamento instituído aumenta o risco de outras doenças, como pancreatite e nefrolitíase.

- Gestantes: podem apresentar poucos sinais clínicos e, muitas vezes, não apresentam sinais de peritonite, pela menor sensibilidade peritoneal, fruto da distensão da cavidade

- Trato geniturinário: é um sítio comum para desencadear quadros de dor abdominal, especialmente em baixo ventre. Infecções no trato urinário, nefrolitíase, obstrução ureteral, torção de anexos, ruptura de cistos ovarianos, doenças inflamatórias pélvicas (DIP), vaginoses e vítimas de violência doméstica são uns exemplos de diagnóstico que devem ser aventados

- Uso de drogas: Nas dores tipo queimação, os principais fármacos envolvidos, por causarem lesão na mucosa, são: sulfato ferroso, bisfosfonados, AAS, anti-inflamatórios não esteroidais. Esses fármacos podem levar até a perfuração esofágica ou gástrica. Anticolinérgicos e narcóticos podem causar dor secundária a volvo ou obstrução. Anfetaminas, ergotaminas e cocaína podem causar dor por vasoconstricção, levando à isquemia intestinal. Acetaminofen pode causar lesão hepática e DDI, pancreatite. Intoxicação por metais pesados faz diagnóstico diferencial para pacientes com dor abdominal associada à anemia

- Neoplasia: dor abdominal pode ser uma manifestação de câncer. Na neoplasia de ovário, pode estar associada com inchaço, dispepsia, distensão abdominal, flatulência, anorexia, sensação de “plenitude pélvica e retal”, dorsalgia, urgência ou aumento na frequência das evacuações. Já no câncer colorretal, podemos observar alteração do hábito intestinal, emagrecimento e sangramento anal. Nas leucemias, pode haver sintomas sugestivos de abdome agudo com obstrução funcional, disfunções autonômicas e irritação peritoneal

ENCAMINHAMENTO:

O paciente deve ser referenciado para avaliação cirúrgica nas seguintes situações:

- Dor intensa ou piora brusca com sinais de deterioração
- Vômito fecaloide
- Defesa abdominal/rigidez
- Distensão abdominal importante
- Trauma importante
- Suspeita de causa cirúrgica
- Dor abdominal aguda sem etiologia evidente
- Sinais de líquido ascítico ou sangue na cavidade abdominal

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)