

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DE GASTRECTOMIA TOTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Verena Grazielle da Cruz Ferreira<sup>1</sup>; Helayni Cristina de Oliveira da Cunha<sup>1</sup>; Raira da Silva Colombi<sup>1</sup>; Ronaldo de Sousa Moreira Baia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação, <sup>2</sup>Mestrado  
Universidade Federal do Pará (UFPA)  
verena\_grazielle@hotmail.com

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esta metodologia é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável<sup>5</sup>. Gastrectomia consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, refazendo o trânsito gastrointestinal por meio de anastomose com o duodeno ou jejuno. A gastrectomia total é considerada um procedimento de alto nível de complexidade, apresenta taxas de complicações elevadas, tanto locais como gerais, pois os doentes na sua maioria estão com as condições clínicas e nutricionais comprometidas pela doença. Além disso, requer tempo de hospitalização mais longo que as demais operações, de cuidados pós-operatórios semi-intensivos ou intensivos, controles de infecção, manutenção do estado geral e realimentação<sup>1</sup>. Após a recuperação da cirurgia alguns efeitos colaterais podem surgir, como náuseas, azia, dor abdominal e diarreia, especialmente após as refeições. Estes efeitos colaterais resultam do fato de que uma vez que parte ou totalidade do estômago é removida, o alimento entra no intestino muito rapidamente após a ingestão. Esses efeitos colaterais melhoram com o tempo, mas em alguns pacientes podem perdurar por um longo período. Muitas vezes, é necessário fazer alterações na dieta do paciente após a gastrectomia parcial ou total. Mas, a maior mudança é que o paciente terá que fazer refeições menores e mais frequentes. A quantidade de estômago removida afetará o quanto será necessário alterar os hábitos alimentares<sup>2</sup>. **Objetivos:** Aplicar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) para um paciente com neoplasia maligna do estômago com lesão invasiva. Para uma completa assistência e visão integral, foi criado um plano de cuidados específico, para atender as necessidades humanas básicas, com a identificação dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados à patologia em questão. **Descrição da Experiência:** O estudo trata-se de um relato de experiência de alunos do 6º semestre, durante a prática clínica na atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Ocorreu no período de fevereiro a março de 2015, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Federal. Neste período os alunos, sob a supervisão de um preceptor, planejavam e aplicavam a SAE aos pacientes internados na instituição. Durante acompanhamento, a assistência foi planejada visando às necessidades individuais do paciente e família. A coleta de dados foi realizada por meio de exame físico e análise dos registros do prontuário para identificar as principais necessidades afetadas do paciente. Foi utilizada como parâmetro para definições do diagnóstico de enfermagem a taxonomia II do North American Nursing Diagnoses Association NANDA-2012-2014 e para as intervenções de enfermagem utilizou-se a NIC- Nursing Interventions Classification. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 46 anos, procedente de Nova Esperança do Piriá, reside em casa própria de madeira com quatro cômodos, com família

composta de 4 pessoas, sem saneamento básico, com energia elétrica, profissão agricultor. Paciente relatou que em dez/2014, iniciou um quadro de dor na transição tóraxico-lombar que irradiava para hipocôndrios direito e esquerdo, associado a epigastria, plenitude gástrica, vômitos alimentares e de odor fétido. Evoluiu com necessidade de reduzir a ingestão e consistência alimentares, referindo melhora dos sintomas. Posteriormente evoluiu com perda ponderal de 15 kg em um ano (jan/15 – jan/16). Em fevereiro de 2015 veio ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) referenciado de sua cidade de residência, tendo realizado EDA, referenciando lesão ulcerada em corpo gástrico, sugestiva de NEOPLASIA GÁSTRICA BORMANN 3/4, além de biopsia que atestou ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ULCERADO POUCO DIFERENCIADO. Realizou exames pré-operatórios; TC abdomino-pélvica (16/07/2015) sugestiva de NEOPLASIA GÁSTRICA e LINFONOFOMEALIA RETROPERITONEAL. Realizou apenas tratamentos alternativos (“caseiros”) com produtos naturais e automedicação neste período. No dia 22/02/2016 realizou gastreetomia total, colecistectomia, hepatectomia parcial, esplenectomia, esofagectomia distal, esofagoenteroanastomose em y de roux. Paciente seguiu com quadro clínico estável e em primeiro dia de PO, relatou dor na incisão cirúrgica. Em terceiro dia de PO apresentou-se consciente e orientado, respiração espontânea, eupneico, normotenso, normocardico, afebril, ic/vscd, SNE, hv: 120ml/h e drenos tubolaminares com débito serosanguinolento. Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos, cirurgia abdominal, cateter de duplo lumen, acesso venoso, ferida operatória extensa; risco de constipação relacionada à obstrução pós-operatória, risco de desequilíbrio do volume de líquidos relacionado aos drenos com débito seroso e nutrição desequilibrada, devido a capacidade prejudicada de ingerir alimentos. Após os diagnósticos traçados, as principais intervenções foram respectivamente: Fazer troca de curativo da incisão cirúrgica logo após o banho no leito; fazer limpeza de incisão cirúrgica com soro fisiológico e tocar com Álcool 70%; trocar fixação sonda diariamente; utilização de técnica asséptica na realização dos curativos e ao manusear sondas e drenos. Estimular ingestão hídrica e orientação dietética. Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) - Monitorar níveis de eletrólitos séricos; Controle da diurese. Realizar técnica correta de gavagem nutricional. Orientação e monitorização nutricional Monitoração nutricional e explicar a importância da nutrição adequada (SNE, líquida e pastosa). **Conclusão/ Considerações Finais:** O enfermeiro procede a avaliação inicial do paciente quando este é admitido na unidade. Esta avaliação incluirá as condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica; posicionamento, dor, segurança e conforto do mesmo. O período cirúrgico é dividido em três fases: pré-operatória; intra-operatória e pós-operatória. Nesta última, a enfermagem desempenha o importante papel de proporcionar ao paciente o retorno às atividades rotineiras. O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e divide-se em pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos e pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia<sup>3</sup>. O paciente e a sua família necessitam de suporte para aceitação da doença, decisão sobre as formas de tratamento e informações que favoreçam a sua recuperação. Este suporte profissional poderá contribuir para a melhoria de fatores associados à qualidade de vida desses pacientes <sup>4</sup>. Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e

caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos.<sup>5</sup>

### **Referências:**

1. Andreollo, N. A, Lopes, L. R, Coelho Neto, J. S. Complicações pós- -operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico, análise de 300 doentes. Arq Bras Cir Dig. 2011; 24:126-30.
2. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-cirurgico-do-cancer-de-estomago/941/275/> . Acessado em 09/03/2016 às 17:49
3. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfov0AH/cuidados-enfermagem-pos-operatorios?part=2>. Acesso em 10/03/2016 às 12:16h
4. Mello B, Lucena A, Echer I. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.31 no.4 Porto Alegre Dec. 2010.
5. TRUPPEL, Thiago Christel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 62, n. 2, p.221-227, abr. 2009.