Cuidados com Gastrostomias



O Guia Definitivo para Profissionais de Saúde e Cuidadores

Ricardo Tadeu Prete

Prefácio Dr. Dan L. Waitzberg



Atheneu

Cuidados com Gastrostomias

O Guia Definitivo para Profissionais de Saúde e Cuidadores



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

CUIDADOS COM GASTROSTOMIAS

O Guia Definitivo para Profissionais de Saúde e Cuidadores

Ricardo Tadeu Prete

Enfermeiro Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (SBNPE/Braspen). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Pós-graduado em Terapia Intensiva pelas Faculdades Metropolitanas Unidas. Pós-graduado em Nutrição Humana pelo Instituto de Metabologia e Nutrição. Coordenador Técnico-Administrativo da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital do Coração – SP. Membro do Conselho Consultivo da SBNPE/Braspen no biênio 2026/2027. Técnico em Acupuntura e *Shiatsu* pelo Colégio Brasileiro de Acupuntura (CBA).

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2026

Editora Atheneu

São Paulo	–	Rua Maria Paula, 123 – 13º andar Conjuntos 133 e 134 Tel.: (11) 2858-8750 E-mail: atheneu@atheneu.com.br
Rio de Janeiro	–	Rua Bambina, 74 – Lojas A e B Tel.: (21) 3094-1295 E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu
Capa: Márcio Alexandre Paranhos de Oliveira
Produção Editorial: Alice Barducci

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P94c

Prete, Ricardo Tadeu
Cuidados com gastrostomias : o guia definitivo para profissionais de saúde e cuidadores / Ricardo Tadeu Prete. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1236-4

1. Nutrologia. 2. Estômago - Cirurgia. 3. Cuidados pós-operatórios. I. Título.

CDD: 613.2
26-104559.0 CDU: 613.2

Carla Rosa Martins Gonçalves - Bibliotecária - CRB-7/4782

10/04/2026 13/04/2026

Prete TR
Cuidados com Gastrostomias – O Guia Definitivo para Profissionais de Saúde e Cuidadores

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2026.

1 Gastrostomia – história e técnicas de confecção

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece um acesso ao lúmen do estômago, pela parede abdominal, para nutrição enteral de pacientes cujo trato gastrintestinal é funcionante, mas não podem ou não conseguem se alimentar por via oral.[1]

Existem cerca de trinta técnicas diferentes para confecção da gastrostomia. Aqui, porém, vamos manter o foco apenas nas técnicas mais conhecidas e descritas em literatura (Figura 1.1).

Pacientes hospitalizados impossibilitados de deglutir têm como opção a utilização de sondas nasoenterais (SNE), dispositivos temporários que permitem acesso fácil e rápido ao trato digestório. Atualmente, existe ampla variedade desses dispositivos, sendo mais utilizados aqueles que são feitos de silicone ou poliuretano e que possuem uma ou duas vias.[2,3] Entretanto, o uso de SNE por longos períodos pode trazer danos ao paciente, como lesões de asa nasal, entupimento do dispositivo, remoção inadvertida, sinusite e refluxo gastroesofágico com risco de broncoaspiração por deslocamento acidental da sonda.[3]

A utilização da SNE é uma experiência desagradável nos aspectos sensorial, estético e social, trazendo impacto negativo para a recuperação do paciente do ponto de vista emocional.[4]

É consenso na literatura que, para pacientes que necessitam de aporte nutricional por vias alternativas, durante períodos que ultrapassam quatro semanas, a gastrostomia é a melhor opção (Figura 1.2).[5]

A ideia da introdução de uma sonda para alimentação no estômago através da parede abdominal não é nova: em 1837, na cidade de Copenhagen, o cirurgião Egeberg já havia identificado essa possibilidade, embora os registros da técnica utilizada para a realização do procedimento não tenham sido publicamente detalhados.[6]

Em 1849, Sedillot, de Estrasburgo, situada na França, realizou a gastrostomia em humanos, mas os primeiros casos não foram bem-sucedidos, talvez por causa das más condições de higiene da época, e os três pacientes operados

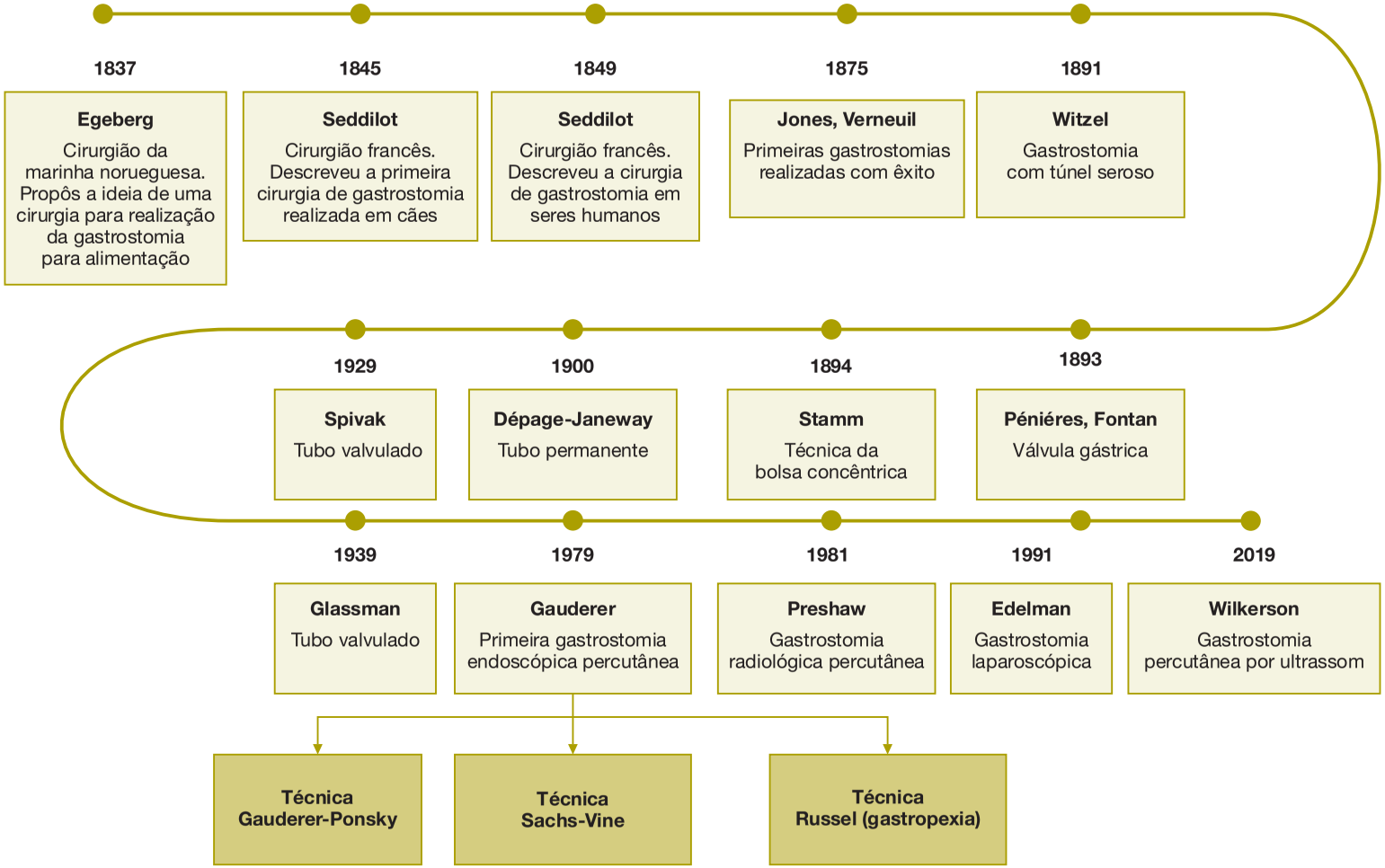


Figura 1.1. Evolução da gastrostomia e de suas técnicas de confecção ao longo do tempo. Fonte: Autoria própria.

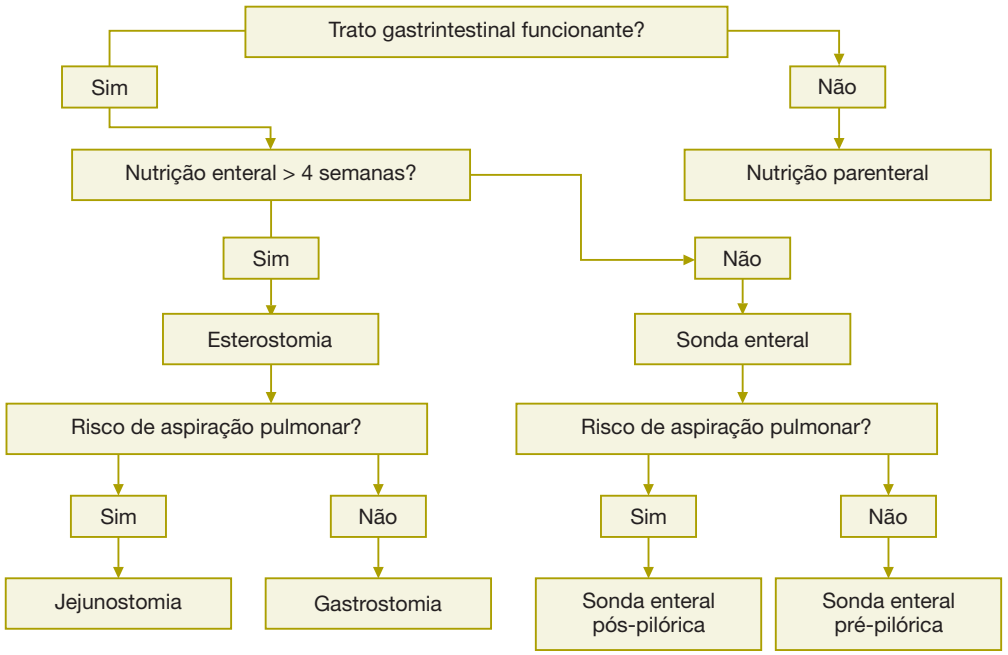


Figura 1.2. Indicações da gastrostomia, de acordo com o tempo de uso da terapia nutricional enteral (TNE). Fonte: Löser *et al.*, 2005.

desenvolveram complicações graves, como peritonite, e foram à óbito.[6] Apenas em meados de 1875, Jones e Verneuil realizaram as primeiras gastrostomias com êxito em seres humanos.[6]

A técnica descrita por Witzel em 1891 não é muito popular na atualidade, mas possuía uma variação interessante: era realizado um túnel subseroso sob a sonda, manobra até hoje utilizada para a confecção de jejunostomias. Supostamente, a criação desse túnel tinha o propósito de evitar vazamentos ao redor da sonda que fora exteriorizada através da parede abdominal – técnica reproduzida e adaptada por diversos cirurgiões (Figura 1.3).[6]

Em 1893, Pénières e Fontan desenvolveram uma técnica que também tinha o intuito de minimizar o vazamento de secreção pelo óstio da gastrostomia e consistia na confecção de uma válvula gástrica utilizando todas as camadas abdominais.[6]

A técnica cirúrgica mais bem-sucedida foi desenvolvida por Stamm, em 1894, e é muito utilizada até hoje, em razão da sua simplicidade e da sua eficácia (Figura 1.4).[1]

Em 1900, surgiu a técnica descrita por Dépage-Janeway, pouco utilizada na prática clínica. Na época, a indicação desse tipo de procedimento era a de uma gastrostomia permanente.[6] Sua execução era complexa, comparada à técnica de Stamm, pois era necessário preparar um tubo gástrico utilizando um

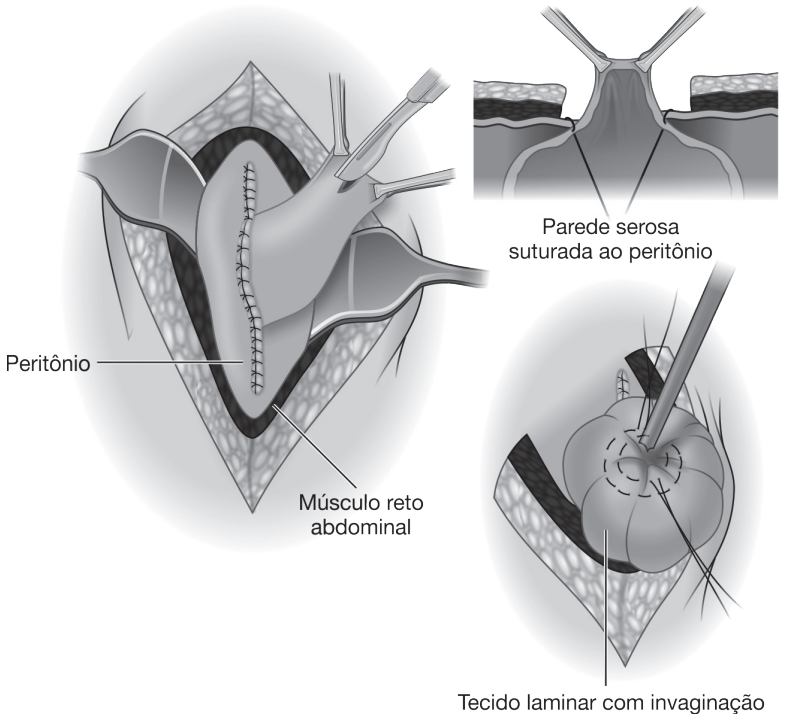


Figura 1.3. Métodos utilizados para evitar os vazamentos das gastrostomias. Fonte: Cunha, 1946.

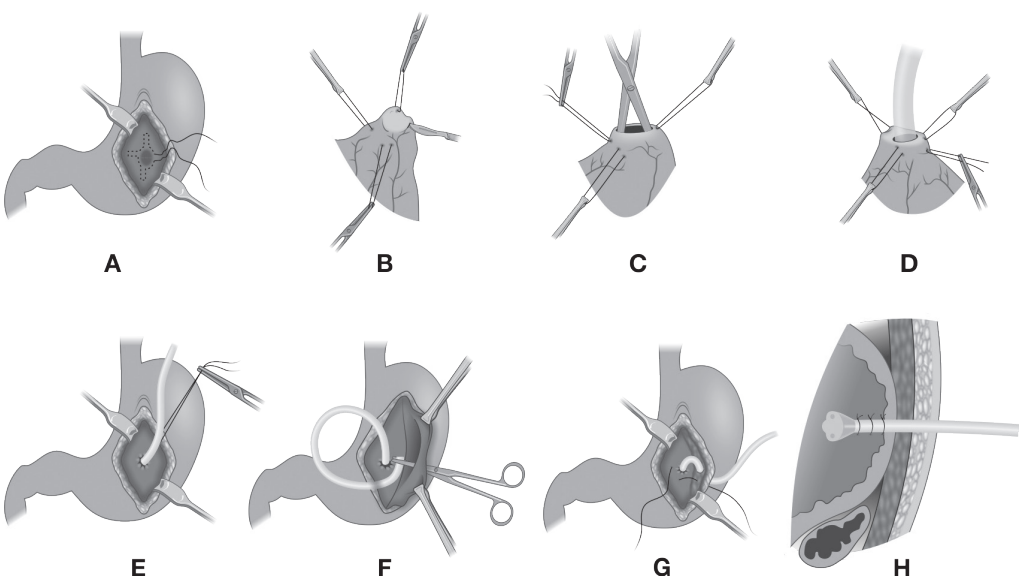


Figura 1.4. Gastrostomia de Stamm. **A**: incisão mediana supraumbilical e sutura em bolsa na parede gástrica anterior; **B**: gastrostomia no centro da sutura em bolsa; **C**: certificação do acesso ao lúmen do estômago; **D**: introdução da sonda; **E**: realização de nova sutura em bolsa invaginante; **F**: exteriorização da sonda por contra-abertura; **G**: início da fixação do peritônio visceral ao parietal; **H**: estômago fixo à face interna da parede abdominal com sonda em seu interior exteriorizada por contra-abertura. Fonte: Santos *et al.*, 2011.

retalho da parede anterior do estômago, exteriorizando a extremidade distal do tubo por contra-abertura da parede abdominal e fixando-o na pele.[6]

A técnica descrita por Spivack em 1929 surgiu como uma inovação, mas se tratava, apenas, de uma fusão entre as técnicas de Fontan e Dépage. Nessa técnica, uma válvula é construída a partir da parede do estômago, situada na base de um tubo, também feito da parede do estômago, fazendo com que a válvula vede hermericamente o tubo, mesmo com o aumento da tensão intragástrica (Figura 1.5).[7]

Em 1980, Jeffrey L. Ponsky e Michael W.L. Gauderer descreveram, em seu estudo, uma técnica revolucionária para a época: a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), procedimento menos invasivo e menos sujeito a complicações do que as técnicas utilizadas até então.[8]

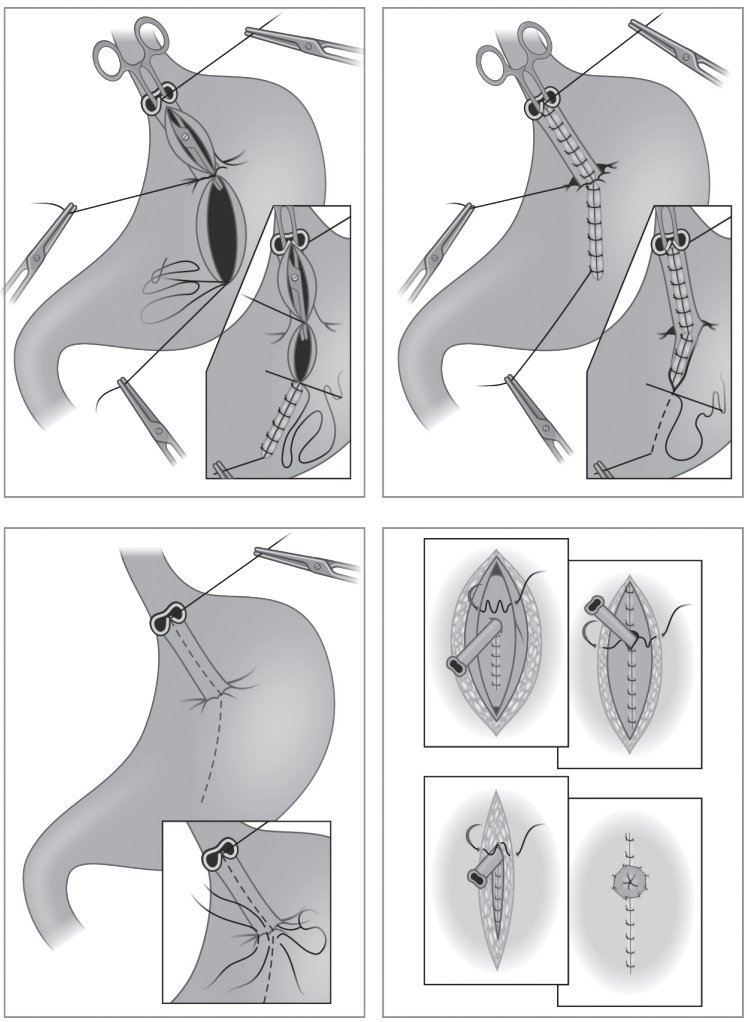


Figura 1.5. Técnica de Spivack com a confecção de tubo valvulado. Fonte: Baehr, 1938.

Outras técnicas surgiram após isso, como a gastrostomia laparoscópica, a gastrostomia radiológica e a gastrostomia por ultrassom. Porém, dada a grande importância da técnica descrita por Ponsky e Gauderer, o próximo capítulo trata exclusivamente dela.[9,10]

Referências bibliográficas

1. Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado W Jr., Tirapelli LF, Castro e Silva O Jr. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):39-50.
2. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr. 2021;40(12):5684-5709.
3. Motta APG, Rigobello MCG, Silveira RCCP, Gimenes FRE. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem. 2021;29:e3400.
4. Umrania R, Patel D, Patel BC, Singh M, Sanghavi P, Patel H. Survey of Psychosocial issues of nasogastric tube feeding in head-and-neck cancer patients. Indian J Palliat Care. 2021;27(1):113-7.
5. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition – percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr. 2005;24(5):848-61.
6. Cunha F. Gastrostomy: its inception and evolution. Am J Surg. 1946;72(4):610-34.
7. Baehr FH, Stanley F. The spivack gastrostomy. N Engl J Med. 1938;219(9):305-9.
8. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg. 1980;15(6):872-5.
9. Minicucci MF, Silva GF, Matsui M, Inque RMT, Zornoff LAM, Matsubara LS et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. Rev Nutr. 2005;18(4):553-9.
10. Meguid MM, Eldar S, Wahba A. The delivery of nutritional support. A potpourri of new devices and methods. Cancer. 1985;55(1 Suppl):279-89.