ENFERMAGEM REVISTA

RELATO DE EXPERIENCIA

Hemorragia digestiva alta varicosa em paciente com histórico alcoólico: relato de experiência

Upper gastrointestinal variceal hemorrhage in patients with alcoholic history: an experience report

Valquíria Viana Rodrigues[1], Daniela Teixeira de Souza Moreira[1], Jayne Santos Silva[1], Werla Aparecida Alves dos Santos Brito[2]

RESUMO

A hemorragia digestiva alta é definida como o sangramento que se origina no tubo digestório proveniente de lesões proximais ao ligamento de Treitz, que delimita a junção entre o duodeno e jejuno[4]. O presente relato tem como objetivo o conhecimento mais aprofundado da doença em pacientes com Ascite e Cirrose Hepática e suas complicações, expondo o cuidado familiar perante a um paciente com Hemorragia Digestiva Alta. A vivência de umas das autoras resultou na descrição deste artigo que aconteceu em maio de 2013, na cidade de Carinhanha região Oeste da Bahia. Foram utilizados para coleta de dados: entrevista gravada, conversa informal e conhecimentos presenciados por uma das autoras ao longo da evolução do quadro clínico da paciente. Este relato de experiência nos possibilitou entender as causas da hemorragia digestiva alta, o cuidado familiar que a paciente teve durante a fase da doença e a persistência dos cirurgiões em salvar sua vida.
Palavras-chaves: Hemorragia Digestiva Alta. Cuidado familiar. Relato de experiência.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding is a type of bleeding that originates in the digestive tract from the ligament of Treitz injuries, which marks the junction between the duodenum and jejunum. The current report aims the deeper knowledge of the disease in patients with ascites and cirrhosis and its complications, exposing family care before a patient with upper digestive bleeding. The experience of one of the authors resulted in the description of this article that took place in May 2013 in the city of Carinhanha, Western region of Bahia. Data collection were carried by recorded interview and informal conversation and knowledge witnessed by one of the authors along the evolution of the clinical condition of the patient. This experience report has enabled us to a better

understanding of the causes of upper gastrointestinal bleeding, the family care of the patient during the stage of the disease and the persistence of surgeons to save his life.
Key words: Upper Digestive Hemorrhage. Family care. Case report.

[1] Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem da Faculdade Guanambi-FG.
[2] Orientadora , Enfermeira. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, Especialista em Enfermagem e Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Docência Pedagógica. Docente do curso Bacharel em Enfermagem da Faculdade Guanambi-FG/CESG.

INTRODUÇÃO

O Álcool constitui umas das toxinas hepáticas mais utilizadas no mundo socialmente aceitáveis. Ressalta-se, porém, que grandes quantidades de álcool são necessárias para produzir lesão hepática. Existem evidências de que o risco de desenvolvimento de cirrose é maior naqueles com ingestão de etanol maior que 60 a 80 g/dia para homens e 20 g/dia para mulheres por um tempo de uso maior que dez anos. Por outro lado, vale salientar que nem todos os indivíduos que bebem, neste nível, desenvolverão cirrose [1].

A avaliação clínica de pacientes cirróticos inclui história clínica, exame físico e análise laboratorial. Ressalta-se que um número considerável de pacientes permanece assintomático (cirrose compensada) por longos períodos de tempo e, portanto, sem qualquer manifestação clínica. Vale dizer, entretanto, que cerca de 5% a 7% dos pacientes cirróticos descompensam anualmente. Tal descompensação é desencadeada, muitas vezes, pelo aparecimento de infecção ou surgimento de hepatocarcinoma e pode manifestar-se, clinicamente, por ascite, icterícia, encefalopatia hepática e/ou hemorragia digestiva [1].

O manuseio da cirrose é complexo e requer tratamento da causa subjacente, controle e prevenção das complicações, boa nutrição, abstinência alcoólica, rastreamento do hepatocarcinoma e transplante hepático que se constitui no tratamento definitivo desta doença [1].

Denomina-se ascite ao acúmulo de líquido livre de origem patológica na cavidade peritoneal. O termo ascite tem origem na palavra grega "askos" que significa saco ou conteúdo de um saco. Deste radical derivou "askites" e depois "ascite". Embora a origem do líquido que se acumula na cavidade peritoneal possa

variar (plasma, bile, sangue, suco pancreático, líquido intestinal, linfa, urina, etc.) [2].

A ascite é a complicação mais comum da cirrose. Seu desenvolvimento ocorre em torno de 50% dos pacientes em 10 anos de acompanhamento, empobrecendo o prognóstico dos mesmos, uma vez que sua presença empresta mortalidade de 50% em 3 anos [3].

A hemorragia digestiva alta é definida como o sangramento que se origina no tubo digestório proveniente de lesões proximais ao ligamento de Treitz, que delimita a junção entre o duodeno e jejuno. Portanto são lesões originadas no esôfago, estomago e duodeno [4].

A hemorragia digestiva alta é uma causa comum de admissão hospitalar com níveis de mortalidade global em torno de 10%, independentemente da sua etiologia específica [5].

Estabelecer o diagnóstico correto é fundamental. As causas de hemorragia digestiva alta em cirróticos devem fazer parte de um diagnóstico diferencial: são úlcera péptica, Síndrome de Mallory-Weiss, gastropatiahipertensiva portal e ectasia vascular gástrica. [5]

Os principais achados clínicos são hematêmese, melena e enterorragia. A hematêmese é definida como vômitos de sangue vivo, geralmente em grande volume, com rápida repercussão hemodinâmica. Apresenta etiologia proximal ao ligamento de Treitz. O sangramento gengival, nasofaríngeo, pulmonar e de origem pancreático-biliar pode manifestar-se como hematêmese. Vômitos com coágulos ou material sanguinolento digerido são encontrados em sangramentos de menores proporções. Melena é caracterizada por fezes enegrecidas, pastosas e de odor fétido na maioria das vezes decorrentes de sangramento originário do jejuno, íleo ou cólon ascendente. Sangramento do trato digestivo superior volumoso pode também se exteriorizar como enterorragia [5].

A hemorragia digestiva alta varicosa é uma das complicações mais graves da cirrose hepática, com taxas importantes de morbidade e mortalidade. A incidência em pacientes cirróticos varia de 25 a 35 % [5].

A formação das varizes ocorre quando a pressão portal está acima de 10 mmHg e raramente ocorrerá se o gradiente de pressão entre a veia hepática livre e ocluída estiver menor que 12 mmHg. As varizes tendem aumentar de diâmetro de acordo com o aumento da pressão portal sob influência do fluxo sanguíneo das veias colaterais da circulação portal [5].

Há duas fases no curso de um sangramento digestivo varicoso: uma fase

aguda e uma tardia, em que existe alto risco de sangramento recorrente. A fase aguda inicia-se com sangramento ativo, apenas 50% dos pacientes com sangramento varicoso param espontaneamente. Pacientes cirróticos Child C. com varizes de grosso calibre e com sangramento em jato tem menor propensão a parada espontânea[7].

Caso haja parada de sangramento ativo, o risco de recorrência continua alto por seis semanas, sendo critico entre 48 e 72 horas após o episódio inicial. A sobrevida em um ano para pacientes que sobrevivem mais de uma semana após o episódio inicial é de aproximadamente 52 % [6].

Na primeira avaliação do paciente, deve-se, durante a anamnese, caracterizar a forma de exteriorização do sangramento, duração do evento, antecedentes patológicos de doenças hepáticas, ulcera péptica, ectasias vasculares cutâneo-mucosas e câncer, além da história de ingestão alcoólica, vômitos e uso de medicações anti-inflamatórios não-hormonais e anticoagulantes. No exame físico podem correlacionar com a perda sanguínea, palidez cutânea mucosa, hipotensão e taquicardia [5].

A prevalência de varizes em pacientes cirróticos varia de acordo com a função hepática. Pacientes compensados (Child A) apresentam varizes em aproximadamente 30% dos casos, enquanto os descompensados (Child B e C) em até 60% [6]. Existe ainda a chance de progressão das varizes; desta forma, pacientes com fino calibre podem apresentar varizes de médio ou grosso calibre com a evolução da doença [5].

O tratamento específico na hemorragia digestiva alta varicosa envolve o uso de drogas vasoativas, a terapia endoscópica, o tamponamento com balão esofágico, a colocação de TIPS *(Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt)* ou as cirurgias de derivação portal. Na hemorragia varicosa, a terapia farmacológica com drogas reduzem a pressão portal e devem ser iniciadas o mais precoce possível, de preferência antes da endoscopia e mantida por um período de 2 a 5 dias ou ate 48 horas após o controle do sangramento. A endoscopia digestiva alta tem papel fundamental no diagnóstico, na estratificação do risco de ressangramento, identificar lesão responsável pela hemorragia e no tratamento da hemorragia digestiva alta varicosa. Os métodos endoscópicos mais utilizados são a injeção de agentes esclerosantes (solução de oleato de etanolamina ou polidocanol), a ligadura elástica das varizes e a injeção de adesivo tissular (cianoacrilato) [5].

A ligadura elástica endoscópica consiste em passar banda elástica ao redor do cordão varicoso, que é sugado com auxilio de “cap". Existem sistemas com 6 a 10 bandas elásticas. Varizes de pequeno calibre são de difícil abordagem para esse método, uma vez que dificilmente conseguem ser aspiradas [7].

Trata-se de um paciente hoje com 39 anos do sexo feminino que inicialmente apresentava como primeiros sintomas Ascite também conhecido como barriga d’agua, seu estado de saúde devido o consumo de álcool evolui para Cirrose Hepática excedendo esse consumo, sua saúde se agravou para Hemorragia Digestiva Alta.

Diante das reflexões iniciadas, buscamos descrever essa experiência devido ao risco que a paciente teve com os diagnósticos de Ascite, Cirrose Hepática, Hemorragia Digestiva Alta e sua persistência em consumir bebidas alcoólicas. O presente relato tem como objetivo o conhecimento mais aprofundado da doença em pacientes com Ascite, Cirrose Hepática e suas complicações, expondo o cuidado familiar perante a um paciente com Hemorragia Digestiva Alta Varicosa.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato conta a história de uma jovem senhora que se entregou ao vício do alcoolismo ao enfrentar uma situação difícil em sua vida, já fazia o uso da bebida, mas após o falecimento de seu esposo começou a beber sem controle.

Consiste em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados por uma das autoras. Trata-se de um olhar qualitativo, que aborda a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observáveis.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta a reflexão de uma situação vivenciada no âmbito profissional e pessoal despertando interesse na comunidade científica. A vivência de uma das autoras resultou na descrição deste artigo que aconteceu em maio de 2013, na cidade de Carinhanha região Oeste da Bahia.

A autorização foi dada pela própria personagem, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinado também pelas autoras, foram utilizados para coleta de dados: entrevista gravada, conversa informal e conhecimentos presenciados por uma das

autoras ao longo da evolução do quadro clínico de sua tia.

DESENVOLVIMENTO

A paciente hoje com 39 anos iniciou ingerindo bebida alcoólica na sua adolescência, em sua família havia muitos alcóolatras pai, avó, tios, primos, então ela estava em um ambiente favorável onde quase todos bebiam, e para ela não haveria mal algum. Casou-se aos 17 anos com o meu tio e teve um único filho a partir de então começamos a perceber que ela bebia e não era só em datas comemorativas ou um final de semana qualquer, mas todos os dias, meu tio reclamava falava dos riscos do álcool, mas ela não se importava e bebia sua dose diária e continuou a beber por 15 anos até aparecer os primeiros sintomas no ano de 2013 e foi quando meu tio faleceu ela começou a beber mais, intensamente, passados uns dez meses da morte dele ela passou mal, foi internada no hospital e os médicos diagnosticaram Cirrose Hepática e Ascite. Foi feito uma drenagem, ela melhorou e então recebeu alta hospitalar e recomendações médicas para não mais ingerir bebida alcóolica caso ela continuasse poderia vomitar sangue até a morte.

Ela retornou para sua casa e não fez regime algum continuou a beber uma semana depois foi internada novamente bem debilitada e já com sangramento digestivo, eu fui visita-la e a imagem dela deitada naquele leito desfalecida, hipocorada e vomitando muito sangue era desesperador, o médico plantonista diagnosticou hemorragia digestiva alta e disse que era o estágio final e que não tinha como reverter que todas as medicações eram apenas paliativas, depois de cinco dias no hospital ela melhorou um pouco e recebeu alta e foi para a casa da irmã mas ela não estava bem mentalmente, desorientada comia compulsivamente e não percebia, seu filho conta que ela chorava como criança por não saber o que fazer no vaso sanitário como sentar, tirar a roupa para fazer suas necessidades fisiológicas, mas ele sempre do lado ajudava em tudo mesmo sendo menor de idade na época com apenas 17 anos.

Dois dias depois ela teve nova recaída, foi levada ao hospital nesse dia o plantonista era um médico que não conhecia seu caso, mas quando viu o seu estado com hematêmese e melena em grande quantidade fez sua transferência para o HRG mas não adiantou muito o mesmo médico que já conhecia seu caso em Carinhanha estava de plantão no Regional, disse para a irmã dela, *porque trouxe pra cá, o caso dela não tem mais*

jeito, só que ela estava muito mal e ficou por lá quinze dias, quando teve uma leve melhora o médico ligou para o hospital de Carinhanha para mandar ambulância para busca-la, ela diz na entrevista, *quando entrei na ambulância e vinha embora sentia muita dor*, todos tinham sua morte como certa estava voltando pra morrer em casa, mas o filho dela nunca desistiu e quando ela piorou novamente ele à levou ao hospital encontrou o mesmo médico que tinha atendido em Carinhanha sua cidade e no hospital para onde havia sido transferida a quinze dias atrás, que havia dito não ter mais jeito, mas vendo a insistência do filho dela disse que ia lhe dar o contato de um médico gastroenterologista em Guanambi cidade próxima a sua com mais recursos, ali mesmo da recepção do hospital ele ligou para o consultório médico, não tinha vagas mas o filho era muito convincente e a secretária agendou dali a cinco dias.

No dia marcado eles foram para Guanambi, chegando lá o médico vendo a fragilidade da paciente disse que não poderia ajuda-la ela estava muito debilitada não aguentaria nem a anestesia para realizar a endoscopia, mas, poderia fazer sem anestesia se ele concordasse seu filho não pensou duas vezes e aceitou, ela diz na entrevista que “eu estava ruinzinha não conseguia falar, mas eu lembro que Doutor me dizia: *a senhora tem fé em Deus?*, *que sarar? Eu afirmava só balançando a cabeça, lembro que doeu muito a endoscopia pois foi sem anestesia* após a endoscopia o médico disse que poderia fazer uma ligadura elástica no esôfago mas deixou o filho ciente que ela poderia não resistir, o filho já cansado de tantos nãos viu naquele médico uma possibilidade de melhora para sua mãe e aceitou correndo todos os riscos, ela reagiu bem a cirurgia, o médico marcou sua revisão para vinte dias, nesse tempo pós cirúrgico ela foi melhorando aos poucos conseguia andar sem ajuda, alimentando bem, ganhou peso.

Quando esta retornou ao consultório do Doutor ele a olhou surpreso por ter reagido bem ao tratamento acho que ele não esperava que tivesse uma evolução positiva, conta o filho, e neste dia fez nova endoscopia dessa vez com anestesia e realizou mais uma ligadura elástica, ela voltou para casa e sua recuperação era impressionante tanto que o secretário de saúde de Carinhanha sua cidade conhecedor do seu caso e pela insistência do filho dela conseguiu marcar mais uma cirurgia para ela por conta da prefeitura porque as duas primeiras foram pagas 1500 reais cada uma, na entrevista o filho diz *eles viram a vontade que ela tinha de viver e nos ajudaram*, dessa vez a cirurgia foi feita por outro médico que em uma só

cirurgia realizou três ligaduras elásticas e na quarta cirurgia o mesmo médico fez mais duas ligaduras elásticas, ela respondeu positivamente a todas as cirurgias não teve nenhuma complicação, foram sete ligaduras no total, hoje ela está muito bem faz todas as atividades caseiras, resolve qualquer coisa, está namorando tem sua vida normal como ela mesma disse *hoje estou melhor do que antes da doença, não sinto nem dor de cabeça*. Seu filho alega *parece outra mulher*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato nos possibilitou entender as causas da hemorragia digestiva alta que é um agravante da cirrose hepática, seus fatores de risco são na maioria das vezes a ingestão de bebidas alcoólicas, estes podem ser ocasionados por vários fatores como: aprendem a beber desde crianças no convívio familiar, bebem socialmente, ao não saberem como lidar em determinadas situações como perdas de entes queridos, de emprego, e estes podem ocasionar dependência, depressão, no caso abordado a autora começou a beber aos 14 anos, mas o agravamento foi quando perdeu o seu marido não suportando a pressão que esta situação lhe impunha se entregou ao vício e este quase pôs um fim à sua vida.

É louvável a atitude de persistência desse filho ao se deparar com uma situação desesperadora onde tudo parecia não ter mais jeito, não suportou a ideia de perder sua mãe sem fazer nada para reverter o quadro em que a mesma se encontrava, em casa acamada sem nenhuma perspectiva de melhora ou recuperação, sem falar, mexer, totalmente dependente; com coragem e bravura acreditou quando não havia mais esperanças, com isso persuadiu médicos e encarou desafios sem saber ao certo se iria valer à pena e valeu. Graças a sua coragem e determinação podemos hoje compartilhar com os leitores essa experiência.

Quanto aos profissionais que fizeram parte da equipe de saúde que acompanharam a sobrevivente, os mesmos agiram corretamente no âmbito da ética, quando os seus conhecimentos não eram o bastante e o hospital em que eram realizados os atendimentos não havia recursos para a gravidade do caso, os auxiliaram em busca de especialistas os mesmos que não tendo muito que fazer arriscaram, a família que não tinha a nada a perder sempre priorizando a vida da paciente, não tiveram medo de tentar e foi o bastante unindo a força e vontade que a mesma tinha de viver. Notamos que mesmo quando tudo parece está perdido, não podemos desistir, pois isso nos

impossibilita de viver experiências incríveis.

REFERÊNCIAS

1- Silva ISS. Cirrose hepática Rev Bras de Med. 2010;67(4):111-20.

2- Andrade Junior DR, Galvão FHF, Santos SA, Andrade DR. Ascite - estado da arte baseado em evidências. Rev Assoc Med Bras. [online] 2009; 55(4):489-96.

3- Dittrich S, Mattos AA, Mattos AZ, Alves AV, Araújo FB. Associação entre gradiente de pressão portal e ascite em pacientes com cirrose. Arq Gastroenterol. [online] 2010;47(2):174-177. [acesso em 20 maio 2017]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000200011

4- Carneiro AL. Estudo sobre as características evolutivas das hemorragias digestivas atlas em um hospital público terciário em Caratinga/MG (Dissertação de Mestrado) Caratinga: Centro Universitário de Caratinga/UNEC; 2010.

5- Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Carrilho EA, Cerri GG, Wen CL. (Ed.). Clinica médica: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais. Barueri: Monole, 2009. v.4.

6- Coelho FF, Perini MV, Kruger JAP, Fonseca GM, Araújo RLC, Makdissi FF et. al. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: conceitos atuais. Arq Bras Cir Dig. [online] 2014;27(2):138-144. [acesso em 20 maio 2017]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt_0102-6720-abcd-27-02-00138.pdf

7- Moura EGH, Benevides G, Moura ETH, Ishioka S. Hemorragia digestiva alta varicosa: avaliação e terapêutica. Rev GED.2009;28(4):121-32.

Recebido em: 20/05/2016

Aceito em: 01/03/2017

Correspondência:

Daniela Teixeira de Souza Moreira

dany.sm20@gmail.com