

Edição IV

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 12

O MANEJO DA PANCREATITE AGUDA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

JOÃO VITOR BORDINHÃO BEGNOCI¹
PAOLLA RAMOS CARVALHO CORRÊA²
PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA³

¹Egresso – Medicina da Faculdade de Medicina de Catanduva e Cirurgião Geral pela Faculdade de Medicina de Catanduva - Centro Universitário Padre Albino.

²Discente – Medicina do Centro Universitário de Caratinga UNEC.

³Egresso – Medicina da Universidade Federal de Jataí – UFJ.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda; UTI; Manejo.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA), por definição, se caracteriza por uma inflamação resultante da liberação e ativação das enzimas pancreáticas. A incidência é responsável por cerca de 200 mil admissões hospitalares por ano nos Estados Unidos. No Brasil corresponde a incidência de 19 casos a cada 100 mil habitantes (AZEVEDO *et al.*, 2022).

A pancreatite é uma das principais causas de hospitalização dos pacientes com distúrbios gastrointestinais. Ela tem um impacto significativo na morbidade e na mortalidade. Em torno de 20% dos casos de pacientes com PA de moderado a grave apresentam complicações graves, incluindo necrose no próprio tecido ou adjacentes, além de possibilidade de falência de múltiplos órgãos (ZHU *et al.*, 2024; VENKATESH *et al.*, 2025).

A taxa de morte da doença é variável, porém é grave, podendo variar entre 20 a 40% de mortalidade, sendo importante a identificação e o respectivo manejo para reduzir esses valores (ZHU *et al.*, 2024).

Nos pacientes com quadros leves, normalmente, o tratamento de suporte resolve e tem baixa mortalidade. Já nos pacientes de moderado a grave apresentam um prognóstico mais desfavorável. Há um aumento da mortalidade de 0,1% para até 54,1% nos casos críticos (SIVANATHAN *et al.*, 2025).

O presente trabalho objetiva analisar o manejo da pancreatite aguda nas unidades de terapia intensiva.

FATORES DE RISCO

A principal etiologia da pancreatite é o álcool, seguido pelos cálculos renais. Em condições mais raras, fatores como hipertrigliceride-

mia podem acarretar a condição. Casos mais raros ainda identificam aspectos como a PA pós-colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e associada a medicações (SIVANATHAN *et al.*, 2025).

Índices glicêmicos, triglicerídeos e índice de massa corporal mais elevados contribuem para o aumento da mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI) em comparação a indivíduos saudáveis com a mesma condição (ZHU *et al.*, 2024).

Alguns fatores que contribuem para o desfecho desfavorável são falência de órgãos, peritonite, tromboembolismo, sepse e necrose pancreática (SIVANATHAN *et al.*, 2025).

Observa-se fatores de risco associados a maiores chances de hospitalização em terapia intensivas, como sexo masculino, diabetes, obesidade, insuficiência cardíaca e arritmia cardíaca (SIVANATHAN *et al.*, 2025).

FISIOPATOLOGIA

A PA ocorre devido à ativação das enzimas pancreáticas dentro do pâncreas e não na região duodenal. Além disso, ocorre uma falha dos mecanismos de defesa para que isso ocorra ou para sua inativação, acarretando lesão pancreática e, com isso, reações inflamatórias no local que podem acarretar a doença (AZEVEDO *et al.*, 2022).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Clinicamente, o quadro pode ser dor abdominal de modo agudo com intensidade forte e contínua em quadrante superior do abdômen com possibilidade de irradiar para região dorsal. Em até 90% dos casos, outras manifestações, como náuseas, vômitos e febre, podem estar presentes. Se a febre estiver presente por um

período superior a 48 horas, há uma boa correlação com quadro infeccioso e com uma maior mortalidade (AZEVEDO *et al.*, 2022).

Os achados no exame físico podem ser dor a palpação do abdome, diminuição dos ruídos hidroaéreos e distensão abdominal. Em alguns casos pode cursar com peritonite. Alguns sinais clássicos, embora raros, podem estar presentes, como no caso do sinal de Cullen (equimose periumbilical) e sinal de Grey-Turner (equimose nos flancos) (AZEVEDO *et al.*, 2022).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico gira em torno de três critérios, sendo eles: clínico, exames laboratoriais e exames de imagem (AZEVEDO *et al.*, 2022).

As manifestações clínicas típicas são um dos critérios, outro critério é o aumento das enzimas pancreáticas (amilase ou lipase) em um valor de pelo menos três vezes do limite normal; o último são as alterações nos exames de imagem (tomografia, ultrassonografia ou ressonância). Na presença de dois dos três critérios, confirma-se PA (AZEVEDO *et al.*, 2022)

TRATAMENTO

A pancreatite aguda leve é representada em casos de edema intersticial pancreático, tendo possibilidade de extensão para o tecido pancreático. Nessa condição, não há disfunção de órgãos e necrose evidente. É responsável por 80% dos casos e normalmente apresenta resolução em poucos dias. O manejo se dá pelo controle de sintomas, hospitalização, geralmente, de curta duração, hidratação venosa, analgesia adequada, podendo fazer uso inclusive de opioides, além de antieméticos se houver náuseas

e vômitos. O uso de antibióticos não é recomendado (AZEVEDO *et al.*, 2022).

A classificação de Atlanta separa em moderada a grave, pela persistência de disfunção orgânica, se em menos de 48 horas é considerada moderada e se por mais que esse período grave. Nesses casos, é importante a pesquisa de complicações locais, como coleções peripancreáticas, pseudocistos e necrose pancreática. Nesses casos de refratariedade ou suspeita de complicações, são solicitados exames de imagem para investigação. Os casos graves são importantes estarem na UTI (AZEVEDO *et al.*, 2022).

O suporte é importante, devendo-se instituir medidas relacionadas ao quadro clínico do paciente. Nos casos de insuficiência respiratória, pode-se lançar mão de oxigenoterapia e ventilação mecânica. Nas causas de injúria renal aguda, pode-se adotar terapia renal substitutiva e em casos de choque refratário à reposição volêmica, pode-se utilizar vasopressores. O antibiótico é reservado aos casos de suspeita de pancreatite com necrose infectada (piora clínica, febre persistente, sepse e leucocitose). Um exemplo dos antibióticos que podem ser usados são os carbapenêmicos. A drenagem percutânea ou endoscópica pode ser utilizada para drenagem desse conteúdo (AZEVEDO *et al.*, 2022).

A terapia na UTI é um dos pilares fundamentais na terapêutica da pancreatite nos estágios graves para evitar deterioração emitente, garantir melhor monitorização e reduzir as chances de óbito no paciente (SIVANATHAN *et al.*, 2025).

O cuidado na terapia intensiva com toda a monitorização e equipe multiprofissional para o cuidado tem papel na melhora do prognóstico, reduzindo tempo de sintomas, internação, além de outras complicações (SIVANATHAN *et al.*, 2025; ZHANG *et al.*, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa perspectiva, observa-se que o manejo da PA depende da gravidade do quadro, sendo os sintomas leves mais associados à rápida resolutive com suporte hospitalar nas enfermarias. O tratamento na UTI geralmente se reserva

a complicações e quadros de disfunção de órgãos, onde há um aumento da mortalidade e maior necessidade de maior monitorização e manejo intensivo. As medicações e até abordagem mais invasivas dependem das particularidades do paciente. O tratamento adequado em tempo hábil é importante para melhora do prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, L.C.P. *et al.* Medicina intensiva: abordagem prática. 5. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

SIVANATHAN, V. *et al.* Risk factors for intensive care unit admission in hospitalized patients with acute pancreatitis. *Clinical Nutrition ESPEN*, v. 70, p. 373, 2025.

VENKATESH, K. *et al.* A prediction model for 'ICU mortality or prolonged ICU stay' in critically unwell patients with acute pancreatitis: insights from a 2003-2020 cohort analysis using the ANZICS-CORE database. *Critical Care*, v. 29, 2025.

ZHANG, Y. *et al.* Application of refined ICU nursing care in the treatment of severe acute pancreatitis and its impact on clinical outcomes. *Langenbeck's Archives of Surgery*, v. 411, 2025.

ZHU, Y. *et al.* Association between triglyceride glucose-body mass index and all-cause mortality in critically ill patients with acute pancreatitis. *Scientific Reports*, v. 14, 2024.