

# Pancreatite aguda

Guia prático de prescrição e manejo da pancreatite aguda: hidratação vigorosa, analgesia escalonada, controle de náuseas, critérios de gravidade e orientações para alta hospitalar segura.

**Paciente típico:** Adulto, 40 anos, previamente hígido, com dor epigástrica em faixa irradiando para dorso há 12 horas, associada a náuseas e vômitos. História de etilismo ou litíase biliar conhecida.

## ? Guia rápido

*! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente refere dor abdominal epigástrica em faixa há 12 horas, de início súbito, irradiando para dorso, intensidade 8/10, contínua, sem fatores de melhora. Associada a náuseas e 3 episódios de vômitos nas últimas 24h. História prévia de etilismo crônico / cálculo biliar conhecido / hipertrigliceridemia.

Nega febre, icterícia, colúria, acolia fecal, hematemese, melena ou hematoquezia. Nega sintomas urinários. Nega alergias medicamentosas.

#### # Exame físico

REG, consciente e orientado, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril.

PA: 120 mmHg | FC: 90 bpm | FR: 18 irpm | Tax: 37°C | SatO2: 98% em ar ambiente

Abdome: plano, doloroso à palpação em epigástrio, RHA presentes, sem massas ou visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal. Sem sinal de Cullen ou Grey-Turner.

Aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações.

#### # HD

- Pancreatite aguda
- Investigar etiologia: litíase biliar, alcoólica, hipertrigliceridemia

#### # Conduta

- Jejum oral
- Hidratação venosa vigorosa
- Analgesia escalonada conforme intensidade da dor
- Antiemético se náuseas/vômitos
- Solicitar: amilase/lipase, HMG, Na, K, Cr, glicemia, TGO, LDH, cálcio, triglicerídeos, USG de abdome total
- Calcular escores de gravidade: Ranson, APACHE II
- Observação em leito com monitorização de sinais vitais
- Internação hospitalar
- Considerar CTI se Ranson > 2 ou APACHE II > 8

## Prescrição para paciente típico

### No pronto-socorro:

01. Cloreto de sódio 0,9% 500mL – fazer 5 a 10mL/kg/h EV contínuo (ajustar conforme peso e status cardiovascular)
  02. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – diluir 01 ampola (2mL) em 18mL de SF0,9%, fazer EV lento, de 6/6h
  03. Bromoprida 10mg/2mL – diluir 01 ampola (2mL) em 18mL de AD, fazer EV lento, de 8/8h, se náuseas
- # Se dor moderada a intensa:
04. Tramadol 50mg/mL – diluir 2mL em 100mL de SF0,9%, fazer EV em 30min, de 8/8h, se dor intensa
- # Se dor refratária:
05. Morfina 10mg/mL – diluir 1mL em 9mL de SF0,9%, fazer 3 a 5mL EV lento, de 6/6h, se dor refratária
- # Cuidados gerais:
- Dieta zero nas primeiras 48 horas
  - Sinais vitais de 4/4h
  - Monitorização contínua
  - Controle de diurese
  - Reavaliação clínica frequente

### Para casa:

\*Geralmente não há prescrição de alta, pois o paciente permanece internado\*

Em casos de pancreatite leve, após melhora clínica e reinício de dieta oral:

01. Dipirona 500mg ————— 01 caixa

Tomar 1 a 2 comprimidos, VO, de 6/6h, se dor.

02. Ondansetrona 4mg ————— 01 caixa

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas.

03. Omeprazol 20mg ————— 01 caixa

Tomar 01 cápsula, VO, pela manhã em jejum, por 30 dias.

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • **△ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- Avaliar estabilidade hemodinâmica e via aérea
- Garantir acesso venoso calibroso
- Iniciar hidratação vigorosa imediatamente
- Solicitar exames para confirmação diagnóstica: amilase ou lipase (elevação  $\geq 3x$  o valor de referência), hemograma completo, função renal, eletrólitos, glicemia, TGO, LDH, cálcio, triglicerídeos
- Solicitar USG de abdome total para investigar litíase biliar (principal etiologia - 40%)
- Calcular escores de gravidade: Ranson (solicitar HMG, glicemia, LDH, TGO) e APACHE II (solicitar gasometria, Na, K, Cr, HMG)
- **Critérios diagnósticos:** necessário 2 de 3 critérios: (1) dor abdominal epigástrica típica irradiando para dorso; (2) amilase ou lipase  $\geq 3x$  o limite superior; (3) achados de imagem característicos
- **Sinais de alarme:** Ranson  $>2$  pontos, APACHE II  $>8$ , sinais de choque, insuficiência respiratória, alteração do nível de consciência, sinais de Cullen ou Grey-Turner
- **Quando solicitar TC com contraste:** não indicada na apresentação inicial, exceto se dúvida diagnóstica. Indicada após 72h se sinais de deterioração clínica, sepse ou pancreatite grave, para avaliar necrose pancreática ou complicações

### • **HIDRATAÇÃO VENOSA AGRESSIVA**

#### ○ **Prescrição prática:**

- Cloreto de sódio 0,9% 500mL – fazer 5 a 10mL/kg/h EV contínuo
- Se hipovolemia grave (hipotensão + taquicardia): Cloreto de sódio 0,9% 500mL – fazer 20mL/kg em 30min (bolus), seguido de 3mL/kg/h por 8 a 12h

- **Indicações:**
  - Reposição volêmica imediata em todos os pacientes com pancreatite aguda
  - Prevenir necrose pancreática e disfunção orgânica
  - Corrigir hemoconcentração e sequestro de líquidos no terceiro espaço
- **Apresentações:**
  - Soro fisiológico 0,9% - bolsas de 250mL, 500mL, 1000mL
- **Via(s):**  EV
- **Cuidados:**
  - Contraindicações relativas: insuficiência cardíaca, insuficiência renal, edema agudo de pulmão
  - Ajustar velocidade de infusão conforme peso, idade, comorbidades e resposta clínica
  - Monitorizar débito urinário (meta: >0,5mL/kg/h)
  - Monitorizar sinais vitais de 4/4h
  - Avaliar sinais de sobrecarga volêmica (estertores pulmonares, turgência jugular, edema de membros)
  - Em idosos e cardiopatas, preferir 3-5mL/kg/h com monitorização rigorosa

## • ANALGÉSICO

- **Prescrição prática:**
  - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL de SF0,9%, EV lento em 3-5min, de 6/6h
  - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM profundo, de 6/6h
- **Alternativas:**
  - Paracetamol 1g/100mL – 01 bolsa, EV em 15min, de 6/6h (máx 4g/dia)
- **Indicações:**
  - Dor leve a moderada na pancreatite aguda
  - Primeira escolha para analgesia inicial
- **Apresentações:**
  - Dipirona 500mg/mL - ampolas de 2mL (1g)
  - Paracetamol 10mg/mL - frascos de 100mL (1g)
- **Via(s):**  EV |  IM
- **Cuidados:**
  - Dose máxima de dipirona: 4g/dia (adulto), 40mg/kg/dia (pediátrico)
  - Dose máxima de paracetamol: 4g/dia
  - Evitar paracetamol em hepatopatia grave
  - Infusão EV lenta de dipirona para prevenir hipotensão
  - Idade mínima: dipirona >3 meses; paracetamol >1 mês

## • ANALGÉSICO OPIOIDE FRACO (dor moderada a intensa)

- **Prescrição prática:**
  - Tramadol 50mg/mL – 2mL (100mg) + SF0,9% 100mL, EV em 30min, de 8/8h

- Tramadol 50mg/mL – 1mL (50mg), IM profundo, de 8/8h
- **Indicações:**
  - Dor moderada a intensa refratária a analgésicos simples
  - Segunda escolha na escada analgésica
- **Apresentações:**
  - Tramadol 50mg/mL - ampolas de 1mL (50mg) ou 2mL (100mg)
- **Via(s):**  EV |  IM
- **Cuidados:**
  - Dose máxima: 400mg/dia
  - Contraindicações: epilepsia não controlada, uso concomitante de IMAO, intoxicação aguda por álcool ou psicotrópicos
  - Reduzir dose em idosos (iniciar com 50mg)
  - Reduzir dose em insuficiência renal (ClCr <30mL/min)
  - Reduzir dose em insuficiência hepática
  - Pode causar náuseas, vômitos, tontura, sonolência
  - Risco de síndrome serotoninérgica se uso concomitante com ISRS
  - Não usar com ondansetrona (inibe efeito analgésico)
  - Idade mínima: >12 anos
  - Evitar em gestantes

## • ANALGÉSICO OPIOIDE FORTE (dor intensa ou refratária)

- **Prescrição prática:**
  - Morfina 10mg/mL – 1mL + SF0,9% 9mL (diluição 1mg/mL), fazer 3 a 5mL (3 a 5mg) EV lento, de 4/4h a 6/6h, se dor intensa
  - Fentanil 50mcg/mL – 1 a 2mL (50 a 100mcg), EV lento em 2-3min, de 1/1h a 4/4h, se dor intensa
- **Alternativas:**
  - Meperidina 50mg/mL – 1 a 2mL (50 a 100mg), IM profundo, de 4/4h, se dor refratária
- **Indicações:**
  - Dor intensa refratária a analgésicos simples e opioides fracos
  - Literatura sugere preferência para fentanil e meperidina na pancreatite aguda
  - Terceira escolha na escada analgésica
- **Apresentações:**
  - Morfina 10mg/mL - ampolas de 1mL (10mg)
  - Fentanil 50mcg/mL - ampolas de 2mL, 5mL e 10mL
  - Meperidina 50mg/mL - ampolas de 2mL (100mg)
- **Via(s):**  EV |  IM
- **Cuidados:**
  - Morfina: dose inicial de 2-5mg EV, pode repetir a cada 5-15min até controle da dor, dose máxima não definida
  - Fentanil: dose inicial 25-100mcg EV, ajustar conforme resposta
  - Meperidina: dose de 50-100mg IM/EV, máximo 600mg/dia
  - Monitorizar depressão respiratória, hipotensão, bradicardia

- Manter oximetria de pulso
- Ter naloxona disponível como antídoto
- Contraindicações: trauma cranioencefálico, DPOC descompensado, íleo paralítico
- Reduzir dose em idosos e em insuficiência renal/hepática
- Meperidina: evitar em insuficiência renal (acúmulo de metabólito neurotóxico)
- Idade mínima: morfina >1 ano, fentanil >2 anos
- **Importante:** Apesar da literatura sugerir fentanil e meperidina como preferência na pancreatite aguda, morfina é amplamente utilizada e eficaz

## • ANTIEMÉTICO

### ○ Prescrição prática:

- Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 18mL de AD, EV lento em 3-5min, de 8/8h
- Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL), IM profundo, de 8/8h

### ○ Alternativas:

- Ondansetrona 4mg/2mL – 01 ampola (2mL), EV em 2-5min, de 8/8h
- Ondansetrona 8mg/4mL – 01 ampola (4mL) + SF0,9% 50mL, EV em 15min, de 8/8h
- Metoclopramida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + SF0,9% 50mL, EV em 15min, de 8/8h

### ○ Indicações:

- Náuseas e vômitos associados à pancreatite aguda
- Prevenir aspiração e desidratação

### ○ Apresentações:

- Bromoprida 5mg/mL - ampolas de 2mL (10mg)
- Ondansetrona 2mg/mL - ampolas de 2mL (4mg) ou 4mL (8mg)
- Metoclopramida 5mg/mL - ampolas de 2mL (10mg)

### ○ Via(s): EV | IM

### ○ Cuidados:

- Bromoprida/Metoclopramida: dose máxima 30mg/dia
- Ondansetrona: dose máxima 32mg/dia
- Bromoprida e metoclopramida: evitar em epilepsia, feocromocitoma, Parkinson
- Risco de reações extrapiramidais (principalmente em jovens e idosos)
- Ondansetrona: pode prolongar intervalo QT
- Contraindicações: obstrução intestinal, perfuração intestinal
- Idade mínima: bromoprida >2 anos, ondansetrona >1 mês, metoclopramida >1 ano
- Gestantes: ondansetrona é mais segura (categoria B)
- Se refratariedade: associar ondansetrona + dexametasona 4-10mg EV

## • ANTIBIÓTICO (NÃO é indicado de rotina)

### ○ Prescrição prática:

- Antibioticoprofilaxia NÃO está indicada de rotina na pancreatite aguda

- Se suspeita de infecção associada ou necrose pancreática infectada:
- Meropenem 1g – diluir em SF0,9% 100mL, fazer EV em 30min, de 8/8h
- Ciprofloxacino 400mg/200mL – 01 bolsa, EV em 60min, de 12/12h
- **Alternativas:**
  - Imipenem + Cilastatina 500mg – diluir em SF0,9% 100mL, fazer EV em 30min, de 6/6h
  - Piperacilina + Tazobactam 4,5g – diluir em SF0,9% 100mL, fazer EV em 30min, de 8/8h
  - Metronidazol 500mg/100mL – 01 bolsa, EV em 60min, de 8/8h (associar a quinolona ou cefalosporina)
- **Indicações:**
  - **CRÍTICO:** Antibioticoterapia NÃO é indicada de rotina na pancreatite aguda, independentemente do tipo (intersticial ou necrotizante) ou gravidade
  - Indicações formais: necrose pancreática infectada (suspeita ou confirmada), colangite associada, sepse de outro foco
  - Se culturas negativas e nenhuma fonte de infecção identificada, descontinuar antibiótico
- **Apresentações:**
  - Carbapenêmicos: meropenem, imipenem, ertapenem
  - Quinolonas: ciprofloxacino, levofloxacino
  - Metronidazol (anaeróbios)
- **Via(s):**  EV
- **Cuidados:**
  - Ajustar dose conforme função renal
  - Colher culturas antes de iniciar antibiótico
  - Duração: 7-14 dias conforme evolução clínica
  - Germes mais comuns na necrose infectada: E. coli, Pseudomonas, Klebsiella, Enterococcus (geralmente monomicrobiana)
  - Considerar punção aspirativa guiada por TC para cultura
  - Carbapenêmicos, quinolonas e metronidazol têm boa penetração pancreática
  - Risco de seleção de germes multirresistentes com uso indiscriminado

## • SUPORTE NUTRICIONAL

- **Prescrição prática:**
  - Dieta zero nas primeiras 48h
  - Após melhora clínica: dieta líquida → branda com baixo teor de gordura → geral
- **Indicações:**
  - Repouso pancreático na fase aguda
  - Reinício de dieta quando: dor diminuindo, marcadores inflamatórios melhorando, apetite retornando (geralmente 24-48h após início)
- **Cuidados:**
  - Até 1 semana: possível conduzir com hidratação EV isolada
  - Pancreatite grave >7 dias: considerar sonda nasojejunal pós-ângulo de Treitz

- Nutrição parenteral: último recurso, >48h do início, para reduzir risco de infecção
- Progredir dieta conforme tolerância clínica
- Evitar alimentos gordurosos inicialmente

#### • CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO EM CTI

- Ranson >2 pontos
- APACHE II >8 nas primeiras 24h
- Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica
- Insuficiência respiratória
- Alteração do nível de consciência
- Disfunção orgânica
- Necessidade de monitorização invasiva

#### • CONDUITAS ESPECÍFICAS POR ETIOLOGIA

- **Pancreatite biliar:**
  - Solicitar USG de abdome para confirmar litíase
  - Se cálculo obstrutivo com dilatação de vias biliares ou colangite associada: CPRE nas primeiras 24h
  - Colectomia assim que condições clínicas permitirem, de preferência na mesma internação
  - Pancreatite biliar leve: colecistectomia em até 7 dias após recuperação
  - Pancreatite biliar grave: adiar colecistectomia até resolução do processo inflamatório
- **Pancreatite alcoólica:**
  - Abstinência alcoólica absoluta
  - Suporte nutricional e reposição de tiamina
  - Encaminhamento para programa de tratamento de dependência química
- **Hipertrigliceridemia (TG >1000mg/dL):**
  - Controle glicêmico rigoroso se diabético
  - Jejum oral
  - Considerar plasmaférese em casos graves
  - Após fase aguda: fibratos para controle lipídico

## ? PARA CASA

**NOTA IMPORTANTE:** A pancreatite aguda geralmente requer **internação hospitalar**. A alta para casa só é apropriada em casos leves selecionados, após melhora clínica substancial, tolerância oral adequada e ausência de complicações.

## • ANALGÉSICO

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 1 a 2 comprimidos, VO, de 6/6h, se dor
- **Indicações:** Dor residual leve após alta hospitalar
- **Apresentações:** Comprimidos de 500mg, caixas com 10, 20 ou 30 comprimidos
- **Posologia:** 500-1000mg a cada 6h, se necessário
- **Cuidados:**
  - Dose máxima: 4g/dia (8 comprimidos de 500mg)
  - Tomar com alimentos para reduzir irritação gástrica
  - Se dor persistente ou intensa, retornar ao pronto-socorro
- **Alternativa(s):**
  - Paracetamol 750mg – Tomar 1 comprimido, VO, de 6/6h, se dor (máx 4g/dia)

## • ANTIEMÉTICO

- **Prescrição:** Ondansetrona 4mg – Tomar 1 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas
- **Indicações:** Náuseas ou vômitos residuais após alta
- **Apresentações:** Comprimidos convencionais de 4mg ou 8mg, comprimidos orodispersíveis (flash)
- **Posologia:** 4-8mg a cada 8h, se necessário
- **Cuidados:**
  - Dose máxima: 24mg/dia
  - Pode causar cefaleia e constipação
  - Se vômitos persistentes, retornar ao pronto-socorro
- **Alternativa(s):**
  - Metoclopramida 10mg – Tomar 1 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas
  - Bromoprida 10mg – Tomar 1 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas

## • PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição:** Omeprazol 20mg – Tomar 1 cápsula, VO, pela manhã em jejum, por 30 dias
- **Indicações:** Proteção gástrica durante recuperação da pancreatite
- **Apresentações:** Cápsulas de 20mg ou 40mg
- **Posologia:** 20mg pela manhã, 30-60min antes do café da manhã
- **Cuidados:**
  - Uso prolongado pode causar deficiência de B12 e magnésio
  - Risco de infecções intestinais (C. difficile)
  - Reavaliação após 4-8 semanas
- **Alternativa(s):**
  - Pantoprazol 40mg – Tomar 1 comprimido, VO, pela manhã em jejum, por 30 dias

## • CONTROLE DE TRIGLICERÍDEOS (se hipertrigliceridemia)

- **Prescrição:** Fenofibrato 160mg – Tomar 1 comprimido, VO, 1x ao dia junto com refeição, uso contínuo
  - **Indicações:** Pacientes com pancreatite por hipertrigliceridemia (TG >1000mg/dL)
  - **Apresentações:** Comprimidos de 160mg ou 200mg
  - **Posologia:** 160-200mg 1x ao dia
  - **Cuidados:**
    - Controlar função hepática e renal periodicamente
    - Evitar em insuficiência renal grave
    - Pode aumentar risco de miopatia, especialmente se associado a estatina
    - Usar com alimentação para melhor absorção
- 
- **☒☒☒☒ Orientações ao paciente**
    - **Sinais de alarme - retornar imediatamente ao pronto-socorro:**
      - Dor abdominal intensa ou que piora progressivamente
      - Febre persistente (>38°C)
      - Vômitos incoercíveis ou incapacidade de tolerar líquidos por >24h
      - Icterícia (pele ou olhos amarelados)
      - Confusão mental, sonolência excessiva ou alteração do nível de consciência
      - Falta de ar, dificuldade respiratória
      - Sinais de desidratação: boca seca, diminuição da urina, tontura ao levantar
      - Distensão abdominal progressiva
      - Sangramento (vômitos com sangue, fezes escuras ou com sangue)
    - **Recuperação esperada:**
      - 80% dos casos: pancreatite leve com recuperação em 3-5 dias
      - 20% dos casos: pancreatite moderada a grave, recuperação mais prolongada
      - Retorno gradual às atividades conforme tolerância
      - Recuperação completa pode levar semanas
    - **Restrições de atividade:**
      - Repouso relativo nas primeiras 1-2 semanas após alta
      - Evitar atividades físicas intensas até liberação médica
      - Retorno ao trabalho conforme orientação médica (geralmente 1-4 semanas)
    - **Orientações dietéticas - MUITO IMPORTANTE:**
      - **Abstinência alcoólica absoluta e permanente** (risco de recorrência e pancreatite crônica)
      - Iniciar com dieta líquida, progredir gradualmente
      - Preferir alimentos leves, cozidos, assados ou grelhados
      - Evitar alimentos gordurosos, frituras, carnes gordas nos primeiros 30 dias
      - Evitar alimentos processados, embutidos, fast-food
      - Refeições pequenas e frequentes (5-6 vezes ao dia)
      - Boa hidratação oral (2-3L água/dia)
      - Evitar café e alimentos muito condimentados inicialmente
      - Se hipertrigliceridemia: dieta hipogordurosa (<20-30g gordura/dia), controle de carboidratos simples
    - **Modificações no estilo de vida:**

- **ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA PERMANENTE** - essencial para prevenir recorrência
- Suspender tabagismo (aumenta risco de complicações)
- Controle de peso se obesidade
- Controle glicêmico rigoroso se diabetes
- Controle de triglicerídeos se dislipidemia
- Evitar medicamentos potencialmente pancreatotóxicos sem orientação médica
- **Seguimento ambulatorial:**
  - Retorno ao gastroenterologista em 7-14 dias após alta
  - Agendar consulta antes de sair do hospital
  - Levar exames realizados durante internação
  - Se pancreatite biliar: agendar colecistectomia eletiva
  - Controle laboratorial: amilase, lipase, hemograma, função hepática e renal conforme orientação
  - Avaliação nutricional se perda ponderal significativa
  - Encaminhamento para tratamento de dependência química se alcoolismo

## ? CID-10:

- **K85.0:** Pancreatite aguda idiopática
- **K85.1:** Pancreatite aguda biliar
- **K85.2:** Pancreatite aguda induzida por álcool
- **K85.3:** Pancreatite aguda induzida por drogas
- **K85.9:** Pancreatite aguda não especificada

---

Revision #4

Created 12 September 2025 02:08:39 by Heric

Updated 17 October 2025 17:10:04 by Heric