PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM
N.º 57/2021

Assunto: Substituição de sonda da PEG por Enfermeiros

1. QUESTÃO COLOCADA

"Enquanto enfermeira em exercício de funções nas consultas/exames de GASTRO, e no âmbito de criação de procedimento de atuação surge uma dúvida quanto à substituição da PEG. Sabemos que a colocação é um ato médico que acontece com a colaboração do enfermeiro. O ensino, manutenção, higiene e alimentação diz respeito a intervenções de enfermagem. A nossa dúvida surge quanto à substituição da [sonda] PEG. É um ato médico onde pode acontecer a colaboração de enfermagem, conforme aquando da colocação inicial? Ou pode ser um ato autónomo do enfermeiro?"

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. Da regulação profissional

A clarificação do espaço de intervenção de enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde, tem sido uma das preocupações da Ordem dos Enfermeiros.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define que este exercício se insere num contexto de actuação multiprofissional onde se enquadram dois tipos de intervenções:

a) As iniciadas por outros técnicos da equipa — intervenções interdependentes, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção;

b) As iniciadas pela prescrição do enfermeiro — intervenções autónomas, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação.

Em ambos os tipos de intervenção, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa assistida.

Independentemente do tipo de intervenção, o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro).

No âmbito das intervenções de enfermagem, não se pretende definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a acção dos enfermeiros a um conjunto de actividades e tarefas, isto é, a actos de enfermagem, mas antes sim, considerar uma intervenção assente numa aplicação efectiva do conhecimento e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em enfermagem.

Salienta-se que as intervenções de enfermagem não podem ser unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na formação inicial, sendo a formação contínua um recurso a mobilizar, devendo, os enfermeiros, recorrer a estratégias de formação contínua para actualização e aperfeiçoamento profissional.

Compete às organizações e serviços de saúde proporcionar estratégias de formação em serviço que promovam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar às pessoas.

2.2 Sobre Gastrostomia Endoscopia Percutânea

Actualmente, a incidência de desnutrição em pessoas hospitalizadas, institucionalizados ou em domicílio tem elevado a pertinência da avaliação do estado nutricional, e nesta sequência, tem conduzido à substituição por dispositivos clínicos, a entrada na via digestiva (AEOP, 2014).

A evidência científica tem realçado a importância do uso do estoma gástrico para a alimentação entérica, com indicação após quatro semanas de morbilidade digestiva. A realização de uma Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) permite, assim, a comunicação temporária ou definitiva entre a parede abdominal e a cavidade gástrica. Trata-se de um método eficaz e seguro para garantir o aporte nutricional em utentes com dificuldades na ingestão oral (Löser C., et al, 2005). A PEG permite, além da administração de alimentação entérica, a hidratação e administração de medicamentos, mas também a remoção de líquidos, a descompressão gástrica, entre outros (AEOP, 2014).

Por conseguinte, a gastrostomia, consiste na construção de um estoma para a colocação de uma sonda de alimentação entérica na cavidade gástrica, fixa externamente ao abdómen e ao estômago através de um balão ou campânula aplicados cirurgicamente ou endoscopicamente (AEOP, 2014; Helle, H.; Schub, T., 2017). A sonda ou dispositivo de gastrostomia inicialmente inserida é protegida por um dispositivo de retenção interno (um balão ou uma campânula) e um dispositivo de retenção externo (conhecido como "travão") (Agency for Clinical Innovation and The Gastroenterological Nurses College of Australia (ACI) & Gastroenterological Nurses College of Australia (GENCA), 2015.

Sobre os tipos de sondas de gastrostomia, deve referir-se que existem diferentes dispositivos que podem ser usados para o uso inicial e para o uso a longo prazo. As sondas da PEG mais usadas são normalmente transparentes de silicone e flexíveis. Na realização de PEG, a tipologia de sonda inicial é, usualmente, uma sonda de campânula, a qual será substituída após avaliação clínica da pessoa e condição da sonda, por uma outra sonda, agora, uma sonda de balão ou de botão (Agency for Clinical Innovation (ACI) and the Gastroenterological Nurses College of Australia (GENCA), 2015).

A substituição de uma sonda com tipologia de retenção interna com campânula carece de ser efectuada em meio hospitalar, pelo médico, podendo as demais substituições serem realizadas por

enfermeiro, isto é, a troca de sonda de balão por outra sonda de balão (Agency for Clinical Innovation (ACI) and the Gastroenterological Nurses College of Australia (GENCA), 2015).

A Direcção Geral da Saúde (DGS), através da Norma 014/2016 actualizada em 3 /3/2017 emitiu "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto", referindo que "Após avaliação prévia das indicações, riscos e benefícios, a realização de gastrostomia/jejunostomia deve ser considerada quando se prevê que a necessidade de aporte nutricional por via entérica ultrapassa as 4 semanas no adulto (≥ 18 anos) e em idade pediátrica (< 18 anos) (…)" (DGS, 2017; p.1).

A mesma Norma, adianta que a "(…) gastrostomia/jejunostomia, com carácter temporário ou definitivo, deve ser efectuada através das vias de cirurgia aberta, laparoscópica ou por via percutânea (através de endoscopia ou com apoio radiológico) (…). (DGS, 2014; p. 1). Ainda, é aludido que "(…) a ostomia de alimentação deve ser realizada em ambiente hospitalar, após proposta de decisão terapêutica (…)" (DGS, 2017).

Nesta sequência a literatura descreve alguns tipos de ostomias de alimentação, com recurso a diferentes técnicas e/ou abordagens, sendo que a escolha da ostomia mais recomendada, depende do diagnóstico, situação clínica e condição geral da pessoa, e também, da finalidade e durabilidade do dispositivo seleccionado, da modalidade terapêutica instituída, entre outros factores (AEOP, 2014).

A PEG pode ser realizada em contexto de regime ambulatório ou internamento consoante o dispositivo a aplicar, sendo que, no caso da ostomia cirúrgica, requer internamento e a prestação de cuidados diferenciados, enquanto que, na ostomia endoscópica, o procedimento pode ser realizado em regime ambulatório ou de internamento, tendo em conta a avaliação prévia da pessoa, a realização do procedimento e intercorrências (AEOP, 2014; DGS, 2017).

Cabe realçar que associadas às ostomias de alimentação entérica podem ocorrer algumas complicações, quer relacionadas com o procedimento, designadas de ocorrências imediatas, quer relacionadas à manipulação do dispositivo ou migração da sonda, entre outros factores, sendo estas as ocorrências tardias (AEOP, 2014).Todas elas podem afectar a qualidade de vida da pessoa ostomizada, o conforto e mesmo o aporte de nutrientes (Agency for Clinical Innovation (ACI) and the Gastroenterological Nurses College of Australia (GENCA), 2015).

Importa considerar a importância do despiste precoce de complicações imediatas e tardias, cabendo ao enfermeiro, desde o recobro pós-anestésico, identificar complicações e adequar, progressivamente, os ensinos à pessoa e ao prestador de cuidados, orientações sobre potenciais complicações tardias e directrizes para a resolução das mesmas (AEOP, 2014).

Por outro lado, a Norma 014/2016 da DGS, (2017), recomenda, que "Deve ser implementada a intervenção de enfermagem à pessoa com ostomia de alimentação na fase pós-ostomia, realizada por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares, nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos, nos cuidados domiciliários e nos cuidados de saúde primários (…)" e concretamente nas seguintes situações:

"(…)

a) Pós-ostomia (período imediato (até às 48 horas) na unidade de internamento);
b) Pós-ostomia (período tardio (após 48 horas da intervenção) na unidade de internamento) e no domicílio;
c) Colaboração na substituição da sonda/botão de acordo com a avaliação da funcionalidade e estado de conservação e prazos de validade;
d) Em caso de obstrução da sonda/botão;
e) Em caso de exteriorização da sonda/botão;
f) Administração de alimentos pela sonda/ botão;
g) Administração de medicamentos;
h) Administração de alimentação por bomba perfusora de alimentação;
i) Administração de alimentação por bolus. (...)" (p,3)

Sendo o enfermeiro de estomaterapia "(...) detentor de competência efectiva e demonstrada do exercício profissional na área da estomaterapia (…)", considera-se que preferencialmente, deve ser este, que "(…) em contexto de actuação, é responsável por assegurar o processo de cuidados de enfermagem, à pessoa com ostomia e à sua família/cuidador, garantindo um acompanhamento integral, preventivo, efectivo, seguro e oportuno, na adaptação à vida com ostomia, potenciando a reconstrução da sua autonomia" (Regulamento n.º 398/2019, p. 13734).

A semivida de uma sonda de gastrostomia é aproximadamente de 6 meses, podendo estender-se aos 12-18 meses, atendendo a diversos factores, nomeadamente, do cuidado no manuseamento, medicação administrada, tipo de alimentação, limpeza da sonda e higiene do estoma, capacitação da pessoa e/ou cuidador, vulnerabilidade clínica e saúde mental comprometida, entre outros (Löser, C. et al. 2005).

O método de substituição de uma sonda PEG depende do tipo de sonda usado. Algumas das sondas PEG requerem remoção endoscópica, outras, podem ser removidas manualmente com tracção através da abertura na parede abdominal, isto é, por remoção percutânea, com precauções de segurança padrão e técnica limpa. Geralmente são removidos em ambiente hospitalar, unidade de endoscopia, ou no quarto do utente, se a remoção for percutânea (Walsh, K. & Schub, E. 2017; Woten, M. 2017).

A remoção da sonda PEG via percutânea pode ser realizada pelo médico ou o enfermeiro, com formação específica e experiência, enquanto que a remoção da sonda PEG por via endoscópica compete ao médico (Heering, H., & Schub, T. 2017; 2017; Woten, M. 2017), salvaguardando-se a necessidade de existência de procedimento interno na instituição/serviço.

De salientar que na sonda PEG inicial, colocada cirurgicamente ou endoscopicamente, nas últimas 6 semanas, o estoma pode ainda não estar cicatrizado para permitir a remoção via percutânea, devendo a sonda ser substituída pelo médico, por endoscopia ou fluoroscopia, cabendo ao enfermeiro colaborar no procedimento. O posicionamento da sonda deve ser verificado de acordo com o protocolo instituído (Heering, H., & Schub, T. 2017).

3. CONCLUSÃO

Face ao exposto, considera o Conselho de Enfermagem que:

3.1. Os enfermeiros respeitam os deveres previstos na Deontologia Profissional e nos regulamentos do exercício da profissão, que enfocam a boa prática dos cuidados de enfermagem.

3.2. O enfermeiro actua responsavelmente na sua área de competência e reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

3.3. Os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam e delegam.

3.4. Em qualquer intervenção, o enfermeiro deve observar todos os princípios inerentes à boa prática, devendo, para isso, ser detentor da formação necessária com vista à excelência do seu exercício profissional.

3.5. A realização de PEG, temporária ou definitiva, permite garantir o aporte nutricional em utentes com dificuldades na ingestão oral, podendo ocorrer complicações, imediatas ou tardias, associadas ou não, ao procedimento.

3.6. A primeira substituição da sonda PEG é realizada pelo médico com a colaboração do enfermeiro.

3.7. As substituições da sonda PEG subsequentes à substituição da sonda inicial, ou seja, a troca de sonda de balão por outra sonda de balão, podem ser realizadas pelo enfermeiro com formação específica e experiência nesta área, atenta a situação específica de cada utente.

3.8. Recomenda-se que o enfermeiro responsável pelo procedimento, preferencialmente, seja detentor de competência acrescida em estomaterapia.

3.9. Deve salvaguardar-se, no serviço e institucionalmente, a existência de protocolos de actuação internos, em articulação com a equipa multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa [AEOP], (2014). Consensos e estratégias. Ostomias de alimentação. Linhas de consenso. IPO. Porto.

Agency for Clinical Innovation (ACI) and the Gastroenterological Nurses College of Australia (GENCA), (2015). A clinician's guide: caring for people with gastrostomy tubes and devices- from pre-insertion to ongoing care and removal. Version 1.2; March.

Direção Geral da Saúde (2017). Norma de Orientação Clínica n.º 014/2016 de 28/10/2016 e atualizada a 03/03/2017- Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: DGS

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16.

Heering, H., & Schub, T. (2017). Gastrostomy Tube: Replacing. *Nursing Practice & Skill*: ICD-9V53.59; September.

Löser, C. , Aschl, G., Hébuterne, X. Mathus-Vliegen, E.M.H., Muscaritoli, M., Niv,Y. Rollins, H., Singer, P., Skelly, R.H. (2005). ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition.* 24(5):848- 861.

Walsh, K. & Schub, E. (2017). Gastric Feeding Tube: Using and Caring for the Patient with. *Nursing Practice & Skill*; December.

Woten, M. (2017). Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) Tube Removal: Assisting with. *Nursing Practice & Skil;* May.

Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República n.º 205/1996, série I-A de 1996-09-04.

Regulamento n.º 398/2019. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia. Diário da República nº 86/2019, 2ª série de 2019-05-06.

Data de emissão: 17.02.2021

Aprovação/Ratificação: Aprovado na reunião do Conselho de Enfermagem de 17 .02.2021

Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca
(Presidente)