

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE ESTERNECTOMIA DE OSTEOSSARCOMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jamil Michel Miranda do Vale¹; Antônio Corrêa Marques Neto²; Paulo Victor Caldas Soares³; Marcella Fernanda Martins Ximenes Soares⁴; Marlete Nascimento de Castro⁵

¹Especialização em Enfermagem Oncológica, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

²Especialização em Enfermagem Neurológica, Centro Universitário do Pará (CESUPA);

³Unidade de Terapia Intensiva, UEPA;

⁴Especialização em Enfermagem Oncológica, Universidade Federal do Pará (UFPA);

⁵Especialização em Enfermagem Oncológica, UFPA

jamilvale-@hotmail.com

Introdução: De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, surgem no Brasil 2.700 novos casos de câncer ósseo e estes são percebidos como raros (1). As neoplasias malignas primárias dos ossos são raras e constituem menos de 5% de todos os tumores malignos (2). Temos como tumores malignos mais frequentes o Osteosarcoma (também chamado de sarcoma osteogênico), apresentado como tumor exclusivo do osso, categoria primária (1), sendo este agressivo, de origem mesenquimal, caracterizada por tecido ósseo imaturo com produção de matriz osteoide e células fusiformes estromais malignas (3). Os tumores malignos primários da parede torácica correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias e incluem grande variedade de lesões ósseas e de tecidos moles (4). **Objetivos:** Relatar a experiência de enfermeiros residentes junto a enfermeiros preceptores ao aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segundo Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a um cliente em pós-operatório de Esternectomia, por possível Osteossarcoma, acometido por complicações cirúrgicas após colocação de tela de marlex e metilmetacrilato para estabilização da parede torácica. **Descrição da Experiência:** O estudo foi realizado no mês de abril de 2017, em um hospital de referência em tratamento oncológico de Belém. Foram desenvolvidas as seguintes etapas do Processo de Enfermagem (PE): Investigação – realizada diariamente a visita junto ao leito do paciente na busca de informações sobre seu estado de saúde e realização da avaliação de seu estado clínico com base nos fatores relacionados e suas características definidoras para a formulação dos diagnósticos de enfermagem; Definição dos diagnósticos de enfermagem – a análise baseou-se nos problemas identificados em vista aos sinais e sintomas clínicos; Para Diagnósticos, Planejamento dos resultados esperados e Implementação da Assistência de Enfermagem utilizamos a Taxonomia II da NANDA, sendo utilizada como subsidio para as intervenções e resultados terapêuticos as taxonomias Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC). **Resultados:** As opções de tratamento responderão à especificidade do tumor. Volume, localização e estadiamento são fatores que direcionam qual procedimento executar (1). Sendo assim o objetivo da primeira cirurgia deve ser uma ressecção ampla o suficiente para prevenir recorrência local. Isso significa obter uma margem de 4cm em todos os lados. Esta conduta resulta na cura de aproximadamente todos os pacientes, resultando em sobrevida em 10 anos de 97% (5). Desta forma durante seu pós-operatório o usuário apresentava incisão cirúrgica localizada na linha média do tórax anterior, dreno do tipo Portovac, sonda vesical de demora do tipo folley, com acesso venoso central em veia subclávia direita. Dos diagnósticos: 1) DE: Dor relacionada a agente lesivo físico, neste caso procedimento cirúrgico caracterizada por relato verbal, expressão facial de dor, mudanças no apetite. Intervenções: observar indicadores não-verbais de desconforto; reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor; oferecer alívio com os

analgésicos prescritos; avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante (através de Escalas de Dor); promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor. Resultado esperado: redução do nível de dor a um nível de conforto aceitável pelo paciente. 2) DE: Integridade da pele prejudicada relacionada ao fator mecânico cirúrgico e alteração no turgor da pele, caracterizado por alteração da integridade da pele. Intervenções: Administração de medicamentos/analgésicos, supervisão da pele. Resultados: controle da dor, alcance da regeneração de células e tecidos, após fechamento intencional. 3) DE: Risco de choque relacionada a infecção e hipoxemia. Intervenções: cuidados com o local da incisão, precaução contra sangramento. Resultados: Resposta a medicação, controle de riscos. 4) DE: Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionada com infecção perioperatória do sítio cirúrgico. Intervenções: monitorar vulnerabilidade a infecção; examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; examinar a condição das incisões cirúrgicas em tórax e óstio de dreno. Resultado esperado: recuperação cirúrgica em tempo adequado. Diariamente observada a incisão cirúrgica concentrando-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar as complicações. Eram avaliados a integridade dos pontos, presença de sangramento, sinais de infecção, a formação de fístulas e/ou deiscência, bem como como progressão de tamanho, conformidade das bordas, tipo de tecido que a lesão apresenta, sua drenagem e as condições da pele perioperatória. Concomitante a isto, a monitoração de possível sangramento. O controle da dor no pós-operatório foi constantemente observado e realizada as medicações conforme prescrição médica, afim de promover conforto ao paciente em vista aos estímulos dolorosos prolongados decorrentes as complicações no pós-operatório, para esta mensuração a enfermagem lançou mão da escala de mensuração de dor para avaliar as características desta. **Conclusão ou Considerações Finais:** Constatamos, ao aplicar a SAE na elaboração desse estudo, a viabilização de um cuidado integral baseando nossas ações para as necessidades do cliente, de forma a propiciar uma recuperação com diminuição de danos ou possíveis sequelas do tratamento cirúrgico. Neste cenário, a residência em enfermagem atua de modo a assimilar novos conhecimentos e empregá-los ao campo de prática junto aos preceptores, favorecendo o aprimoramento da equipe através do compartilhamento do conhecimento científico. Logo, percebemos a necessidade de formação de profissionais com habilidades e competências capazes de mudar o cenário da saúde vigente através da eficácia na atuação da equipe de enfermagem, repercutindo diretamente na assistência multiprofissional em saúde.

Descritores: Osteossarcoma, Cuidados de Enfermagem, Processo de Enfermagem.

Referências:

1. Cavalcante LFS, Valente AS, Carneiro DD, Souto CA, Guedes VR. "Osteossarcoma": um artigo de revisão. Rev Pat Tocantins. 2017; 4(1).
2. Garfinkel L. Cancer mortality in non smokers: prospectivestudyof American CancerSociety. JNCI 65:1169-73, 1980.
3. Schajowicz F, Sissons HA, Sobin LH. The World Health Organization's Histologic Classification of Bone Tumors. A Commentary on the second edition. Cancer. 1995; 75:1208-1214.
4. Rosenberg NP, Leuck Jr. I, Schuler C, Delgiovio F, Araújo ES, Martini PV. Condrossarcoma de esterno. J Pneumol, 2003 jan-fev; 29(1).
5. Pairolero PC. Chestwalltumors. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, editors. General thoracicsurgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999;589-98.