

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

VASCONCELLOS, Sandy Alves¹; LACKMAN, Caroline²; PINTO, Bruna Knob³; MUNIZ, Rosani Manfrin⁴

¹ Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Bolsista PROBEC Projeto de Extensão Liga de Atualidades em Curativos.

E-mail: sandyalvesvasconcellos@hotmail.com

² Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Bolsista PROBEC Projeto de Extensão Programa de Treinamento em Primeiros Socorros para a Comunidade.

E-mail: carolinelackman@gmail.com

³ Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: brunaknob@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Orientadora do trabalho.

Email: romaniz@terra.com.br

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, que são lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso (INCA, 2009).

Este tipo de câncer mantém sua incidência, sendo no Brasil a quarta que atinge o sexo masculino e a terceira que atinge o sexo feminino e a quinta neoplasia maligna por morte. Seu desenvolvimento está ligado principalmente com o aumento da expectativa de vida e hábitos alimentares poucos saudáveis, como a dieta pobre em fibras e legumes que faz com que a permanência das fezes no intestinal seja maior, estendendo a exposição à possíveis carcinógenos. Outros fatores importantes relacionados ao possível desenvolvimento de câncer colorretal são o sedentarismo (a prática de exercícios contribui para diminuir o tempo de trânsito intestinal), a obesidade (acúmulo de grande quantidade de gordura abdominal parece estar associada ao surgimento de pólipos adenomatosos e sua malignidade), os fatores hereditários e processos inflamatórios, história pessoal de presença de adenoma ou pólipos neoplásicos (ANDRADE e PEREIRA, 2007; SMELTZER e BARE, 2005).

As neoplasias do intestino grosso podem ter características benignas (adenomas e pólipos adenomatosos) ou malignas (carcinomas ou adenocarcinomas). O adenocarcinoma é responsável por 95% do câncer de cólon e reto, se originando no revestimento epitelial do intestino. As alterações celulares que resultam da exposição da mucosa intestinal aos agentes carcinogênicos iniciam-se através de manifestação de lesões inflamatória inespecíficas. Se a agressão for intensa e prolongada, levará ao desenvolvimento de displasias epiteliais que determinam a formação de adenomas e conseqüentemente adenocarcinoma (KERBER, et. al., 2007; SMELTZER e BARE, 2005).

O tratamento cirúrgico para o adenocarcinoma baseia-se na obtenção da cura ou no alívio dos sintomas pela realização de intervenções operatórias. A

cirurgia é o ramo da medicina que lida com enfermidades e condições que necessitam de técnicas operatórias ou manuais. Estas técnicas abrangem abertura do corpo para remoção, reparo ou substituição (FIGUEIREDO, et. al., 2008).

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo apresentar as ações de enfermagem desenvolvidas no período pré e pós operatório em um paciente portador de adenocarcinoma colorretal.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso realizado em uma unidade de clínica cirúrgica de um hospital escola da cidade de Pelotas, com parte da avaliação do Componente Curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem IV B: Adulto e Família, no período de agosto a dezembro de 2011.

A escolha do paciente, foco deste estudo, deu-se por meio de busca nos prontuários, sendo identificado um portador de adenocarcinoma de reto nos períodos pré e pós operatório, que foi escolhido para acompanhamento e prestação de cuidados de enfermagem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente do estudo de caso foi o Sr. M.L.S., 63 anos, casado, aposentado, sem filhos, residente e natural de Arroio Grande. O paciente do caso realizou uma retossigmoidectomia, para a retirada de um adenocarcinoma retal de 3 cm e à 3 cm da margem anal. Este procedimento consiste na retirada do final do intestino grosso, realizada para tratamento do câncer na porção sigmóide e reto. Pode ser realizado por laparoscopia ou por via aberta. As estruturas retiradas são o segmento do intestino doente, margens do intestino normal e linfonodos que drenam a região. Por ultimo é realizada uma anastomose do cólon ao ânus (ROCHA, 2011). Também realizou quimioterapia e radioterapia prévias, e uma ileostomia temporária a fim de proteger a ligação feita entre o intestino e o reto.

A fase pré operatória inicia com a decisão de se realizar uma cirurgia e finaliza com a transferência do cliente para a mesa cirúrgica na sala de operação.

Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem nesta fase consistem em avaliar o estado nutricional do paciente, o estado respiratório, cardiovascular, neurológico, endócrino e imunológico, tendo auxílio para tal do prontuário do paciente. Além disso, é imprescindível observar possível desequilíbrio hidroeletrólítico e avaliar a história medicamentosa do paciente quanto à drogas que possam aumentar o risco operatório. Nesse processo, faz-se importante ainda que a enfermagem atente para o conhecimento do cliente e da família frente ao procedimento que será realizado, considerando fatores psicossociais que possam afetar a resposta do cliente à cirurgia como ansiedade ou medo (HUTTEL, 1998).

Nos cuidados pré-operatórios de M.L.S., avaliou-se o estado físico e emocional do paciente, procurando identificar o entendimento do mesmo em relação ao procedimento cirúrgico. Além disso realizou-se a aferição de sinais vitais, administração de medicações prescritas pelo médico para o período pré-operatório e realização de registro adequado no prontuário, certificando-se que faltavam alguns documentos necessários os exames.

Percebeu-se também que o paciente encontrava-se ansioso em relação ao procedimento cirúrgico, desse modo, procurou-se fornecer informações,

objetivando sanar as dúvidas apresentadas pelo paciente, para que este pudesse vivenciar o procedimento com mais tranquilidade.

A fase pós operatória inicia quando o paciente é admitido na sala de recuperação pós anestésica e estende-se até o acompanhamento domiciliar ou a avaliação clínica. O pós operatório compreende as fases imediata, mediata e tardia.

Na fase imediata, durante a admissão do paciente na unidade de recuperação pós anestésica, deve-se posicionar o paciente para assegurar uma via respiratória adequada; realizar o histórico (permeabilidade das vias aéreas, coloração da pele e sinais vitais); e relato verbal entre a enfermeira da sala operatória e a enfermeira da recuperação (HUTTEL, 1998).

Nas fases seguintes (mediata e tardia) deve-se realizar exame físico céfalo-caudal ao admitir o paciente na unidade clínica; monitorar condições gerais e sinais vitais a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas, a cada 30 minutos nas 2 horas subsequentes e, se estável, a cada 4 horas posteriormente. Além disso, deve-se avaliar o estado respiratório (frequência, profundidade e padrão, som e permeabilidade das vias), o estado circulatório nas extremidades, observar os níveis de consciência e responsividade, inspecionar ferida cirúrgica, curativo, dreno, observar sinais de cicatrização ou infecção, permeabilidade e característica da secreção, avaliar nível de conforto, o estado urinário, explorar questões psicossociais relacionados a cirurgia e observar aspectos de segurança do paciente tais como grades elevadas no leito, drenagem no local endovenoso, entre outros (HUTTEL, 1998).

O encontro com o paciente no pós-operatório ocorreu no primeiro dia após a cirurgia e após as primeiras 24 horas, caracterizando o pós-operatório mediato. Nesse momento, realizou-se a manutenção de sinais vitais e administração de medicações prescritas no prontuário, além da retirada da sonda vesical de demora. Estimulou-se o paciente a sair do leito e movimentar-se (observando se não haviam contraindicações no prontuário), propiciando que ele realize sua higienização corporal no chuveiro. Efetuou-se a troca de curativo da ferida operatória com avaliação do processo cicatricial, higienização e coleta de material de dreno de penrose e higienização de colostomia.

No momento posterior a cirurgia, o paciente demonstrou nervosismo em relação a quantidade de dispositivos invasivos, principalmente em relação à bolsa de colostomia. Diante disso, procurou-se orientá-lo quanto a importância da manutenção da bolsa de colostomia neste momento, esclarecendo que o paciente permaneceria com a bolsa por aproximadamente 90 dias, dependendo de sua recuperação, esta seria retirada e o mesmo voltaria a ter eliminações espontâneas. Orientou-se também quanto ao correto manuseio de bolsa de colostomia, para o paciente e sua companheira, para que eles próprios pudessem realizar a higienização do local.

4 CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo de caso que a eficácia da assistência de enfermagem ao paciente que irá se submeter a uma cirurgia começa no período pré operatório por meio de orientação, avaliação e preparo do paciente para o procedimento. Esta tem seguimento no período pós operatório auxiliando no processo reabilitatório do paciente, incentivando a sua autonomia e possibilitando educação em saúde ao mesmo.

Considera-se de extrema relevância igualmente, a orientação de enfermagem para a alta hospitalar, pois o paciente necessitará de cuidados domiciliares, e com elas, possibilita a articulação da enfermagem enquanto agente de educação em saúde que ultrapassa o espaço hospitalar uma vez que nestes cuidados está a recomendação para o retorno a Unidade básica de Saúde para a manutenção das necessidades do indivíduo bem como o encaminhamento ao serviço de apoio para o paciente portador de estomia intestinal.

Tais informações visam melhorar o atendimento e a qualidade de vida do cliente, e ampliar o papel do profissional de enfermagem no cuidado durante e após a internação.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sergio Murilo Da Silva; PEREIRA, Fabio Lima. Câncer Colorretal Sincrônico- Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.27, n.1, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César Alves. **Tratado Prático de Enfermagem, volume 2**. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2008.

HUTTEL, Ray A-Hargrove. **Enfermagem médico-cirúrgica, volume1**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S.A., 1998.

Instituto Nacional do Câncer. INCA. Tipos de câncer/ colorretal. 2008. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao>
o Acesso em: 08 de novembro de 2011.

KERBER, Ana Cristina de Oliveira; HAMADA, Kátia Atsuko; CARDOSO, Thaís Helena Marques. **A Pessoa Ostomizada, seus Familiares e a Enfermagem: um caminho para a aceitação**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado à Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Julho 2007.

ROCHA, José J. Ribeiro. Estomas Intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 44, n.1, p. 51-56, 2011.

SMELTZER, Suzane; BARE, Brenda. **Brunner e Suddarth-Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 10 edição. V.1, 2005.