



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



Consensos & Estratégias | 2011



Linhas de Consenso

CANCRO GÁSTRICO

Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção



Cancro Gástrico: Linhas de Consenso

Enfermagem para uma melhor intervenção

I. Contexto



O adenocarcinoma gástrico é uma das principais causas de morte por cancro em todo o mundo. O prognóstico é baixo, com uma sobrevida aos cinco anos de 15% a 20%². As principais causas referem-se ao diagnóstico tardio e tratamento ineficaz para a doença avançada. Excluindo o Japão, apenas 10% a 20% dos pacientes têm a doença confinada ao estômago, e mais de um terço têm metástases à distância no momento do diagnóstico¹¹. Mesmo após uma ressecção potencialmente curativa, apenas 20% a 30% dos pacientes sobrevivem mais de cinco anos, como demonstrado pela grande população de estudos de base^{12,13}.

A cirurgia é a única possibilidade realista de cura. A Gastrectomia subtotal é usada para os tumores do terço distal do estômago, enquanto a gastrectomia total é necessária para tumores proximais. O uso alargado da endoscopia, as técnicas cirúrgicas mais radicais e a melhoria na assistência perioperatória resultaram num aumento da percentagem de ressecções potencialmente curativas e melhores taxas de sobrevivência após esses procedimentos na Europa e E.U.A.^{14,15}.

As taxas de sobrevivência são maiores no Japão, onde a doença inicial representa a maioria dos casos como resultado da vigilância endoscópica alargada. Além disso, os procedimentos cirúrgicos utilizados são mais agressivos. Estas diferenças criaram um debate alargado sobre a importância da linfadenectomia estendida no tratamento cirúrgico do cancro gástrico. Estudos efectuados no Japão mostraram que a

linfadenectomia para além dos 3 cm do tumor melhorou a sobrevida^{15,16}. Apesar da inegável melhoria no procedimento cirúrgico do cancro gástrico, ainda mais de 50% dos pacientes submetidos à ressecção curativa tiveram recorrência local e regional, sendo o padrão mais frequente na prática clínica¹⁷.

Factores Risco Associados:

Dieta pobre em fruta e vegetais; Elevada ingestão de sal, alimentos fumados e alimentos de conserva; Deficit de acesso à refrigeração de alimentos; Infecção por *Helicobacter pylori*.

NEOPLASIAS GÁSTRICAS MAIS FREQUENTES:

- Displasias/ Metaplasias e Úlceras Pépticas
- Adenocarcinomas
- Linfomas
- Tumores Neuro-endócrinos
- GIST – Tumores do estroma gastrointestinal

CLASSIFICAÇÃO CELULAR

Dois tipos de Adenocarcinoma Gástrico: Intestinal e Difuso. Os intestinais são bem diferenciados e as células tendem a organizar-se em estruturas tubulares ou glandulares. Os adenoescamosos apresentam-se com pouca frequência.

**DEFINIÇÕES TNM**

Tumor primário (T)	Gânglios linfáticos regionais (N)	Metástases a distância (M)
TX: Não se pode avaliar o tumor primário	NX: Os gânglios linfáticos regionais não podem avaliar-se	MX: As metástases a distância não se podem avaliar
T0: Não existe indicação de tumor primário	N0: Não existem metástases nos gânglios linfáticos regionais	M0: Não existem metástases a distância
Tis: carcinoma in situ: tumor intraperitoneal sem penetração da mucosa	N1: metástases em 1 a 6 gânglios linfáticos regionais	M1: metástases a distância
T1: Tumor invade a mucosa ou submucosa	N2: metástases em 7 a 15 gânglios linfáticos regionais	
T2: O tumor invade a musculatura própria ou serosa	N3: metástases em mais de 15 gânglios linfáticos regionais	
T3: Tumor penetra a serosa (peritoneu visceral) sem invadir as estruturas adjacentes		
T4: Tumor invade as estruturas adjacentes		

A intervenção de enfermagem aquando do diagnóstico, prende-se fundamentalmente com o apoio psicológico, esclarecimento de dúvidas relacionadas com a patologia e posterior encaminhamento do doente para os cuidados diferenciados, iniciando o processo de decisão terapêutica.

Durante a realização dos exames de diagnóstico e estadiamento da doença, cabe ao enfermeiro esclarecer dúvidas relacionadas com os diferentes exames a realizar, informar quais os cuidados inerentes a cada momento, e o procedimento em causa, no sentido de diminuir a ansiedade e obter a melhor colaboração por parte do doente.

No seu percurso de doença desde o diagnóstico até ao estadiamento, o doente estará sujeito a diferentes procedimentos, nomeadamente:

- História Clínica – história familiar e exame físico
- Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com Biopsia
- Análises (hemograma, bioquímica, estudo coagulação, pesquisa sangue oculto nas fezes, marcadores tumorais)
- ECG
- Rx do Tórax e Rx do trânsito Contrastado
- Cintigrafia
- TAC
- RNM
- PET
- Ecoendoscopia
- Biópsias
- Laparoscopias de Estadiamento
- Outros.



II. Consulta de Acolhimento



O enfermeiro desempenha um papel importante no acolhimento destes doentes. Esta primeira consulta de enfermagem:

- Reduz a ansiedade
- Minimiza receios/Gera confiança
- Disponibilizar a informação necessária e adequada a cada doente promovendo uma adaptação á doença e tratamento.
- Certifica qual a percepção que o doente/cuidador informal tem da sua doença e se esta coincide com a concepção que os profissionais de saúde têm da mesma doença no seu próprio auto-cuidado. A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados, mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objectivos relacionados com o estilo de vida.

Aspectos a valorizar na consulta:

- Recolher informação sobre o doente e cuidador informal;
- Privilegiar o aspecto emocional e físico – avaliação do estado nutricional segundo MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)
- Articular as necessidades com outras especialidades como a Nutrição, assistência social, psicologia e a consulta da Dor
- Avaliar a sintomatologia Gastrointestinal: vômitos, dieta e trânsito intestinal.
- Utilizar estratégias de adaptação para situações potenciais (alteração das actividades de vida e efeitos secundários do tratamento adoptado);
- Adequar os recursos de saúde existentes na sua área de residência.

III. Intervenção no Tratamento: Opções Standards



A decisão do tratamento indicado para o doente com Ca Gástrico deve ser tomada por uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, cirurgião, radioterapeuta, oncologista)

A opção terapêutica depende principalmente do tamanho, da localização e da extensão da neoplasia, do estadio da doença e da avaliação do estado geral do doente, ou seja do seu estadiamento.

No doente com Ca Gástrico ressecável, o tratamento de eleição é a cirurgia. Na doença localmente avançada os peritos defendem o tratamento neo-adjuvante ou pré-operatório com quimio e/ou radioterapia.

Nos doentes em que o tratamento paliativo é a única opção, o percurso de doença pode passar por realizar CIR, QT ou RT, no sentido de aliviar sintomas existentes, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

1. RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA MUCOSA

Esta técnica pretende realizar a ressecção das células da mucosa gástrica, se existirem lesões elevadas ou deprimidas ou se exame histológico de biópsias prévias evidenciam carcinoma bem ou moderadamente diferenciado. Após a exérese das células, recomenda-se uma vigilância apertada com EDA de 3/3 ou 6/6 meses até 2 anos após o procedimento.

2. CIRURGIA

A Cirurgia é a melhor opção tratamento para os doentes com Ca Gástrico quando este é diagnosticado numa fase precoce.

Os principais factores de mau prognóstico na cirurgia são: a idade (> 70), localização proximal do tumor, a presença de

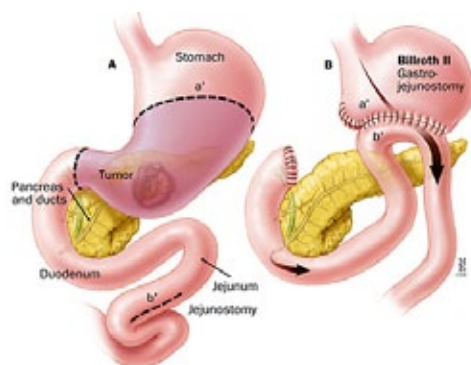
metástases com envolvimento no líquido ascítico e atingimento ganglionar, a invasão vascular e linfática.

Tipos de Cirurgia:

- Diagnóstica – Laparotomias; Laparoscopias
- Curativa - Gastrectomia sub-total/total; Esofagogastrorjejunostomia; Degastrogastrectomia
- Paliativa - Gastrectomia Paliativa; Gastrojejunostomia; Jejunostomia de Alimentação

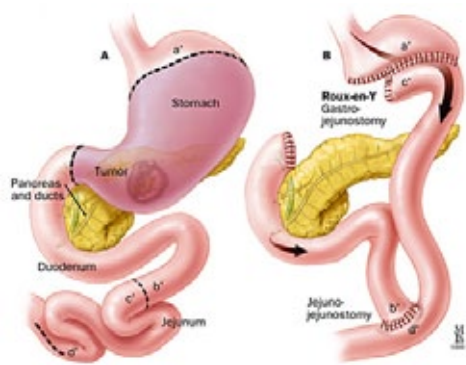
Esquemáticamente exemplifica-se o tipo de abordagem cirúrgica e a técnica aplicada nos diferentes casos:

Imagem 1: Gastrectomia Parcial



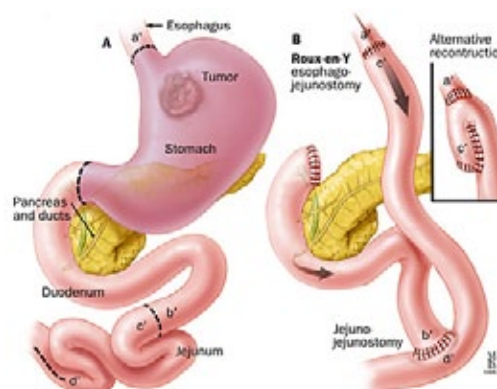
Fonte: CORRÊA, Danton – [www.cirurgiadocancer.com/index.php]

Imagem 2: Gastrectomia sub-total



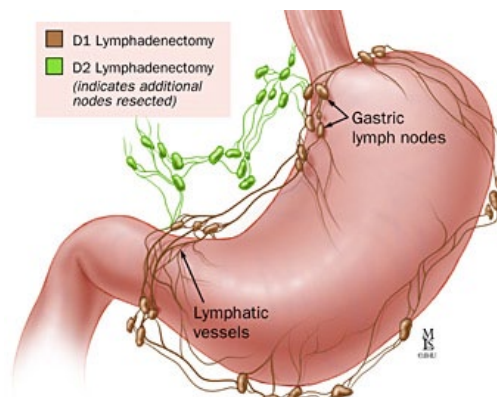
Fonte: CORRÊA, Danton – [www.cirurgiadocancer.com/index.php]

Imagem 3: Gastrectomia total/ Esofagogastrorjejunostomia



Fonte: CORRÊA, Danton – [www.cirurgiadocancer.com/index.php]

Imagem 4: Linfadenectomia



Fonte: CORRÊA, Danton – [www.cirurgiadocancer.com/index.php]

O período perioperatório combina três momentos, nomeadamente o pré, o intra e o pós-operatório. Em todos estes momentos a intervenção do enfermeiro é fundamental, pois do seu melhor desempenho advem a prevenção e tratamento de complicações, e a promoção da convalescência do doente que proporcionará uma melhoria da qualidade de vida do mesmo.



Pré-operatório	
O ensino no pré-operatório centra-se em informar o doente sobre:	<ul style="list-style-type: none">• Exames pré-operatórios;• Rotinas pré e pós-operatórias;• Técnica respiratória e de tosse;• Mobilização precoce;• Terapêuticas de suporte (Protocolos de Analgesia de Dor Aguda Pós-operatório e Terapêutica Nutricional).
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar peso e altura e hábitos alimentares;• Prestar/orientar os Cuidados de higiene (normas da CCI);• Efectuar a Preparação intestinal (conforme Protocolos institucionais);• Supervisionar a dieta pré-operatória e Jejum (conforme Protocolos institucionais);• Executar a Tricotomia (normas da CCI);• Verificar o processo operatório (Check-list conforme Protocolos institucionais);• Administrar a Terapêutica Pré-operatória (Protocolos de Diabetes, Protocolos de Antibioterapia, Protocolos Pré-anestésicos, Fluidoterapia, etc.);• Disponibilizar o apoio ao doente e família;• Identificar e acompanhar o doente ao bloco.
Intra-operatório	
Neste período, os enfermeiros tem um papel primordial, que é assegurar a assepsia cirúrgica e evitar a disseminação das células tumorais. Intervenções:	<ul style="list-style-type: none">• Posicionar o doente conforme procedimento cirúrgico;• Providenciar precauções de segurança;• Vigiar o estado neurológico, circulatório e respiratório;• Monitorizar sinais vitais;• Avaliar as diferentes drenagens: SNG, drenos, etc. (características, volume);• Executar tratamento à ferida cirúrgica;• Vigiar sinais de complicações da ferida cirúrgica;• Monitorizar a Diurese (Drenagem Vesical)• Despistar e vigiar complicações imediatas (Prevenção e tratamento das mesmas)

**Pós-operatório**

Os cuidados de enfermagem neste período dependem:

Magnitude da cirurgia; Estado clínico do doente; Necessidades específicas e Indicações terapêuticas.

No período pós-operatório imediato

- Vigiar a consciência e sinais vitais;
- Vigiar e otimizar sistemas de drenagem;
- Vigiar e executar o penso;
- Vigiar e otimizar cateteres venosos;
- Monitorizar a diurese/ Registrar o Balanço Hídrico;
- Vigiar eliminação intestinal;
- Avaliar e controlar a dor (Protocolos de Analgesia de Dor Aguda institucionais);
- Promover o conforto/posicionamentos (cabeceira cama elevada 30-45°);
- Mobilidade precoce;

No período pós-operatório tardio

- Promover a ventilação (exercícios com inspirómetro);
- Ensinar e executar posicionamentos/mobilidade precoce;
- Executar cuidados orais;
- Avaliar e controlar a dor (Protocolos de Analgesia de dor aguda institucionais);
- Vigiar e otimizar os sistemas de drenagem (gástrica, vesical, drenos);
- Vigiar eliminação intestinal;
- Vigiar penso e executar;
- Iniciar/Supervisionar dieta (tolerância e progressão), tendo em conta a cirurgia realizada, seguir prescrição médica;
- Ensinar sobre o posicionamento de decúbito elevado/sentado durante 2 horas após as refeições;
- Alimentar/ensinar sobre técnica de alimentação por sonda de jejunostomia ou nasojejunal, ao doente e prestador cuidador;
- Monitorizar a Nutrição Parentérica (Balanço Hídrico);
- Vigiar peso.

As intervenções de enfermagem no período pós-operatório centram-se na prevenção e tratamento das complicações imediatas e/ou tardias (podem surgir imediatamente após ou até meses depois da cirurgia). A prevenção destas promove o sucesso da cirurgia e melhora a qualidade de vida do doente.

Imediatas	Tardias
Hemorragia	Distúrbios Nutricionais
Infecção – Abscesso	Síndrome Pós-vagotomia
Distúrbios Hidroelectrolíticos	Obstrução Crónica da Ansa Aferente
Pancreatite Aguda	Síndrome de Dumping
Deiscência da Anastomose	Síndrome do Coto Gástrico Curto



3. QUIMIOTERAPIA

Cerca de 60% dos doentes submetidos a cirurgia podem apresentar recidiva, pelo que se preconiza a realização de QT pré-operatória. Se se verificar invasão ganglionar durante o acto cirúrgico, recomenda-se a realização de QT pós-operatória.

Existem Protocolos de QT já definidos que são ajustados de acordo com a avaliação feita ao doente.

A administração da QT sistémica, pode ser por catéter periférico ou por catéter venoso central (tipo implantofix). Os protocolos instituídos são realizados em regime ambulatório no Hospital de Dia. No entanto quando o doente está sujeito a um Protocolo terapêutico combinado, ou seja realiza QT e RT em simultâneo, para maior conforto do doente poderá ser necessário o recurso a curtos internamentos. Maioritariamente utiliza-se a combinação de quimioterapia do 5-FU com a Cisplatina e a Gemcitabina.

Ao longo do seu percurso de quimioterapia, nos diferentes ciclos previamente estabelecidos, e em função da avaliação realizada nas diferentes sessões, poderá também ser necessário o internamento, por agravamento do estado geral do doente, para optimização do mesmo.

Efeitos Colaterais da Quimioterapia

Os efeitos secundários dependem do tipo de citostáticos administrados. Salientamos os efeitos de maior incidência:

Para o 5FU

- Diarreia.
- Náuseas e vômitos ocasionais são possíveis.
- Mucosite
- Anorexia
- Fotofobia
- Alterações do paladar, gosto metálico na boca durante e após a infusão.
- Hiperpigmentação dérmica no percurso venoso através da qual a medicação é administrada, na face e tronco.
- Risco de anemia e leucopenia.

Nadir: 7-10 dias

Para a Cisplatina

- Náuseas e vômitos.
- Toxicidade renal
- Leucopenia e anemia

Nadir: 14-23 dias

Para a Gemcitabina

- Sintomas gripais: dor muscular, febre, dor de cabeça, calafrios, fadiga)
- Náuseas (leve) e Vômitos
- Fadiga
- Anorexia
- Erupção cutânea
- Anemia e trombocitopenia

Nadir: 10-14 dias

Futuras etapas

O uso de esquemas de segunda geração, que combinam o 5-FU e Cisplatina ou empregar agentes que modulam a actividade de 5-FU têm melhorado as taxas de resposta no Ca Gástrico inoperável e, em certos casos, resultaram num pequeno aumento na sobrevida.

Os progressos no tratamento da doença avançada podem ser traduzidos na melhoria do papel da quimioterapia no tratamento adjuvante. Tratamento neoadjuvante é outra área onde a quimioterapia eficaz poderia melhorar os resultados da cirurgia por *downstaging* do tumor, enquanto o papel da quimio-radioterapia continuam a ser avaliados.

Um grande ensaio chamado MAGIC avaliou a quimioterapia antes e depois da cirurgia para Ca Gástrico. Os resultados têm sido encorajadores e mostram que a quimioterapia ajuda a remover o tumor com maior sucesso diminuindo a possibilidade de recorrência.

Uma nova possibilidade de tratamento desta patologia em doença avançada são as terapêuticas biológicas, tais como o bevacizumab (Avastin) e o panitumumab (Vectibix), à quimioterapia clássica para Ca Gástrico avançado. Estes ensaios com terapêuticas biológicas trazem uma nova esperança



para retardar o crescimento do cancro avançado do estômago e ajudar a reduzir os sintomas.

Observa-se que aproximadamente 22% dos doentes com Ca Gástrico avançado apresentam tumores que expressam grande número de receptor 2 para o factor de crescimento epidermal humano (*human epidermal growth-factor receptor 2* - HER2), e que estes indivíduos mostraram significativa melhora da sobrevida geral quando o trastuzumab foi associado à quimioterapia, comparando-se aos resultados de sobrevida relacionados à quimioterapia utilizada isoladamente. Esses resultados foram considerados como “mudança na prática clínica” destes doentes para o futuro

4. RADIOTERAPIA

O tratamento adjuvante de RT deverá ser individualizado de acordo com a extensão e localização do tumor primário, gânglios envolvidos e tipo de cirurgia realizada.

Quando a RT é usada como opção apenas paliativa, os volumes a tratar restringem-se à área sintomática.

A *Toxicidade* está directamente relacionada com a lesão das células, consequência de : volume do tecido irradiado; dose total; local da irradiação; fraccionamento; tipo de irradiação e associação com outros tratamentos.

Efeitos secundários:

- Anorexia
- Náusea
- Vômito
- Paladar e Olfacto comprometido/diminuído
- Disfagia
- Odinofagia
- Esofagite
- Xerostomia
- Integridade comprometida na mucosa oral - Mucosite Oral
- Lesão por radiação na pele
- Diarreia
- Fistulas
- Enterites

5. TRATAMENTO PALIATIVO

O tratamento paliativo é a opção terapêutica para os doentes com tumores avançados e irresssecáveis cirurgicamente. A realização de QT para o alívio de sintomas tais como a dor, enfartamento, e uma possível combinação com a RT, podem ser encaradas com o recurso para a melhoria da qualidade de vida do doente.

A abordagem nutricional do doente oncológico sem possibilidades terapêuticas prende-se com o controle dos sintomas gastrintestinais decorrentes da progressão da doença ou do tratamento realizado.

A nutrição entérica é vista pelo doente e pela família como um tratamento puramente paliativo, contrariamente à nutrição parentérica. Estes aspectos psicológicos devem ser tidos em consideração quando é iniciado um suporte nutricional em ambulatório, enquadrado nos cuidados paliativos.

O suporte nutricional não tem qualquer indicação quando o doente está em fase terminal, devendo ser substituído, por exemplo, pela administração de fluidos intravenosos/subcutâneos.

6. TRATAMENTO NUTRICIONAL (TN)

Preconiza-se a avaliação do risco nutricional do doente utilizando para tal o MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

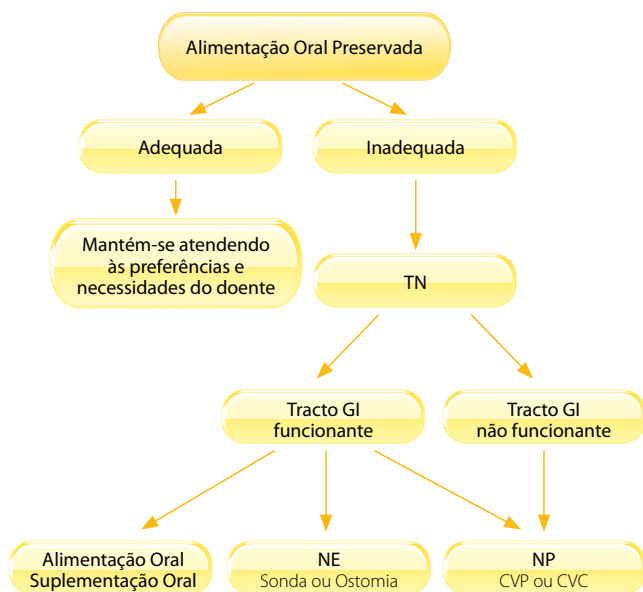
O doente com Ca Gástrico no sentido de minimizar o seu estado de desnutrição, deve o mais precocemente possível iniciar um esquema de TN. Assim, a TN tem por objectivos: promover a cicatrização, reduzir as complicações no pós-operatório, encurtar o período de convalescença e prevenir/corrigir o agravamento do estado nutricional do doente.

Tem indicação para TN no pré-operatório, em doentes com desnutrição moderada a severa, que vão ser submetidos a cirurgia do foro digestivo, e que a cirurgia pode ser adiada 7-14 dias sem prejuízo para o doente.

A TN no pós-operatório deve ser administrada a doentes em que seja previsível a impossibilidade de se alimentar por via oral durante um período de 7-10 dias.



INDICAÇÕES PARA TN



A intervenção de Enfermagem na TN implica uma monitorização contínua do plano instituído, no sentido de avaliar a necessidade de ajustar o plano inicialmente proposto, mediante a tolerância do doente. Neste contexto, o enfermeiro deve:

- ✓ Implementar o Plano Nutricional;
- ✓ Avaliar o grau de dependência do doente no alimentar-se;
- ✓ Avaliar a progressão alimentar;
- ✓ Identificar sintomas associados;
- ✓ Registar sobre a tolerância alimentar;
- ✓ Controlo analítico (bioquímica);
- ✓ Avaliar e registar o peso (frequência a definir).

Quanto ao tipo de TN a instituir, pode ser:

- Suplementação Oral
- Nutrição Entérica
- Nutrição Parentérica

(Ver em anexo algoritmo dos procedimentos na Terapêutica Nutricional)

7. ALIMENTAÇÃO NO DOENTE GASTRECTOMIZADO

A intervenção de enfermagem no momento de iniciar a alimentação no doente submetido a cirurgia gástrica, é fundamental. O ensino sobre o momento adequado e qual o esquema instituído é o alicerce para o sucesso deste processo de aprendizagem. Nesta decisão é necessário ter em conta:

- Tipo de Cirurgia
- Pós-operatório vivenciado pelo doente
- Tolerância da dieta
- Estado Nutricional do doente

O doente submetido a Gastrectomia Parcial, por indicação do cirurgião, inicia a ingestão oral ao 2º ou 3º dia pós-operatório, com dieta de líquidos claros. A progressão da dieta vai ser condicionada pela tolerância do doente, evoluindo diariamente para dieta líquida, mole e até à dieta ligeira fraccionada (ROLFES, 2008).

Na Gastrectomia Total, a ingestão oral vai iniciar-se mais tardiamente, por volta do 4º ou 5º dia pós-operatório, dependendo do restabelecimento do trânsito intestinal, sendo que a progressão do esquema de dieta é semelhante ao anterior, excepto no que respeita às quantidades administradas que serão mais fraccionadas (ROLFES, 2008). A tolerância do doente vai condicionar a sua progressão no esquema instituído, havendo por vezes a necessidade de permanecer por um período mais longo com o mesmo tipo de dieta.

O doente que possui sonda de jejunostomia, poderá iniciar nutrição entérica, o mais precocemente possível, ou seja 48h após a cirurgia, no sentido de minimizar as consequências de pausa alimentar implícitas neste tipo de cirurgia, excepto se intercorrências/ complicações no pós-operatório, nesse caso fica ao critério do cirurgião.



III. Preparação para o regresso a casa



As intervenções de enfermagem na preparação da alta hospitalar do doente submetido a cirurgia gástrica, devem ser iniciados o mais precocemente possível no sentido de avaliar as dificuldades apresentadas quer pelo doente quer pelo seu cuidador, e permitir corrigir atempadamente as mesmas facilitando o processo de reinserção do doente no seu ambiente seguro. Assim o enfermeiro deve:

- Ensinar sobre a dieta recomendada: esquema Nutricional (facultado pela Nutricionista)
- Ensinar/Supervisionar sobre dieta e hábitos alimentares (dieta fraccionada em 6 a 8 refeições diárias);
- Ensinar sobre complicações tardias, já referidas (despiste precoce das mesmas);
- Administrar Vitamina B12 (1 injeção mensal), nos doentes submetidos a Gastrectomia Total;
- Marcar Consulta de Nutrição (2 semanas e após segundo a necessidade);
- Orientar para os cuidados de saúde primários (carta de alta).

ANEXO:

TN (Terapêutica Nutricional)

Suplementos Oraís

O uso de suplementos nutricionais no período que antecede as opções terapêuticas (CIR, QT e RT), está preconizado em doentes que não conseguem com a dieta oral assegurar as suas necessidades calóricas

Intervenções

- Gerir ambiente físico durante a refeição;
- Administrar os suplementos;
- Vigiar a ingestão dos suplementos instituídos;
- Lavar a boca / Assistir a pessoa a lavar a boca;
- Supervisionar dieta.

Nutrição Parentérica

- Optimizar CVP/CVC (segundo norma);
- Preparar e Administrar a Bolsa Nutritiva (segundo prescrição);
- Optimizar máquina infusora;
- Lavar a boca / Assistir a pessoa a lavar a boca;
- Despistar precocemente complicações (verificar existência de edemas periféricos, monitorizar a glicemia capilar 6/6h, temperatura);
- Registar o Balanço hídrico e peso diário;
- Executar o exame físico nutricional diário;
- Monitorizar o aporte oferecido e o recebido efectivamente;
- Registar dados.

Nutrição Entérica (NE)

- Gerir ambiente físico;
 - Optimizar Sonda (segundo norma);
 - Alimentar a pessoa através da sonda, segundo a prescrição por bolus/contínua (segundo norma); Na alimentação contínua os frascos/sacos devem ser substituídos a cada 12 horas e as linhas nutritivas de 24-24 horas;
 - Administrar a dieta à temperatura ambiente; A preparação e administração da alimentação devem obedecer às regras de rigorosa assépsia e orientação do fabricante;
 - Lavar a boca / Assistir a pessoa a lavar a boca;
 - Ensinar sobre NE (ao doente e cuidador informal);
 - Ensinar sobre Hidratação (ao doente e cuidador informal);
 - Supervisionar dieta;
 - Despistar precocemente complicações;
- Cuidados de Enfermagem tardios na NE
- Avaliar o peso semanalmente;
 - Executar o peso semanal/mensal;
 - Monitorizar o aporte oferecido e o recebido efectivamente;
 - Vigiar a via de acesso nutricional (sonda) / Reavaliar a necessidade da mesma.



Coordenação:

Ana Paula Moreira, IPO Porto

Contribuição dos autores:

Alexandra Silva (Hosp. Figueira Foz)
Alice Monteiro (IPO Porto)
Ana Bastos (IPO Porto)
Ana Fragoço (Hospital Distrital Santarém)
Andreia Alves (Hosp. S. Francisco Xavier)
Bruno Magalhães (IPO Porto)
Carla Carapinha (Hosp. Fernando Fonseca)
Carla Miranda (IPO Porto)
Cecília Soares (IPO Porto)
Cristina Carvalho (ESSE Porto)
Domingos Reis (CLISA)
Elisabete Valério (IPO Porto)
Fátima Teixeira (IPO Porto)
Fernanda Dantas (Hosp. Fernando Fonseca)
Graça Miguel (IPO Porto)
Graciete Moreira (IPO Porto)
Isabel Mendes (Hosp. Setúbal)
Hélder Rodrigues (Hosp. S. João Porto)
Júlio Ascensão (IPO Lisboa)
Lídia Toscano (Hosp. Guimarães)
Luísa Guilherme (Hosp. Barreiro)
M. Fátima Cruz (IPO Porto)
M. Fátima Figueiredo (Hosp. S. João Porto)
M. Fátima Santos (Hospital Distrital Santarém)
M. Jesus Gonçalves (Hosp. Litoral Alentejano)
M. Jorge Freitas (IPO Porto)
M. Luísa Costa (Hosp. Setúbal)
M. Lurdes Carvalho (IPO Porto)
M. Manuela Miranda (Hosp. S. Francisco Xavier)
Mariana Martins (Hosp. Faro)
Paula Mendes (IPO Porto)
Petra Carina Neves (Hosp. Ordem terceira S. Francisco)
Paula Teixeira (Hosp. Pedro Hispano)

Painel de Discussão:

Ana Bastos (IPO Porto)
Domingos Reis (CLISA)
Fátima Teixeira (IPO Porto)
Fernanda Dantas (Hosp. Fernando Fonseca)

José Santos (IPO Lisboa)
Júlio Ascensão (IPO Lisboa)
Mariana Bicho (Hosp. Distrital Faro)

Primeira Discussão:

Simpósio Digestivos, Albufeira, Outubro 2009.

Revisão :

Simpósio Digestivos, Albufeira, Outubro 2010.

Publicação do documento :

Setembro 2011.

Bibliografia Consultada :

1. Green PH, O'Toole KM, Slonim D, et al.: Increasing incidence and excellent survival of patients with early gastric cancer: experience in a United States medical center. *Am J Med* 85 (5): 658-61, 1988. [PUBMED Abstract]
2. Brennan MF, Karpeh MS Jr: Surgery for gastric cancer: the American view. *Semin Oncol* 23 (3): 352-9, 1996. [PUBMED Abstract]
3. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al.: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 345 (10): 725-30, 2001. [PUBMED Abstract]
4. Green PH, O'Toole KM, Slonim D, et al.: Increasing incidence and excellent survival of patients with early gastric cancer: experience in a United States medical center. *Am J Med* 85 (5): 658-61, 1988. [PUBMED Abstract]
5. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al.: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 345 (10): 725-30, 2001. [PUBMED Abstract]
6. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.: Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355 (1): 11-20, 2006. [PUBMED Abstract]
7. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al.: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 345 (10): 725-30, 2001. [PUBMED Abstract]



8. (2) Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.: Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355 (1): 11-20, 2006. [PUBMED Abstract]
9. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al.: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 345 (10): 725-30, 2001. [PUBMED Abstract]
10. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.: Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355 (1): 11-20, 2006. [PUBMED Abstract]
11. Thompson GB, Van Heerden JA. Adenocarcinoma of the stomach: are we making any progress? *Lancet* 1993; 342:713-718.
12. Allum WH, Powell DJ, McConkey CC et al. Gastric cancer: a 25 year review. *Br J Surg* 1989; 76:535-540.
13. McCulloch P. Should general surgeons treat gastric carcinoma: an audit of practice and results, 1980-1985. *Br J Surg*. 1994;81:417-420.
14. Akoh JA, Macintyre IMC. Improving survival in gastric cancer: review of 5-year survival rates in English language publications from 1970. *Br J Surg* 1992;79:293-299.
15. Maruyama K, Okabayashi K, Kinoshita T. Progress in gastric cancer surgery in Japan and its limits of radicality. *World J Surg* 1987;11:418-425.
16. Siewert JR, Bottcher K, Roder JD et al. Prognostic relevance of systematic lymph node dissection in gastric carcinoma. *Br J Surg* 1993;80:1015-1018.
17. Weese JL, Nussbaum ML. Gastric cancer—surgical approach. *Hematol Oncol* 1992;10:31-35.
18. Arouca, Rafael C.S. [et al.] – Vagotomia com Píloroplastia Videolaparoscópica para Úlcera Duodenal: Por que Não?. *Revista Brasileira de Videocirurgia* 2006; 4(2):65-69.
19. Betina, Isabel [et al.] – O doente com síndrome Pós-gastrectomia. *MGF*: 2000.
20. Brunner & Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 11 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009
21. Costa, P. [et al.] – Avaliação Multifatorial da Qualidade de Vida em doentes Gastrectomizados por Cancro Gástrico. Estudo Piloto de Métodos de Avaliação. *J. Port. Gastroenterologia* 2006.
22. Couto, Gilberto [et al.] – Síndrome de Trousseau e Adenocarcinoma do coto gástrico. *Medicina Interna* 2002; 9(1): 36-38.
23. Correia, Danton – Cancer de Estômago – in [www.cirurgiadocancer.com/index.php] – pesquisa em 23-07-2011.
24. Correia, Maria Isabel T. D. [et al.] – Paradigmas e Evidências da Nutrição Peri-Operatória. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*; 32 (6), Nov/Dez, 2005. 342-347pp.
25. Kamiji, M. M. e Oliveira, R. B. – Estado Nutricional e Avaliação Dietética de Pacientes Gastrectomizados. *Arq. Gastroenterol.* 2003; 40 (2): 85-91.
26. Miranda, Andreia – Impacto da intervenção nutricional em doentes Gastrectomizados (Monografia). Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2007-2008
27. Rolfes, Sharon Rady [et al.] – *Understanding normal an clinical nutrition* – 8ª Edição. USA: Wadsworth, 2008.
28. Bankhead, Robin [et al.] and A.S.P.E.N. Board of Directors – *Enteral Nutrition Practice Recommendations (Guidelines)* – *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* Publicado online 26 Janeiro 2009 in [http://pen.sagepub.com/content/early/2009/01/27/0148607108330314]



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



AEOP • GRUPO DIGESTIVOS