



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Gastrostomia Endoscópicas: indicações e cuidados

A gastrostomia percutânea endoscópica é o estabelecimento de acesso ao estômago através da parede abdominal por uma sonda, para o auxílio da nutrição enteral prolongada.

I. ASSISTENCIAL

1. INDICAÇÕES:

A gastrostomia deve ser considerada em:

- Pacientes que necessitam de alimentação via sonda nasoenteral a longo prazo (mais de 30 dias) e em pacientes que apresentem o trato gastrointestinal íntegro e funcional, mas que sejam incapazes de ingerir calorias em quantidades necessárias para suprir as demandas do organismo;
- Pacientes com distúrbios neurológicos, apresentando disfagia, pós-acidente vascular encefálico ou trauma crânioencefálico, tumor cerebral, paralisia bulbar, doença de Parkinson, paralisia cerebral e esclerose lateral amiotrófica;
- Pacientes que, mesmo sem disfagia, apresentam doenças crônicas com necessidade de suplementação nutricional (Síndrome do intestino curto, doença de Crohn, síndromes de má-absorção) ou em pacientes com condições catabólicas agudas ou crônicas que requerem suporte nutricional complementar (grandes queimados, SIDA, fibrose cística, doença cardíaca congênita);
- Pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço;
- Para a decompressão do trato gastrointestinal, em doentes com obstrução, quando se preveem riscos de íleo adinâmico ou paralítico.

2. CONTRAINDICAÇÕES

Absolutas:

- Recusa do paciente
- Obstruções completas do trato digestivo superior
- Incapacidade de transiluminação da parede abdominal
- Coagulopatias não corrigíveis
- Isquemia intestinal em curso

Relativas:

- Distúrbios de coagulação tratáveis
- Peritonite
- Ascite Volumosa
- Presença de lesões ulceradas, infiltrativas ou infectadas na parede abdominal ou gástrica
- Derivação ventriculoperitoneal
- Hepatopatias descompensadas
- Cirurgias prévias em andar superior do abdome
- Gastrectomias subtotais

4. TÉCNICAS DE GASTROSTOMIA

4.1. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG):

É a técnica mais comum e minimamente invasiva.

Realizada com auxílio de um endoscópio para orientar a inserção da sonda diretamente no estômago através da parede abdominal.

Indicada para pacientes que precisam de uma via de alimentação a longo prazo e têm um risco operatório elevado.

Utiliza anestesia local e sedação endovenosa, reduzindo os riscos e o tempo de recuperação.

4.2. Gastrostomia Cirúrgica Aberta:

Realizada em ambiente cirúrgico sob anestesia geral.

O cirurgião faz uma incisão no abdômen e, diretamente, no estômago para inserir a sonda.

Indicada quando a PEG não é possível, como em pacientes com contraindicações ao uso de endoscópio, obstruções anatômicas, ou que necessitem de outra cirurgia abdominal.

4.3. Gastrostomia Radiológica (ou Gastrostomia Percutânea Guiada por Imagem):

Realizada com orientação de imagem (fluoroscopia ou ultrassonografia) para guiar a inserção da sonda no estômago. Utilizada em casos onde a endoscopia não é viável ou há contraindicações para anestesia geral.

Geralmente é feita sob anestesia local com sedação endovenosa..

Pode ser uma alternativa endoscópica quando a definição correta do local é impossível via endoscopia. A tomografia pode definir o local e dar viabilidade para o procedimento endoscópico.

4.4. Gastrostomia Laparoscópica:

Feita por meio de pequenas incisões no abdômen, onde é inserido um laparoscópio para guiar o procedimento.

Indicada em casos onde a PEG não é possível e o paciente pode tolerar uma cirurgia laparoscópica.

Menos invasiva do que a técnica aberta, com recuperação mais rápida

4.5. Gastrostomia com gastropexia:

Por endoscopia se faz a fixação da parede gástrica na parede abdominal e entre estes pontos se faz a passagem da sonda de gastrostomia

Possibilita a passagem dos dispositivos menores, chamados bottons.

Tem indicação principalmente para pacientes com risco de tracionarem a gastrostomia e ou social, em razão do aspecto.

5. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

5.1. Avaliação Clínica Completa:

Avaliação geral da saúde do paciente, com atenção especial às condições respiratórias e cardiológicas, que podem impactar o procedimento.

Análise dos riscos de infecção, sangramento e reação à anestesia.

5.2. Exames Laboratoriais:

Hemograma completo para avaliar anemia ou infecção.

Coagulograma para verificar se há riscos de sangramento (importante em pacientes com distúrbios de coagulação).

Testes de função renal e hepática, se necessário, para avaliar a condição geral e ajustar administração de medicamentos para doenças crônicas, como diabetes

5.3. Jejum:

Manter jejum de 8 horas antes do procedimento para evitar o risco de aspiração pulmonar durante a sedação.

5.4. Profilaxia com Antibióticos:

Está indicada a profilaxia com antibióticos antes do procedimento (30 minutos) para reduzir o risco de infecção na área da sonda, como infecção do trato digestivo ou infecção local.

A profilaxia geralmente envolve uma única dose antes do procedimento e não precisa ser mantida após a gastrostomia, exceto em casos onde o paciente apresente um alto risco de infecção.

A escolha do antibiótico pode variar conforme protocolos locais e características específicas do paciente, como alergias e histórico de infecções.

➤ Cefalosporina de primeira geração (como a cefazolina):

Dose única de 1 a 2 g por via intravenosa, administrada 30 a 60 minutos antes do procedimento.

É eficaz contra bactérias da pele, que são as mais comuns na infecção do estoma.

➤ Alternativas para pacientes alérgicos a cefalosporinas:

Clindamicina ou Vancomicina podem ser usadas, em combinação com um aminoglicosídeo (como gentamicina) ou ciprofloxacino, dependendo do perfil de sensibilidade bacteriana e das condições clínicas do paciente.

6. ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES

O tempo de suspensão de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários antes da gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é essencial para reduzir o risco de sangramento. A decisão sobre quando suspender esses medicamentos deve ser individualizada, considerando o risco de sangramento e o risco de tromboembolismo. Em geral, as recomendações são:

6.1. Anticoagulantes orais:

Varfarina: Suspender 3 a 5 dias antes do procedimento. Realizar monitoramento do INR e garantir que ele esteja em torno de 1,5 ou menor no dia do procedimento. Em casos de alto risco de tromboembolismo, pode ser indicada terapia ponte com heparina de baixo peso molecular (HBPM).

Heparina de baixo peso molecular (HBPM): Suspender 24 horas antes do procedimento. Em pacientes de alto risco trombótico, a última dose deve ser administrada com no mínimo 12 horas de antecedência.

Novos anticoagulantes orais (NOACs) (como rivaroxabana, apixabana, dabigatrana): Suspender geralmente 48 horas antes, mas o tempo pode variar conforme a função renal do paciente. Para pacientes com função renal comprometida, o período de suspensão pode ser maior.

6.2. Antiagregantes plaquetários:

Aspirina: Em muitos casos, a aspirina de baixa dose (até 100 mg/dia) pode ser mantida, pois o risco de sangramento é considerado baixo. No entanto, para pacientes de baixo risco trombótico, pode ser suspensa 5 a 7 dias antes.

Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel: Geralmente são suspensos 5 a 7 dias antes do procedimento. É importante considerar o risco de eventos trombóticos, e a decisão deve ser avaliada pelo médico responsável.

6.3. Reinício dos medicamentos:

Os anticoagulantes e antiagregantes podem ser reiniciados após o procedimento, geralmente 24 horas depois, desde que não haja sinais de sangramento ativo.

Essas recomendações devem ser ajustadas com base no perfil de risco do paciente e sob orientação de uma equipe multidisciplinar, incluindo o médico endoscopista e o especialista em anticoagulação.

7. COMPLICAÇÕES PRECOSES

As complicações precoces são aquelas que ocorrem até 30 dias após a realização do procedimento.

• Infecção no local da inserção:

É uma das complicações mais comuns e pode ocorrer devido a contaminação bacteriana durante o procedimento. Pode evoluir para celulite, abscessos ou, em casos graves, peritonite.

• Hemorragia:

Ocorre por lesão de vasos durante a punção ou manipulação do estômago e da parede abdominal. Pode se manifestar como sangramento externo pelo local da gastrostomia ou interno, o que exige acompanhamento rigoroso.

• Peritonite:

Pode ocorrer devido ao vazamento de conteúdo gástrico para a cavidade abdominal, seja por deslocamento da sonda ou por má fixação. Esse quadro é grave e exige intervenção imediata.

• Pneumoperitônio:

Ocorre devido à entrada de ar na cavidade abdominal durante o procedimento. Geralmente é autolimitado e resolve-se espontaneamente, mas, em alguns casos, pode necessitar de acompanhamento.

• Deslocamento ou obstrução da sonda:

Em alguns casos, a sonda pode se deslocar ou obstruir, comprometendo a nutrição do paciente. É importante garantir a fixação adequada e fazer monitoramento.

• Fístula gastrocutânea:

Um trajeto inadequado pode formar-se entre o estômago e a pele, permitindo o vazamento de conteúdo gástrico. Essa condição pode causar irritação e infecção ao redor do local de inserção.

• Dor e desconforto no local da gastrostomia:

A dor pode ser causada por tração excessiva da sonda ou reação inflamatória local. Controlar a dor e orientar o paciente para minimizar movimentos que possam traumatizar a região é importante.

8. COMPLICAÇÕES TARDIAS

As complicações tardias da gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) ocorrem dias, semanas ou até meses após o procedimento. Entre as complicações mais comuns estão:

- **Infecção Persistente do Estoma:**
Infecções recorrentes ao redor do estoma podem ocorrer, levando a vermelhidão, dor, secreção purulenta e necessidade de tratamento com antibióticos tópicos ou sistêmicos.
- **Formação de Granuloma:**
Um granuloma (tecido cicatricial inflamado) pode se formar ao redor do estoma, causando desconforto, sangramento leve e aumento do risco de infecção. Geralmente é tratado com cauterização ou aplicação de pomadas anti-inflamatórias.
- **Deslocamento ou Extrusão da Sonda:**
A sonda pode se deslocar ou sair da posição correta, o que interfere na administração de alimentos e líquidos. Pode ser necessário recolocá-la ou substituí-la.
- **Obstrução da Sonda:**
Acúmulo de resíduos alimentares, medicamentos ou secreções pode bloquear a sonda, dificultando a alimentação. Limpezas regulares com água podem ajudar a prevenir essa obstrução.
- **Fístula Gastrocutânea Persistente:**
Após a remoção da sonda, o orifício do estoma pode não se fechar adequadamente, levando a uma comunicação entre o estômago e a pele, com vazamento de conteúdo gástrico para o exterior. Em alguns casos, é necessário tratamento cirúrgico para fechar a fístula.
- **Hipergranulação:**
Crescimento excessivo de tecido ao redor do estoma, causando desconforto e aumentando o risco de infecção. Pode ser tratado com cauterização ou cremes específicos.
- **Síndrome de Buried Bumper:**
O disco interno da sonda (bumper) pode ser comprimido e "enterrado" na parede do estômago devido à pressão excessiva, levando a dor, infecção e disfunção da sonda. Frequentemente, é necessário trocar ou reposicionar a sonda.
- **Erosão ou Úlcera Gástrica:**
A pressão da sonda sobre a parede gástrica pode causar erosões ou úlceras no estômago, resultando em dor e, eventualmente, sangramento.
- **Refluxo Gástrico e Aspiração:**
Pacientes com PEG podem ter maior risco de refluxo gastroesofágico, o que aumenta o risco de aspiração, especialmente em pacientes com dificuldade de deglutição ou refluxo preexistente.

9. TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Infecção do Estoma:**
Limpeza rigorosa da área ao redor do estoma com solução salina ou antisséptica.
Uso de antibióticos tópicos para infecções leves e antibióticos sistêmicos para infecções mais graves ou em caso de celulite.
Em alguns casos, é necessário drenagem de abscessos, se houver formação de coleções purulentas.
- **Hemorragia:**
Aplicação de pressão direta sobre o estoma para controlar o sangramento leve.
Monitoramento dos sinais vitais e avaliação de hemoglobina em casos de sangramento mais intenso.
Para sangramentos persistentes ou graves, uma endoscopia pode ser necessária para localizar e tratar o sangramento. Em casos extremos, pode ser preciso realizar intervenção cirúrgica.
- **Pneumoperitônio:**
Geralmente não requer tratamento, pois o ar tende a ser absorvido naturalmente em poucos dias.
Monitorar o paciente quanto a sintomas abdominais e sinais de peritonite. Em casos de dor intensa ou desconforto, pode-se administrar analgésicos e observar até que os sintomas desapareçam.

- **Deslocamento ou Obstrução da Sonda:**

Caso a sonda se desloque, ela deve ser reposicionada por um profissional qualificado.

Se a sonda estiver obstruída, pode-se irrigá-la cuidadosamente com água morna ou solução salina.

Para obstruções persistentes, enzimas específicas podem ser usadas para dissolver resíduos.

Em alguns casos, a troca da sonda pode ser necessária.

- **Vazamento ao Redor do Estoma:**

Ajustar a posição e fixação da sonda para evitar folga e vazamentos.

Aplicar barreiras protetoras ao redor do estoma para proteger a pele.

Em casos de vazamento persistente, pode ser necessária avaliação endoscópica para reposicionamento da sonda.

- **Dor Abdominal e Náuseas:**

Administrar analgésicos leves para alívio da dor e antieméticos para náuseas.

Manter monitoramento do paciente para avaliar se a dor persiste ou piora, o que pode indicar complicação mais grave.

Iniciar a alimentação por sonda apenas quando os sintomas estiverem controlados.

- **Peritonite:**

Trata-se de uma emergência médica que requer hospitalização imediata.

Administração de antibióticos intravenosos de amplo espectro e suporte hemodinâmico.

Em alguns casos, pode ser necessária intervenção cirúrgica para drenagem e tratamento de vazamento do conteúdo gástrico na cavidade abdominal.

- **Aspiração Pulmonar:**

Caso ocorra aspiração, o paciente deve ser posicionado em decúbito lateral para facilitar a eliminação do conteúdo aspirado.

Monitoramento respiratório rigoroso e, em casos graves, oxigenoterapia ou suporte ventilatório.

Antibióticos podem ser administrados para prevenir ou tratar pneumonia por aspiração.

Esses tratamentos dependem da avaliação cuidadosa da gravidade da complicação, e muitas vezes requerem o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para garantir o melhor manejo e evitar complicações mais graves.

A escolha do antibiótico depende da bactéria envolvida e da gravidade da infecção.

Em geral, as infecções de estoma são causadas por bactérias da pele, como *Staphylococcus aureus*, incluindo, em alguns casos, o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), bem como *Streptococcus* spp. e, ocasionalmente, bactérias entéricas.

As opções mais comuns incluem:

- **Cefalosporinas de Primeira Geração (como cefalexina ou cefazolina):**

Eficazes contra *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* spp.

Cefalexina pode ser administrada por via oral para infecções leves e moderadas.

Cefazolina pode ser administrada por via intravenosa para casos mais graves.

- **Clindamicina:**

Indicada especialmente para pacientes com alergia a cefalosporinas.

Tem boa cobertura contra *Staphylococcus* e *Streptococcus*.

Pode ser usada por via oral ou intravenosa, dependendo da gravidade da infecção.

- **Amoxicilina-clavulanato:**

Oferece cobertura contra bactérias da pele e algumas bactérias entéricas que podem estar presentes.

Útil para infecções moderadas e pode ser administrada por via oral.

- **Vancomicina:**

Indicada para casos onde se suspeita de MRSA ou para infecções graves em ambiente hospitalar.

Administrada por via intravenosa e geralmente reservada para infecções mais complicadas ou resistentes.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de complicações pós-gastrostomia (em construção)

III. GLOSSÁRIO

PEG- gastrostomia endoscópica percutânea

IV. Referências

- [1] American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on gastrostomy feeding tubes: summary and recommendations Kohli, Divyanshoo Rai et al. Gastrointestinal Endoscopy, 2025, Volume 101, Issue 1, 25 – 35
- [2] Endoscopic management of enteral tubes in adult patients—part 1: definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Arvanitakis, M. · Gkolfakis, P. · Despott, E.J et al. Endoscopy. 2021; 53:81-92
- [3] Complications and factors associated with mortality in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy. Seyhan S, Tosun TAŞAR P, KaraşahinÖ, Albayrak B, SevinçC,Şahin S. Clin Sci Nutr. 2024;6:9

Código Documento: CPTW432.1	Elaborador: Erika Pereira de Macedo Edmar Tafner	Revisor PM: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/01/2025	Data de Aprovação: 14/03/2025
---------------------------------------	---	--	--	--	---