



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
CURSO DE MEDICINA**

EDISON STEFEN JUNIOR

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL BRASILEIRO TERCIÁRIO - UM
ESTUDO RETROSPECTIVO DE 16 ANOS**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2024**

EDISON STEFEN JUNIOR

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL BRASILEIRO TERCIÁRIO - UM
ESTUDO RETROSPECTIVO DE 16 ANOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso submetido
ao curso de Medicina do Centro de Ciências
da Saúde da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito para conclusão do
curso de Graduação em Medicina**

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Alves

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2024

Junior, Edison Stefen
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL
BRASILEIRO TERCIÁRIO - UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 16 ANOS
/ Edison Stefen Junior ; orientadora, José Roberto
Alves, 2024.

39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Pancreatite aguda. 3. Epidemiologia. 4.
Sinais e sintomas. 5. trato gastrointestinal. I. Alves,
José Roberto . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Medicina. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos às quais sou diariamente agraciado. Agradeço imensamente também à minha mãe Alexsandra Demétrio Stefen, meu pai Edison Stefen e ao meu irmão Vinícius Demétrio Stefen, bem como aos demais membros de minha família próxima, que tanto me auxiliaram nessa jornada, com seu apoio incondicional e exemplo constante no decorrer de todo o processo de confecção do trabalho e no transcorrer do curso de Graduação em Medicina.

Em seguida ao meu orientador Prof. Dr. José Roberto Alves, grande professor e exemplar médico e cirurgião por toda a paciência no auxílio à realização do trabalho, desde a coleta de dados até a escrita.

Também agradeço ao meu colega de turma Gabriel Resun Gomes de Silva, que me auxiliou na coleta de dados e análise estatística do trabalho científico.

Portanto, tomai toda a armadura de Deus, para que possais resistir no dia mau e, havendo feito tudo, ficar firmes. Efésios 6:13

Título: Perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com pancreatite aguda em um hospital brasileiro terciário - Um estudo retrospectivo de 16 anos

RESUMO

Relevância: A pancreatite aguda ganha destaque no diagnóstico diferencial de pacientes com quadro de abdome agudo atendidos em serviços hospitalares de urgência devido sua alta incidência, prevalência e potencial gravidade. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com pancreatite aguda atendidos em um hospital terciário brasileiro. **Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, prontuários médicos de pacientes diagnosticados com pancreatite aguda em um hospital terciário de Santa Catarina, entre 2005 e 2021. **Resultados:** No período, foram identificados 285 prontuários válidos para análise. A taxa de letalidade total foi de 4,91%. Em 83% dos prontuários foi verificado, na admissão, que não foram realizados exames para determinação dos escores prognósticos. A maioria da amostra foi constituída de homens (151/284 = 52,98%) e indivíduos brancos (69,12%). Em 34% dos casos de pancreatite aguda ocorreu a realização de algum procedimento cirúrgico durante a internação, sendo a colecistectomia videolaparoscópica o mais realizado (77/89 cirurgias = 85%). O tempo de internação hospitalar variou de 0 a 53 dias, com média de 9,81 dias (mediana = 8). As causas identificadas de pancreatite foram, em ordem decrescente de frequência: colecistopatia calculosa (42,11%); indeterminada (23,86%); abuso de álcool (14,04%); hipertrigliceridemia (3,51%) e medicamentosa (1,05%). A dor abdominal superior foi a manifestação clínica mais prevalente (96,84%) apresentando localização, tipo e irradiação variadas. Dos 3 critérios diagnósticos, em 71,58% dos casos estavam presentes todos eles. Em 95,09% dos casos, foram realizados exames de imagem para fins de diagnóstico etiológico e/ou avaliação de complicações. **Conclusão:** No estudo, a amostra foi predominantemente constituída de homens brancos com pancreatite de origem biliar, sendo admitidos com dor abdominal e diagnosticados com auxílio de exame laboratorial, com complementação de exame de imagem para investigação etiológica, com baixa taxa de mortalidade (4,91%). Escores prognósticos foram utilizados na minoria dos casos. Mais estudos são necessários para melhor definição clínico-epidemiológica no Brasil.

Palavras-chave: pancreatite; epidemiologia, trato gastrointestinal; sinais e sintomas

Title: Clinical and epidemiological profile of patients with acute pancreatitis disease in a tertiary Brazilian hospital - A retrospective 16 years study

ABSTRACT

ABSTRACT

Background: The importance of acute pancreatitis as a differential diagnosis of abdominal pain in the Emergency Department, because of its incidence, prevalence and potential severity. **Objective:** To evaluate the epidemiological profile and clinical characteristics of patients with acute pancreatitis in a Tertiary Brazilian Center. **Methods:** The medical records of patients admitted with acute pancreatitis between 2005 and 2021 at one Tertiary Brazilian Center were retrospectively analyzed. **Results:** 285 medical patients were considered valid and analyzed. Total death rate was 4.91%. In 83%, prognostic scores were not used at admission. The majority of the sample was made up of men (151/284 = 52.98%) and white individuals (69.12%). 34% underwent surgical procedures and videolaparoscopic cholecystectomy was the most performed (77/89 surgeries = 85%). Hospital stay length ranged from 0 to 53 days, with an average of 9.81 days and a median of 8. The causes were, in decreasing order of frequency: calculous cholecystopathy (42.11%); undetermined (23.86%); alcohol abuse (14.04%); hypertriglyceridemia (3.51%) and medication (1.05%). Alcohol consumption was present at 14.04%. Hypertriglyceridemia, in 3.51% and drug-related in 1.05%. Alcohol consumption was recorded at 30.53%. Abdominal pain was present in 96.84%, with variable location and radiation. 71.58% of diagnoses used 3 criteria. In 95.09% of cases, imaging tests were performed for diagnostic purposes or evaluation of complications. **Conclusion:** In the study, the sample consisted predominantly of white men with pancreatitis of biliary origin, admitted with abdominal pain and diagnosed with the aid of laboratory examination, with complementary imaging for etiological investigation, with a low mortality rate (4.91%). Prognostic scores were used in a minor part of the cases. More studies are needed for a better clinical and epidemiological definition in Brazil.

Keywords: pancreatitis; epidemiology; gastrointestinal tract; signs and symptoms

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1 - Amostragem do estudo apresentando o processo de seleção do prontuários elegíveis para análise estatística e produção de inferências.....</u>	19
--	----

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1- Descrição dos 89 procedimentos cirúrgicos realizados durante a IH nos 264 pacientes que receberam alta hospitalar</u>	<u>20</u>
<u>Tabela 2. Distribuição da incidência (em porcentagem) das causas de pancreatite aguda registradas pelo CID da alta nos prontuários com registro etiológico presente.....</u>	<u>21</u>
<u>Tabela 3. Características sociodemográficas dos 285 pacientes internados no HGCR, no período de 01/01/2005 a 31/12/2021, com diagnóstico de pancreatite aguda.....</u>	<u>22</u>
<u>Tabela 4. Apresentação das características da dor abdominal descritas nos 285 prontuários válidos relacionados aos pacientes internados com pancreatite aguda no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021.....</u>	<u>23</u>
<u>Tabela 5. Apresentação dos sinais vitais avaliados na admissão de 256 pacientes internados no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021 com diagnóstico de pancreatite aguda.....</u>	<u>24</u>
<u>Tabela 6. Exames de imagem realizados durante IH para avaliação diagnóstica, etiológica ou de complicações nos internados no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021 com diagnóstico de pancreatite aguda.....</u>	<u>25</u>
<u>Tabela 7. Distribuição dos sinais vitais, valores da saturação de oxigênio e proteína C reativa na admissão dos pacientes que apresentaram como desfecho da internação o óbito.....</u>	<u>26</u>
<u>Tabela 8. Classificação dos fármacos associados a pancreatite aguda.....</u>	<u>35</u>
<u>Tabela 9. Fármacos associados a pancreatite aguda (Classificação de Badalov).....</u>	<u>35</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PA	Pancreatite Aguda
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
IH	Internação Hospitalar
CID	Classificação Internacional de Doenças
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CVL	Colecistectomia Videolaparoscópica
TC	Tomografia Computadorizada
USG	Ultrassonografia
RM	Ressonância Nuclear Magnética
BPM	Batimentos por Minuto
IRPM	Incursões Respiratórias por Minuto
PCR	Proteína C Reativa
FC:	Frequência cardíaca
FR:	Frequência respiratória
Tax:	Temperatura axilar

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE QUADROS.....	8
LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
1.INTRODUÇÃO.....	16
2.MÉTODOS	17
3.RESULTADOS	19
4. DISCUSSÃO.....	27
5. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A – LISTA DE MEDICAMENTOS POSSÍVEIS DE CAUSAR PANCREATITE	
35	
ANEXO B - FICHA USADA NA COLETA DE DADOS.....	36

1. INTRODUÇÃO

A pancreatite é uma doença caracterizada pela presença de um processo inflamatório no tecido pancreático e áreas adjacentes que pode apresentar evolução aguda ou crônica.^{1,2} Alguns aspectos sobre a patogênese da pancreatite ainda permanecem indeterminados, mas partes das evidências apontam para a presença de fatores imunológicos e citotóxicos.³ As duas causas mais frequentes de pancreatite aguda (PA) são a colecistopatia calculosa (40% dos casos) e o abuso de álcool (30% dos casos).¹ As outras 30%, são devidas: a hipertrigliceridemia, causa genética, condição auto-imune, uso de medicamentos, presença de infecções e outras condições ainda mais raras.³ A PA induzida por medicamentos é uma entidade rara e sem determinação de incidência.⁴ Os medicamentos mais associados à PA, particularmente os medicamentos da classe Ia de *Badalov*, encontram-se descritos no Anexo I.⁵⁻⁷

A PA pode caracterizar-se por uma resposta inflamatória local e sistêmica, com uma evolução clínica variável. A maioria dos pacientes apresenta-se com PA leve, a qual é tipicamente autolimitada, com resolução, em geral, em cerca de 1 semana.¹ Cerca de 15-20% dos pacientes apresentam-se com PA moderadamente grave ou grave/crítica, podendo apresentar necrose pancreática\peripancreática, disfunção de órgãos ou ambos, apresentando-se com aumento considerável das taxas de mortalidade (taxas entre 20-40%).⁸

O tratamento da PA alterou-se nos últimos 10 anos, principalmente, devido a melhor classificação da gravidade, a introdução de terapias mais individualizadas, surgimento de abordagens endoscópicas minimamente invasivas, aperfeiçoamento das intervenções radiológicas e retardo do tratamento cirúrgico específico (necrosectomias)⁹. Melhorias nos cuidados de terapia intensiva também contribuíram, indiretamente, para diminuição na morbimortalidade associada a essa doença.⁹

Atualmente, poucos são os estudos com abrangência nacional em relação ao perfil clínico-epidemiológico^{2,10-11}, ou mesmo que utilizem uma classificação de gravidade mais recente.¹²

Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar, retrospectivamente, os prontuários de pacientes com internações hospitalares devido PA em um Hospital terciário de Santa Catarina (Brasil), no período de 2005 a 2021, com ênfase na identificação dos aspectos epidemiológicos (distribuição por sexo, etnia e faixa etária); etiológicos; manifestações clínicas; critérios diagnósticos utilizados; achados de exames de imagem; terapêuticas empregadas (conservadoras ou intervencionistas) e taxas de morbi-mortalidade.

2.MÉTODOS

Foi conduzido um estudo observacional, do tipo coorte retrospectiva, baseado no *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*.¹³ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na Rua Irmã Benwarda, s/n, Centro, Florianópolis, Santa Catarina (CEP 88015-270) associado à Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, sob o protocolo de número 43266121.9.0000.5360.

Foi realizado cadastro anônimo dos pacientes com diagnóstico de PA e suas variantes por meio da versão 10 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), relacionados aos códigos (CID 10): K85, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9.¹³ Os pacientes estiveram internados no HGCR nos setores da Emergência, Enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os dados foram registrados em planilha do *Microsoft Excel*[®] 365, no período de 01/01/2005 a 31/12/2021. O HGCR, localizado na Rua Irmã Benwarda, s/n, Centro, Florianópolis, Santa Catarina (CEP 88015-270), é considerado um hospital de complexidade terciária, visto ser constituído de 219 leitos ativos (divididos em 116, para as variadas especialidades cirúrgicas; 99, para outras especialidades clínicas; e 20, em ambiente de UTI adulto; além de 4 leitos na modalidade de Hospital-Dia), em regime de acesso totalmente público, ou seja, vinculados à uma assistência integral ao Sistema Único de Saúde do Brasil.¹⁵ É ainda responsável pela assistência médica de uma macrorregião de saúde da Grande Florianópolis, que inclui o município de Florianópolis e outros 21 municípios (cerca de 1.229.335 habitantes).¹⁵

Os dados foram coletados via acesso ao sistema de armazenamento computadorizado de prontuários eletrônicos (próprio do HGCR) somado a alguns prontuários físicos escaneados (quando não cadastrados nesse sistema). Os dados foram coletados pelos pesquisadores Edison Stefen Junior (ORCID 0000-0002-1053-7886) e Gabriel Resun Gomes da Silva (ORCID 0000-0001-9995-7045), somente nas dependências do Serviço de Prontuários do HGCR, sendo repassadas apenas as informações técnicas e médicas para uma ficha de cadastro totalmente anônima (Ver modelo em Anexo II), sem possibilidade de posterior identificação desses pacientes. Ficaram com os pesquisadores apenas as fichas de cadastro anônimas, para posterior cadastramento dos dados na planilha tipo *Microsoft Excel*[®], facilitando depois a análise e aplicação de estatística básica. Todo esse processo seguiu as normas relacionadas à consulta das informações dos prontuários e obtenção de cópias, conforme estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HGCR.

Após os dados serem cadastrados, de forma anônima, em Planilha do *Excel*, a análise estatística foi realizada com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA, 2018). Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva, usando distribuições absolutas e relativas (em porcentagem, %), além de medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão, variação e amplitude).

Foram submetidas à análise estatística as seguintes variáveis: dados epidemiológicos do paciente (idade, sexo, etnia, comorbidades, vícios); etiologia da pancreatite aguda (biliar, alcoólica, hipertrigliceridemia, medicamentosa, autoimune, idiopática, entre outras); incidência/prevalência; manifestações clínicas (dor abdominal e suas características, além da presença de náuseas, vômitos, entre outros); sinais vitais registrados na admissão do paciente; solicitação de proteína C reativa à admissão, identificação dos critérios diagnósticos

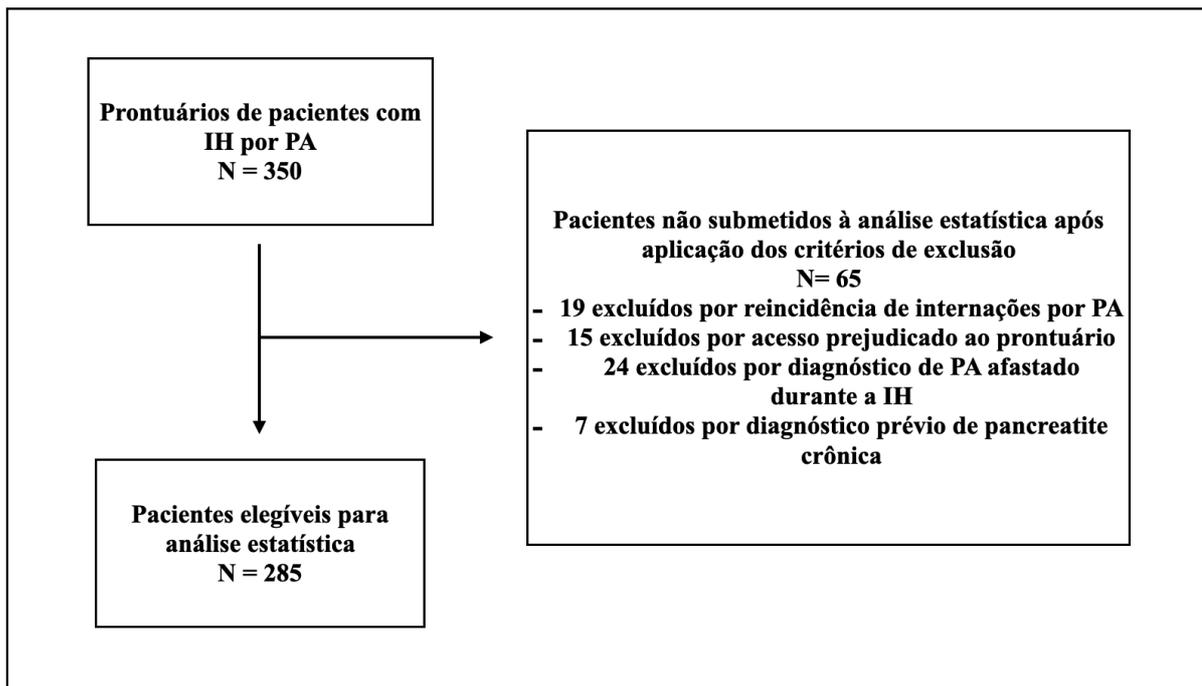
utilizados; conduta adotada (conservadora ou intervencionista por meio da realização de algum procedimento cirúrgico); necessidade da realização de exames de imagem; complicações; taxa de mortalidade; tempo de internação em enfermaria e UTI.

Foram considerados como critérios de exclusão: impossibilidade de acesso ao prontuário (por falhas do registro no sistema de prontuários eletrônicos do HGCR); prontuários ilegíveis (no caso dos prontuários escaneados); e paciente com diagnóstico prévio de pancreatite crônica. Também foram excluídos da análise estatística pacientes com registro de reincidência de episódio de PA no período analisado, visto a possibilidade da ocorrência de duplicidade das informações.

3.RESULTADOS

Foram identificados um total de 350 prontuários de pacientes diagnosticados com PA, sendo 285 considerados válidos e elegíveis para análise estatística, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. O processo da análise inicial dos prontuários e aplicação dos critérios de exclusão apresenta-se descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Amostragem do estudo apresentando o processo de seleção do prontuários elegíveis para análise estatística e produção de inferências.



LEGENDA:

IH: Internação Hospitalar; **N:** Número de prontuários; **PA:** Pancreatite aguda

Dentre os 285 pacientes relacionados aos prontuários elegíveis submetidos a análise estatística, em todos ocorreu o registro, durante a internação hospitalar, do estabelecimento do diagnóstico definitivo de PA, sendo o ano de 2018 aquele com maior número de diagnósticos (17,89%). Esses pacientes apresentaram como desfecho: 264 receberam alta hospitalar e 14 evoluíram com óbito (Taxa de mortalidade = 4,91%). Dez destes, ocorreram por choque séptico (8 casos devido infecção de foco abdominal e 2 casos devido pneumonia nosocomial); 3 por síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) relacionada à própria evolução desfavorável (grave) da PA; e 1 por suicídio em ambiente hospitalar. Infelizmente, devido a problemas nos registro dos prontuários, não foi possível determinar o desfecho da IH em 7 pacientes.

Quanto à análise (classificação) da gravidade, em 83% dos prontuários analisados (n=237), não havia nenhuma menção à utilização de escores prognósticos. Dos 48 prontuários onde existia esse registro, em 44 pacientes foi calculado apenas o Escore de RANSON na admissão (44/237 / 18,56%). Quarenta e oito horas após, o Escore de RANSON foi recalculado nesses pacientes em somente 16 casos dos 48 (33,33 %) pacientes, representando no total de prontuários analisados apenas 6,75% (16/237). O *score* de APACHE-II

isoladamente foi utilizado em 5 pacientes (5/237 / 2,11%). Por fim, em apenas 1 caso, foi calculado o risco prognóstico pelos dois métodos simultaneamente (1/237 / 0,42%).

Dos 264 pacientes que receberam alta hospitalar, 33.71% (n = 89) foram submetidos durante a internação a algum tipo de procedimento cirúrgico, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos 89 procedimentos cirúrgicos realizados durante a IH nos 264 pacientes que receberam alta hospitalar.

Procedimentos cirúrgicos realizados durante a IH	Total de registros N(%)
Realização de algum procedimento cirúrgico	89 (33.71)
Colecistectomia videolaparoscópica	77 (29.16)
Descompressão de via biliar via CPRE	7 (2.45)
Colecistectomia aberta	4 (1.40)
Laparotomia exploradora (necrosectomia)	1 (0.35)

LEGENDA:

IH: Internação Hospitalar; **CPRE:** Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

Desses 89 pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos durante a IH apenas em um caso (0,35%) foi direcionado diretamente para o tratamento de uma complicação da PA a qual foi realizado uma necrosectomia por via aberta (laparotomia).

O tempo de internação variou de 1 a 53 dias (média = 9,81 dias / mediana = 8 dias).

A definição diagnóstica dos pacientes, conforme o CID registrado na alta hospitalar, apresentou-se mais frequentemente, os códigos: K85 (pancreatite aguda) (n=81, 28,17%), o K85.0 (pancreatite aguda idiopática) (n= 42) e o K85.1 (pancreatite aguda biliar) (n = 69, 24,21%). Os outros pacientes com PA foram registrados como: 2 casos com o CID K85.3 (pancreatite aguda induzida por droga); 12 casos com K85.8 (outras pancreatites agudas); 22 casos com K85.2 (pancreatite aguda induzida por álcool); e 56 casos com K85.9 (pancreatite aguda, não especificada).

Dos 285 pacientes relacionados aos prontuários considerados válidos, em 241 casos foi registrado uma etiologia para a PA, não, necessariamente, condizente com uma proposta diagnóstica apresentada na classificação do CID-10 (Tabela 2). As 2 causas mais comuns de PA registradas foram a de origem biliar (n = 120 / 42,11%) e a indeterminada/ idiopática (n = 68/ 23.86%). Infelizmente, em quantidade significativa de prontuários não foi registrada a etiologia da PA (n= 44 casos/15,44%). A etiologia alcoólica esteve presente em 14.04% dos casos (n= 40). Hipertrigliceridemia foi a responsável por 3.51% (n=10) casos e causa

medicamentosa foi registrada em 1.05% dos casos (n=3). Nestes casos, os fármacos presumivelmente associados foram: azatioprina, enalapril e sinvastatina. Ademais, não ocorreram registros de outras causas mais raras de PA.

Tabela 2. Distribuição da incidência (em porcentagem) das causas de pancreatite aguda registradas pelo CID da alta nos prontuários com registro etiológico presente

Causa	Incidência N(%)
Total de registros	285 (100.00)
Biliar	120 (42.11)
Indeterminada/Idiopática	68 (23.86)
Não informado	44 (15.44)
Alcoólica	40 (14.04)
Hipertrigliceridemia	10 (3.51)
Medicamentosa	3 (1.05)

Quanto aos vícios, existiu registro nos prontuários sobre o consumo de álcool em 30,53% (n= 87) dos pacientes. Em 23,86% (n=68), havia a informação registrada de negativa quanto ao consumo rotineiro de bebidas alcoólicas e/ou etilismo. Infelizmente, em 45,26% (n=129) dos prontuários, não havia nenhuma menção ou questionamento referente ao consumo de álcool. Em 24,91% (n= 71) dos prontuários foi encontrado registro de tabagismo ativo e em 22,81% (n=68) deles a ausência (negativa) de tabagismo. Também, infelizmente, em 51,93% (n= 148) dos prontuários não havia nenhuma menção ou questionamento sobre o tabagismo.

Em relação a amostra de 285 prontuários válidos, a maioria tratava-se do sexo masculino (n=151 / 52,98%). A faixa etária dos pacientes da amostra variou de 16 a 104 anos (média = 54,84 anos). A cor da pele predominantemente registrada foi a branca (n=197 / 69,12%), sendo que em 16,14% (n=46) dos prontuários não havia registro sobre a cor da pele ou etnia do paciente (Tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas dos 284 pacientes internados no HGCR, no período de 01/01/2005 a 31/12/2021, com diagnóstico de pancreatite aguda.

Característica	Frequência
Sexo (%)	
Feminino	133 (46.67)
Masculino	151 (52.98)
Não registrado	1 (0.35)
Idade (anos)	
Média (amplitude)	54. 84 (104.07 - 16.62)
Distribuição étnica (%)	
Branco	197 (69.12)
Pardo	21(7.37)
Preto	20 (7.02)
Indígena	1 (0.35)
Não registrado	46 (16.14)

Quanto às manifestações clínicas mais comumente apresentadas pelos pacientes com pancreatite aguda, temos de maneira mais expressiva a presença de dor abdominal, presente em (96,84% / n= 276 casos), seguida por presença de náusea (52,98%/n=151); 1 ou mais episódios de vômitos (60%/n=171) e inapetência (16,49%/n=47).

No presente estudo a prevalência de HAS informada prontuário foi de 18,38% (n=53).

O questionamento acerca da temporalidade da dor abdominal, a qual esteve descrita em 236 prontuários (82,80%), apresentou duração média de 4,67 dias (variação de 1 a 90 dias). A informação sobre a localização da dor abdominal foi registrada em 264 dos 285 prontuários (92,63%), estando mais frequentemente presente na região epigástrica em 40,7% dos casos (n=116) e em todo abdome superior em 24,21 % dos casos (n= 69) (Tabela 4). No que tange à presença de irradiação da dor, esteve descrita em 105 prontuários (36,64%), sendo a situação mais comum (quando presente) a irradiação para o dorso (16,84% / n= 48 casos). Infelizmente, em 158 prontuários (55,44%) não ocorreu registro de qualquer questionamento acerca da presença de irradiação da dor (Tabela 4).

Tabela 4. Apresentação das características da dor abdominal descritas nos 285 prontuários válidos relacionados aos pacientes internados com pancreatite aguda no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021.

Presença de dor Abdominal	n (%)
Sim	276 (96.84)
Não registrado	9 (3.16)
Duração (Dias)	
Duração Média (variação)	4,67 (0-90)
Duração Mediana	2
Não identificado no prontuário	49 (17.2)
Localização da dor	
Epigástrico	116 (40.7)
Andar superior do Abdome	69 (24.21)
Difusa	32(11.23)
Hipocôndrio direito	29(10.18)
Hipocôndrio esquerdo	9(3.16)
Outros	9(3.16)
Não informado	21(7.37)
Irradiação da dor	
Dorso	48(16.84)
Hipocôndrio direito	14(4.91)
Epigástrico	4(1.4)
Flanco esquerdo	3(1.05)
Andar superior do Abdome	3(1.05)
Outros	33(11.58)
Não	22(7.72)
Não informado	158(55.44)

Para estabelecer o diagnóstico de PA, é necessário a presença de pelo menos 2 dos 3 critérios diagnósticos atuais (clínico, laboratorial e de imagem).^{3,8} Em 204 dos casos (71,58%) foi verificada a presença dos 3 critérios diagnósticos. Em 44 casos (15,43%) o diagnóstico foi estabelecido por meio da presença de 2 critérios diagnósticos. Destes, em 33 casos (11,58%)

estavam presentes um critério clínico e outro laboratorial e em 11 casos (3,86%) um clínico associado a outro de imagem. Infelizmente, em 35 prontuários, apesar de registrados na alta hospitalar como diagnóstico definitivo com CID relacionado a PA, houve identificação de menos que dois critérios diagnósticos. Em 34 casos (11,93%) não foi identificado quais os critérios foram utilizados para o estabelecimento do diagnóstico; em um caso, havia sido identificado apenas o registro de um critério diagnóstico no prontuário, não ficando explícito a forma com que o diagnóstico foi definido.

À admissão no HGCR, algum dos sinais vitais e saturação de oxigênio foram registrados em 256 prontuários dos 285 prontuários válidos (89,82%). Esses foram apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Apresentação dos sinais vitais avaliados na admissão de 256 pacientes internados no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021 com diagnóstico de pancreatite aguda.

Sinais vitais à admissão	N (%)	Média (variação)	N (%) de registros não informados
Registro de sinais vitais	256 (89.82)	-	29 (10.18)
Pressão arterial sistólica (mmHg)	256 (89.82)	135 (66-236)	29 (10.18)
Pressão arterial diastólica (mmHg)	29 (10.18)	84.05 (44 - 140)	29 (10.18)
Frequência Cardíaca (bpm)	244 (86.61)	87.09 (49-169)	41 (13.39)
Frequência respiratória (irpm)	104 (36.49)	20.02 (12-64)	18 (63.51)
Temperatura (C°)	189 (66.32)	36.11 (33.6 - 38.1)	96 (33.68)
Saturação de Oxigênio (%)	217 (76.14)	97.07 (81-100)	68 (23.86)

LEGENDA:

N: número (amostra); %: porcentagem

No que se refere ao registro da realização de exames de imagem durante as internações, ocorreu em 271 prontuários (95,09%), não existindo registro em 14 casos (4,91%). A tomografia computadorizada de abdome com contraste foi o exame de imagem mais solicitado (n= 197 casos / 69,12%), sendo 76,6% desses (n = 151), solicitadas no primeiro dia de internação hospitalar e 11,1% (n= 22) no segundo, ambos com finalidade de confirmação diagnóstica. Nos demais casos (11,3%/ n= 24), foi solicitada nos dias subsequentes de IH, tendo finalidade principalmente de investigação de possíveis complicações associadas e estadiamento radiológico. Na sequência, a ultrassonografia de abdome superior (n= 188 casos / 65,96%) e ressonância nuclear magnética de abdome total (n= 95 casos / 33,33%) foram os mais solicitados. Em quantidade significativa dos casos (n=123/43,15 %), houve a solicitação tanto de tomografia computadorizada de abdome e USG abdominal durante período de internação hospitalar, conforme explicitado na tabela 6.

Tabela 6. Exames de imagem realizados durante IH para avaliação diagnóstica, etiológica ou de complicações nos internados no HGCR no período de 01/01/2005 a 31/12/2021 com diagnóstico de pancreatite aguda.

Exames de imagem realizados durante IH	Total de registros N(%)
Exame de imagem com fim diagnóstico ou etiológico	271 (95.09)
TC de abdome total + USG de abdome superior	123 (43.15)
Somente USG de abdome superior	65 (22.8)
Somente TC de abdome total	74 (25.96)
RM de abdome total	95 (35.05)

LEGENDA:

IH: Internação Hospitalar; **TC:** Tomografia computadorizada; **USG:** Ultrassonografia

Dentre os prontuários onde era concomitante o registro do dado acerca do tempo de duração da dor e a realização da TC de abdome (n=70/35.5%), vê-se que 42.85% (n=30) das tomografias foram realizadas no primeiro ou segundo dia de dor abdominal, enquanto 57.15% (n=40) foram realizadas a partir do 3º dia de dor abdominal. Ademais, sabe-se que, ao longo da mesma internação, em 21 casos a TC de abdome foi repetida pelo menos por 2 vezes.

A RM, na maioria associada a colangiografia e estudo da via biliar (33,3% dos casos) foi realizada. A ecoendoscopia foi realizada em somente 1 (1,4%) dos casos de PA de etiologia considerada idiopática, enquanto a colangiorressonância magnética foi realizada em 9 (13,2%) dos casos. Nos casos de etiologia presumivelmente medicamentosa, a ecoendoscopia foi realizada em somente 1 (33.3%) ocasião.

A prevalência de pacientes com hipotensão à admissão foi de 3%, enquanto a de hipertensão foi de 56%. Taquicardia esteve presente em 20,1% da amostra geral e em 28,5 % da amostra que teve como desfecho o óbito, sendo que nesses pacientes os valores encontrados foram maiores ou iguais a 120 batimentos por minuto.

A proteína C reativa foi solicitada na admissão em apenas 50,8% (n=144) dos casos. Nos casos que tiveram como desfecho o óbito, a proporção de solicitações à admissão foi semelhante (42.85%), sendo o exame como valores acima de 190 mg/dL presente em 4.9% dos casos na amostra geral e em 14.12 % dos casos na amostra dos pacientes que tiveram como desfecho o óbito, conforme descrito na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos sinais vitais, valores da saturação de oxigênio e proteína C reativa na admissão dos pacientes que apresentaram como desfecho da internação o óbito.

Casos	Pressão Arterial (em mmHg)	FC (em bpm)	FR (em irpm)	Tax (em °C)	SatO2 (em %)	Valor de PCR (em mg/dL)
Caso 4	112x82	70	-	36,5	96	276
Caso 5	Indetectável	156	-	-	83	198
Caso 9	197x80	71	-	36,1	100	23,83
Caso 7	130x70	78	-	36	96	17,5
Caso 11	112x68	49	-	35	96	0,73
Caso 1	80x60	169	-	-	96	2,05
Caso 2	140x72	121	19	-	96	-
Caso 3	100x67	80	-	-	97	-
Caso 6	136x97	120	-	36,2	99	-
Caso 8	150x85	57	15	35,8	96	-
Caso 10	216x71	73	-	-	96	-
Caso 12	160x100	89	20	36,3	98	-
Caso 13	-	-	-	-	-	-
Caso 14	-	-	-	-	-	-

LEGENDA:

FC: Frequência cardíaca; **FR:** Frequência respiratória; **Tax:** Temperatura axilar; **PCR:** Proteína C reativa; - : Não registrado

4. DISCUSSÃO

A distribuição etiológica da PA no HGCR apresenta-se em concordância parcial com a clássica incidência descrita na literatura.¹⁷ Identificou-se como a causa mais comum¹⁷⁻²⁰ a colelitíase em 42% dos casos (n=120), seguida do abuso de álcool¹⁷ em cerca de 14% dos casos (n = 40), entretanto, esta última em valores inferiores¹⁷. Foi observada em 39% dos casos o registro de causa idiopática (indeterminada) e etiologia não mencionada/não informada (informação não registrada em prontuário). As discrepâncias podem ser atribuídas a fatores como a população estudada, características próprias do hospital terciário e possíveis limitações metodológicas específicas deste estudo secundárias a baixa qualidade ou falta de padronização e preocupação no registro dessas informações nos prontuários. A distribuição etiológica pode também variar em contextos e populações variados, enfatizando a importância dos estudos locais.¹⁹ A identificação precisa das causas da pancreatite aguda é essencial para a definição de estratégias de prevenção, otimização de recursos diagnósticos e terapêuticos.²⁰ Outras causas de PA, não presentes em nosso estudo, como distúrbios metabólicos, auto-imune, traumáticas, infecciosas e genéticas, são raras, podendo chegar, segundo referência, a um somatório de 4% dos casos.¹⁷

Verificou-se que a PA de origem idiopática esteve mais associada a uma faixa etária de pacientes mais jovens e sem fatores de riscos clássicos (abuso de álcool, obesidade e tabagismo). Ademais, deve-se lembrar sobre a possibilidade de subdiagnóstico das causas biliares, visto que em 98,6% (67 casos) de nossa amostra, os pacientes com diagnóstico estabelecido de causa idiopática, não foram submetidos a Ecoendoscopia, impossibilitando adequada exclusão da possível existência de lama biliar/microlitíase biliar, condições, muitas vezes, só possível de serem identificadas por meio da realização desse exame.²¹ Inclusive, naqueles pacientes com apresentação clínica de dor abdominal de característica típica biliar e/ou presença de antecedentes familiares (1º e 2º grau) de litíase biliar, na ausência de confirmação ultrassonográfica, deveria-se ponderar sobre a solicitação de uma ecoendoscopia quando as outras causas comuns forem eliminadas (etilismo e hipertrigliceridemia).²² Infelizmente, em nossa amostra, percebeu-se que a ecoendoscopia foi realizada em somente 1 (1,4%) caso de paciente, inicialmente, considerado portador de causa idiopática, diferindo do que a literatura recomenda.²¹ Apesar disso, foi realizado colangiorressonância magnética em 9 (13,2%) casos, sugerindo possível tentativa de investigação etiológica mais aprofundada, porém mantendo menores sensibilidade e especificidade no que se refere a identificação de microlitíase biliar/lama biliar.²¹

Quanto à etiologia medicamentosa da pancreatite, os fármacos presumivelmente associados foram: azatioprina, enalapril e sinvastatina, listados na classificação de Badalov como Ib, Ia e Ia, respectivamente.⁵ Tais diagnósticos foram realizados de forma presuntiva a partir da exclusão das demais etiologias por meio de investigação imagiológica com TC de abdome com contraste (intravenoso), USG de abdome superior e RNM. Infelizmente, a ecoendoscopia, foi realizada em somente um (33.3%) dos casos de etiologia presumivelmente medicamentosa, sugerindo a persistência de investigação etiológica ainda incompleta.²¹

O consumo de álcool e o tabagismo associam-se significativamente ao desenvolvimento de PA.⁷ No entanto, é importante destacar que esses fatores de risco estão sujeitos a uma série de limitações analíticas, como a quantidade e a duração do consumo de álcool e cigarros, que associado à predisposição genética, podem influenciar o risco individual de desenvolver a doença.²¹ Neste estudo, cerca de 30% dos pacientes referiram consumo de

álcool, enquanto 25% tabagismo ativo. Tais dados, entretanto, tem sua confiabilidade prejudicada, visto a ausência de questionamentos sobre esses vícios em metade dos prontuários, além da possível negativa por parte dos pacientes, quando questionados, por possível presença de algum estigma social ou preconceito.

A faixa etária com maior prevalência foi a de adultos entre 30 e 60 anos (55% / média = 54 anos). Esses achados estão em consonância com a literatura mais atual, que também aponta para uma maior ocorrência da PA em adultos nessa faixa etária.^{19,20} Vale ressaltar que o HGCR não realiza rotineiramente o atendimento da população pediátrica (indivíduos com idade inferior à 16 anos), estando esta população, portanto, ausente neste estudo. Ademais, a amostra foi, predominantemente, formada pelos homens (n=151/ 53%). Esses resultados alinham-se a estudos anteriores, que também encontraram uma maior incidência de PA em pacientes masculinos.³ Essas diferenças podem ser influenciadas por fatores como a composição demográfica da população estudada e as características do serviço de saúde. ¹⁹ Ainda, é pertinente considerar a possível influência de fatores hormonais ou comportamentais, como o consumo de álcool e tabagismo serem mais frequentes nos homens.

15

A etnia dos pacientes também foi levada em consideração nessa análise epidemiológica. Embora a literatura seja escassa quanto a esse aspecto, viu-se prevalência maior em pacientes de origem branca, sendo os pacientes autodeclarados brancos quase 70% da amostra estudada. Esses achados podem estar relacionados a fatores genéticos, diferenças na exposição a fatores de risco específicos, como o consumo de álcool, por exemplo.¹⁷ Além disso, vê-se que a própria composição étnica presente no Estado de Santa Catarina, majoritariamente de origem de povos de pele branca, justifique a maior prevalência da PA nesse grupo étnico.

A análise comparativa das informações existentes na literatura também destacou a necessidade de uma maior padronização na classificação e categorização das causas de PA.³ É fato que a maioria dos prontuários (n = 237 / 83%) não ocorreu preocupação em realizar a classificação da gravidade da doença. Uma classificação uniforme e consistente poderia facilitar a comparação de dados entre diferentes estudos e contribuir para uma melhor compreensão da epidemiologia da PA no nosso estudo.^{3,17}

Ademais, deixar de qualificar a gravidade dos casos de PA, na luz das evidências mais atuais, no que tange o moderno tratamento da PA, prejudica sobremaneira o manejo desses pacientes e a comunicação interdisciplinar entre as equipes assistenciais de saúde, assim como os submete a um risco adicional quando subdimensionada a gravidade do caso, ou mesmo, na para identificar a real gravidade envolvida. Nosso, estudo confirma que mesmo atualmente (pelo menos no período estudado 01/01/2005 a 31/12/2021) os médicos desse grande Hospital de referência em Santa Catarina (HGCR) não estão colocando em prática as recomendações apresentadas, após a revisão da Classificação de Atlanta, desde outubro de 2012.²³ Infelizmente, acredita-se que a solução para isso, além de reforçar a apresentação desses conceitos nas escolas de ensino superior médico, seja estimular a realização de cursos de atualização ou mesmo a criação de protocolos de atendimento nos serviços hospitalares, para que se possa melhorar esse panorama.²³ Essa é uma situação preocupante, uma vez que a falta da incorporação destas recomendações sobre a classificação da PA pode ocasionar maior tempo de internação e maiores taxas de mortalidade, além da necessidade de maior permanência dos pacientes em UTI, maior número de intervenções invasivas em momentos

não ideais e carência de suporte nutricional adequado, principalmente naqueles que enfrentarem as condições mais graves dessa doença.³³

Quanto às complicações e mortalidade identificadas neste estudo, vê-se uma taxa de mortalidade geral compatível ao descrito na literatura médica corrente¹⁷, que variou de 5-10%, sem separação por classificação de gravidade. Dos pacientes que apresentaram complicações, 14 evoluíram com óbito, sendo 10 por choque séptico (8 devido foco abdominal e 2 por pneumonia nosocomial); 3 por síndrome da resposta inflamatória sistêmica relacionada à PA nas formas graves e 1 por suicídio em ambiente hospitalar, gerando uma taxa de mortalidade geral de 4,91%.

A análise sobre as manifestações clínicas revelou informações sobre a apresentação mais comum da PA. A manifestação mais observada foi a dor abdominal (n = 276/ 96.84% dos prontuários válidos). Ela variou em duração (variando entre menos de 24 horas e 90 dias de duração, com média de 4 dias e mediana de 2 dias), localização e irradiação. No que tange as apresentações mais frequente da localização a identificação de dor na região epigástrica (cerca de 40% dos casos) ou em quadrante superior direito do abdome (29% dos casos); e quanto a irradiação presente, em 44% dos casos ocorreu a irradiação mais comumente para o dorso, podendo sugerir uma possível relação com maior comprometimento de estruturas adjacentes, além do pâncreas.

Em relação aos critérios diagnósticos, idealmente, deve-se adotar aqueles estabelecidos nas diretrizes do *American College of Gastroenterology*.^{3,24} Esses critérios são representados pela presença de dor abdominal superior, elevação dos níveis de lipase ou amilase séricas e achados típicos de PA em exames complementares de imagem, sendo necessário para o estabelecimento do diagnóstico definitivo de PA a presença simultânea de pelo menos dois desses critérios^{3,24}. Na amostra, como evidenciado (71,5%) dos casos estavam presentes 3 critérios diagnósticos e em 16% a presença de 2 critérios diagnósticos.

Em relação aos exames complementares séricos, sabe-se que a dosagem da amilase e lipase podem fazer parte do diagnóstico da PA quando elevadas acima de 3 vezes os seus valores de referência^{3, 24}, sendo em nossa amostragem fundamentais para o diagnóstico dos pacientes em pelo menos 83% dos casos.

Quanto à análise da distribuição dos sinais vitais à admissão, a prevalência de pacientes com hipotensão (pressão arterial menor que 90 x 60 mmHg) foi de 3% e hipertensão (pressão arterial maior que 140x90 mmHg) foi de 56% dos casos. Vale ressaltar que a presença de hipertensão à admissão é influenciada por fatores como a alta prevalência de hipertensão arterial essencial (HAS) na população adulta geral e a possibilidade da presença de falsa crise hipertensiva associada à alta prevalência de dor abdominal intensa à admissão desses pacientes.^{25,26} No presente estudo a prevalência de HAS informada nos prontuários foi de 18,38% (n=53). Trinta e dois por cento desses pacientes estiveram hipertensos à admissão, reforçando a provável baixa especificidade da hipertensão no auxílio à predição da gravidade na admissão hospitalar. Já nos pacientes que evoluíram com óbito, a prevalência de hipotensão à admissão foi de 16%, cerca de 5 vezes superior em comparação com a amostra geral, corroborando com achados na literatura corrente que associa baixos níveis pressóricos na admissão a um pior prognóstico.²⁷ A taquicardia esteve presente em 20,1% da amostra geral e em 33,3% da amostra que apresentou o desfecho de óbito (nestes a frequência cardíaca esteve sempre em valores superiores a 120 batimentos por minuto). Vale ressaltar que a taquicardia, assim como hipertensão, podem receber influência dos estímulos nociceptivos (dor abdominal intensa).²⁸

A proteína C reativa foi solicitada na admissão em apenas 50,8% (n=144) dos casos. Nos casos que tiveram como desfecho o óbito, a proporção de solicitações à admissão foi semelhante (50%), sendo o exame com valores acima de 190 mg/dL presente em 4.9% dos casos na amostra geral, e em 16.6 % dos casos na amostra dos pacientes que tiveram como desfecho o óbito. Dessa forma, vê-se a perda qualitativa de um importante parâmetro para estimativa da gravidade de muitos casos, já citada e sugerida em estudos pregressos.^{29, 30}

A utilização dos exames complementares de imagem poderá ser fundamental para investigação etiológica, melhor avaliação da gravidade, identificação de possíveis complicações e até auxiliar no estabelecimento do diagnóstico definitivo.^{3,24} Em nossa amostra 66% dos pacientes realizaram ultrassonografia de abdome superior, com objetivo de investigação etiológica, conforme preconizado na literatura vigente.^{31,32} Já 69,1% dos pacientes foram submetidos a tomografia computadorizada (TC) de abdome no primeiro ou segundo dia de IH, para fins de confirmação diagnóstica; em 10%, foi realizada para avaliar a possibilidade de complicações relacionadas a PA. Outro dado importante foi a temporalidade da realização da TC em relação ao início da dor abdominal referida pelo paciente. Dentre os prontuários, onde era concomitantemente observado o registro dos dados acerca do tempo do início e duração da dor abdominal e a realização da TC de abdome (n=70/35.5%), percebe-se que 42.85% (n=30) das tomografias foram realizadas no primeiro ou segundo dia desde o início da dor abdominal, enquanto 57.15% (n=40) foram realizadas a partir do 3º dia a partir do início da dor abdominal. Esse fato, somado à informação referente à expressiva quantidade de tomografias de abdome realizadas no primeiro dia de IH, demonstra uma tendência do serviço à realização desse exame de imagem ao primeiro contato com o paciente, não necessariamente objetivando a melhor investigação das complicações relacionadas à PA.

Tal informação evidencia uma discrepância em relação à literatura vigente, a qual indica como melhor momento para a solicitação da TC de abdome a partir do 3º dia do início da dor abdominal, objetivando melhor diagnosticar possíveis complicações associadas a PA (delimitação da quantidade de necrose pancreática e/ou presença de coleções abdominais agudas relacionadas a PA).⁷ Ademais, sabe-se que, ao longo da mesma internação, em 21 casos a TC de abdome foi repetida pelo menos por 2 vezes, submetendo esses pacientes a maior exposição à radiação ionizante, onerando a assistência à saúde local, sem necessariamente alterar a terapêutica do paciente ^{31,32}. Por fim, a RM, na maioria das vezes associada a colangiografia e estudo da via biliar (33,3% dos casos) foi realizada para avaliação da presença de coledocolitíase ou de complicações relacionadas à doença (pseudocistos e fistulas pancreáticas), de acordo com o preconizado e considerando a sua menor disponibilidade e mais alto custo.^{31,32}

Por fim, as principais limitações do presente estudo foram a falta de registro de informações nos prontuários, assim como seu caráter retrospectivo. Também podem ser consideradas como possíveis limitações metodológicas: tamanho da amostra, possibilidade de erros diagnósticos, alta precoce sem adequada investigação complementar etiológica da PA; e possibilidade de erro no registro adequado do CID no prontuário eletrônico (visto isto ter sido fundamental para desencadear a busca por casos de pancreatite nos pacientes internados no HGCR). Ressalta-se também a falta de registro e ausência de padronização das informações registradas nos prontuários, assim como a nítida ausência de preocupação na avaliação e registro dos critérios de gravidade da PA para melhor estratificação dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

A maior parte dos pacientes diagnosticados com PA evoluiu, no final da IH, com a alta hospitalar, porém devido a falta de preocupação em registro da classificação da gravidade dos casos (que quando realizada em apenas 17%, utilizou escores desatualizados, como o RANSON), pode ter influenciado na baixa incidência de casos mais graves. A principal causa de óbito foi devido à presença de choque séptico, principalmente de foco abdominal.

Parte considerável dos pacientes (33.7 %) foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no decorrer da internação, entretanto, em apenas em 1 caso foi objetivando uma terapêutica direta para o manejo das complicações da pancreatite aguda (necrosectomia). Nos demais, foram submetidos a procedimentos para tratamento das causas da PA, sendo o mais comum a colecistectomia videolaparoscópica, certamente, influenciada pela maior incidência da causa biliar (42.1%).

As etiologias mais comuns da PA, neste estudo, foram a colelitíase, causa indeterminada/idiopática e alcoólica, diferenciando-se parcialmente do descrito na literatura médica. Tal diferença certamente foi influenciada pela baixa qualidade e pouca preocupação em preenchimento adequado dos prontuários médicos, bem como a ocorrência de investigação etiológica incompleta, visto a quase inexistente realização da Ecoendoscopia nos casos considerados de causa indefinida ou mesmo presuntivamente medicamentosa.

Observou-se uma maior prevalência da PA em homens, brancos e com idade média de 54 anos. Tais achados podem relacionar-se às características demográficas locais, à variabilidade regional e exposição mais duradoura a fatores de risco.

Dor abdominal foi o sintoma mais comum relatado pelos pacientes neste estudo, com localização, duração e irradiação variadas. Confirma-se, portanto, a natureza heterogênea dos sintomas da doença e a importância de uma avaliação cuidadosa e individualizada dos pacientes, sobretudo no primeiro atendimento.

Os critérios diagnósticos utilizados foram consistentes com as recomendações da literatura atual. A presença de dor abdominal aguda associada a níveis elevados (superiores a 3 vezes os valores de referência) de amilase e/ou lipase foram considerados como os critérios diagnósticos mais utilizados e identificados.

Em relação a avaliação dos sinais vitais na admissão dos pacientes, estiveram mais comumente presentes a taquicardia superior a 120 batimentos por minuto e hipotensão naqueles pacientes que evoluíram para óbito, podendo ser considerados representantes da maior gravidade associada a esses casos. Grande quantidade dos pacientes, entretanto, apresentaram sinais vitais dentro da faixa de normalidade, tornando evidente também a necessidade de avaliação complementar por meio de exames séricos, como por exemplo a dosagem da proteína C reativa. Esta, infelizmente, foi dosada na admissão em apenas 50% da amostra. Esta quando dosada nos pacientes que foram a óbito apresentou valores variáveis na amostra, sendo, em cerca de um quinto dos casos, superiores à 190 mg/dl, corroborando para esse indicador estar associado a casos de maior gravidade e desfecho desfavorável.

Por fim, vê-se indícios da necessidade de promover melhor divulgação da classificação de gravidade da PA, estabelecida após a revisão da Classificação de Atlanta, para todos os médicos do corpo clínico desse hospital, assim como para demais profissionais médicos e estudantes da graduação médica, de forma a diagnosticar mais precocemente os casos associados a maior gravidade, evitando assim desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Chris E. Forsmark; Gardner TB. Prediction and Management of Severe Acute Pancreatitis. 2015.
2. Galvão-Alves J, Mendes AF, Siciliano AAO, Mott CB, Neto CJ, Guarita DR, et al. Pancreatites. 1ª ed. Federação Brasileira de Gastroenterologia, 2011.
3. Forsmark CE, Swaroop Vege S, Wilcox CM. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2016; 375(20):1972–81.
4. Pereira B, Gonçalves R, Caldeira A, Pais TP, Pereira E, Tristan J, *et al.* Pancreatite Aguda Induzida por Fármacos : Caso Associado ao Perindopril e Revisão da Literatura and Review of Literature. *J Port Gastroenterol* 2011;18:34–9.
5. Badalov N, Baradarian R, Iswara K, Li J, Steinberg W, Tenner S. Drug-Induced Acute Pancreatitis: An Evidence-Based Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5(6):648–61.
6. Galvão-Alves J, Mendes AF, Siciliano AAO, Penido ALR, Mott CB, Junqueira Neto C, *et al.* I Consenso Brasileiro de Pancreatite Crônica. Sociedade Brasileira do Pâncreas, Rio de Janeiro, 2010.
7. Sankaran SJ, Xiao AY, Wu LM, Windsor JA, Forsmark CE, Petrov MS. Frequency of Progression from Acute to Chronic Pancreatitis and Risk Factors: A Meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;149(6):1490-1500.
8. Bruno MJ. Improving the Outcome of Acute Pancreatitis. *Dig Dis* 2016; 34(5):540–5.
9. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology* 2013;144(6):1252–61.
10. De Campos T, Parreira JG, Utiyama E, Rasslan S. Pesquisa nacional sobre condutas na pancreatite aguda. *Rev Col Bras Cir* 2008;35(5):304–10.
11. Lúcio D de S, Borghesi RA. Estudo clínico-epidemiológico das pancreatites em um hospital de referência terciária entre 2013 e 2014. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba* 2016;18(2):87–91.
12. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62(1):102–11.
13. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008 Apr;61(4):344-9. PMID: 18313558
14. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011.
15. Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
16. Almeida, LD. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes atendidos em ambulatório de endocrinologia pediátrica em Hospital Universitário. 2013.
17. Arroyo-Sánchez, AS; Aguirre-Mejía, RY. Perfil clínico y resultados de la pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital general. *Revista de Gastroenterología del Perú*, v. 40, n. 1, p. 36-45, 2020.

18. Guimarães, LSC et al. Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas: avaliação do perfil clínico, radiológico e cirúrgico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 40, p. 398-403, 2013.
19. Magalhães, BS; Azevedo, AR; Cunha, AG André. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por abdome agudo em um hospital de referência em Salvador. *Medicina (Ribeirao Preto)*, v. 52, n. 3, p. 193-200, 2019.
20. Mariot, EAS et al. Padrão epidemiológico da pancreatite aguda no hospital de referência da região dos Campos gerais. *Associação Médica do Paraná*, v. 78, n. 1, p. 28, 2020.
21. Chebli, Júlio Maria Fonseca et al. Microcristais biliares na pancreatite aguda idiopática: indício para etiologia biliar oculta subjacente. *Arquivos de Gastroenterologia* [online]. 2000, v. 37, n. 2. Epub 27 Nov 2002. ISSN 1678-4219. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032000000200005>.
22. Ardengh, José Celso et al. Pancreatite aguda sem etiologia aparente: a microlitíase deve ser pesquisada?. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. 2009, v. 36, n. 5. Epub 04 Jan 2010. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000500015>.
23. Alves JR, Ferraza GH, Nune JR e Teive MB. The acceptance of changes in the management of patients with acute pancreatitis after the revised Atlanta Classification. *Arq Gastroenterol* 2021; 58(1): 17-25.
24. Tenner, Scott MD, MPH, JD, FACP; Vege, Santhi Swaroop MD, MACG; Sheth, Sunil G. MD; Sauer, Bryan MD, MSc, FACP; Yang, Allison MD, MPH; Conwell, Darwin L. MD, MSc, FACP; Yadlapati, Rena H. MD, MHS, FACP; Gardner, Timothy B. MD, FACP. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology* 119(3):p 419-437, March 2024. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000002645
25. Motke, BB et al. Perfil epidemiológico e principais complicações de pacientes submetidos a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em um hospital terciário. *ABCD: arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*, 2015.
26. Paganelli, M. et al. Pancreatite aguda no paciente lúpico em atividade. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 57, p. S181, 2017.
27. Pallisera A, Adel F, Ramia JM. Classifications of acute pancreatitis to Atlanta and beyond. *Cent Eur J Med*. 2014; 9(4): 543-549.
28. Kadiyala V, Suleiman SL, McNabb-Baltar J, Wu BU, Banks PA, Singh VK. The Atlanta Classification, Revised Atlanta Classification, and Determinant-Based Classification of Acute Pancreatitis: Which Is Best at Stratifying Outcomes? *Pancreas* 2016; 45(4): 510-28.
29. Stirling AD, Moran NR, Kelly ME, Ridgway PF, Conlon KC. The predictive value of C-reactive protein (CRP) in acute pancreatitis – is interval change in CRP an additional indicator of severity? *HPB* 2017; 19: 874-80.
30. Ferreira Ade F, Bartelega JA, Urbano HC, de Souza IK. Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them? *ABCD, Arq Bras Cir Dig* 2015;28(3):207–11.
31. Thowni RF. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its importance for the radiologist and its effect on treatment. *Radiology* 2012; 262(3): 751-764.

32. Dellinger EP, Forsmark CE, Layer P, Lévy P, Maraví-Poma E, Petrov MS, *et al.* Determinant- Based Classification of Pancreatitis Severity: Na Internacional Multidisciplinary Consultation. *Ann Surg* 2012; 256(6): 875-88
33. Nawaz H, Mounzer R, Yadav D, Yabes JG, Slivka A, Whitcomb DC, Papachristou GI. Revised Atlanta and determinant-based classification: application in a prospective cohort of acute pancreatitis patients. *Am J Gastroenterol.* 2013 Dec;108(12):1911-7. doi: 10.1038/ajg.2013.348. Epub 2013 Oct 15. PMID: 24126632.
34. Gray R, Cagliani J, Amodu LI, Nauka P, Villacres B, Santos T, Castenada A, Fishbein J, Ahmed N, Coppa G, Rodriguez Rilo HL. Maximizing the Use of Scoring Systems in the Prediction of Outcomes in Acute Pancreatitis. *Digestion.* 2019;99(2):166-171. doi: 10.1159/000490887. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30227402.
35. Mounzer R, Langmead CJ, Wu BU, Evans AC, Bishehsari F, Muddana V, *et al.* Comparison of existing clinical scoring systems to predict persistent organ failure in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2012;142(7):1476–82.
36. Ferreira Ade F, Bartelega JA, Urbano HC, de Souza IK. Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them? *ABCD, Arq Bras Cir Dig* 2015;28(3):207–11.
37. Jin Z, Xu L, Wang X, Yang D. Risk Factors for Worsening of Acute Pancreatitis in Patients Admitted with Mild Acute Pancreatitis. *Med Sci Monit* 2017;23:1026–32.
38. Oláh A, Romics L. Enteral nutrition in acute pancreatitis: A review of the current evidence. *World J Gastroenterol* 2014;20(43):16123-16131
39. Vaughn VM, Shuster D, Rogers MAM, Mann J, Conte ML, Saint S, *et al.* Early Versus Delayed Feeding in Patients With Acute Pancreatitis. *Ann Intern Med* 2017;166(12):883.

ANEXO A – LISTA DE MEDICAMENTOS POSSÍVEIS DE CAUSAR PANCREATITE

O sistema de classificação de pancreatites agudas induzida por fármacos de Badalov, separa os medicamentos em classes Ia, Ib, II, III, IV (tabela 14) de acordo com os níveis evidência na literatura que associam o fármaco a pancreatite.

Tabela 8. Classificação dos fármacos associados a pancreatite aguda

Classificação dos fármacos associados a Pancreatite Aguda (Badalov).	
Classe	Requisitos
Ia	Pelo menos 1 caso relatado com teste de provocação positivo. Exclusão de todas as outras causas etiológicas.
Ib	Pelo menos 1 caso relatado com teste de provocação positivo. Sem exclusão de todas as outras etiologias.
II	Pelo menos 4 casos na literatura. Período de latência consistente, maior ou igual 75% casos.
III	Pelo menos 2 casos na literatura. Sem período de latência consistente entre casos e sem teste de provocação.
IV	Fármacos que não se enquadram nas classes anteriores, casos únicos relatados na literatura médica, sem teste de provocação.

Assim, podemos separar os fármacos associados a pancreatite aguda em suas devidas classes (Tabela 2).

Tabela 9. Fármacos associados a pancreatite aguda (Badalov).

Table 2. Summary of Drug-Induced Acute Pancreatitis Based on Drug Class

Class Ia	Class Ib	Class II	Class III	Class IV	
α -methyl dopa	All-trans-retinoic acid	Acetaminophen	Aledronate	Adrenocorticotrophic hormone	Octreotide
Azodisalicylate	Amiodarone	Chlorthiazide	Atorvastatin	Ampicillin	Oxyphenbutazone
Bezafibrate	Azathioprine	Clozapine	Carbamazepine	Bendroflumethiazide	Penicillin
Cannabis	Clomiphene	DDI	Captopril	Benzapril	Phenophthalein
Carbimazole	Dexamethasone	Erythromycin	Ceftriaxone	Betamethazone	Propoxyphene
Codeine	Ifosfamide	Estrogen	Chlorothalidone	Capecytabine	Ramipril
Cytosine	Lamivudine	L-asparaginase	Cimetidine	Cisplatin	Ranitidine
Arabinoside	Losartan	Pegasparagase	Clarithromycin	Colchicine	Rifampin
Dapsone	Lynesterol/methoxyethinylestradiol	Propofol	Cyclosporin	Cyclophosphamide	Risperidone
Enalapril	6- MP	Tamoxifen	Gold	Cyproheptidine	Ritonovir
Furosemide	Meglumine		Hydrochlorothiazide	Danazol	Roxithromycin
Isoniazid	Methimazole		Indomethacin	Diazoxide	Rosuvostatin
Mesalamine	Nelfinavir		Interferon/ribavirin	Diclofenac	Sertaline
Metronidazole	Norethindronate/mestranol		Irbesartan	Difenoxylate	Strychnine
Pentamidine	Omeprazole		Isotretinoin	Doxorubicin	Tacrolimus
Pravastatin	Premarin		Ketorolac	Ethacrinic acid	Vigabatin/lamotrigine
Procainamide	Sulfamethazole		Lisinopril	Famciclovir	Vincristine
Pyritonol	Trimethoprim-sulfamethazole		Metalozone	Finasteride	
Simvastatin			Metformin	5-fluorouracil	
Stibogluconate			Minocycline	Fluvastatin	
Sulfamethoxazole			Mirtazapine	Gemfibrozil	
Sulindac			Naproxen	Interleukin-2	
Tetracycline			Paclitaxel	Ketoprofen	
Valproic acid			Prednisone	Lovastatin	
			Prednisolone	Mefanamic acid	
				Nitrofurantoin	

ANEXO B - FICHA USADA NA COLETA DE DADOS

(AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DAS NOVAS RECOMENDAÇÕES PUBLICADAS APÓS A REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ATLANTA, NO MANEJO DA PANCREATITE AGUDA NO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS)

FICHA(PCTE) nº: __

Prontuário: __

Sexo: () M () F

Cor: () branco () pardo () mulato () negro () amarelo () outra. Qual? () Nada descrito Data Nascimento: ____/____/____.

Data da Internação: _/____/____. Data da Alta Hospitalar: _/____/____. Data de Óbito (se houver): ____/____/____

Peso: __Altura: ____IMC: __. Data _/____/____Profissão: ____

FATORES ASSOCIADOS:

Comorbidades/História Social	Quantidade/Tempo
Medicações: (Numerar) α -metildopa () <u>Azodisalicilato</u> ()) Bezafibrato () <u>Canabis</u> () Carbimazol () Codeína () Citosina () Citarabina () Dapsona () Enalapril () Furosemida () Isoniazida () <u>Mesalamina</u> () Metronidazole () Pentamidina ()) Pravastatina () Procainamida () Piritinol ()	Numeração/Posologia:

Sinvastatina () Estibogluconato () <u>Sulfametoxazole</u> () Sulindac () Tetraciclina () Valproato sódico()	
Consumo bebida alcoólica () Sim () Não	
Tabagismo () Sim () Não	
História de: Pancreatite aguda () Litíase biliar () DM tipo I () e II () Obesidade () <u>Dislepidemia</u> (qual) () Dieta hiperproteica (), Dieta hipogordurosa () Dieta hipergordurosa () Hipercalcemia () Doenças da tireoide () e <u>paratiroide</u> () Outros vícios ()	Especificar os assinalados:
Cirurgia abdominal Prévia: () Sim () Não	Quais:
História de Câncer (em pais, filhos, primos e tios de 1º grau)	Quais/grau parentesco:
Outros:	

Icterícia clínica (identificada pelo paciente ou pelo médico no exame físico): () Sim () Não	
Febre: () Sim, T°C: () Não	
Esteatorréia () Sim () Não	
Sinais de DM (polifagia, polidipsia, poliúria, sonolência. Citar qual) () Sim () Não	
Sinais de hemorragia (citar quais): () Sim () Não	
Equimoses Abdominais: () Sim () Não	
Outros:	

DIAGNÓSTICO: PANCREATITE AGUDA - CID ____

Critérios diagnósticos utilizados:

	Especificação
Etiologia da pancreatite:	
QUADRO CLÍNICO: Dor abdominal superior () Náuseas () Vômitos () Outros (quais)	Características da dor (localização, tipo, irradiação, fatores melhora e piora, etc):
Exames Imagem: () TC () RNM () USG	Qual exame, data, laudo relacionado à pancreatite:
Punção guiada por exame de imagem – Data/Resultado:	
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO/HISTOLÓGICO – Data/Descrição do laudo	

CONDUTA:

Conduta	Quantidade/Tempo/Posologia/Especificidade/Procedimento
Tipo de dieta:	() VO () Líquida () Pastosa
Complicações durante internação	Complicações locais: Complicações Sistêmicas: Relacionadas diretamente: Não relacionadas diretamente:
Antibiótico () (Posologia)	() Unasyn () Meropenem () Ciprofloxacina () Metronidazol () Clavulin () Outro/Qual?
Infusão de líquidos ()	Quais/Quantidade: S.f. 0,9% () Ringer lactato () Soro de manutenção / Descrever () Outros:
Medicamentos alto custo - Octreotide (Octreotida/Sandostatin):	Quais/Posologia:
Outras medicações ()	() <u>Buscopam</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Tramadol</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Morfina</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>dipirona</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Metoclopramida</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Plasil</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Ondansetron</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Omeprazol</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Celexane</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Colestiramina</u> () 4/4h () 6/6h () 8/8h () 12/12 h () <u>Insulina R conforme HGT</u> () Outros/quais
UTI ()	Tempo de internação:

Cirurgias Realizadas	Data da Cirurgia
- Necessidade de Reoperação (). Qual?	

Exames Laboratoriais	Data					
Lipase						
Amilase						
Hb						
Ht						
Leucócitos (c/ou s/ desvio)						
Plaquetas						
PCR						
BTF (BD)						
AST/ALT						
Gama-GT						
Fosfatase Alcalina						
Albumina						
Creatinina/uréia						
Glicemia						
Cálcio						
LDH ou DHL						

SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (caso existente):

Intercorrências	Data de início	Procedimento Adotado	Data de Resolução

1. OBSERVAÇÕES DIVERSAS (caso existente)

1. ÓBITO: Sim () Não ()

Se sim, Data: _

Causa Básica: _

Causa(s) Consequencial(is): _____

Causa Terminal: _____

1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:

Nome:

Data do preenchimento do cadastro: _____/_____/_____. SCORES/ESCALAS: