

Retocolite Ulcerativa associada à Doença de Crohn: um estudo de caso

Ulcerative Colitis associated with Crohn's Disease: a case study

Colitis ulcerosa asociada con la enfermedad de Crohn: un estudio de caso

Ana Carla Gomes Souza¹; Priscila Santos de Souza²; Tuane Maiara Costa³; Simone Cardoso Passos⁴

RESUMO

Descreve-se aqui o caso de Retocolite ulcerativa em um paciente de UTI, associada à Doença de Crohn. O termo Doença Inflamatória Intestinal (DII) refere-se a qualquer processo inflamatório que acomete o trato gastrointestinal. As mais comuns são a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite ulcerativa (RCU), que representam cerca de 80 a 90% dos casos. Os outros tipos de DII são "pouchitis" (bolsite), doença de Behçet, enterocolite eosinofílica e colite microscópica (linfocítica ou colágena). Discutimos neste artigo o caso de um paciente, 51 anos, internado no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), com quadro clínico de Retocolite Ulcerativa (RCU) em atividade, esquistossomose diagnosticada há 04 dias, portador de Doença de Crohn há 07 anos, evoluindo com quadro episódico de enterorragia há 10 dias, associada a icterícia, fadiga, mal estar geral e perda de peso de 04 kg em 20 dias, radiografia sugestiva de Megacólon Tóxico, queda de Hb, edema em MMII e bolsa escrotal e hematoma importante em MIE. Comentário: Mais estudos são necessários para melhor compreensão de Retocolite Ulcerativa associada à Doença de Crohn.

Descritores: Doença de Crohn; Retocolite; Enfermagem.

ABSTRACT

Described herein is the case of ulcerative colitis in a ICU patient, associated with Crohn's disease. The term inflammatory bowel disease (IBD) refers to any inflammatory process that affects the gastrointestinal tract. The most common are Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), which account for about 80-90% of cases. Other types of IBD are "pouchitis" (pouchitis), Behcet's disease, eosinophilic enterocolitis and microscopic colitis (collagenous or lymphocytic). We discuss in this article the case of a patient, 51, admitted to the General Hospital Roberto Santos (HGRS), with clinical signs of ulcerative colitis (UC) in activity, schistosomiasis diagnosed for 04 days, Crohn's disease carrier's 07 years, evolving with episodic framework of rectal bleeding for 10 days associated with jaundice, fatigue, malaise and weight loss of 04 kg in 20 days, suggestive radiography toxic megacolon, Hb fall, swelling in the lower limbs and scrotum and important hematoma in MIE. Comment: More studies are needed to better understanding of ulcerative colitis associated with Crohn's disease.

Keywords: Crohn's Disease; Colitis; Nursing.

¹ Enfermeira, Pós-Graduada em Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, pela Universidade Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Diplomada no 12º Curso de Extensão do Centro de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), realizado pelas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) – Emergência Adulto e Pediátrica. Diplomada no 13º Curso de Extensão do Centro de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), realizado pelas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) – Clínica Médica e Cirúrgica. anacarla2981@hotmail.com.

² Enfermeira, Pós-Graduada em Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, pela Universidade Bahiana de Medicina e Saúde Pública. priscila_santos18@hotmail.com.

³ Enfermeira, Pós-Graduada em Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, pela Universidade Bahiana de Medicina e Saúde Pública. tuanemaiara@outlook.com

⁴ Enfermeira, Mestre em enfermagem pela UFBA. scpastos01@gmail.com.

RESUMEN

Presente memoria se describe el caso de la colitis ulcerosa en un paciente de la UCI, asociada con la enfermedad de Crohn. El término enfermedad inflamatoria intestinal (IBD) se refiere a cualquier proceso inflamatorio que afecta el tracto gastrointestinal. Los más comunes son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que representan aproximadamente el 80-90% de los casos. Otros tipos de IBD son "pouchitis" (pouchitis), enfermedad de Behcet, enterocolitis eosinofílica y la colitis microscópica (colágena o linfocítica). Se discute en este artículo el caso de un paciente, de 51 años, ingresados en el Hospital General Roberto Santos (HGRS), con signos clínicos de la colitis ulcerosa (CU) en la actividad, la esquistosomiasis diagnóstica por 04 días, de portadores de la enfermedad de Crohn 07 años, evolucionando con el marco episódica de sangrado rectal durante 10 días asociado a la ictericia, fatiga, malestar general y pérdida de peso de 04 kg en 20 días, sugerente radiografía megacólon tóxico, Hb caída, hinchazón en las extremidades inferiores y escroto e importante hematoma en MIE . Comentario: Se necesitan más estudios para una mejor comprensión de la colitis ulcerosa asociada con la enfermedad de Crohn.

Descriptores: Enfermedad de Crohn; Colitis; Endermería.

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas e idiopáticas do trato gastro-intestinal, que se subdividem em Doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Fatores genéticos, infecciosos e imunológicos provavelmente influem na gênese da doença. (FERNANDES et al., 2009).

Atualmente, a diferenciação entre a Doença de Crohn e a retocolite ulcerativa é baseada em critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos. A colonoscopia com biópsia é eficaz à realização do diagnóstico diferencial entre colite de Crohn e retocolite ulcerativa, bem como na avaliação de outras formas de colite (actínica, isquêmica e microscópica). (HABR-GAMA et al., 2008)

É importante ressaltar que em até 20% dos casos não é possível diferenciar as doenças inflamatórias intestinais entre si. Neste caso são classificadas como “colites indeterminadas”. Muitas manifestações extra-intestinais são conhecidas, dentre elas estão as alterações articulares, cutâneo-mucosas, hepático-biliares, renais, ósseas e oculares. (YAMANE; REIS; MORAES JR., 2007; SANTOS JR., 2011)

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma desordem autoimune de etiologia desconhecida. É uma doença sistêmica com inúmeras manifestações extraintestinais, inclusive articulares,

onde o intestino grosso representa o principal foco desta autoimunidade. Afeta predominantemente o cólon e o reto, resultando em diarreia crônica. (CRUZ et al., 2012)

A Doença de Crohn é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico, afetando indivíduos de qualquer idade, e acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável e transmural. Os locais de acometimento mais frequentes são o intestino delgado e o grosso. (HABR-GAMA et al., 2008)

Manifestações perianais podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes e as extraintestinais, associadas ou isoladas, podem ocorrer atingindo mais frequentemente pele, articulações, olhos, fígado e trato urinário. Além de alterações endocrinológicas com repercussão sobre o sistema imune, há as lesões tegumentares externas que são o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso. (HABR-GAMA et al., 2008; SANTOS JR., 2011)

De acordo com Castell e Silva (2007), o diagnóstico é feito através de imagens radiográficas (na fase aguda), estudo radiológico contrastado, exames endoscópicos (colonoscopia e endoscopia) e exames de diagnóstico por imagem (tomografia e ultrassonografia) e o diagnóstico diferencial é feito com a retocolite ulcerativa. Habitualmente não se inclui a esquistossomose na discussão do diagnóstico diferencial das diarreias agudas; todavia, deve-se suspeitar de retocolite aguda por *Sistossoma Mansoni*, principalmente se o paciente referir banhos de rios em regiões endêmicas. (BARBIERI, 2000; VIDAL, 2001)

Em relação ao tratamento, Barbieri (2000), apresenta definições diferentes, para Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa (RCU). Para a RCU, os esquemas terapêuticos são dependentes do grau da gravidade do quadro, exigindo numerosos dados laboratoriais para estabelecer a graduação. Desses dados clínicos, podemos ter a RCU leve (menos de 4 evacuações/dia), sendo suficiente para aplicação de 2 a 3 doses de Sulfasalazina, para obter bons resultados. A forma moderada (mais de 4 evacuações/dia) é inicialmente tratada com corticosteróide e Sulfasalazina. Na forma grave (mais de 6 evacuações/dia com sangramento) necessita o uso de EV de ACTH (2 unidades) ou hidrocortizona, aconselhando-se transferência para UTI. Se apresentarem Megacólon Tóxico, evidencia-se a necessidade de emergência cirúrgica. (BARBIERI, 2000)

Ainda de acordo com Barbieri (2000), a forma colônica da DC recebe o tratamento igual à da RCU e na forma ileocólica ou doença perianal, usa medicamentos, administrados em vários meses, de modo contínuo ou intermitente. Já nos casos de fístulas irresponsivas, adiciona a este esquema, ciclosporina EV e depois oral. Atualmente, tem-se usado uma nova droga Infiximab, nos casos mais resistentes ao tratamento, não esquecendo do tratamento nutricional, que deve ser bem elaborado com dietas sem resíduos e sem lactose.

O objetivo trabalho foi descrever um estudo de caso sobre Retocolite Ulcerativa associada à Doença de Crohn em um paciente internado na UTI.

METODOLOGIA

Trata-se do estudo de caso sobre Retocolite Ulcerativa, associada à Doença de Crohn, atendido na UTI Geral, Ala A, do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), em Salvador-BA. Para confecção do estudo de caso, utilizou-se orientações de Galdeano et al. Os dados foram obtidos a partir de informações contidas no prontuário do paciente.

Posteriormente, foi realizada a descrição dos dados, identificação dos problemas, formulação dos diagnósticos de enfermagem, com base no referencial teórico da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA e proposta de intervenções de enfermagem. O estudo detalhado evidenciará os problemas surgidos neste paciente no período da internação, ressaltando o seu diagnóstico de enfermagem e suas intervenções, que foram dispostos em quadros no anexo 1, para facilitar o entendimento e ordenados segundo a hierarquização das necessidades humanas básicas. No entanto, para melhor visualização deste estudo, faz-se necessário evidenciar a história pregressa do paciente, à luz do exame físico, e estudo comparativo da patologia associada no seu período de internamento.

RELATO DO CASO

Paciente A.J.O., do sexo masculino, nascido à 02 de janeiro de 1964, 51 anos, cor parda, procedente de Feira de Santana-BA, casado, católico, taxista, portador de Doença de Crohn há 07 anos, diabete melitus 2 (DM-2) há 1 ano, esquistossomose diagnosticada há 4 dias, varizes esofágicas, em tratamento regular com Mezalazina 400mg via oral, 12/12h, Mezalazina 250mg supositório, à noite e glibenclamida. Deu entrada na Emergência do Hospital Geral Roberto Santos, no dia 23/04/2015, relatando episódios diários de enterorragia, associada a icterícia, fadiga, mal estar geral, dor abdominal, tipo cólica em hipogástrico desde

o início do diagnóstico e perda ponderal de peso, 04 kg em 20 dias. Relatou que há cerca de 15 dias iniciou quadro de dor abdominal, principalmente pélvica, de forte intensidade, tendo piora progressiva associada a diarreia sanguinolenta, buscando atendimento no Hospital do Subúrbio, após 7 dias do início da dor, recebendo alta com um dia de internamento e orientado para acompanhamento com gastro. Nega febre, vômito, tosse, alergias. Observado no toque retal (TR), esfíncter hipertônico, sem evidência de massa em parede posterior e anterior, sangue em dedo da luva. Solicitado exames laboratoriais, ecocardiograma, avaliação da cirurgia geral e internamento na instituição para enfermaria 2B de Gastroenterologia. Sendo transferido no dia 24/04/15.

Exames externos realizados antes da internação: Colonoscopia (12/01/10), evidenciando intensa hiperemia e congestão vascular no colo sigmóide; Conclusão de colite severa a esclarecer. Biópsia do colón descendente e Sigmóide – reação inflamatória crônica inesperada leve; Colonoscopia (19/09/2011), evidenciando mucosa congesta, hiperemiada e com muco em sigmóide; Conclusão de colite esquerda a esclarecer. Biópsia, colite crônica moderada, notando a possibilidade de uma retocolite ulcerativa (RCU) no presente caso. Endoscopia (09/02/15), nota-se 3 cordões varicosos, 2 de médio e 1 de fino calibre, tortuosos, azulados, com sinais da cor vermelha. Observa-se ainda em antro, algumas erosões planas, recobertas por fibrina e hematina. Conclusão: varizes de esôfago, pangastrite enantematosa e erosiva de antro, grau moderado, com evidencia de sangramento recente. Biópsia de antro e corpo para H. Pylori, negativo. Já transferidos para a Enfermaria 2B de Gastroenterologia, submeteu-se a Retossigmoidoscopia flexível (28/04/15), presença de úlceras em reto proximal, profundas, ovalares, com bordas edemaciadas e hiperemiadas, recoberta por fibrina espessa, a maior medindo cerca de 1cm de diâmetro, entremeadas por mucosas difusamente hiperemiada e com amputação de vasos da submucosa, e friável ao toque do aparelho. Colon sigmóide com mucosa íntegra, rósea, brilhante e padrão vascular submucoso sem alterações. À retirada do aparelho, não observamos mamilos hemorroidários. RCU em atividade (Mayo III). Realizado biopsia de úlceras.

Nos primeiros cinco dias de internação, evolui com sono e apetite preservados, com aceitação da dieta via oral e em uso de nutrição parenteral periférica (NPP), diurese presentes, sem queixas miccionais. Relata que após início de NPP houve piora da dor abdominal e da diarreia, com retorno de diarreia sanguinolenta moderada e aumento do número de evacuações, que não conseguiu quantificar. Após pausa da infusão da NPP, na noite anterior,

relatou regressão de edema peniano e escrotal completamente e redução do número de evacuações e parada da hematoquezia, tendo apresentado durante madrugada e na manhã deste dia apenas evacuações de coloração róseas. Observado melhora do pioderma gangrenoso, ganho de peso progressivo e manutenção do edema em membros inferiores (MMII). Informa distensão e um pouco de desconforto abdominal em que associa a excesso de gases.

Discutido caso com preceptoria, optando suspensão da NPP e observar padrão evacuatório. Indicou realização de colonoscopia após melhora do quadro clínico e controle da atividade da doença e avaliação com endocrinologista, foi mantido Pentasa sachê 2g de 12/12h, Mesalazina supositório 1g/dia, corticóide terapia por 10 dias, dipirona sistemática para analgesia, albendazol suspenso, por ter completado o tratamento (3 dias) e prescrito curativo diário para úlceras em MMII.

No 14º DI (Dia de Internação), evolui na enfermaria 2B, de Gastroenterologia, com quadro de sepse grave, queda de hemoglobina (Hb) e alterações na coagulação, além de enterorragia seguida de parada de eliminação de fezes, apenas secreção rosácea, sugestiva de transudato (sic), aumento das enzimas canaliculares, pioderma gangrenoso, úlcera oral em melhora, candidíase oral, leucocitose, evidenciado pelo uso de corticosteróide, hiponatremia leve. Associado ao quadro, apresentou em radiografia de abdome sugestivo de megacólon tóxico, aparecimento de hematoma importante em membro inferior esquerdo (MIE), seguido de algia, edema e queda de Hb (8 → 6). Necessidade urgente de abordagem cirúrgica, pelo risco iminente de perfuração intestinal e óbito, necessitando de transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dando entrada na UTI Geral, ALA A, no dia 08/05/15. Em bom estado geral, vigil e contactante, lúcido, orientado, em ventilação espontânea suporte de O₂, Hb-6,2; Leucócito 14.380 (17% bt) Plaquetas: 103.000, sendo iniciada a antibioticoterapia de amplo espectro Meropenem e, vancomicina no dia posterior.

No 2º DI, na UTI é avaliado pelo Nefrologista, cursando com parâmetros ventilatórios em ventilação espontânea, sem sedação, hemodinamicamente sem drogas vasoativas, balanço hídrico nas 24h, igual a zero, hemograma apresentando: uréia 65; creatinina 0,9; Sódio 134; Potássio 4,4; cálcio 6,9; Ast (aspartato aminotransferase) 18; Alt (alanina aminotransferase), 31; antigamente chamada de TGO (transaminase glutâmica oxalacética) e TGP (transaminase glutâmica pirúvica), respectivamente; TP (tempo de protrombina) 34; Albumina 0,9; hemoglobina 6,7; Leucócitos 11.390, com retocolite

ulcerativa diagnosticada em tratamento com a gastroenterologia, apresentando piora do quadro com diarreia importante, sangue e mucos e fascite em coxa de membro inferior esquerdo, desidratado com diurese 1000 ml, sem necessidade de acompanhamento com Nefrologia, apenas hidratação e observar eletrólitos.

No 4º DI na UTI, evolui com RCU em franca atividade, em tratamento, clínico prévio com 10 dias de corticoterapia sem resposta, evoluindo com quadro séptico e distensão abdominal importante, encontra-se taquicárdico e taquipnéico, com padrão respiratório abdominal, pouco desconfortável, desnutrido, abdome distendido às custa de gases, porém flácido e indolor, ruídos hidroaéreo presentes (RHA+), apresentando lesões ulceradas em região distal de MIE, indolor, compatível com pioderma gangrenoso, indicado Colectomia total mais Ileostomia pela cirurgia geral.

No 5º DI na UTI, em uso Meropenem e Vancomicina, paciente mantendo o quadro clínico, é reavaliado pela coloprocto que sugere postergar o procedimento. Puncionado cateter venoso central (CVC) em veia subclávia direita (VSCD) sem intercorrências, porém radiografia evidenciou que cateter tinha subido para veia jugular interna direita (VJID), puncionado novo CVC em VSCE, iniciada nutrição parenteral total (NPT).

Ao exame físico, tratava-se de um paciente emagrecido, com sudorese e palidez cutânea-mucosa, vigil, porém não contactante, afebril, padrão respiratório confortável, em ventilação espontânea sem suporte de O₂, boa saturação, sem sedação, pupilas isocóricas e fotorreagentes, gasglow 15, movimentos vestibulares sem ruídos hidroaéreos, em dieta zero até avaliação da Cirurgia geral, abdome distendido e tenso, doloroso a palpação superficial e profunda, diurese presente, clara, via sonda vesical de Foley. Exames complementares mostravam: sódio 65; cálcio 6,9, hemoglobina 6,3, Leucócitos 14.380 (17% bt) PL 10300.

No 7º DI na UTI, foi rediscutida a abordagem terapêutica e optou-se em aguardar melhora no quadro, realizando tratamento com mesalazina, sem resposta. No momento em que encerramos nosso estágio presencial no Hospital, o paciente estava aguardando estabilização do quadro clínico para realização de abordagem cirúrgica, para melhoria do seu estado geral, tendo uma piora no seu quadro geral, inviabilizando a cirurgia, vindo a óbito em 26/05/2015, às 06:35h, informação posteriormente dada pela Preceptora de Estágio.

DISCUSSÃO

Habr-Gama et al. (2008), define Doença de Crohn grave quando há significativo comprometimento do estado geral de saúde associado a um ou mais sintomas, tais como: perda de peso, febre, dores abdominais fortes e frequentes (3-4 vezes ou mais, por dia), diarreia diária, independente de ter manifestações extraintestinais ou fístulas. O processo inflamatório é complexo e heterogêneo, tanto na caracterização da doença comprometendo o trato digestório, que não obedece a um padrão inteligível de manifestação e de equilíbrio, como em suas variadas expressões sistêmicas, quando englobam as extensas e graves manifestações extraintestinais.

Vidal et al. (2001), definem Retocolites como processos inflamatórios do cólon e reto, que podem ser classificados como específicos ou inespecíficos. Afirmando que as principais causas de colites agudas são: colite ulcerativa, Doença de Crohn, colite isquêmica, colite infecciosa e colite induzida por drogas. Dentre os processos inflamatórios específicos, encontram-se os causados por bactérias, fungos, vírus, protozoários e helmintos. Tais doenças inflamatórias podem se associar a diferentes entidades mórbidas, como no paciente em foco. Neste caso, o paciente portador de Doença de Crohn há sete anos evoluiu para Retocolite ulcerativa. Como complicações, o paciente apresentou varizes de esôfago, esquistossomose, diagnosticado à 04 dias, Megacólon Tóxico, Pioderma Gangrenoso.

A esquistossomose mansoni apresenta um amplo espectro patológico, variando desde casos inaparentes ou leves, até formas graves irreversíveis, é caracterizada por duas fases evolutivas: uma inicial e outra crônica, sendo, mais comum em pessoas que se expõem frequentemente às águas contaminadas, em rios, córregos e lagos, ou outros reservatórios de água doce. (VIDAL et al., 2001). No corpo do homem, transformam-se em schistosomas e se disseminam pelo sangue, no fígado, sofrem maturação até a forma adulta. A maioria das mortes ocorre por comprometimento hepático e por complicações de hipertensão no interior do sistema porta, veia que drena o sangue dos intestinos para o fígado. (MARTINS; BASTOS; BASTOS, 2015; SOUZA et al.; 2015)

Na forma hepática da esquistossomose mansônica, em torno do ovo ocorre uma reação inflamatória, produzindo granuloma e, posteriormente, fibrose peri-portal que em alguns casos, determina significativa redução do potencial funcional hepático, esta fibrose dificulta o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, acarreta um aumento de pressão sanguínea

local ocasionando assim hipertensão porta. Em função desta hipertensão, parte do fluxo sanguíneo, altera seu percurso, dilatando vasos que recebiam um menor aporte sanguíneo, acarretando as varizes, podendo resultar em rompimento vascular e consequente hemorragia digestiva alta. (MARTINS; BASTOS; BASTOS, 2015). Portanto, de acordo com os Sinais e sintomas da esquistossomose, um dos problemas diagnosticado no paciente do caso descrito, conclui-se que as varizes esofágicas não estão associadas a Doença de Crohn, nem na retocolite ulcerativa.

De acordo com Babieri (2001), uma das complicações apresentada no quadro clínico do paciente, o pioderma gangrenoso, que é uma dermatose neutrofílica de etiologia inespecífica, cuja necrose e úlceras profundas conferem à lesão aspecto bastante desagradável, além da dor que causa, é uma doença tegumentar relacionada à disfunção do sistema imune, tem relação com a Doença de Crohn.

As manifestações clínicas são mais frequentemente de natureza inflamatória, obstrutiva ou fistulizante. Assim, a dilatação aguda e tóxica do cólon, denominada de megacólon tóxico, pode representar uma apresentação incomum, porém aguda e de elevada gravidade. Portanto é considerada uma das complicações mais graves das manifestações, com intenso comprometimento do colo que se dilata ocasionando dor intensa, vômitos, ausência de ruídos hidroaéreos e estado geral toxêmico, distensão abdominal, além de febre, taquicardia, e sinais de desequilíbrio hidroeletrólítico. Exigindo um rigoroso tratamento intensivo com jejum absoluto, nutrição parenteral total e deve ser considerada uma emergência cirúrgica, por apresentar um índice de mortalidade entre de 20% a 30% dos casos. (BARBIERI, 2000; IOSHII; TEIXEIRA; FIGUEIREDO, 2002; HABR-GAMA et al., 2008)

Babieri (2001) cita que, apesar da RCU ser uma doença de colo, entretanto apresenta em seu quadro clínico uma série de sinais extradigestivos. E o como artrite de quadril e joelhos que podem preceder o aparecimento dos sintomas digestivos e problemas oculares como conjuntivite e uveíte, que podem aparecer mais tardiamente. Já o Pioderma gangrenoso e eritema nodoso podem ocorrer em 1% dos casos nas fases iniciais ou tardias da doença, podendo evoluir de modo fulminante com quadro tóxico, hemorragia maciça, megacólon tóxico, perfuração e morte, ocorrido em 10% de sua casuística. Estando todos essas manifestações associadas ao quadro do paciente apresentando, que progrediu com sepse grave, apontando necessidade urgente de abordagem cirúrgica e transferência para UTI, pelo risco iminente de perfuração intestinal e óbito. Assim, estando o paciente, propício a uma

possível perfuração intestinal, corre o risco de manifestar uma necrose e translocação bacteriana, levando a uma proliferação bacteriana, chegando a agravar o quadro diarréico por cursar com utilização bacteriana de nutrientes e piorar a reação inflamatória desencadeada por ácidos biliares desconjugados e metabólitos tóxicos.

O tratamento pode ser clínico (uso de antiinflamatórios corticoesteróides) ou cirúrgico (resseção do segmento acometido). O tratamento de enfermagem pode ser clínico e/ou cirúrgico. Os pacientes hospitalizados, requerem monitoração rigorosa, nutrição parenteral, reposição de líquidos e, possivelmente, cirurgia de emergência. Os procedimentos cirúrgicos podem envolver um desvio fecal, com as necessidades acompanhantes para os cuidados físicos, apoio emocional e ensino extenso sobre o tratamento da ostomia. (SMELTZER et al.; 2008).

Um período de preparação com reposição intensiva de líquido, sangue e proteína é necessário antes que a cirurgia seja realizada. Os antibióticos podem ser prescritos. Se o paciente estiver em uso de corticosteróides, eles serão continuados durante a fase cirúrgica para evitar a insuficiência adrenal induzida pelo esteróide. A oferta da dieta do paciente é pobre em resíduos, pequenas e freqüentes. Todas as medidas pré-operatórias são similares àquelas para a cirurgia abdominal geral. (SMELTZER et al.; 2008)

Os autores Cabral Júnior, et al. (2006), salientaram que a indicação do tratamento cirúrgico depende da localização e, principalmente, das complicações decorrentes da evolução da doença, que é preciso preservar as áreas não lesadas do intestino, assim, há uma grande variedades de indicação de cirurgias desde as conservadoras até as mais radicais, como por exemplo, drenagem, debridamento perianal, ressecção do íleo distal e anastomose ileocolotransverso, proctocolectomia com ileocutaneostomia e ileostomia. Afirmaram ainda, que as reoperações por recorrências clínicas são muito freqüentes e, colectomia total com ileocutaneoanastomose definitiva pode ser a cirurgia de escolha para a Doença de Crohn.

No caso apresentado, paciente em uso de Meropenem, Vancomicina e corticoterapia há dez dias, evoluindo com quadro de distensão abdominal importante, taquicárdico, taquipnéico, com padrão respiratório, foi indicado Colectomia Total e Ileostomia, por falha na terapêutica clínica, em atividade de doença, coloprocto suspende abordagem cirúrgica, após reavaliar paciente, pelos seguintes motivos: doente grave na UTI, em choque séptico, com pouca chance de sobreviver a uma cirurgia radical.

Além da conduta clínica e cirúrgica o suporte nutricional é fundamental para o sucesso do tratamento. Portanto, Cabral Jr. et al. (2006), salientaram que a maioria dos autores de sua análise de literatura, concorda que, na Doença de Crohn, a nutrição parenteral associada a repouso intestinal contribui significativamente para a remissão dos sintomas. Confirmando, assim, as queixas do paciente aqui relatado, de que após o uso da nutrição parenteral periférica (NPP) houve piora da dor abdominal e da diarreia, com retorno moderado e sanguinolento, com aumento das evacuações.

Coutos e Medeiros (2013) citam sentimentos importantes de pacientes, submetidos a cirurgias, onde concluem que apoio e cuidados de enfermagem tem um valor fundamental aceitação da doença e sucesso na cirurgia. Informando que no período de internamento, após a cirurgia, identificaram o desespero e o medo do paciente de se sentirem incapacitado, associado à mudança drástica causada pela mesma, que requerem competências adaptativas em todos os domínios da vida. Portanto, o apoio social e familiar pode propiciar a motivação para ultrapassar essas dificuldades, na aceitação dessa nova condição de vida e, o apoio do enfermeiro foi considerado um importante contributo para a reabilitação, à nova condição de vida. Assim, concluíram que os cuidados de enfermagem são de extrema importância desde o momento em que é estabelecida a necessidade da realização da cirurgia até, na ajuda de ultrapassar as dificuldades, estimulando a participação da família durante todo o processo.

O paciente deve ter uma compreensão total da cirurgia a ser realizada e o que esperar depois destas. A avaliação de enfermagem inclui auscultar o abdome para perceber os sons intestinais e suas características; palpar, para verificar se há distensão, hipersensibilidade ou dor; e inspecionar a pele para evidenciar fístulas ou sinais de desidratação. As fezes são inspecionadas quanto à presença de sangue e muco. (SMELTZER et al., 2008)

CONCLUSÃO

Perante o que foi apresentado sobre as doenças inflamatórias intestinais (DII): Doença de Cronh e a Retocolite Ulcerativa, observa-se que o paciente acometido por tais patologias apresenta como principais sintomas: cólica abdominal, quadro febril, fezes diarreicas e fraqueza muscular nos MMII, circunstâncias estas que fazem com que o paciente evolua com um quadro depressivo, de ansiedade e de baixa auto-estima.

Durante o período em que acompanhamos o cliente, o mesmo referiu ter recebido assistência adequada e apoio familiar durante tratamento da doença. Infelizmente o mesmo evoluiu com choque séptico e foi a óbito no dia 26/05/15, às 06:35h, não chegando a ser submetido a intervenção cirúrgica.

Até que melhores métodos de tratamento estejam disponíveis, o tratamento limita-se à melhoria da sintomatologia e da qualidade de vida dos pacientes. Uma dieta adequada, um grande número de diferentes fármacos, assim como o tratamento psicológico e cirúrgico, faz parte de uma ampla aparição de métodos disponíveis.

O diagnóstico efetivo e a identificação da real situação geral de saúde do paciente permitem uma melhor orientação do trabalho da equipe de enfermagem, sugerindo as intervenções mais adequadas. Já que o enfermeiro, por vezes, é o profissional que se encontra mais próximo do paciente, é necessário introduzir, na sua formação, conceitos que facilitem o autoconhecimento e o conhecimento do outro, para melhor compreensão das necessidades e vivências dos pacientes, para que a enfermagem efetive sua atuação no binômio saúde-doença.

O estudo deste caso nos mostra que a descoberta tardia do diagnóstico da Doença de Crohn, muitas vezes já está associado a outros agravos, como esquistossomose, presente em estado avançado neste caso, doença ainda muito comum no interior deste país, onde as pessoas se banham em cursos d'água onde são também depositadas fezes, origem da proliferação da doença.

Mesmo em hospital de excelência como o HGRS, possuidor de aparelhos e instrumentos de última geração, que proporcionam resultados mais precisos e rápidos, e onde a assistência à saúde é exercida por equipes de profissionais altamente especializados, não foi possível estabilizar o cliente, dado o estágio avançado de complicações somadas, quando aqui chegou. Tentou-se, bastante usando todos os recursos disponíveis, sem, contudo obter um resultado positivo crescente. Havia dias melhores e dias piores do cliente, implicando em mudanças frequentes de estratégias e procedimentos, resultando em um cuidado constante e intenso, para mantê-lo da forma mais confortável possível, física e mentalmente, também amparando seus familiares, ávidos por uma melhora significativa.

Sabendo que a imensidão territorial do País dificulta enormemente o atendimento de saúde. Somente as capitais têm boas condições, técnicas e humanas, para atendimento de doenças que se agravam pela detecção tardia de diagnóstico seguro. Alie-se a isso a falta de educação da população, em relação aos cuidados de saúde básicos, que hoje buscam se antecipar, com a ação, ainda muito diminuta, dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). Observe-se que o cliente retratado nesse estudo, era oriundo da cidade de Feira de Santana, segunda cidade do estado!

É lamentável concluir que pacientes que buscam hospitais de referência, a exemplo do Hospital do Subúrbio e Hospital Geral Roberto Santos, lá cheguem em estados muito avançados da doença, permitindo apenas a seus profissionais de saúde ações que, no fundo, apenas minimizam seu sofrimento e de seus familiares.

O fato é que a história da saúde desse país está apenas começando a se reescrever para transformar, buscando a excelência no atendimento e no cuidar de tantos e tantos clientes.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 2, p. 173-180, 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S173/port.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CABRAL JUNIOR, A.S. e Cols. Doença de Crohn na síndrome de Down: um enfoque multidisciplinar. **Rev Paul Pediatr**;v.24, n. 2, p. 180-184, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-1659>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

CASTELLI,A.; SILVA,M.J.P. "Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo...": compreendendo a Doença de Crohn. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 29-35, mar, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100004>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

CORREA, C. (trad.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2010**. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2010.

COUTO,P.G; MEDEIROS,S.S. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal: uma visão holística de enfermagem. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v.2, n. 1, p. 23-27, 2013. Disponível em: <<http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/38/27>>. Acesso em: 01 jun. 2015

CRUZ,V.A. e Cols. Retocolite ulcerativa e artrite reumatóide: uma rara associação – relato de caso. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v.52, n.4, jul a ago, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000400014>.
Acesso em: 01 jun. 2015.

FERNANDES,M.D. e Cols. Doença de Crohn metastática sem manifestação clínica intestinal. **An Bras Dermatol.** v. 84, n. 6; p.651-4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962009000600011&script=sci_arttext>.
Acesso em: 29 mai. 2015.

HABR-GAMA,A. e Cols. Diretrizes em Foco. Doença de Crohn intestinal: manejo. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 57, n. 1, p.10-13, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a06.pdf> >. Acesso em: 01 jun. 2015.

IOSHII,S.O.; TEIXEIRA,V; FIGUEIREDO,T.M.S. Megacólon Tóxico fatal por cytomegalovirus em paciente com retocolite ulcerativa idiopática: relato de caso e revisão de literatura. **Arq Gastroenterol**, v. 39, n. 2, p. 111-113, 2002. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032002000200008>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

MARTINS,A.V.; BASTOS,A.C.P.; BASTOS,O.M.P. **Programa de reforço das atividades Pedagógicas teóricas.** Disciplina parasitologia, cap. 3, p. 58. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAUiEAC/apostila-parasitologia>> Acesso em: 29 mai de 2015

SANTOS JÚNIOR,R.,J.C.M. Crohn's Disease: Current state of biological therapy. **J. Coloproctol**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4; p. 408-419, out a dez, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-93632011000400017&script=sci_arttext>
Acesso em: 01 jun. 2015.

SMELTZER,SC, BARE,BG. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

SOUZA,F.P.C. et al. Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.9, n. 4, p. 300-7, jul-ago, 2011. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Vitorino/publication/263811481_Esquistossomose_mansnica_aspectos_gerais_imunologia_patognese_e_histria_natural/links/0c96053bf7509a7632000000.pdf> Acesso em: 29 mai. 2015.

VIDAL,M.A.N. Esquistossomose Retal - Aspectos Clínicos e Endoscópicos. **Rev bras Coloproct**, v. 21, n. 2, p. 70-74, 2001. Disponível em: <http://www.sbcpc.org.br/revista/nbr212/P70_74.htm>. Acesso em: 29 mai. 2015.

YAMANE,I.S.; REIS,R.S.; MORAES JR.,H.V. Oclusão venosa central de retina na remissão de doença de Crohn: relato de caso. **Arq Bras Oftalmol.** v. 70, n. 6:1, p. 034-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v70n6/a29v70n6.pdf>> Acesso em: 29 mai. 2015.

ANEXO 1

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Diarréia relacionada com o processo inflamatório	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se existe uma relação entre a diarréia e determinados alimentos, atividades ou estressores emocionais; - Identificar os fatores precipitantes, a frequência das defecações e o caráter, consistência e quantidade das fezes eliminadas; - Realizar higiene do paciente e manter ambiente limpo e seco; - Administrar medicamentos antidiarréicos conforme a prescrição, registrar a frequência e a consistência das fezes, depois de iniciada a terapia; - Incentivar o repouso no leito para diminuir a peristalse. 	Obtenção de padrões de eliminação intestinal normal em frequência e consistência.
Dor aguda relacionada com a peristalse aumentada e inflamação gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar quando iniciou a dor: *se ocorre antes ou depois das refeições, durante a noite ou antes da defecação?, * o padrão é constante ou intermitente?, *é aliviada pelos medicamentos; - Administrar medicamentos anticolinérgicos antes de uma refeição, conforme a prescrição, afim de diminuir a motilidade intestinal e administrar os analgésicos para aliviar a dor; 	Alívio da dor e cólicas abdominais antes ou após cada evacuação.
Déficit do volume de líquidos relacionado com a anorexia, náuseas e diarréia	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar o déficit do volume de líquidos, através do registro exato dos líquidos orais e intravenosos e mantém o registro do débito (urina, fezes líquidas, vômitos, drenagem de ferida ou fístula); - Monitorar os pesos diários para os ganhos ou perdas de líquido e avaliar o paciente quanto aos sinais de déficit de volume de líquidos (pele e mucosa secas, turgor cutâneo diminuído, oligúria, exaustão, temperatura diminuída, hematócrito aumentado, densidade específica da urina elevada e hipotensão); - Incentivar a ingestão oral de líquidos; - Verificar velocidade do fluxo intravenoso; - Realizar medidas para diminuir a diarréia (restrições nutricionais, redução do estresse, agentes antidiarréicos). 	Prevenção do déficit do volume de líquidos
Nutrição alterada, menor que os requisitos corporais, relacionada com as restrições da dieta, náuseas e má absorção	<ul style="list-style-type: none"> - Referente a nutrição parenteral: monitorar e registrar com exatidão a ingesta e débito de líquidos, bem como o peso diário do paciente; monitorar os níveis glicêmicos a cada 6 horas; - Referente a nutrição oral: anotar a intolerância quando o paciente exibir náuseas, vômitos, diarréia ou distensão abdominal; - Ofertar alimentações pequenas, frequentes e pobres em resíduos, com finalidade de evitar a distensão excessiva do estômago e a estimulação da peristalse. 	Manutenção da nutrição e peso ótimos.
Intolerância à atividade relacionada com a fadiga	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar períodos de repouso intermitentes durante o dia e agenda ou restringe as atividades para conservar a energia e reduzir a taxa metabólica, incentivar a atividade dentro dos limites da capacidade do paciente; - Sugerir repouso no leito para um paciente que está afebril, apresenta evacuações diarréicas frequentes ou está sangrando, no entanto o paciente em repouso no leito deve realizar exercícios, visando manter o tônus muscular e evitar as complicações tromboembólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o repouso; - Prevenção da fadiga.
Ansiedade relacionada com a cirurgia iminente	<ul style="list-style-type: none"> - Manter relação de confiança com o paciente e a família, mostrar-se atenciosa e demonstrar atitude calma e confiante; - Permitir tempo para que o paciente e a família façam perguntas e expresse os sentimentos. - Atentar para audição cuidadosa e a sensibilidade para os indicadores não-verbais (inquietação, expressões faciais tensas) são importantes; - Modelar as informações sobre a possível cirurgia iminente para o nível de compreensão do paciente e a família e seu desejo de detalhamento 	Redução da ansiedade
Enfrentamento ineficaz relacionado com episódios repetidos de diarréia	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer compreensão e apoio emocional; - Reconhecer que o comportamento do paciente pode ser afetado por inúmeros fatores não relacionados com as características emocionais inerentes; - Comunicar que os sentimentos do paciente são compreendidos, incentivando-o a conversar e expressar seus sentimentos e a discutir quaisquer preocupações. Ajudando o paciente e a família a tratar as 	Promoção do enfrentamento efetivo

	questões associadas à doença crônica e à resultante incapacidade	
Risco de integridade da pele prejudicada relacionado com a desnutrição e a diarreia	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar frequentemente a pele do paciente, em particular a pele perianal, o cuidado perianal, incluindo o emprego de uma barreira cutânea, é importante depois de cada defecação; - Detectar áreas ruborizadas ou irritadas sobre proeminências ósseas e utilizar dispositivos de alívio da pressão para evitar a ruptura da pele 	Ausência de ruptura da pele
Risco de gerenciamento ineficaz do regime terapêutico relacionado com o conhecimento ineficaz relativo ao processo e tratamento da doença	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar os níveis de eletrólitos séricos diariamente; - Administrar reposição de eletrólitos conforme prescrição médica; - Atentar para evidências de arritmias ou as alterações no nível de consciência; - Monitorar rigorosamente sangramento retal e administração a terapia com hemoderivado e expansões de volume conforme prescrição médica, a fim de evitar a hipovolemia; - Monitorar a pressão arterial quanto à hipotensão e obter frequentemente os perfis de coagulação e os níveis de hemoglobina e hematócrito; - Monitorar rigorosamente o paciente quanto às indicações de perfuração (aumento agudo na dor abdominal, abdômen rígido, vômitos ou hipotensão) e obstrução e megacólon tóxico (distensão abdominal, sons intestinais diminuídos ou ausentes, alteração no estado mental, febre, taquicardia, hipotensão, desidratação e distúrbios eletrolíticos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento aumentado a respeito do processo patológico e do regime terapêutico; - Prevenção das complicações.
Dor Abdominal aguda relacionada à inflamação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos. - Discutir com a pessoa e a família os usos terapêuticos com a distração, juntamente com outros métodos de alívio da dor. - Explicar as causas da dor, se conhecidas; relatar por quanto tempo a dor irá durar. - Explicar os testes, diagnósticos e os procedimentos em detalhes, narrando os desconfortos, as sensações que serão sentidas e a duração de tempo aproximada. - Proporcionar aos indivíduos oportunidades para discutirem seus medos, raivas e frustrações de maneira particular, reconhecer a dificuldade da situação. 	- Ausência de dor antes ou após cada evacuação
Ansiedade relacionada à situações diarreicas, fadiga e fraqueza muscular	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as causas contribuintes da diarreia. - Atentar quanto a duração e frequência da diarreia. - Investigar o histórico do trabalho e o estilo de vida. - Observar quanto ao comportamento apático. - Incentivar a ida e vinda do banheiro, acompanhada para evitar traumas, se queda. - Estimular maior tempo de repouso. 	<ul style="list-style-type: none"> Evacuações de consistência e coloração normais e frequência normal diária. - Tônus muscular normal após qualquer esforço físico - Nível de ansiedade diminuído
Distúrbio no padrão do sono relacionado a eventos diarreicos seguidos e/ou precedidos de dor	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar dificuldade em adormecer, permanecer dormindo, despertar; - Atentar as queixas agravadas pela diarreia; - Identificar sintomas, tipo ansiedade e depressão relacionado a situação atual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conciliar sono; - Ausência de fatores perturbadores/estressores.
Fadiga relacionada a anemia e déficits nutricionais secundário a diarreia	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar os fatores causais e contribuintes: falta de sono, má nutrição, controle inadequado do estresse; - Explicar as causas da fadiga: eficiência diminuída do sono, maior esforço exigido para as atividades da vida diária; - Permitir a expressão dos sentimentos relativos aos efeitos da fadiga sobre a vida; - Ensinar as técnicas de conservação de energia 	Restabelecer energia física para realizar atividades habituais