

HOSPITAL BRUNO BORN

Pancreatite aguda – análise da etiologia ao desfecho em pacientes internados em enfermaria clínica

Lajeado, janeiro 2022

Residente MEI Isabela Borella da Silva
Caroline Zanella
Danielle Zanco
Débora Block Sanderson

Pancreatite aguda – análise da etiologia ao desfecho em pacientes internados em enfermaria clínica

Projeto de pesquisa de Residência Médica, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Clínica Médica, no Hospital Bruno Born.

Orientador: Dr. Roberto Reckziegel

Lajeado, janeiro 2022

RESUMO

A pancreatite aguda configura processo inflamatório do pâncreas, deve ser suspeitada em pacientes com dor abdominal de forte intensidade e confirmada através de exames complementares. A principal etiologia da pancreatite aguda é biliar, sendo indicada colecistectomia ao final da primeira internação, visando reduzir o risco de complicações e reinternações hospitalares. O manejo clínico inicial e nas primeiras 48 horas de internação deve ser rigoroso para melhor desfecho e menores índices de complicações. No presente estudo será realizada análise retrospectiva de prontuários de pacientes em internação clínica do Hospital Bruno Born, com diagnóstico de pancreatite aguda, bem como o desfecho dos casos, visando otimizar o manejo clínico inicial e reduzir as complicações de novos casos.

Palavras - chaves: Pancreatite aguda. Cálculos biliares. Manejo clínico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3. METODOLOGIA.....	9
3.1 Tipo de estudo.....	9
3.2 Cenário do estudo	9
3.3 Participantes do estudo	9
3.4 Coleta de dados	9
3.5 Análise dos Dados	9
3.6 Instrumento de pesquisa	10
3.7 Aspectos éticos	10
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	13
6. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória do pâncreas que pode causar lesão local, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, falência do órgão. Estudos mostram que nos Estados Unidos o número de internações por pancreatite aguda (PA) superam 270 mil e geram custo, aproximadamente 2,6 bilhões de dólares por ano (PEERY et al., 2015). A incidência de casos de PA vem aumentando nos últimos anos, bem como a taxa de mortalidade, sendo maior risco pacientes com doença severa na admissão hospitalar (KOUTROUMPAKIS et al., 2017).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas que pode causar lesão local, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, falência do órgão. Estudos mostram que nos Estados Unidos o número de internações por pancreatite aguda (PA) superam 270 mil e geram custo, de aproximadamente 2,6 bilhões de dólares por ano (PEERY et al., 2015).

A incidência de casos de PA vem aumentando nos últimos anos, bem como a taxa de mortalidade, sendo maior risco pacientes com doença severa na admissão hospitalar (KOUTROUMPAKIS et al., 2017).

A etiologia da pancreatite aguda permaneceu obscura por muito tempo. Em 1901, Opie relacionou a doença à obstrução litiásica da via biliar; em 1917, Symmers atribui à ingestão de álcool. Em 1974, Acosta & Ledesma e, em 1976, Kelly demonstraram, nas fezes de pacientes com pancreatite aguda, cálculos semelhantes aos encontrados na vesícula dos mesmos por ocasião da colecistectomia, o que vinha sugerir sua migração, com obstrução transitória do confluente biliopancreático, na gênese da pancreatite. Era a confirmação da teoria de Opie e a definição da litíase biliar como uma das mais importantes causas de pancreatite aguda (TRIVIÑO et al., 2002; LEAL e ALMEIDA, 2019).

O advento de novos métodos de imagem, notadamente a ultra-sonografia, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e a tomografia computadorizada, contribuiu não só para o diagnóstico, mas, principalmente, para definir as causas da doença e sua evolução (TRIVIÑO et al., 2002). Com base em evidências epidemiológicas, admite-se, na atualidade, que aproximadamente 80% das pancreatites agudas estão relacionadas à doença biliar litiásica ou ao álcool (RIOTINTO e DEVIERE, 2019).

Os sintomas mais frequentes em pacientes com PA incluem dor abdominal, principalmente em quadrantes superiores, náuseas, vômitos. As etiologias mais comuns são cálculo biliar e álcool, e menos comum, medicamentosa, auto-imune, distúrbios metabólicos – hipertrigliceridemia e hipercalcemia (GULLO et al., 2002; PENDHARKAR et al., 2016).

O diagnóstico de pancreatite aguda requer pelo menos 2 dos seguintes fatores: dor abdominal característica, alteração laboratorial – amilase e/ou lipase >3x o limite superior da normalidade, evidência em exame de imagem de pancreatite. As enzimas

pancreáticas mais utilizadas para diagnóstico são amilase e lipase, sendo a primeira mais sensível, aumentando seu valor nas primeiras 12 horas de processo inflamatório, já a lipase é a enzima mais específica, que apresenta seu pico em 24 horas e leva mais tempo para voltar aos valores normais. Em relação aos exames radiográficos, a ecografia abdominal deve ser realizada na admissão hospitalar, já a tomografia computadorizada pode ser feita após 48 horas de internação com o objetivo de visualizar possíveis complicações, como necrose (DERVENIS et al., 1999; FRANK; GOTTLIEB, 1999; YADAV; AGARWAL; PITCHUMONI, 2002).

A apresentação da doença varia conforme a evolução clínica e se divide entre leve, moderadamente severa ou severa, baseada nos critérios de ATLANTA. De acordo com os critérios de ATLANTA, a pancreatite aguda pode ser dividida em duas grandes categorias – pancreatite aguda edematosa intersticial e pancreatite aguda necrosante (VAN DIJK et al., 2017). A maioria dos casos configuram pancreatite leve, com alterações pancreáticas, porém sem complicações locais ou sistêmicas; já as que se enquadram como moderadamente severa, apresentam complicações locais ou sistêmicas em menos de 48 horas; as severas evoluem com falência orgânica persistente. Alguns casos de pancreatite moderada ou severa podem evoluir com pancreatite necrosante, revelando necrose peripancreática e/ou pancreática (BANKS et al., 2013).

O adequado manejo da pancreatite aguda nas primeiras 48/72 horas, altera o desfecho da doença e o tempo de internação. A reposição inicial de fluidos para prevenir hipovolemia ou hipoperfusão dos órgãos deve ser adotada analisando individualmente cada paciente. O excesso de volume pode ser danoso durante a fase aguda da pancreatite. Além disso, acreditava-se que solução com melhor resposta era o ringer lactato, ao invés de solução salina e solução glicosada, porém, novos estudos tem mostrado que não há diferença significativa entre o uso de ringer lactato e solução salina (DE-MADARIA et al., 2011; DE WAELE; LEPPÄNIEMI, 2009).

O uso de antibióticos em pancreatite severa ou necrosante é controverso, alguns estudos mostram melhora, porém outros não revelam redução na morbimortalidade dos pacientes. Além disso, antibiótico profilático não tem indicação de uso independente da gravidade do quadro, exceto em casos com colangite associada (WINDSOR et al., 1998).

A indicação de tratamento em unidade de terapia intensiva está para pacientes com pancreatite severa ou necrosante com instabilidade hemodinâmica, acidose ou

alcalose metabólica importante, hiperglicemia, distúrbio hidroeletrólítico, comprometimento pulmonar importante, perda de função renal, coma (JOHNSON, 2005).

Em pacientes com PA biliar sem colangite, a realização de colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE) em caráter de urgência não apresenta benefícios em desfechos graves, como falência múltipla de órgãos ou mortalidade, em relação ao tratamento clínico inicial. Porém, o mesmo não se aplica quando além da pancreatite, o paciente apresenta obstrução da via biliar – como coledocolitíase – e colangite, sendo nesses casos, indicada a CPRE em caráter de urgência (WINDSOR et al., 1998).

Tradicionalmente costumava-se não alimentar paciente com PA nas primeiras 24 horas, pois acreditava-se que evitava complicações ou aumento da inflamação peripancreática. Contudo, novos estudos mostram o inverso, indicado alimentar paciente o mais precocemente possível, pois auxilia a proteção intestinal, reduzindo assim, a translocação bacteriana, a necrose peripancreática infectada e outros desfechos graves. A Associação Americana de Gastroenterologia recomenda iniciar dieta via oral nas primeiras 24 horas, preferencialmente, ao invés de manter o paciente em NPO (WINDSOR et al., 1998). Em alguns casos, quando paciente apresenta-se com muita náusea, vômito ou íleo paralítico, o início da dieta pode ser após as primeiras 24 horas, e quando não tolerada via oral, indica-se iniciar dieta enteral via sonda nasoentérica (SNE) ao invés de nutrição parenteral (NPT) (BOXHOORN et al., 2020).

Em pacientes com etiologia biliar, é recomendado a realização de colecistectomia no primeiro episódio, visto que reduz as complicações, as reinternações e conseqüentemente a mortalidade (DA COSTA et al., 2015). Em casos em que a etiologia é alcoólica, recomenda-se desintoxicação durante a internação 10 pela PA, estando o paciente apto para a alta, quando resolvido o processo inflamatório e sem sintomas relacionados ao etilismo; em casos recorrentes de pancreatite aguda por álcool, há risco de evolução para pancreatite alcoólica crônica (NORDBACK et al., 2009).

O tratamento cirúrgico das formas graves da pancreatite aguda foi o que mais mudou nos últimos 20 anos. Até o início dos anos 80, a intervenção precoce sobre a necrose pancreática era a conduta preconizada, sendo seguida de índices de mortalidade que oscilavam entre 30 e 70%. Inúmeros estudos clínicos ensinaram que

a intervenção retardada era mais efetiva, estando a necrose bem delimitada, e seguindo-se índices de mortalidade bem inferiores. A intervenção precoce ficou, então, reservada para os casos de infecção da necrose pancreática, diagnosticada por tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética e, principalmente, por punção com agulha fina. Também se reserva a intervenção precoce aos pacientes graves, com insuficiência de múltiplos órgãos, que não apresentaram melhora após 72 horas de cuidados intensivos. Quanto à intervenção sobre a necrose não infectada, esta deve ser postergada ao máximo, se possível após a terceira semana, e para sua abordagem diversas modalidades cirúrgicas. Atualmente, os resultados do tratamento da pancreatite aguda leve são excelentes, com mortalidade inferior a 1% (CUNHA; ROCHA; PEREIRA, 2014)

Ao longo dos anos, diversos sistemas de pontuação para predizer gravidade da pancreatite foram criados, sendo eles RANSON, APACHE-II, BISAP, porém a especificidade e sensibilidade destes escores não são suficientes para predizer a gravidade real do quadro (CHO et al., 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é classificado como retrospectivo, exploratório, descritivo, quantitativo. Foi utilizado como método de coleta de dados, a análise de prontuários dos pacientes internados para a clínica médica do HBB, com diagnóstico de pancreatite aguda.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no HBB da cidade de Lajeado, Rio Grande do Sul, com os pacientes internados em enfermaria clínica com diagnóstico de pancreatite aguda.

3.3 Participantes do estudo

O estudo foi aplicado aos pacientes adultos - acima de 18 anos, homens e mulheres - internados para a clínica médica do HBB. Os profissionais envolvidos incluem médicos e doutorandos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através da análise de prontuário de pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda, no período de junho a novembro de 2021. Todas as informações obtidas durante o trabalho serão mantidas em sigilo, garantindo ao paciente a privacidade e o anonimato em relação a sua identidade.

3.5 Análise dos Dados

A análise de dados foi feita pelos membros do projeto, para verificar a taxa de internações por pancreatite, bem como analisar a resolução de cada caso. Após a conclusão do trabalho de pesquisa, este será submetido para publicação em forma de artigo científico.

3.6 Instrumento de pesquisa

Consulta de prontuário eletrônico dos pacientes.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da instituição; os pesquisadores envolvidos no presente estudo se responsabilizam pela confidencialidade em relação aos dados obtidos. A forma de coleta através da base de dados do Tasy, disponibilizados pelo hospital, asseguram anonimato.

4. RESULTADOS

O número de pacientes que recebeu diagnóstico de pancreatite aguda na admissão hospitalar, considerando o CID 10, entre junho a novembro de 2021 no Hospital Bruno Born, foi de 23. Destes, 1 paciente foi excluído do estudo pois o diagnóstico real era de apendicite aguda.

Dentre as etiologias mais comuns estão a biliar, a alcoólica e a medicamentosa; observou-se predomínio de internações por pancreatite aguda biliar (18 pacientes), seguido de medicamentosa com 3 pacientes e apenas 1 paciente com pancreatite aguda alcoólica no período analisado (Figura 1).

Além da etiologia, o estudo se propôs a estudar a duração das internações bem como o desfecho. Observou-se então, que houve grande variação no número de dias internados, tendo uma média de 16,7 dias, tendo a maior internação a duração de 118 dias e a menor 2 dias (Figura 2).

Analisando o desfecho de cada paciente com pancreatite aguda biliar, viu-se que de 18 pacientes apenas 6 realizaram colecistectomia internados, sendo que 3 pacientes realizaram na primeira internação e 3 na segunda internação; também foi observado que 2 pacientes internados por pancreatite de etiologia biliar, já eram colecistectomizados.

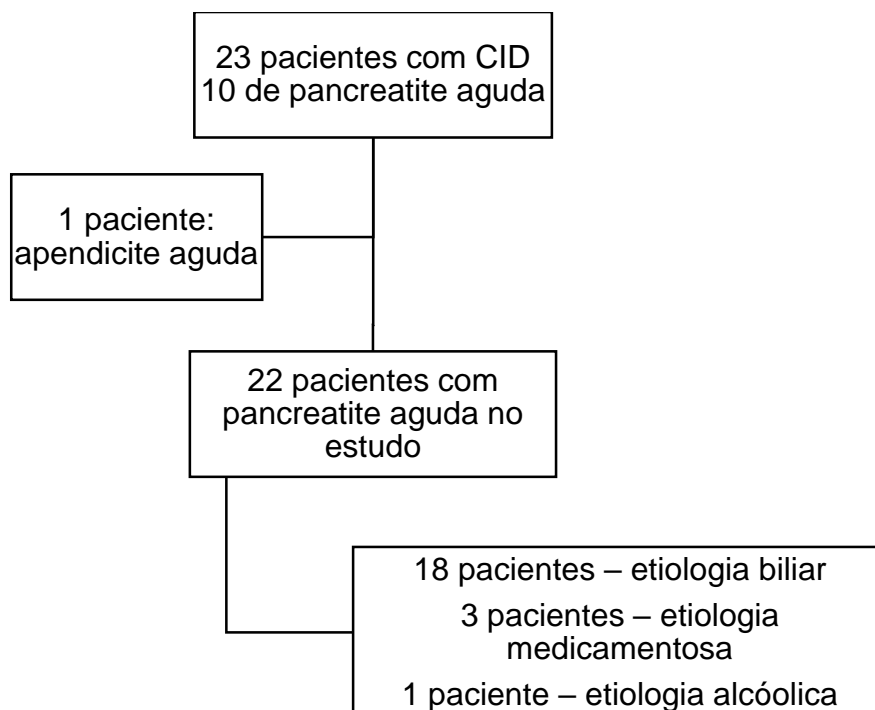
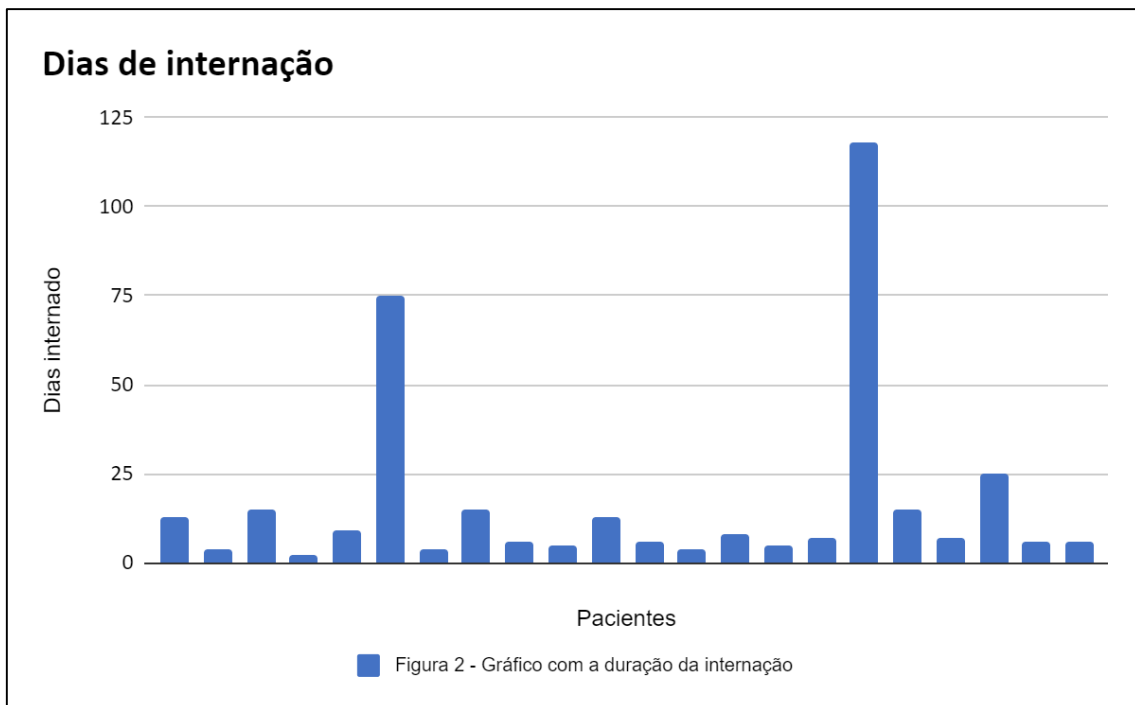


Figura 1 – Fluxograma pacientes participantes do estudo

Em relação ao número de reinternações, 7 pacientes foram reinternados, sendo que 4 pacientes tiveram 3 internações por pancreatite biliar, 2 pacientes tiveram 2 internações por pancreatite biliar e 1 paciente teve uma internação por pancreatite medicamentosa e a segunda internação por hipertrigliceridemia.

Outro ponto avaliado foram as complicações no decorrer das internações; dentre os 22 pacientes, 4 pacientes com pancreatite biliar apresentaram complicações, sendo 1 colangite, 1 colecistectomia complicada, 1 pancreatite necrotizante e 1 coledocolitíase pós colecistectomia; já em pacientes com pancreatite medicamentosa observou-se complicações em relação a função renal, um desenvolveu lesão renal aguda e outro agudizou a doença renal crônica – complicações que podem estar relacionada a toxicidade do medicamento em uso.



5. DISCUSSÃO

Tendo em vista os dados analisados durante junho a novembro de 2021 pode-se notar um número considerável de internações por pancreatite aguda, sendo a etiologia biliar a mais frequente.

Avaliando o período de internações e as complicações ocorridas, percebe-se que as pancreatites biliares tendem a ter boa resposta clínica nos dias iniciais da internação, visto que 72,7% dos pacientes permanecem internados menos de 15 dias, sendo reflexo do manejo adequado na admissão hospitalar destes pacientes.

Os valores iniciais de lipase e amilase variaram muito e não foram diretamente relacionados ao desfecho clínico, porquanto pacientes com elevados índices de lipase tiveram internação curta e ausência de complicações.

As reinternações hospitalares por pancreatite aguda biliar possivelmente seriam evitadas se os pacientes fossem submetidos a colecistectomia na primeira internação; esta conduta além de ser benéfica ao paciente, diminuindo risco de novas pancreatites, traria benefícios ao sistema público de saúde gerando menos custo com internações, com exames complementares – a cada internação são realizados exames laboratoriais e de imagem – além de reduzir as filas de espera por procedimentos eletivos.

Observou-se também que os pacientes tiveram desfecho clínico favorável quando manejados adequadamente ainda no setor de emergência, ou seja, recebendo hidratação vigorosa, sem antibioticoterapia e optando-se por realizar ecografia de abdômen total como exame de imagem inicial ao invés de tomografia.

A implementação de uma “prescrição protocolo” com itens imprescindíveis para um paciente com pancreatite aguda garantiria que o paciente receba as medicações necessárias, permaneça sem alimentar-se, realize os exames indicados e evitaria exames desnecessários em um primeiro momento.

6. CONCLUSÃO

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas que pode causar desde lesão local até falência do órgão. Esta comorbidade pode causar descompensação de diversas outras doenças do paciente, por isso o diagnóstico rápido e preciso, além de a instituição do tratamento precoce e adequado são essenciais para minimizar danos a saúde.

A presente pesquisa buscou analisar as etiologias mais frequentes, o período de internações bem como as complicações ocorridas durante as internações por pancreatite aguda.

Concluiu-se que os pacientes respondem bem ao tratamento adequado, porém sem o tratamento definitivo na etiologia biliar – colecistectomia – o risco de reinternações prolongadas é maior.

Tendo em vista a etiologia mais presente, acredita-se que otimizar o manejo clínico inicial através de protocolos - sempre observando as individualidades de cada um - e aumentar o número de colecistectomias na internação trará benefícios ao paciente e ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- BANKS, Peter A. et al. Classification of acute pancreatitis - 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. **Gut**, [s. l.], 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>
- BOXHOORN, Lotte et al. Acute pancreatitis. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31310-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31310-6)
- CHO, Joon Hyun et al. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis. **World Journal of Gastroenterology**, [s. l.], 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i8.2387>
- CUNHA, Elen; ROCHA, Manoel; PEREIRA, Fábio. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. **Radiol Bras**, 2014.
- DA COSTA, David W. et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): A multicentre randomised controlled trial. **The Lancet**, [s. l.], 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00274-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00274-3)
- DE-MADARIA, Enrique et al. Influence of fluid therapy on the prognosis of acute pancreatitis: A prospective cohort study. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.236>
- DE WAELE, Jan J.; LEPPÄNIEMI, Ari K. Intra-abdominal hypertension in acute pancreatitis. **World Journal of Surgery**, [s. l.], 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-009-9994-5>
- DERVENIS, C. et al. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis: Santorini consensus conference. [S. l.: s. n.], 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1385/ijgc:26:1:1>
- FRANK, Bernhard; GOTTLIEB, Klaus. Amylase normal, lipase elevated: Is it pancreatitis? A case series and review of the literature. **American Journal of Gastroenterology**, [s. l.], 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(98\)00759-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(98)00759-X)
- GULLO, Lucio et al. Acute pancreatitis in five European countries: Etiology and mortality. **Pancreas**, [s. l.], 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006676-200204000-00003>
- JOHNSON, C. D. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. [S. l.: s. n.], 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gut.2004.057026>
- KOUTROUMPAKIS, Efstratios et al. Management and outcomes of acute pancreatitis patients over the last decade: A US tertiary-center experience. **Pancreatology**, [s. l.], 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2016.10.011>
- NORDBACK, Isto et al. The Recurrence of Acute Alcohol-Associated Pancreatitis Can Be Reduced: A Randomized Controlled Trial. **Gastroenterology**, [s. l.], 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2008.11.044>
- PEERY, Anne F. et al. Burden of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States. **Gastroenterology**, [s. l.], 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.08.045>
- PENDHARKAR, Sayali A. et al. Quality of life in a randomized trial of nasogastric tube feeding in acute pancreatitis. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0148607115574290>
- RIO-TINTO, Ricardo; DEVIERE, Jacques. Prophylaxis of Post-ERCP Pancreatitis: The Gap between Evidence-Based Guidelines and Clinical Practice. **GE Port J Gastroenterol**, Lisboa , v. 26, n. 1, p. 3-4, fev. 2019 .
- TRIVIÑO, Tracisio; TORREZ Franz Roberto; LOPES Gaspar. Pancreatite aguda: o que mudou?. Researchgate2002 SILVA, Sílvia da; ROCHA, Mónica; PINTO-DE-SOUSA, João. Acute Pancreatitis 15 9 Etiology Investigation: A Workup Algorithm Proposal. **GE Port J Gastroenterol**, Lisboa , v. 24, n. 3, p. 129-136, jun. 2017 .
- VAN DIJK, Sven M. et al. Acute pancreatitis: Recent advances through randomised trials. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313595>
- WINDSOR, A. C.J. et al. Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis. **Gut**, [s. l.], 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gut.42.3.431>
- YADAV, Dhiraj;

AGARWAL, N.; PITCHUMONI, C.S. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. **The American Journal of Gastroenterology**, [s. l.], 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05766>