

ABORDAGEM DO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O HOSPITAL GERAL DE BACABAL

APPROACH TO ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN: PROPOSED TREATMENT PROTOCOL FOR THE BACABAL GENERAL HOSPITAL

ABORDAJE DEL ABDOMEN OBSTRUCTIVO AGUDO: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PROPUESTO PARA EL HOSPITAL GENERAL DE BACABAL

Priscilla Malena Albuquerque de Souza¹

Bianka Albuquerque de Sousa²

Elígio Alves de Almeida Júnior³

RESUMO: Este artigo buscou desenvolver um protocolo padronizado para o atendimento de pacientes com abdome agudo obstrutivo no Hospital Geral de Bacabal, visando otimizar o diagnóstico, o manejo terapêutico e os desfechos clínicos. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, fundamentada em revisão integrativa da literatura e análise do cenário assistencial institucional, estruturada em três etapas: levantamento e seleção de evidências científicas, análise do contexto assistencial e modelagem de um algoritmo clínico adaptado à realidade local. Como resultado, foi elaborado um protocolo assistencial organizado em fluxograma linear contemplando admissão e triagem clínica, propedêutica diagnóstica por imagem e tomada de decisão terapêutica. O protocolo estabelece critérios para estratificação da gravidade, padronização de exames laboratoriais, utilização hierarquizada de métodos de imagem e definição de condutas terapêuticas imediatas, incluindo ressuscitação volêmica, descompressão gástrica, antibioticoterapia e critérios para tratamento conservador ou intervenção cirúrgica. Além disso, foram normatizadas abordagens farmacológicas para controle da dor, náuseas e pseudo-obstrução intestinal. Conclui-se que o fluxograma apresenta aplicabilidade no contexto assistencial do Hospital Geral de Bacabal, contribuindo para a padronização das condutas, redução de atrasos terapêuticos e potencial melhoria dos desfechos clínicos e das taxas de morbimortalidade institucional.

Palavras-chave: Abdome Agudo. Obstrução Intestinal. Protocolo Clínico.

¹ Discente do curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Bacabal.

² Discente do curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Bacabal.

³ Orientador, Docente do curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Bacabal, Cirurgião do Aparelho Digestivo.

ABSTRACT: This article aimed to develop a standardized protocol for the care of patients with acute obstructive abdomen at the Bacabal General Hospital, aiming to optimize diagnosis, therapeutic management, and clinical outcomes. This is a methodological development research, based on an integrative literature review and analysis of the institutional care scenario, structured in three stages: collection and selection of scientific evidence, analysis of the care context, and modeling of a clinical algorithm adapted to the local reality. As a result, a care protocol organized in a linear flowchart was developed, encompassing admission and clinical triage, diagnostic imaging, and therapeutic decision-making. The protocol establishes criteria for severity stratification, standardization of laboratory tests, hierarchical use of imaging methods, and definition of immediate therapeutic actions, including fluid resuscitation, gastric decompression, antibiotic therapy, and criteria for conservative treatment or surgical intervention. In addition, pharmacological approaches for pain control, nausea, and intestinal pseudo-obstruction were standardized. It is concluded that the flowchart is applicable in the care context of the Bacabal General Hospital, contributing to the standardization of procedures, reduction of therapeutic delays, and potential improvement in clinical outcomes and institutional morbidity and mortality rates.

Keywords: Acute Abdomen. Intestinal Obstruction. Clinical Protocol.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo desarrollar un protocolo estandarizado para la atención de pacientes con abdomen obstructivo agudo en el Hospital General de Bacabal, con el fin de optimizar el diagnóstico, el manejo terapéutico y los resultados clínicos. Se trata de una investigación de desarrollo metodológico, basada en una revisión bibliográfica integradora y un análisis del escenario de atención institucional, estructurada en tres etapas: recopilación y selección de evidencia científica, análisis del contexto de atención y modelado de un algoritmo clínico adaptado a la realidad local. Como resultado, se desarrolló un protocolo de atención organizado en un diagrama de flujo lineal, que abarca la admisión y el triaje clínico, el diagnóstico por imágenes y la toma de decisiones terapéuticas. El protocolo establece criterios para la estratificación de la gravedad, la estandarización de las pruebas de laboratorio, el uso jerárquico de los métodos de imagen y la definición de las acciones terapéuticas inmediatas, incluyendo la reanimación con fluidos, la descompresión gástrica, la antibioticoterapia y los criterios para el tratamiento conservador o la intervención quirúrgica. Además, se estandarizaron los enfoques farmacológicos para el control del dolor, las náuseas y la pseudoobstrucción intestinal. Se concluye que el diagrama de flujo es aplicable en el contexto asistencial del Hospital General Bacabal, contribuyendo a la estandarización de procedimientos, la reducción de retrasos terapéuticos y la posible mejora de los resultados clínicos y las tasas de morbilidad y mortalidad institucionales.

Palabras clave: Abdomen agudo. Obstrucción intestinal. Protocolo clínico.

1 INTRODUÇÃO

O Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) é definido como uma parada no trânsito intestinal, resultando no acúmulo de líquidos e gases no segmento proximal à obstrução. Esse fenômeno ocorre em decorrência da proliferação bacteriana e da retenção de secreções intraluminais, promovendo aumento progressivo da pressão dentro da alça intestinal. Como consequência, pode haver comprometimento da perfusão tecidual, evoluindo para isquemia, necrose e eventual perfuração da parede intestinal (BORDEIANOU L, 2025).

A obstrução intestinal pode ser classificada em mecânica ou funcional. A obstrução mecânica decorre da presença de um impedimento físico ao trânsito intestinal, sendo mais frequentemente causada por bridas e aderências pós-operatórias. Outras etiologias importantes incluem hérnias da parede abdominal, neoplasias intestinais e colorretais, doença de Crohn, volvo intestinal e outras afecções que promovem estreitamento ou compressão do lúmen intestinal (YEH DD, 2025).

Por sua vez, a obstrução funcional, também denominada pseudo-obstrução intestinal, compreende um grupo heterogêneo de condições caracterizadas pela alteração da motilidade gastrointestinal na ausência de obstrução mecânica. Entre suas principais causas destacam-se distúrbios metabólicos, efeitos adversos de medicamentos, processos infecciosos e doenças neuromusculares, que produzem manifestações clínicas semelhantes às observadas na obstrução mecânica (YEH DD, 2025).

A obstrução intestinal ocorre com maior frequência em pacientes submetidos previamente a cirurgias abdominais, especialmente procedimentos colorretais, oncológicos e ginecológicos. Embora qualquer intervenção cirúrgica abdominal possa predispor ao desenvolvimento de aderências, as cirurgias abertas ou aquelas envolvendo o trato gastrointestinal inferior apresentam maior risco de obstrução subsequente. Em indivíduos sem histórico cirúrgico, as hérnias abdominais constituem a principal etiologia (DI SAVERIO S, et al., 2016).

Os idosos representam um grupo particularmente vulnerável, apresentando maior incidência de obstrução intestinal e risco aumentado de complicações e mortalidade. Aproximadamente 85% das obstruções parciais respondem satisfatoriamente ao tratamento conservador, enquanto a maioria das obstruções totais necessita de abordagem cirúrgica (TEN BROEK RP, et al., 2018).

O abdome agudo constitui uma das principais causas de atendimento nos serviços de urgência e emergência brasileiros, correspondendo a aproximadamente 5% a 10% das admissões em pronto-socorro (MELO PF, et al., 2024). Entre suas diversas apresentações clínicas, o AAO destaca-se pela necessidade de diagnóstico e intervenção precoces. A adoção de uma abordagem inicial adequada constitui um dos principais determinantes para a evolução favorável dos pacientes com AAO. O reconhecimento precoce dos sinais de gravidade, associado à correção contínua, contribui para a prevenção de complicações graves, como isquemia intestinal,

perfuração, sepse e falência múltipla de órgãos. Além disso, essas medidas favorecem a estabilização clínica e otimizam as condições para eventual intervenção cirúrgica.

Nesse contexto, protocolos assistenciais e fluxogramas de atendimento desempenham papel fundamental na padronização das condutas e na redução de atrasos terapêuticos. Evidências demonstram que o manejo sistematizado das obstruções intestinais está associado à redução das complicações perioperatórias, do tempo de internação hospitalar e das taxas de morbimortalidade, reforçando a importância de uma assistência rápida, organizada e baseada em evidências científicas (TEN BROEK RP, et al., 2018).

Considerando que o abdome agudo apresenta taxas de mortalidade variando entre 2% e 12%, e que o risco de óbito aumenta progressivamente com o atraso no tratamento adequado, torna-se imprescindível a implementação de estratégias que garantam atendimento oportuno e qualificado (BORDEIANOU L, 2026). Dessa forma, o AAO configura-se como uma importante causa de atendimento em urgências cirúrgicas, podendo evoluir rapidamente para isquemia intestinal, perfuração, sepse e óbito.

A implantação de protocolos assistenciais específicos representa uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade assistencial, uma vez que contribui para a redução de erros, otimização do tempo diagnóstico e uniformização das condutas da equipe multiprofissional. No Hospital Geral de Bacabal, a elaboração de um protocolo direcionado ao manejo do AAO mostra-se particularmente relevante para organizar o fluxo de atendimento, racionalizar recursos e subsidiar decisões clínicas fundamentadas em evidências. Assim, espera-se que sua implementação contribua para a padronização da assistência, qualificação do cuidado e melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes com suspeita de obstrução intestinal.

Bacabal é um município localizado no centro do estado do Maranhão e possui uma população estimada de aproximadamente 103.711 habitantes, sendo um dos principais centros urbanos da região (IBGE, 2022). A cidade está localizada a cerca de 240 km de distância da capital, São Luís, e desempenha papel estratégico como polo econômico, comercial e de serviços da microrregião do Médio Mearim, atendendo também municípios vizinhos. Além disso, Bacabal exerce grande influência sobre a dinâmica socioeconômica da região, concentrando importantes instituições e serviços. Na área da saúde, destaca-se como referência para atendimentos de média complexidade, recebendo pacientes de diversos municípios do entorno.

Dessa forma, o município contribui significativamente para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população regional (IBGE, 2025).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceito e classificação

O Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) é definido como uma síndrome clínica caracterizada pela interrupção súbita, persistente e dolorosa do fluxo normal do conteúdo luminal ao longo do trato gastrointestinal. Esse quadro figura como uma das mais relevantes emergências cirúrgicas em unidades de pronto atendimento. Diante disso, a obstrução intestinal pode ser classificada em duas grandes categorias quanto a sua natureza fisiopatológica: mecânica e funcional. Nesse sentido, a obstrução mecânica ocorre quando há uma barreira física anatômica que impede a progressão do bolo fecal, subdividindo-se em extrínsecas, intrínsecas ou intraluminais. Por outro lado, a obstrução funcional (também denominada íleo paralítico ou pseudo-obstrução) decorre da perda temporária ou permanente da atividade motora e peristáltica coordenada do intestino, na ausência de uma oclusão mecânica evidente. No que se refere à localização anatômica, as obstruções mecânicas são diferenciadas em altas (quando acometem o intestino delgado, proximal à válvula ileocecal) ou baixas (quando envolvem o cólon e o reto) (SCHICK MA, et al., 2025).

5

2.2 Sinais e sintomas

As manifestações clínicas do abdome agudo obstrutivo variam de acordo com o nível da obstrução (alta ou baixa) e o tempo de evolução da doença. A tétrade clássica é composta por: dor abdominal, parada de eliminação de fezes e flatos, distensão abdominal e vômitos. Sob esse aspecto, nas obstruções de intestino delgado (altas), a dor costuma ser de forte intensidade, do tipo cólica e intermitente, associada a vômitos precoces e biliosos ou de aspecto fecaloide, enquanto a distensão abdominal tende a ser mais discreta e localizada no andar superior do abdome. Por outro lado, nas obstruções colônicas (baixas), a distensão abdominal é proeminente, difusa e acentuada, os vômitos são tardios e a interrupção da eliminação de flatos e fezes manifesta-se de forma precoce e absoluta. Cabe ressaltar ainda que sinais flogísticos sistêmicos, como taquicardia, hipotensão, febre e dor à descompressão brusca, sugerem isquemia ou perfuração com peritonite secundária (SILVA LM, et al., 2023).

2.3 Etiologia e incidência

A distribuição etiológica do AAO difere de modo considerável entre os segmentos intestinais afetados. No intestino delgado, as bridas ou aderências peritoneais decorrentes de cirurgias abdominais ou pélvicas prévias correspondem a cerca de 60% a 70% dos casos, seguidas pelas hérnias da parede abdominal (inguinais, femorais ou incisionais) encarceradas e pelas neoplasias. No que se refere ao intestino grosso, a etiologia neoplásica (adenocarcinoma colorretal) responde por aproximadamente 60% das ocorrências de obstrução baixa, seguida em incidência pelo volvo (principalmente de sigmoide) e pela doença diverticular aguda. Já de forma epidemiológica, a obstrução intestinal representa 15% de todas as admissões hospitalares por dor abdominal aguda em serviços de emergência geral no Brasil (PEREIRA JG, et al., 2024).

2.4 Fatores de risco

Os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de abdome agudo obstrutivo estão diretamente atrelados às suas causas subjacentes. Desse modo, para o acometimento do intestino delgado, destaca-se o histórico de laparotomias prévias (especialmente cirurgias ginecológicas, colorretais e apendicectomias), episódios anteriores de peritonite e as presenças de defeitos anatômicos na parede abdominal (hérnias não corrigidas). Já para as obstruções colônicas, os fatores de risco incluem idade avançada (acima de 60 anos), tabagismo, sedentarismo, história familiar de polipose ou câncer colorretal e quadros crônicos de constipação intestinal ou doença inflamatória intestinal. Vale destacar que no caso específico do íleo funcional, os fatores predisponentes englobam o pós-operatório imediato de cirurgias abdominais, distúrbios hidroeletrólíticos severos (como hipocalemia e hipomagnesemia), sepse e o uso de fármacos que lentificam a motilidade digestiva, tais como opioides e anticolinérgicos (COSTA AB e MENDES FL, 2024).

2.5 Diagnóstico

O diagnóstico do AAO baseia-se na correlação entre história clínica, exame físico minucioso e exames complementares de imagem. De forma laboratorial, solicita-se hemograma (para avaliar leucocitose e anemia ferropriva), eletrólitos, função renal e gasometria com lactato sérico, sendo este último um marcador sensível para isquemia intestinal. Já na propedêutica por imagem, a rotina de abdome agudo (radiografia de tórax e abdome em ortostase, e em decúbito

dorsal) permanece útil como triagem inicial, pois evidencia níveis hidroaéreos, distensão de alças e ausência de gás no reto. No entanto, a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com contraste endovenoso consolidou-se como o padrão-ouro (Gold Standart), apresentando sensibilidade e especificidade superiores a 90%. A TC identifica com precisão o sítio da obstrução, a etiologia, a presença do “ponto de transição” e sinais de sofrimento vascular (como pneumatose intestinal ou falha de realce da parede da alça) (SOUSA RT e ALMEIDA EN, 2025).

2.6 Complicações e prognóstico

A demora no diagnóstico e no manejo adequado do abdome agudo obstrutivo resulta em graves repercussões sistêmicas. O acúmulo de líquido e gás na alça obstruída aumenta a pressão intraluminal, comprometendo inicialmente o retorno venoso e, por conseguinte, o aporte arterial da parede intestinal. Tal fenômeno gera isquemia, translocação bacteriana, necrose de alça e perfuração com consequente peritonite fecal e choque séptico. Ademais, o sequestro de líquidos para o terceiro espaço provoca desidratação grave, distúrbios ácido-básicos e insuficiência renal aguda pré-renal. O prognóstico está intrinsecamente ligado à precocidade da intervenção, logo, taxas de mortalidade que giraram em torno de 2% a 5% em obstruções simples podem saltar para mais de 30% quando há estabelecimento de necrose, perfuração ou sepse instalada, principalmente em pacientes idosos e portadores de comorbidades graves (MARTINS GV, et al., 2025).

7

2.7 Tratamento

O manejo terapêutico do abdome agudo obstrutivo deve ser iniciado de modo imediato após a suspeita clínica com medidas de suporte geral. Estas ações compreendem o jejum absoluto, a descompressão gastrointestinal por meio de sonda nasogástrica calibrosa em sifonagem, hidratação venosa vigorosa para correção de perdas volêmicas, antibioticoterapia empírica e correção dos distúrbios eletrolíticos. O tratamento definitivo pode ser conservador ou cirúrgico. Sob esse contexto, o tratamento conservador é indicado principalmente em obstruções parciais por bridas ou em quadros de íleo funcional, mantido por 24 a 48 horas sob estreita vigilância clínica. Já a intervenção cirúrgica de urgência faz-se mandatória na presença de obstrução mecânica completa, falha do tratamento clínico, ou diante de sinais clínicos e

tomográficos de isquemia ou peritonite. Cabe destacar que a técnica cirúrgica varia conforme a causa (lise de bridas, ressecção segmentar de alça desvitalizada com ou sem anastomose primária ou fixação de volvos), priorizando sempre a restauração do trânsito intestinal e a viabilidade tecidual (GOMES FA e LIMA TM, 2025).

3 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, de abordagem qualitativa, sustentada por uma revisão integrativa da literatura e análise do cenário assistencial do Hospital Geral de Bacabal (HGB), com o objetivo de elaborar uma proposta de protocolo clínico para o manejo do abdome agudo obstrutivo, adaptado à realidade institucional. Por se basear exclusivamente em revisão de literatura e dados de domínio público, sem a participação direta de seres humanos, o presente estudo prescinde de submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O processo de construção foi estruturado em três etapas: (1) Levantamento bibliográfico e seleção de evidências científicas; (2) Análise do cenário assistencial institucional; e (3) Modelagem do algoritmo clínico aplicado à realidade institucional.

8

Etapa 1: Levantamento Bibliográfico e Seleção de Evidências Científicas. Para a fundamentação do protocolo, realizou-se uma busca sistemática nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), complementadas por plataformas de apoio à decisão clínica (DynaMed e UpToDate). Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) combinados pelos operadores booleanos AND e OR: "Abdome Agudo", "Obstrução Intestinal", "Guias de Prática Clínica como Assunto" e "Protocolos Clínicos". Os critérios de inclusão consistiram em diretrizes de sociedades médicas de cirurgia, revisões sistemáticas e ensaios clínicos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não correspondiam ao objetivo da pesquisa. Ao todo, 76 artigos foram identificados e submetidos à triagem, dos quais 25 foram selecionados para compor a fundamentação científica deste protocolo. Os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra, extração dos dados de interesse e síntese narrativa das evidências, permitindo a integração das recomendações científicas que fundamentaram a elaboração do protocolo clínico. Foram consultadas também diretrizes da

World Society of Emergency Surgery (WSES) e American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). A partir da análise crítica desses materiais, foram extraídos os critérios diagnósticos e as condutas terapêuticas priorizando as recomendações com maior nível de evidência e de maior consenso entre as diretrizes nacionais e internacionais.

Etapas 2: Análise do Cenário Assistencial e Realidade Local. A transposição das evidências científicas para a realidade prática tomou como referência a infraestrutura padrão do Hospital Geral de Bacabal. Considerou-se a capacidade tecnológica instalada habitual da unidade para o atendimento de urgência, mapeando-se os recursos diagnósticos habitualmente disponíveis (exames laboratoriais de rotina, radiografia simples de abdome e tomografia computadorizada), além da dinâmica do bloco cirúrgico e do suporte de retaguarda de terapia intensiva. Essa etapa garantiu que as ramificações de tomada de decisão do fluxograma guardassem estrita consonância com o que é exequível no cotidiano da instituição.

Etapas 3: Modelagem do Fluxograma Técnico. A síntese das etapas anteriores permitiu a modelagem do fluxo assistencial, desenhado de forma a orientar o raciocínio clínico do médico plantonista desde a admissão do paciente até o desfecho. O algoritmo foi estruturado de forma linear e lógica, dividindo-se em: (a) Identificação de sinais clínicos de alerta; (b) Indicação sequencial de exames de imagem conforme acurácia local; e (c) Definição de conduta imediata, contrapondo o manejo conservador inicial (descompressão e estabilização) à indicação cirúrgica de urgência (frente a sinais de isquemia ou peritonite). A diagramação visual do fluxo foi elaborada por meio do software Lucidchart, utilizando simbologia padrão para facilitar a rápida consulta em ambiente de urgência.

Como limitação metodológica, destaca-se que o protocolo desenvolvido, com base em evidências científicas e adaptado ao contexto institucional, ainda não foi submetido à validação por especialistas nem avaliado quanto à sua efetividade clínica após a implantação. Assim, recomenda-se que estudos futuros realizem a validação de conteúdo por especialistas, implantação piloto e monitoramento de indicadores assistenciais para confirmar sua aplicabilidade e impacto sobre os desfechos clínicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como principal resultado deste estudo, foi elaborado um protocolo assistencial para a abordagem do Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) no Hospital Geral de Bacabal (HGB),

estruturado na forma de um fluxograma linear e organizado em três etapas estratégicas: admissão e triagem clínica, propedêutica diagnóstica por imagem e tomada de decisão terapêutica. O fluxo proposto inicia-se no momento da admissão do paciente ao serviço de pronto-socorro, enfatizando a necessidade de reconhecimento precoce dos sinais e sintomas sugestivos de obstrução intestinal.

Evidências da literatura demonstram que a triagem rápida baseada na identificação da téttrade clínica clássica – dor abdominal em cólica, interrupção da eliminação de fezes e flatos, distensão abdominal e vômitos – contribui significativamente para a redução do tempo de espera institucional, fator diretamente relacionado à diminuição do risco de translocação bacteriana e desenvolvimento de sepse de origem abdominal (NUNES LC e SILVA MG, 2024).

Além disso, o exame físico do paciente com suspeita de AAO deve ser sistemático, o que permite a correlação entre os achados semiológicos e a fisiopatologia da obstrução. Na inspeção, destaca-se a distensão abdominal, a qual é frequentemente o achado mais evidente, podendo ser acompanhada de cicatrizes cirúrgicas prévias (sugestiva de bridas) ou hérnias encarceradas. À ausculta, a presença de ruídos hidroaéreos metálicos, caracterizados por um timbre agudo e rítmico, reflete o esforço hiperperistáltico contra a barreira obstrutiva. No entanto, a transição para abolição dos ruídos hidroaéreos é um sinal de alerta, pois indica fadiga muscular intestinal ou peritonite (SCHICK MA e MIKHAIL A, 2025). À percussão revela timpanismo difuso e exacerbado decorrente da distensão gasosa das alças. A palpação deve ser conduzida com cautela, pesquisando sinal de irritação peritoneal por descompressão brusca, além de investigar a presença de massas palpáveis. Por fim, o toque retal é um componente mandatório e insubstituível; a presença de uma ampola retal vazia pode corroborar a obstrução de trânsito em segmentos superiores, enquanto a identificação de fecalomas, tumores retais ou sangue oculto é decisiva para o diagnóstico etiológico e a estratificação da urgência (LIESKE B, 2025).

Nesse contexto, o protocolo propõe critérios objetivos para a estratificação da gravidade clínica já na admissão. O fluxograma prevê a solicitação imediata de exames laboratoriais, incluindo hemograma, dosagem de eletrólitos séricos, avaliação da função renal e proteína C reativa (PCR), esta última incorporada como marcador de monitoramento da resposta inflamatória. Além disso, estudos recentes indicam que a associação entre elevação dos níveis séricos de lactato e leucocitose significativa apresenta elevada sensibilidade para a detecção

precoce de sofrimento isquêmico intestinal, frequentemente antecedendo o aparecimento de sinais clínicos de peritonite (GARCIA RA, et al., 2024).

No que se refere à propedêutica por imagem, o algoritmo proposto hierarquiza os métodos diagnósticos de acordo com sua disponibilidade e acurácia. Embora a radiografia simples de abdome permaneça contemplada no fluxo assistencial em razão de seu baixo custo, rápida execução e ampla disponibilidade em hospitais regionais, a tomografia computadorizada de abdome total com contraste foi definida como exame de escolha nos casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de isquemia intestinal. Tal posicionamento fundamenta-se em sua elevada capacidade de identificar o ponto de transição da obstrução, determinar sua etiologia e detectar sinais precoces de complicações associadas, como isquemia e perfuração intestinal (MARTINS PH e LIMA FV, 2024).

Ademais, foi realizada a padronização das condutas terapêuticas imediatas no algoritmo, focando na redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento definitivo para minimizar complicações graves, como a perfuração de alças e a necrose tecidual. O fluxograma orienta que todo paciente com suspeita de AAO deve receber imediatamente medidas de suporte: jejum absoluto, passagem de sonda nasogástrica calibrosa (n. 20 Fr) para descompressão em frasco aberto por gravidade, início de antibioticoterapia empírica e reposição volêmica vigorosa direcionada por metas. O protocolo padroniza a terapia de ressuscitação volêmica por via endovenosa com soluções cristaloides isotônicas (preferencialmente Ringer Lactato ou, alternativamente, Soro Fisiológico a 0,9%), infundidas em bolus iniciais de 20 a 30 mL/Kg nas primeiras três horas, adaptando-se o volume posterior conforme o débito urinário (alvo de diurese superior a 0,5 mL/Kg/h controlado por sondagem vesical de demora) e as metas hemodinâmicas do paciente (ROCHA JM, et al., 2025).

A literatura destaca que a descompressão gástrica precoce desempenha papel fundamental no manejo inicial da obstrução intestinal, uma vez que promove a redução da pressão intraluminal, melhora a complacência respiratória e diminui o risco de broncoaspiração (ALMEIDA TR e SOUZA JE, 2023). A partir dessa etapa, o fluxograma define uma estratificação objetiva das condutas terapêuticas, baseada na etiologia da obstrução e na presença de sinais de complicação.

Pacientes com obstrução intestinal parcial ou decorrente de bridas, na ausência de comprometimento vascular, são considerados elegíveis para o tratamento conservador por até

48 horas, desde que permaneçam sob vigilância contínua. De modo semelhante, pacientes com pseudo-obstrução intestinal sem evidência de fator mecânico obstrutivo, como ocorre na Síndrome de Ogilvie, podem ser manejados de forma conservadora por até 72 horas, desde que submetidos a monitorização clínica rigorosa e reavaliação periódica. Em contrapartida, a identificação de sinais sugestivos de isquemia intestinal, incluindo volvo e hérnia encarcerada, bem como a presença de instabilidade hemodinâmica refratária ou de sinais de irritação peritoneal constitui indicação de abordagem cirúrgica de urgência. Nesses casos, a intervenção precoce é essencial para reduzir a morbimortalidade associada às complicações isquêmicas e perforativas da obstrução intestinal (NUNES LC e SILVA MG, 2024).

De forma complementar, a abordagem farmacológica sintomática foi esquematizada de forma rígida para que o plantonista trate a dor e os episódios eméticos de maneira eficaz, sem mascarar sinais de irritação peritoneal. A analgesia deve ser instituída precocemente, de forma individualizada, conforme a intensidade da dor e as condições clínicas do paciente. Nesse sentido, preconiza-se a analgesia escalonada com Dipirona Monoidratada na dose de 1g a 2g por via endovenosa (EV) diluída a cada 6 horas, ou Tenoxicam 40mg EV a cada 24 horas como anti-inflamatório adjuvante, caso não haja contraindicação renal. Para o manejo dos vômitos e náuseas, o protocolo padroniza a prescrição de agentes antieméticos como a Ondansetrona na posologia de 4mg a 8mg EV a cada 8 horas, preferida na urgência pela sua estabilidade terapêutica e ausência de efeitos procinéticos intestinais deletérios. A antibioticoterapia empírica também é regulada no algoritmo, instituindo-se Ceftriaxona 1g EV a cada 12 horas associada ao Metronidazol 500mg EV a cada 8 horas, cobrindo o espectro de bactérias gram-negativas e anaeróbicas envolvidas na translocação bacteriana (SANTOS LC e PEREIRA MR, 2024).

Em pacientes com pseudo-obstrução intestinal sem fator mecânico (Síndrome de Ogilvie) que falharam na terapia conservadora após 24 a 48 horas, a Neostigmina 2mg EV é recomendada e deve ser administrada em infusão lenta, previamente diluída, durante um período de 3 a 5 minutos. A administração em bolus é contraindicada devido ao risco de bradicardia grave e parada cardíaca. Durante toda a infusão, é imprescindível realizar monitorização cardíaca contínua. Considerando o potencial da neostigmina para induzir bradicardia importante, o sulfato de atropina deve permanecer prontamente disponível e preparado à beira do leito para tratamento imediato de eventuais efeitos adversos. O uso da

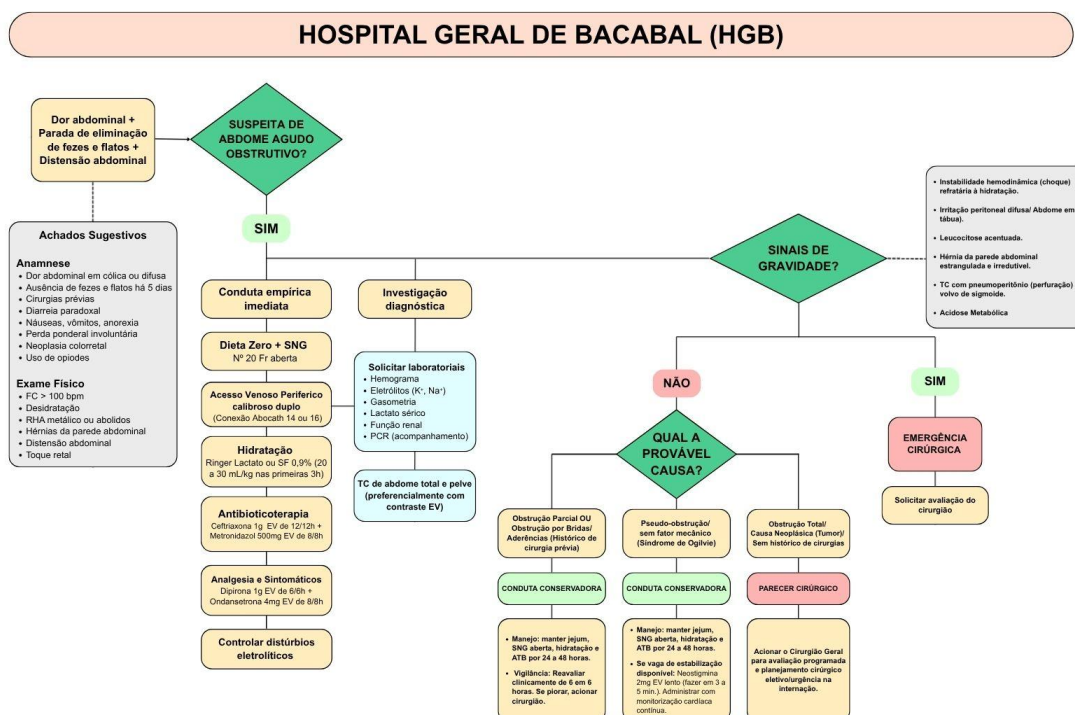
neostigmina é contraindicado em casos de suspeita ou confirmação de obstrução mecânica intestinal, peritonite, perfuração colônica e durante o primeiro trimestre da gestação (BATKE M e CAPPELL MS, 2018).

Sob essa ótica assistencial, a implementação deste protocolo atua diretamente na facilitação da prática médica do plantonista e no aprimoramento da conectividade interprofissional com a equipe de cirurgia geral dentro do Hospital Geral de Bacabal. A padronização das condutas busca minimizar situações de atraso terapêutico frequentemente observadas nos serviços de urgência, nas quais medidas iniciais essenciais acabam sendo postergadas até a avaliação presencial do cirurgião. Nesse contexto, o fluxograma estabelece de forma clara as intervenções que devem ser iniciadas ainda na sala de emergência, incluindo medidas fundamentais como a instituição de dieta zero, a descompressão gástrica por meio da sonda nasogástrica e a estabilização clínica do paciente. Evidências da literatura demonstram que a ausência de protocolos assistenciais padronizados está associada a atrasos na abordagem inicial, aumentando significativamente o risco de complicações perioperatórias relacionadas a distúrbios metabólicos, desequilíbrios hidroeletrólíticos e broncoaspiração (SANTOS LC e PEREIRA MR, 2024).

Dessa forma, o especialista passa a receber um paciente previamente estabilizado e com a propedêutica inicial adequadamente conduzida, favorecendo a tomada de decisão terapêutica. Essa articulação entre os diferentes níveis de assistência promove maior eficiência no fluxo de atendimento em situações críticas, com potencial impacto positivo na redução do tempo de resposta, na diminuição de complicações e, conseqüentemente, na melhoria dos desfechos clínicos e das taxas de morbimortalidade institucional (TEN BROEK RP, 2018).

Por fim, o fluxograma foi desenvolvido considerando as particularidades estruturais e tecnológicas do Hospital Geral de Bacabal, buscando assegurar sua aplicabilidade no contexto assistencial local. Diante dessa realidade, o protocolo foi concebido de forma adaptável e funcional, priorizando a integração entre os achados clínicos, laboratoriais e tomográficos disponíveis para subsidiar a tomada de decisão em tempo oportuno. Ele permite que o médico plantonista reconheça a gravidade do quadro e acelere o acionamento cirúrgico fundamentado na correlação de dados clínicos e tomográficos. Essa flexibilização do protocolo garante a sua exequibilidade local e padroniza o tratamento, cumprindo assim o propósito final de otimizar os desfechos clínicos na região de Bacabal (RODRIGUES AM, et al., 2025).

Figura 1 - Fluxograma sobre a abordagem do AAO no HGB



Fonte: Autores 2026.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo ao desenvolver uma proposta de protocolo assistencial padronizado para o manejo do Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) no Hospital Geral de Bacabal, fundamentado em evidências científicas atualizadas e adaptado à realidade estrutural da instituição. A proposta foi construída com o intuito de orientar a atuação dos profissionais de saúde desde a admissão do paciente até a definição da conduta terapêutica, promovendo maior organização e segurança no atendimento de uma condição que exige intervenção rápida e precisa.

A elaboração do fluxograma permitiu reunir, de forma sistematizada, critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos relevantes para o diagnóstico e a estratificação da gravidade dos casos. Além disso, foram padronizadas medidas terapêuticas iniciais essenciais, incluindo estabilização hemodinâmica, descompressão gastrointestinal, antibioticoterapia e critérios objetivos para indicação de tratamento conservador ou intervenção cirúrgica, contribuindo para a redução da variabilidade das condutas médicas.

Outro aspecto relevante refere-se à aplicabilidade prática do protocolo no contexto assistencial do Hospital Geral de Bacabal. A estrutura proposta considera a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos habitualmente presentes na instituição, favorecendo sua implementação e utilização rotineira pelos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, busca-se otimizar o fluxo assistencial e reduzir atrasos na tomada de decisão clínica.

Além disso, espera-se que a adoção do protocolo contribua para a qualificação da assistência por meio da diminuição de eventos adversos relacionados ao atraso na identificação e no manejo do abdome agudo obstrutivo. A padronização do fluxo assistencial também favorece a comunicação interprofissional e a coordenação entre os serviços de urgência e cirurgia geral, otimizando a tomada de decisão clínica e o cuidado ao paciente.

Por fim, recomenda-se que estudos futuros avaliem a efetividade do protocolo após sua implementação, por meio da análise de indicadores clínicos e assistenciais, como tempo para diagnóstico, tempo para intervenção cirúrgica, tempo de internação e taxas de morbimortalidade. Essas avaliações poderão subsidiar ajustes e atualizações periódicas do fluxograma, garantindo sua adequação contínua às necessidades institucionais e às melhores evidências científicas disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA TR, SOUZA JE. Importância da descompressão nasogástrica e suporte volêmico precoce na obstrução intestinal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2023; 35(2): 145-152.
- BATKE M, CAPPELL MS. Adynamic ileus and acute colonic pseudo-obstruction. *Medical Clinics of North America*, 2018; 92(3): 649-669.
- BORDEIANOU L, YEH DD. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. *UpToDate*, 2025.
- BORDEIANOU L, YEH DD. Management of small bowel obstruction in adults. *UpToDate*, 2026.
- COSTA AB, MENDES FL. Fatores predisponentes para o abdome agudo cirúrgico no idoso: análise retrospectiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2024; 70(4): 450-457.
- DI SAVERIO S, et al. WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*, 2016; 11(37): 1-18.

GARCIA RA, et al. Biomarcadores de isquemia intestinal no abdome agudo obstrutivo: o papel do lactato sérico na urgência. *Einstein (São Paulo)*, 2024; 22: 1-7.

GOMES FA, LIMA TM. Diretrizes atuais no manejo cirúrgico e conservador da obstrução intestinal mecânica. *Jornal Brasileiro de Cirurgia de Emergência*, 2025; 18(3): 201-211.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados: Bacabal (MA). Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/bacabal.html>. Acesso em: 18 jun. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 18 jun. 2026.

LIESKE B. Large Bowel Obstruction. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 2025.

LONG B, et al. Emergency medicine evaluation and management of small bowel obstruction: evidence-based recommendations. *The Journal of Emergency Medicine*, 2019; 56(2): 166-176.

MARTINS GV, et al. Fatores prognósticos e complicações pós-operatórias na obstrução intestinal de urgência. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 2025; 52: 1-10.

MARTINS PH, LIMA FV. Tomografia computadorizada versus radiografia simples no abdome agudo: análise de acurácia e tempo-resposta em ambiente hospitalar. *Radiologia Brasileira*, 2024; 57(3): 189-197.

NAVEED M, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2020; 91(2): 228-235.

NUNES LC, SILVA MG. Manejo conservador versus cirúrgico na obstrução intestinal por bridas: diretrizes baseadas em evidências. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 2024; 51: 1-11.

PEREIRA JG, et al. Perfil epidemiológico e causas de obstrução intestinal em hospitais públicos do Nordeste. *Einstein (São Paulo)*, 2024; 22: 1-8.

ROCHA JM, et al. Reposição volêmica guiada por metas no abdome agudo obstrutivo: cristaloides na abordagem de emergência. *Revista Brasileira de Cirurgia*, 2025; 47(1): 55-63.

RODRIGUES AM, et al. Desafios na implantação de protocolos assistenciais em hospitais públicos regionais do Nordeste. *Jornal de Gestão em Saúde Pública*, 2025; 12(1): 44-53.

SANTOS LC, PEREIRA MR. Manejo sintomático de náuseas, vômitos e dor nas síndromes obstrutivas gastrointestinais. *Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 2024; 19(2): 142-150.

SCHICK MA, MIKHAIL A. Small Bowel Obstruction. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

SILVA LM, et al. Quadro clínico e evolução do abdome agudo obstrutivo na urgência. Revista Brasileira de Cirurgia, 2023; 45(2): 112-120.

SOUZA RT, ALMEIDA EN. Acurácia da tomografia computadorizada no diagnóstico do abdome agudo obstrutivo: revisão sistemática. Radiologia Brasileira, 2025; 58(1): 33-41.

TEN BROEK RPG, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the Evidence-Based Guidelines from the World Society of Emergency Surgery. World Journal of Emergency Surgery, 2018; 13(24): 1-13.

YEH DD, BORDEIANOU L. Large bowel obstruction. UpToDate, 2025.