

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL NOS CASOS DE PANCREATITE AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA

**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF PARENTERAL AND ENTERAL
NUTRITION IN ACUTE PANCREATITIS: A LITERATURE REVIEW**

Ciências da Saúde • 26/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792991869](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792991869)

Diego Curvello da Silva
Arthur Peixoto de Azevedo
Brenda Mayumi Hayashida Bosquê
Giovana Fornaciari Moreira
Maria Eduarda Vicentin Nince
Mariana Aparecida Ferreira
Allana Pinhal Fernandes

RESUMO

A pancreatite aguda é uma inflamação súbita do pâncreas associada a elevado número de internações e a risco de falência de órgãos; nesse cenário, o suporte nutricional precoce contribui para proteger a barreira intestinal e modular a inflamação sistêmica. O presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de revisão da literatura, as vantagens e desvantagens das terapias nutricionais enteral e parenteral na pancreatite aguda.

Realizou-se busca nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e BVS, abrangendo publicações de 1997 a 2024 e resultando em 20 publicações incluídas. Os dados mostram que a nutrição enteral precoce, iniciada entre 24 e 48 horas, reduz complicações infecciosas e tempo de internação, incluindo a infecção da necrose pancreática e, em parte das metanálises, a mortalidade, sendo preferível à nutrição parenteral; além disso, a via nasogástrica mostrou-se comparável à nasojejunal nos estudos analisados.

Essa comparabilidade simplifica o manejo à beira do leito. Por sua vez, a nutrição parenteral deve ficar reservada como terapia de resgate nos casos de falência do trato gastrointestinal. Em síntese, a nutrição enteral é a estratégia nutricional de primeira linha na pancreatite aguda moderada a grave, e a via parenteral deve ser utilizada apenas quando a alimentação enteral não for viável.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda; Nutrição Enteral; Nutrição Parenteral; Terapia Nutricional; Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is a sudden inflammatory condition of the pancreas associated with a high rate of hospital admissions and a significant risk of organ failure. However, early nutritional support helps preserve the intestinal barrier and modulate the systemic inflammatory response. This study aimed to analyze, through a

literature review, the advantages and disadvantages of enteral and parenteral nutritional therapies in the management of acute pancreatitis.

The study methodology consisted of a literature search conducted in the PubMed, SciELO, LILACS, and Virtual Health Library (BVS) databases, covering publications from 1997 to 2024 and yielding 20 included publications. The findings show that early enteral nutrition—initiated within 24 to 48 hours—reduces infectious complications and shortens hospital stay, including the incidence of infected pancreatic necrosis and, in some meta-analyses, overall mortality, making it the preferred approach over parenteral nutrition. Furthermore, the nasogastric route has been shown to be comparable to the nasojejunal route in the studies analyzed.

This comparability considerably simplifies bedside management. In contrast, parenteral nutrition should be reserved as a rescue therapy in cases of gastrointestinal tract failure. In conclusion, enteral nutrition remains the first-line nutritional strategy for patients with moderate to severe acute pancreatitis, whereas parenteral nutrition should be used only when enteral feeding is not feasible.

Keywords: Acute Pancreatitis; Enteral Nutrition; Parenteral Nutrition; Nutritional Therapy; Intensive Care.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda constitui uma inflamação súbita da glândula pancreática de gravidade variável, representando uma das principais emergências gastrointestinais na prática hospitalar (Szatmary et al., 2022). O quadro decorre da ativação precoce de enzimas dentro dos ácinos, processo que desencadeia a autodigestão do parênquima e uma resposta inflamatória com risco de disfunção orgânica. Segundo a classificação de Atlanta revisada, a doença é categorizada

em leve, moderadamente grave e grave, conforme a presença e a duração da falência orgânica e das complicações locais (Banks et al., 2013). Diante desse potencial de gravidade, a identificação rápida e o manejo intensivo precoce são determinantes para conter a progressão das lesões e estabilizar o paciente.

Durante muito tempo, o jejum oral prolongado foi a conduta clínica padrão para deixar o pâncreas em repouso absoluto, a fim de evitar o estímulo da secreção exócrina. Todavia, estudos atuais mostram que a ausência de alimento na luz intestinal causa atrofia das vilosidades e comprometimento das junções de oclusão da mucosa (Oláh; Romics, 2014). Esse processo facilita a passagem de bactérias e toxinas para a corrente sanguínea e para as áreas de necrose no retroperitônio, o que aumenta de forma importante o risco de infecções e sepse.

Com base nessa nova compreensão da fisiopatologia, o suporte nutricional precoce passou a ser considerado uma terapia relevante, pois auxilia no controle da inflamação e na manutenção da função de barreira do intestino (Townsend et al., 2024). Nos casos de gravidade moderada a grave, a via enteral é descrita na literatura como a melhor opção, sendo preferível à parenteral porque diminui infecções, reduz complicações e tempo de internação e também os custos hospitalares (Marik; Zaloga, 2004). Ainda assim, persistem dúvidas na prática clínica sobre o momento ideal de início da dieta, a tolerância gástrica e os critérios para o uso da nutrição parenteral como último recurso; um ensaio clínico multicêntrico, por exemplo, não demonstrou benefício da sonda nasoentérica iniciada em até 24 horas em todos os pacientes (Bakker et al., 2014).

A relevância deste estudo está na necessidade de organizar as evidências da literatura a fim de auxiliar a equipe multidisciplinar na decisão à beira do leito, uma vez que a escolha adequada da via de alimentação está diretamente relacionada à sobrevida e à prevenção de complicações graves em unidade de terapia intensiva.

O presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão da literatura, as vantagens e desvantagens das terapias nutricionais enteral e parenteral na pancreatite aguda, identificando as indicações de cada via e comparando os desfechos clínicos de infecção da necrose, tempo de internação e mortalidade. Para atingir esse objetivo, o trabalho foi dividido em fundamentação teórica, metodologia, resultados e discussões e considerações finais.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Szatmary et al. (2022), a pancreatite aguda é uma inflamação súbita do pâncreas, de gravidade variável de leve a grave, que pode evoluir para complicações sistêmicas e apresenta alto risco de mortalidade nos casos graves. A condição surge quando ocorre a ativação precoce de enzimas dentro dos ácinos pancreáticos, o que causa a autodigestão do próprio tecido. A maioria dos episódios, cerca de 80% a 90% dos casos, é provocada por litíase biliar ou pelo consumo excessivo de álcool (Townsend et al., 2024; Szatmary et al., 2022).

O quadro clínico varia consideravelmente entre os pacientes. O diagnóstico baseia-se, em geral, em dois de três critérios: dor abdominal intensa, frequentemente acompanhada de náuseas; elevação de amilase ou lipase séricas em pelo menos três vezes o limite superior da normalidade; e achados em exames de imagem,

como tomografia ou ultrassonografia (Banks et al., 2013; Townsend et al., 2024; Szatmary et al., 2022). Pela classificação de Atlanta revisada, a doença é categorizada em leve, moderadamente grave e grave, de acordo com a ausência ou a presença de complicações locais e de falência orgânica transitória ou persistente (Banks et al., 2013), classificação que orienta a intensidade do suporte e a escolha da terapia nutricional.

Nas fases iniciais, a prioridade terapêutica concentra-se na analgesia e na hidratação venosa vigorosa com Ringer lactato nas primeiras 12 a 24 horas, com o objetivo de restaurar a perfusão tecidual e os parâmetros laboratoriais (Townsend et al., 2024; Tenner et al., 2013). Em casos leves, a alimentação oral com alimentos sólidos de baixo teor lipídico pode ser iniciada assim que cessarem as náuseas, sem a necessidade de resolução completa da dor (Townsend et al., 2024; Fostier et al., 2022). Por outro lado, quando há intolerância oral ou o quadro evolui de forma grave, a nutrição enteral instituída precocemente, entre 24 e 48 horas, reduz complicações infecciosas e tempo de internação, com possível redução da mortalidade (Fostier et al., 2022; Szatmary et al., 2022). O aporte intraluminal preserva as junções de oclusão e estimula o trofismo da mucosa, sendo viável por sonda gástrica ou jejunal (Arvanitakis et al., 2020; Fostier et al., 2022).

Townsend et al. (2024) descrevem que o suporte nutricional adequado tornou-se parte central do manejo da pancreatite aguda e que a recomendação histórica de jejum absoluto, adotada a fim de evitar o estímulo pancreático, deu lugar à introdução precoce da dieta (Fostier et al., 2022; Szatmary et al., 2022). Essa mudança de conduta na prática clínica, que evita a atrofia das vilosidades intestinais, está associada a menor tempo de hospitalização e a

melhor prognóstico geral. A nutrição enteral precoce é recomendada por associar-se a menor taxa de complicações em comparação com a nutrição tardia ou o jejum (Gomes et al., 2023).

Arvanitakis et al. (2020) e Szatmary et al. (2022) mencionam que o suporte nutricional adequado modula a resposta inflamatória e reduz o hipercatabolismo, ao passo que o repouso intestinal imposto pela nutrição parenteral causa atrofia das vilosidades, o que eleva a translocação de patógenos.

Do ponto de vista fisiopatológico, a manutenção do aporte nutricional por via intraluminal contribui para preservar a integridade da mucosa intestinal e reduzir a translocação bacteriana, mecanismo apontado como determinante para a menor ocorrência de infecção da necrose pancreática e de falência orgânica (Oláh; Romics, 2014; Szatmary et al., 2022).

A definição da via e do momento ideal de início ainda depende da gravidade da doença, da tolerância individual do paciente e de suas comorbidades prévias (Townsend et al., 2024; Fostier et al., 2022). Quanto à via de administração, na pancreatite aguda moderada a grave, a via enteral deve ser priorizada em detrimento da parenteral, pois reduz complicações e tempo de internação ao preservar a barreira mucosa e diminuir a translocação bacteriana (Townsend et al., 2024; Szatmary et al., 2022). A sonda nasojejunal surge como opção para não estimular a secreção exócrina do pâncreas, enquanto a via parenteral central fica restrita aos casos de inviabilidade do trato digestivo, devido ao risco de infecções de cateter e de alterações metabólicas.

Quanto ao momento de início, Spanier et al. (2010) ressaltam que a nutrição enteral deve ser instituída o mais precocemente possível, em até 48 horas, e que a suplementação das fórmulas enterais com glutamina, prebióticos ou probióticos não pode ser recomendada de rotina. A revisão sistemática de McClave et al. (2006), por sua vez, reforça a preferência pela via enteral sempre que o trato gastrointestinal estiver funcionando, relegando a via parenteral às situações em que a alimentação enteral não é tolerada ou não é viável.

Nesse sentido, as diretrizes do American College of Gastroenterology (Tenner et al., 2013) recomendam a nutrição enteral precoce na pancreatite grave para prevenir complicações infecciosas e orientam que a via parenteral seja evitada, exceto quando a via enteral não estiver disponível, não for tolerada ou não atingir as necessidades calóricas do paciente.

Lee e Papachristou (2020) sugerem que a abordagem escalonada (*step-up approach*) é preferível à cirurgia aberta em quadros graves com necrose infectada e coleções complexas, priorizando-se drenagens minimamente invasivas. Nesse contexto, o monitoramento do estado nutricional e da perda de peso orienta a indicação de sondas quando a via oral não supre o gasto energético (Arvanitakis et al., 2020).

Nesse contexto, a fim de orientar as decisões da equipe multidisciplinar, este estudo tem como objetivo analisar as vantagens e desvantagens das terapias nutricionais enteral e parenteral no manejo da pancreatite aguda, identificando os critérios de indicação de cada via e comparando desfechos clínicos

como taxas de infecção, tempo de internação e mortalidade com base nos consensos internacionais.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma revisão da literatura sobre o uso das terapias nutricionais enteral e parenteral na pancreatite aguda. O recorte temporal inicia-se na publicação mais antiga incluída na amostra (Kalfarentzos et al., 1997) e se estende até 2024, de modo a contemplar tanto os ensaios clínicos e revisões clássicas sobre o tema quanto as diretrizes e revisões mais recentes.

A estratégia metodológica contemplou buscas nas bases de dados SciELO, PubMed, LILACS e BVS, utilizando descritores controlados combinados com operadores booleanos. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises, diretrizes de sociedades médicas e revisões da literatura que abordassem a comparação entre as vias enteral e parenteral ou o manejo clínico da pancreatite aguda em pacientes adultos; um estudo pediátrico foi mantido exclusivamente como referência epidemiológica sobre a recorrência da doença, e um livro-texto de cirurgia foi incluído para a fundamentação conceitual. A seleção ocorreu por leitura de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos elegíveis, com extração de informações como incidência de infecção de necrose, falência orgânica e complicações associadas ao acesso nutricional.

A amostra final foi composta por 20 publicações: 2 ensaios clínicos randomizados, 6 revisões sistemáticas ou metanálises, 3 diretrizes ou consensos, 7 revisões da literatura (narrativas, integrativas ou de atualização), 1 estudo observacional e 1 livro-texto. Do total, 12 publicações (60%) datam de 2014 a 2024 e 8 (40%) são anteriores a 2014, incluídas por constituírem ensaios clínicos, revisões e diretrizes

de referência sobre o tema. O Quadro 1 apresenta as publicações incluídas, segundo o tipo de estudo e o foco principal.

Quadro 1. Publicações incluídas na revisão (n = 20), segundo o tipo de estudo e o foco principal

Publicação	Tipo de estudo	Foco principal
Al-Omran et al. (2010)	Revisão sistemática (Cochrane)	Nutrição enteral versus parenteral: mortalidade, infecções, falência de órgãos e intervenção cirúrgica
Arvanitakis et al. (2020)	Diretriz (ESPEN)	Recomendações de nutrição clínica na pancreatite aguda e crônica
Bakker et al. (2014)	Ensaio clínico randomizado	Sonda nasoentérica precoce versus dieta oral após 72 horas
Banks et al. (2013)	Consenso internacional	Revisão da classificação de Atlanta e definições da pancreatite aguda
Dutta et al. (2020)	Revisão sistemática (Cochrane)	Sonda nasogástrica versus nasojejunal na pancreatite aguda grave
Fonseca Sepúlveda; Guerrero-Lozano (2019)	Estudo observacional retrospectivo (pediátrico)	Pancreatite aguda recorrente: fatores clínicos e etiológicos
Fostier et al. (2022)	Revisão da literatura	Quando, o que e como nutrir na pancreatite aguda
Gomes et al. (2023)	Revisão da literatura	Diagnóstico e manejo terapêutico da pancreatite aguda
Hegazi; DeWitt (2014)	Revisão da literatura	Nutrição enteral, modulação imune e início precoce da dieta

Kalfarentzos et al. (1997)	Ensaio clínico randomizado	Nutrição enteral versus parenteral na pancreatite aguda grave: complicações e custo
Lee; Papachristou (2020)	Revisão da literatura	Manejo da pancreatite aguda grave
Marik; Zaloga (2004)	Metanálise	Nutrição parenteral versus enteral na pancreatite aguda
McClave et al. (2006)	Revisão sistemática	Suporte nutricional na pancreatite aguda
Oláh; Romics Jr. (2014)	Revisão sistemática	Evidências atuais sobre a nutrição enteral na pancreatite aguda
Petrov et al. (2008)	Revisão sistemática de ensaios randomizados	Suporte nutricional: complicações infecciosas e mortalidade
Scalzer; Silva; Ramos (2017)	Revisão integrativa	Terapia nutricional mais adequada na pancreatite aguda
Spanier et al. (2010)	Revisão da literatura	Nutrição enteral: via, momento de início e suplementação
Szatmary et al. (2022)	Revisão da literatura	Diagnóstico e tratamento da pancreatite aguda
Tenner et al. (2013)	Diretriz (ACG)	Manejo da pancreatite aguda
Townsend et al. (2024)	Livro-texto	Base biológica da prática cirúrgica moderna (fundamentação conceitual)

Fonte: elaborado pelos autores.

A análise dos dados foi descritiva e qualitativa, confrontando as vantagens, as limitações e a segurança de cada modalidade nutricional nos diferentes cenários de gravidade da pancreatite aguda, com os principais achados organizados no Quadro 1 e na Tabela 1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A nutrição enteral precoce demonstra vantagens clínicas e logísticas consistentes em relação ao suporte parenteral na pancreatite aguda moderada e grave. Pacientes que recebem dieta por sonda nasogástrica ou nasojejunal apresentam menor necessidade de intervenções cirúrgicas e drenagens de coleções necróticas infectadas, o que se reflete diretamente na redução do tempo de permanência hospitalar e dos custos assistenciais globais (Kalfarentzos et al., 1997; Marik; Zaloga, 2004).

Em consonância, a revisão integrativa de Scalzer, Silva e Ramos (2017) concluiu que a dieta enteral é a mais recomendada em comparação com a parenteral, esta mais associada a complicações infecciosas, e que a via parenteral só deve ser utilizada quando o trato digestório não puder ser empregado.

Quanto à via de acesso, Tenner et al. (2013) e Arvanitakis et al. (2020) apontam que o posicionamento gástrico apresenta eficácia e tolerabilidade comparáveis às do posicionamento jejunal pós-pilórico. A infusão por sonda nasogástrica não parece elevar o risco de aspiração pulmonar, recidiva álgica ou elevação de enzimas pancreáticas em comparação à sonda nasojejunal, dispensando procedimentos endoscópicos ou fluoroscópicos à beira do leito e

permitindo o início da dieta nas primeiras 24 a 48 horas de admissão (Spanier et al., 2010; Tenner et al., 2013).

No que diz respeito ao perfil de segurança, Petrov, Pylypchuk e Emelyanov (2008) descrevem que a via parenteral associa-se a taxas maiores de hiperglicemia de difícil controle e bacteremia relacionada ao cateter, demandando antibioticoterapia e troca de acessos; todavia, as intercorrências da nutrição enteral restringem-se a diarreia ou distensão abdominal, manejados com ajuste na infusão ou fibras solúveis (Hegazi; DeWitt, 2014).

Na revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados de Petrov, Pylypchuk e Emelyanov (2008), a nutrição enteral, quando comparada à parenteral, associou-se a redução significativa das complicações infecciosas (RR 0,41; IC 95%: 0,30-0,57), ao passo que a diferença de mortalidade entre as duas vias não alcançou significância estatística (RR 0,60; IC 95%: 0,32-1,14). Esse achado indica que o benefício mais consistente da via enteral recai sobre o controle das infecções, e não necessariamente sobre a sobrevida isolada, o que reforça a importância de interpretar os desfechos de forma conjunta.

A revisão Cochrane de Al-Omran et al. (2010), que comparou diretamente as duas vias, relatou menor mortalidade, menor ocorrência de infecções sistêmicas e de falência de múltiplos órgãos e menor necessidade de intervenção cirúrgica com a nutrição enteral, e Oláh e Romics (2014) apontam que as metanálises mais recentes sugerem redução significativa da mortalidade na pancreatite aguda grave. Já as revisões de Petrov et al. (2008) e de McClave et al. (2006) não encontraram efeito significativo da via enteral sobre a mortalidade em comparação com a parenteral,

embora tenham confirmado a redução da morbidade infecciosa. Essa divergência pode decorrer de diferenças nos critérios de inclusão e no número de ensaios reunidos, e ilustra a cautela necessária ao interpretar desfechos de sobrevida.

Em relação à via de acesso, Spanier et al. (2010) observam que a alimentação por sonda nasogástrica parece segura e bem tolerada na maioria dos pacientes com pancreatite aguda grave, o que torna menos provável o conceito de repouso pancreático absoluto; os autores ressaltam, contudo, a necessidade de grandes estudos multicêntricos para confirmar a segurança e a efetividade dessa via e para esclarecer o papel do início precoce do suporte nutricional. Ademais, pacientes incapazes de tolerar a dieta enteral devem receber nutrição parenteral até que a via digestiva possa ser utilizada (Spanier et al., 2010). Ressalte-se que a revisão Cochrane de Dutta et al. (2020), restrita à pancreatite aguda grave, considerou a evidência disponível insuficiente para concluir pela superioridade, inferioridade ou equivalência entre as sondas nasogástrica e nasojejunal, o que reforça a necessidade de ensaios de maior porte.

Quanto ao momento de início, o ensaio clínico multicêntrico de Bakker et al. (2014), com 208 pacientes de 19 hospitais holandeses e alto risco de complicações, não demonstrou superioridade da nutrição por sonda nasoentérica iniciada em até 24 horas em relação à dieta oral iniciada após 72 horas, com sonda apenas na presença de intolerância, quanto às taxas de infecção maior (25% e 26%) e de óbito (11% e 7%). No grupo de início sob demanda, 69% dos pacientes toleraram a dieta oral e não precisaram de sonda. Esses resultados não invalidam a preferência pela via enteral em relação à parenteral, mas indicam que o início sistemático da sonda em todos

os pacientes pode ser desnecessário e que a decisão deve considerar a tolerância oral individual.

A Tabela 1 sintetiza as principais variáveis clínicas e operacionais comparadas entre a terapia nutricional enteral e a parenteral nos estudos revisados:

Parâmetro Clínico	Nutrição Enteral (NE)	Nutrição Parenteral (NP)
Preservação da barreira intestinal	Alta (previne atrofia das vilosidades)	Baixa (favorece quebra da barreira mucosa)
Risco de infecção secundária/sepsse	Significativamente menor	Elevado (infecções de cateter venoso central)
Tempo de internação hospitalar	Reduzido	Prolongado
Complicações metabólicas	Baixas (diarreia ou distensão autolimitadas)	Altas (hiperglicemia refratária e distúrbios hidroeletrólíticos)
Custo e complexidade logística	Menor custo; sonda gástrica ou jejunal	Maior custo; necessidade de acesso venoso central
Indicação primária	Primeira linha em quadros moderados a graves	Resgate em íleo prolongado, fístula de alto débito ou falha da NE

Fonte: elaborado pelos autores com base em Arvanitakis et al. (2020), Kalfarentzos et al. (1997), Marik e Zaloga (2004), Petrov et al. (2008) e Tenner et al. (2013).

A superioridade da via enteral sobre a parenteral decorre de sua capacidade de manter o fluxo sanguíneo esplâncnico e modular

ativamente a resposta inflamatória sistêmica, prevenindo a translocação bacteriana para coleções retroperitoneais (Kalfarentzos et al., 1997; McClave et al., 2006). A nutrição parenteral mantém indicação estrita como terapia de resgate quando há falência anatômica ou funcional do trato gastrointestinal, como íleo paralítico refratário, fístulas digestivas de alto débito ou síndrome compartimental abdominal (Arvanitakis et al., 2020; Tenner et al., 2013).

Sob a ótica econômica, o ensaio clínico randomizado e prospectivo de Kalfarentzos et al. (1997), realizado em pacientes com pancreatite aguda grave, demonstrou que a nutrição enteral é superior à parenteral, com menor ocorrência de complicações sépticas e menor custo do suporte nutricional, o que se soma às vantagens clínicas já descritas.

Cabe ressaltar que a literatura sobre o tema apresenta heterogeneidade quanto à definição de gravidade, ao momento de início da dieta, à composição das fórmulas e aos desfechos avaliados, além de ensaios com amostras relativamente pequenas, o que limita a comparabilidade direta entre os estudos e a generalização dos resultados (Spanier et al., 2010).

De modo geral, os achados reunidos convergem para a nutrição enteral precoce como estratégia preferencial na pancreatite aguda moderada a grave, com a via nasogástrica configurando alternativa prática e, até o momento, aparentemente segura em relação à nasojejunal, ao passo que a nutrição parenteral permanece restrita aos casos de falha ou inviabilidade do trato gastrointestinal (Marik; Zaloga, 2004; McClave et al., 2006; Tenner et al., 2013). Cumpre ressaltar, entretanto, que a escolha da via e do momento de início

deve ser individualizada segundo a gravidade do quadro, a tolerância do paciente e a disponibilidade de recursos da instituição, e que persistem lacunas a serem esclarecidas por estudos multicêntricos de maior porte (Bakker et al., 2014; Dutta et al., 2020; Spanier et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além da alta hospitalar alcançada com a reintrodução alimentar, a análise epidemiológica aponta que a pancreatite aguda pode recidivar em quase um quarto dos pacientes, como observado em uma coorte pediátrica em que a recorrência esteve associada a fatores anatômicos e ao uso de medicamentos (Fonseca Sepúlveda; Guerrero-Lozano, 2019). Segundo Szatmary et al. (2022), essa taxa de recorrência exige acompanhamento ambulatorial rigoroso após a alta, com plano que associe a terapia nutricional ao tratamento direto da causa da doença; contudo, a adesão prolongada às orientações ainda é um desafio na rotina dos serviços de saúde. Em síntese, o seguimento após a alta contribui para reduzir complicações e o tempo de internação em eventual reinternação.

Portanto, manter o pâncreas em repouso total com jejum prolongado traz danos ao paciente, segundo a literatura: a ausência de alimento no intestino compromete a barreira da mucosa, o que facilita a passagem de bactérias e aumenta a infecção da necrose e a falência de órgãos (Oláh; Romics, 2014). O uso precoce da nutrição enteral tornou-se a primeira opção para os casos moderados a graves, contribuindo para diminuir as infecções e os dias de internação, com redução de óbitos em parte das metanálises (Al-Omran et al., 2010; Marik; Zaloga, 2004). Como a sonda nasogástrica mostrou-se segura e com desempenho comparável ao da via

nasojejunal nos estudos analisados, embora a evidência comparativa direta ainda seja limitada (Dutta et al., 2020), torna-se mais fácil iniciar a alimentação em até 24 ou 48 horas da internação, à beira do leito (Spanier et al., 2010; Tenner et al., 2013).

A nutrição parenteral, todavia, deve ser usada apenas como resgate quando o paciente apresenta intolerância digestiva que não melhora, íleo paralítico prolongado ou fístulas de alto débito; o uso sem critério desse suporte precisa ser evitado em razão do risco de infecções de cateter e de alterações metabólicas (Kalfarentzos et al., 1997). Por outro lado, o início oportuno da terapia nutricional contribui de forma importante para o prognóstico do paciente com pancreatite aguda, sendo necessário que os serviços de saúde tenham protocolos para organizar a progressão da dieta enteral e a transição segura para a via oral (Tenner et al., 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-OMRAN, M. et al. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, CD002837, 2010.

ARVANITAKIS, M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 3, p. 612-631, 2020.

BAKKER, O. J. et al. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. **The New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 21, p. 1983-1993, 2014.

BANKS, P. A. et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international

consensus. **Gut**, v. 62, n. 1, p. 102-111, 2013.

DUTTA, A. K. et al. Nasogastric versus nasojejunal tube feeding for severe acute pancreatitis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD010582, 2020.

FONSECA SEPÚLVEDA, E. V.; GUERRERO-LOZANO, R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 6, p. 713-719, 2019.

FOSTIER, R.; ARVANITAKIS, M.; GKOLFAKIS, P. Nutrition in acute pancreatitis: when, what and how. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, v. 25, n. 5, p. 325-328, 2022.

GOMES, A. V. de A. et al. Diagnóstico e manejo terapêutico da pancreatite aguda: uma visão abrangente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 15136-15145, 2023.

HEGAZI, R. A. F.; DEWITT, T. Enteral nutrition and immune modulation of acute pancreatitis. **World Journal of Gastroenterology**, v. 20, n. 43, p. 16101-16105, 2014.

KALFARENTZOS, F. E. et al. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: Results of a randomized prospective trial. **British Journal of Surgery**, v. 84, n. 12, p. 1665-1669, 1997.

LEE, P. J.; PAPACHRISTOU, G. I. Management of severe acute pancreatitis. **Current Treatment Options in Gastroenterology**, v. 18, n. 4, p. 670-681, 2020.

MARIK, P. E.; ZALOGA, G. P. Meta-analysis of parenteral nutrition versus enteral nutrition in patients with acute pancreatitis. **BMJ**, v. 328, n. 7453, p. 1407, 2004.

MCCLAVE, S. A. et al. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 30, n. 2, p. 143-156, 2006.

OLÁH, A.; ROMICS JR., L. Enteral nutrition in acute pancreatitis: A review of the current evidence. **World Journal of Gastroenterology**, v. 20, n. 43, p. 16123-16131, 2014.

PETROV, M. S.; PYLYPCHUK, R. D.; EMELYANOV, N. V. Systematic review: nutritional support in acute pancreatitis. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 28, n. 6, p. 704-712, 2008.

SCALZER, P.; SILVA, R. D. M.; RAMOS, M. C. Terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 1, p. 85-91, 2017.

SPANIER, B. W. M.; BRUNO, M. J.; MATHUS-VLIEGEN, E. M. H. Enteral nutrition and acute pancreatitis: a review. **Gastroenterology Research and Practice**, v. 2011, art. 857949, 2010.

SZATMARY, P. et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment. **Drugs**, v. 82, n. 12, p. 1251-1276, 2022.

TENNER, S. et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 108, n. 9, p. 1400-1415, 2013.

TOWNSEND JR., C. M. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia:** a base biológica da prática cirúrgica moderna. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2024.