

# PREVALÊNCIA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS NO HOSPITAL AMÉRICO BOAVIDA

Paulo Fernando<sup>1</sup>; Filomena do Amaral MD Esp<sup>2</sup>;  
Amílcar da Silva MD MSc Ph.D<sup>3</sup>

1. Estudante do curso de Medicina da Faculdade de Medicina/UAN

2. Médica Especialista em Cirurgia, Docente do DEI de Cirurgia da Faculdade de Medicina/UAN

3. Docente do DEI de Fisiologia da Faculdade de Medicina/UAN

Recebido: 09.05.18 | Aceite: 26.08.18

## RESUMO

**Introdução:** A doença cirúrgica é globalmente tratada de forma inadequada e as condições de emergência que exigem cirurgia contribuem substancialmente para o grande problema das doenças a nível mundial. Apesar dos inúmeros desafios, é notável que alguns países tenham aumentado a capacidade de lidar com emergências cirúrgicas.

**Objectivo:** Explorar as principais causas, número e características de emergências e urgências cirúrgicas, no bloco operatório de um hospital de nível terciário.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, observacional, retrospectivo, com amostra de conveniência de 371 registos operatórios extraídos do Bloco operatório do Hospital Américo Boavida, seleccionados no 4º trimestre de 2017.

**Resultados:** As cirurgias de urgência foram mais frequentes com 307 (82,7%) casos e as principais causas de urgência cirúrgica foram apendicite aguda e as fracturas expostas, representando 24,8% e 22,6%, respectivamente, com domínio do sexo masculino, 277 (74,7%) casos e faixa etária jovem (19-35 anos, representando 40,7%).

**Conclusão:** Elevada frequência de atendimento de cirurgias de urgência, sendo as causas de abdómen agudo, como a apendicite aguda e peritonite secundária, bem como as traumáticas, as mais prevalentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Urgência, Emergência, Cirurgia, Hospital Américo Boavida

## CORRESPONDÊNCIA

Amílcar da Silva

Endereço: Docente do DEI de Fisiologia da Faculdade de Medicina/UAN

E-mail: amilcarbts@hotmail.com

Telemóvel: +244 923 337 263

## ARTIGO ORIGINAL

Prevalência das urgências e emergências cirúrgicas no hospital américo Boavida

# Prevalence of surgical urgencies and emergencies at the americo boavida hospital

### ABSTRACT

**Introduction:** Surgical disease is treated inadequately globally, and emergency conditions that require surgery contribute substantially to the major problem of diseases worldwide. Despite the numerous challenges, it is notable that some countries have increased their ability to deal with surgical emergencies.

**Objective:** To explore the main causes, number and characteristics of surgical emergencies and urgencies, in the operating room of a tertiary-level hospital.

**Methods:** A descriptive, observational, retrospective study was performed with a convenience sample of 371 surgical records extracted from operating room the Américo Boavida Hospital selected in the 4th quarter of 2017.

**Results:** Urgency surgeries were more frequent with 307 (82.7 %) cases and the main causes of surgical urgency were acute appendicitis and exposed fractures, representing 24.8% and 22.6%, respectively, with male domain 277 (74.7%) cases and young age group (19-35 years, accounting for 40.7%).

**Conclusion:** High frequency of Urgency surgery, with acute abdomen such as acute appendicitis and secondary peritonitis, as well as traumatic ones were the most prevalent.

**KEY WORDS:** Urgency, Emergency, Surgery, Américo Boavida Hospital

### INTRODUÇÃO

A doença cirúrgica é tratada de forma inadequada em todo o mundo, e as condições de emergência que exigem cirurgia contribuem substancialmente para a elevada carga global de doenças<sup>1-5</sup>.

O problema das emergências e urgências cirúrgicas é descrito de forma insuficiente em quase todo mundo. Nos países de baixa e média renda (PBMR), em particular na África Subsaariana, pelo menos 65% das cirúrgicas são realizadas na emergência e urgência, encarecendo cada vez mais os serviços<sup>2,6</sup>. As estimativas reais indicam-nas como um sério problema de saúde nestes países<sup>1,2</sup>. Condições que podem ser tratadas cirurgicamente representam um problema considerável para a saúde<sup>3,4</sup>. Embora a cirurgia tenha sido considerada um componente essencial dos sistemas de saúde e praticada em quase todo mundo, tem sido negligenciada nas iniciativas globais de saúde<sup>2-5</sup>. Os sistemas de saúde devem ser suficientemente flexíveis não apenas para prevenir e tratar a elevada morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e o crescente número de doenças não transmissíveis, bem como criar ou melhorar as condições para dar resposta às doenças que requerem intervenção cirúrgica imediata<sup>2,7</sup>. Há quase uma década, 234 milhões de grandes cirurgias eram realizadas anualmente em todo o mundo<sup>5</sup>. Um estudo realizado em África revelou baixas taxas de cirurgias de grande porte em hospitais distritais, variando de 50 a 450 cirurgias por 100.000 habitantes<sup>2</sup>. A baixa prevalência de cirurgias realizadas é preocupante, particularmente para as pessoas que necessitam de cirurgia de emergência e urgência, porque minutos ou horas de atraso na tomada de decisão do tratamento têm um impacto profundo nas complicações dela resultante ou na chance de sobrevivência<sup>1</sup>. A quebra do sistema tradicional de referência é apontada como uma das causas para tão baixa prevalência de cirurgias realizadas. Em Angola, devido a insuficiência e/ou ausência de estudos, pouco ou quase nada se sabe em relação ao número e padrão característico

das cirurgias de emergência e urgência realizadas em hospitais terciários. Assim nos propusemos explorar as principais causas, número e características de emergências e urgências cirúrgicas no bloco operatório de um hospital de nível terciário.

## METODOLOGIA

**Tipo de Estudo:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo.

Amostra por conveniência, constituída por 371 cirurgias extraídas de um total de 901 registos de cirurgias de emergência e urgências realizadas no bloco operatório do Hospital Américo Boavida em Luanda, durante o último trimestre de 2017;

**Fonte de Dados:** Os dados foram analisados e extraídos a partir de livro de registos das cirurgias de emergência e urgência, com apoio de um questionário contendo variáveis do estudo e previamente testado através de um estudo-piloto. Os registos que se apresentaram com falta de dados que condicionassem a variável de desfecho foram excluídos.

Para a recolha de dados foi necessário definir informação prévia para evitar erros na definição dos casos considerados de urgências e emergências. Assim, foram consideradas urgências cirúrgicas a apendicite aguda, oclusão intestinal, hérnia complicada, celulite necrotizante e gangrena das extremidades. Foram consideradas emergências cirúrgicas as peritonites, perfuração gastrointestinal, trauma agudo com hemorragia intensa, rotura de aneurisma da aorta, dissecação da aorta, gravidez ectópica rota, hemorragia interna, hemorragia intracraniana, isquémia mesentérica aguda<sup>8</sup>.

## Processamento e análise de dados

Os dados foram processados e analisados electronicamente, com recurso a estatística descritiva e auxílio do software SPSS, versão 20.0. for windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

**Considerações éticas:** Foram seguidos todos os procedimentos éticos relativos à autorização necessária à realização do estudo, preservação e confidencialidade da identidade dos registos, assim como a aprovação do questionário para recolha de dados pela Direção Pedagógica e Científica do hospital.

## Resultados

Foram selecionadas 371 casos de cirurgias realizadas no quarto trimestre de 2017 para integrarem o estudo por apresentarem os critérios estabelecidos pelos pesquisadores. Em relação ao carácter da cirurgia, constatou-se que 307 (82,7%) dos casos eram cirurgias urgentes. As técnicas de anestesia empregues em cirurgias de urgência e emergência é ainda motivo de alguma discussão, tendo-se constatado neste estudo que 318 (85,7%) dos casos foram operados com uso da anestesia geral e 53 (14,3%) dos casos foram submetidos a anestesia raquidiana.

De acordo com os dados espelhados na tabela 01, 277 (74,7%) dos casos operados no Bloco operatório deste hospital no período em causa foram em pacientes do sexo masculino, predominantemente jovens, dado que a faixa etária entre 19 a 35 anos foi a mais predominante com 151 (40,7%) casos e uma média de idade de 23,6 anos, sendo que mais de dois terços da amostra tinham idade inferior a 35 anos.

**Tabela 1** - Distribuição da amostra segundo faixa etária e o sexo.

Características Sociodemográficas	N	
	371	%
Sexo	Masculino	277 74,7
	Feminino	94 25,3
Faixa Etária	≤ 18 anos	138 37,2
	19 - 35 anos	151 40,7
	36 - 64 anos	69 18,6
	≥ 65 anos	13 3,5

Dados apresentados na tabela 02 mostram que a apendicite aguda, com 92 (24,8%) casos, seguido das fracturas expostas e peritonite secundária, com 84

## ARTIGO ORIGINAL

### Prevalência das urgências e emergências cirúrgicas no hospital américo Boavida

(22,6%) e 65 (17,5%) casos, respectivamente, foram as causas mais frequentes que levaram a cirurgias de urgência e emergência. Por outro lado, o priapismo e a luxação óssea, com 5 (1,3%) casos em cada, foram as menos prevalentes. O estudo também revela (tabela 03) a coincidência entre o diagnóstico pré- e pós-operatório das cirurgias realizadas, mostrando os dados que em mais de dois terços dos casos os médicos acertaram no diagnóstico, em 69,0% dos casos.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra segundo o diagnóstico definitivo das cirurgias realizadas.

Diagnóstico definitivo	N	%
	371	
Apendicite Aguda	92	24,8
Fracturas expostas	84	22,6
Peritonite Secundária	65	17,5
Trauma Abdominal/Torácico Aberto	29	7,8
Gangrena das extremidades	24	6,5
Hérnia inguinal/escrotal complicada	18	4,9
Artrite Séptica	15	4,0
Ferida Avulsiva	13	3,5
Oclusão Intestinal	11	3,0
Celulite Necrotizante	10	2,7
Priapismo	5	1,3
Luxação óssea	5	1,3

**Tabela 3** - Distribuição da amostra segundo a coincidência diagnóstica.

Coincidência diagnóstica	N	%
	371	
Coincide	256	69,0
Não coincide	115	31,0

## DISCUSSÃO

Entre as causas cirúrgicas registadas, a mais frequente foi a apendicite aguda, de acordo com dados encontrados. Estudos mostram que a nível mundial, a apendicite aguda, a obstrução intestinal e a hérnia encarcerada ou estrangulada são apontadas como as principais causas de abdómen agudo<sup>1</sup>, e considerada principal causa de cirurgias de emergência. A apendicite é também apontada como a cirurgia de emergência mais frequente nos países de alta, média

e baixa renda<sup>1,2</sup>. Tendo em conta os dados encontrados na literatura, justifica-se a elevada frequência de casos de apendicite no hospital onde foi realizado o estudo, sabendo que Angola se encontra no grupo de países sub-tropicais de média e baixa renda e apresenta elevada taxa de prevalência e incidência das doenças infecciosas que podem desencadear quadros de abdómen agudo. As cirurgias de emergência e urgência são componentes importantes na prestação de cuidados assistenciais à população e constituí um volume substancial da carga de trabalho para equipas de hospitais secundários e terciários. No entanto, dados globais apontam um acesso limitado a cirurgias essenciais na maioria dos países de baixa e média renda, com apenas 26% dos procedimentos por 100.000 habitantes<sup>7</sup>. Por outro lado, as condições das infra-estruturas também jogam um papel importante para o fornecimento de cuidados emergenciais e cirúrgicos, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países da África Subsaariana apresentam um défice em infraestruturas<sup>9</sup>.

Apesar dos inúmeros desafios, tem-se registado elevado desempenho por parte dos profissionais em lidar com as urgências e emergências cirúrgicas. A realidade do hospital onde se realizou o estudo não é diferente da dos países em desenvolvimento de que Angola faz parte: insuficiência de pessoal qualificado, onde as equipas são constituídas por apenas um cirurgião principal e um auxiliar, um anestesista e dois instrumentistas. Existe a necessidade imperiosa de melhorar os serviços de emergência e urgência cirúrgica oferecidos à população em todo o mundo, mas ainda é notória a insuficiência da grande variabilidade nos recursos humanos e materiais disponíveis para cuidar adequadamente dos necessitados<sup>1,2,9</sup>. Em determinados países, as pessoas que necessitam de cirurgia de emergência são atendidas em instalações sem ou com défice de água corrente, eletricidade, serviço de radiologia, indisponibilidade de oxigênio, oxímetros de pulso e anestesia-padrão<sup>10,11,12</sup> isto é, em situação semelhante foi constatada neste estudo.

As necessidades são maiores que a demanda, o que torna difícil dar resposta a todos casos. Estudos realizados em países da África Sub-saariana indicam claramente baixos níveis de prestação de cuidados cirúrgicos, o que resulta em morbidade e mortalidade evitáveis e sustentáveis<sup>2</sup>.

Entre os registos operatórios estudados, a maioria foi de pacientes do sexo masculino e correspondendo a uma faixa etária predominantemente jovem, facto que pode ser justificado pelos diagnósticos achados (apendicite aguda e fracturas expostas), situações que ocorrem com frequência em jovens e no sexo masculino. Sabemos que estes estão mais expostos aos riscos de acidentes traumáticos e a maior prevalência da apendicite aguda, numa proporção de 3:213 na segunda e terceira décadas de vida, mas a literatura não clarifica os motivos. Resultados semelhantes foram reportados em estudos realizados no Brasil<sup>14,15</sup>.

Tendo em conta a delicadeza no manuseamento das cirurgias de urgência e emergência, e por questões de maior segurança, a técnica de anestesia geral foi a mais utilizada, sabendo ser ideal nos casos que necessitam de hipnose, relaxamento muscular e bloqueio neurovegetativo. As particularidades dos pacientes que necessitam cirurgia de emergência ou urgência influenciam a escolha da conduta anestésica. Estudos revelam que nestes casos a anestesia geral é mais segura, tendo em conta que o paciente estará intubado e devidamente monitorado para intervenção imediata em caso de complicações<sup>16</sup>. Medidas como estas evitam consequências e sequelas provocadas pela depressão respiratória, hipotensão, coagulopatias, traumatismo craniano e raquimedular. Os resultados revelam que menos de um terço (31%) dos diagnósticos estabelecidos no pré-operatório não coincidiram com os diagnósticos definitivos. Segundo D'Ippolito et al., a apendicite aguda é a causa de abdómen agudo que está entre as patologias cirúrgicas responsáveis pelo maior número de erros no diagnóstico<sup>17,18</sup>. Ao contrário do que seria de esperar, a frequência de erros diagnósticos que

conduzem a apendicectomias desnecessárias não se alterou mesmo com a introdução de novos exames complementares de diagnóstico, como a ecografia abdominal. Estudos revelam a não coincidência de diagnósticos entre o pré e pós-operatório, mesmo em hospitais onde, além da ecografia, são realizados exames como, a tomografia axial computadorizada ou a laparoscopia diagnóstica<sup>19</sup>. Portanto, é importante realçar que a maioria dos serviços dos hospitais dos países de baixa e média renda estão desprovidos destes meios ou de condições que favorecessem o seu funcionamento correcto para facilitar o diagnóstico<sup>1,2,4,19</sup>.

### LIMITAÇÕES

Como em todo o trabalho, existem outras questões a esclarecer, mas por dificuldades de acesso às informações disponíveis, o desenho do estudo não permitiu evidenciar determinados dados. Faz-se necessário realizar outros estudos com o objectivo de relacionar orçamento versus custo de cirurgias de emergência e urgência, bem como as electivas, rácio profissionais de saúde (médicos cirurgiões, anesthesiologistas e enfermeiros), número de cirurgias/ano, por habitantes e rendimento per capita na região, para responder aos critérios estabelecidos pela OMS. Os estudos contendo essas informações fornecem dados importantes para planear melhor os serviços a prestar à população. Finalmente, a resposta precisará envolver uma pesquisa mais extensa sobre uma série de tópicos, incluindo a epidemiologia das condições cirúrgicas e custo-efetividade das medidas potenciais, para melhorar o cenário atual de atendimento.

### CONCLUSÃO

Existe elevada frequência de atendimento de cirurgias de urgência e emergência, sendo as causas de abdómen agudo como a apendicite aguda e peritonite secundária, bem como as traumáticas, as mais prevalentes.

### CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesse.

## ARTIGO ORIGINAL

Prevalência das urgências e emergências cirúrgicas no hospital américo Boavida

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart B, Khanduri P, McCord C et al. Global disease burden of conditions requiring emergency surgery. *BJS* 2014; 101: e9–e22
2. Galukande M, von Schreeb J, Wladis A et al. Essential Surgery at the District Hospital: A Retrospective Descriptive Analysis in Three African Countries. *PLoS Med* 2010; 7(3): e1000243.
3. Bickler SW, Spiegel DA. Global surgery—defining a research agenda. *Lancet* 2008; 372: 90–92.
4. Luboga S, Macfarlane SB, von Schreeb J, et al. Increasing access to surgical services in sub-saharan Africa: priorities for national and international agencies recommended by the Bellagio Essential Surgery Group. *PLoS Med* 2009; 6: e1000200.
5. McCord C, Ozgediz D, Beard JH, and Debas HT. General Surgical Emergencies; in *Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1)*.
6. Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: a view from beyond the OR. *World J Surg* 2008; 32: 533–536.
7. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008; 372: 139–144.
8. Monson JRT, Duthie G, O'Malley K (Eds.). "Surgical Emergencies", Blackwell Science (UK), 1999. ISBN 0-632-05047-0.
9. Hsia RY, Mbembati NA, Macfarlane S et al. Access to emergency and surgical care in sub-Saharan Africa: the infrastructure gap. *Health Policy and Planning* 2012; 27:234-244.
10. Funk LM, Weiser TG, Berry WR et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet* 2010; 376: 1055–1061.
11. Crompton J, Kingham TP, Kamara TB et al. Comparison of surgical care deficiencies between US civil war hospitals and present-day hospitals in Sierra Leone. *World J Surg* 2010; 34: 1743–1747.
12. Ozgediz D, Galukande M, Mabweijano J et al. The neglect of the global surgical workforce: experience and evidence from Uganda. *World J Surg* 2008; 32: 1208–1215.
13. Anderson, DK; Parry, RL. Appendicitis. In: O'Neill, JA; Rowe, MI; Grosfeld, JL; Fonkalsrud, Coran, AG. *Pediatric Surgery*. 5.ed. St Louis. Ed. Mosby 1998. cap93, p.1369-1379.
14. Reis, JMD; Oliveira CN; Lucatto TM; Júnior WBR. Diagnóstico e tratamento de 300 casos de apendicite aguda em crianças e adolescentes atendidos em um hospital universitário. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(1): 11-15.
15. Freitas RG, Pitombo MB, Maya MCA, Leal PRF. Apendicite Aguda. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernest* 2009; 8(1):38-51.
16. Barsella, AR. Anestesia em Urgência e Emergências Médicas. *Arquivos de Medicina na Rede* 2009; ([www.medtoread.blogspot.com](http://www.medtoread.blogspot.com)).
17. D'Ippolito, G; Mello, GGN; Szejnfeld, J. The value of unenhanced CT in the diagnosis of acute appendicitis. *São Paulo Med J*, 1998 Nov-Dec; 116(6):1838-45.
18. Flumm, DR (2001). Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? A population-based analysis. *JAMA*; 286(14):1748-53.
19. Suen, K; Hayes, IP; Thomson, B NJ and Shedda, S. Effect of the introduction of an emergency general surgery service on outcomes from appendicectomy. *BJS* 2014; 101: e141–e146.