



NORMA

NÚMERO: 014/2016
DATA: 28/10/2016
ATUALIZAÇÃO 03/03/2017

ASSUNTO: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto

PALAVRAS-CHAVE: Gastrostomia/jejunostomia cirúrgica, gastrostomia/jejunostomia percutânea endoscópica, gastrostomia percutânea radiológica

PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvidos o INFARMED, a Administração do Sistema de Saúde, IP e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. 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) (Nível de Evidência I, Grau de Recomendação C)^{1,2,3}.
2. A gastrostomia/jejunostomia, com carácter temporário ou definitivo, deve ser efetuada através das vias de cirurgia aberta, laparoscópica ou por via percutânea (através de endoscopia ou com apoio radiológico) (Nível de Evidência I, Grau de Recomendação A)³.
3. A ostomia de alimentação deve ser realizada em ambiente hospitalar, após proposta de decisão terapêutica da equipa médica responsável pelo acompanhamento da pessoa e pelo médico que realiza a ostomia.
4. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento clínico na ostomia de alimentação, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde.
5. Deve ser obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 "Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito".



6. Os dispositivos médicos devem ser prescritos à pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação, após alta da unidade de internamento.
7. A intervenção de enfermagem à pessoa a ser submetida a ostomia de alimentação deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, nos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamento), nos cuidados domiciliários e nas unidades de internamento de cuidados continuados⁴⁻⁷.
8. A educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia de alimentação e/ou representante legal e/ou cuidador, realizada por enfermeiro com experiência e 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) com plano detalhado sobre a preparação da alta (da unidade de internamento na fase pós-ostomia e alta hospitalar) que deve incluir (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)⁴⁻⁷:
 - a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de habilidades para o cuidado da ostomia de alimentação;
 - b) Reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma;
 - c) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar na administração de alimentação;
 - d) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar na administração de medicamentos;
 - e) Instruir e treinar a utilização de dispositivos médicos;
 - f) Referenciar para apoios na comunidade.
9. 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



(consultar procedimentos em Anexo II e dispositivos em Anexo I) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)⁴⁻⁷:

- 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 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.

10.A monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto, realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia devem incluir:

- a) Avaliação do estado geral;
- b) Avaliação do estoma e pele peri-estoma;
- c) Capacitação de autocuidado;
- d) Adesão ao plano terapêutico;
- e) Melhoria global referida pela pessoa com ostomia;
- f) Periodicidade seguinte e sempre que existem intercorrências:
 - i. Até aos 15 dias; e
 - ii. Mensalmente, nas sondas de balão; e



iii. Trimestralmente, nas sondas de campânula (PEG).

11.A monitorização, controlo clínico e seguimento da pessoa, realizados por médico, com registo no processo clínico, devem ser efetuados a nível da consulta de especialidade hospitalar em idade pediátrica e a nível da consulta de especialidade hospitalar ou cuidados de saúde primários no adulto, com periodicidade definida, de acordo com a situação clínica e contexto individual (Nível de Evidência I, Grau de Recomendação C).

12.O seguimento hospitalar do adulto (≥ 18 anos) deve ser mantido nas seguintes situações clínicas:

- a) Quando a doença de base que motivou a realização da ostomia implica o acompanhamento hospitalar; ou
- b) Quando existem complicações relacionadas com a ostomia que implicam cuidados médicos; ou
- c) Quando não existe consulta médica e de enfermagem de cuidados de estomaterapia a nível dos cuidados de saúde primários, aos quais a pessoa é referenciada.

13.Devem constituir critérios de alta hospitalar no adulto com ostomia de alimentação de carácter definitivo:

- a) Com situação clínica de base controlada; e
- b) Ausência de complicações da ostomia que necessitam de cuidados médicos; e
- c) Equipa de saúde (médico e enfermeiro) com formação específica e reconhecida e experiência de cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados de saúde primários aos quais a pessoa é referenciada.

14.Na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação em seguimento hospitalar ou no adulto com alta hospitalar, os cuidados de saúde primários devem receber informação médica e de enfermagem, após contacto telefónico prévio ou eletrónico com médico e enfermeiro dos cuidados de saúde primários.



15. Deve ser referenciada a efetivar de imediato a consulta de especialidade hospitalar e, na sua impossibilidade, ao serviço de atendimento não programado ou ao serviço de urgência, a pessoa com ostomia de alimentação e que apresenta (Nível de Evidência I, Grau de Recomendação C)^{3,8}:

- a) Hemorragia digestiva;
- b) Exteriorização da sonda/botão colocada há menos de 4 semanas pela primeira vez⁹;
- c) Síndrome da campânula interna (*Burried Bumper Syndrome*);
- d) Abscesso da parede abdominal/celulite.

16. Deve ser referenciada, a efetivar de imediato, a consulta de enfermagem de estomaterapia ou consulta médica, após contacto prévio telefónico e, na sua impossibilidade, o enfermeiro deve contactar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24), quando a pessoa apresenta:

- a) Lesões cutâneas peri-estoma (maceração, escoriação, eritema, tecido de granulação, zona de pressão e ulceração);
- b) Suspeita de obstrução da sonda/botão;
- c) Exteriorização da sonda/botão colocada há mais de 4 semanas pela primeira vez⁹;
- d) Perda de líquido entre a sonda/botão e o estoma;
- e) Perda da capacitação de autocuidado.

17. A prescrição inicial por um período de 90 dias e de continuidade por um período de 180 dias de dispositivos médicos no adulto, em seguimento hospitalar, devem ser efetuadas a nível da consulta de especialidade hospitalar.

18. A prescrição de continuidade por um período de 90 dias de dispositivos médicos no adulto com alta hospitalar deve ser efetuada a nível dos cuidados de saúde primários.

19. A prescrição inicial por um período de 30 dias e de continuidade por um período de 180 dias de dispositivos médicos em idade pediátrica devem ser efetuadas a nível da consulta de especialidade hospitalar.



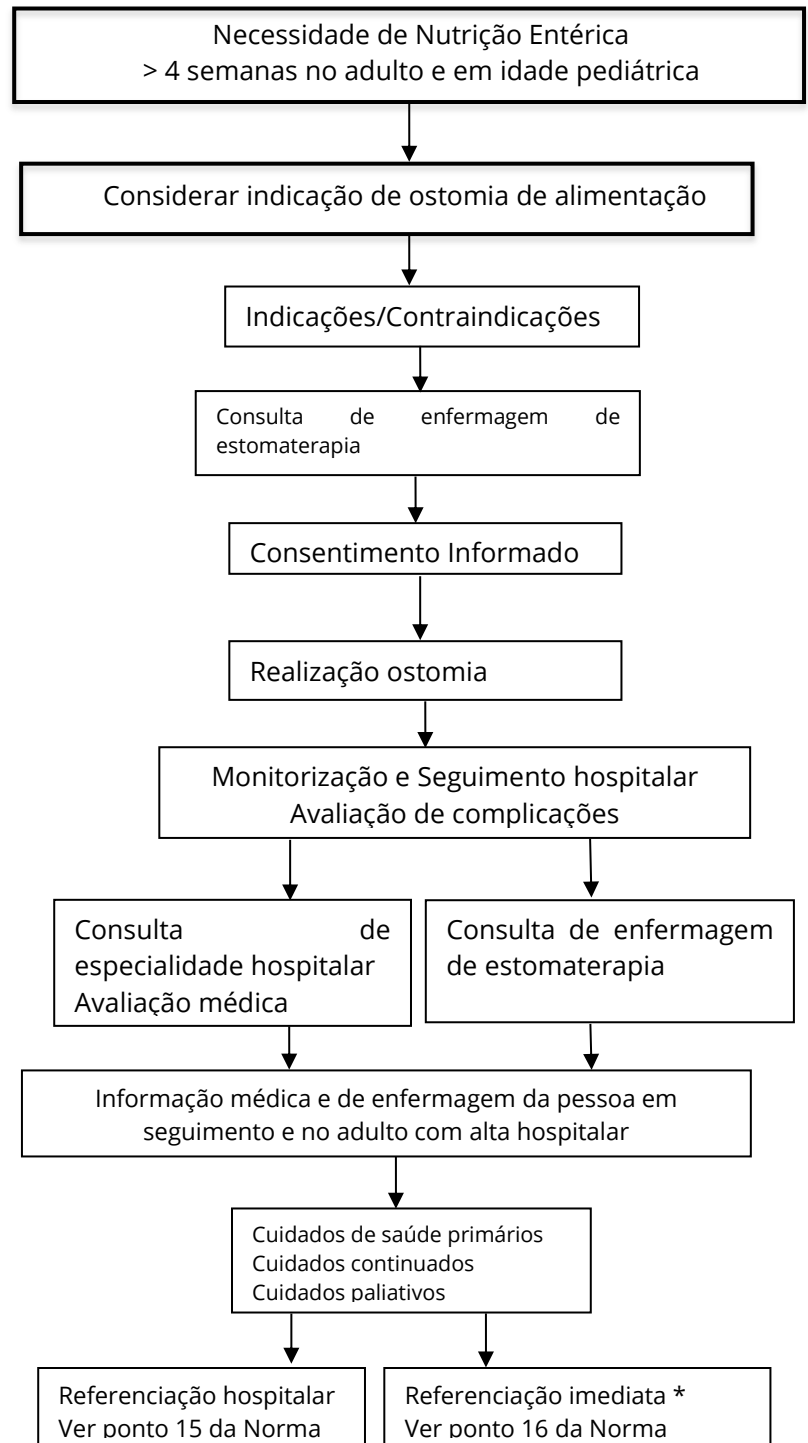
20. Devem ser registados no processo clínico todas as avaliações/procedimentos/intervenções efetuadas e o resultado das mesmas, por ordem cronológica.

21. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.



22. O algoritmo clínico

Ostomia de alimentação



*A consulta de enfermagem de estomaterapia ou consulta médica nos cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários ou, na sua impossibilidade, contactar Saúde 24



23. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto "				
Unidade:				
Data: __/__/__		Equipa auditora:		
1: Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a pessoa e/ou o representante legal são informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento clínico na ostomia de alimentação, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde				
Existe evidência de que é obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 "Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito"				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Intervenção Médica				
A: Realização de Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) a ostomia de alimentação é realizada em ambiente hospitalar, após proposta de decisão terapêutica da equipa médica responsável pelo acompanhamento da pessoa e médico que realiza a ostomia				
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) a gastrostomia/jejunostomia com carácter temporário ou definitivo é efetuada através das vias cirúrgica aberta, laparoscopia ou por via percutânea (através de endoscopia ou com apoio radiológico)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Indicações Clínicas				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto e em idade pediátrica a realização da gastrostomia/jejunostomia é 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), após avaliação prévia das indicações, riscos e benefícios				
Existe evidência de que os dispositivos médicos devem ser prescritos à pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação, após alta da unidade de internamento				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
C: Monitorização				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que em idade pediátrica com ostomia de alimentação, a monitorização, controlo clínico e seguimento, com registo no processo clínico, são efetuados a nível da consulta de especialidade hospitalar em idade pediátrica				
Existe evidência de que no adulto com ostomia de alimentação, a monitorização, controlo clínico e seguimento, com registo no processo clínico, são efetuados a nível da consulta de especialidade hospitalar ou cuidados de saúde primários no adulto, com periodicidade definida, de acordo com a situação clínica e contexto individual				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
D: Seguimento Clínico				



Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) com ostomia de alimentação, o seguimento hospitalar do adulto é mantido nas seguintes situações clínicas: quando a doença de base que motivou a realização da ostomia implica o acompanhamento hospitalar; quando existem complicações relacionadas com a ostomia que implicam cuidados médicos; quando não existe consulta médica e de enfermagem de cuidados de estomaterapia a nível dos cuidados de saúde primários, aos quais a pessoa é referenciada				
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) com ostomia de alimentação de carácter definitivo constituem critérios de alta hospitalar: situação clínica de base controlada; e ausência de complicações da ostomia que necessitam de cuidados médicos; e equipa de saúde (médico e enfermeiro) com formação específica e reconhecida e experiência de cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados de saúde primários aos quais a pessoa é referenciada				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
E: Prescrição Inicial e de Continuidade				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto a prescrição inicial por um período de 90 dias e de continuidade por um período de 180 dias de dispositivos médicos no adulto, em seguimento hospitalar, são efetuadas a nível da consulta de especialidade hospitalar				
Existe evidência de que no adulto a prescrição de continuidade por um período de 90 dias de dispositivos médicos no adulto com alta hospitalar é efetuada a nível dos cuidados de saúde primários				
Existe evidência de que em idade pediátrica a prescrição inicial por um período de 30 dias e de continuidade por um período de 180 dias de dispositivos médicos são efetuadas a nível da consulta de especialidade hospitalar				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
F: Articulação com Cuidados de Saúde Primários				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação em seguimento hospitalar ou no adulto com alta hospitalar é enviada informação médica aos cuidados de saúde primários, após prévio contacto telefónico ou eletrónico com médico				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
G. Referência Hospitalar				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que é referenciada a efetivar de imediato a consulta de especialidade hospitalar e, na sua impossibilidade, ao serviço de atendimento não programado ou ao serviço de urgência, a pessoa com ostomia de alimentação e que apresenta: hemorragia digestiva; exteriorização da sonda/botão colocada há menos de 4 semanas pela primeira vez; síndrome de câpanula (<i>Burried Bumper Syndrome</i>); abscesso da parede abdominal/celulite				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Intervenção de Enfermagem				
A: Fases Pré e Pós-Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) a ser submetida a cirurgia de ostomia de alimentação a intervenção de				



enfermagem é efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamento), dos cuidados domiciliários e das unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Cuidados de Estomaterapia na Fase Pós-Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação, realizado por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários e nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos são implementados os seguintes cuidados (consultar Anexo II e dispositivos em Anexo I): pós-ostomia (período imediato (até às 48 horas) na unidade de internamento); pós ostomia (período tardio (após 48 horas da intervenção) na unidade de internamento) e no domicílio; colaboração na substituição da sonda/botão de acordo com a avaliação da funcionalidade estado de conservação, indicação do fabricante e indicação clínica; em caso de obstrução da sonda/botão; em caso de exteriorização da sonda/botão; administração de alimentos pela sonda/botão; administração de medicamentos; administração de alimentação por bomba perfusora de alimentação; administração de alimentação por bolus				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
C: Educação para a Saúde				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a educação para a saúde dirigida à pessoa (idade pediátrica e no adulto) com ostomia de alimentação e/ou representante legal e/ou cuidador, realizado por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, iniciada na fase pré-ostomia (consulta de enfermagem de estomaterapia e internamento) e reforçada na fase pós-operatória (cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários e nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos) com plano detalhado sobre a preparação da alta (da unidade de internamento na fase pós-ostomia e alta hospitalar) que inclui: ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de habilidades para o cuidado da ostomia de alimentação; reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma; ensinar, instruir, treinar, supervisionar na administração de alimentação; ensinar, instruir, treinar, supervisionar na administração de medicamentos; instruir e treinar a utilização de dispositivos médicos; referenciar para apoios na comunidade				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
D: Monitorização e Seguimento				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto, realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia inclui: avaliação do estado geral; avaliação do estoma e pele peri-estoma; capacitação de autocuidado; adesão ao plano terapêutico; melhoria global referida pela pessoa com				



ostomia				
Existe evidência de que a monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto é realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia com periodicidade seguinte e sempre que existem intercorrências: até aos 15 dias; e mensalmente, nas sondas de balão; e trimestralmente, nas sondas de campânula (PEG)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
E: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a referenciação, a efetivar de imediato, a consulta de enfermagem de estomaterapia ou consulta médica nos cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários, é realizada, após contacto prévio telefónico e, na sua impossibilidade, o enfermeiro contacta o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24), quando a pessoa apresenta: lesões cutâneas peri-estoma (maceração, escoriação, eritema, tecido de granulação, zona de pressão e ulceração); suspeita de obstrução da sonda/botão; exteriorização da sonda/botão colocada há mais de 4 semanas pela primeira vez; perda de líquido entre a sonda/botão e o estoma; perda da capacitação de autocuidado				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
F: Articulação com Cuidados de Saúde Primários				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia de alimentação em seguimento hospitalar ou no adulto com alta hospitalar é enviada informação de enfermagem aos cuidados de saúde primários, após prévio contacto telefónico ou eletrónico com enfermeiro				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Reinternamento				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que nas pessoas com ostomias de alimentação reinternadas é implementado protocolo local de acordo com o Grupo Coordenador Local (GCL) do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4: Registos Médicos e de Enfermagem				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que são registados no processo clínico todas as avaliações/procedimentos/intervenções efetuadas e resultado das mesmas, por ordem cronológica				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$



24.O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

25.Os conteúdos relativos à intervenção de enfermagem foram validados pelo *Chief Nursing*.

26.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

- A. Estomaterapia: é uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integram o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e através da informação, ensinamentos e aconselhamento, permite à pessoa que irá ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas¹⁰.
- B. Estoma: Stoma é uma palavra de origem grega que significa “abertura” ou boca, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo¹¹.
- C. Pessoa ostomizada: as pessoas portadoras de estomas apresentam características comuns que as unem formando um grupo especial constituído por pessoas com necessidades, reações e comportamentos próprios, implícitos da sua subjetividade e identidade mas com necessidades comuns à problemática que estão a experienciar - a presença de um estoma¹².
- D. 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^{13,14}.
- E. Jejunostomia é um processo do qual resulta a abertura artificial de uma fístula do jejuno para a parede abdominal, levando à criação de um estoma¹⁵.
- F. As ostomias de alimentação designadas de gastrostomias ou jejunostomias, são “novas aberturas” criadas entre o estômago/jejuno e a parede abdominal¹⁵.
- G. Apresentam-se como alternativa aquando de défices no processo de deglutição por um período superior a 4 semanas, permitindo o aporte nutricional e o cumprimento de esquemas terapêuticos por via oral^{7,16}.
- H. A realização de gastrostomia/jejunostomia deverá ser considerada em idade pediátrica sempre que existem dificuldades alimentares e quando é necessário melhorar o estado ponderal, nomeadamente, nas crianças com fibrose quística e insuficiência renal crónica (propostos para transplante).
- I. A escolha do tipo de ostomia, assim como a técnica utilizada, depende do diagnóstico da pessoa, da avaliação clínica do estado geral, da finalidade e do objetivo da colocação da sonda¹⁷.



- J. Entende-se por ostomias de alimentação as gastrostomias e jejunostomias colocadas com o objetivo de permitir o aporte nutricional por via entérica.
- K. As ostomias de alimentação podem ser provisórias ou definitivas, de acordo com a avaliação clínica do estado geral.
- L. Devem ser consideradas em doenças neurológicas em que há perturbação da deglutição, nomeadamente na esclerose lateral amiotrófica (ELA) e após acidente vascular cerebral (AVC) ou traumatismo crânio-encefálico (TCE), bem como em pessoas com tumores da cabeça e pescoço e esófago, com disfagia secundária a obstrução ou mucosite resultante da terapêutica com rádio e quimioterapia^{3,7,8}.
- M. A colocação de ostomias de alimentação não parece beneficiar as pessoas com demências avançadas^{18,19} nem numa fase precoce após AVC (< 30 dias) pelo que a sua colocação deverá ser equacionada individualmente e após discussão com os vários profissionais de saúde envolvidos no tratamento destas pessoas¹⁷.
- N. Em idade pediátrica as ostomias de alimentação deverão ser consideradas também em situações de malformações congénitas.
- O. Em todos os casos o período de tempo estimado para o aporte nutricional por esta via deve ser superior a 4 semanas no adulto^{2,8} em idade pediátrica¹.
- P. Em todos os casos deve ser avaliada a situação clínica individual, bem como os potenciais benefícios e contra-indicações, nomeadamente a existência de oclusão intestinal, instabilidade hemodinâmica, alterações da coagulação (APTT > 50 segundos, INR > 1,5 e plaquetas < 50000) não passíveis de correção ou infeção sistémica grave^{3,8}.
- Q. A realização de ostomias de alimentação pode ser efetuada através de cirurgia ou por via percutânea, podendo esta ser endoscópica ou radiológica. A escolha do método dependerá da situação clínica e da experiência do centro hospitalar no qual o doente se encontra⁸.
- R. A nutrição por via gástrica é a mais fisiológica e a preferida exceto se não for tolerada ou houver uma indicação específica para ser administrada no intestino delgado^{2,8}.
- S. As ostomias de alimentação mais frequentemente colocadas são as gastrostomias endoscópicas percutâneas (PEG)⁸.



- T. Todas as pessoas nas quais foram colocadas gastrostomias/jejunostomias ficam ao cuidado das respetivas equipas médica e de enfermagem durante o internamento e no ambulatório dos serviços de cirurgia, gastroenterologia ou radiologia, devendo ser, sempre que necessário, ser contactada a equipa de enfermagem de estomaterapia.
- U. Sempre que forem identificadas complicações, nomeadamente lesões da pele peri-estoma (maceração, eritema, escoriação e úlcera), infeção da área peri-estoma, abcesso da parede abdominal/celulite, *leakage*, hemorragia digestiva, *burried bumper syndrome*, obstrução ou exteriorização da sonda, tornar-se-á necessária a avaliação pela equipa de saúde especializada de estomaterapia^{2,8,9}.
- V. Analisada a situação clínica, a intervenção médica imediata será necessária nas situações abcesso da parede abdominal/celulite, hemorragia digestiva, *burried bumper syndrome*, e nos casos em que a exteriorização da sonda ocorra antes do trajeto fistuloso criado estar bem estabelecido (< 4 semanas)⁹.
- W. Analisada a situação clínica, a intervenção de enfermagem será necessária nas situações de lesões da pele peri-estoma, com *leakage*, obstrução ou exteriorização da sonda/ botão ocorrida após o processo fistuloso criado estar bem estabelecido (> 4 semanas)⁹.
- X. A educação para a saúde pressupõe a capacitação da pessoa para a gestão da sua situação de saúde e as alterações decorrentes desta. É necessário assegurar que, após a alta cirúrgica, a pessoa e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador adquirirem as habilidades mínimas para manutenção do autocuidado e gestão do regime terapêutico.
- Y. O enfermeiro com formação específica e experiência em cuidados à pessoa com ostomia realiza ações de educação para a saúde com enfoque no autocuidado. É da responsabilidade do enfermeiro que acompanha a pessoa com ostomia e família e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador o aconselhamento de estratégias adaptativas que visem a recuperação da autonomia, o acompanhamento, a avaliação da eficácia das mesmas e a avaliação das competências adquiridas.



Fundamentação

- A. Em relação ao número real de pessoas com ostomia, não existem dados agregados nacionais, podendo ser possível aceder à informação a disponibilizar por cada unidade de saúde.
- B. A nível nacional em 2015, temos uma estimativa de 53 consultas de estomaterapia em atividade, 43 em unidades hospitalares e 10 em centros de saúde, desenvolvidas por enfermeiras. O horário e os dias de funcionamento das consultas variam, assim como os critérios para atendimento (pré-operatório, pós-operatório, momento de alta e no seguimento). Estas consultas estão organizadas de forma diferente, algumas fazem o seguimento da pessoa com ostomia (eliminação, respiratório ou alimentação), outras fazem o seguimento da pessoa com ostomia de eliminação e ainda outras avaliam a pessoa com ostomia digestiva e ostomia urinária, separadamente.
- C. As ostomias de alimentação, permitem manter o aporte nutricional a médio e longo prazo, por via entérica^{2,8}.
- D. Na impossibilidade de aporte nutricional por via oral, esta via é preferida em detrimento da nutrição parentérica, por ser mais fisiológica e ter menos complicações³.
- E. A manutenção de um estado nutricional adequado é considerada necessária à preservação da saúde e da qualidade de vida da pessoa^{2,3}.
- F. Na decisão de colocar uma ostomia de alimentação devem ser envolvidos o própria e/ou representante legal e/ou cuidador, para além do médico e do enfermeiro de cuidados de estomaterapia que acompanha o processo nas fases pré e pós-ostomia^{8,17}.
- G. Os dispositivos médicos dispensados em farmácia da comunidade estão restritos aos produtos cuja utilização foi determinada pelo fabricante como sendo segura para utilização em auto-cuidado, estando excluídos produtos de utilização profissional.
- H. As ostomias de alimentação permitem adicionalmente a administração de medicamentos e em alguns casos a descompressão gástrica⁸.
- I. Reveste-se da maior importância o acesso a uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde com conhecimentos e competências para garantir a prestação de cuidados de qualidade na gestão da ostomia²⁰.



- J. Todas as pessoas com ostomias de alimentação necessitam de apoio educacional, psicossocial e de treino, a fim de se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da ostomia.
- K. A associação de enfermeiros de ferida, ostomia e continência dos Estados Unidos, *Wound Ostomy Continence Nurse Society* (WOCN) refere que as pessoas submetidas a cirurgia de ostomia, temporário ou permanente, exigem cuidados físicos e emocionais, intensos e contínuos para retornar a sua vida diária. Os enfermeiros prestam cuidados especializados com os objetivos de maximizar a independência para o autocuidado e apoiam as pessoas a adaptarem -se às mudanças que surgem devido à presença do estoma. A necessidade de cuidados especiais continua muito para além do período cirúrgico mediato²¹.
- L. O ensino/treino e o seguimento devem estar disponíveis para todas as pessoas com ostomia²².
- M. As primeiras consultas de enfermagem de estomaterapia, em Portugal, surgiram em 1991 e foram regulamentadas pelo Despacho do Ministério da Saúde, de 24 de Fevereiro de 1995, do, então Ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo, que definiu a criação de “atendimento de Enfermagem em Estomaterapia” e como prioridade a formação na área. No referido Despacho são descritas como funções da enfermeira no atendimento em estomaterapia “Garantir o atendimento pessoal e telefónico dos ostomizados residentes na área (que pode ou não estar incluída na área de influência do estabelecimento); Ajustar os dispositivos adequados caso a caso; Instruir os utentes para correta utilização do material; Acompanhar e solucionar os problemas decorrentes; Manter atualizados os ficheiros dessas pessoas: Elaborar as especificações do material para efeitos de aquisição e colaborar nas comissões de escolha do material”.
- N. As primeiras enfermeiras para além da formação que se iniciou para cumprimento do decreto-lei, começaram a frequentar cursos pós graduação e a formaram-se em universidades inglesas, francesas e espanholas, cujos cursos de estomaterapia são acreditados pelo *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET) com o título próprio de “*Experto Universitario en Estomaterapia*” com carga horária de 420 horas teórica/prática e incluem conteúdos teóricos relativos a ostomias respiratórias, eliminação, alimentação e fístulas.



- O. Um novo ciclo iniciou-se em 2012 com o “Curso de Formação Avançada em Estomaterapia” realizado pela Universidade Católica Portuguesa, em parceria com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) num total de 80 horas letivas presenciais - componente teórica/prática - num total de 200 horas e com acreditação pelo WCET, perfazendo um total de 60 enfermeiros com formação avançada. Tem sido, também, praticado em algumas unidades de saúde formações intituladas “noções essenciais em estomaterapia ” ou “atualizações em estomaterapia” da responsabilidade dos centros de formação respetivos, com a coordenação das enfermeiras que exercem funções em consultas de estomaterapia, com carga horária que pode ir até às 63 horas.
- P. Os dados relativos aos enfermeiros inscritos na APECE mostram que 50 enfermeiros têm o curso de formação avançada com 200 horas teórico/prática (33,78%), 21 enfermeiros (14,19%), têm formação básica, (consideramos formação básica os cursos com carga horária de 50 horas com componente teórica), 14 enfermeiros (9,46%) têm formação em universidades do exterior com “Titulo Próprio de *“Experto Universitario en Estomaterapia”* (carga horária de 420horas). No que refere à experiência profissional em estomaterapia, encontram-se a exercer funções nesta área 15 enfermeiros com 5 ou menos anos (10,14%), 17 enfermeiros entre 5 a 10 anos (11,49%), 16 Enfermeiros entre 10 a 15 anos (10,81%) e com mais de 15 anos, 15 enfermeiros (8,78%). Cerca de 15% dos enfermeiros com formação específica e reconhecida não exercem funções na consulta de estomaterapia.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.



- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários, nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos e nos cuidados de saúde primários e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde, dos diretores das unidades de internamento de cuidados continuado e de cuidados paliativos e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) N.º de pessoas com ostomias de alimentação discriminadas;
 - 2) Consumos discriminados de dispositivos médicos.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada Isabel Claro, Amélia Cunha, Isabel Afonso, Susana Costa, Susana Almeida, Isabel Morais, Sandra Martins e Catarina Cunha.
- C. A elaboração da proposta da presente Norma teve a representação da ACSS, através de Sofia Mariz e do INFARMED, através de Miguel Antunes e Helena Monteiro.
- D. A elaboração da proposta da presente Norma teve a representação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE).
- E. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- F. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.



Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Coordenação técnica

A coordenação técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes e Sérgio Gomes

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Referências Bibliográficas

1. Heuschkel R.B. et al. ESPGHAN *Position Paper on Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Children and Adolescents*.
2. McClave SA, DiBaise JK, Mullin GE, et al. ACG *Clinical guideline: Nutrition therapy in the adult hospitalized patient*. Am J Gastroenterol 2016; 111:315-334.



3. Rahnemai-Azar AA, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R et al. *Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management*. World J Gastroenterology 2014; 20:7739-7751.
4. Santos, Morais I. et al. Estomaterapia. O saber e o cuidar. Associação Portuguesa Enfermeiros de Cuidados de Estomaterapia. Ano.LIDEL).
5. The Agency For Clinical Innovation and the Gastroenterological Nurses College of Australia. *A Clinician´s Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices*. 2015. Consultado em 1 de Setembro2016. Acedido em 20-10-16 em https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0017/251063/gastrostomy_guide-web.pdf
6. Barret, C. *Gastrostomy Care: A Guide to Practice*. Ausmed Publications.2004
7. Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I. *Gastrostomy guidelines: an Evidence Check rapid review*. Sax Institute. 2013:10-7.
8. Stayner JL, Bhatnagar A, McGinn AN et al. *Feeding tube placement: errors and complications*. Nutr Clin Pract 2012; 27:738-748.
9. Singh A, Gelrud A. *Adverse events associated with percutaneous enteral access*. Gastrointestinal.Clin N Am 2015:71-82.
10. Mota, M.; et al. -Estomaterapia. In: MORAIS, I. *et al*. Estomaterapia: O saber e o cuidar. Lisboa: Lidel, 2012. ISBN 978-972-757-881-8. p.3.
11. Peixoto P. Ostomias. 2014. In: Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática [Internet]. 1ªed. [76- 346].
12. CESARETTI, I. - O Cuidar de Enfermagem na Trajectória do Ostomizado: Pré & Trans & Pós-operatórios. In CESARETTI I. - Assistência em Estomaterapia. São Paulo: Atheneu. 2005.
1. O'Neill SB, O'Connor OJ, Ryan MF, Maher MM. *Interventional Radiology and the Care of the Oncology Patient*. Radiology Research and Practice 2011.
2. Thornton FJ, Varghese JC, Haslam PJ, McGrath FP, Keeling F, Lee MJ. *Percutaneous gastrostomy in patients who fail or are unsuitable for endoscopic gastrostomy*. Cardiovasc Intervent Radiol. 2000(23).



3. Pugh MB, Werner B. *Stedman's- Medical Dictionary*. 27ª ed ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2098 p.
4. Moreira AP. Linhas de consenso. Ostomias de alimentação. Linhas de consenso Enfermagem para uma melhor intervenção. Porto: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa; 2014.
5. Moran C and O'Mahony S. *When is feeding via a percutaneous endoscopic gastrostomy indicated?*. Curr Opin Gastroenterol 2015; 31:137-142.
6. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL et al. *Does feeding tube insertion and its timing improve survival?* JGAS 2012; 60:1918-1921.
7. Cai S, Gozalo PL, Mitchell SL et al. Do patients with advanced cognitive impairment admitted to hospitals with higher rates of feeding tube insertion have improved survival? JPSM 2013 ;45:524-533.
8. *Ostomy care and management- Clinical best practice guidelines*. RNAO 2009
9. (WOCN Society, 2010) . WOCN Society (2010). *Wound, Ostomy and Continence Nursing Scope & Standards of Practice*. Mt. Laurel, NJ: Author. WOCNCB. (2010). WOCNCB® Examination Handbook. Acedido em <http://www.wocncb.org/become-certified/wound-ostomy-continence/how-toapply.php>.
10. Hendren S et al. *Clinical Practice Guidelines for ostomy surgery. Diseases of the Colon & Rectum*. 2015. 58 (4); 375-87.



ANEXOS

Anexo I – Dispositivos médicos para ostomias de alimentação

Quadro 1 – Dispositivos médicos para ostomias de alimentação

Dispositivos médicos para ostomias de alimentação
Kit para nutrição entérica (sistemas e acessórios adequados a cada bomba perfusora de calibre ou tamanhos com registo CE)
Sondas e kit para gastrostomia (sistemas e acessórios adequados a cada bomba perfusora de calibre ou tamanhos com registo CE)
Sondas e kit para jejunostomia (sistemas e acessórios adequados a cada bomba perfusora de calibre ou tamanhos com registo CE)
Sondas e Kit para gastrojejunostomia (PEG -J) (sistemas e acessórios adequados a cada bomba perfusora de calibre ou tamanhos com registo CE)
Gastrostomias endoscópicas percutâneas (sondas de gastrostomia de poliuretano ou silicone de calibre ou tamanhos com registo CE)
Gastrostomias radiológicas percutâneas ou cirúrgicas (sonda gastrostomia de silicone com três lumens e com retenção interna por balão de tamanho 12 a 24Fr)
Sondas de gastrostomia de baixo perfil (botão) de silicone com retenção interna por balão e com válvula antirrefluxo de tamanho 12 a 24 Fr de 0,8 a 5 cm
Seringas de uso único para perfusão e irrigação com cone luer, 3 peças sem agulha de vários volumes
Seringa de bico de pato de tamanhos diferentes para alimentação
Jejunostomias endoscópicas (sistemas e acessórios adequados a cada bomba perfusora de calibre ou tamanhos com registo CE)
Bomba de perfusão par alimentação
Compressas tecido não tecido (TNT) 10 x 10 cm
Água destilada
Cloreto de sódio a 0,9%

Anexo II – Intervenção de enfermagem na fase pós-ostomia

A. Intervenção de enfermagem na ostomia de alimentação⁴⁻⁷:

a) Pós ostomia (período imediato, até às 48 horas):

- i. Limpar a pele peri-estoma e estoma com cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico), com movimentos circulares do centro para a periferia;
- ii. Aproximar 5 mm o anel de fixação da sonda à pele;
- iii. Colocar compressa tecido não tecido (TNT) entre a pele e o anel;
- iv. Realizar e vigiar o penso do local de inserção da sonda/botão;
- v. Fixar externamente a sonda;
- vi. Vigiar feridas cirúrgicas (se gastrostomia/jejunostomia cirúrgica).

b) Pós ostomia (período tardio, após 48 horas da intervenção)^{6,7}:

i. Na unidade de internamento:

- (i). Lavar diariamente a pele peri-estoma com água “morna” e sabão líquido neutro, com movimentos circulares do centro para a periferia;
- (ii). Secar a área com compressa ou cotonete de algodão sem exercer pressão;
- (iii). Colocar compressa tecido não tecido (TNT) entre a pele e o anel;
 - (i). Rodar 360° a sonda/botão de acordo com protocolo definido localmente;

ii. No domicílio:

- (ii). (i) Lavar diariamente com água “morna” e sabão neutro a zona em redor do sonda/ botão;
- (iii). Secar a área com compressa, ou cotonete de algodão, ou pano limpo sem exercer pressão;



- (iv). Rodar 360° a sonda/botão de acordo com protocolo definido localmente;
- (v). Verificar se a tampa da sonda se encontra fechada;
- (vi). Analisar se a válvula do botão se encontra limpa;
- (vii). Aferir se o *clamp* da sonda/extensão está aberto, caso se aplique;
- (viii). Avaliar o volume de água destilada do balão de acordo com protocolo definido localmente, e indicações do fabricante da sonda/botão;
- (ix). Fixar externamente a sonda/botão;
- (x). Detetar alterações cutâneas;
- (xi). Monitorizar funcionalidade e estado de conservação da sonda/ botão.

c) Participação na substituição de sonda/botão realizada pela equipa de saúde especializada de acordo com a avaliação da funcionalidade estado de conservação, indicação do fabricante e indicação clínica:

Em caso de obstrução da sonda/botão:

- i. Avaliar a causa da obstrução (empactamento por restos alimentares/medicamentos, colapso da sonda, *Burried Bumper Syndrome*);
- ii. Em caso de empactamento administrar água morna com ligeira pressão, reavaliar até duas horas;
- iii. Contactar de imediato o médico para referenciação (consultar ponto 15 da presente Norma);
- iv. Consultar critérios de referenciação imediata em ponto 16 da presente Norma;
- v. Na impossibilidade da resolução da obstrução considerar substituição.



d) Em caso de exteriorização da sonda/botão:

- i. Lavar a área do estoma e peri- estoma com água “morna” e sabão neutro;
- ii. Esvaziar o balão e voltar a introduzir a sonda, caso se (consultar ponto 16 da presente Norma)
- iii. Na impossibilidade de reintroduzir a sonda, realizar penso oclusivo e requerer observação médica, o mais rapidamente possível no período de 4 horas pós exteriorização.

e) Administração de alimentos pela sonda/botão:

- i. Posicionar a pessoa portadora de ostomia com a cabeceira a 30° - 45°, devendo a pessoa manter-se nessa posição cerca de uma hora;
- ii. Ligar a sonda ou a extensão ao botão (fazendo coincidir o traço negro da extensão com o traço negro do botão - caso se aplique);
- iii. Limpar a sonda ou extensão do botão instilando água, antes e após a sua utilização;
- iv. Administrar água de acordo com a idade da pessoa, a necessidade/restricção de líquidos e o estado clínico da pessoa;
- v. Administrar lentamente os alimentos e à temperatura ambiente, através de seringa de 100ml;
- vi. Detetar sinais de distensão abdominal, náuseas e/ou dor, para avaliar a administração do conteúdo;
- vii. Sensibilizar a pessoa portadora de ostomias/cuidador para a necessidade da correta higienização boca, duas vezes por dia;
- viii. Incentivar a pessoa a retomar as suas atividades de vida diárias, assim que se sentir capaz e o mais precocemente possível.



f) Administração de medicamentos:

- i. Administrar individualmente cada medicamento;
- ii. Administrar água pela sonda/extensão do botão antes e após a administração de medicação e entre cada medicamento distinto;
- iii. Diluir os medicamentos com água destilada ou fervida;
- ix. Administrar água de acordo com a idade da pessoa, o número de medicamentos, a necessidade/restrrição de líquidos e o estado clínico da pessoa;

g) Administração de alimentação por bomba perfusora de alimentação:

- i. Reunir o material necessário (Anexo III, Quadro 1);
- ii. Posicionar a pessoa;
- iii. Lavar as mãos com água e sabão líquido;
- iv. Calçar luvas não estéreis de uso único;
- v. Fechar o *clamp* no sistema de alimentação;
- vi. Abrir frasco/pacote que contem a alimentação;
- vii. Aplicar o sistema de alimentação no frasco/pacote que contem a alimentação e pendurar no suporte devidamente identificado;
- viii. Abrir o *clamp* do sistema de alimentação, preencher na totalidade e clampar novamente;
- ix. Colocar o sistema de alimentação na bomba de infusão para alimentação;
- x. Limpar extremidade da sonda/botão com água potável;
- xi. Ligar a extensão ao botão (fazendo coincidir o traço negro da extensão com o traço negro do botão - caso se aplique);
- xii. Verificar correto posicionamento da sonda no estômago ou jejuno;



- xiii. Verificar volume residual gástrico de acordo com o protocolo do serviço, nas pessoas com gastrostomia que permanecem nas unidades de cuidados intensivos;
- xiv. Ligar o sistema de alimentação à sonda/ extensão;
- xv. Desclampar sonda/extensão do botão;
- xvi. Programar bomba de infusão para administração da alimentação segundo prescrição médica/protocolo do serviço/tolerância da pessoa;
- xvii. Desclampar o sistema e ligar a bomba para iniciar administração da alimentação.

Nota: Nas pessoas em unidades de cuidados intensivos e nas crianças, deve-se utilizar água destilada para administrar pela sonda:

h) Administração de alimentação por bolus:

- i. Reunir o material necessário (Anexo III, Quadro 2);
- ii. Posicionar a pessoa;
- iii. Lavar as mãos com água e sabão líquido;
- iv. Calçar luvas não estéreis de uso único;
- v. Limpar extremidade da sonda/extensão com água potável;
- vi. Ligar a extensão ao botão (fazendo coincidir o traço negro da extensão com o traço negro do botão - caso se aplique);
- vii. Verificar correto posicionamento da sonda no estômago ou jejuno;
- viii. Verificar volume residual gástrico de acordo com o protocolo do serviço, nas pessoas com gastrostomia que permanecem nas unidades de cuidados intensivos;
- ix. Remover o êmbolo da seringa de 100 ml;



- x. Inserir o luer da seringa na sonda (lúmen para alimentação) ou na extensão do botão;
- xi. Certificar que a seringa fica num nível acima do estomago/jejuno;
- xii. Introduzir água na seringa;
- xiii. Desclampar sonda/extensão;
- xiv. Observar enquanto a água percorre o circuito;
- xv. Colocar a alimentação na seringa e observar enquanto percorre o circuito;
- xvi. Introduzir água na seringa e observar enquanto a água percorre o circuito, no final da alimentação;
- xvii. Clampar a sonda/extensão;
- xviii. Retirar a seringa;
- xix. Limpar a extremidade da sonda/botão com água potável;
- xx. Lavar com água a extensão, caso se aplique.

Nota: Nas pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos e nas crianças deve ser utilizada água destilada para administrar pela sonda.



Anexo III - Dispositivos médicos de acordo com o procedimento

Quadro 1 - Material necessário para administração de alimentação por bomba infusora de alimentação

Material necessário para administração de alimentação por bomba infusora de alimentação

Luvas não estéreis de uso único (vinil)

Sabão líquido neutro e água

Compressas tecido não tecido (TNT) 10 x 10 cm

Seringa de bico de pato 100 ml

Água destilada em ambiente hospitalar e água potável no domicílio

Copo

Frasco/pacote que contem a alimentação

Sistemas de alimentação

Extensão para o botão, conforme aplicável

Bomba de perfusão para alimentação

Suporte devidamente identificado para fixar a bomba de infusão de alimentação



Quadro 2 - Material necessário para administração de alimentação por bolus

Material necessário para administração de alimentação por bolus

Luvas não estéreis de uso único (vinil)

Sabão líquido neutro e água

Compressas tecido não tecido (TNT) 10 x 10 cm

Seringa de bico de pato 100 ml

Água destilada em ambiente hospitalar e água potável no domicílio

Copo

Extensão para o botão, conforme aplicável

Cloreto de sódio 0.9%

Sondas gastrointestinais/acessórios G0280 (dispositivos estéreis ou não estéreis, que representam um conjunto de acessórios utilizáveis com as sondas gastrointestinais. Enquadram-se também aqui todos os acessórios relativos ao grupo em questão (G02: sondas gastrointestinais). Os dispositivos descritos são de uso único ou reutilizável)