

PÔSTER - SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTE SUBMETIDO À CISTECTOMIA TOTAL COM DERIVAÇÃO À BRICKER

Katia Priscila Gomes (gomespriscilak@gmail.com)

Carla Karyne Gomes Dos Santos (karyne-1313@hotmail.com)

Stephany Beatriz Do Nascimento (stephanybnascimento@gmail.com)

Amanda Moreira De Andrade Silva (amanda.andrade@ebserh.gov.br)

Nathália Carla De Andrade Pereira (nathaliacarla9@gmail.com)

Introdução: O câncer de bexiga é a quarta causa mais comum de neoplasias em homens. Fatores de risco incluem sexo masculino, idade avançada, raça branca, exposição ocupacional a produtos químicos, radiação pélvica, uso de ciclofosfamida, infecção/irritação crônica da bexiga e tabagismo. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 66 anos, hipertenso, diabético e ex-tabagista. Admitido no serviço hospitalar com diagnóstico de carcinoma urotelial de bexiga músculo invasivo recidivado há 10 anos, interna para cistectomia radical, sendo realizada a cistoprostatovesiculectomia radical com derivação à Bricker + linfadenectomia pélvica. Apresentou peso admissional de 79,9 kg, altura: 1,75m, índice de massa corporal (IMC): 26,8kg/m², circunferência braquial: 30cm, circunferência da panturrilha: 34,9cm, perda de peso 7,2kg em 3 meses. Em triagem nutricional (NRS-2002) realizada no momento da admissão, paciente apresentou risco nutricional (escore = 3). No 2º dia pós-operatório (DPO) iniciou-se dieta líquida de prova, evoluindo dieta até a consistência pastosa no 6º DPO, entretanto, cursou com distensão

abdominal e saída de secreção em ferida operatória, sendo no 8º DPO indicado iniciar Nutrição Parenteral (NP). A NP foi iniciada com 30% das necessidades nutricionais estimadas, e no 13º DPO foi alcançado aporte pleno das necessidades nutricionais, perfazendo 2796,5 calorias/dia (35 kcal/kg/dia) e 148,6g de proteína/dia (1,8g/kg/dia). Exames de imagem evidenciaram dilatação de alças intestinais, com necessidade de reabordagem cirúrgica, sendo realizado laparotomia exploratória para lise de aderências. Após reabordagem cirúrgica, manteve-se em dieta zero por via oral com sonda nasogástrica aberta, mantendo à NP em aporte pleno. No 3º DPO da reabordagem cirúrgica, reiniciou a dieta em consistência líquida, evoluindo no 5º dia para dieta em consistência pastosa. No 25º DPO por rebaixamento do nível de consciência e acidose metabólica foi encaminhado à UTI, mantendo-se em dieta zero e com NP suspensa. Exames de imagem evidenciaram acidente vascular cerebral hemorrágico à esquerda com sinais de hipertensão. O paciente evolui irresponsivo e com hemorragia intracraniana extensa, sendo iniciado protocolo de morte encefálica. No 30º DPO o mesmo veio a óbito.

Discussão: Utilizar ferramentas de triagem nutricional tem se mostrado útil como preditor de fatores de risco para complicações no PO. Além disso, ao reconhecer que a taxa de complicação em pacientes submetidos à cistectomia varia de 20 a 60%, o manejo da terapia nutricional e progressão da consistência da dieta deve ser cauteloso. Conclusão: A triagem e avaliação nutricional são fundamentais para o manejo nutricional em pacientes cirúrgicos. A implementação adequada da terapia nutricional é essencial para manutenção e recuperação do estado nutricional, além de evitar complicação em pacientes submetidos à cistectomia.