

Cuidados de Enfermagem a um Paciente Alcoolista Portador Da Síndrome de Wernicke-Korsakoff: Estudo de Caso

Nursing Care Approach Towards an Alcoholic Patient Bearing the Wernicke-Korsakoff Syndrome: Case Study

Cuidados de Enfermería a Paciente Alcohólico con Síndrome de Wernicke-Korsakoff: Presentación de um Caso

Tânia Maria Rocha Guimarães^{1*}; Cleytiane Stephany Silva Santos²; Cristiane Aline Corrêa³; Dayane da Rocha Pimentel⁴; Diana Carla Dias dos Santos⁵; Elaine Dayane Freitas dos Santos⁶

Como citar este artigo:

Guimarães TMR, Santos CSS, Corrêa CA, et al. Cuidados de Enfermagem a um Paciente Alcoolista Portador Da Síndrome de Wernicke-Korsakoff: Estudo de Caso. Rev Fund Care Online.2019.11(n. esp):502-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.502-509>

ABSTRACT

Introduction: Wernicke-Korsakoff Syndrome (WKS) is one of the most serious consequences of alcohol abuse. The cognitive impact of the pathology is derived from alcoholic neurotoxicity and thiamine deficiency, which can progress to stupor, coma and death. **Objective:** Performing a case study regarding an alcoholic patient bearing the WKS, and also designing a nursing care plan. **Methods:** It is a case study with a qualitative approach that assesses an alcoholic patient bearing the WKS. The study was performed at the *Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)* in Recife, Brazil, over the period from February to March 2016. **Results:** We were able to identify 14 nursing diagnoses, as follows: chronic confusion/memory deficit/disturbed thought processes/impaired verbal communication; impaired walking/risk of tumble down; self-care deficit; nutrition smaller than the needs/fatigue; excessive fluid volume/impaired tissue integrity; bleeding risk; impaired skin integrity; ineffective tissue perfusion. **Conclusion:** The nursing professionals have singular importance with regards to both the execution of health education actions as well as the alcoholics' treatment, thus preventing the complications of the disease.

Descriptors: Alcoholism, Nursing Care, Wernicke Encephalopathy, Korsakoff Syndrome.

Artigo original. Trabalho de Conclusão do 6º Módulo - Disciplina Saúde do Adulto - Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE), apresentado em 2016.

¹ Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UNICAMP. Professora adjunta III da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) - Universidade de Pernambuco (UPE). Disciplina Saúde do Adulto. Líder do Grupo de Pesquisa Processo de Cuidar do Portador de Doenças Agudas e Crônicas não Transmissíveis-FENSG/CNPq.Universidade de Pernambuco (UPE), Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) Universidade de Pernambuco (UPE).

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) Universidade de Pernambuco (UPE).

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) Universidade de Pernambuco (UPE).

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) Universidade de Pernambuco (UPE).

RESUMO

Introdução: A síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) é uma das mais graves consequências do abuso de álcool. O impacto cognitivo da patologia é derivado da neurotoxicidade alcoólica e deficiência de tiamina, podendo progredir para estupor, coma e morte. **Objetivo:** Realizar um estudo de caso de paciente alcoolista portador de SWK e construir um plano de assistência de enfermagem. **Métodos:** Estudo de caso com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), em Recife, Brasil, fevereiro a março de 2016. **Resultados:** Identificamos 14 diagnósticos de enfermagem: confusão crônica/memória prejudicada/processos do pensamento perturbados/comunicação verbal prejudicada; deambulação prejudicada/risco de quedas; déficit no autocuidado; nutrição desequilibrada menor que as necessidades/fadiga; volume excessivo de líquido/integridade tissular prejudicada; risco de sangramento; integridade da pele prejudicada; perfusão tissular ineficaz. **Conclusão:** A enfermagem tem especial importância na execução das ações de educação em saúde e tratamento de alcoolistas prevenindo as complicações da doença. .

Descritores: Alcoolismo, Cuidados de Enfermagem, Encefalopatia de Wernicke, Síndrome de Korsakoff.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Wernicke-Korsakoff (WKS) es una de las más graves consecuencias del abuso del alcohol. El impacto de trastorno cognitivo se deriva de la neurotoxicidad alcohólica y la deficiencia de tiamina, que puede progresar a estupor, coma y muerte. **Objetivo:** Realizar un estudio de caso de un paciente con SWK alcohólica y construir un plan de atención de enfermería. **Métodos:** Un estudio de caso con enfoque cualitativo. El estudio se realizó en el Hospital Universitario Oswaldo Cruz (HUOC) en Recife, Brasil, entre febrero y marzo de 2016. **Resultados:** Se identificaron 14 diagnósticos de enfermería: confusión crónica/deterioro de la memoria/procesos de pensamiento perturbados/alteración de la comunicación verbal; alteración de la deambulación/riesgo de caídas; déficit de autocuidado; la nutrición desequilibrada menos necesita/fatiga; volumen excesivo de líquido/ la integridad del tejido deteriorado; riesgo de sangrado; alteración de la integridad de la piel; la perfusión tisular ineficaz. **Conclusión:** La enfermería tiene especial importancia en la implementación de las iniciativas de educación en la salud y el tratamiento de alcohólicos prevención de las complicaciones de la enfermedad.

Descriptores: Alcoholismo, Cuidados de Enfermería, Encefalopatía de Wernicke, Síndrome de Korsakoff.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o alcoolista como um indivíduo que consome excessivamente o álcool, cuja dependência de tal substância é acompanhada de perturbações mentais, com alterações na saúde física, da relação com o outro e do comportamento social e econômico. Desde meados da década de 70, a OMS considera a dependência de álcool uma doença crônica recorrente, que se não for tratada pode ser fatal. O uso de álcool muitas vezes está associado a várias complicações que refletem tanto na saúde como nas relações sociais, e a prevalência desse hábito depende da vulnerabilidade individual, do meio ambiente e da genética.¹

Os danos causados pelo ingesta excessiva de bebidas alcoólicas vai além da dependência desenvolvida no

indivíduo. A ingesta alcoólica excessiva contribui para hábitos alimentares deficientes, principalmente entre os alcoolistas crônicos. Pode existir, também, o déficit de micronutrientes, independente da redução da ingestão energética, devido a adição de álcool à ingestão diária. Desta forma, o álcool pode ser causador tanto de desnutrição primária, por deslocar muitos nutrientes da dieta, como de desnutrição secundária, por desencadear uma má absorção e agressão celular decorrentes de sua citotoxicidade direta e de comprometimento da função hepática.²

O comprometimento nutricional representa um problema de saúde pública bastante explícito principalmente em países em desenvolvimento, mas sua significância não fica restrito a esses países, pois sua expressão nos países desenvolvidos também é bastante relevante. O alcoolismo e a deficiência nutricional podem ser fatores desencadeantes de distúrbios neurológicos, dentre eles a Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) que resulta de uma deficiência nutricional de vitamina B1(tiamina) identificada no final do século passado.³

A princípio a síndrome caracteriza-se por uma vasta gama de sinais e sintomas neuropsiquiátricos que atualmente consiste em duas fases distintas de um mesmo processo patológico: primeiramente surge a encefalopatia de Wernicke (fase aguda) caracterizada por confusão mental, ataxia, nistagmo e oftalmoparesia. Com a progressão do processo patológico, a encefalopatia pode progredir para um estado crônico, definindo a síndrome de Korsakoff que é marcada pelo aparecimento de amnesia anterógrada e confabulação. Se a identificação e abordagem terapêutica desta síndrome forem tardias poderão surgir estupor, coma e, eventualmente, a morte.^{3,4}

A SWK é uma das mais graves consequências do alcoolismo. O diagnóstico dessa síndrome apresenta muita dificuldade, pois seus achados clínicos podem ser confundidos com os efeitos da intoxicação alcoólica aguda, justificado pela proporção de casos confirmados, em autópsia, de encefalopatia de Wernicke (0,8%-2,8%) seja superior à estimada no diagnóstico clínico (0,04% - 0,13%). Entretanto, apresenta baixa mortalidade de 17%, sendo mais prevalente em homens do que em mulheres. Dos indivíduos com encefalopatia que sobrevivem (valor estimado em 80%) acabam por desenvolver a síndrome de Korsakoff. Esta conclusão é infeliz dado que a progressão da patologia pode ser tratada precocemente com a administração de tiamina parenteral.⁵

O álcool consumido por longos períodos provoca lesões hepáticas de tal forma que altera o funcionamento do fígado e conseqüentemente favorece a má absorção de nutrientes, fato este, agravado pela pouca ingesta de alimentos, pois segundo a literatura, alcoólatras severos substituem as refeições pelo consumo de mais bebidas alcoólicas acompanhadas de petiscos poucos nutritivos, agravando o quadro nutricional dos mesmos.⁶

Tais fatores podem levar ao déficit de suplementos enzimáticos e vitamínicos, entre os quais destaca-se a deficiência acentuada da tiamina, que é uma das vitaminas essenciais do complexo B, que tem uma função fundamental no catabolismo de hidratos de carbono e na constituição de neurotransmissores, participando das reações de glicólise e do ciclo de Krebs para formação de ATP, estando presente em praticamente todas as células do corpo humano, especialmente as células cardíacas e nervosas.⁷

O ser humano possui cerca de 30-50mg em reservas de tiamina, que se estima ter déficit em 2 a 3 semanas. Por outro lado, as necessidades de tiamina aumentam com o abuso do álcool e aumento da ingestão de hidratos de carbono, dado que o primeiro é catabolizado de forma análoga a um glicídio. Assim, entende-se que a combinação de uma dieta desequilibrada, assim como um déficit de absorção gastrointestinal, armazenamento hepático e utilização cerebral de tiamina comprometidas, como se verifica no alcoolismo crônico, potencie o desenvolvimento da SWK.⁸

O tratamento da SWK consiste na administração imediata de tiamina parenteral intravenosa ou intramuscular (500mg, 2 a 3 vezes por dia, durante 3 dias), seguida de uma suplementação oral diária, pode permitir uma reversão gradual dos sinais da encefalopatia. No entanto, uma deficiência prolongada de tiamina faz com que a terapêutica se torne ineficaz. Portanto, a mensagem mais importante é de que não se deve esperar pela confirmação do diagnóstico para dar início ao tratamento.³

Considerando a dependência de álcool uma doença crônica recorrente, cuja dependência é acompanhada de perturbações mentais, com alterações na saúde física, da relação com o outro e do comportamento social e econômico, o presente estudo teve por objetivo realizar um estudo de caso de um paciente alcoolista portador de SWK, estabelecer diagnósticos e cuidados de enfermagem oferecendo subsídios para a elaboração de ações intervencionistas que visem a atenção integral e melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), em Recife-PE, no período de fevereiro a março de 2016. A escolha do indivíduo se deu por critérios de interesse na discussão clínica do caso, sendo selecionado um paciente alcoolista internado com diagnóstico de SWK que apresentava quadro de confusão mental, amnésia retrógrada, marcha atáxica, perda de peso e história de crise convulsivas após abstinência.

A coleta de dados foi realizada mediante anamnese, exame físico, análise do prontuário e pesquisa literária sobre o tema, tendo como instrumento norteador o his-

tórico de enfermagem de Horta.⁹ Posteriormente, foram identificados os problemas apresentados pelo paciente e realizado pesquisa bibliográfica para correlacionar os achados com a produção científica disponível. Para a seleção dos artigos, utilizou-se os descritores: “Alcoolismo, Cuidados de enfermagem, Encefalopatia de Wernicke, Distúrbios neurológicos, Síndrome de Korsakoff” nas bases de dados de estudos indexados do Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e periódico eletrônico Scielo (Scientific Electronic Library Online). Após a análise e interpretação dos dados, foram formulados os diagnósticos segundo a Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association-NANDA*)¹⁰, as intervenções propostas segundo a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*)¹¹ e os resultados esperados para o paciente.

O estudo foi realizado segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUOC, parecer nº 1.378.156, sob CAAE: 50764815.8.0000.5192. O responsável pelo paciente foi orientado do objetivo da pesquisa, consentiu o estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo apresentou risco mínimo de constrangimento do paciente durante a entrevista e exame físico sendo garantido a privacidade do mesmo. A identidade do paciente foi mantida em sigilo, e garantido o anonimato das informações através da assinatura por parte das pesquisadoras do termo de confidencialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do Caso

J.L.M.C, 29 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, analfabeto, agricultor, natural e residente da cidade de Carnaíba - no interior de Pernambuco, foi admitido na unidade de clínica médica do HUOC-Recife no dia 19 de agosto de 2015, com quadro de comprometimento neurológico, perda ponderal, ascite e edema em membros inferiores, com hipótese diagnóstica de síndrome consumptiva.

Segundo informações colhidas do irmão, seu acompanhante e responsável, o paciente desde os 18 anos ingeria diariamente grande volume de bebida de alto teor alcoólico e alimentava-se de forma inadequada. Em 2014, passou a apresentar o quadro de ascite volumosa e edema de membros inferiores. Devido ao agravamento do seu quadro clínico, foi internado no Hospital Agamenon Magalhães-Recife, onde apresentou convulsões por abstinência alcoólica, permanecendo internado até janeiro de 2015. Nesse período, entrou em coma, e ao se restabelecer apresentou amnesia anterógrada. Em julho de 2015, foi encaminhado ao HUOC para tratamento especializado.

Na anamnese e exame físico constatou-se perda de peso ponderal progressiva (em torno de 25Kg) nos últimos 5 anos. O irmão referiu desconhecimento quanto ao diagnóstico do paciente, negou histórico familiar de câncer, e informou que seu genitor era etilista crônico. J.L.M.C não tinha história prévia de uso de tabaco e outras drogas.

Exame físico

Consciente. Desorientado no tempo e espaço. Apático, não contactante. Olhos fundos, parados e inexpressivos, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Dispneico (R=16ipm) com presença de tiragem intercostal em ambos hemitórax. Afebril (T=36°C), Normotenso (PA=110 x60mmHg). Normocárdico (80 bpm), bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos. Acianótico. Anictérico. Pele e mucosas hipocoradas e desidratadas (3+/4+). Caquético (altura: 1,60/peso: 38kg/IMC: 13,6 kg/m² - desnutrição grave). Pterígio em olho esquerdo e tumoração com sinais flogísticos em pálpebra superior direita. Linfonodos não palpáveis. Tórax chato e simétrico. Abdome globoso ascítico, presença de circulação colateral, hiperemia, descamação epidérmica, ruídos hidroaéreos (+), indolor à palpação. Edema discreto em membros inferiores (2+/4+). Macha atáxica, deambulando com auxílio devido à falta de coordenação motora e equilíbrio. Alimentação por via oral e com boa aceitação. Eliminações e evacuações presentes e realizadas em fralda. Imagens consentidas do paciente - **Figura 1**



Figura 1 – Imagens do paciente:(A) Antes da doença. (B) Após a doença

Foram realizadas sorologias para HIV 1 e 2, HCV, Anti-HBs e VDRL, sendo todas não reagentes. Aos exames de imagem de fundoscopia observou-se lesões oculares de maculopatia e escavação de 0,4 cm no nervo óptico do olho direito e 0,2 no olho esquerdo, sendo realizado ressonância magnética (RM) de encéfalo para diagnóstico diferencial que evidenciou hipersinal em T2.

A RM de encéfalo com a sua elevada sensibilidade à presença de água no espaço intersticial, torna possível uma melhor visualização dos sinais radiológicos da neuropatologia subjacente. Em algumas sequências, as lesões edematosas são reveladas como hipersinal, já que estas possuem um elevado teor em água. Enquanto que a sensibilidade da RM na detecção da encefalopatia é de apenas 53%, a sua especificidade é de 93%, o que permite que

os seus achados sejam sugestivos da presença da patologia

Os exames laboratoriais evidenciaram anemia, plaquetopenia; elevações nos níveis séricos de vitamina B12, sódio, enzimas hepáticas (TGP) e da glicose; e baixa na albumina, transferrina e amilase, como descrito no **Quadro 1**.

J.L.M.C. recebeu o diagnóstico clínico de encefalopatia de Korsakoff, cirrose hepática e de Diabetes Mellitus tipo II.

Quadro 1 – Exames Laboratoriais de J.L.M.C

TESTE	VALORES DO PACIENTE	VALORES DE REFERÊNCIA
Hematócrito	21,1 %	37 - 49
Hemoglobina	7,3 g/100ml	13,0 a 16,0
Leucócitos	5510 mm ³	4.000 - 10.000
Plaquetas	01000 µl	150.000 a 450.000
Vitamina B12	58,16 µg/dl	37 000 a 158.000
Ferro	1,11 µg/dl	7 000 a 27.600
Transferrina	2,86 g/dl	3,4 a 4,8
Albumina	300,73 mg/dl	70,0 a 90,0
Glicose	132,0 mmol/L	115,0 a 145,0
Sódio	14,07 mmol/L	3,50 a 5,10
Potássio	11,2 U/L	7,8 a 10,0
Amilase	41,4 U/L	10,0 a 50,0
TGO	143,8 U/L	10,0 a 50,0
TGP		

PLANO DE CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A. Problemas Identificados: Alcoolismo, Confusão, Desorientação no tempo e espaço, Amnésia, Dificuldade de comunicação - não comunicante.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Confusão crônica relacionada com a psicose de Korsakoff evidenciada por deterioração do intelecto e da personalidade, manifestada por distúrbios da memória e do comportamento.

2. Processos do pensamento perturbados evidenciado por déficit de memória.

3. Memória prejudicada relacionada a distúrbio neurológico evidenciado por incapacidade de recordar eventos, de aprender novas habilidades.

4. Comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no Sistema Nervoso Central (SNC) evidenciado por dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação.

Intervenções Propostas

- Usar toque ou gesto para incentivar a comunicação, e se bem aceito.

- Encorajar a comunicação através da fala em tom moderado e em contato visual, na expectativa de entendimento do paciente. Incentivar respostas verbais.

- Adaptar a comunicação ao nível de capacidade de entendimento do paciente.

- Falar claro, lentamente e utilizando frases curtas.

Orientar familiares que apenas uma pessoa fale de cada vez com o paciente.

- Orientar o paciente em relação ao tempo e ao espaço diariamente.
- Promover a socialização durante as atividades em grupo na enfermaria.
- Orientar os familiares em relação aos métodos de enfrentamento.
- Consultar fonoaudióloga, psicóloga e terapeuta ocupacional para implementação de uma abordagem terapêutica interdisciplinar
- **Resultados Esperados:** Melhora na comunicação e interação social.

B. Problemas Identificados: Alcoolismo, Dificuldade de deambulação. Macha atáxica. Perda de coordenação motora e equilíbrio.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Deambulação prejudicada relacionada com a degeneração do SNC provocado pelo álcool, evidenciada por macha atáxica.
 2. Risco de quedas relacionado a equilíbrio prejudicado e neuropatia.
- **Intervenções Propostas**
 - Estimular a deambulação, com auxílio, ao menos 2 vezes ao dia.
 - Utilizar cadeira de rodas, quando necessário.
 - Orientar o acompanhante sobre riscos de quedas e uso de grades protetoras no leito.
 - Encaminhar para avaliação do fisioterapeuta.
 - **Resultados Esperados:** Paciente deverá apresentar melhora da deambulação e não cair, evitando possíveis lesões.

C. Problemas Identificados: Dificuldade para alimentação, tomar banho/higiene e para vestir-se/arrumar-se.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Déficit no autocuidado para alimentação, para banho/higiene e vestir-se/arrumar-se.
- **Intervenções Propostas**
 - Estimular, orientar e auxiliar a realização de atividades de autocuidado: alimentação, vestuário e higiene corporal. Orientar familiares na realização do autocuidado.
 - Estabelecer rotina para as atividades de autocuidado.
 - Estimular a independência e a participação. Ensinar e estimular a realização de tarefas, ensinando passo a passo, uma de cada vez.
 - Avaliar a capacidade de participação em cada atividade.
 - **Resultados Esperados:** Paciente deverá participar físico ou verbalmente dos cuidados rotineiros.

D. Problemas Identificados: Desnutrição grave,

Descamação epidérmica. Má absorção de nutrientes, Hiperglicemia. Anemia.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais relacionada a capacidade prejudicada de absorver alimentos, evidenciado por perda de peso (IMC:13,6 kg/m²).
2. Fadiga relacionada com anemia (Hb 7,3), má nutrição e condição física debilitada.

Intervenções Propostas

Consultar a nutricionista do setor para implementação de uma abordagem terapêutica interdisciplinar. Oferecer dieta hipossódica, hipercalórica, hiperproteica e hipoglicídica, conforme orientação nutricional.

- Realizar HGT de 4/4 horas. Comunicar resultados maior de 500 mg/dl. Administrar insulina, conforme prescrição médica.
- Administrar ferro oral ou endovenoso, conforme prescrição.
- Administrar concentrado de hemácias prescrito, monitorizar a hemotransfusão para evitar reação transfusional e sobrecarga circulatória.
- **Resultados Esperados:** Apresentar ganho ponderal progressivo de peso e massa muscular. Redução ou ausência de anemia. Controle da hiperglicemia. O paciente refere ter mais energia; participa das atividades desejadas de acordo com sua capacidade física.

E. Problemas Identificados: Perda de líquido para espaço intersticial, Ascite e edema em membros inferiores.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Volume excessivo de líquido relacionado com mecanismos reguladores comprometidos evidenciado por ascite, edemas, e sódio sérico elevado.
 2. Integridade tissular prejudicada
- **Intervenções Propostas**
 - Pesar diariamente em jejum as 6h. Medir circunferência abdominal para monitorização da ascite.
 - Realizar balanço hídrico de 12/12h. Manter controle rigoroso da hidratação venosa, instalar venóclise por bomba de infusão (s/n).
 - Administrar albumina humana intravenosa conforme prescrição. Elevar membros inferiores para melhor retorno venoso e diminuição de edemas.
 - Monitorar os níveis séricos do sódio, creatinina e ureia.
 - **Resultados Esperados:** Estabilização volêmica. Redução de edemas.

F. Problemas Identificados: Plaquetopenia, Lesão hepática e renal.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Risco de sangramento relacionado a trombocitopenia e cirrose hepática.

- Intervenções Propostas
- Monitorar níveis plaquetário e sangramentos.
- Administrar concentrado de plaquetas prescrito e monitorizar a infusão para evitar reação transfusional
- Resultados Esperados: Ausência de sangramentos.

G. Problemas Identificados: Tumoração com sinais flogísticos em pálpebra superior direita.

- **Diagnósticos de Enfermagem:**

1. Integridade da pele prejudicada relacionada com estado nutricional e dos líquidos alterados (caquexia, edemas).

- **Intervenções Propostas**
- Aplicar colírio com antibiótico prescrito e compressas de soro fisiológico gelado de 4/4h.
- Monitorar os sinais clínicos de infecção
- Manter a pele lubrificada (pele rachada elimina a barreira física contra infecções).
- Orientar paciente a evitar coçar as lesões
- **Resultados Esperados:** Ausência de infecções

H. Problemas Identificados: Circulação colateral e Hipertensão portal.

- **Diagnósticos de Enfermagem:**

1. Perfusão tissular ineficaz: a) Gastrointestinal evidenciado por circulação colateral abdominal; b) Renal: elevação de taxas de ureia/creatinina sanguíneas; c) Cardiopulmonar: presença de tiragem intercostal em ambos hemitórax e dispneia.

- Intervenções Propostas
- Auscultar os sons respiratórios e detectar áreas de redução do murmúrio vesicular ou presença de ruídos adventícios e frêmitos.
- Instalar oxímetro de pulso e registrar os parâmetros ventilatórios de 6/6h.
- Instalar oxigenioterapia s/n
- Orientar a adoção de decúbito lateral esquerdo para evitar estase e melhorar o retorno venoso e linfático.
- Monitorizar taxas de ureia/creatinina sanguíneas.
- Medir diurese de 12/12h.

Resultados esperados – O paciente apresenta melhora da ventilação e oxigenação; apresenta resultados da saturação de oxigênio dentro da variação aceitável.

Na sociedade atual, o uso do álcool possui conotação diferenciada das demais drogas. Possui caráter lícito, de baixo custo e acesso facilitado o que lhe fornece aceitação social, dificultando o seu enfrentamento. O seu uso é estimulado pela indústria, dificultando o seu entendimento como problema de saúde pública. Ocupa o primeiro lugar mundial em consumo em relação às substâncias psicoativas.¹²

Recente relatório divulgado pela OMS apresenta evidências sobre o abuso do consumo de álcool em mais de 100 países. O abuso desta substância está associado a

aproximadamente 4% das mortes e incapacidades no mundo. O consumo nocivo de álcool é ainda um dos quatro fatores de risco mais comuns para uma diversidade de doenças não transmissíveis tais como: doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, câncer e diabetes.¹

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 maiores cidades do País, revelam que 75% da população fazem ou fizeram uso de álcool alguma vez na vida e em 12% há prevalência de dependência. Diante disso, observa-se um elevado consumo de álcool e uma prevalência significativa de dependência na população brasileira.¹³

Por constituir um drama para a Saúde Pública, tanto pela dificuldade de seu tratamento, quanto pelo desafio de identificação dos casos iniciais e, às vezes, até dos quadros mais avançados, é importante na prática clínica, a investigação dos problemas relacionados ao uso do álcool, os níveis de risco e de gravidade, bem como sua evolução para SWK, sendo imprescindível o diagnóstico e o tratamento precoce, de modo a interromper o avanço da enfermidade.¹⁴

O processo de enfermagem ao paciente do estudo constituiu num desafio para as autoras e o cuidador, considerando que a SWK é uma doença crônica grave, degenerativa e rara. Observamos que a utilização de uma estrutura conceitual como referencial teórico da assistência que pretendíamos oferecer, possibilitou a organização dos nossos pensamentos, observações e interpretações. Esta também constituiu-se em estrutura sistemática e lógica às nossas intervenções sobre a saúde do paciente no ambiente hospitalar, direcionando-nos às soluções dos problemas identificados.

Segundo a literatura, os distúrbios neurológicos evidenciados pelo paciente são decorrentes do déficit de tiamina no organismo que provoca lesões cerebrais e alterações do estado mental. Entretanto, essas alterações acometem apenas 10% dos casos, mas com o tratamento imediato com tiamina poderá haver reversão do quadro e o paciente recobra seu estado de alerta.⁸ Verificamos, também, o estado de desnutrição grave provocada pela perda ponderal excessiva, estimada em 25 kg em cinco anos, decorrente do alcoolismo severo e não ingestão de alimentos suficientes durante semanas, informado por seu irmão curador que assumiu toda a responsabilidade pelo paciente, por recusa da genitora.

Dessa forma, verificamos o alto grau de comprometimento do paciente especificamente quando observamos suas fotos de juventude, em relação ao seu estado atual, justificado pelo retardo na procura de assistência médica (em torno de 10 anos), e o alcoolismo iniciado aos 18 anos, associado aos fatores emocionais, psicológicos (genitor era etilista crônico), sociais e educacionais que contribuíram para o agravamento do quadro de forma permanente, identificado nos exames radiológicos do paciente. Constatamos também, déficit da memória na abordagem ao paciente, em que lesões no diencéfalo impedem a formação de memórias

anterógradas³, demonstrando as gravidades das lesões sofridas.

O álcool é considerado uma droga legalizada por ser um produto barato e de fácil acesso, é a mais consumida de todas as drogas, geralmente ocorrendo o contato inicial na puberdade, momento em que o adolescente se torna mais vulnerável à substância, já determinando a partir daí a sua relação com a bebida. O uso do álcool na adolescência expõe o indivíduo a um maior risco de dependência química na idade adulta, ou seja, quanto mais precoce o início de uso, maior o risco de surgirem consequências graves. O álcool é a substância mais consumida entre os jovens, sendo que a idade de início tem sido cada vez menor e os prejuízos associados ao seu uso estendem-se ao longo da vida.¹⁵

J.L.M.C apresentava comprometimento hepático, circulação colateral, ascite e diminuição acentuada da albumina, proteína essencial na manutenção do volume intravascular, por favorecer a passagem da água para o interior dos capilares, pela ação da pressão osmótica coloidal. Com a diminuição dessa proteína a água ficará no exterior dos capilares com um volume maior que o normal, resultando no aparecimento dos edemas identificado no paciente.

Semelhantemente, um estudo realizado com pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolista em Vitória – ES, com objetivo de traçar o perfil e avaliar as dificuldades encontradas na aplicação do processo de enfermagem, constatou que os principais fatores associados ao abuso de álcool foram a ingestão precoce por influências externas, fuga, timidez, alívio de tensões/autoafirmação e hereditariedade. Os problemas detectados na aplicação do processo de enfermagem foram o alcoolismo, a ansiedade, a solidão, a baixa autoestima, negação da doença e déficit da hidratação/eliminações, seguidos pelas alterações no exame-físico como higiene insatisfatória, alterações dermatológicas/gastrointestinais/hepáticos e no exame de estado mental como distúrbios nas funções psíquicas de afeto, memória e sensopercepção.¹⁶

Verificamos, também, que J.L.M.C desenvolveu diabetes Mellitus tipo II (DM-II) provavelmente pelo déficit de tiamina que exerce a função de coenzima atuando na transferência ativa de aldeído, sendo utilizada dessa forma na descarboxilação oxidativa do piruvato que ocorre logo após a degradação de uma molécula de glicose em duas moléculas de piruvato, desta forma faz-se necessário que o piruvato se transforme em acetilCoA para que o ciclo de Krebs ocorra. Esse quadro clínico agrava a sintomatologia da SWK, pois o metabolismo da glicose não ocorre, o que resulta numa sobrecarga de glicose na corrente sanguínea. A perda de peso também pode estar associada à DM-II em consequência da diminuição da síntese proteica e aumento de seu catabolismo, provocando importante perda de massa muscular.¹⁷

Em relação às anormalidades oculares apresentadas pelo paciente, estas consistem em paralisia dos músculos

retos externos. No exame de fundoscopia, os achados foram maculopatia e escavação do nervo óptico. A compreensão das diversas apresentações clínicas é essencial para identificar o comprometimento bem como a localização da lesão no nervo oculomotor. A oftalmoparesia está associada a lesão dos subnúcleos atingidos, e sua extensão classifica este agravo em parcial ou completo. Soma-se aos agravos sinalizados, achados como diplopia e estrabismo convergente, e em estágios avançados da doença, pode ocorrer miose e não reatividade pupilar.¹⁸

O diagnóstico de SWK foi fechado levando-se em consideração o relato de abuso de álcool desde os 18 anos; quadro clínico característico de confusão, desorientação no tempo e espaço, amnésia anterógrada, dificuldade de comunicação e marcha atáxica; resultado do exame de ressonância magnética, e ao se descartar possível quadro infeccioso neurológico e neoplásico, em virtude de sorologias e demais exames laboratoriais serem negativos.

Após 27 dias de internamento, J.L.M.C. recebeu alta com melhora clínica evidente, e com tratamento instituído de: Citoneurin 5.000UI (vitaminas B1, B6 e B12) 1 ampola intramuscular/mês, por tempo indeterminado, e Benerva (Vitamina B1) 300 mg/ao dia; Insulina NPH 30 UI manhã/20 UI tarde, tendo sido agendado retorno para 15 dias e acompanhamento na USF em sua cidade natal.

CONCLUSÕES

O abuso de álcool é um dos mais sérios problemas de saúde pública e a síndrome de Wernicke-Korsakoff é uma das mais graves consequências do alcoolismo. Esta patologia é infreqüentemente diagnosticada nas suas apresentações menos evidentes, razão pela qual uma abordagem diagnóstica apropriada é importante passo para seu tratamento. O processo de enfermagem utilizado evidenciou dados e informações relevantes que foram levados ao conhecimento da equipe multiprofissional como o início da doença, a história familiar e estilo de vida do paciente. Especialmente, neste caso, considerando que no início do internamento o diagnóstico médico estava sendo orientado para quadro infeccioso neurológico ou neoplásico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Genebra: World Health Organization; 2011.
2. Francisco L. Alcoolismo. Vida e Saúde. Tatu-SP, revista mensal, n. 2, p. 10-12, Fev 2012.
3. Silva A, Enes A. Síndrome de Wernicke-Korsakoff-revisão literária da sua base neuroanatômica. Arq Med, v. 27, n. 3, p. 121-127, 2013.
4. Raquel SZ, Geciely MFA, Lara CH, Keila CF. Demência de Wernicke-Korsakoff, uso e abuso de substâncias: repercussões neuropsíquicas e psicomotoras. Fiep Bolletín, Artigo I, v. 84, p. 369-372, 2014.
5. Thomson AD, Guerrini I, Marshall EJ. The Evolution and Treatment of Korsakoff's Syndrome Out of Sight, Out of Mind? Neuropsychol Rev, v. 22, p. 81-92, 2012.
6. Heckmann W, Silveira CM. Alcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. 1. ed., Cap. 3, Nacional: Manole, 2009.

7. Kissila CVT, Marta LMVC, Philippe VS, Andres MRP. Alcoolismo e deficiência de tiamina associada à síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Rev Uningá*, v. 20, n. 3, p. 94-100, Out-Dez 2014.
8. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet neurol* 2007; 6: 442-455
9. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. EPU. São Paulo, 1979.
10. Nanda International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2012.
11. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classifications (NIC): Iowa intervention project*. St. Louis: Mosby;2000.
12. Oliveira GF, Luchesi LB. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. *Rev. Latino-Am Enferm.* 2010;18(Spec):626-33.
13. Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2006.
14. Gigliot A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(supl.1):11-3.
15. Pechansk F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26 (supl 1):14-7.
16. Barros JFV, Camata MW, Santos EC, Macieira MS. Metodologia da assistência de enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista. *J Bras Psiquiatr.* 2000;49(7): 247-54.
17. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke Encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010;17:1408-1418.
18. Rabiou TB. Neuroclinical anatomy of the third cranial nerve. *Internet J Neurol* v. 12, 2010.

Recebido em: 26/04/2017
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 16/05/2017
Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**
Tânia Maria Rocha Guimarães
Rua Arnóbio Marques, 310
Santo Amaro, Recife, PE, Brasil
E-mail: tmrguimaraes@gmail.com
Telefone: +55 81 31833601
CEP: 50.100-130

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.