

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 1/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

MÉDICO RESIDENTE - GUSTAVO BORGES CASTANHEIRA
ORIENTADOR: PROF. PAULO HENRIQUE SOUSA FERNANDES
CO-ORIENTADOR: PROF. SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	2
3. JUSTIFICATIVAS	2
4. DEFINIÇÃO	3
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	5
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	5
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	5
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS.....	6
9. PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO	9
9.1 Estabilização Inicial:	9
9.2 Tratamento Definitivo: Laparotomia Exploradora.....	10
10. FLUXOGRAMA.....	11
11. REFERÊNCIAS	12
12. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	14

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 2/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

1. SIGLAS E CONCEITOS

AA - Abdome agudo

AAO - Abdome agudo obstrutivo

AST- Aspartato aminotransferase

ALT- Alanina Aminotransferase

GGT - Gama-glutamilttransferase

PCR - Proteína C Reativa

2. OBJETIVOS

A dor abdominal é uma queixa comum nos serviços de emergência. Todavia o diagnóstico diferencial é bastante amplo, abrangendo causas abdominais, extra-abdominais, doenças clínicas, funcionais e cirúrgicas. Este protocolo assistencial tem por objetivo padronizar as condutas e estabelecer um fluxo em nosso serviço sobre o cuidado médico do paciente com abdome agudo obstrutivo baseado nas evidências e diretrizes mais recentes publicadas no âmbito nacional e internacional.

3. JUSTIFICATIVAS

O paciente com AAO pode se apresentar de diversas formas, desde aquelas mais graves que necessitam abordagem cirúrgica imediata , até aquelas que demandam apenas conduta e seguimento clínico. É importante realizar um diagnóstico diferencial amplo abrangendo todas as formas de AA e dor abdominal. Sendo assim é necessário padronizar a abordagem diagnóstica e terapêutica, para garantir um tratamento rápido e eficaz para essa condição potencialmente grave. O objetivo principal é reduzir a morbidades associadas a essa emergência, otimizando o tempo entre o diagnóstico e a intervenção, seja ela clínica ou cirúrgica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 3/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

4. DEFINIÇÃO

A definição clássica de obstrução intestinal é a parada da progressão do conteúdo intestinal por um obstáculo mecânico ou uma falência funcional. Na obstrução mecânica, existe um obstáculo físico, como uma massa estenosante ou uma torção, fechando a luz intestinal e impedindo a progressão do trânsito. Em geral, as causas mais comuns de obstrução mecânica são aderências, hérnias e tumores. Outras causas gerais incluem a diverticulite, corpo estranho (incluindo cálculos biliares), torções/volvo, intussuscepção e fecaloma.

Das causas clínicas há destaque para o íleo paralítico e pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Olgivie).

Na obstrução intestinal ocorre um bloqueio do fluxo alimentar e alimentos e líquidos ingeridos, secreções digestivas e gás vão se acumulando acima da obstrução. O intestino proximal distende-se e o distal se torna hipofuncionante. As funções secretoras e absorptivas da mucosa ficam prejudicadas e a parede intestinal se torna edemaciada e congesta fazendo a distensão intestinal se perpetuar e progredir, gerando comprometimento do fluxo sanguíneo inicialmente com obstrução venosa seguida de oclusão arterial resultando em rápida isquemia de parede intestinal podendo evoluir para perfuração dessa alça.

Podemos classificar a obstrução de acordo com a altura do trato digestivo em que ela ocorre, sendo alta quando for do intestino delgado e baixa quando do cólon. Pode-se ainda classificar de acordo com o acometimento em: completa, quando o bloqueio é total; parcial ou sub-oclusão, quando parte das secreções e do gás intestinal progridem e em alça fechada, quando a lesão oclui o mesmo segmento de alça em dois pontos.

Na obstrução funcional, também denominada de íleo adinâmico ou paralítico, o que temos são alterações neuro-hormonais, em geral com supressão do sistema nervoso parassimpático, que levam a uma hipotonia ou atonia do tubo digestivo. Ocorre

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 4/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

comumente nos pacientes em pós-operatórios abdominais (manipulação de alças) e em pacientes graves, sépticos e politraumatizados.

A definição de abdome agudo é quando há presença de dor e sensibilidade abdominal de início súbito e evolução progressiva e de origem não traumática.

O abdome agudo obstrutivo é caracterizado pela interrupção do trânsito intestinal, culminando em quadro clínico com dores abdominais difusas do tipo cólica ou peri umbilicais, acompanhado de náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes e distensão abdominal progressiva.

A obstrução intestinal aguda geralmente começa com dor visceral. Os receptores de dor visceral estão localizados nas superfícies serosas, no mesentério, no músculo intestinal e na mucosa de órgãos ocos. O estiramento, tensão, distensão, contração, tração, compressão, torção e isquemia, estimulam esses receptores ativando as fibras C amielínicas que entram na medula espinhal bilateralmente em múltiplos níveis e transmitem a dor visceral, que os pacientes comumente descrevem como incômoda, mal localizada e sentida ao longo da linha média. Posteriormente ocorre a progressão para dor parietal onde os receptores são ativados por inflamação, estiramento ou ruptura. Esses sinais de dor são transmitidos por fibras mielinizadas para gânglios específicos da raiz dorsal. Os pacientes frequentemente descrevem a dor como uma sensação aguda, mais intensa e mais localizada.

A característica do vômito depende do local da obstrução, podendo evoluir de conteúdo gástrico ou biliar em obstruções mais altas ou de aspecto fecaloide em obstruções mais baixas e em fases mais avançadas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 5/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste protocolo pacientes que apresentem sinais e sintomas para AAO como dor, vômitos e constipação, distensão abdominal, ruídos intestinais agudos ou ausentes, sensibilidade e timpanismo.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Pacientes com AAO devem ser admitidos no pronto atendimento onde serão submetidos a uma triagem inicial conforme o protocolo de Manchester a fim de se definir a gravidade do quadro. Em seguida, será atendido conforme fluxograma pelo médico de plantão. No atendimento inicial, os pacientes serão abordados pela equipe médica que irá investigar através da anamnese, história clínica, exames laboratórios e de imagem para definir a conduta a ser tomada, bem como reavaliará sobre a manutenção do paciente no ambiente de atendimento inicial, indicação cirúrgica, encaminhamento para sala de emergência, UTI, enfermaria ou ambulatorial.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

O objetivo principal da anamnese e do exame físico inicialmente é determinar quais pacientes necessitam de intervenção urgente ou emergencial. A identificação de fatores de risco como cirurgias prévias, presença de hérnias ou sinais de malignidade e exame físico é de suma importância para a precisão diagnóstica.

Os principais elementos históricos a serem considerados incluem:

- Localização e irradiação da dor
- Informações sobre o início, frequência e duração da dor
- Descrição da dor: aperto ou pontadas
- Sintomas associados, como náuseas, vômitos, febre, constipação, anorexia

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 6/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

- Intensidade da dor: A dor de uma obstrução alta, em geral, é mais intensa, dura menos tempo e tem um intervalo entre sintomas mais curto. Por outro lado, a dor de uma obstrução baixa é menos intensa e dura mais tempo.
- Histórico médico anterior, incluindo cirurgias para avaliar o risco de obstrução intestinal devido a aderências.
- Histórico de medicamentos, incluindo medicamentos que podem causar constipação como opioides

O exame físico deve ser focado e concluído prontamente. Os médicos devem observar sinais vitais anormais e o desconforto geral do paciente.

Um exame abdominal completo, começando com a inspeção para verificar possível distensão ou abaulamentos sugestivos de hernia encarcerada ou estrangulada, ausculta para averiguar sons intestinais ausentes/ hipoativos ou timpânico que sugere distensão de alças e palpação para averiguar sensibilidade ou possíveis massas. Um paciente completamente imobilizado e que sente dor aumentada é um sinal de peritonite.

Além disso devemos realizar um exame retal com anoscopia e toque retal para todos os pacientes com dor abdominal a fim de identificar possíveis massas ou obstruções baixas

O profissional médico deve suspeitar de obstrução intestinal quando o paciente apresentar dor, vômitos e obstipação. Os achados clássicos do exame incluem distensão abdominal, ruídos intestinais agudos ou ausentes, sensibilidade e abdome timpânico.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS

Todo paciente com AAO necessita da realização de exames laboratoriais que serão importantes para a definição de condutas. Sugere-se a realização dos seguintes exames laboratoriais de admissão:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 7/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

- Hemograma completo
- Tipagem sanguínea
- Ureia
- Creatinina
- Sódio
- Potássio
- RNI
- Glicemia
- PCR
- Gasometria + lactato
- AST
- ALT
- GGT
- Fosfatase alcalina,
- Bilirrubina total e frações,
- Beta hCG em mulheres com idade fértil
- Radiografia de abdome agudo

A associação do exame físico com a radiografia ainda são utilizados como conduta de primeira linha na suspeita de obstrução, porém seu valor diagnóstico é fraco e limitado.

Em uma radiografia buscaremos por:

- Distensão de alças intestinais e sem pregas
- Nível líquido dentro de alças (próximas à obstrução)
- Pneumoperitônio

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 8/14	
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO OBTURATIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

- Fecaloma
- Objetos inseridos
- Sinal do empilhamento de moedas nas obstruções de delgado
- Sinal do grão de café ou U invertido na presença de volvo

A ultrassonografia é uma ferramenta que pode ser utilizada na impossibilidade de realização de TC de abdome, sendo usada para avaliar aneurisma da aorta abdominal, hidronefrose, derrame pericárdico e hemoperitônio e direcionar melhor a conduta, porém, tem grande limitação nos casos onde há distensão de alças, devido à dispersão do eco em meio ao gás.

Tanto a radiografia como a ultrassonografia têm limitações na identificação da localização, etiologia ou gravidade da obstrução.

Além disso a ultrassonografia abdominal e pélvica é a modalidade de imagem inicial em pacientes grávidas. Se a ultrassonografia não for útil e forem necessários exames de imagem adicionais, a ressonância magnética (RM) abdominal é o próximo passo.

A RM é uma excelente ferramenta diagnóstica na obstrução intestinal, mostrando com detalhes a causa e a localização da parada de trânsito como presença de dilatação das alças intestinais a montante da obstrução, identificação precisa do ponto de obstrução, sinal da "fecalização" do intestino delgado com presença de conteúdo com aspecto de fezes (particulado) no intestino delgado, indicando uma obstrução mecânica importante, além de espessamento de parede de alça e presença de líquido livre.

Um diferencial é que RM é superior à tomografia na avaliação do sofrimento da alça porque permite avaliar o movimento intestinal em tempo real e não utiliza radiação ionizante.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 9/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

Porém a tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste é o padrão-ouro para o abdome agudo obstrutivo devido à sua altíssima sensibilidade (superior a 90%) na identificação do local, causa e grau da obstrução. O contraste intravenoso destaca vasos, tumores e inflamações, enquanto a TC diferencia obstrução mecânica de íleo paralytico e detecta isquemia.

Ela permite localizar com exatidão o ponto da obstrução, identifica com precisão tumores, hérnias, aderências ou cálculos que estão gerando o bloqueio, consegue detectar complicações através do contraste venoso sendo crucial para avaliar a vascularização intestinal e permitir identificar precocemente isquemia, sofrimento de alça ou perfuração. Além disso consegue diferenciar com segurança se a obstrução é mecânica ou um íleo paralytico.

9. PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO

O tratamento do abdome agudo obstrutivo depende da etiologia e da gravidade do quadro. Em casos de obstrução não estrangulante e sem sinais de perfuração, o manejo conservador é muitas vezes o indicado seguindo os passos a seguir:

9.1 Estabilização Inicial:

- Jejum: Visa reduzir a distensão abdominal e o risco de broncoaspiração.
- Correção hidroeletrolítica: Corrigir a desidratação e desequilíbrios eletrolíticos
- Descompressão Nasogástrica: Inserção de sonda nasogástrica para reduzir a pressão abdominal, vômitos e auxiliar na reposição hidroeletrolítica.
- Controle da Dor: Utilizar analgésicos para alívio da dor

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 10/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

- Monitoramento: Avaliar sinais vitais, estado geral do paciente e complicações potenciais, como sepse e perfuração.
- Pró cinéticos: metoclopramida / domperidona/ bromoprida. O mesmo deve ter o uso Ponderado e individualizado de acordo com cada caso, não sendo recomendado livremente a todos os casos.
- Antibioticoterapia: Em casos de sepse abdominal ou peritonite, administrar antibioticoterapia de amplo espectro, com cobertura para bactérias Gram negativas e anaeróbicas.

É importante monitorar o paciente para sinais de deterioração, como dor intensa, vômitos persistentes, febre e distensão abdominal acentuada

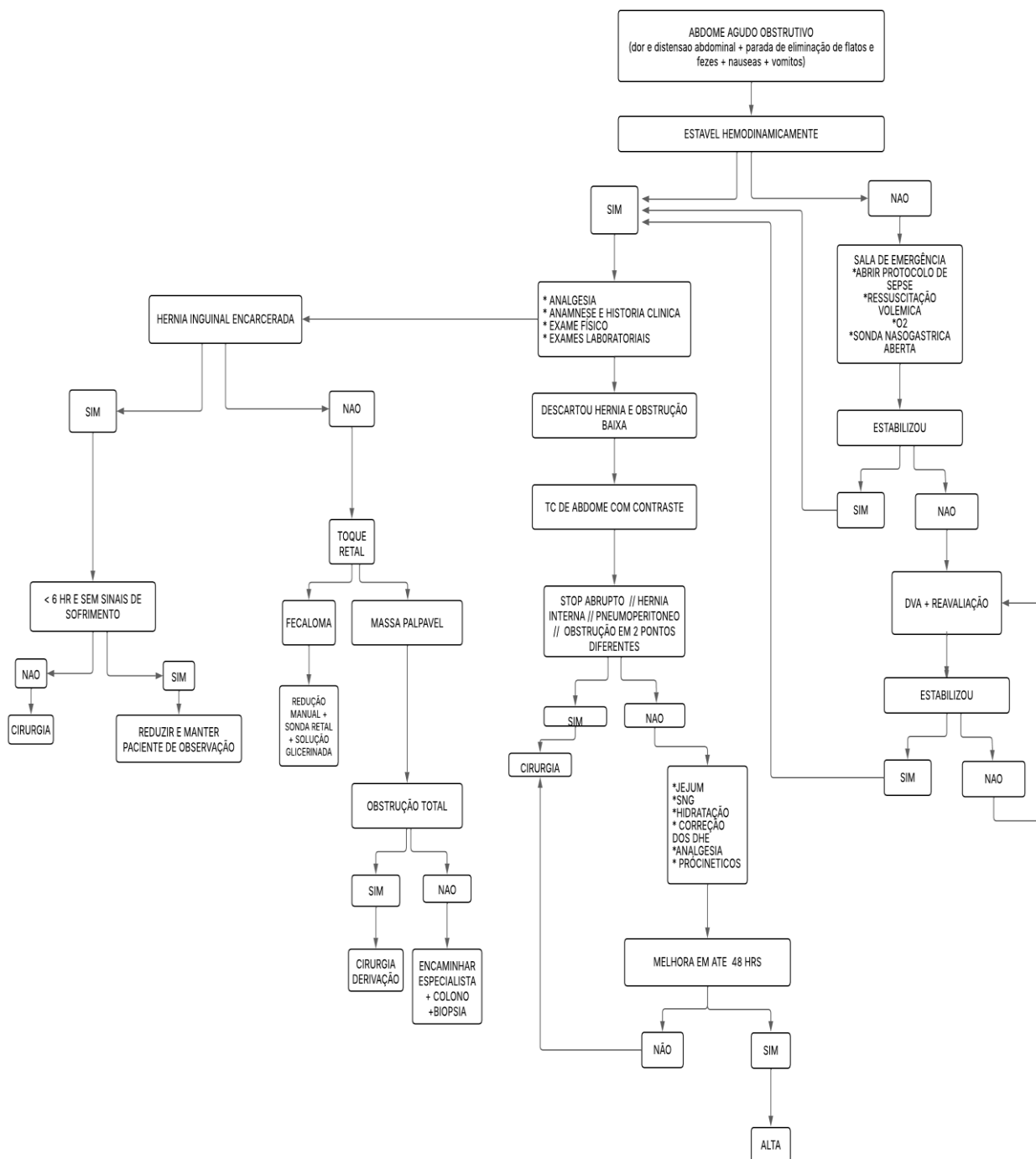
O tratamento clínico da obstrução intestinal deve ser tentado por um período limitado, geralmente até 48 horas, antes de se considerar a cirurgia. Já de acordo com as diretrizes de Bolonha para diagnóstico e tratamento da obstrução intestinal, a terapia não operatória deve ser limitada a 3 dias.

9.2 Tratamento Definitivo: Laparotomia Exploradora

Todos os doentes com insucesso do tratamento clínico por 24 a 48 horas ou com diagnóstico de obstrução intestinal mecânica completa (hérnia, brida, volvo, intussuscepção, neoplasia ou isquemia intestinal) devem ser operados em condição de urgência.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 11/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

10. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 12/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

11. REFERÊNCIAS

- AMARA Y, et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. World Journal of Emergency Surgery, 2021; (2): 105 -108.
- ZAMARYK, SPAINDA. Small Bowel Obstruction: the sun also rises? Journal Of Gastrointestinal Surgery, 2020; 24(8):1922 - 1928
- PERROT L, et al. Management of the colonic volvulus in 2016. Journal of Visceral Surgery, 2016; 153(3):183-192.
- Ten Broek RPG, Krielen P, 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 ASBO working group. World J Emerg Surg. 2018 Jun 19; 13:24. doi: 10.1186/s13017-018-0185-2. PMID: 29946347; PMCID: PMC6006983.
- BRITO, C. A. DE et al. Abdômen agudo obstrutivo: aspectos clínicos e cirúrgicos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 331–340, 5 jun. 2024.
- PREZZOTTO, E. C. et al. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E MANEJO TERAPÊUTICO. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, p. e7009–e7009, 16 dez. 2024.
- ALVES, G. et al. **Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Aguda no Adulto e no Idoso**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/176/2017/06/432_Funda_protocolo_clinico_e_de_regulacao_do_acesso_para_dor_abdominal.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2025

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 13/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

- **Guia do Episódio de Cuidado Dor Abdominal Aguda em Adultos.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Dor-Abdominal-Aguda-em-Adultos.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2025
- BASTOS, R. et al. **ABDOME AGUDO: DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882479/abdome-agudo-diagnostico-sindromico.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2025
- CardosoF. V., SilvaA. R. C. da, BucharlesA. C. F., SilvaM. B. da, FerrazM. G., PiccoliM. V. F., MarquesM. A. A., DavidN. C. G., PadilhaN. de Q., & LopesB. A. (2022). Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), e10226. <https://doi.org/10.25248/reas.e10226.2022>
- Abdômen agudo obstrutivo: aspectos clínicos e cirúrgicos -Disponível em: <<https://bjjhs.emnuvens.com.br/bjjhs/article/view/2284>>. Acesso em: 11 jun. 2025. doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p331-340>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CIR.001	
		Página 14/14	
Título do Documento	ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO	Emissão: JAN/2026	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
01	30/01/2026	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão	GUSTAVO BORGES CASTANHEIRA	RESIDENTE CIRURGIA GERAL		
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		