



ARTIGO DE REVISÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES GASTROSTOMIZADOS BASEADA EM EVIDÊNCIAS

EVIDENCE BASED NURSING CARE TO PATIENTS WITH GASTROSTOMY

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES GASTROSTOMIZADOS, BASADOS EN EVIDENCIAS

Natália Georgina Nascimento¹, Eline Lima Borges², Miguir Terezinha Vieccelli Donoso³

RESUMO

Sendo a gastrostomia um procedimento invasivo, ressalta-se o papel da enfermagem no atendimento pré, intra e pós-procedimento. Entretanto, a assistência de enfermagem é norteada por tradições e conhecimentos comuns. Assim, faz-se necessária a identificação na literatura de melhores evidências para tomada de decisão em relação ao cuidado. Este trabalho teve como objetivo estabelecer recomendações de enfermagem para implantação, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia e classificar níveis de evidência das recomendações. Como referencial metodológico, optou-se pela revisão integrativa de literatura. Os estudos permitiram identificar que, apesar de discorrerem sobre pacientes gastrostomizados, os cuidados de enfermagem não foram abordados pelos mesmos. A análise destes resultou no estabelecimento de cinco recomendações classificadas em nível de evidência 4. Mesmo sendo tema relevante, existe uma lacuna na literatura sobre cuidados de enfermagem a pacientes gastrostomizados.

Descritores: Gastrostomia; Nutrição enteral; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Gastrostomy is an invasive procedure. We emphasize the role of nursing in pre-, intra- and post-procedure care. However, nursing care is guided by traditions and common knowledge. Thus, it is necessary to identify in literature the best evidences to aid in decision-making regarding the care provided. The objective of this study was to establish nursing recommendations for the insertion, handling and removal of the gastrostomy tube, and to classify evidence levels for the guidelines. Our methodological framework was an integrative literature review. Nursing care to patients with gastrostomy was not described by the studies identified, although they portrayed this type of patients. The analysis of the studies resulted in the establishment of five recommendations classified as evidence level 4. Although this theme is relevant, there is a gap in the literature about nursing care to patients with gastrostomy.

Descriptors: Gastrostomy; Enteral nutrition; Nursing care.

RESUMEN

Al ser la gastrostomía un procedimiento invasivo, se resalta el papel de la enfermería en la atención pre, intra y post procedimiento. Sin embargo, la asistencia de enfermería se nordea por tradiciones y conocimientos comunes. De esta forma, se hace necesaria la identificación en la literatura de mejores evidencias para la toma de decisión con relación al cuidado. Este trabajo tuvo como objetivo establecer recomendaciones de enfermería para implantación, manejo y retirada del catéter de gastrostomía y clasificar niveles de evidencia de las recomendaciones. Como referencial metodológico se optó por la revisión integrativa de literatura. Los estudios permitieron identificar que, a pesar de discurrir sobre pacientes gastrostomizados, los cuidados de enfermería no han sido abordados. Su análisis resultó en el establecimiento de cinco recomendaciones clasificadas en nivel de evidencia 4. Aun siendo tema relevante, existe una laguna en la literatura sobre cuidados de enfermería a pacientes gastrostomizados.

Descriptores: Gastrostomía; Nutrición enteral; Cuidados de enfermería.

¹ Enfermeira, especialista em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), enfermeira do Hospital Infantil João Paulo II, Belo Horizonte, MG. ² Enfermeira, doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto, professor associado da Escola de Enfermagem da UFMG. ³ Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG, professor associado da Escola de Enfermagem da UFMG.

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral constitui possibilidade terapêutica de manutenção ou recuperação do estado nutricional nas pessoas que apresentem o trato gastrointestinal íntegro para o processo de digestão, mas com a ingestão oral parcial ou totalmente comprometida⁽¹⁾. As indicações de nutrição enteral incluem dificuldade de deglutição por condições neurológicas ou por trauma facial, obstrução luminal ou ainda estados hipercatabólicos, como queimaduras extensas, fibrose cística e doença intestinal inflamatória⁽²⁾. Quando há limitação de ingestão alimentar por curto período são indicados cateteres nasoentéricos. No entanto, o uso prolongado de cateter ou de tubo em contato com a mucosa é contraindicado pela possibilidade de complicações como lesões nasais, sinusites, doença do refluxo gastroesofágico e pneumopataspirativas⁽³⁾. Sendo assim, quando o período de tempo da utilização de nutrição enteral é maior, faz-se uso de gastrostomia.

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que permite acesso à câmara gástrica pela parede abdominal com a criação de uma abertura artificial do estômago⁽⁴⁾. É indicada para pessoas com trato gastrointestinal íntegro, mas impossibilitadas de receber o aporte calórico adequado por via oral por longo prazo. A gastrostomia também pode ser indicada para algumas situações que exigem

descompressão gástrica e para obstruções intestinais inoperáveis⁽⁵⁾. Pode ser realizada por laparotomia, endoscopia ou laparoscopia. O índice de complicações varia de 6% a 56% para a gastrostomia por laparotomia e de 2% a 15% para gastrostomia por endoscopia⁽⁴⁾.

Desde o início da utilização desse procedimento em 1980, o número de cateteres de gastrostomia instalados por via endoscópica tem aumentado significativamente⁽⁶⁾. Esse recurso tem sido o mais utilizado devido ao baixo custo, menor tempo de hospitalização, baixos índices de complicações e de morbimortalidade, quando comparada à técnica tradicional⁽³⁾.

As gastrostomias podem ser temporárias, quando o acesso ao trato digestivo está temporariamente prejudicado para recuperação e manutenção do estado nutricional, como ocorre nos casos de estenose cáustica, câncer do esôfago e megaesôfago. As definitivas ocorrem quando o paciente requer terapêutica paliativa. Pode-se citar, por exemplo, pessoas com neoplasia maligna irressecável da faringe e do esôfago, com doenças neurológicas, tais como demência, esclerose amiotrófica lateral e doença de Parkinson, entre outras⁽⁴⁻⁷⁾.

As complicações de maior incidência nas gastrostomias endoscópicas são hemorragia no local da punção, infecção e dor local, remoção precoce do cateter e fístula gastrocolocutânea⁽³⁾. Todas essas complicações são passíveis de intervenção da enfermagem para minimizar os sintomas

ou até mesmo tratar a complicação, dependendo da gravidade desta⁽⁷⁾. Deve-se lembrar que prevenção ou tratamento de complicações das gastrostomias envolve equipe multidisciplinar. Nesse grupo destaca-se o papel da enfermagem, que se mostra cada vez mais importante no que diz respeito à atuação no pré, intra e pós-procedimento⁽³⁾.

O paciente gastrostomizado requer orientações e acompanhamento do enfermeiro, conferindo segurança no manuseio do cateter pelo paciente e sua família e prevenindo complicações⁽⁸⁾.

Infere-se que resultados favoráveis serão obtidos se as recomendações referentes aos cuidados na inserção, manejo e retirada do cateter de gastrostomia estiverem amparadas em evidências científicas. A adoção de tais condutas, provavelmente, reduzirá o índice de complicações e ajudará na reabilitação do paciente.

Assim, surge a necessidade de se identificar na literatura a melhor evidência para a tomada de decisão sobre o cuidado individual de enfermagem a ser prestado ao paciente no pré, intra e pós-procedimento de gastrostomia, tônica deste estudo.

Este artigo teve como objetivos: estabelecer recomendações de enfermagem para a implantação, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia e classificar o nível de evidências das recomendações. Dessa forma, espera-se contribuir no embasamento da assistência a pacientes com gastrostomia,

visando à reabilitação precoce e à redução de eventos adversos.

MÉTODOS

O estudo foi realizado pautado nos preceitos da prática baseada em evidência (PBE) e na revisão integrativa. A PBE caracteriza-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, são as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão⁽⁹⁾. A utilização de um método sistematizado, como a revisão integrativa, possibilita reunir, classificar e analisar resultados de pesquisa e identificar evidências para tomada de decisões⁽¹⁰⁾. A revisão integrativa permite atualizar as discussões relacionadas a um tema específico, a partir da síntese de estudos publicados⁽¹¹⁾.

Para a classificação hierárquica das evidências foi utilizada a proposta da *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ), que considera seis níveis de evidência: 1. metanálise de múltiplos estudos controlados; 2. estudo individual com desenho experimental; 3. estudo com desenho quase experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; 4. estudo com desenho não experimental 5. relatório de casos ou dado obtido de forma

sistemática; 6. opinião de comitês de especialistas⁽¹²⁾.

Para a identificação, seleção e análise dos estudos, foram percorridas seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados;

apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹³⁾.

A questão norteadora desta pesquisa foi elaborada tendo como base a estratégia PICO, acrônimo no idioma inglês que em português tem as iniciais correspondendo: P a paciente, I a intervenção, C a comparação e O a resultados (*outcomes*). Consiste em proposta atual que auxilia na elaboração da pergunta clínica e na identificação dos descritores que serão utilizados para a localização dos estudos⁽¹⁴⁾. Essa estratégia encontra-se detalhada na Figura 1:

Figura1: Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa. Belo Horizonte, 2013.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Paciente infantil ou adulto submetido ao procedimento de gastrostomia.
I	Intervenção	Cuidados prestados pelo profissional de enfermagem na inserção, manuseio ou retirada do cateter de gastrostomia.
C	Controle ou comparação	Componente não utilizado, por não pretender realizar comparações entre procedimentos.
O	Outcomes/resultados	Complicações: obstrução ou permeabilidade do cateter, exteriorização parcial ou total do cateter, vazamento no orifício de inserção, infecção, dor, sangramento, refluxo gastroesofágico, custo.

Dessa forma, a pergunta consistiu em: quais são as evidências disponíveis quanto aos cuidados de enfermagem prestados durante a inserção, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia na prevenção de complicações, tais como: obstrução do cateter, exteriorização parcial ou total do cateter, vazamento no orifício de inserção,

infecção, dor, refluxo gastroesofágico, aumento do custo?

Para o levantamento bibliográfico foram selecionados três descritores controlados identificados na Base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde: *Gastrostomy*; *Enteral nutrition*; *Nursingcare*. A busca das publicações

ocorreu nas bases de dados disponíveis no PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)

Para a inclusão dos estudos na amostra adotou-se o seguinte critério: artigos de estudos primários com enfoque no cuidado de enfermagem relacionado a inserção, manutenção e retirada do cateter de gastrostomia para nutrição enteral visando à prevenção de complicações, publicados em periódicos em inglês, espanhol ou português, no período de 2004 a 2013.

No mês de abril de 2013, as estratégias de busca foram realizadas nas bases de dados, por meio do PubMed e BVS, utilizando-se os descritores controlados e os operadores booleanos AND, OR e NOT. As estratégias de busca, identificação e seleção dos artigos nos bancos de dados estão descritos na Figura 2.

Figura 2: Estratégia de busca utilizada nos bancos de dados e número de artigos identificados e selecionados. Belo Horizonte, 2013.

Banco de dados Banco/base	Estratégia de busca	Artigos identificados	Artigos selecionados
BVS - LILACS - Biblioteca Cochrane - SciELO	gastrostomy AND nursing care AND (instance:"regional") AND (type_of_study:("cohort" OR "case_control") AND year_cluster:("2005" OR "2006" OR "2011" OR "2012")) AND (instance:"regional")	5	4
PUBMED -MEDLINE	("gastrostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields])) AND ("enteral nutrition"[MeSH Terms] OR "enteral"[All Fields] AND "nutrition"[All Fields]) OR "enteral nutrition"[All Fields]) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Clinical Trial, Phase I[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND "2003/07/14"[Pdat] : "2013/07/10"[Pdat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))	10	2*
TOTAL		04	

*NOTA: publicações também identificadas nas bases do BVS.

RESULTADOS

Os quatro estudos da amostra foram codificados em E1, E2, E3 e E4, publicados nos anos de 2010 e 2011 (Figura 3).

Figura 3: Apresentação das variáveis referentes ao periódico dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2013.

Código	Periódico		Ano	Artigo	
	Nome	Qualis		Título	Autores
E1	<i>Gerontology</i>	A2	2010	<i>Prevalence of percutaneous endoscopic gastrostomy in nursing home residents- A Nationwide Survey in Germany</i>	Wirth R., Bauer J.M., Willschrei H.P., Volkert D., Sieber C.C.
E2	<i>Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques</i>	A2	2011	<i>Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and the health care system</i>	Rosenberger L.H., Newhook T., Schirmer B., Sawyer R.G.
E3	<i>Digestive Diseases and Sciences</i>	B1	2010	<i>Traction Removal of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Devices in Children</i>	Srinivasan R., Irvine T., Dalzell A. M.
E4	JAMA	A1	2010	<i>Hospital Characteristics Associated With Feeding Tube Placement in Nursing Home Residents With Advanced Cognitive Impairment</i>	Teno J. M., Mitchell S. L., Gozalo P. L., Dosa D., Hsu A., Intrator O., Mor V.

Do período de 2004 a 2013, os artigos selecionados datavam de 2010, que contou com três artigos, e 2011, com um artigo. Os estudos foram publicados em periódicos distintos da área médica, inclusive da área de cirurgia, cujo Qualis variou de A1 a B1.

O número de autores por estudo variou de três (E3) a sete (E4). Os quatro estudos

totalizaram 19 autores, com média de 4,75. A formação dos autores foi explicitada apenas no estudo E4 - dos sete autores, três foram identificados como médicos e três com titulação de doutor. Os dados referentes aos estudos estão na Figura 4.

Figura 4: Apresentação das variáveis referentes ao objetivo, amostra e resultados da pesquisa dos artigos da amostra. Belo Horizonte, 2013.

Código	Cenário	Objetivo	Amostra	Resultados
E1	Local de assistência a crônicos (Alemanha)	Determinar prevalência da PEG em lares de idosos alemães e as características dos lares que podem influenciar essa prevalência.	4.390 pessoas com PEG. Envolveu 6.995 lares para idosos, com devolução de 807 questionários.	- 6,6% dos moradores em lares de idosos possuíam PEG; - 25% dos lares possuíam 3,7% dos moradores com PEG e 25%, 18,8%; - lares com maiores porcentagens de moradores com PEG eram os que tinham pacientes com cuidados pós-cirurgia neurológica e maioria com menos de 60 anos; - 51% PEG inserida antes da admissão e 41,3% depois da admissão no lar; -69,6% das pessoas com PEG tinham experimentando a remoção do cateter no passado, com taxa média da remoção estimada de 9,6, □ 16,9%, sem relato da causa;
E2	Centro de cuidado terciário	Quantificar os deslocamentos acidentais do	563 pacientes submetidos à colocação da	- taxa de mortalidade de 7,8% após 30dias do deslocamento acidental -motivo mortalidade: complicações peritonite, sepse,

	(EUA)	cateter de gastrostomia.	PEG	fístula gastrocolocutânea; - deslocamento acidental precoce (até 7 dias): 4,1%; - descolamento acidental: 72 casos (12,8%), sendo que 49 casos ocorreram após alta da reabilitação ou hospitalar.
E3	Fundação infantil de Liverpool (Reino Unido)	Descrever dados prospectivos obtidos na remoção por tração do cateter de PEG em crianças.	220 crianças, sendo realizada remoção por tração do cateter de gastrostomia em 166 crianças.	- tempo de PEG e conversão para dispositivo de botão de baixo perfil: 0,83 anos; - remoção permanente da PEG: 1,29 anos; - complicações decorrentes da remoção por tração: 3,01%; - complicações: rompimento do cateter, impossibilidade de inserir dispositivo de botão de baixo perfil (LPBD), balão do LPBD em tecido subcutâneo, fístula enterocutânea após remoção PEG; - aspirar estase antes de iniciar a alimentação pelo LPBD para garantir pH ácido do estômago.
E4	Instituição de longa permanência (EUA)	Identificar características dos hospitais dos Estados Unidos com taxas elevadas de inserção dos tubos de alimentação.	163.022 residentes de longa permanência e 19.847 PEG	- hospital com maior número de leitos apresentou maior taxa de gastrostomia; - taxa de inserção de cateter variou de 0-38,9 por 100 admissões em hospitais com pelo menos 30 internações de pessoas com comprometimento cognitivo durante 8 anos; - mais de um terço dos moradores de asilos com comprometimento cognitivo tem gastrostomia, sendo a maioria desta realizada durante hospitalização.

sendo que estes responderam a um questionário com 26 questões.

As pesquisas foram realizadas nos Estados Unidos da América (duas), no Reino Unido (uma) e na Alemanha (uma) e em diversos cenários, incluindo infantil (E3) e instituições de longa permanência (E1, E4).

O tipo de cateter de gastrostomia presente em todos os estudos foi a gastrostomia percutânea. Os estudos apresentaram objetivo diverso, portanto, nenhum estudo avaliou especificamente os cuidados de enfermagem na inserção, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia.

Os estudos apresentaram delineamento descritivo, de temporalidade transversal (E1), retrospectivo (E2) ou prospectivo (E3 e E4). Todos foram classificados com nível de evidência 4. A maioria (três) dos estudos utilizou o prontuário do paciente como fonte de dados. Destaca-se que o E1 contou com os profissionais como fonte de informação,

A amostra dos estudos variou quanto ao número de participantes e objeto avaliado. Em alguns estudos, a amostra era formada por pessoas e em outros por GEP, mas todos envolveram, direta ou indiretamente, pessoas em uso de GEP. A amostra também variou quanto à faixa etária, pois em alguns estudos esta foi constituída por crianças (E3) e adultos e idosos (E1, E2, E4). O número de participantes, envolvendo pessoas ou GEP variou de 220 (E3) a 19.847 (E4). Esse último teve por amostra GEP. Alguns estudos fizeram cálculo amostral (E4) e os resultados foram submetidos à análise descritiva ou multivariada (E4).

Em relação a complicações pós-gastrostomia, o E2 menciona peritonite, sepse, fístula gastrocolocutânea, deslocamento acidental precoce (até sete dias) e descolamento acidental. O E3 relata

rompimento do cateter, impossibilidade de inserir dispositivo de botão de baixo perfil (LPBD), balão do LPBD em tecido subcutâneo e fístula enterocutânea após remoção GEP. Os artigos E1 e E4 não relatam complicações.

A análise dos resultados permitiu estabelecer cinco recomendações referentes

à inserção, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia, descritas na Figura 5.

Figura 5: Recomendações referentes à inserção, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia. Belo Horizonte, 2013.

Recomendação	Evidência
- Implementar educação continuada da equipe de enfermagem para que ela esteja treinada a realizar cuidados com o cateter de gastrostomia e a prestar orientações ao paciente e/ou cuidador relativas ao manuseio do cateter e autocuidado, tentando, dessa forma, minimizar complicações decorrente da remoção acidental ou mesmo da falta de cuidado adequado com o cateter. (E2)	Nível 4
- Realizar avaliação do paciente com inabilidade ou impossibilidade de alimentação por via oral por uma equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista, antes da indicação da gastrostomia. (E1, E4)	Nível 4
- Adotar cuidados no preparo da pele no momento da inserção e manutenção do cateter de gastrostomia para evitar infecção cutânea. (E2)	Nível 4
- Implementar cuidados para evitar ruptura do balonete e consequente deslocamento do cateter. (E2)	Nível 4
- Aspirar estase antes de iniciar a alimentação em pacientes com botão de baixo perfil (LPBD) para garantir pH ácido do estômago. (E3)	Nível 4

Das cinco recomendações preconizadas, apenas uma é específica e refere-se à ação antes da administração da dieta. As quatro restantes são a respeito de ações de educação continuada para a equipe de enfermagem, avaliação do paciente antes do procedimento, cuidados no preparo da pele e cuidados para evitar ruptura do balonete do cateter.

DISCUSSÃO

A GEP é um procedimento que, apesar de seguro como via de suporte nutricional de longa duração, pode cursar com

complicações, entre elas as infecções cutâneas⁽⁵⁾. No entanto, apenas um estudo da amostra mencionou essa complicação, destacando a sepse como motivo de mortalidade. Na literatura são citadas outras complicações decorrentes da inserção do cateter: sangramento e hemorragia, perfuração de alça e peritonite⁽⁷⁾. Também são mencionadas as infecções em torno da gastrostomia, sendo que a taxa é estimada em 18% dos pacientes sem profilaxia com antibióticos⁽¹⁵⁾. Deve-se lembrar que cuidados locais são procedimentos de enfermagem, constituindo, portanto, um

aspecto importante a ser pensado em equipe. Para a proteção da pele pericater, os cuidados de enfermagem podem incluir o uso do protetor cutâneo.

As complicações mecânicas, como deslocamento acidental e tração acidental precoce, são consideradas complicações comuns⁽⁴⁾. Entretanto, o enfermeiro deve orientar a equipe para que manipule cuidadosamente o tubo durante a administração de dieta e na sua fixação.

Dado importante observado foi a taxa de mortalidade de 7,8% devido a complicações causadas pela remoção acidental do cateter. Um estudo da amostra (E2) cita taxa elevada da remoção acidental do cateter após a alta hospitalar do paciente, podendo-se inferir que os pacientes e cuidadores recebem informações insuficientes referentes ao manuseio do dispositivo e das possíveis complicações decorrentes da remoção acidental. Após a inserção da gastrostomia, faz-se necessário o acompanhamento ambulatorial dos pacientes pelo enfermeiro.

A fístula gastrocólica, referida nos estudos da amostra, surge principalmente na população infantil e deve ser rapidamente diagnosticada e tratada⁽¹⁶⁾. O enfermeiro deve atentar para detectar sinais sugestivos de fístula, sendo que a avaliação diária de enfermagem e a elaboração dos diagnósticos de enfermagem relacionados à ingesta e à excreta são condutas fundamentais na detecção precoce desse agravo. Em trabalho sobre gastrostomias cirúrgicas - que ainda são utilizadas apesar da existência da GEP -

os autores afirmam que apesar de simples o procedimento não é isento de morbimortalidade. A atenção e o cuidado para a boa técnica operatória são essenciais para bons resultados⁽⁵⁾.

A peritonite foi um achado esporádico nos resultados desta revisão. Artigo sobre o manejo de gastrostomias e potenciais complicações considera a peritonite, localizada ou generalizada, como uma das possíveis complicações desse procedimento⁽⁴⁾. Entretanto, a peritonite está relacionada com altas taxas de mortalidade. O exame físico diário, incluindo avaliação minuciosa do abdome, os dados vitais e o estado geral do paciente, deve ser explorado diariamente pelo enfermeiro.

Em relação à faixa etária, esta se mostrou diversificada nas populações que compuseram os estudos desta revisão. Um dos estudos da amostra, por se tratar de pesquisa realizada em população infantil, cita alguns cuidados de enfermagem direcionados à administração da dieta em crianças usuárias de GEP. Os autores recomendam aspirar estase antes de iniciar a alimentação pelo dispositivo de botão de baixo perfil (LPBD) para garantir pH ácido do estômago. Na pediatria, ao se abordar as gastrostomias, deve-se discutir agravos neurológicos na infância. Uma série de deficiências, tais como retardo mental, convulsões e dificuldades de aprendizagem, ocorrem em paralelo com a paralisia cerebral (PC). A PC compromete o desenvolvimento motor e, frequentemente,

há um comprometimento motor oral, podendo ocorrer a disfagia orofaríngea ou esofágica ou alterações na fala, implicando na realização de gastrostomia para alimentação⁽¹⁷⁾.

Dois estudos da amostra foram realizados com população idosa. Com o aumento do número de pessoas idosas, ocorre também o aumento de demências definidas como síndrome clínica de declínio global, caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias⁽¹⁸⁾.

Observou-se que a maioria dos casos de realização da GEP dos pacientes da amostra da revisão teve indicação desse procedimento após cirurgia neurológica ou por apresentar comprometimento cognitivo. Outros autores mencionam as doenças neurológicas - que afetam a motilidade da língua, da faringe e do esôfago e comprometem a deglutição e o apetite - como um grupo de doenças com indicação cada vez mais frequente de gastrostomia definitiva⁽⁴⁾. Destaca-se que não foram identificados estudos no período de 2012 a 2013, fato que pode demonstrar um menor interesse dos profissionais da saúde em pesquisas a respeito do tema ou a complexidade no desenvolvimento destas. No entanto, o fato de os estudos terem sido publicados em periódicos classificados como B1 e A1 reitera a relevância do tema.

Ressalta-se que o Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva⁽¹⁹⁾, elaborado em 2010, estabelece

orientações e recomendações para indicação e utilização da gastrostomia endoscópica percutânea baseadas em evidências científicas, mas estão voltadas exclusivamente para a atuação do profissional médico.

Considera-se que a insuficiência de manuscritos, especificamente sobre cuidados de enfermagem, a pacientes com gastrostomia, constituiu uma limitação deste estudo. Percebe-se uma lacuna na literatura no que se refere a cuidados de enfermagem a essa população. Os artigos encontrados pontuam complicações que podem ocorrer em pacientes com GEP, entre elas complicações graves que podem levar a óbito. No entanto, não há menção sobre os cuidados específicos para prevenção e melhora dessas complicações. Espera-se que esse tema desperte interesse na área, favorecendo a realização de pesquisas especificamente sobre o cuidado direcionado à pessoa com gastrostomia.

CONCLUSÃO

Os estudos primários que compuseram a amostra apresentaram objetivo e metodologia distintos. Apesar dessa fragilidade, foi possível estabelecer cinco recomendações classificadas em nível 4 para a inserção e o manuseio do cateter de gastrostomia que auxiliarão os enfermeiros da prática clínica na assistência a pacientes com gastrostomia.

Os artigos nos quais foi identificada a formação dos profissionais, estes não eram

enfermeiros, concluindo-se que a enfermagem cirúrgica carece de pesquisas específicas realizadas por esses profissionais sobre tais cuidados, uma vez que a GEP é algo relativamente comum nos pacientes de gastroenterologia, de cirurgia do aparelho digestório ou com doenças neurológicas ou degenerativas.

Sugere-se que pesquisas primárias sejam realizadas sobre esse tema, uma vez que se percebe na prática que os enfermeiros têm responsabilidade sobre o manejo do paciente com GEP, porém não se observa o registro dessas ações de modo a contribuir com o aprimoramento científico e com a melhoria da qualidade da assistência a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- Assis MCS, Silva SMR, Leães DM, Novello CL et al. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. Rev. bras. ter. intensiva. 2010; 22(4):346-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000400006&script=sci_arttext
- 2- ASGE Technology Committee, Kwon RS, Banerjee S, Desilets D, Diehl DL, Farraye FA, et al. Enteral nutrition access devices. Gastrointest Endosc. 2010;72(2):236-48. Disponível em: http://www.asge.org/uploadedFiles/Publications_and_Products/Technology_Reviews/Enteral%20nutrition%20access%20devices.pdf
- 3- Ishida RK, Hondo PFU, Ishioka S. Gastrostomia endoscópica. In: Silva MG. Enfermagem em endoscopia digestiva e respiratória. São Paulo: Atheneu; 2010.
- 4- Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Junior W, Tirapelli LF, Castro e Silva Júnior O. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):39-50. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf
- 5- Anselmo CB, Tercioti Jr V, Lopes LR, Coelho Neto JS, Andreollo NA. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(6):458-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000600007
- 6- Simons S, Remington R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse's Guide to PEG Tubes. Medsur Nursing. 2013;22(2):77-83. Disponível em: <http://www.medsurnursing.net/archives/13mar/77.pdf>
- 7- Haywood S. PEG feeding tube placement and aftercare. Nursing Times. 2012;108(42):20-2. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/download?ac=1254023>
- 8- Cunningham S, Best C. Guidelines for routine gastrostomy tube replacement in children. Nursing Children and Young People. 2013; 25(10):22-5. Disponível em:

<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ncyp2013.12.25.10.22.e331>

9- Pereira RPG, Cardoso MJSP, Martins MACSC. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev. Enf. Ref.* 2012;3(7):55-62. Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/24209>

10- Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egly EY, Graziano KU, Ângelo M et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(3):777-86. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a33.pdf>

11- Bellucci Jr JÁ, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):797-806. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a22.pdf>

12- Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev. esc. enferm. USP.* 2003;37(4):43-50. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>

13- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm.* 2008;4(17):758-64. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

14- Bernardo WM., Nobre MR, Jatene FB. Evidence-based clinical practice: PartII. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50(1):104-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100045&script=sci_arttext

15- Yamamoto S, Komori M, Yoshihara H. Complete Clogging by Fungus Ball: A Rare Complication of Gastrostomy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2014;12(5):29-30. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24440224>

16- Pereira F. A Gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *J Port Gastreterol.* 2011;18(6):268-9. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0872->

[81782011000600001&script=sci_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0872-81782011000600001&script=sci_arttext)

17- Susin FP, Bortolini V, Sukiennik R, Mancopes R, Barbosa LDRB. Perfil de pacientes com paralisia cerebral em uso de gastrostomia e efeito nos cuidadores. *Rev. CEFAC.* 2012;14(5):933-42. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000500020

18- Souza LP, Magalhães AS, Leite KMS, Segura JSN. Processo de enfermagem ao paciente portador de alzheimer baseado na teoria do autocuidado. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* 2013;4(4):11-19. Disponível em:

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/95613284/processo-de-enfermagem-ao->

[paciente-portador-de-alzheimer-baseado-na-teoria-do-autocuidado](#)

19- Mansur Gr, Souza e Mello GF, Garcia FL, Santos TB. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG). 2010; Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.sped.pt/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=87&Itemid=200

Recebido em: 05/09/2014

Versão final reapresentada em: 09/11/2015

Aprovado em: 09/11/2015

Endereço de correspondência

Natália Georgina Nascimento
Hospital Infantil João Paulo II. Alameda Ezequiel
Dias, 345. CEP 30130-110 - Belo Horizonte/MG.
Brasil
E-mail: natalia-georgina@ig.com.br