

HIPERTENSÃO PORTAL DECORRENTE DA ESQUISTOSSOMOSE: ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

* Emilia Emi Kawamoto

RBEEn/07

KAWAMOTO, E.E. — Hipertensão portal decorrente da esquistossomose: aspectos da assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 31 : 215-221, 1978.

I — INTRODUÇÃO

Existe três espécies de *Schistosoma* que habitualmente parasitam o homem: *Schistosoma mansoni*, *Schistosoma haematobium* e *Schistosoma japonicum*.

No Brasil, a esquistossomose é causada pelo *Schistosoma mansoni*, e segundo informações oficiais, cerca de oito milhões de pessoas estão infestadas.

A esquistossomose assume forma endêmica no litoral do Rio Grande do Norte até o Reconcavo Baiano e também no estado de Minas Gerais.

Após a infestação do indivíduo, através de água contaminada por cercárias, o portador pode apresentar na fase crônica da doença um quadro de hipertensão portal.

“Denominamos hipertensão portal uma síndrome caracterizada pelo aumento da pressão no sistema porta, em consequência a um obstáculo intra ou extra-hepático, ao seu fluxo sanguíneo.” (OKUMURA, 1974).

A hipertensão portal baseia-se na tríade: hepatoesplenomegalia, hemorragia digestiva e ascite.

O presente trabalho tem por finalidade esclarecer alguns itens que consideramos importante para uma melhor assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão portal decorrente da esquistossomose.

II — PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem variam de paciente para paciente; os procedimentos de enfermagem serão baseados no atendimento as necessidades básicas do indivíduo e pelas reações psíquicas e físicas do paciente à essa situação.

Faz-se necessário que o paciente seja esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados, pois o simples fato de não saber “o que vai ser feito”, pode torná-lo um paciente não cooperativo e inquieto.

* Docente do Curso de Auxiliar de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Além da necessidade de cuidados básicos de enfermagem, o paciente com hipertensão portal requer alguns cuidados específicos.

Será abordado de uma maneira geral, a conduta de enfermagem específica para o paciente esquistossomótico e com quadro de hipertensão portal.

A — Em relação à orientação

Dependendo das condições gerais do paciente, ela deve constar, basicamente, de:

- informações que visem o entrosamento do paciente com o ambiente hospitalar;
- esclarecimentos sobre os exames e tratamento ao qual será submetido;
- educação sanitária abordando o modo de transmissão da doença, destino adequado dos dejetos, não utilização da água contaminada pelas cercárias;
- orientação para alta, salientando a importância da não reinfestação.

Em geral, a família do paciente é visto como um elemento de ajuda à sua recuperação. Nos esquistossomóticos, devemos atentar para o fato de que seus familiares, provavelmente, serão também portadores de *Schistosoma*. Dessa forma, faz-se necessário que a enfermeira oriente-os em relação a:

- educação sanitária;
- utilização de recursos da comunidade para detecção de *Schistosoma* (exame parasitológico e/ou intra-dermo-reação) e tratamento (medicamentos como o Etrenol, Mansil);
- importância em descobrir a doença na fase inicial para a aplicação da medicação esquistomicida, para a prevenção da hipertensão portal.

B — Na presença de hemorragia digestiva

A hipertensão portal determina a congestão dos vasos do esôfago e estômago, determinando o aparecimento de varizes esofágicas e/ou gástricas.

A diminuição da produção da protrombina pelas células hepáticas, associada às varizes, determinam as hemorragias digestivas; observa-se, então, o aparecimento de hematêmese e/ou melena.

A finalidade do atendimento é prevenir a instalação do quadro de choque hipovolêmico, estancar o sangramento e retirar o material hemorrágico.

Obtém-se esse objetivo através de:

1 — Reposição de volume e de elementos constituintes do sangue.

Administra-se sangue, soro glicosado acrescido de vitaminas e eletrólitos, plasma ou derivados.

Aspectos de Enfermagem:

- a) controlar constantemente os parâmetros hemodinâmicos, tais como: pressão arterial, pressão venosa central, volume urinário;
- b) manter uma via venosa para administração da medicação parenteral;
- c) controlar exames laboratoriais de coagulograma e contagem de plaquetas, hemograma, dosagem de eletrólitos;
- d) administrar, segundo prescrição médica, sangue ou derivados, soro e elementos que participam do processo de coagulação.

2 — Lavagem gástrica

Após a sondagem gástrica, faz-se a lavagem com água gelada com o intuito de retirar o material hemorrágico e estancar o sangramento.

Aspectos de Enfermagem:

- a) providenciar o material: 1.000 ml de água gelada, seringa de 50 ml cubarim, gases, balde;

- b) não substituir a água gelada por soro fisiológico, pois o paciente apresenta, geralmente, ions de sódio acima do valor normal;
- c) introduzir 50 ml de água, aspirar e desprezar no balde;
- d) repetir a técnica até que o líquido aspirado esteja limpo;
- e) durante o processo, estar atento à alteração da pressão arterial;
- f) concomitantemente, pode-se colocar uma bolsa de gelo sobre o tórax.

3 — Passagem do balão esofágico ou Sengstaken-Blakemore

O balão esofágico é utilizado quando o sangramento das varizes esofágicas persiste, apesar do tratamento.

É uma sonda que consta de três vias de saída:

- via para insuflar o balão gástrico;
- via para insuflar o balão esofágico;
- via digestiva para administração de medicamentos e alimentos líquidos.

O balão não deve permanecer mais de 72 horas insuflado, e após a desinsuflação, deve permanecer por mais de 24 horas para o caso de ocorrer novo sangramento.

Aspectos de Enfermagem:

- a) manter o balão da sonda em perfeitas condições de uso, para não ocorrer vazamento de ar após a sua instalação;
- b) preparar o material para a implantação: balão esofágico esterilizado, material para anestesia das vias aéreas superiores e orofaringe, seringa para insuflar o balão;
- c) após insuflar o balão gástrico e esofágico, observar sinais de obstrução da árvore respiratória provocada pela compressão;
- d) durante a passagem do balão, atentar para a não aspiração de secreção para o pulmão;

- e) administrar, de acordo com a prescrição médica, atropina para diminuir a produção de secreção gástrica e salivar;
- f) controlar o sangramento através da aspiração pela via digestiva.

4 — Lavagem intestinal

Esta é aconselhável na presença de melena, para a retirada do material hemorrágico a nível intestinal.

Aspectos de Enfermagem:

- a) não substituir a água morna pelo soro fisiológico;
- b) introduzir a sonda retal com cuidado, pois a região anu-retal apresenta-se alterada devido à evacuações e clister frequentes;
- c) observar a presença e intensidade de sangue no líquido de retorno.

C — Na presença de ascite e edema

Esses sinais são decorrentes da:

- hipertensão portal que determina acúmulo de sangue na área esplênica, favorecendo o acúmulo de líquido na cavidade abdominal;
- hipoalbuminemia devido à incapacidade do fígado em sintetizar albumina, determinando queda da pressão osmótica do plasma e reduzindo o volume intra-vascular;
- aumento dos estrógenos circulantes devido à inativação do fígado, ocorrendo retenção de sódio.

Aspectos de Enfermagem:

- a) orientar e observar a dieta hiposódica e restrição hídrica;
- b) administrar, de acordo com a prescrição médica, albumina para aumentar a pressão oncótica, e diuréticos para aumentar a excreção urinária de sódio e água;

c) verificar a diminuição desses sinais através do controle diário de diurese, peso, circunferência abdominal e observação;

d) manter repouso no leito;

e) na indicação da paracentese, que consiste na introdução de uma agulha de punção ou intracarth na região abdominal com a finalidade de drenar o líquido ascítico, deve-se atentar para:

— fazer o paciente urinar antes da punção para que não ocorra rutura de bexiga;

— preparar o material para antissepsia e luvas, agulha de punção ou intracarth, equipo de soro, balde;

— deixar em local próximo um frasco de substituto do plasma e material para venoclise;

— controle de pulso e pressão arterial antes, durante e após paracentese;

— medir a circunferência abdominal antes e após paracentese;

— controlar a saída do líquido ascítico para que não ocasione um quadro de choque devido a descompressão rápida (mais ou menos 2 litros em 30 minutos ou 1 hora);

— observar quantidade e características do líquido drenado;

— fazer curativo compressivo e observar sangramento ou saída de líquido ascítico;

— manter repouso no leito.

D — Na presença de encefalopatias ou sua prevenção

As bactérias entéricas transformam as proteínas em amônia que são absorvidas pelos vasos entéricos. Devido à incapacidade do fígado em eliminar a amônia, observa-se uma elevação de sua taxa, provocando encefalopatias.

Aspectos de Enfermagem:

a) administrar, de acordo com a prescrição médica, Neomicina por via oral e por lavagem intestinal com o intuito de destruir a flora intestinal, e em consequência, diminuir a amônia circulante;

b) atentar para o nível de consciência do paciente;

c) para os pacientes confusos ou agitados, promover segurança física através de vigilância, cama com grades, restrição dos membros;

d) verificar o tipo de dieta que em geral é hipo ou aprotéica;

e) nos pacientes inconscientes: manter boa função pulmonar, pesquisar nível de consciência, mobilizar o paciente, prevenir o aparecimento de complicações, tais como: formação de trombos, complicações pulmonares, composição viciosa, formação de escaras.

E — Na presença de exames especializados

1 — Arteriografia

Consiste na introdução de contraste pela artéria femural, tendo por objetivo visualizar o trajeto dos vasos abdominais.

Aspectos de Enfermagem:

a) pré-exame:

— manter o paciente em jejum;
— aplicar medicação pré-anestésica;

— na véspera administrar laxantes e fazer a lavagem intestinal e providenciar tricotomia da região inguinal.

b) após-exame:

— estimular a hidratação para acelerar o processo de excreção do contraste;

- controlar a temperatura e pulso nos membros inferiores;
- controlar sangramento no local da arteriografia;
- controlar pulso e pressão arterial nas primeiras doze horas;
- manter repouso no leito por 24 horas;
- observar sinais alérgicos ao contraste.

2 — Esplenoportografia

Através da punção no 10.º espaço inter-costal esquerdo é introduzido o contraste, obtendo-se radiografias contrastadas do sistema porta.

Aspectos de Enfermagem:

a) pré-exame:

- manter o paciente em jejum;
- aplicar medicação pré-anestésica;
- na véspera administrar laxantes e fazer a lavagem intestinal e providenciar tricotomia do hipocôndrio esquerdo.

b) pós-exame:

- manter repouso por 24 horas;
- controlar pulso e pressão arterial de 2/2 horas nas primeiras doze horas;
- observar sinais de sangramento, hematoma, dor abdominal;

3 — Endoscopia

A esofagoscopia tem por finalidade descobrir a presença de varizes de esôfago.

Aspectos de Enfermagem:

- a) manter o paciente em jejum;
- b) sedá-lo conforme a prescrição, 30 minutos antes do exame;
- c) providenciar material de aspiração.

4 — Biópsia hepática

É a retirada de um fragmento do fígado, com o objetivo de pesquisar ovos de *Schistosoma* ou granulomas.

Aspectos de Enfermagem:

a) pré-exame:

- manter o paciente em jejum;
- providenciar resultado de coagulograma;
- providenciar o material necessário.

b) pós-exame:

- manter repouso por 24 horas;
- administrar dieta líquida;
- controlar pulso e pressão arterial de 2/2 horas nas primeiras doze horas;
- verificar condições do local: sangramento, dor abdominal.

5 — TTA — teste de tolerância a amônia.

Tem por finalidade estudar a capacidade de tolerância do paciente a amônia, detectando as alterações no aparelho de eletroencefalograma. É colhido sangue arterial após 0 minutos, 45 e 120 minutos da ingestão de amônia.

Aspectos de Enfermagem:

- a) manter o paciente durante três dias com dieta hipoproteica, medicando-o com Neomicina via oral, conforme prescrição médica;
- b) mantê-lo em jejum no dia do exame.

6 — BSP — bromossulfaleína.

A sua finalidade é detectar a capacidade de excreção do fígado à BSP.

Aspectos de Enfermagem:

- a) administrar por via venosa uma ampola de BSP;

b) colher sangue venoso no braço contra-lateral em tubo heparinado após zero e 45 minutos após a administração do BSP.

F — Na presença do tratamento cirúrgico

Diversos tipos de cirurgias podem ser feitos com a finalidade de:

- 1 — combater as varizes esofagianas: para esse fim, as cirurgias mais realizadas são as operações de Boerema-Cryle Jr., esplenectomia e desconexão ázigo-portal (cirurgia de Welch);
- 2 — diminuir a pressão no sistema porta através da diminuição do fluxo portal: as cirurgias mais realizadas são a anastomose portocava (consiste na derivação da veia porta para a veia cava inferior) e a anastomose espleno-renal (consiste na derivação da veia esplênica para a veia renal).

Aspectos de Enfermagem:

1 — período pré-operatório

a) controle laboratorial: hemograma, coagulograma e contagem de plaquetas, pesquisa de *Schistosoma*, pesquisa de Antígeno australiano, dosagem de eletrólitos, eletroforese, bilirrubinas, T.G.O. e T.G.P.

b) preparo para a cirurgia:

- preparo para a cirurgia;
- preparo físico: lavagem intestinal e tricotomia na véspera, e no dia da cirurgia manter o paciente em jejum e aplicar a medicação pré-anestésica.

2 — período pós operatório

a) preparo da unidade: material de aspiração endotraqueal, respirado-

res artificiais, nebulizadores, coletores e extensões para as sondas, material para medir os parâmetros hemodinâmicos, aparelhos de aspiração;

b) recepção do paciente na unidade: observação geral do estado do paciente, revisão dos pontos cirúrgicos, observar venoclise, instalação de aspirador abdominal ou torácico quando necessário, coletar as extensões e coletores nas sondas observando o líquido drenado, administrar os medicamentos de emergência;

c) avaliação da função neurológica através da pesquisa de reflexos, nível de consciência, presença de agitação;

d) avaliação das condições hemodinâmicas:

— controle de TPR PA e PVC de 2/2 hora ou mais freqüentemente se necessário;

— controle hidro-eletrolítico através de líquidos infundidos e eliminados;

— controle laboratorial: dosagem de eletrólitos, hemograma, uréia, glicemia.

e) avaliação da função pulmonar:

— em pacientes entubados, manter vias aéreas desobstruídas através de aspiração endotraqueal e oral, controle do respirador artificial;

— controle laboratorial de gasimetria;

— observar expansibilidade pulmonar, sinais de insuficiência respiratória: tipo de respiração, presença de cianose, dispnéia, batimentos de asa de nariz;

— nos pacientes desintubados, mantê-los em nebulização contínua, promover exercícios respiratórios, mobilizar secreções

através de tapotagem, deambulação precoce.

f) medidas gerais:

- medidas de prevenção de infecção através da troca diária de curativo, utilização de técnicas assépticas, antibioticoterapia;
- aspiração do conteúdo gástrico pela sonda nasogástrica de 3/3 horas, ou mais freqüentemente quando necessário;
- observar as complicações cirúrgicas tais como: hemorragia interna ou externa, instalação do quadro de encefalopatias, presença de ascite, formação de trombo;
- após a retirada da sonda nasogástrica, geralmente é prescrito dieta líquida ou leve, devendo-se atentar para a presença de íleo paralítico;
- orientação para a alta:
 - nos casos em que se faz necessário a restrição proteica, orientar paciente e família em relação aos alimentos para que a ingestão não ultrapasse o limite de proteínas permitido;
 - orientar o paciente e sua família quanto à sintomatologia das encefalopatias e a necessidade de seguimento ambulatorial;
 - orientações gerais.

III — CONCLUSÕES

O paciente esquistossomótico com quadro de hipertensão portal, devido a gra-

vidade de sua patologia, requer sua internação em uma unidade com recursos materiais e humanos capaz de atendê-lo com eficácia e rapidez.

A atuação da enfermeira na assistência a esse tipo de paciente baseia-se na aplicação dos itens mencionados, bem como na utilização do seu senso de observação e iniciativa.

IV — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N. P. — A enfermagem de saúde pública na assistência progressiva do paciente. *Enfermagem Novas Dimensões*, 2(1) : 17-23, 1976.
2. PRUNNER, L. S. et al. — *Enfermeria Médicoquirúrgica*. México, Interamericana, 1971.
3. HARPER, H. A. — *Manual de Química Fisiológica*. São Paulo, Atheneu Editora São Paulo, 1968.
4. MATTOS, L. U.; SHIMA, H.; SALUM, M. J. L. — Dietoterapia das moléstias hepáticas. *Enfermagem Novas Dimensões*, 2(6) : 355-359, 1976.
5. McCLAINS, M. E. & GRAGG, S. H. — *Princípios Científicos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Científica, 1970.
6. OKUMURA, M. — "Hipertensão portal". In: ZERBINI, E. J. — *Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto*. 3ª edição, São Paulo, Sarvier, 1974, vol. 5, p. 324-358.
7. PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. — *Atualização Terapêutica*. 9ª ed., São Paulo, Livraria Editora Artes Médicas, 1973.
8. PRATTA, A. — "Esquistossomose mansoni". In: VERONESI, R. — *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 4ª ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1969.