

# CONSENSUS PAPER **OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO**



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

## COORDENAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

**Pedro Miguel Madaleno Cardoso**, Serviço de Especialidades Cirúrgicas 1, Instituto Português de Oncologia de Coimbra

## CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

**Pedro Miguel Madaleno Cardoso**, Serviço de Especialidades Cirúrgicas 1, Instituto Português de Oncologia de Coimbra

**Luís Miguel Espírito Santo Rosa**, Serviço Núcleo de Exames Especiais, Hospital Espírito Santo Évora.

**Susana Sofia Abreu Miguel**, Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e ORL e Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Lucinda de Lurdes Ramalho Pires**, Serviço de Consultas Externas, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Sandra Ferreira Santos**, Serviço de Especialidades Cirúrgicas 1, Instituto Português de Oncologia de Coimbra

## GRUPO DE PERITOS

**Conceição Craveiro**, Serviço de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra

**Davide Fernandes**, Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

**Fátima Francisco**, Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Filipa Tavares**, Especialidades cirúrgicas e consulta de Estomaterapia, Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

**Inês Aljustrel Guerreiro**, Serviço de Exames Especiais - Técnicas de Gastro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

**Lucinda Marques**, Estrutura Residencial para Idosos, Santa Casa de Montemor-o-Novo

**Martinha Rosa Varela Silveira**, Serviço Gastrenterologia, Hospital Distrital Santarém

**Silvia Ferraz**, Serviço de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

**Susana Costa**, Consulta Externa - Consulta de Estomaterapia, Centro Hospitalar e Universitário São João

**Tânia Raposo**, Unidade de Exames Especiais, SAMS

## REVISÃO FINAL DO DOCUMENTO

**Bruno Magalhães**, UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Jorge Freitas**, IPO Porto

**Ana Paula Amorim**, ULS Alto Minho

## ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO

**Cardoso P.; Rosa L.; Miguel S.; Pires L.; Santos S.;**  
Consensos Paper - Ostomias de Alimentação. Associação  
Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2023.

**ISBN** 978-989-53475-6-8

# Índice

<b>I. Preâmbulo</b>	<b>3</b>
<b>II. Metodologia utilizada</b>	<b>4</b>
<b>III. Intervenção à pessoa submetida a ostomia de alimentação</b>	<b>6</b>
1. Conceitos	6
2. Indicações	8
3. Contraindicações	10
4. Complicações	10
5. Intervenção de enfermagem	14
<b>IV. Conclusão</b>	<b>18</b>
<b>V. Referências Bibliográficas</b>	<b>19</b>



# I. Preâmbulo

Existem situações em que, pela elevada incidência de desnutrição e por comprometimento da via oral, torna-se necessário a opção por dispositivos que garantam um adequado aporte nutricional.

Inicialmente descritas em 1980, as Gastrostomias endoscópicas percutâneas (PEG), tornaram-se amplamente utilizadas para fornecer suporte nutricional entérico a pessoas incapazes de se alimentarem ou hidratarem por via oral, mas com as funções de absorção e motilidade intestinal preservadas. Para estas situações, as PEGs são uma alternativa mais simples, segura e económica à nutrição parentérica artificial e às sondas nasogástricas, oferecendo para além disso uma melhoria na qualidade de vida.

A tomada de decisão sobre a colocação de uma ostomia de alimentação deve envolver uma equipa diferenciada e dedicada, tendo por base critérios pré-estabelecidos <sup>(2)</sup>. Esta equipa multidisciplinar pode e deve envolver profissionais de diferentes áreas dos cuidados de saúde, tanto nos cuidados hospitalares como nos cuidados de saúde primários. Esta equipa e a sua articulação é essencial na gestão das indicações, contra-indicações, deteção precoce de complicações e todos os cuidados necessários, contribuindo para a melhor qualidade de vida destes doentes e família.

Numa perspetiva de capacitação do doente e família/cuidador, as intervenções, ao privile-

giar a informação, a educação e o envolvimento, potenciam comportamentos de autogestão, favorecendo assim a reconstrução da autonomia da pessoa com ostomia de alimentação.

Este documento resulta de um estudo promovido pelo Workgroup OncoCirurgia da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AeOP), com a finalidade criar uma Ferramenta educacional sobre as recomendações, baseadas em evidência científica recente, para a conceção e implementação de cuidados à pessoa com doença oncológica que se depara com a necessidade de viver com uma ostomia de alimentação.

## II. Metodologia utilizada

Numa primeira fase optou-se por uma abordagem com recurso a técnica de Focus Group, com o objetivo de definir os conteúdos base na construção do documento: “Consensos Paper-Ostomias de Alimentação”. Na reunião, em sessão única com recurso a plataforma virtual no dia 20 de maio de 2021, participaram um elemento da direção da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), a coordenadora do Workgroup OncoCirurgia da AEOP, três elementos dinamizadores deste projeto e três elementos que pela sua representatividade e experiência na área em análise foram considerados peritos. Desta primeira fase emergiu uma proposta para a estrutura inicial do documento.

Numa primeira fase, foi realizada uma revisão da literatura que teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa portadora de ostomia de alimentação. Realizou-se uma pesquisa em bases de dados CINAHL®, MEDLINE®, com as palavras-chave: *Gastrostomy OR Jejunostomy AND Nurs\**, no resumo, de todos os artigos publicados entre 2010 e 2021, resultando em 245 artigos para análise preliminar de títulos e resumos. Para decisão de inclusão ou exclusão cada artigo foi revisto por dois investigadores de forma independente. Destes, foram incluídos 42 artigos para análise de texto completo, aos quais foram adicionados posteriormente cinco outros

documentos estruturantes pela sua pertinência, provenientes das referências consultadas, onde se incluiu a norma da Direção Geral de Saúde<sup>(1)</sup> para análise mais detalhada pelo grupo de trabalho, nomeadamente focando-se nas seguintes temáticas: técnica de colocação, tipo de dispositivo, indicações, contra-indicações, cuidados de enfermagem (pré-procedimento, durante o procedimento, follow-up, outro), complicações (imediatas e precoces, tardias), remoção e substituição, imagens e outros.

As intervenções de enfermagem foram organizadas num questionário (em cada uma das questões foi avaliada com uma escala do tipo Likert que varia de 1 [discordo totalmente] a 5 [concordo totalmente]), sobre os Cuidados de Enfermagem à pessoa portadora de ostomia de alimentação em diferentes fases pré e pós-ostomia, como: avaliação inicial (pré-ostomia), Intervenções durante a colocação, Preparação para a alta, e seguimento posterior. Foi construído um documento com as temáticas supracitadas, onde se incluíam as intervenções de enfermagem identificadas na literatura científica, que foram posteriormente submetidas a validação de peritos, através da criação de um questionário, disponibilizado em plataforma online e enviado a sete peritos na área, para, através da aplicação da técnica de Delphi se determinar o nível de consenso, pretendendo-se desta forma validar o seu conteúdo. Os peri-

tos foram selecionados pela sua competência específica em cuidados à pessoa portadora de ostomia de alimentação, com experiência profissional de pelo menos 5 anos e com formação específica na área. Considerou-se o valor percentual de 75% como nível de concordância entre os peritos para o nível de consenso, pela análise dos resultados obtidos. Foram recolhidas sugestões e comentários às intervenções de enfermagem que constavam do questionário. Após duas rondas de validação pelos peritos, obteve-se consenso sobre as intervenções de enfermagem para a prestação de cuidados e para a promoção do autocuidado na pessoa portadora de ostomia de alimentação.





## III. Intervenção à pessoa submetida a ostomia de alimentação

### 1. CONCEITOS

As ostomias de alimentação designadas de gastrostomias ou jejunostomias são “novas” aberturas criadas entre o estômago/jejuno e a parede abdominal <sup>(1)</sup> que permitem manter o aporte nutricional a médio e longo prazo, por via entérica (digestiva).

**Gastrostomia** é a abertura artificial que faz comunicar o estômago com a parede abdominal, tendo por objetivo a criação de uma fístula artificial gastro cutânea, onde é colocada uma sonda dentro da cavidade gástrica <sup>(1)</sup>. Temos as:

- **Gastrostomia Cirúrgica Percutânea** - PSG - colocação / realização com técnica cirúrgica <sup>(3)</sup>.
- **Gastrostomia Endoscópica Percutânea** - PEG – colocação/ realização com apoio endoscópico <sup>(3)</sup>.
- **Gastrostomia Endoscópica Percutânea com extensão jejunal** - PEG-J - colocação de extensão mais estreita até ao jejuno através da PEG existente <sup>(3)</sup>.
- **Gastrostomia de Inserção Radiológica** – colocação/ realização com orientação radiológica <sup>(3)</sup>.

**Jejunostomia** é um processo do qual resulta a abertura artificial de uma fístula do jejuno para a parede abdominal, levando à criação de um estoma <sup>(1)</sup>. Temos as:

- **Jejunostomia Cirúrgica Percutânea** - PSJ - colocação / realização com técnica cirúrgica <sup>(3)</sup>.
- **Jejunostomia Endoscópica Percutânea** - D-PEJ - colocação / realização com apoio endoscópico <sup>(3)</sup>.

#### Diferenciação entre as técnicas de colocação

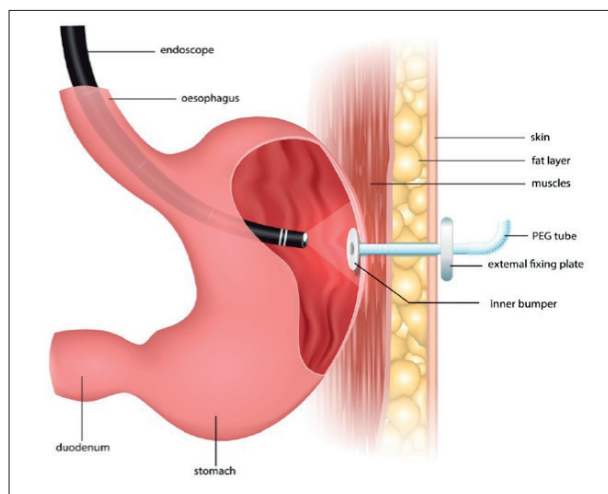
A técnica de colocação de uma sonda de gastrostomia ou de jejunostomia pode ser cirúrgica (via aberta/laparotomia ou laparoscópica) ou percutânea (com apoio endoscópico ou radiológico) <sup>(1)</sup>. O procedimento é realizado sob anestesia local (com ou sem sedação leve) ou sob anestesia geral <sup>(2)</sup>.

No caso da gastrostomia cirúrgica, a técnica implica uma incisão cirúrgica no estômago através da cavidade abdominal por onde é inserido a sonda de gastrostomia <sup>(3)</sup>.

As PEG, de entre as várias técnicas de colocação de ostomias de alimentação, são as mais utilizadas, pelo seu baixo custo e método de colocação menos invasivo. A PEG assegura a aproximação do estômago à parede abdominal, sem necessidade de laparotomia <sup>(4)</sup>. As técnicas de colocação de PEG mais frequentes são as de pull e push, sendo recomendada preferencialmente a técnica pull, utilizando-se a push sempre que a anterior esteja contraindicada (nomeadamente em doentes com tumores da cabeça e pescoço e esófago e situações de estenose esofágica) <sup>(5)</sup>.



A técnica pull <sup>(6,7)</sup> consiste na punção da parede abdominal sob controlo endoscópico com recurso a transiluminação, inserção de um cateter na cavidade gástrica através de uma incisão na parede abdominal, e introdução do fio guia pelo cateter no estômago. Remoção conjunta do endoscópio e do guia até ao exterior da cavidade oral com a fixação da sonda de gastrostomia ao fio guia através de um nó. Procede-se à tração da extremidade abdominal do guia, com passagem da sonda de gastrostomia pela faringe, esófago, parede gástrica e abdominal, até o travão interno (campânula) encostar à parede gástrica. A fixação da sonda é por ajustamento do travão externo <sup>(3,7)</sup>, como se pode observar na Figura 1.



**Figura 1.** Técnica de colocação da PEG.

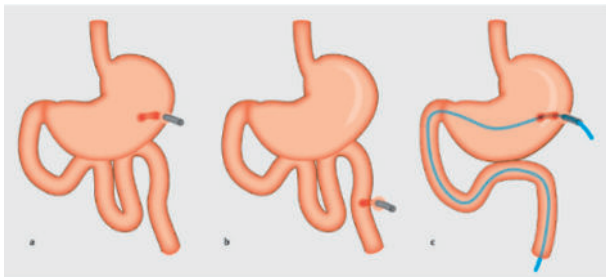
Fonte: Adaptado de Palmer, 2021 <sup>(8)</sup>

O método push é idêntico ao anterior no que se refere ao controlo endoscópico e à introdução do fio guia, após, requer a punção do estômago realizando uma gastropexia, favorecendo desta forma a fixação do estômago à parede abdominal. Entre estas duas fixações, uma cânula de punção é colocada até ao estômago e a sonda de alimentação é através dele. Posteriormente, a cânula de punção é removida. O balão de fixação intragástrico é preenchido com uma seringa com líquido indicado pelo fabricante para evitar a sua deslocação. As suturas serão removidas após alguns dias. Esta técnica evita a passagem da sonda PEG ao longo do trato digestivo superior do doente <sup>(9)</sup>.

Em alternativa, a gastrostomia pode ser colocada com apoio radiológico designando-se de Gastrostomia Percutânea Radiológica. Esta técnica requer a introdução de uma sonda nasogástrica para insuflar o estômago de ar, seguindo-se a introdução do tubo de gastrostomia através da parede abdominal. Para confirmar radiologicamente a sua correta localização, é administrado produto contraste através da sonda de gastrostomia e de seguida é insuflado o balão com água permitindo a sua fixação <sup>(3)</sup>.

A opção por uma jejunostomia é indicada nos doentes com história de obstrução gástrica, gastroparésia grave ou refluxo e aspiração do conteúdo gástrico <sup>(10)</sup>. Lex e colaboradores

<sup>(11)</sup> refere que em situações em que o risco de aspiração é elevado, existe ainda outra opção, que é a de implementar uma extensão até ao jejuno através da PEG pré-existente (PEG-J) <sup>(11)</sup>. Na Figura 2 podem observar-se os diferentes acessos endoscópicos percutâneos para as ostomias de alimentação.



**Figura 2.** Diferentes acessos endoscópicos percutâneos ostomias de alimentação entérica: a) gastrostomia endoscópica percutânea (PEG); b) jejunostomia endoscópica percutânea direta (D-PEJ); c) acesso gástrico com extensão jejunal (gastrostomia endoscópica percutânea com extensão jejunal [PEG-J]).

Fonte: Adaptado de Arvanitakis et al., 2021 <sup>(11)</sup>

### Tipos de Dispositivos

Atualmente as sondas de gastrostomia são de poliuretano com diâmetro variável, lúmen oco e com diferentes sistemas de fixação, através de uma campânula em formato de cogumelo, que permite a fixação no interior da parede gástrica ou através de um balão <sup>(7,12)</sup>. Externamente a sonda possui uma placa de fixação ajustável que habitualmente é feita de um silicone macio

<sup>(7)</sup>. Preferencialmente devem ser usadas sondas de poliuretano porque se deterioram menos que as sondas de silicone <sup>(13)</sup>.

A gastrostomia tipo botão é utilizada preferencialmente em doentes jovens, mais ativos, na medida em que se torna esteticamente mais confortável ou em doentes com maior risco de remoção acidental <sup>(13)</sup>. Coloca-se apenas num estoma devidamente cicatrizado / maturado, (habitualmente 2 a 4 semanas após a colocação da PEG) e apresenta-se em linha com a parede abdominal <sup>(13)</sup>.

## 2. INDICAÇÕES

A colocação de uma ostomia de alimentação pode ser indicada em pessoas com situações reversíveis, em que é expectável a remoção a curto / médio prazo ou em situações em que se prevê a sua utilização a título definitivo <sup>(14)</sup>. Fundamentalmente a indicação principal passa por manter o aporte nutricional <sup>(14,15)</sup>.

Pode ser critério de realização da ostomia de alimentação, a necessidade de suporte nutricional entérico por um período superior a 4 semanas <sup>(9)</sup>. Também, quando o aporte nutricional por via oral não é suficiente pode recorrer-se ao uso da ostomia de alimentação, para complementar as necessidades nutricionais <sup>(16)</sup>.

Na Tabela 1 podemos considerar diversas situações em que o recurso a uma ostomia de alimentação está indicado:

**Tabela 1. Patologias com indicação para ostomia de alimentação**

PATOLOGIA	
<b>Neurológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral com disfagia associada<sup>(8, 17, 18)</sup></li> <li>• Distúrbios neurológicos que afetam a deglutição<sup>(18–20)</sup></li> <li>• Demência<sup>(17,21,22)</sup></li> </ul>
<b>Neurodegenerativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerose múltipla<sup>(3,17,23)</sup></li> <li>• Doença do neurónio motor<sup>(3,7,24)</sup></li> <li>• Doença de Parkinson<sup>(3,20,23)</sup></li> <li>• Doença de Huntington<sup>(3)</sup></li> </ul>
<b>Oncológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores da cavidade oral e orofaringe<sup>(3,17,18)</sup></li> <li>• Tumores cervicais<sup>(18,23,25)</sup></li> <li>• Tumor do esófago<sup>(8,17,23)</sup></li> <li>• Em tratamento de Radioterapia (área de boca, garganta, esófago)<sup>(3,14,26)</sup></li> <li>• Em tratamento de Quimioterapia (área de cabeça e pescoço)<sup>(26)</sup></li> <li>• Fístula esofágica<sup>(27)</sup></li> </ul>
<b>Outras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumas e lesões na cabeça, resultando em dificuldade na deglutição devido à alteração do estado de consciência ou fratura faciais<sup>(3,14,18)</sup></li> <li>• Submetidos a cirurgia, incluindo operações no rosto, pescoço, garganta, esófago ou estômago<sup>(19,26)</sup></li> <li>• Distúrbios idiopáticos da deglutição<sup>(3,8)</sup></li> <li>• Anorexia<sup>(8,14,19)</sup></li> <li>• Má absorção<sup>(8,19)</sup></li> <li>• Catabolismo excessivo<sup>(8)</sup></li> <li>• Obstrução Gastro Intestinal superior<sup>(19)</sup></li> </ul>

### 3. CONTRAINDICAÇÕES

A história clínica do doente deve ser cuidadosamente analisada verificando fatores de risco e/ou diagnósticos que possam tornar o procedimento inviável ou aumentar o seu risco. Deve ser analisado também a capacidade de o doente colaborar durante o exame (procedimento), nomeadamente, a capacidade de abrir a boca e se manter na posição adequada. Deve ser tomado em linha de conta a capacidade e vontade do doente e cuidadores em cumprir com o programa alimentar e em assegurar do ponto de vista organizacional e social que as condições necessárias estão garantidas <sup>(2)</sup>.

Em termos de contraindicações destacam-se a obesidade grave, ulceração gástrica ativa, gastrectomia total ou parcial, tumores de esófago que impeçam a passagem de um endoscópio <sup>(19)</sup>.

A opção pela colocação de PEG está contraindicada quando o existe obstrução ou anomalia que não permite a passagem do endoscópio, e em condições como varizes gastro-esofágicas, ascite maciça, hipertensão portal, coagulopatia, hepatomegalia grave, cirurgia gástrica anterior ou outras anomalias do sistema gastrointestinal <sup>(28)</sup>.

As contraindicações para a colocação de PEG podem ser absolutas, como interposição do cólon; gastrectomia parcial ou subtotal; ascite maciça; hipertensão portal (varizes gástricas); diálise peritoneal; patologia gástrica ativa; dis-

túrbios de coagulação; sepsies; doença cardiorrespiratória que impede a endoscopia; estenose pilórica; sobrevida esperada <2 meses (onde é preferível uma SNG) <sup>(9,14)</sup>, e hepatomegalia <sup>(15)</sup>; ou devido a “problemas locais” (dificultando o acesso ao trato gástrico) como obstrução ou estenose esofágica; gastrectomia total; obesidade extrema; laparotomia mediana anterior (pode dificultar a localização do local de punção) <sup>(9,14)</sup>.

### 4. COMPLICAÇÕES

As complicações das ostomias de alimentação podem ser resultantes da técnica de colocação, ou do seu manuseamento. A National Patient Safety Agency (2010), desenvolveu um conjunto de alertas onde se incluem sinais e sintomas que podem estar associados a complicações urgentes e para as quais o doente deve procurar ajuda, de forma geral, para todas as ostomias de alimentação. Destacam-se como principais alertas <sup>(29)</sup>:

- Dor intensa, que não alivia com analgesia e agrava com a manipulação do tubo;
- Hemorragia recente (procurar realizar pensos pequenos para vigiar a hemorragia);
- Leakage (extravasamento de conteúdo gástrico) pelo local de inserção do tubo;
- Alterações hemodinâmicas súbitas (sinais vitais, sudorese, palidez, etc.);
- Mudança no nível de resposta ou comportamento do doente.

As principais complicações associadas à colocação ou manutenção de uma ostomia de alimentação, bem como as causas inerentes e intervenções de prevenção ou resolução foram sintetizadas na Tabela 2.

**Tabela 2. Complicações da PEG: Causas estratégias de prevenção e intervenção**

PROBLEMA	POSSÍVEL CAUSA	PREVENÇÃO/RESOLUÇÃO
<b>Fasceíte necrosante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necrose superficial da fáscia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiótico de amplo espectro;</li> <li>Desbridamento cirúrgico.</li> </ul>
<b>Hemorragia do local da punção ou mucosa gástrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão do vaso circundante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar compressão hemostática, aumentando a tração da sonda;</li> <li>Se não parar remover a sonda e realizar coagulação endoscópica.</li> </ul>
<b>Aspiração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiração de conteúdo refluído do estomago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevar a cabeceira da cama;</li> <li>Respeitar os princípios da técnica de alimentação entérica;</li> <li>Se ocorrer aspiração, a alimentação deve ser interrompida, iniciar cinesioterapia e prescrição de antibioterapia.</li> </ul>
<b>Lesão ou infecção na pele peri estoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pressão excessiva no estoma;</li> <li>Falta de higiene peri estoma;</li> <li>Saída de conteúdo gástrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustar a distância entre o anel externo e o estoma</li> <li>Limpar o estoma de acordo com as normas</li> <li>Aplicar compressa de tecido não tecido por baixo do anel externo e troque diariamente</li> <li>Consultar um enfermeiro com experiência e formação específica de cuidados em estomaterapia</li> </ul>
<b>A sonda não consegue ser girada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonda fixa na parede abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Girar e empurrar a sonda suavemente para dentro. Se não conseguir virar, remover e substituir a sonda.</li> </ul>

PROBLEMA	POSSÍVEL CAUSA	PREVENÇÃO/RESOLUÇÃO
<b>Obstrução do tubo da PEG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de alimentos secos ou medicamentos que obstruem tubo;</li> <li>• Falta de administração de água após e entre a administração de medicamentos e/ou alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar sempre água após administração de alimentos ou medicamentos;</li> <li>• Administrar água morna com a seringa;</li> <li>• Evitar colocar objetos através do lúmen na tentativa de desobstruir para evitar a rutura do tubo ou perfuração do estomago;</li> <li>• Administrar enzimas pancreáticas misturadas com bicarbonato solução se solicitado;</li> <li>• Se não conseguir resolver a obstrução o tubo precisa de ser substituído.</li> </ul>
<b>Exteriorização da sonda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saída do tubo acidental ou voluntária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir imediatamente o tubo;</li> <li>• Se não tiver disponível imediatamente, colocar algália foley temporariamente através do estoma.</li> </ul>
<b>Náuseas e/ou vômitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta osmolaridade da fórmula;</li> <li>• Infusão excessivamente rápida;</li> <li>• Intolerância à lactose;</li> <li>• Excesso de gordura na dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diluir adequadamente fórmula;</li> <li>• Retornar à taxa de infusão anterior;</li> <li>• Providenciar dieta sem lactose;</li> <li>• Usar dieta com baixo teor de gordura.</li> </ul>
<b>Diarreia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solução hiperosmolar;</li> <li>• Intolerância à lactose;</li> <li>• Má absorção de gordura;</li> <li>• Dieta Fria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar dietas isotónicas e/ou diluir as hipertónicas;</li> <li>• Suprimir a lactose;</li> <li>• Usar fórmulas com baixo teor de gordura.</li> </ul>
<b>Obstipação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente ingestão de líquidos;</li> <li>• Insuficiente ingestão de fibras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar líquidos em quantidades adequadas;</li> <li>• Aumentar a quantidade de fibra na fórmula nutricional.</li> </ul>

Fonte: Adaptado e traduzido de (Friginal-Ruiz & Lucendo, 2015) <sup>(14)</sup>

Da revisão da literatura efetuada emergiram outras complicações possíveis:

- Perfuração intestinal <sup>(8)</sup>;
- Fistula <sup>(8)</sup>;
- Estenose <sup>(8)</sup>;
- Erosão <sup>(8)</sup>;
- Desconforto <sup>(8)</sup>;
- Peritonite <sup>(3)</sup>;
- Intolerância gastrointestinal, manifestada por distensão abdominal, dor, estase gástrica) <sup>(8,28)</sup>;
- Complicações metabólicas como hiperglicemia e alteração hidroeletrolíticas, relacionadas com a síndrome de realimentação metabólica <sup>(8,28)</sup>;
- Pneumoperitoneu, pela passagem de ar através da pleura para a cavidade abdominal <sup>(7)</sup>;
- Implantação de células tumorais no local do estoma por arrastamento pelo endoscópio de células do tumor da cavidade oral ou orofaringe <sup>(4)</sup>;
- Fatores relacionados com a sedação <sup>(20)</sup>;
- Leakage (extravasamento de conteúdo gástrico) <sup>(28)</sup>;
- Hipergranulação, excesso de tecido de granulação vascular que se forma em torno da periferia do estoma <sup>(3,28)</sup>;
- Buried bumper síndrome (BBS) caracterizado por hipercrecimento da mucosa após a migração para a parede gástrica do dispositivo de fixação interna, ou “bumper” <sup>(18,28)</sup>, resultante de falta de cuidados locais adequa-

dos ou excesso de tração sobre o travão <sup>(30)</sup>. Se não for tratado atempadamente poderá levar à formação de abscesso e peritonite <sup>(30)</sup>.

Uma das complicações específicas da Jejunostomia endoscópica percutânea (JPE) pode ser a sua migração quer para o estômago, quer ao longo do intestino <sup>(13)</sup>. Citando Holmes (2012), se a migração for para o estômago origina um quadro de vômitos e aspiração, enquanto se for descendente leva a obstrução com distensão abdominal e dor <sup>(13)</sup>.

Através dos cuidados de enfermagem adequados, as complicações podem ser evitadas ou identificadas precocemente permitindo uma atuação dirigida e individualizada.

### Remoção/substituição da sonda

Idealmente as sondas com travão interno não necessitam de ser substituídas em intervalos regulares <sup>(2)</sup>. A sua substituição deve ser realizada sempre que se encontrem degradadas, ocluídas, com quebras ou sempre que se desloquem <sup>(2)</sup>. A substituição das sondas de alimentação com balão, fruto da degradação do mesmo, deve ser realizada periodicamente a cada 3 a 6 meses, podendo ser prolongado de 12 a 18 meses, desde que se cumpram os cuidados adequados <sup>(2,14)</sup>. Nas diversas situações deve-se ter em atenção as instruções dos fabricantes <sup>(8)</sup>.



Em caso de remoção acidental, nas primeiras 2 semanas todo o procedimento deve ser novamente realizado, com controlo endoscópico ou radiológico <sup>(2)</sup>. Após este período, deve ser reintroduzida a sonda ou substituída por dispositivo adequado, num prazo máximo de 4 horas <sup>(1)</sup>. Se não for possível a imediata substituição, pode ser utilizado cateter urinário com balão insuflado, para manter a permeabilidade do trajeto da gastrostomia e permitindo manter aporte de nutrição <sup>(18,31)</sup>. Caso não se efetue este procedimento atempadamente a fístula gastrocutânea encerra em cerca de 24h a 72h <sup>(14)</sup>. É aconselhado o uso de um lubrificante à base de água, para a inserção da sonda, não sendo necessária anestesia local <sup>(31)</sup>. Na impossibilidade da imediata substituição deverá ser realizado penso oclusivo e encaminhar para observação médica <sup>(1)</sup>.

Nas situações em que já não existe necessidade de manter a sonda de gastrostomia, a mesma é removida definitivamente. A remoção provoca algum desconforto. Se o dispositivo de fixação interno for balão, o mesmo deve ser desinsuflado primeiro e a mesma é retirada através da fístula. Se a fixação interna for com campânula, a sonda pode ser removida de 3 formas: a) com apoio endoscópico; b) através da fístula por tração externa, de forma rápida e forte; c) através da técnica “cut-and-push” (a sonda é seccionada junto à parede abdominal e a parte restante e a campânula são introduzidas na

cavidade gástrica, seguindo depois o trajeto intestinal). Deve ser realizado penso oclusivo após a remoção <sup>(13,24)</sup>.

## 5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

De acordo com Muoki <sup>(17)</sup>, numa recente revisão integrativa da literatura, emergem alguns fatores que devem ser tidos em conta no processo de decisão de colocação da PEG, nomeadamente, vida social, imagem corporal e intimidade, incerteza e medo, complicações e sobrecarga para o cuidador. A posição do Enfermeiro no processo de tomada de decisão permite um olhar privilegiado sobre estas questões, numa perspetiva do cuidado centrado na pessoa. Desse estudo o autor realça a dualidade do papel do Enfermeiro, por um lado assegurando a informação necessária para a tomada de decisão, por outro lado o tempo necessário para que a mesma seja tomada em consciência. Desta forma o processo torna-se mais centrado nas necessidades do doente <sup>(16)</sup>.

Momentos da Intervenção:

### 1ª consulta – Avaliação pré ostomia

- Aspetos a ter em consideração para a decisão de colocação de ostomia de alimentação: diagnóstico, prognóstico, duração prevista para a alimentação, expectativas

e pedido do doente, impacto na qualidade de vida pela presença da ostomia <sup>(28)</sup>.

- Informação ao doente e respetivo consentimento informado, relativamente ao procedimento a realizar e as mudanças expectáveis, a nível da imagem corporal <sup>(16)</sup> e da consistência e preparação dos alimentos, podendo existir necessidade de um regime alimentar adequado, devendo ser incluído no processo de ensino o familiar de referência e/ou cuidador <sup>(5)</sup>.
- Garantir a suspensão ou alteração de medicação antiagregante, anticoagulante e anti-inflamatórios <sup>(18)</sup>, prévias ao procedimento.

### 2ª consulta – Preparação para colocação e colocação

- Garantir uma pausa alimentar 6 a 8 horas, ou de acordo com protocolo institucional <sup>(18)</sup>;
- Assegurar acesso venoso <sup>(18)</sup>;
- Prevenção infeção: profilaxia antibacteriana 30 minutos antes, higienização da cavidade oral com solução de clorhexidina <sup>(18)</sup>;
- Aspiração de secreções orofaríngeas, se necessário <sup>(14)</sup>;
- Medidas gerais de prevenção de infeção (desinfeção pré-operatória das mãos, desinfeção do local cirúrgico) <sup>(18)</sup>;
- Monitorização sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de O<sub>2</sub>, dor, temperatura) <sup>(7)</sup>;

- Controlo da dor, em medida provocada pela intervenção, mas também pela insuflação de ar no estomago durante o procedimento <sup>(32)</sup>.

### 3ª consulta – Preparação para alta

- Vigilância durante um período entre 4-6 horas a 24 horas após a colocação do tubo, e de acordo com a técnica utilizada, em serviço com Equipa de Enfermagem experiente na área, para despiste de eventuais complicações pós-operatórias <sup>(11)</sup>. Deverá ser prestada especial atenção à vigilância das perdas hemáticas e presença de dor, assim como a adequada fixação do tubo e jejum por um período mínimo de 4 horas, de acordo com procedimento utilizado e protocolo institucional <sup>(11)</sup>.
- Realização de levante após 6 horas da realização do procedimento <sup>(9)</sup>.
- Deve ser colocada a cabeceira a 30-45° para evitar risco de aspiração/refluxo gastroesofágico durante os procedimentos de administração de alimentação e hidratação e por um período mínimo de 1 hora <sup>(13)</sup>.
- Pode iniciar-se alimentação entérica 4 horas após a colocação da PEG / PEJ <sup>(33)</sup>. Verificar o correto posicionamento da sonda, e administrar inicialmente 50ml de água e aguardar 1 hora para verificar tolerância <sup>(18)</sup>. Após esse período é seguro

iniciar alimentação entérica aumentando o volume de forma progressiva <sup>(18)</sup>.

- Verificar o conteúdo gástrico antes da administração da dieta, com o auxílio de uma seringa <sup>(34)</sup>.
- Devem ser administrados flushes de 30–50 ml de água, antes e após a alimentação, e antes, entre e após a administração de qualquer medicamento, evitando que se acumulem resíduos de alimentos/medicamentos no interior do tubo reduzindo o risco de obstrução <sup>(3)</sup>. Nas situações de alimentação contínua, os flushes devem ser realizados em intervalos controlados de 30 ml a cada 4 horas <sup>(10)</sup>.
- A administração dos medicamentos deve ser feita diluída apenas com água e cada medicamento deve ser administrado de forma isolada (não diluir simultaneamente vários medicamentos) seguindo-se de 5 a 30ml de água entre cada medicação. Nunca diluir medicação com a alimentação. É preferível as formulações líquidas dos medicamentos. Não é recomendada a administração de medicamentos gastro-resistentes, de libertação prolongada, mastigáveis ou sublinguais <sup>(9)</sup>.
- A limpeza do estoma e pele peri estoma deve ser efetuada diariamente, com solução salina nas primeiras 48 horas e após com água morna e sabão neutro, secando cuidadosamente e vigiando sinais de in-

feção (rubor, exsudado, inflamação) <sup>(3,34)</sup>.

Verificar sinais de pressão da sonda sobre a pele <sup>(34)</sup>. Para evitar lesões na pele e na parede gástrica o tubo deverá ser rodado diariamente no sentido horário e contra horário, garantindo que o fixador externo não pressiona a pele. Deve ser evitado o uso de penso/apósito fechado entre a pele e a fixação externa, devendo ser utilizada apenas compressa de tecido não tecido. Em caso de necessidade de utilização de penso, o mesmo deve ser de material absorvente e o anel de fixação externo deve ser ajustado adequadamente <sup>(9)</sup>. A rotação está contraindicada nos casos de gastrojejunostomia ou gastrostomia com extensão jejunal, devendo optar-se por movimentos suaves e limitados de introdução e exteriorização <sup>(2)</sup>.

- Recomenda-se o uso de roupas confortáveis, que não pressionem o estoma.
- Ensino e treino do doente e/ou cuidador sobre os cuidados ao local de inserção e técnica de administração de alimentação <sup>(35)</sup>.
- O travão de fixação externo deve distar da parede abdominal aproximadamente 5 mm, uma fixação demasiado ajustada poderá resultar em necrose, hemorragia, buried bumper syndrome (“síndrome da campânula interna”). No caso de o travão externo estar demasiado largo, o estoma pode não se formar adequadamente,

podendo surgir como complicação o extravasamento de conteúdo gástrico, peritonite, infeções locais ou formação de granulomas <sup>(7)</sup>.

- O balão deve ser preenchido com a quantidade adequada e o tipo de solução recomendado pelo fabricante do tubo <sup>(36)</sup>.
- Fornecer informação escrita adequada, contendo: técnica de colocação, tipo e tamanho de tubo, modo de fixação interno e externo (quantidade de água no balão - se utilizado), técnica de remoção (tração ou endoscópica), comprimento do tubo à pele (nível), presença de pontos de fixação, localização da ponta do tubo, <sup>(18)</sup>. Este documento deverá contemplar os cuidados gerais ao tubo e estoma, assim como, complicações mais usuais e formas de atuar <sup>(3)</sup>.

#### 4ª Consulta - Follow-up

- As consultas de avaliação após realização de gastrostomia de alimentação devem ser realizadas por um Enfermeiro com experiência e formação específica de cuidados em estomaterapia <sup>(26)</sup>. De acordo com a DGS a periodicidade deverá ser de 15 dias após a colocação e mensalmente (nas sondas com fixação com balão) ou trimestralmente (nas sondas com fixação com campânula). Em caso de dúvidas o doente poderá contactar telefonicamente o enfermeiro <sup>(1)</sup>;

- Avaliar as necessidades de nutrição do doente <sup>(17)</sup>;
- Avaliar a necessidade de substituição da sonda <sup>(17)</sup> que em caso de necessidade, se articulará com a equipa médica <sup>(31)</sup>;
- Doente e cuidador devem ser informados que poderão entrar em contacto com a equipa de enfermagem que, em caso de necessidade, fará a avaliação da necessidade de consulta <sup>(31)</sup>;
- Confirmar a localização, de acordo com controlo radiológico, “teste de pH”, ou mais facilmente através do controlo do comprimento da parte externa do tubo <sup>(10)</sup>;
- Sugerem-se cuidados orais bi-diários, incluindo a aplicação diária de gel de clorexidina 0,2%, reduz significativamente a presença de placa dentária e doença periodontal em doentes com PEG <sup>(35)</sup>.

## IV. Conclusão

Neste documento apresentámos os diferentes tipos de dispositivos de ostomias de alimentação e respetivas técnicas de colocação. Foram abordadas as principais indicações, contraindicações e complicações. Descritos os cuidados de enfermagem em cada momento de contato com o doente/cuidador.

As instituições devem promover um acesso informado, diligenciando e facilitando informação escrita, contatos preferenciais e outras informações adequadas.

Pretendemos com este documento dotar os enfermeiros da informação necessária para a melhoria dos cuidados de enfermagem nesta área, através da elaboração destas linhas de consenso baseadas na evidência científica.

## V. Referências

1. Direção Geral da Saúde (DGS). Norma No 014/2016: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto. Direcção Geral da Saúde. 2017;4.
2. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*. 2020 Jan;39(1):5–22.
3. Thompson R. Troubleshooting PEG feeding tubes in the community setting. *JNC*. 2017;31(2):61–6.
4. Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B, Sawyer RG. Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: An underestimated burden on patients and the health care system. *Surg Endosc*. 2011;25(10):3307–11.
5. Gkolfakis P, Arvanitakis M, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 2: Peri- and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2020;53(1):81–92.
6. Green S, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: Organisation of services. *Nurs Older People*. 2013;25(4):14–8.
7. Haywood S. Keywords: PEG feeding/Enteral nutrition/ Patient safety. *Nurs Times*. 2012;108(42):20–2.
8. Palmer SJ. An overview of enteral feeding in the community. *Br J Community Nurs*. 2021;26(1):26–9.
9. Lucendo AJ, Frigal-Ruiz AB. Percutaneous endoscopic Gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. 2014;106(8):529–39.
10. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2017;41(1):15–103.
11. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53(1):81–92.
12. Alivizatos V, Gavala V, Alexopoulos P, Apostolopoulos A, Bajrucevic S. Feeding tube-related complications and problems in patients receiving long-term home enteral nutrition. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(1):31–3.
13. Simons S, Remington R. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube: A nurse's guide to PEG tubes. *MED-SURG Nursing*. 2013;22(2):77–83.
14. Frigal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Percutaneous endoscopic gastrostomy: A practical overview on its indications, placement conditions, management, and nursing care. *Gastroenterology Nursing*. 2015;38(5):354–66.
15. Ferraro F, Gravina AG, d'Elia A, Esposito P, Vitiello C, Dalio M, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy for critically ill patients in a general intensive care unit. *Acta Gastroenterol Belg*. 2013;76(3):306–10.
16. Muoki DC. Decisional Conflict in Percutaneous Gastrostomy Tube Placement in Adults: An integrative review of Literature. *Gastroenterology Nursing [Internet]*. 2020 Sep;43(5):355–62. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/SGA.0000000000000460>
17. Ang SY, Lim SH, Lim ML, Ng XP, Madeleine L, Chan MM, et al. Health care professionals' perceptions and experience of initiating different modalities for home enteral feeding. *Clin Nutr ESPEN*. 2019;30:67–72.
18. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, et al. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients: An executive summary. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2018;45(4):326–34.
19. McLaren S, Arbuckle C. Providing optimal nursing care for patients undergoing enteral feeding. *Nurs Stand*. 2020;35(3):60–5.

20. Brown L, Oswal M, Samra AD, Martin H, Burch N, Colby J, et al. Mortality and Institutionalization After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Parkinson's Disease and Related Conditions. *Mov Disord Clin Pract*. 2020;7(5):509–15.
21. Gadsby R. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding in elderly people with diabetes resident in nursing homes. *J Nutr Health Aging*. 2012;17(1):16–8.
22. Ticinesi A, Nouvenne A, Lauretani F, Prati B, Cerundolo N, Maggio M, et al. Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical Nutrition*. 2016;35(6):1512–6.
23. Magalhães R de S, Cúrdia Gonçalves T, Sousa-Pinto B, Rosa B, Marinho C, Cotter J. Percutaneous endoscopic gastrostomy: dealing with the issue of dislodgement. *Scand J Gastroenterol*. 2020;55(4):485–91.
24. Agha A, Alsaudi D, Furnari M, Abdulhadi Ali MM, Morched Chakik R, Alsaudi I, et al. Feasibility of the cut-and-push method for removing large-caliber soft percutaneous endoscopic gastrostomy devices. *Nutrition in Clinical Practice*. 2013;28(4):490–2.
25. Martin L, Blomberg J, Lagergren P. Patients' perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *BMC Gastroenterol*. 2012;12.
26. McAllister P, Maciver C, Wales C, McMahon J, Devine JC, McHattie G, et al. Gastrostomy insertion in head and neck cancer patients: A 3 year review of insertion method and complication rates. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013;51(8):714–8.
27. Duarte H, Santos C, Lu M, Fonseca J. PERISTOMAL INFECTION AFTER a 7-year surveillance of 297 patients. *ARQGA*. 2012;49(4):255–8.
28. Pars H, Çavuşolu H. A literature review of percutaneous endoscopic gastrostomy: Dealing with complications. *Gastroenterology Nursing*. 2019;42(4):351–9.
29. Healey F, Sanders DS, Lamont T, Scarpello J, Agbabiaka T. Early detection of complications after gastrostomy: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. *BMJ*. 2010 May 4;340(may04 2):c2160–c2160.
30. Goring J, Lawson A, Godse A. Are PEGJs a Risk Factor for the Buried Bumper Syndrome? *J Pediatr Surg*. 2016;51(2):257–9.
31. Metussin A, Sia R, Bakar S, Chong VH. Foley catheters as temporary gastrostomy tubes. *Gastroenterology Nursing*. 2016;39(4):273–7.
32. Rahnemai-Azar AA. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. *World J Gastroenterol*. 2014;20(24):7739.
33. Shellnutt C. The Evidence on Feeding Initiation after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement. *Gastroenterology Nursing*. 2019;42(5):420–7.
34. Silva T, Ribeiro C, Resck Z, Fava S, Dázio E. Nursing care for the person with gastrostomy: integrative review. *Revista ESTIMA*. 2018;16.
35. Lex KM, Kundt FS, Lorenzl S. Using tube feeding and levodopa-carbidopa intestinal gel application in advanced Parkinson's disease. *British Journal of Nursing*. 2018;27(5):259–62.
36. Fleischer I, Bryant D. Techniques for preventing and managing tube-related complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2010;37(6):686–90.







Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa