

# **Protocolo de cooperação do CHULC e ACES no seguimento do utente com Gastrostomia Percutânea.**

**Autores: Mónica Matos<sup>1</sup>, Cláudia Alves<sup>2</sup>, Mafalda Ribeiro<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Março de 2008, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; [monica.smatos@chlc.min-saude.pt](mailto:monica.smatos@chlc.min-saude.pt);

<sup>2</sup>Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Julho de 2018, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; [claudia.alves2@chlc.min-saude.pt](mailto:claudia.alves2@chlc.min-saude.pt);

<sup>3</sup>Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Julho de 2009, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; [mafalda.ribeiro@chlc.min-saude.pt](mailto:mafalda.ribeiro@chlc.min-saude.pt);

## **Resumo**

A gastrostomia percutânea endoscópica é utilizada para garantir a alimentação entérica, em doentes com compromisso da via oral. Diversas patologias, condições físicas e fisiológicas, comprometem a nutrição adequada. A colocação desta sonda permite a utilização desta via de forma autónoma e efetiva, fora de um contexto hospitalar. É fundamental o acompanhamento periódico do doente, no sentido de resolução de dúvidas, constrangimentos e dificuldades identificadas. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de parceria com os centros de saúde, para otimizar a referenciação e seguimento de cada caso. Para o efeito, foram incluídos no projeto, doentes com a situação clínica de base estabilizada, sem complicações e que não necessitem de cuidados médicos diferenciados e ainda, que estejam capacitados para a aquisição de conhecimentos (o próprio/cuidador). Todos os doentes terão que pertencer à área funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central ou Loures/Odivelas.

O objetivo será proporcionar um acompanhamento, em que para além das consultas de revisão e follow-up telefónico, sejam realizadas visitas domiciliárias por parte da equipa do centro de saúde. Os resultados esperados serão a redução de idas ao serviço de urgência, diminuindo e prevenindo potenciais complicações, bem como a poupança efetiva de recursos a todos os níveis.

**Palavras-chave:** Gastrostomia Percutânea Endoscópica; Parceria; Comunidade.

## **Introdução**

O modelo de cuidados centrados no doente e cuidador visa dar resposta às suas necessidades de forma centralizada e personalizada, garantido a inclusão de todos os intervenientes no seu processo de saúde, de forma ativa. A perda de autonomia é um dos principais fatores limitadores no processo de saúde. Esta, é geralmente multifatorial, englobando limitações físicas, fisiológicas, psicológicas, emocionais e, por vezes, afetivas. A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) para a maioria dos doentes/cuidadores pode representar, numa fase inicial, um fator acrescido de ansiedade. Importa compreender que, para além da situação clínica de base que por vezes se instala de forma insidiosa, fatores extra como procedimentos, consultas, tratamentos e restrições, funcionam como uma força de bloqueio à aprendizagem e aquisição de competências para o autocuidado ou para a prestação de cuidados, na perspetiva do cuidador.

A colocação de PEG está indicada nos casos em que existe um compromisso da via oral, limitando de forma severa, ou mesmo total, a alimentação de forma fisiológica. Segundo a Sociedade Portuguesa Endoscopia Digestiva, as principais indicações clínicas para a colocação de PEG são: Doenças Neurológicas Degenerativas (ELA, Parkinson, Esclerose Múltipla, Demência); Paralisia Cerebral, Traumatismo Cranioencefálico; Doença Vasular Cerebral; Anorexia, Neoplasia do Esófago; Traumatismo Facial e Distúrbios Orofaríngeos.

Após a estabilização clínica do quadro patológico inicial e avaliação funcional das sequelas, é ponderada a necessidade da colocação de PEG. Quando esta abordagem terapêutica é aplicada, o doente passa a alimentar-se através da sonda e inicia o seu acompanhamento com a equipa multidisciplinar de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC).

As ostomias de alimentação mais frequentemente colocadas no nosso centro hospitalar, são as gastrostomias endoscópicas percutâneas de utentes com PEG. A Equipa Multidisciplinar de Gastrenterologia do CHULC acompanha em média cerca de 70 doentes em diferentes momentos do processo, requerendo cuidados de enfermagem especializados nas fases pré e pós-ostomia.

O projeto em desenvolvimento é, neste momento, multifacetado e abrangente no que respeita à articulação com os recursos de proximidade comunitária, mais concretamente os Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Central (ACESLC) e Loures/Odivelas (ACESLO).

O CHULC, ACESLC e o ACESLO, pretendem continuar a estreitar relações, numa ótica de complementaridade mútua, designadamente ao nível da especialidade de Gastrenterologia, por forma a facilitar a referenciação do utente no sistema, potenciar o acesso de proximidade e otimizar a utilização dos recursos existentes, acrescentando assim valor efetivo à prestação de cuidados de ambas as instituições.

Conforme preconizado pela Norma da DGS nº 014/2016, de 28/10/2016, atualizada em 03/03/2017, a intervenção do enfermeiro:

“(…) com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, deve ser iniciada na fase pré-ostomia (consulta de enfermagem estomaterapia e internamento) e reforçada na fase pós-operatória (cuidados hospitalares, cuidados domiciliários, unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos e cuidados de saúde primários)”

contemplando a educação para a saúde com enfoque no autocuidado, sempre que possível.

Sendo o Centro de Responsabilidade Integrado de Gastrenterologia do CHULC uma unidade de referência nacional, considerou-se fundamental, o desenvolvimento e implementação de um programa de formação específica em cuidados a doentes com PEG, desenhado e orientado para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com a Norma da DGS supracitada, a monitorização e seguimento hospitalar são mantidos apenas em situações clínicas específicas que se encontram identificadas, estando igualmente estabelecidos os critérios de alta hospitalar, entre os quais a existência de profissionais com formação e treino específico no cuidado ao doente com estoma de alimentação. Esta vertente refere-se aos cuidados de saúde primários. Este protocolo de colaboração tem como pilar central a articulação de proximidade, que concretize uma efetiva integração de cuidados e personalização dos mesmos. Os utentes que, periodicamente, se deslocam ao CHULC para a Consulta de Enfermagem de Revisão da PEG, serão referenciados em articulação com as equipas de Enfermagem do ACESLC e o ACESLO, que por sua vez garantirão o acompanhamento e monitorização dos mesmos, no respetivo domicílio. Esta abordagem permite uma maior proximidade com o doente/cuidador, promovendo a mobilização dos recursos da comunidade de forma integrada, indo de encontro àquilo que é a realidade familiar e institucional do doente. Os ganhos são efetivados a curto, médio e longo prazo, na medida em que o processo logístico é agilizado, evitando deslocações penosas e dispendiosas do doente. O impacto no seio familiar é sentido pela positiva, na medida que permite uma gestão de disponibilidade mais facilitada, com menor índice de absentismo laboral, gastos reduzidos com transporte

especializado e, mais importante ainda, permite às equipas adequar as estratégias, em consonância com o meio no qual o doente está inserido.

É necessário combater alguns mitos que, por vezes, causam um entrave à operacionalização deste tipo de iniciativa. Alguns deles têm por base ideias pré-concebidas dos próprios doentes e familiares, concretamente a crença que a presença deste tipo de dispositivos implica um internamento numa unidade hospitalar.

## **Metodologia**

O encaminhamento de utentes da Consulta de Enfermagem de Revisão de PEG do CHULC para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) pressupõe a verificação prévia de alguns requisitos básicos, relativos ao doente e à sua condição clínica, sendo assim considerados os seguintes critérios de inclusão:

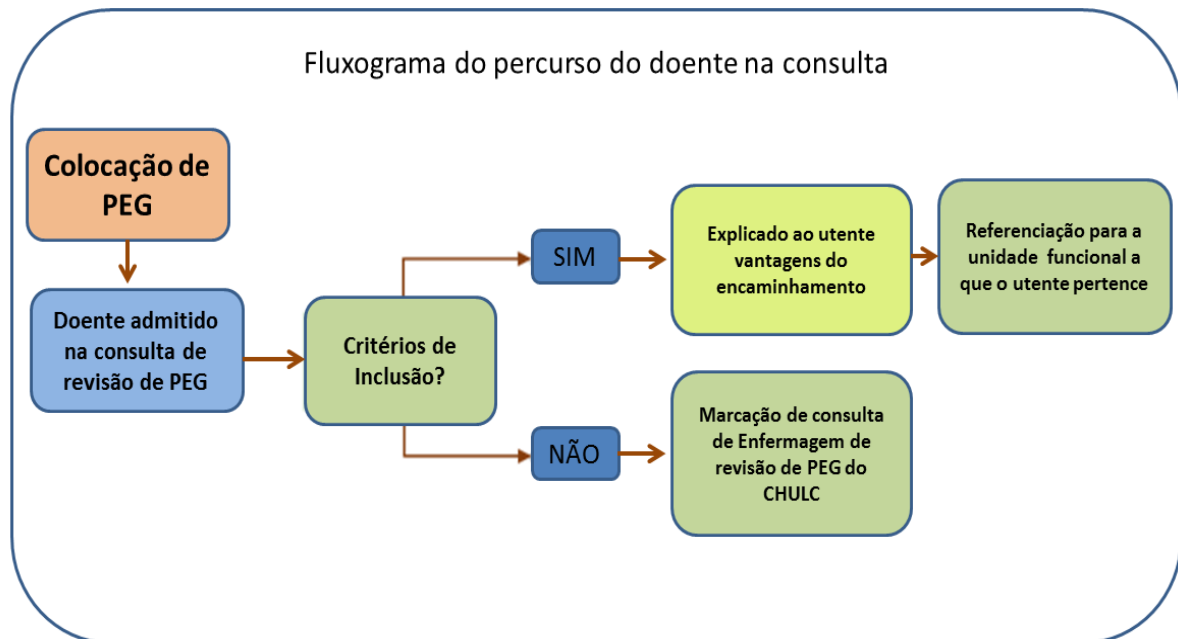
- a) Situação clínica de base/que motivou a realização da PEG controlada;
- b) Ausência de complicações da PEG que necessitem de cuidados médicos;
- c) Uteute e/ou representante legal e/ou cuidador com literacia e capacidade para adquirir competências para a gestão da situação de saúde em presença e das alterações decorrentes desta, designadamente para manutenção do autocuidado, gestão do regime terapêutico e adoção de estratégias adaptativas que visem a recuperação da autonomia, quando aplicável.

São Critérios de Exclusão:

- a) Não pertencer às Áreas de Influência das Unidades Funcionais do ACESLC e ACESLO que integram Enfermeiros com formação específica em cuidados de estomaterapia– PEG;
- b) Doença de base que implique acompanhamento hospitalar;
- c) Complicações relacionadas com a PEG que implicam cuidados médicos;
- d) Uteute e/ou representante legal e/ou cuidador sem literacia adequada ou capacidade para compreender o que lhe é proposto no âmbito do processo de educação para a saúde.

No presente momento a equipa multidisciplinar acompanha, em Consulta de Revisão de PEG, cerca de 33 doentes do ACESLC e 14 do ACESLO, num universo de 70.

Atingida a premissa dos critérios de inclusão, inicia-se o processo de referenciação do doente para os ACES. Esta referenciação, de acordo com o fluxograma, é efetuada telefonicamente e por email encriptado com toda a informação necessária, atualizada para a continuidade de cuidados. Em todo o processo de referenciação, o doente e cuidador são envolvidos, na decisão e operacionalização, sendo requisito fundamental para o efeito a assinatura do consentimento informado.



**Imagem 1-** Fluxograma do percurso do doente na consulta de revisão de PEG do CHULC.

Após a confirmação da receção do processo encriptado por parte dos ACES, é efetuado o agendamento de uma consulta domiciliária, para contacto e avaliação do doente. De forma complementar e em articulação com o agendamento do ACES é agendada uma teleconsulta de nutrição que apoia a visita domiciliária. Se a visita domiciliária for linear, sem alterações significativas e isenta de aparentes complicações é agendada nova consulta domiciliária. Em caso de necessidade e mediante avaliação por parte da equipa no terreno, há a facilidade de articular com a consulta de Revisão de PEG do CHULC, ou em casos mais concretos e extremos pode existir necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência. O protocolo vigente preconiza a interação entre a equipa hospitalar e do ACES, para otimização de estratégias e partilha de informação. Esta interação estende-se também ao plano formativo, em que periodicamente são realizadas ações de formação, consoante as necessidades identificadas e a elaboração de material bibliográfico de suporte.

## **Resultados**

Os resultados apresentados referem-se à referenciação e encaminhamento dos doentes com PEG, que até ao desenvolvimento deste projeto não tinham uma resposta diferenciada e estruturada, no que respeita à assistência focada neste aspeto concreto: Consultas de Revisão de PEG no domicílio.

Em relação ao ACESLC, foram referenciados para esta estrutura funcional um total de 19 doentes, sendo que 7 dos quais de forma efetiva. Em relação aos restantes, não foi possível uma referenciação direta e imediata com o ACES, dado estes se encontrarem institucionalizados. Foi, no entanto, explorada uma alternativa no sentido de operacionalizar o seguimento, independentemente de os mesmos não se encontrarem em situação domiciliária. Até à data, estes 12 doentes estão em fase ativa de referenciação. Existem 14 doentes, no momento de redação deste artigo, que aguardam referenciação, por não cumprirem os critérios de inclusão por diversos motivos (descompensação da situação clínica de base, necessidade de cuidados hospitalares específicos, entre outros).

No que respeita ao ACESLO foram referenciados para esta estrutura funcional um total de 8 doentes, 4 dos quais de forma efetiva. Existem 4 doentes institucionalizados, cujo acompanhamento está assegurado em moldes similares aos supracitados. De referir que existem 6 doentes, no momento de redação deste artigo, que aguardam referenciação igualmente por causas multifatoriais.

Segundo o estudo de Tiankanon *et al.* (2022) a taxa de complicações tardias, após a colocação de PEG, pode atingir até cerca de 23%. Exemplos dessas complicações podem ser a rotura de balão e desinsuflação do mesmo, a deslocação inadvertida do travão externo que está frequentemente associado a posicionamento incorreto da sonda, originando outras situações tais como, extravasamento de conteúdo gástrico pelo estoma e fenómenos de estase.

O objetivo deste projeto é conseguir reduzir a incidência de complicações associadas à utilização da PEG, para níveis inferiores aos descritos pela literatura revista. Espera-se atingir este objetivo através da potencial resposta assistencial, proporcionada pelo seguimento na consulta de Enfermagem de Revisão de PEG, com a integração operacional dos ACES como elo ativo em todo o processo.

## **Discussão do Resultados**

O projeto apresentado encontra-se em fase operacional, tendo sido implementado no primeiro trimestre de 2023. Os resultados devem, portanto, ser encarados considerando ainda o curto tempo de implementação no terreno.

É de salientar que, ao longo deste processo têm surgido alguns constrangimentos, havendo necessidade de ajustes e adaptações à realidade. Importa referir que um dos aspetos que foi reestruturado, foi precisamente o *timing* entre a referenciação e a primeira visita domiciliária por parte da equipa do ACES, sendo preconizado que a mesma ocorra nas primeiras 72 horas, por forma a garantirmos um acolhimento imediato ao doente e uma real contextualização clínica por parte da equipa dos cuidados de saúde primários.

A inclusão dos doentes institucionalizados foi outro dos constrangimentos encontrados inicialmente. No entanto, foi resolvido e neste momento estão integrados na Consulta de Enfermagem dos ACES. Outros fatores, por vezes limitantes, prendem-se com indisponibilidade do cuidador, que é sempre objeto de articulação no agendamento das consultas e visitas. Todos estes fatores contribuem para uma análise sistemática dos processos, no sentido de otimizar a resposta dada pela consulta.

## **Conclusão**

Tendo em conta o vazio que existia na abordagem diferenciada ao doente com PEG, fora do meio hospitalar, acreditamos que a consulta de Enfermagem de Revisão de PEG, em sinergismo com os recursos comunitários, nomeadamente os ACES e outras instituições prestadoras de cuidados, vai permitir um nível superior de resposta a toda a problemática associada à utilização destes dispositivos. A experiência adquirida vai ser o alicerce de melhoria sistemática dos cuidados prestados e da formação adicional requerida por todos os intervenientes no processo.

Futuramente, esperamos poder avaliar o impacto desta consulta no que respeita à incidência de fenómenos como, a diminuição do tempo de vida útil da sonda, recorrência de episódios obstrutivos (quer da PEG, quer do trato gastrointestinal), *leak* peri-estoma e debrum mucoso. Ao nível das complicações, é esperado a redução da sua incidência, avaliando as taxas de infeção peri estoma, exteriorização da PEG, migração da sonda, défice nutricional, “*buried bumper*”, entre outros.

Numa outra esfera, pretende-se avaliar o impacto socioeconómico e, para isso, será importante avaliar a gestão dos agendamentos e deslocação dos doentes, quer isso implique transporte próprio ou especializado.

### **Conflito de Interesses**

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### **Referências Bibliográficas**

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2014). Linhas de Consenso Ostomias de Alimentação: Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/12b5b3cc9f0f3eef96d412438fa3fcb5.pdf>.

Campos, M. (2015). Guia - para a gastrostomia endoscópica percutânea – o caso da paralisia cerebral. Associação Portuguesa de Nutricionista. Disponível em: [https://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guia\\_para\\_a\\_gastrostomia\\_endoscopica\\_percutanea\\_a\\_APN\\_APPC.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guia_para_a_gastrostomia_endoscopica_percutanea_a_APN_APPC.pdf).

Fraile, D., Sánchez, M., Andrés, P. & Bermejo, M. (2003). Gastrostomía endoscópica percutânea: su utilidade em Atención Primaria. *MediFam*. 13 (1), 12-18.

Kurion, M., Andrews, R., Tattersall, R., McAlindon, M., Wong, E., Johnston, A., Hoeroldt, B., Dear, K. & Sanders, D. (2017). Gastrostomies preserve but do not increase quality of life for patients and caregivers. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 15, 1047-1054.

Lee, C., Kang, H., Lim, Y., Lee, J., Koh, M., Lee, J., Yang, C. & Kim, J. (2013). Comparison of complications between endoscopic and percutaneous replacement of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *JKoren Medical Sciences*. 28, 1781-1787.

Lucendo, A. J. & Frigal-Ruiz, A. B. (2014). Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 106(8), 529-539.

Norma nº 014/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto. DGS. Disponível em:



<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142016-de-28102016-pdf.aspx>.

Roselló, E., Gómez, D., Valero, R. & Francés, J. (2021). Recambio de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea en atención domiciliar. *Hospital a Domicilio*. 5(3), 167-171.

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Gastrostomía Percutánea Endoscópica. Disponível em: <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>.

Tiankanon, K., Aniwon, S., Karuehardsuwan, J, Wiangngoen, S. & Rerknimitr, R. (2022). Factors affecting late complications of percutaneous endoscopic gastrostomy tube replacement. *Clinical Nutrition ESPEN*. 49, 378-384.

Valverde, R., Garcia, F. & Margaix, L. (2007). Gastrostomía endoscópica percutánea. *Enfermería Integral*. 7, 33-35.