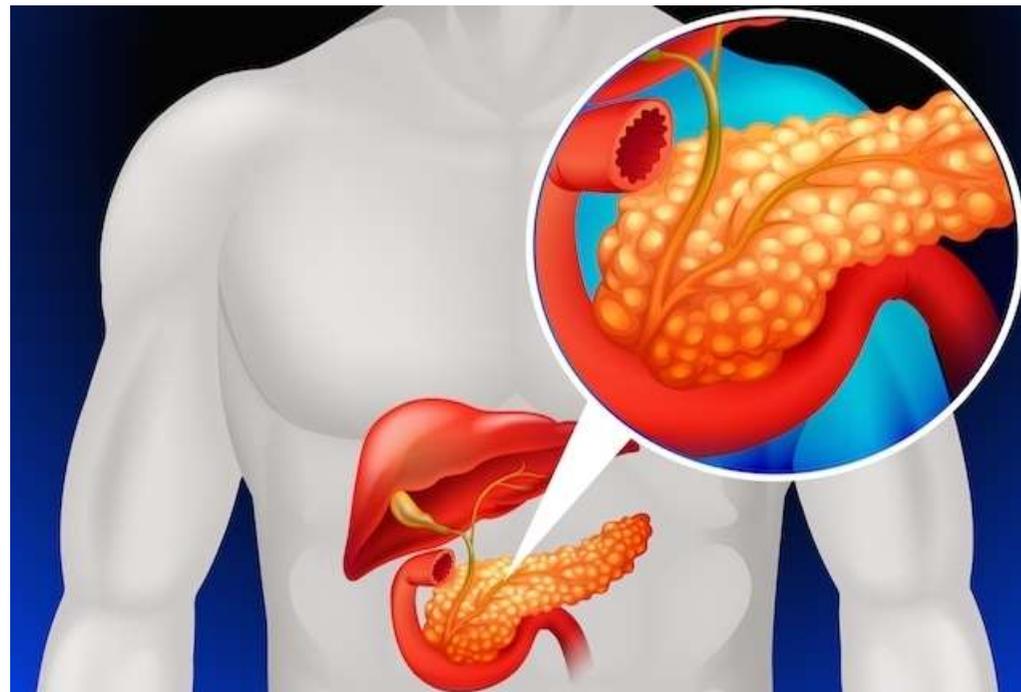


# **Programa de Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso**

**Disciplina: Principais agravos crônicos à saúde do  
adulto e do idoso**

**Pancreatite Crônica/Colecistite**

# Pancreatite Crônica



# Pancreatite crônica (PC)

- As pancreatites crônicas (PC) são afecções caracterizadas por processo inflamatório pancreático crônico que conduz à substituição progressiva do parênquima pancreático normal, exócrino e endócrino, por tecido fibrótico, levando a alterações morfológicas (como estenoses) e irregularidades nos ductos pancreáticos e calcificações parenquimatosas.
- Do ponto de vista anátomo-patológico, caracteriza-se pela fibrose progressiva do parênquima glandular, inicialmente focal e, a seguir, difusa por todo o pâncreas.
- Do ponto de vista evolutivo, geralmente há persistência das lesões, mesmo com a retirada do fator causal, determinando alterações pancreáticas residuais anatômicas e funcionais.

# Classificação

- No Brasil, habitualmente, a classificação de Marselha-Roma é a mais utilizada.
- Baseia-se na etiopatogenia da doença, sendo a forma calcificante a mais frequente e o álcool, o agente etiológico mais comum.
- Apesar de sua apresentação clínica poder ser como a das pancreatites crônicas, a forma obstrutiva, uma vez tratada, pode envolver e não desenvolver fibrose; dentre as inflamatórias, a pancreatite autoimune pode ter regressão de suas lesões histológicas com o tratamento corticoterápico.

# Classificação

No Brasil também usa-se uma classificação própria, adaptada às características das pancreatites crônicas em nosso meio. obtida a partir da classificação de Marselha-Roma e modificada por sugestões contidas em outras classificações feita por especialistas de gastroenterologia.

## Quadro 4: Pancreatite crônica classificação

### **Pancreatite crônica calcificante**

- *Álcool*
- *Genética*
- *Metabólica*
- *Nutricional*
- *Idiopática*

### **Pancreatite crônica obstrutiva**

- *Pâncreas divisum*
- *Estenose do ducto pancreático principal*
- *Estenose da papila*
- *Tumores do pâncreas e periampulares*

### **Pancreatite autoimune**

- *PC isolada*
- *PC sindrômica*

### **Pancreatite não classificada**

Fonte: adaptado de Etemad B, Whitcomb DC. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification and new genetic developments. *Gastroenterology*. 2001;120:682-707; Sarles H, Adler G, Dani R et al. The pancreatitis classification of Marseille-Rome 1988. *Scand. J. Gastroenterology*. 1989;24:641-2

# Epidemiologia

- A pancreatite crónica tem um peso considerável na morbimortalidade das populações, estando entre as 7 doenças do foro da gastroenterologia mais comuns nos Estados Unidos.
- No Brasil, um levantamento a respeito da frequência de internações por PC no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), no período entre 1975 e 1995, encontrou um total de 0,49%.
- É mais frequente no sexo masculino.
- A taxa de mortalidade associada à pancreatite crónica pode chegar aos 50% aos 20 anos de diagnóstico, sobretudo quando relacionada com o abuso de álcool.

# Etiologia

- As PC podem ser divididas em três grupos principais: alcoólica, idiopática e outras.
- Principal fator etiológico no Brasil: **álcool** (atua como um cofator em pessoas que são suscetíveis a desenvolver a patologia por outros motivos, dentre eles genéticos e ambientais).
- Nos EUA, o álcool é responsável por 45% dos casos de PC.
- De acordo com Dani et al., em estudo epidemiológico das PC em Belo Horizonte e São Paulo, o álcool responde por cerca de 90% da etiologia em nosso meio.

# Etiologia

- O **tabagismo e fatores dietéticos** (dieta rica em proteína e gorduras) aumenta o risco de PC e acelera a progressão de todas as formas da doença. O risco de pancreatite crônica é sete a 17 vezes maior para tabagistas, quando comparados a não fumantes.
- Cerca de 20% dos casos de PC se devem à PC idiopática, enquanto os 10% restantes decorrem de outras etiologias, entre as quais se incluem a hipercalcemia, obstruções ductais, pâncreas divisum, pancreatite autoimune e doenças hereditárias.
- Portanto, a PC é uma patologia complexa que envolve predisposição genética, resposta imune e inflamatória, além da participação de fatores ambientais (álcool, tabagismo, nutrição) e metabólicos, que atuam de forma interativa, na maioria das vezes.

# Diagnóstico

- O diagnóstico costuma ser muito fácil em fases avançadas da doença.
- Por outro lado, o grande desafio é o diagnóstico precoce da doença naqueles indivíduos com dor abdominal sugestiva, mas com estudos de imagem pancreáticas normais ou com alterações inespecíficas.
- Ainda não há definido em exame laboratorial padrão ouro para o diagnóstico da PC
- Exames:
  - Exames laboratoriais (amilase, lipase, albumina, vitamina B12, ácido fólico cálcio, magnésio, zinco, tiamina, glicemia)
  - Pesquisa de gordura nas fezes
  - RX de abdome
  - Tomografia de abdome

# Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)

- Embora até o momento não exista um verdadeiro padrão ouro , a endoscopia ainda é considerada o melhor método para o diagnóstico de pancreatite crônica, especialmente em um subgrupo de pacientes com dor abdominal crônica e suspeita diagnóstica, mas que não apresentam evidências clínicas claras de insuficiência pancreática ou exames de imagem anormais.
- A CPRE é realizada introduzindo-se, pela boca até a segunda porção duodenal, um aparelho flexível – endoscópico de visão lateral- que permite a introdução de um cateter plástico pelo orifício de abertura desses canais (papila duodenal) a fim de avaliar radiologicamente a anatomia das vias biliares e do ducto pancreático principal, pela administração de contraste radiopaco pelo cateter injetor seguida de radiografias seriadas do abdome.

# CPRE

- Ela também é utilizada como método terapêutico.
- Podem ser tratados estenose, fístulas e litíase no ducto pancreático.
- Em 10% a 30% dos pacientes com pancreatite crônica que desenvolvem estenose da porção intrapancreática do colédoco, a endoscopia oferece a alternativa de drenagem biliar por endopróteses nos casos que representem alto risco cirúrgico.

# Manifestações Clínicas

- Dor abdominal, náuseas e vômitos
- Emagrecimento
- Esteatorreia
- Diabetes
- Icterícia
- Pseudocistos
- Derrames cavitários
- Hemorragia digestiva

**Tabela 1. Manifestações observadas em pacientes portadores de pancreatite crônica, investigados no Grupo de Pâncreas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).**

Dor	92,2%
Emagrecimento	91,5%
Má absorção	33,9%
Diabete	46,2%
Icterícia	24,6%
Pseudocistos	35,9%
Derrames cavitários	13,3%
Hemorragia digestiva	2,3%
Necrose	4,7%
Abscesso	3,6%
Fístulas	1,1%

# Complicações da PC

- Dor
- Insuficiência exócrina do pâncreas
- Insuficiência endócrina
- Obstrução das vias biliares
- Pseudocisto pancreático
- Fístulas pancreáticas
- Complicações vasculares
- Derrame Pleural
- Ascite pancreática
- Necrose pancreática

Complicações  
incomuns, porém com  
alta morbimortalidade.

# Dor na Pancreatite Crônica

- Está presente em mais de 90% dos casos, sendo incapacitante na maioria deles.
- Pode se apresentar como uma dor visceral crônica contínua, localizada no abdome superior, com irradiação para o dorso e, em algumas vezes, no hipocôndrio esquerdo.
- Pode ocorrer em surtos ou de forma contínua.
- As crises dolorosas são comumente recorrentes, intensas, com duração de um a sete dias e os períodos sem dor variam de meses a anos.

# Dor na Pancreatite Crônica

- Os episódios são desencadeados, quase sempre, pelo abuso alcoólico e/ou por alimentação gordurosa.
- A dor tem grande impacto na qualidade de vida, contribuindo para a desnutrição por redução da ingesta alimentar.
- Associa-se à perda da capacidade laborativa, às comorbidades e à depressão.

**Considerando-se que não há tratamento curativo efetivo para a PC, o controle da dor é uma das principais metas terapêuticas, junto com a recuperação nutricional e o controle do diabetes mellitus secundário.**

# Insuficiência Exócrina

- A pancreatite crônica (PC), em especial a de etiologia alcoólica, é a principal causa de insuficiência exócrina do pâncreas (IEP) no mundo ocidental em adultos.
- Define-se como um distúrbio da função de secreção de lipase, amilase e protease e da produção ductal de bicarbonato.
- No paciente com PC, a reposição enzimática deve iniciar-se precocemente, quando a desnutrição de micro e macronutrientes se faz evidente, mesmo na ausência de esteatorreia.

# Insuficiência Exócrana

- Recomenda-se, já no primeiro contato com o paciente, a mensuração laboratorial de albumina, vitamina B12, ácido fólico, magnésio, cálcio, zinco e tiamina, que ajudarão no diagnóstico precoce de IEP, avaliação nutricional e resposta terapêutica.
- São prescritos as enzimas pancreáticas, em forma de minimicroesferas acidorresistentes, que tenham como principal componente a lipase, para que se misturem ao quimo e atinjam o duodeno, no qual, em  $\text{pH} > 5$ , promoverão uma adequada digestão.
- A dose inicial é avaliada de acordo com o grau de insuficiência ou disfunção exócrana do pâncreas.

# Insuficiência Endócrina

- O diabetes mellitus (DM) secundário ou tipo III é uma grave complicação, que pode surgir no seguimento clínico de várias doenças pancreáticas de curso prolongado ou mesmo preceder o diagnóstico etiológico definitivo do comprometimento pancreático.
- Os pacientes com PC desenvolvem diabetes em decorrência da redução da produção da insulina, pela hipoglucagonemia e pela consequente labilidade do controle glicêmico.
- A frequência estimada dos distúrbios da glicorregulação na PC está em torno de 25 a 30 % em cinco anos, de 40 a 65% em 10 anos e de 43 a 80% após 15 anos do diagnóstico.
- Vários estudos epidemiológicos demonstraram que o surgimento dos cálculos pancreáticos nos exames de imagens está relacionado ao agravamento da função endócrina e o surgimento do diabetes.

# Insuficiência Endócrina

- O diabetes secundário à PCC raramente se complica com cetoacidose e os acidentes de hipoglicemia são frequentes.
- A raridade dos acidentes de cetoacidose pode estar relacionada à diminuição paralela de glucagon, que exerce um papel importante no agravamento da cetoacidose do diabetes tipo I.

# Tratamento

- **Controle do diabetes**

- A terapêutica específica do diabetes relacionado à PC não apresenta diferenças marcantes em relação ao tratamento usual dos diabetes tipos I e II.
- A utilização de hipoglicemiantes orais é a opção inicial em determinados casos, seguida por insulinoterapia monitorada por mensurações dos níveis glicêmicos nos períodos pré e pós-prandiais.
- Orientação dietética

# Tratamento

- **Abstinência alcoólica:** o álcool atua como agressor direto ao pâncreas, aumentando o estresse oxidativo e os processos inflamatórios, além de promover estímulo secretório e modificações na composição do suco pancreático.
- **Cessaçã do tabagismo:** a nicotina é um fator direto de ativação neuropática.
- **Dieta e suplementação enzimática:** Atualmente, propõe-se dieta com composição semelhante à de indivíduos normais quanto ao consumo lipídico, acompanhada do fornecimento de pancrelipase em quantidade suficiente para o processo digestório.. Em geral, inicia-se com 25.000-50.000 unidades durante as principais refeições (café, almoço e jantar), relacionando-se com o grau de lipídios ingeridos.

# Tratamento Intervencional

- Pancreatectomias
- Duodenopancreatectomias
- Drenagem pancreática endoscópica (indicada nos casos de obstrução do ducto pancreático principal).
- Litotripsia extracorpórea, indicada para os casos de obstrução ductal causada por cálculos (poucos resultados).

# Tratamento

- A indicação mais freqüente de tratamento cirúrgico é para controle da dor, quando incapacitante e intratável por métodos clínicos.
- O procedimento considerado ideal é aquele que alivia a dor e trata complicações, com o menor prejuízo funcional da glândula.
- A abordagem cirúrgica, embora usualmente empregada em casos refratários ao tratamento clínico, oferece melhores resultados quando realizada no casos mais precoces.
- As pancreatectomias cefálicas sem duodenectomias mostraram melhores resultados com relação aos riscos de DM provavelmente em função da preservação do eixo entero-insulinico. Nas pancreatectomias esquerdas, a maioria dos estudos mostra um aumento significativo do risco de diabetes

# Neuroablação

- É um procedimento paliativo realizado através da destruição ou bloqueio do plexo celíaco.
- Pode ser realizado nos casos refratários, com pior prognóstico cirúrgico, pela via percutânea, guiada por imagem por ou por abordagem cirúrgica.
- O bloqueio ou destruição do plexo celíaco raramente tem resultados permanentes, necessitando de repetições por vezes com intervalos semestrais, sendo considerada uma terapia paliativa de última escolha na abordagem da dor.

# Cuidados de Enfermagem

- Verificar queixas de dor
- Observar indicadores não verbais de dor ou desconforto
- Verificar glicemia capilar
- Observar sinais de hipoglicemia
- Estimular aceitação alimentar
- Observar aspecto das fezes
- Observar sinais de abstinência alcóolica

# COLECISTITE COLELITÍASE

# Colecistite

- É uma inflamação da vesícula biliar.
- A causa mais comum é a presença de cálculos na vesícula que causam a obstrução do fluxo da bile no ducto cístico.
- Em 95% dos casos ocorre como consequência de litíase e em 5% obedece a outras causas menos frequentes, (as chamadas colecistites agudas alitiásicas).
- O Brasil apresenta prevalência de 9,3% de casos de colelitíase na população em geral, demandando cerca de 60.000 internações por ano no Sistema Único de Saúde (SUS).

# Colecistite

- Pode ser aguda ou crônica.
- A colecistite crônica é a inflamação causada por longos períodos, quase sempre causada por episódios anteriores de colecistite aguda (mesmo que leve).
- Nesses casos, a vesícula se mostrará, ao exame de imagem, com a parede mais espessa, fibrosada e contraída.

# Sinais e sintomas

- Dor no quadrante superior direito ou epigástrio.
- Cólica (principalmente após a ingestão de alimentos gordurosos)
- Febre (usualmente baixa)
- Prostração
- Anorexia
- Náuseas
- Vômitos

# Fatores de risco para o desenvolvimento de colelitíase e/ou colecistite aguda

- Terapia de reposição hormonal: terapia com estrógeno (com ou sem progesterona) aumenta o risco de doença da vesícula biliar
- Hipertrigliceridemia
- Obesidade
- Perda de peso sem alteração da razão cintura-quadril
- Cirurgia de obesidade
- Idade > 60 anos
- Sexo masculino
- Doença cardiovascular
- Alterações da glicemia
- Diabetes
- História de acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorragia
- Anemia falciforme
- Carcinoma de vesícula

# Diagnóstico

- Anamnese e exame físico
- Exames laboratoriais (HMG, PCR, bilirrubinas, enzimas hepáticas)
- USG abdominal
  - Exame de escolha em caso de suspeita de colecistite aguda.
  - Alterações da vesícula biliar à ultrassonografia são comuns em paciente crítico sem doença clínica da vesícula biliar.
  - A ultrassonografia fornece mais informações que a tomografia no estudo inicial do paciente com doença biliar aguda

# Sinal de Murphy

- Alta especificidade para confirmar o diagnóstico.
- Técnica: realizar palpação profunda na região subcostal direita e solicitar que o paciente faça uma inspiração profunda.
- O sinal é positivo: quando o paciente contrai a musculatura e prende a respiração ao final da inspiração.
- Significado: processo inflamatório ou infeccioso subhepático, usualmente colecistite aguda.
- Observação importante: no idoso, este sinal é pouco sensível para o diagnóstico da colecistite aguda.

## Classificação de gravidade - Diretrizes de Tokyo 2013 <sup>1,2,13</sup>

Grau	Achados da colecistite aguda
<b>I – Leve</b>	Ausência dos achados dos graus II e III  Achados inflamatórios leves na vesícula e ausência de disfunção orgânica
<b>II - Moderada</b>	Colecistite aguda com pelo menos 1 dos sinais abaixo:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Leucocitose &gt; 18.000</li><li>2. Plastrão palpável no hipocôndrio direito</li><li>3. Duração das queixas &gt; 72h</li><li>4. Inflamação local importante: gangrena/necrose, abscesso pericolecístico ou hepático, peritonite biliar e/ou colecistite enfisematosa.</li></ol>
<b>III – Grave</b>	Colecistite aguda com sepse ou choque septico

# Tratamento

- Antibioticoterapia
- Analgesia
- Profilaxia de TVP (utilizar a pontuação de Caprini)
- Correção de distúrbios hidroeletrolíticos associados
- Reavaliação contínua da resposta do paciente ao tratamento clínico
- Tratamento cirúrgico (Colecistectomia)

# Tratamento

- Definição do momento da cirurgia baseado na gravidade do quadro de colecistite aguda e no risco geral do paciente:
  - Para pacientes com **colecistite aguda grave**, é realizada a colecistectomia de emergência assim que estabilidade mínima.
  - Para pacientes com **colecistite aguda moderada**, com sinais de irritação peritoneal, peritonite biliar, perfuração da vesícula, abscesso, colecistite gangrenosa/necrotizante ou enfisematosa, também é indicada a colecistectomia de emergência.
  - Para pacientes com **colecistite aguda leve** (ou cólica biliar recorrente ou refratária a analgesia), pode ser indicada a colecistectomia eletiva.

# Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL) x Técnica aberta

- A CVL é a operação do aparelho digestivo mais realizada no mundo; são aproximadamente 700.000 cirurgias por ano somente nos Estados Unidos.
- No Brasil, a prevalência de colelitíase em Curitiba é de 9,3% em indivíduos com mais de 20 anos de idade, sendo a CVL o principal tratamento.
- Quando comparada à técnica aberta, a cirurgia videolaparoscópica agrega benefícios clínicos para o paciente.
- Isso é decorrente da evolução da técnica, dos instrumentos e do aprimoramento da equipe cirúrgica.

# Vantagens da Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL)

- Menos traumática
- Menor dor no pós operatório
- Diminuição no número de dias de internação hospitalar
- Menor risco de infecção de ferida operatória
- Estética
- Redução da taxa de mortalidade
- Menor frequência de complicações, como fístulas biliares e hemorragia.

# Referências

- Alves, José Galvão et al. II Diretriz Brasileira de Pancreatite Crônica e artigos comentados. GED gastroenterol. endosc. dig. 2017: 36 (supl. 1):01-66.
- Colognesi LMSM, Spaziani AO, Freitas CJ et al. Pancreatite: uma revisão literária do disponível acerca de sua incidência, etiologia, manifestação clínica, diagnóstico, tratamento da patologia ou suas formas de apresentação. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 7550-7557 jul./aug. 2020.
- Bento A, Baptista H, Oliveira F. Malformações congênitas do pâncreas: um caso clínico. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2013.
- Lucio DS, Borghesi LA. Estudo clínico epidemiológico das pancreatites em um hospital de referência terciária entre 2013 e 2014. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2016;18(2):87-91.
- Costa OL, Gomes MPZ, Gonçalves CS. Pancreatite crônica: resultados do tratamento cirúrgico em 74 pacientes. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 29, Nº 6, Nov/Dez 2002.
- Pereira GAM, Lopes PTC, Santos AMPV et al. Bloqueio do plexo celíaco: estudo anatômico e simulação em tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2014 Set/Out;47(5):283–287.
- Nunes EC, Rosa RS, Bordin R. Internações por colecistite e colelitíase no Rio Grande do Sul, Brasil. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.29 no.2 São Paulo Apr./June 2016.
- Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro – HMDCC – Protocolos Clínicos (IQ-009). Tratamento da colecistite aguda. 2019.
- Irigohê ALD, Franzoni AAB, Teixeira HW et al. Análise do perfil clínico epidemiológico dos pacientes submetidos a Colecistectomia Videolaparoscópica em um hospital de ensino de Curitiba. Rev. Col. Bras. Cir. vol.47 Rio de Janeiro 2020 Epub June 03, 2020