

SUORTE NUTRICIONAL NA GASTRECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO

NUTRITIONAL SUPPORT IN TOTAL GASTRECTOMY: CASE REPORT

Claudia Conrado da Silva¹, Rita de Cássia de Aquino², Fabiana Andreo Nogueira³, Fernanda Helena Rodrigues³, Karina Vieira de Barros³, Maitê Garcia³ e Priscilla Stefano Bernardo³

¹ Nutricionista formada pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

² Nutricionista; doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - USP; docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

³ Nutricionista do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Municipal Maria Braido, em São Caetano do Sul.

RESUMO

O suporte nutricional é imprescindível nas neoplasias, principalmente em casos cirúrgicos e na constatação de perda de peso e desnutrição. Esse estudo de caso tem por objetivo relatar a evolução clínica e nutricional de um paciente (gênero masculino, 54 anos de idade) com diagnóstico de neoplasia gástrica, submetido à gastrectomia total e com o desenvolvimento de uma fistula esofágica. O paciente recebeu suporte nutricional oral e parenteral durante a hospitalização com o objetivo de atender às suas necessidades nutricionais e evitar a desnutrição que se instalava. O referido paciente manteve seu estado nutricional de desnutrição, mas apresentou ganho ponderal de um quilo durante o acompanhamento hospitalar.

ABSTRACT

The nutritional support is essential in cancer, especially in surgical cases and the finding of weight loss and malnutrition. This case study aims to report the clinical and nutritional status of a patient (male, 54 years old) diagnosed with stomach cancer, submitted to total gastrectomy and the development of an esophageal fistula. The patient received oral and parenteral nutritional support during hospitalization in order to meet their nutritional needs and avoid malnutrition that is installed. The patient maintained his/her nutritional status of malnutrition, but had 1kg of weight gain during hospitalization.

I. INTRODUÇÃO

A gastrectomia consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, refazendo o trânsito gastrintestinal por meio de anastomose com o duodeno ou jejuno (PAPINI-BERTO *et al.*, 2002). A perda de peso é a expressão direta do déficit energético, podendo se instalar alguns meses antes da cirurgia e permanecer, muitas vezes, no pós-operatório, o que pode estar relacionado diretamente à redução da ingestão alimentar e à má absorção de nutrientes. A anemia é também uma manifestação comum em pacientes gastrectomizados, podendo ser ferropriva e/ou megaloblástica,

além de ocorrerem outras complicações, como síndrome de *dumping* e hipoglicemia (PAPINI-BERTO *et al.*, 2001).

As fistulas pós-operatórias continuam sendo motivo de preocupação na assistência ao paciente cirúrgico. Fístula pode ser definida como uma comunicação anormal entre dois epitélios. Após o reconhecimento de uma fistula no trato digestório, devem-se iniciar medidas que visem à estabilidade do paciente: correção de distúrbios hidroeletrólíticos, identificação e tratamento de processos infecciosos associados, redução e/ou controle do débito da fistula e planejamento do

suporte nutricional (GOMES *et al.*, 2004). As fistulas tiveram sua evolução modificada com o advento da nutrição parenteral (NP). A NP é uma solução estéril de nutrientes, infundida por via endovenosa por meio de acesso venoso periférico ou central, de forma que o trato digestório é completamente excluído do processo. É uma maneira segura de alimentação, principalmente quando são estabelecidos protocolos específicos e ela é acompanhada por profissionais especializados (FERRAZ *et al.*, 2002).

É importante monitorar a resposta do paciente ao suporte nutricional para assegurar aporte satisfatório da alimentação. O acompanhamento do processo do paciente inclui verificação do peso, medidas antropométricas, análise de exames laboratoriais e monitoramento do débito da fistula, visando sempre à adequada recuperação (GOMES *et al.*, 2004).

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 54 anos, morador de São Caetano do Sul, brasileiro, casado, 2º grau incompleto, aposentado, sem apresentar dificuldades de mastigação e deglutição, usuário de prótese dentária, possuindo uma boa digestão dos alimentos consumidos antes da cirurgia com hábito intestinal diário, de consistência pastosa, sem fazer uso de laxante. O paciente relatou, ainda, ter fumado, por 30 anos, aproximadamente 12 cigarros por dia, não fazer uso de nenhuma bebida alcoólica nem realizar nenhuma atividade física, porém considerando-se ativo em suas atividades diárias. As intercorrências associadas à doença foram parar de fumar e trabalhar.

O paciente em estudo referiu atualmente ter falta de apetite, realizando quatro refeições diariamente, sendo estas café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, todas preparadas pela esposa. No intervalo das refeições, ele relatou que consumia café puro (aproximadamente oito copos de 40mL por dia). Além disso, citou ter restrições a qualquer tipo de verduras e legumes, declarando sua preferência por macarrão. Os condimentos mencionados pelo paciente no preparo das refeições foram salsinha, alho e cebola. Ele ainda acrescentou que produtos industrializados eram utilizados moderadamente. O consumo diário de água relatado foi de um litro.

Por meio de um recordatório de 24 horas, foi analisada sua dieta habitual e, baseado na pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira,

concluiu-se que o consumo do grupo de leite estava inadequado (duas vezes por semana); o grupo da carne estava adequado (duas vezes por dia); e os grupos das frutas, legumes e verduras eram consumidos eventualmente, tornando-se inadequada sua ingestão em sua dieta habitual (PHILIPPI, 2008). De acordo com as atuais recomendações nutricionais, o consumo de cálcio, potássio e fibras estava abaixo do recomendado (PHILIPPI, 2008). O consumo de alimentos estimulantes de produção de ácido clorídrico, como o café, também foi bastante citado durante o acompanhamento.

3. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

O paciente foi internado no hospital, em março de 2008, para realizar gastrectomia total, decorrente de uma neoplasia gástrica seguida de formação de fistula. O referido enfermo apresentou-se com história de dor epigástrica, sem irradiação, há seis anos. Nesse período, realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou úlcera gástrica perfurada. Foi internado na época e apresentou melhora após uso de medicação, passando a fazer uso de Omeprazol (20mg) diariamente, porém sem acompanhamento anual ou realização de novas EDAs. Há um ano, passou a sentir fortes dores epigástricas, levando-o a realizar nova EDA, em janeiro de 2008, que evidenciou “pangrastrite enantemática moderada e escarificação em pequena curvatura”. Na realização da biópsia, constatou-se “adenocarcinoma intramucoso” e foi-lhe, então, indicada uma gastrectomia total com anastomose em Y de Roux.

4. PROPEDÊUTICA LABORATORIAL

No acompanhamento dos exames laboratoriais, observaram-se importantes alterações no hemograma: eritrócitos (3,4 milhões/ μ L/mm); hematócrito (30%); plaquetas (686/mL), provavelmente associados ao estado de desnutrição e às perdas sanguíneas durante a intervenção cirúrgica; leucócitos (26.730 cel/ μ L/mm³) aumentados, indicativo de prováveis focos de infecção bacteriana ou viral; linfócitos a 10%, indicativo de imunidade prejudicada; ureia (51 mg/dL) e creatinina (1,5 mg/dL) aumentadas, dados que podem estar associados a um estado de desidratação ou ao início de redução de função renal; proteínas totais (6,9 g/dL) e albumina (2,8 g/dL) reduzidas, associadas provavelmente à perda de peso e à desnutrição (WALLACH, 2003).

5. CONDOTA NUTRICIONAL

Até o terceiro dia após a cirurgia, o paciente permaneceu em jejum total; do terceiro ao quinto dia, foram introduzidos na alimentação somente água, gelatina e chá (denominada dieta de “líquidos v.o.”) e, nesse momento, foi constatada a formação de uma fístula, localizada na anastomose esôfago-jejunal. Com o diagnóstico da fístula, a dieta oral do paciente foi suspensa, permanecendo 24 horas sem nenhum tipo de alimentação, até o momento da prescrição de suporte nutricional. A equipe de EMTN¹ do hospital indicou nutrição parenteral total (NPT), administrada diretamente em uma veia central. Por meio da NPT, pôde-se oferecer aporte calórico e proteico total ao paciente que estava impossibilitado de alimentar-se via oral ou por sonda enteral. A alimentação oral começou a ser administrada no 13º dia após a cirurgia. Durante o tratamento, o aporte calórico da dieta foi de, aproximadamente, 1.800kcal/dia, e as necessidades energéticas foram estimadas segundo a equação preditiva de Harris-Benedict, utilizando-se o fator injúria de PO de cirurgia geral (1,0 – 1,5). Nos primeiros dias após a gastrectomia total, o aporte nutricional via oral foi o menor estimado, aumentando gradativamente com o passar dos dias e com a não observação de intercorrências.

Por meio de técnica asséptica, as soluções de NPT são envasadas automaticamente em sistema fechado, em bolsas especiais que evitam a oxidação da mistura e sua degradação. A composição da dieta individualizada oferecida ao paciente pode ser observada no Quadro 1, a seguir.

O cálculo do valor calórico total (VCT) da NPT foi obtido da seguinte forma: aminoácidos a 10% ($80 \times 4,0 = 320\text{kcal}$); glicose a 50% ($300 \times 3,4 = 1.020\text{kcal}$ e velocidade de infusão de 4,0mg/kg/minuto; lipídios ($200 \times 2,0 = 400\text{kcal}$); e VCT de 1.740kcal (33kcal/kg/dia).

O paciente recebeu soro fisiológico em acesso venoso periférico ou em paralelo ao acesso venoso central (cateter de duplo lúmen). A cada três dias, foram dosados eletrólitos plasmáticos (Ca, P, Na, Cl, K e Mg) e, havendo necessidade de reposição, esta era feita pelo acesso paralelo, para que se ocorresse excesso destes nutrientes não houvesse a necessidade de se desprezar a bomba de NPT. O paciente permaneceu alimentando-se por NPT durante 15 dias até o fechamento total

Quadro 1: Composição da nutrição parenteral

DIETA PARENTERAL INDIVIDUALIZADA		
Aminoácidos a 10%		800mL
Solução de glicose a 50%		600mL
Cloreto de sódio 20%		10mL
Cloreto de potássio 19,1%		10mL
Fosfatos de potássio 2mEq/mL		10mL
Sulfato de magnésio 1mEq/mL		10mL
Gluconato de cálcio 0,5mEq/mL		10mL
Polivitamínico	Politrace 5	5mL
	Polivit A	10mL
	Polivit B	5mL
Emulsão lipídica TCM 20%		200mL
Água bidestilada		535mL
Volume final		2.000mL

da fístula. No 13º dia, o paciente ingeriu 140mL de azul de metileno para verificar se não havia mais débito da fístula e constatou-se o fechamento; porém, o paciente permaneceu durante mais dois dias com a NPT. Após este período, foi introduzida em sua dieta somente gelatina, seguida por dieta líquida, evoluindo para dieta pastosa; o paciente permaneceu no hospital por mais um dia e recebeu alta hospitalar, devendo continuar com a evolução da dieta em sua própria residência, com as orientações nutricionais recebidas no momento da alta.

6. EVOLUÇÃO GERAL E NUTRICIONAL

6.1. Geral

Durante a hospitalização, os medicamentos administrados foram Tramadol (analgésico utilizado para aliviar dores, podendo causar, em alguns casos, náuseas, vômitos, xerostomia e tontura); Metapropamida (fármaco que age nas funções digestórias, sendo comum provocar náuseas e vômitos); Dipirona (analgésico e antitérmico, utilizado no tratamento da febre, sendo que raramente ocorrem reações de hipersensibilidade) e Vancomicina (antibiótico usado no tratamento de infecções bacterianas). O paciente seguiu o tratamento calmo, consciente, orientado, deambulando, hidratado, descorado, mantendo inicialmente jejum v.o., com acesso central (duplo lúmen) em subclávia e recebendo exclusivamente dieta parenteral (NPT) em BIC (bomba de infusão contínua), AVP

¹ Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

(acesso venoso periférico) em MSD (membro superior direito) salinizado, dreno tubular em flanco com bolsa coletora em dreno de tórax oscilante com selo d'água de 500mL, e apresentando MSE edemaciado e elevado. Foi sacado o dreno tubular e colocado no local um dreno de Nelaton, com bolsa coletora, e instalada nova dieta em BIC, com volume administrado de 85mL/h. Era encaminhado para banho sempre com o auxílio; foi registrada diurese presente em pequenas quantidades e evacuações ausentes. Com relação a possíveis problemas relacionados ao caso, observaram-se os seguintes: integridade da pele prejudicada, risco para infecção, alteração de comportamento, mobilidade prejudicada e déficit do autocuidado.

6.2. Nutricional

Paciente em pós-operatório de gastrectomia total, recebendo nutrição parenteral total (NPT) e com peso habitual de 57kg, apresentou uma perda de peso de 5kg em 20 dias até o momento da cirurgia. De acordo com as medidas antropométricas após 15 dias de cirurgia, foram obtidos os resultados que podem ser observados no Quadro 2, abaixo.

As medidas antropométricas foram repetidas em 15 dias, permanecendo os resultados de todas as medidas, mas com ganho de peso equivalente a um quilo. O paciente apresentou sinais de desnutrição e aspectos relevantes do quadro clínico, como emagreci-

mento, ossatura aparente, estado de humor alterado, ressecamento da pele e dos cabelos, palidez cutâneo-mucosa, irritabilidade e insônia.

7. DISCUSSÃO

A avaliação dos riscos relacionados ao caso envolve uma análise cuidadosa das complicações na administração da nutrição parenteral (NPT). As principais complicações são relacionadas ao cateter, como pneumotórax, sangramentos e infecções graves, endocardite e septicemia. Outra complicação a ser observada é a síndrome da realimentação, causada pela administração "agressiva" de nutrientes, particularmente via intravenosa, o que pode precipitar flutuações eletrolíticas, levando a alterações hematológicas, neuromusculares e metabólicas. Com relação à formação de fístulas, vários fatores podem predispor o seu aparecimento. Dentre os chamados fatores gerais, a desnutrição merece um destaque especial, tendo em vista não só a significativa frequência com que esta condição se associa com o surgimento de fístulas pós-operatórias, mas também pela facilidade com que esta pode ser diagnosticada. A NPT, além de permitir a redução do débito da fístula, minimiza as perdas hídricas e de eletrólitos, possibilitando que a espoliação proteica seja controlada, condição essencial para a manutenção ou a recuperação do estado nutricional. O paciente seguiu o protocolo recomendado para a situação clínica e nutricional, e evoluiu satisfatoriamente.

Quadro 2: Avaliação nutricional

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
Peso atual	52kg
IMC (P/A^2)	17,6kg/m ²
Classificação	Baixo peso
Percentil	< P 5
Circunferência do braço	24
% adequação (P_{50})	32,3
Percentil	Entre P5 – P15
DCT	6
% adequação (P_{50})	11,5
Percentil	P10
CMB	22,1mm
AMB	28,9cm
% adequação (P_{50})	54,0
Percentil	Entre P5 – P15
Circunferência da panturrilha	30

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição em pacientes hospitalizados é muito prevalente e decorrente de uma série de fatores, anteriores e posteriores à hospitalização. No caso do paciente relatado, a referida desnutrição foi causada por uma inadequada ingestão alimentar durante o período de instalação da doença e durante as intercorrências na hospitalização. O paciente permaneceu em jejum antes e após a cirurgia, a dieta introduzida (líquida) era de baixo valor energético e a formação da fístula exigiu o uso de NPT, com gradativa oferta calórica para evitar a hiperalimentação. No entanto, as intervenções foram imprescindíveis à adequada evolução do caso clínico. O apropriado suporte nutricional em pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição leva a um melhor prognóstico, melhorando os índices de morbidade e mortalidade e, principalmente, de qualidade de vida.



REFERÊNCIAS

GOMES, Cláudio Henrique R.; ALMEIDA, Maria Fernanda A.; VIEIRA E SILVA, Daniela & SERPA, Geraldo M.T. Fistulas digestivas – revisão da literatura. *Unimontes Científica*, vol. 06, n. 2, Montes Claros, dezembro, 2004.

FERRAZ, Edmundo M.; ARRUDA, Pedro Carlos L. de; BACELAR, Tércio S; FERRAZ, Álvaro A. B.; ALBUQUERQUE, Antonio C. de & LEÃO, Cristiano S. Tratamento cirúrgico na obesidade mórbida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, vol. 30, n. 02, p. 98-105, Rio de Janeiro, março/abril, 2002.

PAPINI-BERTO, Silvia J. & BURINI, Roberto Carlos. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arquivos de*

Gastroenterologia, vol. 38, n. 4, p. 272-275, São Paulo, outubro/dezembro, 2001.

PAPINI-BERTO, Silvia J.; MAIO, Regiane; MÓDOLO, Ana K.; SANTOS, Maria Dorotéia B. dos; DICI, Isaias & BURINI, Roberto Carlos. Desnutrição proteico-energética no paciente gastrectomizados. *Arquivos de Gastroenterologia*, vol. 39, n. 1, p. 3-10, São Paulo, janeiro/março, 2002.

PHILIPPI, Sonia T. *Pirâmide dos alimentos: princípios básicos da nutrição*. Barueri: Manole, 2008.

WALLACH, Jacques. *Interpretação de exames laboratoriais*. 7. ed. São Paulo: Medsi, 2003.