

O TRATAMENTO DIETOTERÁPICO EM IDOSO COM CÂNCER HEPÁTICO: UM CASO CLÍNICO

Robson Galdino Medeiros ¹
Fernanda da Silva Santos ²
Gezaildo Santos Silva ³

INTRODUÇÃO

A Paciente M. N. S., é do sexo feminino, com 70 anos de idade, casada e residente da zona rural de Caiçara-PB, onde mora com outras cinco pessoas, atualmente encontra-se com câncer. Segundo Silva e Mura (2010), o câncer é caracterizado pelo progressivo crescimento celular anormal e por mutações intracelulares (genoma). Essas alterações podem transformar a célula normal, desregulando sua função de proliferação, diferenciação e morte. Quando o sistema de vigilância imunológica do organismo não é capaz de inibir essa frequência de mutações, o aumento da proporção das células mutantes dá origem a uma população de células cancerosas que se multiplica exponencial e descontroladamente. A divisão em demasia das células forma massas conhecidas como tumores.

Os fatores de risco associados ao câncer podem ser genéticos ou ambientais, sendo o primeiro relacionado ao surgimento de tumores na infância, e o segundo determinante nos adultos, e dentre os fatores ambientais destacam-se: Tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol, infecção por papilomavírus, uso crônico de estrógenos, obesidade e elevada ingestão de gorduras (SILVA; MURA, 2010).

De forma mais específica, a paciente é acometida com câncer hepático, e de acordo com El-Serag e Rudolph (2007), a patologia é considerada a quinta neoplasia mais comum e terceira causa de morte por câncer no mundo.

Estima-se que em apenas 20 a 30% dos casos de tumores de fígado que chegam aos centros especializados possa ser oferecido algum tipo de terapia curativa. Isso ocorre porque o diagnóstico é feito já em fase avançada da doença (BOSCH et al., 2005).

O quadro de câncer da paciente está em estado avançado, o qual, já acomete a coluna vertebral e o rim direito por metástase, sendo que o segundo já está com seu funcionamento comprometido.

A metástase é resultado da adaptação da célula cancerosa ao novo microambiente em que está instalada, sendo que as células adquirem propriedades que, além de permitirem uma boa adaptação, também favorecem sua sobrevivência e proliferação contínua. A metástase é a principal causa de morte dentre os pacientes com câncer, devido ser, talvez, o obstáculo mais difícil e incompreendido quando se trata de tumores malignos. É um processo complexo, no qual as células cancerosas disseminam-se para corpo, encontrando possíveis locais para estabelecerem novas colônias (BACAC; STAMENKOVIC, 2008).

¹ Graduado do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG
robinho_galdino@hotmail.com;

² Graduanda pelo Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG,
fernandalamonnier@gmail.com;

³ Mestrando do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG,
gilsantosnf@hotmail.com;

Para os casos em que os indivíduos recebem o diagnóstico com a doença em estágio avançado, quando não há mais tratamento curativo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve um modelo de atenção à saúde cuja essência é minimizar os efeitos adversos ou complicações dos procedimentos médicos. Seu objetivo é a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (SILVA et al, 2010).

Ademais, a paciente relatou episódios de vômitos, dores abdominais, com falta de apetite (anorexia), estando sem alimentar-se de forma regular a 2 meses. O cuidado nutricional é necessário em todos os estágios da doença e na estratégia terapêutica. Em cuidados paliativos, a nutrição tem especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Em adição, auxilia no controle de sintomas, mantém hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporais (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico com paciente idoso terminal hepático, realizado durante o estágio de Nutrição Clínica. O estágio foi realizado no setor de Nutrição e Dietética de um hospital público do estado, classificado de alta complexidade e localizado no brejo paraibano, mais especificamente na cidade de Guarabira no período de 27 de abril de 2015 à 05 de maio de 2015.

O hospital em questão é o único da cidade de Guarabira e das cidades circunvizinhas e o atendimento de emergência é dividido apenas com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) existente na mesma cidade.

O ambiente hospitalar é dividido em 7 alas, a saber: Unidade de Tratamento Intensivo (U.T.I), Alojamento conjunto (Maternidade), Clínica Cirúrgica, Clínica pediátrica, Clínica médica, Centro cirúrgico e Emergência.

A UTI é composta por 6 leitos, o Alojamento conjunto por 26 leitos, a Clínica cirúrgica por 14 leitos, a Clínica pediátrica por 12 leitos e a Clínica médica composta por 22 leitos. Os pacientes da UTI, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica médica recebem 6 refeições diárias, exceto os pacientes que encontram-se em dieta enteral alimentando-se a cada 3 horas. As pessoas admitidas nas demais alas recebem alimentação conforme a necessidade e particularidade de cada quadro clínico.

DESENVOLVIMENTO

A paciente foi admitida no setor da clínica médica do Hospital Regional de Guarabira com diagnóstico de câncer hepático. Aparentemente hipocorada, aceitando pouco a dieta (alimentando-se com pouca frequência a 2 meses), com fraqueza e referindo dor hipogástrica. Desta forma, sendo amparada por toda a equipe de profissionais de saúde de plantão.

A paciente aceitou o diálogo sobre a sua alimentação e assim foi questionada quanto a sua ingestão habitual, respondendo um inquérito alimentar com abordagem do número de refeições, horários das mesmas, tipos de alimentos consumidos e suas respectivas quantidades, modo de preparo, preferências e aversões alimentares.

De início foi notado que não seria possível fazer um recordatório de 24 horas, pois a mesma já passara dias em outros hospitais, e não vinha se alimentando de forma regular. Assim, foi feito um pequeno histórico da paciente para que fosse possível colher as informações. Foi constatado que a paciente realizava apenas as três principais refeições diárias: Desjejum, Almoço, e Jantar.

Seus hábitos alimentares podem ser considerados em parte saudáveis, já que a mesma sempre deu preferência aos alimentos naturais como frutas, verduras, temperos, leite, peixe, frango, carne bovina magra, ovos, feijão, farinha de mandioca, macaxeira, e inhame, sendo que todos esses alimentos eram obtidos do seu sítio, já que a mesma sempre residiu na zona rural de sua cidade. Porém a paciente possuía algumas irregularidades na sua alimentação como o consumo de toucinho de porco, que possui alto teor de gordura saturada, além de gostar de cozinhar carne de charque junto ao feijão sempre que podia, sendo está carne rica em sódio, e de preparar ovos no óleo, evidenciando assim, uma alimentação com significativa elevação de gordura e sódio.

A paciente relatou ter como preferências alimentares: feijão carioca, carnes brancas, e frutas de diversos tipos. Possui aversão a banana, e a bolacha. Nunca gostou muito de doces, de alimentos gordurosos além do toucinho, e de alimentos com muito sal além da carne de charque. Devido ao estado da paciente não foi possível definir as quantidades dos alimentos, pois a mesma estava sempre muito cansada, e preferimos não forçá-la falando em demasia.

Durante a entrevista o paciente relatou apresentar como doença apenas o câncer em questão, porém sem saber das demais alterações fisiológicas em decorrência do mesmo, já que os exames que comprovam a metástase haviam sido realizados a pouco tempo em hospital que a mesma estava internada anteriormente, e em clínica particular.

As causas do câncer podem ser diversas, podendo ser internas, ou externas. Entre as principais causas externas estão o fumo, o que pode ser um contribuinte para a patologia da paciente, já que a mesma relatou ter sido tabagista durante 31 anos, porém tendo deixado o vício a 25 anos. O fumo altera o funcionamento das células pelas substâncias que são disseminadas pelo corpo através de sua fumaça, e que podem fazer com que elas se multipliquem de forma desordenada originando a massa celular irregular que dá origem ao câncer.

A patologia pode estar relacionada também ao consumo de sal e gorduras encontrados na carne de charque e no toucinho e ovos fritos respectivamente que faziam parte dos hábitos alimentares da paciente, sendo os componentes inicialmente citados potenciais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente possui diagnóstico de Câncer Hepático, sendo o Câncer de forma geral, caracterizado pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo surgir quando o aumento de células do corpo está fora de controle, e se dividindo muito rápido. O câncer pode se desenvolver em qualquer órgão ou tecido, e as características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases). A paciente atualmente encontra-se com metástase renal e óssea, tendo um dos rins acometidos pelo câncer, e a coluna vertebral comprometida. Também apresenta episódios de vômitos, dores abdominais, com falta de apetite (anorexia), estando sem alimentar-se de forma regular a 2 meses.

Quanto ao seu estado nutricional, a paciente encontra-se em eutrofia (22,70 Kg/m²), segundo a classificação do IMC para idosos, porém sendo importante frisar que a mesma vem perdendo peso a nove meses.

A antropometria envolve a obtenção de medidas físicas de um indivíduo e as relaciona a um padrão que reflita o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo. Essas medidas físicas são outro componente da avaliação nutricional sendo úteis para avaliar a sobre ou a

subnutrição. Podem ser usadas para monitorar os efeitos da intervenção nutricional (MAHAN; STUMPESCOTT, 2005).

A paciente teve seus dados antropométricos como peso e altura estimados, utilizando-se as respectivas fórmulas descritas por Chumlea et al., (1988): Peso: $(AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$. Altura: $84,88 + (1,83 \times AJ) - (0,24 \times Idade)$, em vista de que a mesma se encontrava acamada, muito debilitada, e dessa maneira sem condições de ficar de pé para à avaliação. Assim, foi possível avaliar apenas seu estado nutricional através do IMC estimado, verificando que eu estado nutricional de acordo com a faixa etária era de eutrofia.

A paciente faz uso de um medicamento: Tramal, o qual é utilizado para alívio de dores corporais. O Cloridrato de Tramadol, princípio ativo do Tramal, é um analgésico que pode causar dependência se usado por muito tempo. Pode causar anorexia, perda de peso, vômitos, constipação epigástrica, diarreia, flatulência, fraqueza, sudorese, alterações visuais e ansiedade. Apresenta alterações com as vitaminas B, C e K e ácido fólico, e a dieta deve corrigir as alterações do TGI e do estado nutricional, como suplementação de vitaminas se necessário (REIS, 2004).

Ao analisar os exames foi possível observar que a paciente encontrava-se com quadro de anemia devido aos valores de hemoglobina reduzidos nos últimos meses. Vale ressaltar que estes valores obtiveram um ligeiro aumento em decorrência de transfusão de sangue. Também é possível observar que a mesma apresenta valores de leucócitos muitos elevados (leucocitose), estando relacionado a resposta imunológica realizada pelo corpo em decorrência da presença do tumor.

Os valores referentes ao colesterol total e suas frações, e triglicerídeos apresentam alterações no transcorrer dos meses, hora estando dentro da normalidade, hora estando no limite ou acima do desejado, o que não dá para caracterizar como quadro de dislipidemia, pois os mesmos mudam com frequência em decorrência do comprometimento do fígado que não consegue funcionar e assim metaboliza-los de forma adequada.

Os valores de creatinina e ureia também se apresentaram alterados, os mesmos estão relacionados ao acometimento do rim direito pelo tumor, o que compromete sua função.

Para confirmar a patologia hepática e das vias biliares, é notado a alteração do TGO, TGP, GAMA GT, Fosfatase Alcalina e Bilirrubina direta, além de a patologia poder ser confirmada, junto com o acometimento dos rins por exames de ressonância magnética e ultrassonografia.

O Gasto Energético Basal (GEB) da paciente foi calculado utilizando-se a fórmula de Haris Benedict para mulheres – HB: $MULHER = 655 + (9,6 \times P) + (1,8 \times A) - (4,7 \times I)$, seguindo-se do Gasto Energético Total – GET= $BEG \times FATOR \text{ ATIVIDADE} \times FATOR \text{ INJÚRIA}$, para pacientes hospitalizados, onde utilizou-se o fator injúria para pessoas com câncer, e o fator atividade para pessoas reclusas ao leito. Para o cálculo de necessidades de macronutrientes inicialmente foi definido os valores proteicos em gramas (g) Calorias (kcal) e porcentagem (%), sendo utilizado a recomendação para pacientes com câncer sem estresse metabólico (1 a 1,2g/kg); e os respectivos valores para carboidratos e lipídios foram os recomendados para pessoas normais (Todos os valores estão expressados no quadro abaixo). O peso utilizado para o cálculo da paciente foi o atual: 46,87 Kg, já que a paciente se encontrava dentro da eutrofia.

Embora tenha sido calculado as necessidades energéticas, e subsequentemente a quantidade de macronutrientes diárias, os mesmos não foram seguidos em decorrência do estado terminal da paciente, e de sua pouca aceitação alimentar.

Assim, o plano alimentar foi elaborado a partir da sua aceitação diária, onde sempre eram realizadas visitas antes das refeições para verificar o que a mesma gostaria de consumir,

e dentro das disponibilidades alimentícias do hospital eram atendidos os seus pedidos. A dieta era de consistência pastosa, devido ao cansaço que a paciente apresentava

Durante os dias em que a paciente foi acompanhada, percebeu-se sempre pouca aceitação da dieta em vista do quadro clínico da mesma, o qual, inibia seu apetite. Porém quando comparado sua ingestão alimentar durante o internamento com o relatado anteriormente a admissão no hospital, percebeu-se uma evolução na aceitação, pois a mesma conseguia alimentar-se, mesmo que em poucas quantidades, em todos os horários em que as refeições eram ofertadas, diferentemente de antes de sua estadia no hospital, onde a mesma estava a pouco mais de dois meses sem alimentar-se de forma regular, fato que explica a sua perda de peso relatada durante o inquérito alimentar.

Por conseguinte, foi possível observar uma ligeira melhora no aspecto alimentar, e segundo seu relato, as frutas cítricas ou o suco melhoraram o seu paladar alterado pela doença, o que influenciou diretamente na aceitação. A consistência pastosa (ou amassada) dos alimentos também facilitou a ingestão dos alimentos ofertados, já que a mesma sentia dificuldades para deglutir, e muito cansaço, o que atrapalhava durante o momento em que tentava consumir alimentos de consistência normal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao acompanhar a paciente por alguns dias foi perceptível que não haviam maneiras de melhorar seu estado nutricional em decorrência da pouca estadia no hospital devido a rotatividade, fato que interrompe um cuidado longo e continuado, e também por a mesma está em estado terminal, concluindo-se que a conduta não seria seguida à risca, e tampouco alteraria seu estado de saúde visando uma possível cura, porém serviria apenas para atenuá-lo, já que o tumor se multiplicava de forma muito rápida pelo seu corpo e assim acometia outros órgão e tecidos, o que estava deixando-a cada vez mais debilitada.

Desta maneira, o objetivo foi de forma paliativa propiciar a melhor aceitação da alimentação pela paciente, observando suas preferências, e dessa forma dar-lhe melhor conforto e dignidade no que diz respeito a alimentação.

REFERÊNCIAS

BACAC, M.; STAMENKOVIC, I. Metastatic cancer cell. The Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease. **California**, v. 3, p. 221-247, 2008.

BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1875-1882, 2009.

BOSCH, F. X.; RIBES, J.; CLERIES, R.; DIAZ, M. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. **Clin Liver Dis.**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2005.

CHUMLEA, W. C.; GUO, S.; ROCHE, A. F.; STEINBAUGH, M. L.; Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of American Dietetic Association**, v. 88, n. 5, p. 8-564, 1988.

EL-SERAG, H. B.; RUDOLPH, K. L. Hepatocellular carcinoma: epidemiology and molecular carcinogenesis. **Gastroenterology**, v. 132, n. 7, p. 2557-2576, 2007.

MAHAN, L. K.; STUMP-ESCOTT, S. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 11 ed. São Paulo: Roca. 2005. 1242 p.

REIS, N. T. **Nutrição clínica: interações.** Rubio, 2004.

SILVA, P. B.; LOPES, M.; TRINDADE, L. C. T.; YAMANOUCHI, C. N. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Dor**, v. 11, n. 4, p. 282-288, 2010.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia.** 2 ed. São Paulo: Roca. 2010. 1252 p.