



ORIGINAL ARTICLE

ACUTE ABDOMEN: SYNDROMES AND CAUSES OF SURGERIES IN A HOSPITAL OF TAUBATÉ – SP

ABDOME AGUDO: SÍNDROMES E CAUSAS DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL DE TAUBATÉ – SP

ABDOMEN AGUDO: SINDROMES Y CAUSAS DE CIRUGÍAS REALIZADAS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DEL TAUBATÉ – SP

Ana Lucia De Faria¹, Silvana Novaes², Mônica da Silva Gonçalves³, Regina Celia C. Peres⁴

ABSTRACT

Acute abdomen refers to a not traumatic disorder located in the bowels of the abdominal cavity and classifies itself in five syndromes named, inflammatory perforating, obstructive, hemorrhagic and vascular. The signs and symptoms are: abdominal pain that is installed of quick and sudden form, vomiting, fever, interruption of the elimination of gases and evacuation. The aim was identify the syndromes and the causes of surgeries resulting on acute abdomen in patients interned and submitted to a surgical intervention in a General Hospital of the Taubaté - SP. The research was the type retrospective, documentary, descriptive and quantitative, in the period 2004 to 2006. The results showed that the 91 (100%) cases studied prevailing male in the 55 (60,44%); the surgery occurred more in the age group of 40-49 years in 16 (17,58%); among the signs and symptoms abdominal pain was present in (100%) and vomiting in 41 (29,50%); due to the higher incidence of surgery was acute appendicitis with 45 (49,45%); the predominant syndrome was the inflammatory in 49 (53,85%), but perforating appeared in 23 (25,27%) to be obstructive in 18 (19,78%), vascular in 1 (1,10%) of the cases; the most frequent cause of death was septic shock in 10 (38,46%); the mortality prevailed in the age group between 80 to 89 years old with 5 (45,46%), with perforating syndrome in 6 (54,55%). It is concluded that the inflammatory syndrome and the cause appendicitis were the most frequent. **Descriptors:** acute abdomen; surgery; mortality.

RESUMO

Abdome agudo refere-se a uma afecção não traumática, localizada nas vísceras da cavidade abdominal, e classifica-se em cinco síndromes, nomeadas de: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, hemorrágica e vascular. Os sinais e sintomas são: dor abdominal que se instala de forma súbita e rápida, vômito, febre, interrupção da eliminação de gases e fezes. O objetivo da pesquisa foi identificar as síndromes e as causas de cirurgias decorrentes do quadro de abdome agudo em pacientes internados e submetidos a uma intervenção cirúrgica em um Hospital Geral de Taubaté - SP. A pesquisa foi do tipo retrospectiva, documental, descritiva e quantitativa, no período de 2004 a 2006. Os resultados mostraram que, dos 91 (100%) casos estudados, o sexo masculino predominou em 55 (60,44%); as cirurgias ocorreram mais na faixa etária de 40-49 anos de idade, em 16 (17,58%); dentre os sinais e sintomas, a dor abdominal esteve presente em 100%, e o vômito, em 41 (29,50%); a causa cirúrgica de maior incidência foi a apendicite aguda, em 45 (49,45%); a síndrome predominante foi a inflamatória, em 49 (53,85%), a perfurativa apareceu em 23 (25,27%), a obstrutiva em 18 (19,78%), e a vascular, em 1 (1,10%) dos casos; a causa de morte mais frequente foi o choque séptico, em 10 (38,46%); a mortalidade prevaleceu na faixa etária entre 80 e 89 anos de idade, em 5 (45,46%), com síndrome perfurativa em 6 (54,55%). Concluiu-se que a síndrome inflamatória foi predominante e que a apendicite foi a causa mais freqüente de cirurgia. **Descritores:** abdome agudo; cirurgia; mortalidade.

RESUMEN

Abdomen agudo se refiere a un trastorno no traumático que se encuentra en las vísceras de la cavidad abdominal y se clasifica en cinco síndromes nombrados de inflamatorio, perforativa, obstructiva, hemorrágica y vasculares. Las señales y síntomas son: dolor abdominal que se instalan de forma repentina y rápida, vómitos, fiebre, interrupción en la eliminación de gases y heces. El objetivo era determinar los síndromes y las causas de cirugías derivadas del cuadro de abdomen agudo en pacientes hospitalizados y sometidos a un procedimiento quirúrgico en el Hospital General del Taubate - SP. La investigación es del tipo retrospectivo, documental, descriptivo y cuantitativo, en el período de 2004 a 2006. Los resultados mostraron que de los 91 (100%) casos estudiados predominó el sexo masculino en 55 (60,44%); La cirugía ocurrieron en más frecuencia en el grupo de edad de 40 -49 años en 16 (17,58%); entre las señales y síntomas el dolor abdominal estuvo presente en el (100%) y los vómitos en 41 (29,50%) la causa de cirugía de mayor incidencia fue apendicitis aguda con 45 (49,45%); El síndrome predominante fue la inflamatoria en 49 (53,85%), Pero perforativa apareció en 23 (25,27%), la obstrutiva en 18 (19,78%), vasculares en 1 (1,10%) de los casos; la causa más frecuente de muerte fue el choque séptico, 10 (38,46%); Prevaleció la mortalidad en el grupo de edad entre 80 a 89 años con 5 (45,46%), con síndrome perforativa en 6 (54,55%). Se concluye que la síndrome inflamatoria y la causa apendicitis fueron las más frecuentes. **Descriptores:** abdomen agudo; cirugía; mortalidad.

Enfermeira. Mestre. Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, Taubaté (SP), Brasil. E-mail: anadinda2002@yahoo.com.br; Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, Taubaté (SP), Brasil. E-mail: silunitau@yahoo.com.br; Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, Taubaté (SP), Brasil. Enfermeira. Mestre. Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, Taubaté (SP), Brasil. E-mail: anadinda2002@yahoo.com.br; Acadêmicas de Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté, Taubaté (SP), Brasil. E-mail: monicaunitau@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Abdome agudo é uma afecção não traumática, localizada nas vísceras ou estruturas contidas na cavidade abdominal. O sintoma característico é a dor abdominal, que se instala de forma súbita e aguda e que progride rapidamente.¹

A dor pode ser: visceral ou profunda é considerada a primeira manifestação de doença intra-abdominal. Surge no peritônio visceral, quando ocorre o aumento da tensão da parede da víscera, seja por distensão, inflamação, isquemia ou contração exagerada da musculatura. Apresenta sensação dolorosa profunda, surda e mal localizada, de início gradual e de longa duração, sentida na linha mediana do abdome devido ao fato de a inervação sensorial ser bilateral; parietal ou aguda inicia-se pela irritação do peritônio parietal e localiza-se sobre a área afetada. A sensação dolorosa é aguda, em pontada, melhor localizada e mais constante; e a referida, tem início em uma estrutura visceral mais profunda e não se localiza no nível do órgão afetado, e sim em áreas mais distantes.^{2,3}

A avaliação clínica do abdome agudo deve ser rápida e precisa, pois esse diagnóstico é grave e, muitas vezes, pode representar risco de vida. Vale salientar que esse diagnóstico tem grande probabilidade de cirurgia; caso isso não ocorra, há aumento significativo das

taxas de morbimortalidade por sepSES abdominal.^{4,3,5}

Os sinais e sintomas mais frequentes são: alteração do hábito intestinal, mal-estar geral, náuseas, vômito, febre, distensão abdominal, parada de eliminação de gases, abdome em tábua, perfuração de alça intestinal, hipovolemia, sinais de irritação peritoneal, claudicação abdominal, eliminação de líquido necrótico, massas intra-peritoneais e alteração dos ruídos hidroaéreos, e queixas ginecológicas.⁶

O quadro de abdome agudo é classificado em cinco síndromes: inflamatória, caracterizada pela instalação de um processo inflamatório agudo em víscera abdominal; perfurativa, caracterizada pela ruptura ou perfuração de uma víscera oca intra-abdominal, com extravasamento de suco gástrico, conteúdo intestinal ou bile, levando à irritação do peritônio; obstrutiva, caracterizada pela obstrução de uma víscera oca, como no caso de obstrução intestinal, impossibilitando o intestino de enviar seu conteúdo; hemorrágica, caracterizada pela presença de sangue livre na cavidade abdominal; e, vascular caracterizada pela circulação sanguínea inadequada nos órgãos, conforme mostra a figura 1.^{7,3,8,5,9}

Síndromes	Patologias
Inflamatória	Apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite aguda, doença inflamatória pélvica, abscessos intracavitários e peritonites.
Perfurativa	Úlcera péptica, câncer gastrointestinal, divertículos de cólons, perfuração do apêndice ou da vesícula biliar e amebíase.
Obstrutiva	Obstrução pilórica, hérnia, aderências, ascáris, corpos estranhos, cálculo biliar e volvo.
Hemorrágica	Gravidez ectópica, rotura de aneurisma abdominal, cisto hemorrágico de ovário, rotura de baço e endometriose.
Vascular	Trombose da artéria mesentérica, torção do grande omento, torção do pedículo de cisto ovariano e infarto esplênico.

Figura 1. Classificação das síndromes presentes no quadro de abdome agudo.

O diagnóstico da causa do abdome agudo é realizado por meio do exame físico geral, com ênfase na parte abdominal, pélvica e ginecológica; da atenção aos sinais e sintomas; da análise dos resultados dos exames laboratoriais e das imagens.^{10,11}

Diante de gravidade do quadro de abdome agudo, o bom resultado terapêutico dependerá da precisão do diagnóstico e da

habilidade em escolher um procedimento correto para solucionar o problema o mais breve possível.⁵

Vários estudos já realizados demonstram que pacientes com quadro de abdome agudo geralmente chegam por meio do serviço de emergência. Queixam-se, principalmente, de dor abdominal, tendo como causa de cirurgia a apendicite aguda e, como síndrome de

maior prevalência, a inflamatória. Em relação ao sexo, predomina o masculino, na faixa etária de 60 anos em diante. Tais aspectos agravam o caso e aumentam o índice de mortalidade. A taxa de complicação e de mortalidade aumenta em pacientes na faixa etária superior a 80 anos de idade, tendo a sepses como a principal causa de morte.^{12,8,13,7,18,15,16}

A escolha deste tema surgiu devido as freqüentes internações de pacientes com o quadro de abdome agudo, em um Hospital Geral de Taubaté - SP, pois, tendo conhecimento geral desse quadro, pode-se planejar uma assistência de enfermagem mais adequada e com qualidade.

OBJETIVO

Identificar as síndromes e as causas de cirurgias decorrentes do quadro de abdome agudo em pacientes de um Hospital Geral de Taubaté - SP.

MÉTODO

O estudo foi realizado em um Hospital Geral de Taubaté-SP. A população foi composta por 91 pacientes internados com diagnóstico de abdome agudo e submetidos a uma intervenção cirúrgica, de 2004 a 2006. A pesquisa foi retrospectiva, documental e descritiva, documento pesquisado foi o prontuário do paciente. O método foi o indutivo. Os dados foram coletados nos meses de julho a setembro de 2007, por meio de um formulário que foi preenchido pelas autoras. A pesquisa só teve início após autorização do Comitê de Ética (nº 451/06) e da Instituição onde foi realizada.

RESULTADOS

Tabela 1. Perfil dos pacientes que foram internados com quadro de abdome agudo e submetidos a uma intervenção cirúrgica. Taubaté - SP, 2007.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	36	39,56
Masculino	55	60,44
Cor		
Branca	77	84,61
Parda	06	06,59
Negra	04	04,40
Nada consta	04	04,40
Naturalidade		
Vale do Paraíba	71	78,02
Estado de São Paulo	09	09,90
Outros estados	09	09,90
Outros países	02	02,19
Total	91	100

Tabela 2. Freqüência da faixa etária. Taubaté - SP, 2007.

Idade	N	%
0 a 9	01	01,10
10 a 19	12	13,19
20 a 29	14	15,38
30 a39	14	15,38
40 a 49	16	17,58
50 a 59	12	13,19
60 a 69	06	06,59
70 a 79	07	07,69
80 a 89	08	08,79
90 ou mais	01	01,10
Total	91	100

Tabela 3. Frequência dos sinais e sintomas. Taubaté – SP, 2007.

Sinais e Sintomas	N	%
Dor abdominal	91	100
Vômito	41	30,60
Ausência de evacuação	18	13,43
Febre	17	12,69
Anorexia	17	12,69
Náuseas	15	11,19
Distensão abdominal	06	04,48
Calafrio	05	03,73
Diarréia	04	02,98
Outros	11	08,21
Total	134	100

Tabela 4. Frequência das causas e das cirurgias. Taubaté – SP, 2007.

Causas	Cirurgias	N	%
Apendicite aguda	Apendicectomia	45	49,45
Úlcera	Ulcerorrafia	22	24,17
Tumor	Cirurgia do intestino	11	12,09
Colecistite	Colecistectoma	03	03,30
Várias	Várias	10	10,99
Total		91	100

Tabela 5. Frequência das síndromes. Taubaté – SP, 2007.

Síndromes	N	%
Inflamatória	49	53,85
Perfurativa	23	25,27
Obstrutiva	18	19,78
Vascular	01	01,10
Total	91	100

Tabela 6. Frequência do sexo x síndromes. Taubaté – SP, 2007.

Síndromes	Inflamatória		Perfurativa		Obstrutiva		Vascular	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	29	59,18	16	69,57	10	55,56	-	--
Feminino	20	40,81	07	30,43	08	44,44	01	100
Total	49	100	23	100	18	100	01	100

Tabela 7. Frequência das causas de morte no pós-operatório. Taubaté – SP, 2007.

Causas de morte	N	%
Choque séptico	10	38,46
Peritonite	04	15,39
Parada Cardíaca	03	11,54
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	02	07,69
Várias	07	26,92
Total	26	100

Tabela 8. Frequência da idade x mortalidade. Taubaté - SP, 2007.

Idade	N	%	Mortalidade	%
30 a 39 anos	14	27,45	01	09,09
40 a 49 anos	16	31,37	02	18,18
60 a 69 anos	06	11,76	01	09,09
70 a 79 anos	07	13,73	02	18,18
80 a 89 anos	08	15,69	05	45,46
Total	51	100	11	100

Tabela 9. Frequência das síndromes x mortalidade. Taubaté – SP, 2007.

Síndromes	N	%	Mortalidade	%
Inflamatória	49	53,85	01	09,09
Perfurativa	23	25,27	06	54,55
Obstrutiva	18	19,78	03	27,27
Vascular	01	01,10	01	09,09
Total	91	100	11	100

DISCUSSÃO

Tendo como base os resultados obtidos e descritos, as tabelas apresentadas e a literatura pesquisada, podem-se observar algumas características semelhantes descritas na literatura, com relação ao quadro de abdome agudo dos pacientes pesquisados. Dentre os pacientes internados no período de 2004 a 2006, 91 (100%) apresentaram quadro de abdome agudo e foram submetidos a uma intervenção cirúrgica.

A Tabela 1 refere-se ao perfil dos pacientes submetidos a uma intervenção cirúrgica em decorrência do quadro de abdome agudo, quando se identificou uma frequência de 55 (60,44%) pacientes pertencentes ao sexo masculino. Esse resultado foi semelhante ao obtido por Vega et al¹³ 61,70%, e por Soldi¹⁷, que obteve um resultado muito próximo ao encontrado neste estudo 59,30% dos casos pertencentes ao sexo masculino. Já nos estudos de Cabello et al¹⁴ e Corona, Rodriguez e Hernández¹⁸, os resultados foram divergentes, pois esses autores encontraram prevalência no sexo feminino.

Com relação à naturalidade, prevaleceram os pacientes naturais do vale do Paraíba em 71 (78,02%) dos casos; porém, cabe salientar que apareceram pacientes de vários estados do País e até mesmo de outros países.

Observa-se, na Tabela 2, que, na faixa etária que vai de zero a superior a 90 anos de idade, houve uma frequência de 16 (17,58%) de casos de abdome agudo na faixa etária entre 40 a 49 anos de idade. Esses dados divergem dos encontrados na literatura pesquisada: o quadro de abdome agudo ocorre com maior frequência na infância ou na faixa etária superior a 60 anos de idade. Os autores Vega et al¹³; Cabello et al¹⁴; Jiménez et al¹⁵; Soldi¹⁷ e Junqueira Junior¹⁹ encontraram resultados semelhantes, com relação à faixa etária, pois apontaram prevalência de casos de abdome agudo na idade superior a 60 anos.

Verificam-se, na Tabela 3, dados de sinais e sintomas mais frequentes nos pacientes que se internaram com o quadro de abdome agudo. Identificou-se que a dor abdominal esteve presente em 91 (100%) dos pacientes submetidos a uma intervenção cirúrgica, e seguida por vômito, em 41 (30,60%) dos casos. A sequência dos resultados foi semelhante, porém as percentagens foram diferentes das encontradas por Vital Junior e Martins²⁰: 83,50% com dor abdominal e 80,30% com náuseas e vômito. Já Rivero et al²¹ encontraram resultado referente à dor

idêntico ao deste estudo: 100% das pacientes apresentaram dor abdominal.

Observa-se que, na Tabela 4, a causa e a cirurgia de maior frequência nos pacientes com quadro de abdome agudo foram, respectivamente, a apendicite aguda e a apendicectomia, em 45 (49,45%) dos casos. Esses dados são semelhantes ao apontados nos estudos de Pereima et al²², Valezi et al¹⁶ e Covarelli et al¹², em que a apendicite aguda e a apendicectomia foram a causa e a cirurgia de maior frequência, em 41,30%, 31,20% e 95,35% dos casos, respectivamente.

Conforme mostra a Tabela 5, a síndrome que prevaleceu neste estudo foi a inflamatória, em 49 (53,85%) dos casos. Resultados semelhantes foram encontrados por Soldi¹⁷ e Martini et al.⁸

A Tabela 6 apresenta a frequência do sexo x síndromes, e pôde ser observado que no sexo masculino predominaram as síndromes: inflamatória, com 29 (59,18%), perfurativa, com 16 (69,57%) e obstrutiva, com 10 (55,56%). No sexo feminino, a síndrome vascular, em um (100%) dos casos. Martini et al⁸ encontraram os seguintes resultados: para a síndrome inflamatória, 49,56%, e para a obstrutiva, 7,26%, semelhantes quanto ao sexo, mas houve variação, em relação à percentagem dos resultados.

Acredita-se que o predomínio da síndrome inflamatória no sexo masculino esteja relacionado ao fato de que a apendicite aguda acomete mais os homens, conforme mostra a literatura e também o resultado deste estudo. No entanto, não há, na literatura pesquisada, dados que mencionem o predomínio do sexo em relação às síndromes perfurativa, obstrutiva e vascular.

Verifica-se, na Tabela 7, que o choque séptico foi a causa de morte mais frequente no pós-operatório, ocorrendo em 10 (38,46%) dos casos. Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Steinman et al²³ 42%; porém, vale ressaltar que, além do quadro de abdome agudo, os pacientes apresentavam-se imunocomprometidos, em decorrência da SIDA. Os autores Huaco²⁴, Jiménez et al¹⁵, Yactayo, Castro e Cuba²⁵ e Vega et al¹³ encontraram resultados semelhantes, porém com percentagens inferiores, entre 15 a 20% dos casos estudados, e, no estudo de Soldi¹⁷, o choque séptico foi a causa de morte no pós-operatório, com percentagens mais elevadas, 70,40% dos casos.

A percentagem de mortes encontrada neste estudo foi de 11, 12,08%. A Tabela 8 apresenta a frequência da idade x mortalidade, e pode ser observado que o

predomínio da mortalidade foi na faixa etária entre 80 a 89 anos de idade. Vale ressaltar que, do total de 91 pacientes pesquisados, oito (15,69%) eram da faixa dos 80 a 89 anos de idade, e cinco (45,46%) morreram. Esse resultado vem ao encontro dos relatos de Jiménez et al¹⁵, de que a incidência do quadro de abdome agudo cirúrgico se reduz conforme aumenta a idade, porém o índice de mortalidade aumenta.

Segundo Vieira⁷, pacientes com idade nos extremos, imunodeprimidos, em estado de choque e obesos têm menor intensidade de sinais e sintomas no quadro de abdome agudo. Tais condições dificultam a conclusão do diagnóstico, o que agrava o caso e contribui para o aumento do índice de mortalidade.

A Tabela 9 apresenta a frequência das síndromes x mortalidade e aponta a predominância da síndrome perfurativa, em 6 (54,55%) dos casos. Resultados divergentes foram encontrados por Yactayo, Castro e Cuba²⁵, que relatam que a síndrome inflamatória teve maior incidência, e por Vega et al¹³, que mencionaram que a síndrome obstrutiva foi a de maior prevalência.

CONCLUSÕES

Após análise e discussão dos resultados obtidos por meio da pesquisa de 91 prontuários de pacientes que apresentaram quadro de abdome agudo e que foram submetidos a uma intervenção cirúrgica, no período de 2004 a 2006, em um Hospital Geral de Taubaté - SP, pôde-se concluir que:

Com relação ao sexo, prevaleceu o masculino.

A faixa etária de maior incidência de cirurgia foi entre 40 e 49 anos de idade.

A naturalidade teve uma prevalência maior no vale do Paraíba.

A dor abdominal seguida por vômito foi o sintoma que esteve presente em todos os pacientes.

A causa de cirurgia foi a apendicite aguda. A cirurgia foi a apendicectomia, e a síndrome foi inflamatória.

As síndromes inflamatória, perfurativa e obstrutiva predominaram no sexo masculino; a síndrome vascular, no sexo feminino.

A causa de morte de maior incidência foi o choque séptico.

Com relação à mortalidade, houve predomínio no sexo masculino, na faixa etária entre 80 e 89 anos de idade. A causa foi úlcera, e a síndrome foi a perfurativa.

REFERÊNCIAS

1. Parrochia EB. Abdomen agudo: consideraciones generales. Bol Hosp San Juan de Dios. 2005; 52 (6): 351-53.
2. Souza JLG. Dor abdominal. Rev Bras Med. 2006; 63 (3): 69-75.
3. Ludwing AC, Kupski C. Abdômen agudo - abordagem diagnóstica. Rev Acta Médica. 2006; 27: 303-309.
4. Espinoza RG, Balbontín PM, Feuerhake SL, Piñera CM. Abdomen agudo en el adulto mayor. Rev Méd Chile. 2004; 132:1505-12.
5. Girona HS. Abdomen Agudo [online]. [citado 2007 ago 07]. Disponível em: www.abdomenagudo.htm
6. Linares A, Cadahia V, Tojo R, Rodrigo L. La ecografía en el dolor abdominal agudo [online]. [citado 2007 ago 24]. Disponível em: www.sepd.es/ecotest/protocolos/capitulo%204a.pdf
7. Vieira OM. Abordagem Clínica do Abdome Agudo. In: Vieira OM (Org). São Paulo: Atheneu; 2001. p.457-70.
8. Martini J, Ferrarini KR, Martins MN, Trevisol PM, Peixoto RH, Montoya JAM. Abdome agudo na criança: 226 casos estudados no Hospital Universitário pequeno anjo, em Itajaí-SC. Arquivos Catarinenses de Medicina 2006; 35 (3):82-6.
9. Banegas V. Abdômen agudo quirúrgico no traumático [online]. [citado 2007 ago 30]. Disponível em: www.cidbimena.desastres.hn/RMH75/pdf/1962/pdf/Vol30-2-1962-4.pdf
10. Ferraz LR. Abordagem ao abdome agudo [online]. [citado 2007 julho 12]. Disponível em: www.bonsucessocirurgia1.blogspot.com
11. Solari LA, Quintana BE, Yáñez AA. Abdomen Agudo Médico [online]. [citado 2007 ago 09]. Disponível em: http://www.smiba.org.ar/revista/smiba_01/abdome1.htm
12. Covarelli P, Cristofani R, Bussotti C, Scalercio V, Bosseli C, Petrini A et al. Acute abdomen: experience with 196 consecutive cases. Chir Ital. 2007; 59 (3): 291-7.
13. Vega MEG, Manrique LG, Reyes RPY, Montero AG. Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cubana Med Milit. 2005; 34(4)
14. Cabello, CA, Catán FG; Toledo C, Ormazábal GB, Lagos JC, Bonacic CA, Macarena; Acevedo AF F. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Rev Chil Cir. 2002; 54 (6): 654-7.

15. Jiménez JMV, Curbelo ONM, Ortega JCB, Ronquillo AC, Díaz YP, Jémbere BB. Abdomen Agudo Quirúrgico en el Anciano. *Rev Cubana Cir.* 2002; 41 (1): 23-7.
16. Valezi AC, Mali Junior J, Oliveira RG, Liberatti M, Marson AC, Brito EM. Laparoscopia no abdome agudo inflamatório de difícil diagnóstico. *Rev Col Bras Cirur.* 2003; 30 (4):282-5.
17. Soldi JAMA. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao. *Rev. Anais Fac Med. (Perú)* 1997; 58 (4):254-65.
18. Corona DJ, Rodríguez OS, Hernández AH. Síndrome abdominal agudo en el paciente anciano. *Rev Cir Gen.* 1996; 18 (3):190-3.
19. Junqueira Junior G, Didone EC, Reichelt I, Pruinelli R, Amaral RL. Abdome agudo cirúrgico no idoso. *Rev Col Bras Cir.* 1991. 18(1): 6-10.
20. Vital Junior PF, Martins JL. Estado atual do diagnóstico e tratamento da apendicite aguda na criança: avaliação de 300 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2005; 32 (6): 310-5.
21. Rivero MI, Schaab A, Benitez A, Alegre C. Abdomen agudo ginecológico: epidemiologia y manejo en un Hospital Público. *Rev Méd del Nord.* 2005; 7: 4-6.
22. Pereima MJL, Goldberg P, Quaresma E, Araújo E, Souza JA, Leite Neto J. et al. Etiologia e incidência do abdome agudo na criança. *Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina.* 1994; 23 (4): 295-299.
23. Steinman M, Steinman E, Poggetti RS, Birolini D. Urgências cirúrgicas abdominais em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev Assoc Méd Bras.* 1996; 42 (1): 19-24.
24. Huaco MCD. Abdomen agudo quirúrgico del recién nacido lactente en el Hospital Militar Central de Lima (Monografía) San Agustín: Faculdade de Medicina; 1996.
25. Yactayo FM, Castro MR, Cuba FS. Abdomen agudo quirúrgico en pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered.* 2004; 15 (4): 188 - 196.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/02/13
Last received: 2008/03/15
Accepted: 2008/03/19
Publishing: 2008/04/01

Address for correspondence

Ana Lucia De Faria
Universidade de Taubaté (SP)
Departamento de Enfermagem
Avenida Imigrantes, 1032, Bloco 6, Ap. 13
CEP: 12043-490 – Quiririm, Taubaté (SP),
Brasil