

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

MÉDICA RESIDENTE - IZADORA CRUZ ANDRADE
ORIENTADOR: PROF. PAULO HENRIQUE SOUSA FERNANDES
CO-ORIENTADOR: PROF. SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	3
2.	OBJETIVOS.....	4
3.	ETIOLOGIA.....	4
3.1	Não traumáticas	5
3.2	Traumáticas	5
4.	DIAGNÓSTICO	6
4.1	Exames laboratoriais.....	7
4.2	Exames de imagem.....	8
4.2.1	Tomografia computadorizada.....	8
4.2.2	POCUS	14
5.	ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE – Scores no direcionamento da decisão clínica... 17	
5.1	qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment)	17
5.2	Mannheim Peritonitis Index (MPI).....	18
5.3	Boey Score (úlceras perfuradas).....	19
5.4	Shock Index (SI).....	19
6.	MANEJO INICIAL DO PACIENTE	20
7.	TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	20
7.1	Técnicas cirúrgicas conforme etiologia.....	21
7.2	Crítérios para laparotomia, laparoscopia e cirurgia de controle de danos.....	22
7.2.1	Laparotomia exploradora.....	22
7.2.2	Laparoscopia.....	22
7.2.3	Cirurgia de controle de Danos (damage control).....	23
8.	MANEJO DAS FÍSTULAS INTESTINAIS – VISÃO GERAL	23

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

9.	TRATAMENTO DE ASPIRAÇÃO A VACUO (VAC)	26
9.1	VAC cirúrgico (externo).....	27
9.2	VAC endoscópico.....	27
10.	TRATAMENTO CONSERVADOR – CRITÉRIOS RIGOROSOS	29
11.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	30
12.	FLUXOGRAMA	31
13.	CHECKLIST - SALA DE EMERGÊNCIA.....	31
14.	REFERÊNCIAS	33
15.	HISTÓRICO DE REVISÃO	35

Atualize o sumário e as listas (selecionar tudo e pressionar F9) ao abrir no Word.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Anamnese orientada para etiologia	6
Quadro 2 – Exame físico orientado	7
Quadro 3 – Achados tomográficos.....	9
Quadro 4 — Achados tomográficos.....	9
Quadro 5 – Indicação tipo de tomografia.....	13
Quadro 6 – Comparação entre tomografia computadorizada e POCUS.....	16
Quadro 7 - MPI	18
Quadro 8 - Diagnóstico e proposta cirúrgica	21
Quadro 9 - Classificação das fístulas intestinais e estratégia terapêutica	25
Quadro 10 - Aspiração vácuo endoscópico Quadro Resumo	28
Quadro 11 - Resumo Tratamento conservador	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	10
Figura 2 –	10
Figura 3 –.....	11

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Figura 4 –.....	11
Figura 5 –.....	14
Figura 6 –.....	15
Figura 7 –.....	15

SIGLAS

FID – fossa ilíaca direita
 FIE – fossa ilíaca esquerda
 FAB – ferimento por arma branca
 FAF – ferimento por arma de fogo
 AINE – antiinflamatório não esteroidais
 POCUS – point of care ultrasound
 VCI – veia cava inferior
 FAST - Focused Assessment with Sonography for Trauma
 TC – tomografia
 EV – endovenoso
 FC – frequência cardíaca
 PAS – pressão arterial sistólica
 UTI – unidade de terapia intensiva
 PCR – proteína C reativa
 INR – relação normalizada internacional
 qSOFA - Quick Sequential Organ Failure Assessment
 MPI - Mannheim Peritonitis Index
 SI - Shock Index
 VAC – aspiração à vácuo

1. INTRODUÇÃO

O abdome agudo perfurativo constitui uma emergência cirúrgica caracterizada pela perda da integridade de víscera oca, culminando em extravasamento de conteúdo gastrointestinal (ar, secreções, fezes, bile ou suco gástrico) para a cavidade peritoneal ou retroperitoneal.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

A progressão fisiopatológica envolve, geralmente, inflamação química inicial, rápida contaminação bacteriana, peritonite difusa, sepse e choque séptico, apresentando alta morbimortalidade. Entretanto, a evolução pode ser subaguda quando a perfuração encontra-se bloqueada por estruturas adjacentes, como epíplons ou alças intestinais, permitindo estabilidade clínica temporária.

A sobrevida do paciente está diretamente relacionada ao tempo até o controle da fonte, à adequação da ressuscitação inicial e à escolha correta da estratégia terapêutica. Diretrizes contemporâneas de sociedades e periódicos de referência em cirurgia de emergência e trauma reforçam a necessidade de protocolos baseados em estratificação de risco, e não apenas na etiologia isolada.

Dessa forma, considera-se como critério de inclusão ao protocolo paciente maior ou igual a 14 anos admitidos no pronto Socorro com suspeita clínica ou radiológica de perfuração de víscera oca de etiologia traumática ou não traumática.

2. OBJETIVOS

- Padronizar o manejo clínico e cirúrgico do abdome perfurativo
- Direcionar com rapidez e facilidade o diagnóstico etiológico do abdome perfurativo.
- Definir critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos de gravidade.
- Direcionar a melhor escolha entre tratamento conservador, cirúrgico ou endoscópico.
- Integrar conceitos modernos de controle de danos e endoscopia terapêutica.
- Reduzir mortalidade, complicações e reoperações.

3. ETIOLOGIA

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

3.1 Não traumáticas

- Inflamatórias
 - Apendicite complicada perfurada
 - Diverticulite complicada perfurada
 - Complicação de doença inflamatória intestinal
- Gastroduodenais
 - Úlcera gástrica ou duodenal perfurada
- Isquêmicas / vasculares
 - Isquemia mesentérica com necrose e perfuração
 - Isquemia por volvo intestinal
- Iatrogênicas
 - Perfuração pós-endoscopia, CPRE, colonoscopia
- Neoplásicas
 - Tumores perfurados
- Corpo estranho

3.2 Traumáticas

- Trauma penetrante
 - Ferimento por arma branca
 - Ferimento por projétil de arma de fogo
- Trauma contuso com ruptura tardia
 - Alças intestinais
 - Duodeno
 - Cólon

3.3 Complicações subagudas

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

- Fístulas

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do abdome perfurativo é eminentemente clínico e deve ser conduzido de forma sindrômica, priorizando a identificação precoce de instabilidade hemodinâmica e peritonite difusa. Em pacientes instáveis, a definição diagnóstica não deve atrasar o controle da fonte.

A etiologia da perfuração frequentemente pode ser sugerida antes da confirmação por imagem, a partir de uma anamnese e de um exame físico estruturados. Tem-se como achados clínicos clássicos: dor abdominal súbita e intensa, defesa involuntária, abdome em tábua, taquicardia, febre e hipotensão, íleo paralítico. Contudo, é importante destacar que idosos, imunossuprimidos e usuários de corticoide podem apresentar exame físico pouco exuberante.

A seguir, apresentam-se achados clínicos e semiológicos que orientam a hipótese etiológica e a gravidade.

Quadro 1– Anamnese orientada para etiologia

Sinais clínicos	Diagnóstico
Dor súbita, epigástrica, “em facada”	Úlcera gástrica/duodenal perfurada
Dor periumbilical migrando para FID	Apendicite perfurada
Dor em FIE + febre previa	Diverticulite perfurada
Dor desproporcional ao exame físico	Isquemia mesentérica
História recente de endoscopia/procedimento	Perfuração iatrogênica

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Trauma penetrante (FAB/FAF)	Perfuração traumática
Uso crônico de AINE/corticoide	Úlcera perfurada e atipias clínicas
Fibrilação atrial / doença aterosclerótica	Isquemia mesentérica (embólica/trombótica)

Quadro 2 – Exame físico orientado

Achado	Interpretação
Defesa involuntária localizada	Perfuração contida/peritonite localizada
Abdome em tábua (rigidez)	Peritonite difusa (alta probabilidade de perfuração livre)
Dor intensa com poucos achados iniciais	Isquemia mesentérica (dor desproporcional)
Distensão abdominal	Perfuração colônica/contaminação fecaloide; ileo paralítico
Sinais sistêmicos precoces (hipotensão, confusão, taquicardia)	Sepse/choque em evolução

4.1 Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais não confirmam a perfuração de forma isolada, mas são fundamentais para estratificar gravidade, detectar disfunção orgânica e orientar ressuscitação. Deve-se interpretar tendências (seriação) e correlação clínica.

Quadro 3 – Tipo de exames e significado clínico

Exame	Alteração esperada	Significado clínico
--------------	---------------------------	----------------------------

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Leucograma	Leucocitose ou leucopenia	Infecção grave/seps; leucopenia pode indicar exaustão imunológica
PCR / Procalcitonina	Elevação progressiva	Inflamação bacteriana e resposta sistêmica
Lactato	> 2 mmol/L (ou elevação seriada)	Hipoperfusão/choque; persistência associa-se a pior prognóstico
Gasometria	Acidose metabólica (± hipoxemia)	Choque/hipoperfusão; gravidade e necessidade de UTI
Creatinina/ureia	Elevação	Disfunção renal associada a seps/deidratação
INR / Plaquetas	Coagulopatia / plaquetopenia	Coagulopatia séptica e maior risco de sangramento

4.2 Exames de imagem

A seleção do método de imagem no abdome agudo perfurativo deve ser guiada pela estabilidade hemodinâmica. A tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso é o método de escolha nos pacientes estáveis, enquanto o POCUS exerce papel decisório no paciente instável, particularmente no contexto do trauma.

4.2.1 Tomografia computadorizada

A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste intravenoso é o exame de escolha em pacientes hemodinamicamente estáveis, permitindo identificar pneumoperitônio, sugerir o sítio de perfuração, avaliação da perfusão intestinal, grau de contaminação peritoneal e orientar a estratégia terapêutica.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Lembrando que a Tomografia não deve ser realizada em pacientes instáveis, pois o atraso no controle da fonte aumenta mortalidade

Quadro 4 — Achados tomográficos

Achado Tomográfico	Diagnóstico
Ar livre subdiafragmático / pneumoperitônio difuso	Perfuração livre de víscera oca
Bolhas de ar locorregionais / coleção com gás	Perfuração contida
Líquido Retroperitoneal	Perfuração duodenal / colon retroperitoneal
Líquido livre com densidade elevada	Perfuração intestinal com conteúdo entérico/fecaloide
Espessamento parietal focal	Processo inflamatório local
Espessamento colonico segmentar + ar pericólico	Diverticulite perfurada
Extravazamento de contraste oral	Perfuração ativa / Fístula / Deiscência sutura
Ausência de realce intestinal / pneumatoses	Isquemia mesentérica e risco de necrose/perfuração

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

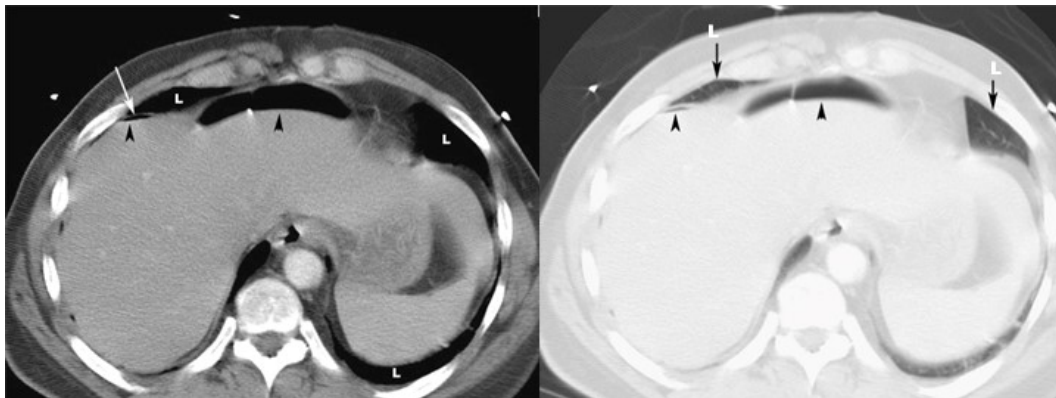


Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome evidenciando pneumoperitônio, caracterizado por presença de ar livre intraperitoneal (setas), achado compatível com perfuração de víscera oca.



Figura 2 – Tomografia computadorizada de abdome mostrando espessamento parietal colônico associado a bolhas de ar extraluminais e líquido livre, achados compatíveis com diverticulite perfurada.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

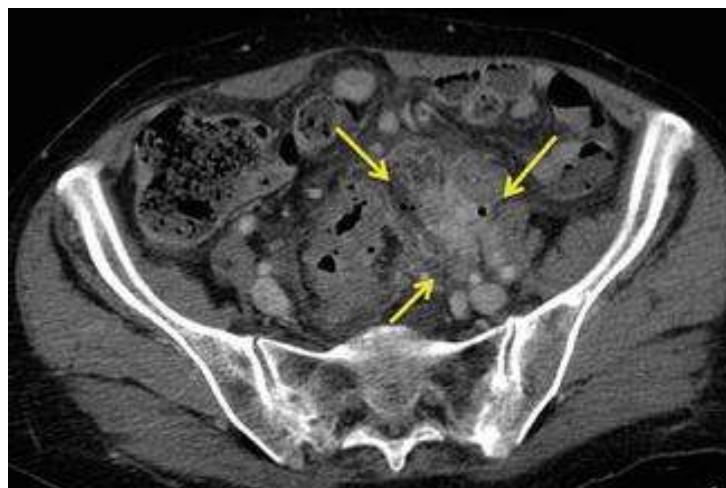


Figura 3 – Tomografia computadorizada de abdome evidenciando ausência de realce da parede intestinal após contraste intravenoso, associada a pneumoperitônio, sugerindo isquemia intestinal complicada por perfuração.

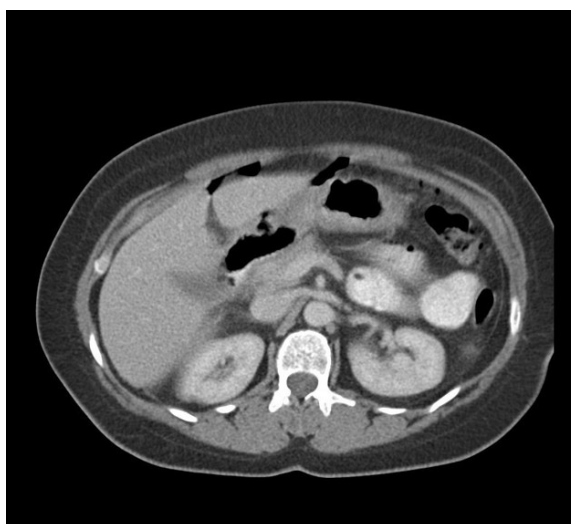


Figura 4 – Tomografia computadorizada de abdome demonstrando pneumoperitônio associado a líquido livre peri-hepático, sugestivo de perfuração de úlcera gástrica ou duodenal.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

4.2.1.1 Indicação e escolha do tipo de contraste na TC

A seleção do protocolo tomográfico deve ser individualizada, considerando o contexto clínico, a estabilidade hemodinâmica, a função renal e a hipótese diagnóstica predominante bem como a necessidade de identificação etiológica ou de complicações associadas.

A TC com contraste endovenoso representa o padrão-ouro na investigação do abdome perfurativo. Essa modalidade possibilita a identificação de pneumoperitônio, líquido livre, espessamento parietal focal, presença de coleções e abscessos abdominais, extravasamento de contraste e alterações do realce da parede intestinal, sendo particularmente útil na suspeita de isquemia mesentérica, diverticulite perfurada, apendicite complicada e perfuração colônica.

A TC sem contraste endovenoso deve ser reservada para situações específicas, como pacientes com insuficiência renal significativa ou história de reação grave ao contraste iodado. Embora permita a detecção de ar livre intraperitoneal e líquido livre bem como a identificação de corpo estranho. É um método que apresenta limitações importantes na avaliação da perfusão intestinal, permitindo apenas uma avaliação grosseira do quadro clínico, sendo bem indicada nos casos de avaliação inicial rápida em pacientes limítrofes.

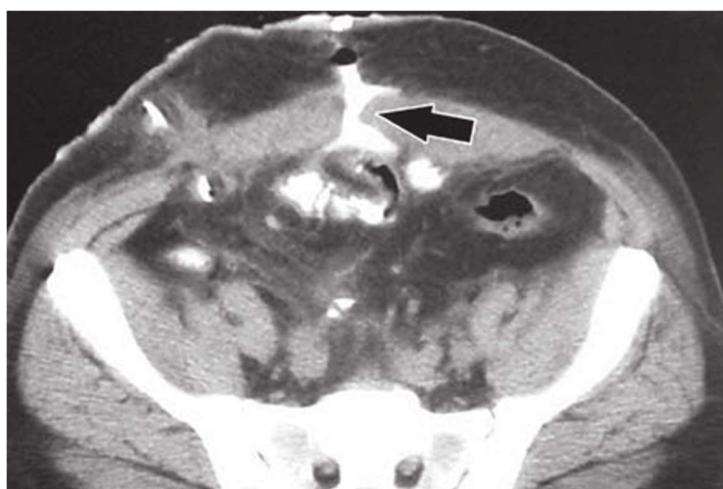
A tomografia com contraste enteral, seja por via oral, retal ou por ostomies ou injeção direta por dreno, desempenha papel complementar em cenários subagudos ou crônicos, especialmente na investigação de fístulas digestivas e perfurações contidas com estabilidade clínica, deiscência anastomótica, comunicação entre alças e com a pele.

Logo, a fistulografia tem como objetivo identificar trajeto fistuloso, confirmar comunicação entre vísceras, avaliar extensão e complexidade da fístula e melhor estudo para planejar procedimento cirúrgico ou endoscópico. Dessa forma, a TC com contraste enteral é exame de exceção, não de primeira linha, devendo ser solicitada apenas quando houver hipótese clínica bem definida.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Quadro 5 – Indicação tipo de tomografia

Situação clínica	Tipo de TC indicada
Paciente estável	TC com contraste endovenoso
Contraindicação ao contraste EV	TC sem contraste
Suspeita de isquemia	TC com contraste endovenoso
Perfuração livre	TC com contraste EV (se estável)
Paciente instável	NÃO realizar TC
Suspeita de fístula	TC com contraste enteral
Pós-operatório tardio	TC com contraste dirigido



 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Figura 5 – Tomografia computadorizada de abdome com contraste enteral evidenciando extravasamento de contraste para fora da luz intestinal (setas), achado compatível com perfuração contida ou fístula digestiva.

4.2.2 POCUS

Pacientes com hipotensão, choque séptico ou sinais de hipoperfusão sistêmica devem ser manejados com ressuscitação imediata, antibioticoterapia intravenosa precoce e avaliação cirúrgica urgente, independentemente da confirmação etiológica por métodos de imagem avançados.

Nesses cenários, o POCUS assume papel fundamental como ferramenta de suporte à decisão, principalmente no trauma ou na suspeita clínica de abdome agudo perforativo com choque, permitindo a identificação rápida de líquido livre intra-abdominal por meio do FAST estendido, além da avaliação cardíaca básica e da volemia pela veia cava inferior. Logo, é uma ferramenta que deve ser usada à beira leito em pacientes graves no intuito de redução da morbimortalidade.

O POCUS positivo em paciente instável constitui indicação de laparotomia exploradora imediata. Ressalta-se que um exame negativo não exclui perfuração visceral e não deve retardar intervenção cirúrgica diante de instabilidade persistente.

Objetivos do POCUS no contexto do abdome agudo perforativo

- Identificar líquido livre intra-abdominal
- Avaliar coração (excluir tamponamento / disfunção)
- Avaliar volemia (VCI)
- Acelerar decisão cirúrgica
- Evitar tomografia desnecessária em pacientes instáveis

Dessa forma, o POCUS não diagnostica a perfuração diretamente, mas confirma repercussão intra-abdominal grave.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Janelas utilizadas no FAST estendido

- Espaço hepatorenal (Morrison)
- Espaço espleno renal
- Fundo de saco pélvico
- Avaliação cardíaca subxifoide
- Avaliação da veia cava inferior



Figura 6 . Ultrassonografia à beira do leito (POCUS/FAST) evidenciando líquido livre no espaço hepatorenal e na pelve, achados sugestivos de hemoperitônio ou contaminação intra-abdominal em paciente instável.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

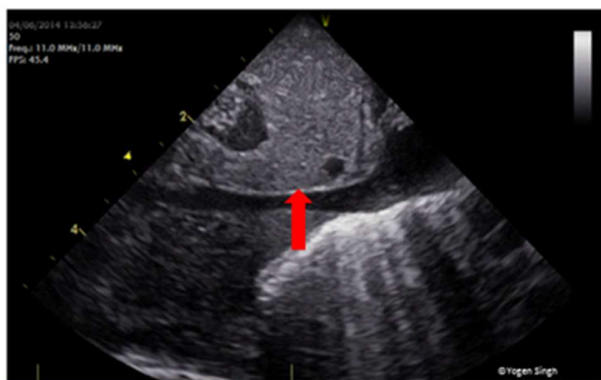


Image a: Dmin during inspiration

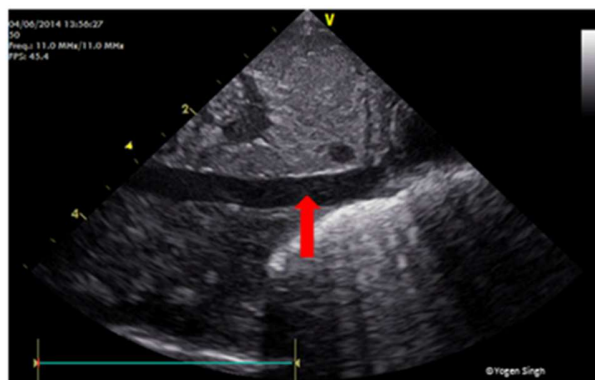


Image b: Dmax during expiration

Figura 7 – Avaliação ultrassonográfica à beira do leito (POCUS) da veia cava inferior demonstrando variação respiratória acentuada do diâmetro, achado sugestivo de hipovolemia em paciente com instabilidade hemodinâmica.

Logo, o POCUS é uma ferramenta de decisão cirúrgica no paciente instável, enquanto a tomografia computadorizada é o exame etiológico no paciente estável.

Quadro 6 – Comparação entre tomografia computadorizada e POCUS

Característica	TC de Abdome com contraste	POCUS
Indicação	Paciente estável	Paciente instável
Confirma perfuração	Sim	Não
Avalia etiologia	Sim	Não
Tempo de execução	Maior	Imediato

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Impacto na conduta	Estratificação terapêutica: Cirurgia (laparotomia X laparoscopia) Tratamento conservador/ endoscópico.	Indicação cirúrgica imediata
--------------------	---	------------------------------

5. ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE – Scores no direcionamento da decisão clínica

A estratificação de gravidade no abdome agudo perfurativo é etapa fundamental do manejo, pois permite identificar precocemente pacientes com maior risco de deterioração clínica, sepse, falência orgânica e mortalidade. O uso sistemático de escores clínicos e fisiológicos auxilia na priorização do controle da fonte, na definição da necessidade de cuidados intensivos e na escolha da estratégia cirúrgica mais adequada, especialmente em cenários de emergência e trauma.

Nenhum escore isolado deve substituir o julgamento clínico; entretanto, a utilização combinada dessas ferramentas contribui para maior objetividade, padronização da conduta e redução de atrasos terapêuticos.

5.1 qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment)

O qSOFA é um escore simples e de rápida aplicação, recomendado para identificação precoce de pacientes com risco elevado de sepse e pior desfecho clínico. Sua principal vantagem reside na possibilidade de aplicação imediata à beira do leito, sem necessidade de exames laboratoriais.

É composto por três critérios clínicos:

- Frequência respiratória ≥ 22 irpm
- Pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg
- Alteração do nível de consciência (Glasgow < 15)

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

A presença de **dois ou mais critérios** ($qSOFA \geq 2$) associa-se a maior risco de mortalidade e necessidade de intervenção precoce. No contexto do abdome agudo perfurativo, um qSOFA elevado reforça a necessidade de **controle rápido da fonte**, antibioticoterapia imediata e monitorização intensiva, devendo desencorajar atrasos diagnósticos desnecessários.

5.2 Mannheim Peritonitis Index (MPI)

O Mannheim Peritonitis Index é um escore específico para pacientes com peritonite, amplamente validado para estimar mortalidade em infecções intra-abdominais. Diferentemente do qSOFA, o MPI incorpora variáveis clínicas, etiológicas e temporais relacionadas à gravidade da peritonite.

Quadro 7 - MPI

Variável	Pontos (quando presente)
Idade > 50 anos	5
Falência orgânica	7
Peritonite difusa	6
Origem colônica	4
Duração > 24 horas	4

Valores de MPI superiores a 26 pontos estão associados a mortalidade significativamente maior. Na prática clínica, o MPI auxilia na identificação de pacientes que se beneficiam de abordagens mais agressivas, como cirurgia de controle de danos, admissão em UTI e reavaliações cirúrgicas programadas (second look).

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

5.3 Boey Score (úlcera perfurada)

O Boey Score é um escore específico para pacientes com úlcera péptica perfurada, sendo simples e de fácil aplicação. Avalia três fatores prognósticos clássicos:

- Presença de choque na admissão
- Tempo de perfuração superior a 24 horas
- Doença sistêmica grave associada

Interpretação: 0–1 ponto (baixo risco); 2–3 pontos (alto risco cirúrgico e complicações).

Pacientes com dois ou três critérios positivos apresentam risco elevado de complicações e mortalidade. O uso do Boey Score permite melhor estratificação do risco cirúrgico, auxiliando na decisão entre abordagens menos invasivas (quando possíveis) e cirurgias mais definitivas, além de reforçar a necessidade de suporte intensivo no pós-operatório.

5.4 Shock Index (SI)

O Shock Index é uma ferramenta fisiológica simples, especialmente útil no contexto do trauma abdominal e da instabilidade hemodinâmica precoce. É calculado pela razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica (FC/PAS).

Valores de Shock Index $\geq 0,9$ estão associados a maior risco de choque, necessidade de transfusão, intervenção cirúrgica emergente e mortalidade. No abdome agudo perfurativo, particularmente nos casos traumáticos ou sépticos, o Shock Index elevado pode anteceder alterações laboratoriais mais tardias, funcionando como um marcador precoce de descompensação.

Na rotina do pronto-socorro, o Shock Index deve ser utilizado de forma complementar ao exame clínico e ao POCUS, reforçando a indicação de laparotomia exploradora imediata quando associado a sinais de hipoperfusão e instabilidade persistente.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

6. MANEJO INICIAL DO PACIENTE

O manejo inicial do paciente crítico com abdome agudo perfurativo deve seguir rigorosamente os princípios do atendimento primário ao trauma e à emergência, conforme o protocolo ABCDE, priorizando a identificação e o tratamento imediato de condições que ameaçam a vida. Essa abordagem sistematizada permite estabilização clínica precoce, redução da mortalidade e adequada transição para o controle definitivo da fonte infecciosa ou hemorrágica.

A avaliação e as intervenções devem ocorrer de forma simultânea, contínua e dinâmica, com reavaliações frequentes a cada etapa. Resumidamente, o protocolo ABCDE corresponde: A (garantir via aérea pérvia), B (respiração e ventilação), C (circulação e controle do choque), D (avaliação neurológica), E (exposição e controle ambiental).

Portanto, todo paciente com suspeita de perfuração deve receber, de forma imediata e padronizada de estabilização hemodinâmica: jejum, oxigenioterapia, acesso venoso calibroso, antibioticoterapia empírica de amplo espectro precoce, ressuscitação volêmica guiada por metas, analgesia, descompressão gástrica quando indicada e monitorização contínua. A escolha terapêutica depende da estabilidade hemodinâmica, grau de contaminação, etiologia e estratificação por scores.

7. TRATAMENTO CIRÚRGICO

A intervenção cirúrgica está indicada nos casos de peritonite difusa, instabilidade hemodinâmica, deterioração clínica, trauma penetrante com sinais de peritonite/ instabilidade hemodinâmica, sepse ou falha do tratamento conservador. A cirurgia tem como objetivo permitir o controle da fonte e contaminação, preservação da vida (sendo necessário em alguns casos damage control) e realizar a reconstrução definitiva quando possível.

As principais técnicas cirúrgicas incluem sutura primária com patch de Graham para úlceras pépticas, apendicectomia, ressecções intestinais segmentares com ou sem anastomose primária,

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

procedimentos derivativos como colostomia ou ileostomia e o procedimento de Hartmann. A escolha da técnica deve considerar a etiologia, extensão da contaminação, condições clínicas do paciente e experiência da equipe.

7.1 Técnicas cirúrgicas conforme etiologia

A técnica é definida pelo sítio provável e gravidade. Sempre priorizar controle da fonte, controle de contaminação e ressuscitação. Nos instáveis, considerar cirurgia de controle de danos (Damage Control Surgery), com fechamento temporário e reabordagem planejada.

Quadro 8 - Diagnóstico e proposta cirúrgica

Etiologia provável	Técnica cirúrgica (opções)
Úlcera gástrica/duodenal perfurada	Sutura primária + patch omental (Graham); lavagem; laparoscopia em estáveis e equipe experiente
Apendicite perfurada	Apendicectomia; drenagem de abscessos; lavagem seletiva; considerar laparoscopia conforme disponibilidade
Diverticulite perfurada	Ressecção segmentar; Hartmann ou anastomose primária (casos selecionados); controle de contaminação
Isquemia mesentérica	Ressecção de segmento inviável; second look; correção da causa quando possível; suporte intensivo
Trauma (víscera oca)	Laparotomia exploradora; reparo primário/ressecção; controle de danos e fechamento temporário se necessário

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

7.2 Critérios para laparotomia, laparoscopia e cirurgia de controle de danos

O tratamento cirúrgico permanece o pilar terapêutico do abdome agudo perfurativo. A escolha da via de acesso deve considerar o estado hemodinâmico do paciente, a extensão da contaminação peritoneal, a etiologia da perfuração e a experiência da equipe cirúrgica.

7.2.1 Laparotomia exploradora

A laparotomia exploradora é o procedimento de escolha nos pacientes instáveis ou com peritonite difusa, permitindo rápido controle da fonte, ampla exploração da cavidade abdominal e aplicação dos princípios da cirurgia de controle de danos.

Indicações principais incluem: instabilidade hemodinâmica, choque séptico, necessidade de vasopressores, peritonite generalizada, trauma abdominal com sangramento ativo e falha de tratamento conservador ou endoscópico.

7.2.2 Laparoscopia

A abordagem laparoscópica pode ser considerada em pacientes criteriosamente selecionados, hemodinamicamente estáveis, sem sinais de sepse grave ou peritonite difusa, especialmente em perfurações de pequena monta e diagnóstico precoce.

São indicações potenciais da laparoscopia: úlcera gástrica ou duodenal perfurada em paciente estável, perfurações contidas e apendicite ou diverticulite perfuradas sem instabilidade sistêmica.

Constituem contraindicações absolutas da laparoscopia: instabilidade hemodinâmica, choque séptico, peritonite difusa grave, trauma abdominal com sangramento não controlado e impossibilidade de manutenção do pneumoperitônio.

Contraindicações relativas incluem distensão abdominal importante, múltiplas cirurgias prévias e indisponibilidade de equipe experiente.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

7.2.3 Cirurgia de controle de Danos (damage control)

Nos pacientes graves com abdome agudo perfurativo que apresenta sepse grave, acidose, hipotermia, coagulopatia ou choque refratário, o tratamento cirúrgico deve seguir os princípios da cirurgia de controle de danos (Damage Control Surgery), cujo objetivo não é a correção definitiva imediata, mas a sobrevivência do paciente bem como realizar o controle imediato da contaminação, fechamento temporário e cuidados intensivos em UTI.

Esse tipo de procedimento cirúrgico se baseia em um controle rápido da fonte infecciosa ou hemorrágica, ressecção intestinal limitada se necessária, evitar anastomoses em ambiente fisiológico desfavorável, drenagem da cavidade adequada, lavagem peritoneal, fechamento abdominal temporário, quando indicado.

A indicação da cirurgia de controle de danos está vinculada a casos específicos, dentre os quais se evidencia: choque refratário, acidose metabólica grave, coagulopatia, hipotermia, contaminação abdominal extensa, sepse grave ou choque séptico

Os pacientes submetidos a cirurgia de controle de danos devem ser reavaliados em período curto para uma reabordagem cirúrgica (second look), geralmente entre 24 e 48 horas, para reavaliação da viabilidade intestinal, controle residual da infecção e planejamento da reconstrução definitiva. Entretanto, a reconstrução definitiva deve ser postergada até estabilização clínica, correção da acidose, coagulopatia e hipotermia.

8. MANEJO DAS FÍSTULAS INTESTINAIS – VISÃO GERAL

As fístulas intestinais representam uma complicação relevante do abdome agudo perfurativo, podendo ocorrer tanto como manifestação inicial de perfuração contida quanto como complicação pós-operatória. Seu manejo exige abordagem individualizada, baseada na condição clínica do paciente, na fisiopatologia da fístula, no débito fistuloso, na presença de sepse e no estado nutricional.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

De forma geral, a decisão entre tratamento conservador e cirúrgico deve priorizar a estabilização clínica, o controle da infecção, a preservação do estado nutricional e a adequada drenagem das coleções associadas.

As fístulas intestinais podem ser classificadas segundo:

- **Anatomia:** enterocutâneas, enteroentéricas, enterovesicais, retovaginais, colocutâneas, anastomóticas.
- **Débito:**
 - baixo débito: < 200 mL/dia
 - moderado débito: 200–500 mL/dia
 - alto débito: > 500 mL/dia

O tratamento conservador constitui a primeira linha de manejo na maioria das fístulas intestinais. As indicações para conduta conservadora deve-se englobar os seguintes parâmetros: estabilidade hemodinâmica, ausência de peritonite difusa, fístulas de baixo ou moderado débito, perfuração contida, boa drenagem espontânea ou guiada, ausência de obstrução distal, ausência de corpo estranho ou isquemia associada. Desse forma, é imprescindível após avaliação minuciosa do exame de imagem – fistulograma.

Para isso, o tratamento conservador baseia-se nos seguintes pilares: controle rigoroso da sepse (antibioticoterapia e drenagem adequada), manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, suporte nutricional adequado (preferencialmente enteral distal à fístula, quando possível), proteção da pele periestomal ou pericutânea, redução do débito fistuloso (uso criterioso de antissecretores), monitorização clínica e radiológica seriada

Quanto ao uso de antissecretores, tem-se a indicação dos análogos da somatostatina (octreotida) como principal medicamento adjuvante utilizado no controle das fístulas de alto débito (> 500 mL/dia), fístulas proximais (jejuno e duodeno), fístulas com dificuldade de controle local, pacientes com elevado risco metabólico.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

O efeito antissecretivo desta medicação está relacionado à inibição da secreção gástrica, pancreática e intestinal, redução do fluxo esplâncnico e diminuição do volume de secreções digestivas. Esses efeitos resultam na **redução do débito fistuloso**, melhor controle hidroeletrólítico e potencial facilitação do fechamento espontâneo.

Sabe-se que nos casos de fistulas bem selecionadas, a taxa de fechamento espontâneo pode ser significativa, especialmente nas fistulas enterocutâneas de baixo débito.

Deve-se optar pelo tratamento cirúrgico das fistulas intestinais no casos de instabilidade hemodinâmica, sepse não controlada, peritonite difusa, isquemia intestinal, obstrução distal, falha do tratamento conservador, complicações associadas (abscessos não drenáveis, sangramento)

Quadro 9 - Classificação das fistulas intestinais e estratégia terapêutica

Tipo de fistula	Conduta conservadora	Indicação cirúrgica	Observações terapêuticas
Enterocutânea	Primeira linha na maioria dos casos, especialmente baixo débito e ausência de sepse	Sepse persistente, alto débito, falha do fechamento espontâneo, obstrução distal	Alta taxa de fechamento espontâneo quando bem drenada
Enteroentérica	Conduta conservadora se estável e sem infecção	Complicações, obstrução, deterioração clínica	Muitas vezes assintomática
Colocutânea	Conservadora em perfurações contidas	Sepse, falha terapêutica	Avaliar ressecção segmentar tardia

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

Tipo de fístula	Conduta conservadora	Indicação cirúrgica	Observações terapêuticas
Anastomótica	Em casos selecionados e estáveis	Instabilidade, peritonite, extravasamento livre	Pode se beneficiar de VAC endoscópico
Retovaginal	Casos selecionados e baixo débito	Persistência, infecção, impacto funcional	Frequentemente requer cirurgia eletiva
Enterovesical	Inicialmente conservadora	Infecção urinária recorrente, sepse	Planejamento cirúrgico após controle infeccioso
Fístulas de alto débito	Excepcional	Geralmente cirúrgica	Maior risco metabólico e nutricional

9. TRATAMENTO DE ASPIRAÇÃO A VACUO (VAC)

A terapia por pressão negativa, conhecida como curativo por aspiração a vácuo, é uma estratégia adjuvante no tratamento de fístulas intestinais e abdome aberto nos casos da cirurgia de controle de danos. Ela consiste na aplicação de pressão negativa controlada contínua sobre o leito da ferida.

Os principais mecanismos da eficiência terapêutica incluem a redução da contaminação local, proporcionando a redução do edema local e o estímulo à formação de tecido de granulação, redução da carga bacteriana, proteção da pele adjacente.

No abdome agudo perfurativo, deve-se indicar a terapia de aspiração à vácuo nas seguintes situações: fístulas enterocutâneas de baixo a moderado débito, abdome aberto após *damage control surgery*, proteção de alças intestinais expostas, controle local de contaminação, preparação do

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOMEN AGUDO PERFORANTE	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

campo cirúrgico para reconstrução definitiva, falha parcial do tratamento conservador. É importante destacar que a terapia de aspiração à vácuo não substitui o controle da fonte, mas potencializa o manejo local.

Quanto as contraindicações ao uso de VAC, tem-se peritonite difusa não controlada, isquemia intestinal ativa, fístulas de alto débito sem controle proximal, instabilidade hemodinâmica grave, falta de drenagem adequada da cavidade.

9.1 VAC cirúrgico (externo)

A VAC cirúrgica exerce um papel fundamental, principalmente, nos pacientes submetidos a cirurgia de controle de danos através da aplicabilidade sobre feridas abertas ou abdome aberto, além de facilitar o controle de efluentes fistulosos, ao promover a redução do débito e favorecer fechamento espontâneo.

Dessa forma, este tipo de terapia permite o fechamento abdominal temporário, reduz síndrome compartimental abdominal, facilita reabordagens programadas como second look e diminui a contaminação contínua da cavidade

9.2 VAC endoscópico

A terapia endoscópica a vácuo (EVT) consiste na aplicação de um Sistema de vácuo intraluminal ao órgão afetado posicionado através da endoscopia. Dessa forma, é uma alternativa terapêutica em casos selecionados, principalmente em perfurações iatrogênicas ou de pequenas dimensões, fístulas e deiscências anastomóticas ou de sutura, quando não há peritonite difusa ou choque, perfurações pequenas e contidas. Requer disponibilidade de equipe endoscópica experiente e monitorização intensiva.

Técnicas como clipagem endoscópica, dispositivos de fechamento endoluminal e retirada de corpos estranhos podem ser utilizadas com sucesso em pacientes estáveis, sem sinais de

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

peritonite difusa e com adequada retaguarda cirúrgica. Essa abordagem pode evitar cirurgia em casos selecionados, reduzindo morbidade.

A troca do sistema de vácuo pode ser programada a cada 48-72 horas ou sempre que necessário por um possível desposicionamento do Sistema no intuito de avaliar a formação e extensão do tecido de granulação no local. Estudos recentes revelam a elevada taxa de sucesso em casos selecionados.

Quadro 10 - Aspiração vácuo endoscópico Quadro Resumo

Aspecto	Descrição
Indicações principais	Perfurações iatrogênicas; fistulas; deiscências; perfurações pequenas e contidas
Pré-requisitos	Estabilidade hemodinâmica; ausência de peritonite difusa; TC sugerindo contenção; suporte em UTI/monitorização
Técnica (essencial)	Colocação endoscópica de esponja/elemento conectado a sistema de vácuo; pressão negativa contínua; troca 48–72h
Objetivos	Drenagem contínua, redução de contaminação local, estímulo à granulação e fechamento progressivo
Contraindicações	Peritonite difusa; choque; instabilidade; necrose extensa não controlada

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

10. TRATAMENTO CONSERVADOR – CRITÉRIOS RIGOROSOS

O tratamento conservador deve ser reservado a pacientes estritamente selecionados (estáveis, perfuração selada/contida, sem sinais sistêmicos relevantes) e com capacidade de monitorização intensiva e reavaliação seriada. Como por exemplo, pacientes com úlcera duodenal perfurada pequena e selada, perfurações retroperitoneais contidas, tomografia de abdomen sem líquido livre importante.

Qualquer deterioração clínica ou falha terapêutica impõe conversão imediata para cirurgia. A falha do tratamento conservador é caracterizada por piora da dor abdominal, febre persistente, leucocitose progressiva, instabilidade hemodinâmica ou surgimento de sinais de peritonite difusa, sendo mandatória a conversão cirúrgica.

Essa abordagem baseia-se em evidências recentes que demonstram bons resultados em pacientes criteriosamente selecionados. O tratamento conservador inclui jejum absoluto, aspiração nasogástrica quando indicada, inibidor de bomba de prótons por via endovenosa, tomografia seriada, antibioticoterapia de amplo espectro e monitorização clínica rigorosa.

Quadro 11 - Resumo Tratamento conservador

Critérios	Descrição
Elegibilidade	Paciente estável; perfuração contida com pequenos focos de pneumoperitонеo; sem peritonite difusa; sem choque; suporte de monitorização disponível
Condutas	Jejum; antibiótico IV; SNG conforme indicação; analgesia; hidratação; reavaliação seriada
Monitorização	Sinais vitais frequentes; lactato seriado; controle de dor; imagem de controle conforme evolução
Falha terapêutica	Piora hemodinâmica; dor progressiva; peritonite; aumento de lactato; piora em TC → cirurgia

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

11. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Cirurgião geral / trauma

- Liderar decisão terapêutica
- Indicar cirurgia, tratamento conservador ou endoscópico
- Coordenar controle de danos

Emergencista

- Reconhecimento precoce
- Início imediato de medidas de suporte e antibiótico

Endoscopista

- Avaliação de elegibilidade para EVT
- Execução e acompanhamento do tratamento endoscópico

Anestesiologia / UTI

- Suporte hemodinâmico
- Manejo do choque séptico

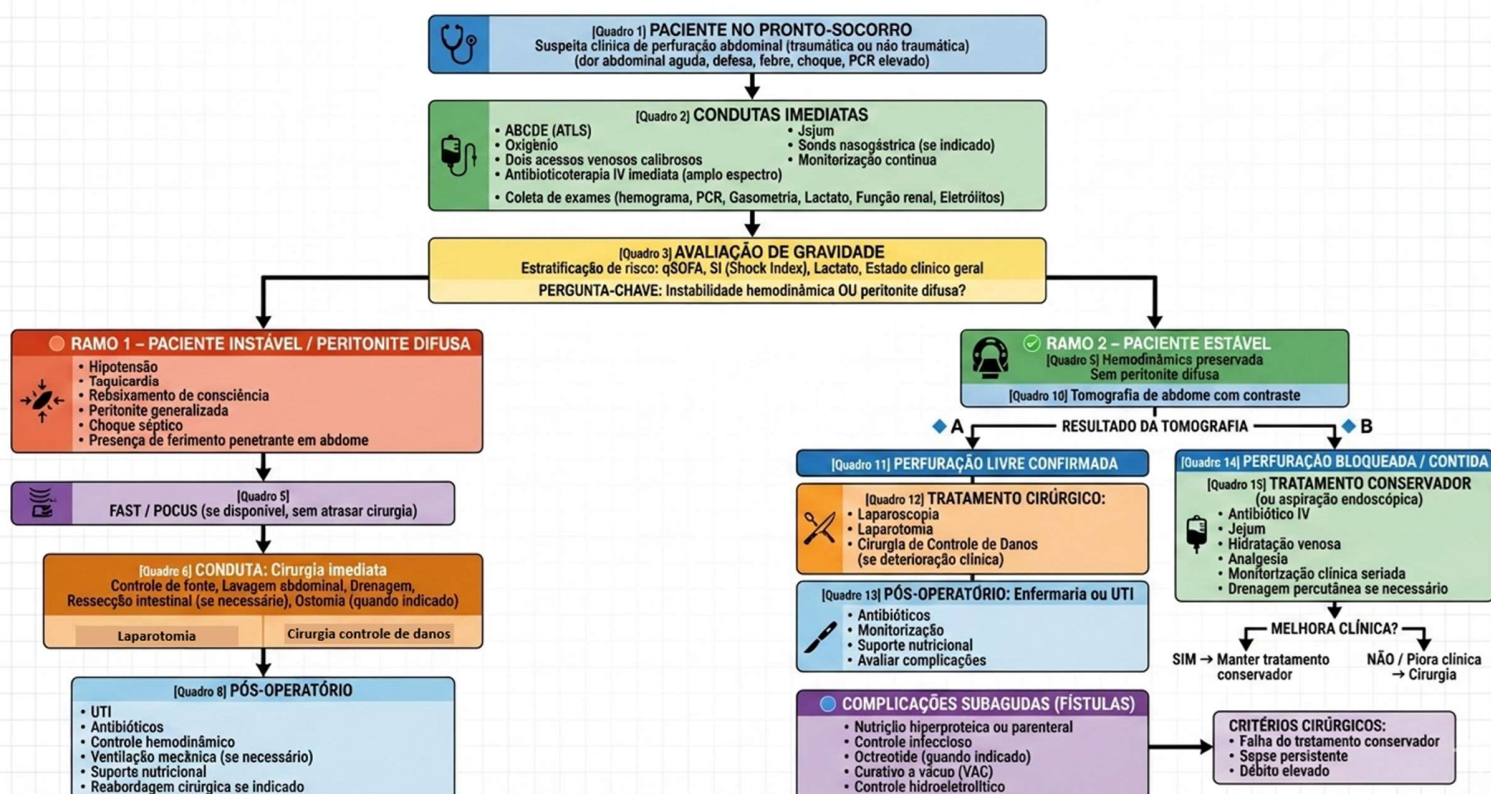
Enfermagem

- Monitorização contínua
- Execução de protocolos assistenciais

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

12. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO ABDOME AGUDO PERFURATIVO



13. CHECKLIST - SALA DE EMERGÊNCIA

Abdome Agudo Perfurativo (Trauma / Instável)

IDENTIFICAÇÃO

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFU 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

- ☐ Dor abdominal aguda
- ☐ Trauma abdominal
- ☐ Suspeita de perfuração
- ☐ Instabilidade hemodinâmica

ABORDAGEM IMEDIATA

- ☐ ABCDE realizado
- ☐ Dois acessos venosos calibrosos
- ☐ Monitorização contínua
- ☐ Oxigênio suplementar
- ☐ Coleta de exames iniciais

MEDIDAS OBRIGATÓRIAS

- ☐ Jejum absoluto
- ☐ Antibiótico IV imediato (hora: ____)
- ☐ Analgesia adequada
- ☐ Ressuscitação volêmica

POCUS

- ☐ FAST realizado
 - ☐ Líquido livre identificado
 - ☐ Avaliação cardíaca básica
 - ☐ Avaliação da VCI
-

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

DECISÃO

- ☐ Paciente instável
- ☐ FAST positivo → laparotomia
- ☐ FAST negativo + instabilidade → laparotomia
- ☐ TC apenas se estabilizar

CONDUTA FINAL

- ☐ Cirurgia acionada
- ☐ Sala preparada
- ☐ Equipe completa
- ☐ Consentimento/documentação

14. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS®): student course manual**. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

BLUDÁU, M.; FUCHS, H. F.; HERZOG, T.; et al. **Endoscopic vacuum therapy for defects of the upper gastrointestinal tract**. *Surgical Endoscopy*, New York, v. 32, n. 1, p. 334–343, 2018.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Manual de cirurgia de urgência**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2021.

KIRBY, J. P.; MAZUSKI, J. E. **Perforated viscus**. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, Philadelphia, v. 89, n. 2, p. 331–340, 2020.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

WEIDENHAGEN, R.; GRÜTZNER, K. U.; SPERLING, J.; et al. **Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum.** *Surgical Endoscopy*, New York, v. 22, n. 8, p. 1818–1825, 2008.

WORLD SOCIETY OF EMERGENCY SURGERY. **Guidelines for the management of intra-abdominal infections.** *World Journal of Emergency Surgery*, London, v. 15, n. 1, 2020.

RADIOPAEDIA. **Inferior vena cava ultrasound.** Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/inferior-vena-cava-ultrasound>. Acesso em: 24 jan. 2026.

RADIOLOGY ASSISTANT. **FAST ultrasound.** Disponível em: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/acute-abdomen/fast-ultrasound>. Acesso em: 24 jan. 2026

RADIOPAEDIA. **Pneumoperitoneum.** Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/pneumoperitoneum>. Acesso em: 24 jan. 2026.

RADIOPAEDIA. **Perforated peptic ulcer.** Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/perforated-peptic-ulcer>. Acesso em: 24 jan. 2026.

RADIOPAEDIA. **Perforated diverticulitis.** Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/diverticulitis-perforation>. Acesso em: 24 jan. 2026.

RADIOPAEDIA. **Bowel ischemia.** Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/bowel-ischaemia>. Acesso em: 24 jan. 2026.

RADIOLOGY ASSISTANT. **CT of anastomotic leak and fistula.** Disponível em: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/postoperative/ct-anastomotic-leak>. Acesso em: 24 jan. 2026.

WORLD SOCIETY OF EMERGENCY SURGERY. **Guidelines for the management of perforated and bleeding peptic ulcer.** *World Journal of Emergency Surgery*, London, v. 14, n. 1, 2019

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - HC-UFG 		
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO: PRO.CIR.001
Título do Documento	ABDOME AGUDO PERFURATIVO	Emissão: JAN/26
		Versão: 1.0

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações		
1.0	20/07/25	Publicação Inicial		
APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão	Izadora Cruz Andrade	Residente – Cirurgia Geal		
Análise	Solon Gonçalves Souza Menezes	Médico – cirurgião geral Docente		
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		

MÉDICA RESIDENTE - IZADORA CRUZ ANDRADE
ORIENTADOR: PROF. PAULO HENRIQUE SOUSA FERNANDES
CO-ORIENTADOR: PROF. SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES