



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



Consensos & Estratégias | 2014



# Linhas de Consenso

## **OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO**

Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção



## Prefácio



O interesse da avaliação do estado nutricional do doente tem aumentado com a constatação da elevada incidência de desnutrição em doentes hospitalizados e institucionalizados. O facto tem maior relevo no caso de doentes oncológicos em que frequentemente se substitui a entrada da via digestiva por dispositivos. O processo de adaptação do doente a esta nova situação de vida requer uma intervenção dos profissionais de saúde participando activamente na sua gestão. As competências específicas de enfermagem são essenciais para a resolução de algumas das dificuldades mas, acima de tudo, o processo implica uma alteração nos padrões alimentares dos doentes que, assim, são confrontados com novas dificuldades nas suas vidas.

A discussão deste documento iniciou-se em Outubro 2012 e terminou com a sua publicação em Outubro de 2014 e pre-

tende ser orientador das melhores práticas relativamente às ostomias de alimentação.

**Ana Paula Moreira**

*Coordenação AEOP Grupo Digestivos*

### Abreviaturas

**DPOC** :: Doença Pulmomar Obstrutiva Crónica

**GI** :: Gastrointestinal

**SNE** :: Sonda Nasoenteral

**SNG** :: Sonda Nasogastrica

**SNJ** :: Sonda Nasojejunal

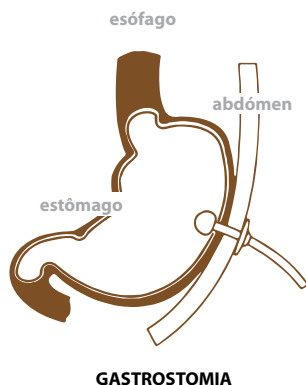
**PEG** :: Gastrostomia endoscópica percutânea

**RT** :: Radioterapia

**PR** :: Gastrostomia percutânea radiológica

**QVRS** :: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

# Ostomias de alimentação: Linhas de Consenso para uma melhor intervenção



## 1 . Ostomias de alimentação: indicações e contraindicações



Existem vários tipos de ostomias de alimentação, feitas com recurso a diferentes técnicas. A escolha da ostomia mais recomendada para o doente vai depender do diagnóstico de base, da avaliação da situação clínica e estado geral, da finalidade e durabilidade do dispositivo escolhido, da modalidade terapêutica instituída, entre outros, conforme quadro:



| TIPO DE OSTOMIA                           |                                | DEFINIÇÃO/TÉCNICA   | INDICAÇÕES   | CONTRAINDICAÇÕES   |
|---|--------------------------------|---|--|--|
| Gastrostomia cirúrgica                    | De Witzel                      | Introdução de uma sonda no estômago após incisão direta, com fixação através de uma sutura em bolsa e posterior posicionamento longitudinal da mesma através de sutura seromuscular sobre a parede gástrica. Segue-se a exteriorização da sonda através de uma contra-abertura, com fixação à pele e gastropexia do estômago ao peritôneo.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Impossibilidade de colocar uma PEG;</li> <li>Estenose orofaríngea por RT ou tumor;</li> <li>Descompressão pós-operatória, indicação específica nos doentes que não toleram ou recusam a SNG e em doentes com elevado risco de complicações pulmonares e tumores esofagogástricos irremediáveis.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Refluxo gastroesofágico;</li> <li>Esvaziamento gástrico patológico;</li> <li>Doença gástrica grave;</li> <li>Obesidade mórbida.</li> </ul>  |
|   | De Stamm                       | Técnica semelhante à de Witzel que difere na presença de um trajeto seroso a partir da sutura em bolsa, com invaginação para o seu interior. Segue-se a exteriorização da sonda, como descrito na técnica anterior.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |
|   | De Janeway                     | Criação de um tubo gástrico a partir de um retalho da parede anterior do estômago com cerca de 4 a 5 cm, tendo a grande curvatura como base. A extremidade distal do tubo é exteriorizada por contra-abertura na parede abdominal e fixa à pele.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |
| Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) | Técnica Pull (Ponsky-Gauderer) | Punção da parede abdominal sob controlo endoscópico (transiluminação) e infiltração de 5 a 10 ml de anestésico local. Incisão com cerca de 10mm de extensão, vertical, na parede abdominal. Inserção de cateter na cavidade gástrica através da incisão na parede abdominal, sob controlo endoscópico. Introdução do fio guia pelo cateter no estômago. Após apreensão do guia pelo endoscopista, com ansa, remoção conjunta do endoscópio e do guia até ao exterior da cavidade oral. Fixação da sonda de gastrostomia ao fio guia através de um nó. Tração da extremidade abdominal do guia, com passagem da sonda de gastrostomia pela faringe, esófago, parede gástrica e abdominal, até o travão interno encostar à parede gástrica. Fixação da sonda por ajustamento do travão externo. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Doentes com trato GI funcionante e com inadequada ingestão alimentar, com necessidade de alimentação artificial por um período superior a 2-3 semanas</li> <li>Doenças oncológicas (tumores estenosantes da região do ouvido, nariz e garganta ou do trato GI alto; colocada paliativamente em casos inoperáveis ou antes da cirurgia, radioterapia ou quimioterapia);</li> <li>Descompressão gástrica em indivíduos selecionados com dismotilidade GI benigna ou maligna (gastroparésia) ou obstrução (carcinomatose peritoneal).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações da coagulação</li> <li>Interposição de órgãos entre o estômago e a parede abdominal</li> <li>Patologia gástrica grave (úlceras, gastrite erosiva, varizes esofagogástricas, gastropatia portal hipertensiva)</li> <li>Patologia da parede abdominal e/ou peritoneal (infecção ou infiltração neoplásica da parede)</li> <li>Ascite volumosa</li> <li>Anorexia nervosa, psicose grave</li> <li>Esperança de vida claramente diminuída (&lt; 1 mês)</li> <li>Estenose do esófago ou faríngea ou neoplasia (dificuldade da técnica e risco de disseminação do tumor)</li> <li>Cirurgia gastrointestinal prévia (gastrectomia Billroth I ou II ou gastrectomia total), hepatomegalia e obesidade podem impedir a transiluminação da parede gástrica e consequentemente a colocação de PEG;</li> <li>Obstrução intestinal.</li> </ul> |
|   | Técnica Push (Sacks-Vine)      | Semelhante à técnica Pull. Difere apenas na inserção da sonda de gastrostomia sob o fio guia com um introdutor semirrígido até ao exterior.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |





| TIPO DE OSTOMIA                                  | DEFINIÇÃO/TÉCNICA  | INDICAÇÕES   | CONTRAINDICAÇÕES   |
|--|--|--|--|
| <b>Gastrostomia percutânea radiológica (PRG)</b> | Existem diferentes tipos de técnica para a colocação da PRG. De entre as mais utilizadas destacamos a Técnica de Seldinger, que pode ser complementada com gastroplexia.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica com capacidade de visualização por fluoroscopia nos casos de obstruções graves faríngeas e esofágicas e de sobreposição do intestino delgado ao estômago.</li> <li>• Na impossibilidade de introduzir a sonda por endoscopia.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |
| <b>Jejunostomia Cirúrgica</b>                    | De Witzel<br>Procedimento cirúrgico que estabelece o acesso do jejunum proximal através da parede abdominal.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complemento de cirurgias major abdominais nas quais envolvem ressecção gástrica que se prevê pausa alimentar muito prolongada, bem como a ocorrência de fístulas digestivas. Como exemplo, complemento à gastrectomia total, em doentes idosos, com DPOC, psicóticos e agitados, para evitar o desconforto e os riscos de utilização de SNE.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirurgia gastrointestinal prévia (gastrectomia Billroth I ou II ou gastrectomia total), hepatomegalia e obesidade.</li> <li>• Obstrução intestinal.</li> <li>• Ascite volumosa</li> <li>• Peritonite</li> <li>• Doença inflamatória intestinal</li> <li>• Após RT</li> <li>• Imuno-depressão grave</li> </ul> |
| <b>Jejunostomia endoscópica percutânea (PEJ)</b> | Procedimento semelhante à PEG. Através de enteroscópio ou colonoscópio atinge-se o jejunum e por transluminação orienta-se a punção percutânea pelo trocarer, onde se introduz um fio guia que é tracionado pelo endoscópio até à boca. Na sequência, a sonda é fixada ao fio guia e conduzida até ao jejunum. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação de doentes com tumores gástricos irresssecáveis</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |

## 2. Ostomias de alimentação: regime ambulatório ou internamento



No momento da decisão de se colocar uma ostomia de alimentação, o doente e prestador de cuidados são devidamente informados acerca do procedimento, bem como do planeamento do mesmo.

Os procedimentos podem ser realizados em regime de ambulatório ou de internamento conforme o dispositivo que se pretende aplicar (ver esquema ao lado).

No caso das ostomias cirúrgicas, pressupõe internamento e implica prestação de cuidados diferenciados.

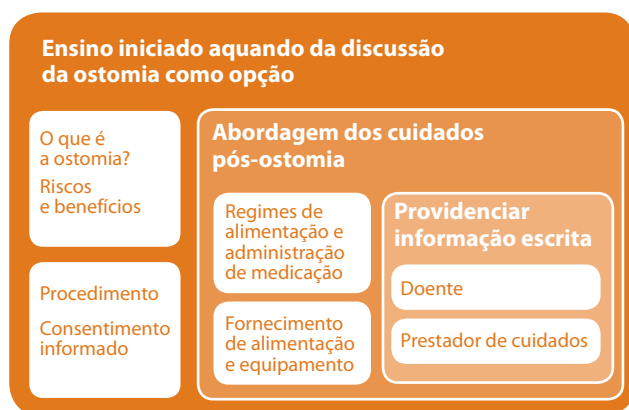


Nas ostomias endoscópicas, podem ser realizadas em regime ambulatório ou de internamento, tendo em conta a avaliação prévia do doente e execução do procedimento.



## 2.1- CONSULTA DE ENFERMAGEM

Esta consulta tem como objetivo, proporcionar um acompanhamento adequado às necessidades do doente e seu familiar no percurso, desde o pré e pós colocação da sonda da ostomia de alimentação, conforme demonstrado no esquema seguinte.



### 1.ª Consulta: Proposta de colocação da sonda de ostomia de alimentação

O processo de tomada de decisão, de optar pelo dispositivo mais adequado para o doente deve ser da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, da qual o doente e prestador de cuidados fazem parte, depois de devidamente esclarecidos sobre os benefícios e complicações implícitas ao procedimento.

Na decisão de colocar a sonda de ostomia, deve-se ter em conta:

- Situação clínica do utente
- Diagnóstico e prognóstico
- Questões éticas
- Implicações esperadas na qualidade de vida do doente
- Desejos do próprio doente.

### 2.ª consulta: Preparação para a colocação da sonda

No dia do procedimento endoscópico ou radiológico deve-se atender às seguintes considerações gerais:

- Exclusão das contraindicações e conhecer a história clínica do doente;
- Consentimento informado, após a informação sobre o procedimento invasivo;
- Jejum de pelo menos 8 horas;
- Suspensão do ácido acetilsalicílico 5 dias antes, mas pode realizar-se o procedimento quando administrado em baixas doses sem aumento das complicações;
- Não há evidência se é necessário a suspensão dos inibidores da bomba de protões ou antagonistas dos recetores H2;
- Inserir cateter periférico;
- Facultativo: Antibioterapia profilática em dose única (Cefazolina 2gr) 30 min antes do procedimento (pressupõe prescrição prévia);
- Nas crianças o procedimento é realizado sob anestesia geral e é necessário um período menor de jejum.
- Posicionamento em decúbito dorsal com a cabeça virada para o lado;
- Tricotomia da região epigástrica até ao umbigo;
- Procedimento realizado em condições de assepsia cirúrgica (lavagem das mãos, luvas esterilizadas, antisepsia da pele, colocação de campos estéreis e penso estéril, etc.)
- Anestesia (sedação endovenosa moderada, mais anestesia local)
- Realização de gastroscopia como procedimento de rotina antes da inserção da PEG

### 3.ª Consulta: Consulta de follow-up

1 semana após colocação da sonda de ostomia de alimentação:

- Avaliar a adaptação do doente/ família à ostomia;
- Avaliar o estado de conservação da ostomia;
- Avaliar o estoma e pele periestomal (despistar precocemente complicações);
- Esclarecer dúvidas do doente e família;

Um mês após a colocação da ostomia procede-se a nova reavaliação e marcação das restantes consultas de acordo com as necessidades previamente identificadas.

NOTA: Facultar documento informativo para doente e prestador de cuidados (familiar).



### 3. Ostomias de alimentação: complicações



Inerentes a qualquer procedimento, existem complicações, quer pelo risco implícito à técnica executada (complicações imediatas), e que devem ser o mais precocemente possível detetadas para um maior sucesso na sua resolução, quer pela sua realização, pela inadequada manipulação do dispositivo ou migração da sonda, entre outros fatores.

Uma intervenção adequada e eficaz perante a complicação detetada, possibilita ao doente a manutenção do dispositivo, promovendo a qualidade de vida deste.

#### COMPLICAÇÕES IMEDIATAS E TARDIAS

Após a realização do procedimento é fundamental o despiste precoce de complicações imediatas e tardias. É da responsabilidade do Enfermeiro o despiste das complicações imediatas durante o período de permanência do doente na unidade de recobro ou pós-anestésico, após o procedimento. Por outro lado, faz parte das suas competências o ensino do doente e prestador de cuidados sobre a deteção precoce das complicações tardias, bem como o procedimento adequado para a resolução do problema evidenciado.

O quadro seguinte descreve as complicações imediatas e tardias:

| TIPO DE OSTOMIA                                  |  | COMPLICAÇÕES IMEDIATAS  | COMPLICAÇÕES TARDIAS   |
|--|--|---|--|
| <b>Gastrostomia cirúrgica</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Witzel</li> <li>• Stamm</li> <li>• Janeway</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração</li> <li>• Peritonite / Sépsis</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Pneumoperitoneu</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeção</li> <li>• Evisceração</li> <li>• Prolapso gástrico</li> <li>• Obstrução gástrica por migração da sonda</li> <li>• Fuga de conteúdo gástrico</li> <li>• Dermatite</li> </ul>  |
| <b>Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pull</li> <li>• Push</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações anestésicas</li> <li>• Aspiração</li> <li>• Peritonite</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Pneumoperitoneu</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remoção prematura (&lt; 4 semanas)</li> <li>• Fístula gastrocolocutânea</li> <li>• Celulite / Fascíte necrotizante</li> <li>• Íleo paralítico</li> <li>• Migração da sonda (Buried-Bumper)</li> <li>• Implante tumoral</li> </ul> |
| <b>Jejunostomia endoscópica percutânea (PEJ)</b> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exteriorização acidental / remoção inadvertida</li> <li>• Referidas no ponto anterior</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |
| <b>Gastrostomia percutânea radiológica (PRG)</b> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor local</li> <li>• Infeção periostomal</li> <li>• Formação de tecido de granulação</li> <li>• Obstrução / Deterioração da sonda</li> <li>• Extravasamento periostoma</li> <li>• Dermatite</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referidas no ponto anterior</li> </ul>  |
| <b>Jejunostomia Cirúrgica</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Witzel</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração</li> <li>• Peritonite / Sepsis</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Pneumoperitoneu</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeção</li> <li>• Evisceração</li> <li>• Obstrução por migração da sonda</li> <li>• Fuga de conteúdo entérico</li> <li>• Dermatite</li> </ul>  |



## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES TARDIAS

É fundamental o ensino realizado ao doente e prestador de cuidados sobre o despiste precoce das complicações tardias, reforçando o comportamento a adotar, e tratamento adequado a cada problema detetado, bem como o respetivo encaminhamento para as instituições de referência, se a situação assim o exigir. O quadro seguinte descreve a prevenção e tratamento das complicações tardias:

| COMPLICAÇÕES TARDIAS                       | PREVENÇÃO   | TRATAMENTO  |
|--|---|---|
| Oclusão da sonda                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calibre adequado ao tipo de esquema</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instilar água morna</li> <li>• Bebidas carbonatadas ou enzimas pancreáticas</li> </ul>   |
| Infeção da pele                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com a pele</li> <li>• Proteção do estoma</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional de saúde (instituir antibioterapia sistémica)</li> </ul>  |
| Alargamento do estoma/ fuga de conteúdo    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com a pele</li> <li>• Proteção do estoma</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituição por sonda de calibre adequado ao estoma</li> </ul>  |
| Granulação do estoma                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o atrito entre o tubo e a pele através de uma fixação externa correta;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional de saúde</li> <li>• Aplicação tópica de corticóides, nitrato de prata e utilização de espuma de poliuretano, gel hipertónico de cloreto de sódio a 20%;</li> <li>• Trocar a sonda por um calibre inferior.</li> </ul> |
| Migração da sonda (Syndrome Buried bumper) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com a pele</li> <li>• Proteção do estoma</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar profissional de saúde (instituir antibioterapia sistémica)</li> <li>• Revisão da gastrostomia</li> </ul>  |

## CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- *Vigiar consciência e sinais vitais;*
- *Vigiar complicações (dor abdominal, hemorragia, fuga de conteúdo gástrico, etc.);*
- *Permitir que o disco de fixação externo se adapte durante a noite com baixa tração;*
- *Assegurar que o tubo tem movimentos livres suficientes > 5mm depois da primeira troca de penso;*
- *Limpar e trocar o penso diariamente;*
- *Aplicar compressa em Y debaixo do disco de fixação externo nas primeiras 48 horas;*
- *Iniciar a alimentação 1h depois de procedimentos sem complicações ou 24 horas após o procedimento – estudos não encontram diferenças nas complicações ou mortalidade a curto-prazo nos doentes que iniciaram a alimentação cedo (<4h) ou nos que iniciaram no dia seguinte; a PEG pode ser utilizada para administração de alimentação 2h após o procedimento nos adultos e 6 horas nos bebés e crianças;*
- *Esquema nutricional individual (orientação por Nutricionista);*
- *Ensino do doente e prestador de cuidados;*
- *Planear cuidados pós-procedimento e suplemento nutricional;*
- *Suporte social para o doente e sua família.*

## REMOÇÃO/SUBSTITUIÇÃO DA SONDA

Como atualmente as PEG são colocadas muito frequentemente a sua remoção também é frequente. Em alguns centros até 20-30% das PEG são removidas.

- *Indicações para remoção:*
  - *PEG de curta duração;*
  - *Infeção periestomal persistente,*
  - *Falência, quebra ou deteriorização da PEG;*
  - *Syndrome Buried bumper.*
- *A remoção pode ser realizada com orientação endoscópica ou pela técnica não endoscópica ou removidas através do orifício da pele por tração.*



- *Investigações recentes têm mostrado que os doentes podem ingerir por via oral, nutrientes imediatamente após a remoção de um sistema de PEG e que o canal de punção cicatriza rapidamente, quando coberto externamente com uma compressa estéril.*
- *É recomendado não remover os tubos de PEG dentro de dez primeiros dias após a colocação inicial, por causa da possibilidade de maior risco de complicações locais como por exemplo, peritonite durante este período.*

#### **4. Preparação para a alta: orientações para o domicílio/ continuidade de cuidados**



Na preparação da alta pretende-se orientar o doente e prestador de cuidados sobre a prevenção e controle de complicações, manipulação adequada do dispositivo no sentido de esclarecer dúvidas relacionadas com os cuidados inerentes. Assim deve-se educar e treinar o doente e cuidador sobre os cuidados inerentes, avaliando e supervisionando as suas capacidades e necessidades, complementando a informação oral com documento escrito, sobre:

##### **Dispositivo**

- **Durabilidade**
  - *As sondas de poliuretano são mais resistentes à deteriorização a longo-termo que as sondas de silicone. As infeções fúngicas são apontadas como um fator de deteriorização do silicone.*
  - *A duração média das sondas PEG é de cerca de 2 anos, mas há casos que atingiu os 10 anos.*
- **Manutenção**
  - *Lavar a sonda depois da alimentação e administração de medicação com 40 ml de água (30 a 60 ml);*
  - *Para evitar a danificação do material, o clampe deve ser reposicionado por dia ou de preferência, não se deixar aberto. A ponta do tubo deve ser limpo diariamente com água.*

##### **Cuidados à pele periestomal**

- *Observar a pele na área periestomal (hemorragia, eritema, secreção, endurecimento, reação alérgica na pele, etc.);*
- *Lavar com água e sabão neutro e secar a pele. Pode tomar banho de imersão 1 a 2 semanas após a inserção da PEG (seguir orientações do profissional).*
- *Fixação externa correta da PEG /PEJ, para evitar complicações tais como: ulceração, migração da sonda.*
  - *Aquando da limpeza inserir e rodar a sonda (diariamente);*
  - *Para verificar o disco interno puxar suavemente a sonda até sentir resistência;*
  - *Aplicar compressa em Y sobre o travão externo nas primeiras 24h a 48h;*
  - *Reposicionar a sonda na distância recomendada do abdómen (1 cm);*
  - *Marcar na sonda com uma caneta o ponto onde se situa o disco de fixação externo;*
  - *Avaliar essa distância com o doente na posição de sentado e de pé e se o doente aumentar de peso;*
  - *Se ocorrer complicações: problemas do estoma (drenagem ou perda de líquido pelo estoma) ou da pele aplicar uma compressa com orifício debaixo do disco de fixação externa, para evitar maceração, Limpar e trocar o penso diariamente e/ou sempre que necessário;*
  - *Fixação externa correta da Gastrostomia e Jejunostomias (cirúrgicas) para evitar complicações tais como: exteriorização da sonda, deve verificar a integridade do ponto de sutura de fixação da sonda à parede abdominal e aplicar um penso diariamente de proteção para garantir a segurança da sonda.*
  - *Nas PRG a fixação externa correta da sonda, para evitar complicações (exteriorização da sonda e hemorragia), deve verificar a integridade dos pontos/ discos de três de fixação da sonda à parede abdominal e aplicar um penso diariamente de proteção para garantir a segurança da sonda. Estes pontos “caem” de 1-2 semanas, caso tal não aconteça devem ser removidos. O penso de proteção deve se manter até à conclusão deste processo de cicatrização.*





## Dieta/Esquema

Esta preconizado que o doente portador de uma ostomia de alimentação seja orientado por Nutricionista, de forma esclarecer o doente e prestador de cuidados qual o esquema nutricional mais adequado ao dispositivo que possui, assim como a sua monitorização a posteriori do seu estado nutricional.

Do esquema nutricional pode constar:

- **Tipo de administração**
  - Bólus ou intermitente
  - Contínua
- **Tipo de dieta e hidratação**
  - Domiciliária (líquida, seguir indicações do nutricionista sobre a sua preparação)
  - Suplementos alimentares
  - Fórmulas entéricas

Seguir orientações da Nutricionista que institui o esquema nutricional. O doente deve ser pesado semanalmente.

## Cuidados na administração de alimentação e medicamentos:

- Elevar a cabeceira a 45° a todos os doentes com nutrição entérica exceto se for contraindicado;
- Avaliar o resíduo gástrico frequentemente quando se inicia a alimentação e quando esta se mantém; se o volume exceder 200ml em 2 avaliações sucessivas rever esquema nutricional;
- Após a avaliação do volume residual nos adultos, este deve ser reintroduzido e após, lavar a sonda com 30ml de água morna;
- Lavar a sonda com 30 ml de água morna a cada 6 horas na administração contínua de alimentação ou antes e depois de alimentação intermitente e administração de medicação nos adultos;
- Administrar medicação isoladamente da alimentação e efetuar hidratação entre as administrações de alimentação;
- Utilizar uma bomba infusora quando for necessário administrar lentamente a fórmula e responder rapidamente aos alarmes.
- Realizar a higiene oral diariamente.

## Preparação para o domicílio (Consulta de Enfermagem)

### PREPARAÇÃO PARA O DOMICÍLIO

Ensinar e treinar o doente e prestador de cuidados

Iniciar no ensino pré-procedimento

Mais intensificado na colocação do dispositivo

Avaliação e validação nas visitas de monitorização

Enfermeiro

Nutricionista

Sobre a manipulação do dispositivo

Cuidados com a pele e estoma

Cuidados orais

Tipo de dieta e sua administração

Fornecimento de equipamento e alimentação

Administração de medicamentos

Lavagem da sonda após a sua utilização

Solução de Problemas : oclusão da sonda, troca da sonda, problemas da pele e estoma, falta de equipamentos, etc.

Monitorização e apoio contínuo

Números de contacto



**Coordenação:**

Ana Paula Moreira, IPO Porto

**Contribuição dos autores:**

Carla Miranda (IPO Porto)  
Cláudia Cavaco (CH Algarve)  
Emília Cunha (IPO Porto)  
Fátima Teixeira (IPO Porto)  
Helena Magalhães (IPO Lisboa)  
Joana Ferreira (IPO Coimbra)  
M. Conceição Faria (ESS Algarve)  
M. Jorge Freitas (IPO Porto)  
Patricia Matos (IPO Lisboa)  
Paula Teixeira (Hosp. Pedro Hispano)  
Sara Jorge (Hosp. Faro)  
Sara Machado (IPO Porto)  
Sílvia Ferraz (IPO Porto)  
Sónia Palla Alves (Hospital Arrábida)

**Publicação do documento:**

Outubro 2014.

**Bibliografia:**

1. ARORA, Gaurav – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement. Medscape Reference, Maio, 2011. in [<http://emedicine.medscape.com/article/149665-overview>].
2. ASGE (2010) – The role of endoscopy in enteral feeding.
3. ASGE (2010) – Enteral nutrition access devices.
4. BENNETT, et al. – Artificial Hydration and Nutrition: A Practical Approach to Discussion and Decision-Making. South Dakota Medicine, Especial Edition 2008.
5. BEST, Carolyn – The correct positioning and role of na external fixation device on a PEG. Nursing Times May 2004, 100(18):50-1.
6. BURTON, et al. – Home Enteral Tube Feeding for Adults with a Learning Disability. The British Dietist Association, 2008.
7. CAPPELLANES, et al. – Gastrostomia Endoscópica Percutânea. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, 2010.
8. CUNHA, Jorge – A autonomia e tomada de decisão no fim de vida (Dissertação de Mestrado). Porto: UMP, 2004.
9. DUSZAK, Richard – Percutaneous Gastrostomy and Jejunostomy. Medscape Reference. Março, 2012. in [<http://emedicine.medscape.com/article/1821257-overview>].
10. GONÇALVES, J. A. Saraiva Ferraz – A BOA MORTE: Ética no fim de vida (Dissertação de Mestrado). Porto: UMP, 2006.
11. JACOBUS, Bruna – Conhecimento dos pacientes sobre as orientações para realização de endoscopia digestiva. Novo Hamburgo: Universidade de Feeval, 2011.
12. LÖSER, et al. – ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition – Percutaneous endoscopic gastrostomy. Clinical Nutrition 2005 24:848-861.
13. LYON, Stuart e PASCOE, Diane M. – Percutaneous Gastrostomy and Gastrojejunostomy. Seminars in Interventional Radiology. 2004 21(3): 181-189.
14. MELLO, Gustavo FS e MANSUR, Gilberto Reynaldo – Gastrostomia endoscópica percutânea: técnicas e aplicações. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
15. MOHAMED, et al. – Vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral. Cir Esp 2006, 79(6):331-341.
16. MUHAMMAD, et al. – Acceptability and outcomes of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement-patients' and care givers' perspectives. BMC Gastroenterology 2006, 6:37.
17. O'TOOLE, Paul – Ethical Guidelines for PRG Insertion. January, 2004.
18. SARTORI, et al – Longevity of silicone and polyurethane catheters in long-term enteral feeding via percutaneous endoscopic gastrostomy. Aliment Pharmacol Ther 2003, 17:853-856.
19. SCHNEIDER, Philip – Nutrition Support Team: Na Evidence-Based Practice. Nutrition in Clinical Practice February 2006, 21:62-67.
20. SPRING, Silver (2010) – Nutrition Support ethic examined in ASPEN's latest position paper, in [[www.nutritioncare.org/](http://www.nutritioncare.org/)].
21. YAMADA, et al. – Granuloma em Gastrostomia: Uma alternativa inovadora de tratamento. Revista Estima 2004, 2 (4):11-14.





Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



**AEOP • GRUPO DIGESTIVOS**