



Atendimento multiprofissional ao paciente pós-gastrectomia total: um relato de caso

Interdisciplinary Health Team care after total gastrectomy: a case report

Aline Bergman de Souza Herculano^{1*}, Mayara Bontempo Ferraz¹, Camila Nunes de Souza¹, Aryne Arnez¹, Anna Caroline Milani¹, Ramon Moraes Penha^{1,2}.

¹Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção ao Paciente Crítico, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

²Curso de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

Resumo

O câncer de estômago é a quarta neoplasia mais frequente no mundo. Sua causa é multivariada e o tratamento, a gastrectomia juntamente com quimioterapia ou quimiorradioterapia, oferece a possibilidade de controle da doença e aumento da sobrevida. As necessidades dos pacientes no pré- e pós-operatório são diversas e complexas, sendo assim é fundamental uma assistência multiprofissional. Este estudo de caso trata-se de um paciente pós-gastrectomia total assistido pela equipe multiprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico em Março de 2015. O paciente era do sexo masculino, 45 anos, apresentava disfagia progressiva há 1 ano com náuseas, regurgitamento, pirose e desconforto retroesternal. No dia 06/01/2015 foi diagnosticado com adenocarcinoma mucossecretor e lesão ulcerada em cardíaca. Foi admitido na clínica cirúrgica de um hospital de ensino para a realização da gastrectomia total, sendo admitido pela equipe da Residência Multiprofissional no dia 15/03/2015. As condutas se basearam no estudo acerca da doença e a elaboração de um plano de cuidados. Tendo em vista a complexidade da assistência ao paciente gastrectomizado total e as múltiplas necessidades humanas apresentadas por ele, a atuação multiprofissional mostrou-se essencial para o cumprimento destas e a manutenção da dignidade do paciente.

Abstract

Stomach cancer is the fourth most common neoplasm in the world. Its development is linked to several factors and performing gastrectomy with chemotherapy or chemoradiation may increase the survivability by controlling the disease. Since the care in the pre- and postoperative is diverse and complex, an Interdisciplinary Health Team is essential. This case study reports a patient that went through total gastrectomy assisted by one Interdisciplinary Health Team - *Care to the Critical Patient* that occurred in March/2015. The subject, a 45-year-old male patient presented progressive dysphagia for over one year, nausea, regurgitation, heartburn and retrosternal discomfort. On June 1st, 2015, the patient was diagnosed with mucinous carcinoma and cardiac ulcerative lesion. The patient went through total gastrectomy and was admitted by the Interdisciplinary Health Team on March 15, 2015. All the conducts and the development of a care plan were based on the knowledge of the disease, where goals were set to be reached during the hospitalization period. Given the complexity of the care, the Interdisciplinary Health Team became essential to maintain the dignity of the patient.

*Autor correspondente: Aline Bergman de Souza Herculano, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail aline_herculano@hotmail.com

Palavras-chave: Gastrectomia Total; Assistência Multiprofissional; Integralidade.

Key-words: Gastrectomy; Patient Care Team; Integrality in Health.

1. Introdução

O câncer de estômago (CE) é um dos tipos de câncer mais frequentes em todo o mundo e é a segunda causa de morte entre os diferentes tipos de carcinomas (WCRF, 2007).

No Brasil ainda é uma importante causa de morbimortalidade em regiões tanto desenvolvidas, como Sul e Sudeste, quanto em outras regiões menos desenvolvidas como é o caso das regiões Norte e Nordeste (Brito, 1997).

Segundo Brito (1997), o CE surge das alterações da mucosa gástrica, que sob ação de vários fatores, adquire um fenótipo progressivamente regressivo, com substituição das células normais por aquelas que existem naturalmente no intestino, no sentido inverso ao que ocorre durante o desenvolvimento fetal. Esse processo de transmutação da mucosa gástrica, em parte conhecido, ocorre a longo prazo e sugere que os fatores de risco para CE atuam desde a mais tenra idade e por muito tempo.

Com aumento da incidência ao ano entre 5% e 10% desde 1970, em nível mundial, estima-se que a cada ano surjam 1,4 milhões de novos casos de câncer gástrico ou da junção esófago-gástrica (JEG), resultando em 1,1 milhões de mortes por esta doença (Power e Reynolds, 2010).

O CE é considerado uma doença prevalente na população idosa com maior ocorrência em paciente com idade acima dos 50 anos. Registra-se ainda que menos de 5% dos casos ocorrem em indivíduos com menos de 40 anos (Brasil, 1997). Em geral, os diagnósticos deste tipo de neoplasia na população jovem acontece tardiamente ou as lesões são confundidas com neoplasias benignas (Block et al., 1948).

Fuccio et al. (2010) relata que as causas de CE são multivariadas e podem ser de origem: 1) infecciosa, como a infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; 2) idade avançada e gênero masculino; 3) hábitos de vida como dieta pobre em produtos de origem vegetal, dieta rica em sal, consumo de alimentos ricos em conservantes (defumação ou conserva na salga); 4) exposição a drogas, como o tabagismo; 5) associação com doenças, como gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago, gastrite hipertrófica gigante; e 6) história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar.

O tratamento é primordial para reduzir os sintomas, oferecer melhor controle da doença e expectativa de vida. O tratamento é indicado principalmente nos doentes que apresentam câncer gástrico localizado em fundo e cárdia, na linha plástica e câncer do coto gástrico, devendo-se associar a linfadenectomia regional (Andreolo et al., 2011).

A intervenção cirúrgica também pode fazer parte do tratamento, sendo a gastrectomia, uma prática cirúrgica muito utilizada nestes casos. A qual consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, refazendo o trânsito gastrointestinal por meio de anastomose com o duodeno ou jejuno (Papini-Berto et al., 2002).

Esta operação oferece taxa de sobrevivência mais promissora a longo prazo para pacientes com câncer gástrico localizado e quando combinado com a quimioterapia, ou quimioradioterapia perioperatória ou simultaneamente, contribui para melhor recuperação,

cura e qualidade de vida do pacientes. No entanto é de fundamental importância que estes pacientes sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar, para melhor assistência do paciente durante o processo de tratamento (Csendes et al., 2011; Torrenegroza e Guarnizo, 2011). Frente ao exposto a equipe de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção ao Paciente Crítico assistiu o paciente pós-gastrectomia total e promoveu o relato do atendimento nesse estudo.

2. Casuística e Métodos

Estudo de caso acerca de um paciente pós-gastrectomia total, assistido pela equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico, na Enfermaria da Clínica Médica, em março de 2015.

3. Resultados

O paciente do sexo masculino, 45 anos, apresentava disfagia progressiva há 1 ano com náuseas, regurgitamento, pirose e desconforto retroesternal. No dia 06/01/2015 foi diagnosticado com adenocarcinoma mucossecretor e lesão ulcerada em cardia. O mesmo foi admitido na clínica cirúrgica de um hospital de ensino para a realização da gastrectomia total por técnica de Roux-em-y, intencionada para tratamento do câncer. Posteriormente, o paciente foi acolhido pela equipe da Residência Multiprofissional no dia 15/03/2015.

Ao exame físico da admissão o paciente apresentava sinais vitais estáveis, à avaliação de dor foi obtido 3 pontos (dor leve) na escala numérica (0 a 10), consciente, orientado em tempo e espaço, hipocorado (+2/+4), comunicativo, colaborativo, deambulando com auxílio de muleta. Ao exame intra-oral apresentava área eritematosa difusa em palato, língua saburrosa; diminuição do fluxo salivar; gengivite, recessão e cálculo supragengivais; maloclusão de Classe III, abrasão em dois elementos dentários. O abdômen simétrico e globoso, com jejunostomia no flanco esquerdo, no orifício de dreno: margens irregulares, hiperemiadas (+2/+4), esfacelo em leito pequena quantidade e secreção purulenta em grande quantidade. Sistema tegumentar e extremidades sem alterações. A equipe multidisciplinar realizou o projeto terapêutico singular preconizando a partir dos riscos e problemas, possíveis intervenções e condutas, que foram praticadas durante todo o período de assistência em cada campo profissional.

4. Discussão

Os tratamentos previamente utilizados nos pacientes com câncer gástrico avançado contam com procedimentos cirúrgicos que contribuem para a deterioração progressiva do estado nutricional pela má absorção de proteína ou de gordura, observada frequentemente após gastrectomia, juntamente ao aumento da demanda metabólica e requerendo um aporte energético maior. Pacientes submetidos à gastrectomia total podem apresentar desnutrição secundária à ingestão dietética reduzida e má absorção, sendo utilizado um suporte de terapia nutricional enteral alguns dias após o procedimento cirúrgico e mantida por algum tempo, devendo a

nutricionista acompanhar e evoluir gradativamente a dieta.

A avaliação nutricional foi realizada considerando características físicas, clínicas, antropométricas, dietéticas e laboratoriais, obtendo como diagnóstico nutricional obesidade grau 1 em risco nutricional, pois o mesmo relatou que vinha apresentado redução de peso abrupta e intencional.

A dietoterapia administrada foi terapia enteral por jejunostomia por aproximadamente 15 dias, evoluindo gradativamente volume conforme, a aceitação, obtendo boa evolução e sem intercorrência ou alterações gastrointestinais. Após, iniciou-se o desmame da dieta enteral e iniciou-se a alimentação oral, em pequenas porções e volumes e fracionada, evoluindo consistência a partir da tolerância e adequação. Assim, o paciente evoluiu satisfatoriamente.

A redução de peso foi estabilizada e controlada, a partir da qualidade nutricional planejada com característica normocalórica para manutenção de peso e hiperprotéica visto as perdas musculares e adiposas percebidas ao exame físico. A dieta contribuiu para o retorno da força muscular, melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais, cicatrização das suturas cirúrgicas e controle dos focos infecciosos.

A contribuição farmacêutica se deu por meio da reconciliação medicamentosa, onde foi sugerido ao prescritor a inclusão na terapia medicamentosa hospitalar as medicações de uso contínuo do paciente e do acompanhamento desta farmacoterapia. Buscou-se nas bases de dados e verificou-se algumas interações o que norteou as condutas então repassadas à equipe de saúde para monitoramento de possível hemorragia, síndrome de serotonina e sintomas de toxicidade por opiáceos, todos relacionados ao antidepressivo fluoxetina.

Devido à uma coleção perisplênica foi utilizado como antibióticoterapia a tigeiciclina, com dose de ataque de 100 mg/mL reduzindo para 50 mg/mL a cada doze horas por dez dias.

Também foram monitorados os exames laboratoriais do paciente, o qual apresentou anemia normocítica normocrômica, sendo restabelecidos os níveis de hemoglobina e hematócrito no final do acompanhamento. Os níveis de PCR mantiveram-se elevados. Porém, em constante redução e também foram observados níveis reduzidos de albumina. Não foram observadas outras alterações laboratoriais.

As condutas de enfermagem foram amparadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Primeiramente foi coletado o histórico de enfermagem, constituído pela história pregressa e exame físico. Em seguida, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem: 1) integridade tissular prejudicada caracterizado por tecido lesado relacionado a fatores mecânicos; 2) risco para infecção relacionado a defesas primárias inadequadas e procedimentos invasivos; 3) disposição para autocontrole da saúde melhorado caracterizado por expressar desejo de controlar doença; 4) motilidade gastrointestinal disfuncional caracterizado por distensão abdominal, mudança nos sons intestinais relacionado à cirurgia e à alimentação enteral; 5) disposição para resiliência melhorada caracterizado por envolver-se nas atividades, expressar aparência positiva e aumentar as relações positivas com os outros; 6) conforto prejudicado caracterizado por relato de falta de sentir-se confortável em relação aos sintomas da doença; 7) dor aguda caracterizada por relato verbal de dor relacionado aos

agentes lesivos; 8) mucosa oral prejudicada caracterizada por língua saburrosa relacionada ao jejum oral por mais de 24 horas e higiene oral ineficaz.

As principais intervenções foram introdução de protocolo para cuidados com dispositivos invasivos, redução do desconforto por meio de orientação sobre a situação atual, incentivo ao autocuidado e apoio frente à superação das adversidades, controle de sinais vitais, solicitação de avaliação e acompanhamento psicológico e do serviço social, tratamento da ferida operatória da gastrectomia total em hipocôndrio direito e esquerdo e epigastro, orifício em flanco direito decorrente de um dreno de *Schiller* e inserção de gastrostomia em mesogastro.

O paciente evoluiu com cicatrização da ferida operatória, melhora no aspecto da inserção de gastrostomia e orifício de dreno, eliminação de foco infeccioso sem novos episódios de hipertemia, redução do desconforto, participação nas decisões sobre os cuidados de saúde e sem infecções relacionadas à assistência a saúde.

Na avaliação fisioterapêutica não foram encontrados déficits sensitivos, neurológicos, sensoriais, de coordenação motora, de amplitudes de movimento, de força muscular ou respiratórios. Entretanto, sabe-se que mesmo na ausência de comprometimentos prévios à permanência no leito e período prolongado de internação hospitalar por si só, levam a significativa perda de massa muscular e redução importante da funcionalidade do indivíduo.

Tendo em vista os comprometimentos que poderiam vir a incidir sobre o paciente foram realizados exercícios que visaram a manutenção da força muscular periférica e respiratória bem como dos volumes e capacidades pulmonares. Para a realização dos exercícios fez-se uso de halteres, *therabands* e incentivador respiratório a fluxo.

No decorrer do acompanhamento, o paciente evoluiu com derrame pleural em pulmão esquerdo, transudativo e sem indicação de drenagem.

Entretanto, foram encontradas alterações clínicas que interferiam na realização da terapia, sendo elas dor a palpação do sexto espaço intercostal esquerdo, estertores crepantes em base de hemitórax esquerdo à ausculta pulmonar e dificuldade na realização dos exercícios respiratórios, principalmente quando solicitação a inspiração profunda e que visassem a mobilidade de tronco e membros superiores. Com a continuidade dos exercícios fisioterapêuticos e a adequação da terapia à alteração apresentada, foi possível minimizar os achados clínicos decorrentes do derrame pleural que interferiam negativamente na condição do paciente e manter a capacidade de força e realização de exercícios durante a internação hospitalar.

A prescrição de realização de exercícios foi realizada de acordo com a demanda calórica ofertada ao paciente, tendo em vista os diversos períodos em que o paciente permaneceu sem receber suporte nutricional devido ao comprometimento gástrico. A abordagem em equipe foi relevante para os resultados obtidos por meio do tratamento fisioterapêutico.

Em relação ao atendimento odontológico foram feitas orientações quanto a importância e o manejo correto da higiene oral. Para a mucosa labial levemente ressecada foi solicitado o uso frequente de hidratante labial já previamente adquiridos pelo paciente, raspagem e alisamento radicular

com curetas manuais para a remoção de cálculos supra e subgingivais no intuito de eliminar o quadro clínico de gengivite e com isso evitar a progressão para doença periodontal, adequação do meio bucal com restaurações provisórias usando cimento de ionômero de vidro como material restaurador, solicitado bochecho com suspensão oral de Nistatina 100.000 durante 14 dias para a resolução da candidíase eritematosa e encaminhamento para a confecção de novas próteses parciais removíveis.

5. Conclusões

Paciente obteve alta hospitalar no dia 27 de março de 2015, após apresentar evolução satisfatória da dieta, melhoria no padrão respiratório, mantendo resiliência e autocontrole eficaz da saúde, com redução significativa do orifício do dreno e de exsudato purulento, boa evolução de cicatriz, melhora progressiva nos exames laboratoriais, com normalização da contagem diferencial de leucócitos, adequação bucal com redução de focos infecciosos, orientações sobre a importância da saúde oral, ressaltando se assim a importância das orientações, pós alta, da equipe multiprofissional a respeito da continuidade de acompanhamento ambulatorial e mudanças nos hábitos de vida.

Diante do exposto considera-se que o trabalho das equipes multiprofissionais caracterizam atendimento significativo e diferenciado no cuidado ao paciente crítico devido ao acompanhamento diário pós-procedimentos invasivos que requerem cuidados intensivos. Além disso, otimiza os procedimentos cirúrgicos realizados, a reintegração do paciente gastrectomizado total para as mudanças advindas na realidade atual.

Declaração: Os autores declaram estar cientes e terem atendido integralmente às normas preconizadas para as pesquisas em seres humanos, conforme resolução 466/2012. Os autores declaram ainda ausência de conflito de interesse.

6. Referências

- Andreolo NA, Lopes LR, Coelho Neto JR. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico. Análise de 300 doentes. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24, 126-130, 2011.
- Block M, Griep AH, Pollard HM. The occurrence of gastric neoplasms in young patients. *The American Journal of the Medical Sciences*, 215, 398-404, 1948.
- Brito AV. Câncer de estômago: fatores de risco. *Caderno de Saúde Pública*, 13, 7-13, 1997.
- Csendes A, Braghetto I, Diaz J, Castillo J, Rojas J, Cortes S. Morbilidad y mortalidad operatoria de la gastrectomía subtotal y total por câncer gástrico 2004 a 2010. Parte I de un estudio prospectivo. *Revista Chilena de Cirugía*, 63, 585-590, 2011.
- Fuccio L, Eusebi LH, Bazzoli F. Gastric cancer, Helicobacter pylori infection and other risk factors. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2, 342-347, 2010.
- Papini-Berto SJ, Maio R, Modolo AK, Santos DB, Dichi I, Burini RC. Desnutrição protéico-energética no paciente gastrectomizado. *Arquivos de*

- Gastroenterologia*, 39, 3-10, 2002.
- Power DG, Reynolds JV. Localized adenocarcinoma of the esophagogastric junction – Is there a standard of care? *Cancer Treatment Reviews*, 36, 400-409, 2010.
- Torregroza M, Guarnizo C. Enfoque terapéutico del câncer gástrico. Revisión de la literatura. *Revista Colomb Cancerol*, 15, 30-39, 2011.
- WCRF. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, and Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington D.C., AICR, 2007.

Editor Associado: Ana Paula de Assis Salles