

Cirrose Hepática Alcoólica Descompensada: uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

¹Carina de Oliveira Lopes  

¹Ana Luísa Pedrozo Rossetti 

¹Luísa Silva Arantes 

¹Maria Cláudia Vianna Paquelet de Barros 

²Luciana Ferreira de Oliveira 

¹ Discente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ.

² Docente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ.

RESUMO

A doença hepática alcoólica (DHA) constitui-se por uma doença de etiologia alcoólica e apresenta sintomas e limitações de vida progressivas. Paralelamente a isso, a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) caracteriza-se por uma entidade especializada no tratamento de enfermos cuja moléstia seja irreversível e incompatível com a qualidade de vida. Sendo assim, esse trabalho caracteriza-se por um relato de experiência baseado na abordagem paliativa de um paciente cirrótico terminal feita na UCP do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), no município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, no período de novembro de 2022.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo. Cirrose Alcoólica. Cirrose.

1 INTRODUÇÃO

A doença hepática alcoólica (DHA) representa o estágio final da doença hepática progressiva de etiologia alcoólica. É caracterizada por alterações na arquitetura hepática que comprometem o funcionamento adequado das células parenquimatosas e são irreversíveis nos estágios mais avançados da moléstia (BRUNNER E SUDDARTH, 2016).

Sendo uma causa relevante de morbidade e de mortalidade, a cirrose hepática alcoólica representa uma manifestação nacional impactante. A prevalência, no território brasileiro, é de 182 por 100 mil habitantes, com uma razão homem/mulher de 7,4 (CARVALHO ET AL., 2014). Apesar do relativo avanço no manejo inicial da doença, os casos de cirrose hepática não diminuem, pois estão intrinsecamente relacionados ao crescente consumo de bebidas alcoólicas, visto que essa é constituída como uma das drogas de consumo abusivo e maior acesso para a população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). São considerados como importantes fatores de risco a obesidade, sexo masculino, idade acima dos 45 anos, desnutrição, infecção concomitante com hepatite viral B e C, o tipo de bebida alcoólica e a dose consumida. (GAO E BATALLER, 2011).

A prevalência constante e a característica terminal da cirrose hepática alcoólica, propiciam o entendimento de que uma abordagem terapêutica com predomínio em medidas de suporte traz maior benefício e conforto ao fim de vida do enfermo. Por conta disso e diante do estágio da doença em que o paciente acompanhado durante o relato de experiência encontrava-se, fora concluído que o seguimento mais adequado para dar continuidade ao tratamento foi a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos ANCP de 2012, há vários princípios da UCP condizentes com o prognóstico do paciente. Entre eles estão: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

2 RELATO DE CASO

Paciente R.R.L, masculino, 51 anos, residente de Volta Redonda. Foi trazido pelo SAMU, admitido na sala vermelha do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR) em 07 de novembro de 2022, com relato de episódio de hematêmese volumosa em domicílio e durante o transporte para o hospital. Foi admitido em sala vermelha apresentando melena em pouca quantidade e ascite volumosa.

Paciente portador de cirrose hepática alcóolica com classificação Child Pugh C14, com ascite GASA 1.9 e história social de etilismo desde os 08 anos de idade. Ao exame físico encontrava-se em grave estado geral, sonolento, abertura ocular aos chamados, pouco responsivo ao examinador e pouco colaborativo. Desidratado (+/+4), hipocorado (+2/+4), acianótico, icterico (+/+4), afebril, taquipneico leve sem esforço respiratório, sem flapping. Aparelhos cardiovascular e pulmonar sem alterações, abdômen ascítico, distendido, hipertimpânico e membros inferiores edemaciados (++/4).

Foram solicitados exames laboratoriais, tendo como resultado função hepática normal, hemoglobina 8 g/dL; leucócitos 14350 com 5 bastões; plaquetas 130.000, albumina 2,8; INR 1,42; lactato 7,1; pH 7,48; pCO₂ 19; HCO₃ 14. Diante do quadro e do resultado dos exames laboratoriais, foi solicitado Raio X de Tórax e Endoscopia Digestiva Alta (EDA), entretanto, foi decidido pelo endoscopista aguar-

dar transfusão sanguínea e melhora neurológica do paciente para realizar a EDA com segurança. Foi prescrito hidratação venosa rigorosa e antibioticoterapia empírica para a encefalopatia hepática, com melhoria do quadro.

Após estabilização do paciente, a endoscopia foi feita, tendo como resultado: cordões varicosos, porém sem sangramento ativo, gastropatia hipertensiva portal, com sinais de hemorragia prévia. O Raio X de tórax evidenciou líquido no interior da cavidade torácica (hidrotórax).

Nos dias subsequentes o paciente se manteve estável em suas condições e foi transferido para a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). Realizaram-se novos exames laboratoriais e de acordo com os resultados associados a clínica observada, propuseram um tratamento sem medidas invasivas, focando no conforto e bem-estar do paciente.

No dia 21 de novembro foi relatado a rotina pela equipe da enfermagem do plantão noturno que o paciente teve quadros de vômito na madrugada. Durante a visita da rotina pelas acadêmicas de Medicina e a médica preceptora no mesmo dia pela manhã, foi presenciado novo quadro de náuseas e vômitos e o paciente recebeu cuidados imediatos para suporte e conforto. A partir desse acontecimento houve uma piora significativa do paciente e, durante a tarde, no dia 21 de novembro de 2022, ele foi a óbito.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos do Módulo IX do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) em atuação na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil, sobre o manejo da Cirrose Hepática Alcolólica Descompensada e da atuação de profissionais de atendimento integrado, no período de novembro de 2022.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de cirrose é feito a partir da combinação de sinais clínicos, sintomas e exames complementares. O exame diagnóstico se inicia com exames laboratoriais, na qual é possível citar: testes de função hepática, testes de coagulação e hemograma completo.

Se faz importante também, a avaliação por exames de imagem, como USG, TC e RM. Esses exames não têm alta sensibilidade ou especificidade, porém com eles é possível identificar possíveis complicações geradas pela cirrose, como ascite e hipertensão porta (SMITH ET AL. 2019).

O exame padrão ouro é a biópsia, que só é utilizada em casos em que se há dúvida do diagnóstico. Outro exame importante é a endoscopia, que pode indicar varizes esofágicas, varizes gástricas e gastropatia hipertensiva. (LURIE ET AL. 2015)

4.2 UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP)

A terapia paliativa é indicada ao enfermo refratário ao tratamento medicamentoso e que não se enquadra nos critérios de MELD para o transplante hepático. As doenças ameaçadoras da vida, agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos e que foi instituído ao paciente na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR).

A cirrose hepática é uma enfermidade relacionada à uma significativa redução na qualidade de vida e, comumente, evolui com piora progressiva dos sintomas e número de internações. Pacientes com cirrose descompensada, como o caso desse relato de experiência, apresentam mortalidade em 5 anos de 20-80%, sendo que aqueles com Meld > 21 e Child > 12, na maioria das vezes, têm menos de 6 meses de vida (WERNLY, 2017).

Em casos de Cirrose Hepática descompensados, é sugerido conversar com o paciente sobre uma abordagem em cuidados paliativos àqueles que apresentarem coagulograma alterado (INR>1,5), albumina baixa (<2,5g/dL) e, pelo menos, mais uma das seguintes complicações (WALLING; WENGER, 2020): encefalopatia hepática refratária; síndrome hepato-renal; ascite refratária; peritonite bacteriana espontânea (PBE); hemorragias por varizes de esôfago recorrentes a despeito de terapia (HDA).

Por conta disso, foi instituído ao paciente uma abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos, em que o foco terapêutico se baseou em medidas de conforto, em proporcionar uma experiência de fim de vida mais digna e menos sofrida. Sendo assim, dentro da abordagem paliativa, utilizou-se, predominantemente, morfina e dexametasona para o desconforto respiratório e atenuação da dor.

5 CONCLUSÃO

Por fim, com alicerce em um caso clínico de Cirrose Hepática Alcoólica, acompanhado pelos acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) durante as vivências na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), buscou-se estabelecer a compreensão das interfaces da doença, tal qual sua premência diagnóstica e intervencionista para a garantia de melhor qualidade de vida e conforto do paciente na fase terminal da Cirrose Hepática Alcoólica descompensada.

À vista disso, são significativos o reconhecimento e a identificação precoce da doença devido ao prognóstico reservado e piora progressiva dos sintomas, no intuito de garantir um fim de vida digno e seguro para o paciente.

REFERÊNCIAS

BATALLER, ET AL., 2005. **Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and New Therapeutic Targets, Gastroenterology**. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.09.002>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRUNNER & SUDDARTH. **Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios hepáticos e biliares**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 881-932. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622244>. Acesso em: 20 de nov. 2022.

CARVALHO, Juliana Ribeiro de et al . **Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática - Brasil, 2008. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 691-700, dez. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 28 nov. 2022.

WALLING, A.M. **Palliative care for patients with end-stage liver disease MORRISON, R.S.; CHOPRA, S.; ROBSON, K.M.; GIVENS, J.** (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-end-stage-liver-disease?search=palliative%20liver&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1767197961 Acesso em: 27 nov. 2022.

WERNLY, **Bernhard et al. Model for End-stage Liver Disease excluding INR (MELD-XI) score in critically ill patients: Easily available and of prognostic relevance.** PloS one vol. 12,2 e0170987. 2 Feb. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0170987&type=printabl> Acesso em: 27 nov. 2022.

World Health Organization (WHO). **Global status report on alcohol and health Geneva: WHO**; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide.** Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises> Acesso em: 28 nov. 2022.