

CAPÍTULO 2:

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.1372505122>

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES NA GEP:

Quando e por que optar pelo procedimento?

Autores:

Hyandra Gomes de Almeida Sousa Siqueira
 Jamille Cristina Conceição Santos
 Fernanda Póvoas dos Anjos
 Júlia Vieira Sampaio
 Karine Keila de Sousa Vieira
 Anderson Bentes de Lima
 Allana Petrucya Serra Silva
 Mauro de Souza Pantoja

Pacientes em estado crítico apresentam maior risco de desnutrição, em especial devido à presença de doenças agudas e crônicas subjacentes, ao catabolismo induzido pelo estresse, à redução do apetite, a traumas e a processos inflamatórios persistentes (Wey; Ho; Hegde, 2021). Nessa situação, a nutrição enteral ou parenteral torna-se necessária em casos de ingestão oral insuficiente ou quando há contraindicação ao uso da via oral (Peixoto, 2015).

A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP) é um procedimento minimamente invasivo, com duração média de aproximadamente 30 minutos (Sped, 2024), sendo uma alternativa à gastrostomia cirúrgica aberta tradicional (Bawazir, 2020).

A indicação da GEP deve ser avaliada individualmente por uma equipe

multiprofissional, levando em consideração diversos fatores, como o estado clínico do paciente, as condições associadas e o risco de eventos adversos (Fugazza *et al.*, 2022). Apesar de ser considerada um procedimento seguro e de baixa complexidade, a GEP não está isenta de contraindicações e possíveis complicações (Rodigueiro *et al.*, 2022).

Para saber mais:



1 INDICAÇÕES DA GEP

A GEP é um procedimento que consiste na inserção de um tubo flexível diretamente no estômago, por meio de uma pequena incisão no abdome, guiada por endoscopia. Esse método é indicado para pacientes com dificuldade de alimentação por via oral por um período superior a três meses, como em casos de disfagia crônica, condições neurológicas ou situações que requerem suporte nutricional prolongado (Park *et al.*, 1992; Gauderer *et al.*, 1980). A GEP também é indicada quando há comprometimento da deglutição e/ou ingestão oral por mais de três semanas, mesmo com trato gastrointestinal funcional, mas sem ingestão oral suficiente. As principais condições incluem lesão neurológica como AVC, demência moderada a grave e câncer de cabeça e pescoço (Tae *et al.*, 2023). De acordo com Boeykens, Duysburgh e Verlinden (2022), a sonda de gastrostomia percutânea serve não apenas para a administração de fórmulas nutricionais líquidas, fluidos e fármacos, mas também pode ser utilizada para alívio de pressão gástrica, escoamento e manejo de vôlvo gástrico.

A GEP está bem estabelecida como alternativa terapêutica em casos de disfagia transitória ou permanente decorrente de distúrbios neurológicos. Pacientes com maior gravidade de AVC, disfagia mais acentuada, diabetes, idade avançada, histórico de hemorragia intracerebral, têm maior probabilidade de indicação da sonda (Dietrich; Schoppmeyer, 2022; Wey; Ho; Hegde, 2021).

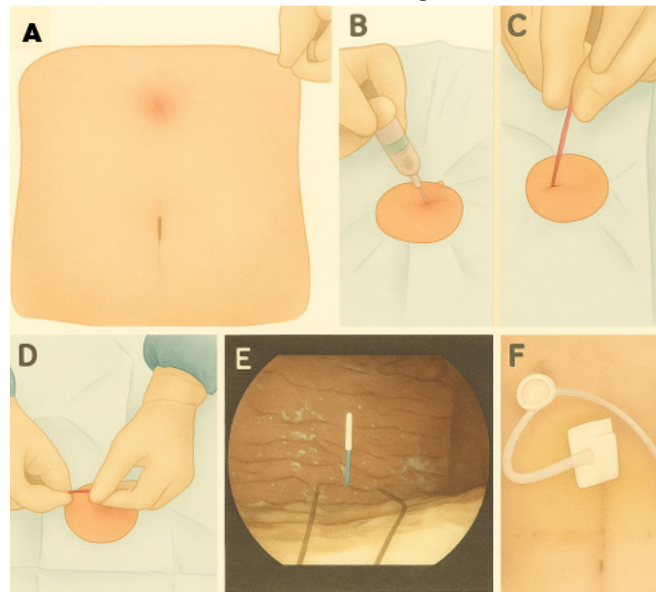
Na esclerose lateral amiotrófica (ELA), uma doença neurológica progressiva que leva à disfagia, disartria e tetraplegia, a colocação de GEP tem se mostrado segura, inclusive em pacientes com disfunção pulmonar, sendo capaz de melhorar a qualidade de vida (Wey; Ho; Hegde, 2021).

Da mesma forma, pacientes portadores de neoplasias da cavidade oral, orofaringe e esôfago podem se beneficiar do uso temporário da GEP durante tratamentos como a radioterapia. Nesses casos, a manutenção de um suporte nutricional adequado possibilita a conclusão do tratamento dentro do tempo previsto e com menor risco de interrupções, prevenindo a perda de peso e contribuindo, assim, para um melhor prognóstico (Dietrich; Schoppmeyer, 2022).

Por outro lado, em pacientes com demência avançada, o uso da alimentação enteral por tubo de GEP não demonstrou vantagens em relação à broncoaspiração, à incidência de pneumonia ou à mortalidade, quando comparado à alimentação por via oral. Diante disso, a Sociedade Americana de Geriatria não recomenda a inserção de sondas de alimentação nesses casos, orientando a adoção de estratégias centradas no paciente, como a alimentação oral assistida e realizada com cuidado (Macedo; De Alencastro; Wiegert, 2023).

Além das indicações nutricionais, a GEP pode ser utilizada como medida paliativa em casos de obstrução intestinal maligna, para descompressão gástrica. Contudo, essa abordagem está geralmente associada a um maior risco de complicações e a um mau prognóstico (Wey; Ho; Hegde, 2021).

Figura 1- Representação das etapas da Gastrostomia Percutânea Endoscópica.



Fonte: Autores (2025).

Figura 2 - Sonda de gastrostomia



Fonte: Autores (2025).

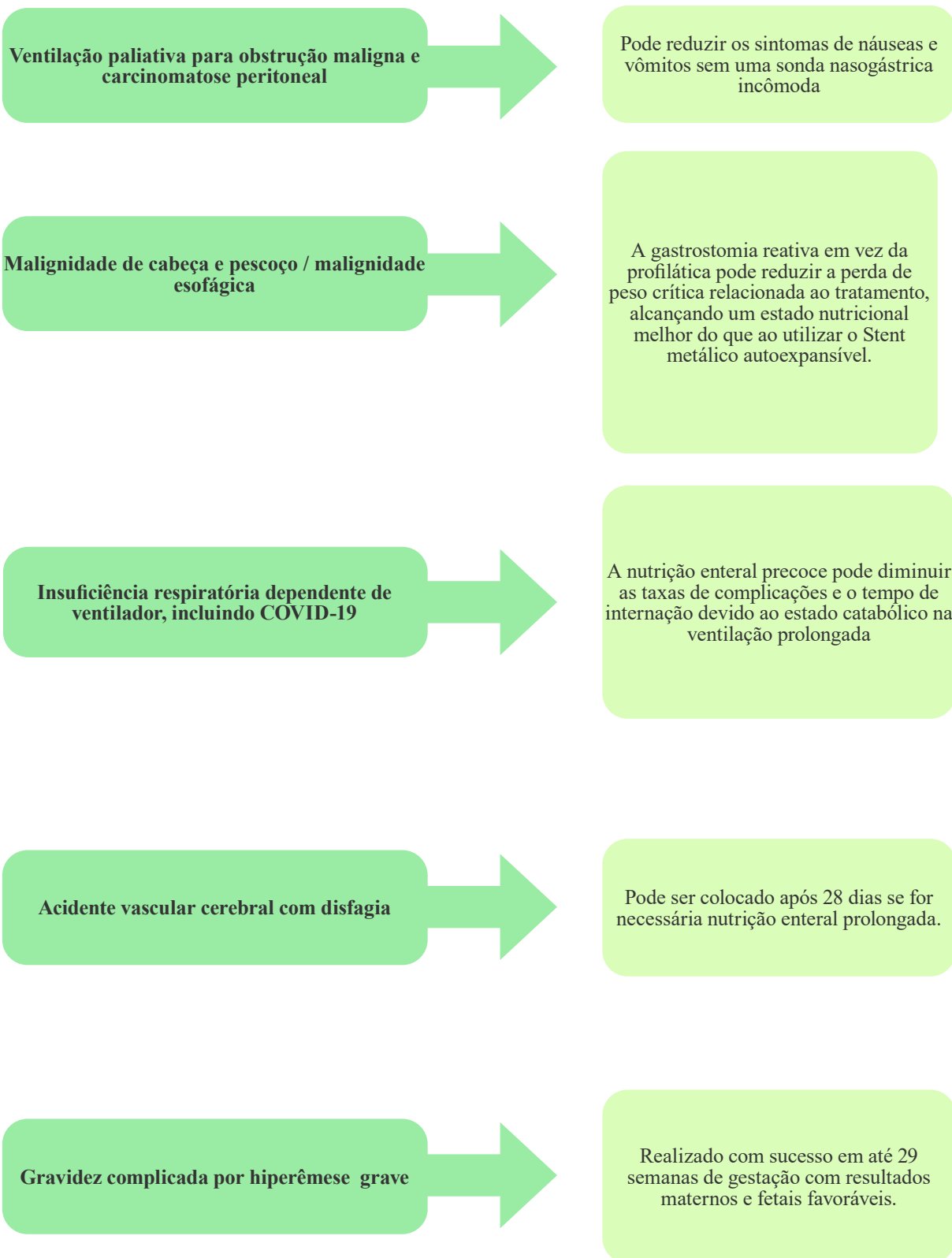
Algumas indicações de colocação da sonda GEP de acordo com a patologia, estão resumidas na tabela 1.

Tabela 1 - Indicações de inserção de sonda GEP

INDICAÇÕES	DOENÇAS
Falha parcial de longo prazo da função intestinal que requer ingestão suplementar	<ul style="list-style-type: none"> • Intestino curto, fístulas, fibrose cística
Distúrbios neuromusculares da deglutição/retardo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica) • Esclerose múltipla, tumor cerebral • Doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doença do neurônio motor, paralisia cerebral. • Demência, retardo psicomotor
Nível de consciência reduzido	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craniano, pacientes em terapia intensiva, coma prolongado
Obstrução mecânica	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer de cabeça e pescoço, câncer de esôfago
É esperada falha prolongada da alimentação oral e dificuldade prolongada na deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras • Anomalia congênita (por exemplo, fistula traqueoesofágica) • Fístulas • Fibrose cística • Síndrome do intestino curto (por exemplo, após cirurgia para doença de Crohn) • Cirurgia facial • Politraumatismo • Insuficiência renal crônica • Descompressão gástrica • Malignidade abdominal

Fonte: Elaborada pelos autores com base em Choi e Cho (2022).

De acordo com Rajan, Anand *et al.* (2022), a GEP é uma alternativa eficaz com bom prognóstico diante das indicações:



2 PRÉ AVALIAÇÃO E CONTRAINDICAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DE GEP

Em conformidade com Fugazza *et al* (2022), todos os pacientes devem ser avaliados cuidadosamente antes de serem submetidos a uma GEP. Assim, uma avaliação completa com histórico médico, exame físico e terapia atual deve ser concluída. Estudos observacionais mostraram que uma equipe multidisciplinar pode selecionar quais são os pacientes que necessitam da realização do procedimento. No entanto, existem algumas condições que representam contraindicações relativas ou absolutas para a colocação da sonda. As mais comuns são relatadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Contraindicações absolutas e relativas de inserção de sonda GEP

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS
Distúrbios graves de coagulação ou tendência a sangramento: (INR > 1,5, TTPa > 50 s)
Gastrectomia parcial ou subtotal
Varizes esofágicas/gástricas
Instabilidade hemodinâmica
Curta expectativa de vida (menos de 1 mês)
Sepse
Ascite grave
Diálise peritoneal
Peritonite
Infecção da parede abdominal no local selecionado para colocação
O acesso endoscópico é impossível devido a uma obstrução esofágica ou orofaríngea
Interposição colônica
Doença cardiorrespiratória que impede a endoscopia
Contagem de plaquetas < 50000 mm ³
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
Espera-se que a alimentação oral seja possível em um curto período de tempo após a reabilitação
Malignidade orofaríngea ou esofágica não obstrutiva, hepatomegalia, esplenomegalia, obstrução esofágica
Obesidade extrema
Laparotomia mediana prévia (pode dificultar a localização do sítio de punção)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Fugazza *et al* (2022); Choi e Cho (2022).

INR: *International Normalized Ratio* - é um exame que avalia a coagulação do sangue.

PTTa: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - é um exame que avalia a coagulação do sangue.

Baseado em cada contraindicação à colocação da gastrostomia, o autor Rajan, Anand *et al.* (2022), faz algumas considerações:

Alteração na anatomia orofaríngea

Paralisia das cordas vocais, radiação ativa, tumores de cabeça/pescoço, fraturas faciais e cranianas e fraturas cervicais altas podem obstruir o tubo de gastrostomia e criar uma emergência nas vias aéreas.

Ascite maciça refratária:
Elevação da probabilidade de peritonite bacteriana, prejuízo na evolução do desenvolvimento do trato gástrico e migração do tubo caso a ascite se reacumule rapidamente dentro de 7 a 10 dias, mesmo após a paracentese ou a inserção do cateter PleurX; os dispositivos de gastrostomia podem favorecer o êxito.

Obesidade

O deslocamento do panículo aumenta o risco de deslocamento do tubo do estômago para o espaço peritoneal.

Sangramento gastrointestinal superior por úlceras e/ou varizes:
Úlceras pépticas sangrantes e varizes esofágicas podem apresentar índices elevados de hemorragia recorrente; já o sangramento decorrente de gastropatia por estresse, inflamação gástrica ou angiodisplasia possui menor tendência de reaparecimento e não exige postergação do acesso enteral.

Alteração na anatomia e motilidade abdominal

Abdômen exposto, áreas de ostomia, dispositivos de drenagem e marcas cirúrgicas podem modificar ou dificultar a posição do tubo de gastrostomia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colocação do tubo de gastrostomia é uma intervenção essencial para garantir suporte nutricional adequado em diversas condições clínicas, sendo fundamental para a manutenção do estado nutricional e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, sua indicação deve ser cuidadosamente avaliada, considerando não apenas os benefícios, mas também as contraindicações e possíveis complicações associadas ao procedimento.

Diante disso, a decisão de implantar um tubo de gastrostomia deve ser individualizada e realizada por uma equipe multidisciplinar, garantindo que cada caso seja analisado de maneira criteriosa. O acompanhamento contínuo por profissionais de saúde é indispensável para monitorar a evolução do paciente, prevenir complicações e ajustar a conduta conforme necessário. Dessa forma, a abordagem adequada e o suporte especializado são fundamentais para otimizar os resultados e assegurar o melhor cuidado possível aos pacientes que necessitam desse recurso.

REFERÊNCIAS

- ASOKKUMAR, R.; *et al.* Deconstructing the steps of pull-type PEG tube insertion. **VideoGIE**, v. 9, n. 6, p. 262-266, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11180350/>
- BAWAZIR, O. A. Percutaneous endoscopic gastrostomy in children less than 10 kilograms: a comparative study. **Saudi Journal of Gastroenterology**, v. 26, n. 2, p. 105-110, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/sjga/fulltext/2020/26020/percutaneous_endoscopic_gastrostomy_in_children.8.aspx
- CHOI, I. H.; CHO, Y. K. Percutaneous endoscopic gastrostomy: procedure, complications and management. **Brain & Neurorehabilitation**, v. 15, n. 1, p. e2, 2022. Disponível em: <https://e-bnr.org/DOIx.php?id=10.12786/bn.2022.15.e2>
- DIETRICH, C. G.; SCHOPPMAYER, K. Percutaneous endoscopic gastrostomy—Too often? Too late? Who are the right patients for gastrostomy?. **World Journal of Gastroenterology**, v. 26, n. 20, p. 2464, 2020. Disponível em: https://www.wjgnet.com/10079327/full/v26/i20/2464.htm?appgw_azwaf_jsc=TYQE7mtOjsJBHP_ui8JuFy0j4g336-qgLOk6ZMhONtM
- DE FARIAS, J. S. A.; *et al.* Técnicas de Gastrostomia: comparação quanto a custos e regiões em que são realizadas. **Revista da AMRIGS**, v. 66, n. 1, p. 255-258, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1425003/44_2433_revista-amrigs.pdf
- FUGAZZA, A.; *et al.* Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy: indications and techniques. **World journal of gastrointestinal endoscopy**, v. 14, n. 5, p. 250, 2022. Disponível em: https://www.wjgnet.com/19485190/full/v14/i5/250.htm?appgw_azwaf_jsc=c_RSVCKrgQhzVTGrn3ExuX18sKqWQ0I2adisE1qH9II
- MACEDO, T. V. B.; DE ALENCASTRO, I. M.; WIEGERT, E. V. M. Controvérsias do uso da nutrição enteral em adultos com demência avançada: revisão integrativa da literatura. **BRASPEN Journal**, v. 38, n. 3, p. 0, 2023. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2023.38.3.11>
- PEIXOTO, A. L. **Terapia nutricional enteral e parenteral**. 1.ed.- Viçosa: A.S Sistemas, 2015.

RAJAN, A.; *et al.* Gastrostomy tubes: fundamentals, periprocedural considerations, and best practices. **World journal of gastrointestinal surgery**, v. 14, n. 4, p. 286, 2022. Disponível em: https://www.wjgnet.com/19489366/full/v14/i4/286.htm?appgw_azwaf_jsc=7fs5vk7mDKbXJq5Q9Y1chu5Iw7xOZFRqQoNR-Lk_RW4

RODIGUERO, G.; *et al.* Gastrostomia endoscópica percutânea: perfil epidemiológico, indicações e complicações. **Revista da AMRIGS**, v. 66, n. 1, p. 259-263, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1425004/45_2518_revista-amrigs.pdf

SPED, **Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva**. Gastrostomia percutânea endoscópica. Disponível em: <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica> .

TAE, C. H.; *et al.* Clinical practice guideline for percutaneous endoscopic gastrostomy. **The Korean Journal of Gastroenterology**, v. 82, n. 3, p. 107-121, 2023. Disponível em: <https://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009/gnl230146>

WEI, M.; HO, E.; HEGDE, P. An overview of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in the intensive care unit. **Journal of Thoracic Disease**, v. 13, n. 8, p. 5277, 2021. Disponível em: <https://jtd.amegroups.org/article/view/40228/html>