



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

## **TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTE PORTADOR DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO<sup>1</sup>**

**Nátia Freire Rodrigues<sup>2</sup>, Adriane Huth<sup>3</sup>, Karina Ribeiro Rios<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Estudo de caso clínico desenvolvido durante o Estágio em Nutrição Clínica - UNIJUI

<sup>2</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Nutrição, UNIJUI

<sup>3</sup> Nutricionista, Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida, Curso de Nutrição – UNIJUI

<sup>4</sup> Nutricionista, Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida, Curso de Nutrição – UNIJUI

**Resumo:** A estimativa de novos casos de câncer gástrico no Brasil é de 12.670 entre homens e 7.420 em mulheres no ano de 2012. Entre as causas associadas ao surgimento do câncer estão os fatores externos (ambiental, sociocultural e hábitos alimentares) e internos (genética). Este estudo tem como objetivo descrever a terapia nutricional para a patologia específica, visando a melhora do quadro clínico do paciente através de intervenções nutricionais. Trata-se de um estudo de caso, onde o processo de obtenção dos dados do paciente iniciou-se por consulta ao prontuário arquivado e posterior anamnese com paciente e acompanhante. Com a finalidade de ganho de peso e melhora do quadro clínico de desnutrição, a terapia nutricional está diretamente relacionada a recuperação do mesmo, prevenindo as deficiências nutricionais e por fim no auxílio ao tratamento bem sucedido.

**Palavras-Chave:** Nutrição; Oncologia; Desnutrição

### **Introdução**

No ano de 2012, estimam-se, para o Brasil, 12.670 casos novos de câncer gástrico em homens e 7.420 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 7 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012).

Segundo Nomura (1996), os adenocarcinomas constituem cerca de 95% de todas as neoplasias de estômago. Entre os adenocarcinomas, a classificação de Lauren divide as neoplasias gástricas em dois tipos histológicos principais: intestinal e difuso.

As causas de câncer são associadas a vários fatores externos ou internos ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2012).

Segundo Carneiro (1997), o consumo de dietas com alto teor de cloreto de sódio, nitritos e nitratos, contidos em alimentos defumados, enlatados e frituras são predeterminantes para ocorrência de câncer gástrico. Estudos epidemiológicos comprovam a relação entre nutrição e câncer de estômago,





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

indicando que a associação entre fator protetor com dieta composta por legumes frescos e frutas é altamente consistente em numerosos estudos e sugere que a vitamina C e o caroteno diminuem o risco de câncer de estômago.

A terapia nutricional (TN) no paciente adulto oncológico cirúrgico tem como objetivo a prevenção ou reversão do declínio do estado nutricional, assim como busca evitar a progressão para um quadro de caquexia e garantir qualidade de vida ao paciente (PELTZ, 2002; RAVASCO et al., 2003; MARIAN, 2005; ISENRING et al., 2007).

Esse estudo tem por finalidade descrever a terapia nutricional para a patologia específica, visando a melhora do quadro clínico do paciente através de intervenções nutricionais.

### Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, realizado a partir do atendimento de um paciente de 58 anos de idade, sexo masculino, admitido em uma unidade hospitalar no mês de julho de 2012.

O processo de obtenção dos dados do paciente iniciou-se por consulta ao prontuário arquivado e posterior anamnese com paciente e acompanhante. Os dados coletados foram exames laboratoriais, diagnóstico clínico, dados antropométricos, história de perda de peso, anamnese alimentar, via de nutrição, sinais e sintomas, para então realizar plano alimentar e orientações nutricionais.

### Resultados e discussão

Paciente internou apresentando forte dor abdominal, náuseas e icterícia. Após exames e sinal de Murphy positivo, foi confirmado presença de colelitíase e por fim o adenocarcinoma gástrico envolvendo estômago, duodeno, vias biliares e cabeça de pâncreas, tendo como procedimento a colecistectomia, exploração via biliar, gastroenteronastomose, gastrostomia e drenagem percutânea. Paciente e cuidadora relataram perda de em média 20 kg de peso corporal em 2 meses, além de hábitos alimentares equivocados (consumia alimentos com alto teor de gordura, sal e temperos artificiais).

A perda de peso está, em grande parte, associada ao diagnóstico de neoplasia do trato digestório. A desnutrição e a perda ponderal é muito comum em pacientes que apresentam comprometimento do trato digestório, principalmente devido à baixa ingestão alimentar decorrente da própria sintomatologia da doença e de seu tratamento (LEANDRO, 2006).

Após avaliação antropométrica e exame laboratorial de albumina que se encontrava abaixo do adequado (2,8 g/dL), constatou-se que o paciente apresenta desnutrição, que predispõe a outras complicações, até mesmo o início de um tratamento oncológico específico.

Segundo Pinho (2004), a prevalência de desnutrição calórica e proteica em pacientes portadores de câncer é frequente e multifatorial, devido a redução de apetite, dificuldades mecânicas, alterações no paladar, náuseas, vômitos, diarreia e jejuns prolongados para exames.

O paciente referiu pouca ingesta alimentar devido ao desconforto e dor abdominal. Esta redução na ingestão total calórica e proteica, associada a alterações metabólicas provocadas pelo tumor, como, a alteração no metabolismo dos glicídios, proteínas e lipídios, são responsáveis pela evolução nutricional desfavorável do paciente (BISTRIAN, 1974 apud PINHO e Cols., 2004).



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

Além da desnutrição o paciente apresenta anemia, constatada em exame laboratorial, onde a hemoglobina encontra-se abaixo do desejável 8,2 g/dL, sendo que o valor de referência é de 12,8 g/dL - 17,8 g/dL.

Sabemos que para uma reabilitação favorável do paciente oncológico, necessita de uma dieta equilibrada, adequada em calorias e proteínas. Pacientes oncológicos com perda de peso tem indicação de 35 Kcal/Kg de peso corporal/dia (INCA, 2009). Porém, visto ser um grande aporte calórico e devido as dificuldades de ingestão alimentar via oral apresentadas pelo paciente, foi prescrito suporte de nutrição enteral via sonda nasogástrica (SNG) mais via oral conforme aceitação.

Desta forma foi prescrita a terapia nutricional via SNG fracionada em 6 vezes ao dia mais via oral nos intervalos da sonda, totalizando 2.023,16 Kcal/dia, sendo que a SNG totalizou 75,71% das calorias totais e via oral 24,29%. O paciente relata preferir receber os lanches nos intervalos da SNG, pois refere falta de apetite. Por ser um paciente oncológico, portador de uma patologia hipermetabólica, apresentando desnutrição foi prescrito um plano alimentar hiperproteico (1,44 g de proteína/Kg de peso corpóreo/dia).

Sendo a melhor opção a via oral, por ser a mais fisiológica e menos invasiva, além de melhorar a resposta imune do paciente, ao decorrer da internação, após alguns dias de SNG mais via oral, foi evoluída a alimentação para apenas via oral, porém sem sucesso tendo que retornar ao suporte nutricional.

A terapia nutricional será interrompida quando o paciente apresentar melhor reserva muscular, recuperação do peso e da capacidade funcional (SKIPWORTH, 2007).

### Conclusões

É de grande importância o acompanhamento e a terapia nutricional específica ao paciente oncológico, visando os aportes calóricos e de nutrientes adequados, seja ela por suporte nutricional enteral, via oral ou ainda ambos. A meta é não apresentar ou amenizar o quadro de desnutrição, pois a terapia nutricional está diretamente relacionada a recuperação do mesmo, buscando aumento de peso, prevenção as deficiências nutricionais e por fim auxílio ao tratamento bem sucedido.

### Referências Bibliográficas

- BISTRIAN BR. et al. Protein status of general surgical patients. J Am Med Assoc, 1974.
- CARNEIRO MRG, Pinto LFR, Paumgarten FJR. Fatores de risco ambientais para o câncer gástrico: a visão toxicologista. Cad Saúde Publica, 1997.
- INCA- Instituto Nacional do Câncer: Consenso Nacional de Nutrição Oncologica; RJ, 2009.
- INCA- Instituto Nacional do Câncer: Estimativa 2012-Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 13/08/ 2012.
- INSERING, E.A. et al. Nutrition Support Using the American Dietetic Association Medical Nutrition Therapy Protocol for Radiation Oncology Patients Improves Dietary Intake Compared with Standard Practice. Journal American Dietetic Association, 2007.
- LEANDRO-Merhi VA et al; Estado nutricional de pacientes hospitalizados em um hospital privado. Rev Bras Nut Clín, 2004.





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

MARIAN, A.E. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2005.

MUSCARATOLI, M. et al. Nutritional and metabolic support in patients undergoing bone marrow transplantation. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002.

NOMURA A. Stomach cancer. *Cancer epidemiology and prevention*. New York: Oxford University Press, 1996.

PINHO et al. *Manual de Nutrição Oncológica: Bases Clínicas*. Editora Atheneu, 2004.

RAVASCO, P. et al. *Nutritional Deterioration in Cancer: The Role of Disease and Diet*. *Clinical Oncology*, 2003.

SKIPWORTH, R.J.E, Fearon, K.C.H, The scientific rationale for optimizing nutritional support in câncer. *European Journal of Gastroenterology & hepatology*, 2007.