ReGeo ISSN: 2177-3246

GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA: CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY: POSTOPERATIVE CARE

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: CUIDADOS POSTOPERATORIOS

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-052

Data de submissão: 09/09/2026 **Data de publicação:** 09/10/2026

Patrícia Mitsue Saruhashi Shimabukuro
Enfermeira, Mestre e Doutora
Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
E-mail: ccihitaim@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1431-0611
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8459838435381597

Monica Taminato
Enfermeira, Doutora e Professora Adjunta
Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
E-mail: mtaminato@unifesp.br
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4075-2496
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3626639720691828

RESUMO

Objetivo: O estudo aborda a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) realizada em ambiente ambulatorial, analisando o perfil dos pacientes, complicações mais frequentes e fatores de risco associados. Método: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa e descritiva, baseado na análise de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018. Resultados: a maioria dos pacientes submetidos à GEP eram idosos (faixa etária de 80 a 89 anos), predominantemente do sexo feminino, residentes em São Paulo e sem cônjuge. As principais complicações observadas incluíram infecções no sítio da sonda, saída de secreção, hiperemia e dor local. Outras intercorrências incluíram perda acidental da sonda, extravasamento da dieta e obstrução do dispositivo. O estudo destaca a importância de protocolos detalhados para a indicação do procedimento, realização de exames laboratoriais prévios e monitoramento pós-procedimento. A capacitação da equipe assistencial e a orientação dos cuidadores são essenciais para minimizar riscos e melhorar os desfechos clínicos. Conclusão: A implementação de protocolos padronizados e um acompanhamento rigoroso podem reduzir complicações, garantindo um cuidado mais seguro e eficiente para os pacientes.

Palavra-chave: Assistência Ambulatorial. Cuidados Pós-operatórios. Gastrostomia. Idoso.

ABSTRACT

Objective: The study addresses percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) performed in an outpatient setting, analyzing patient profiles, the most common complications, and associated risk factors. Method: This is a retrospective cohort study with a quantitative and descriptive approach, based on the analysis of electronic medical records of patients treated between January 2017 and December 2018. Results: Most patients undergoing PEG were elderly (aged 80 to 89 years), predominantly female, residing in São Paulo, and without a spouse. The main complications observed

included infections at the tube site, secretion leakage, hyperemia, and local pain. Other occurrences included accidental loss of the tube, leakage of the diet, and device obstruction. The study highlights the importance of detailed protocols for the procedure indication, conducting prior laboratory tests, and post-procedure monitoring. The training of the care team and caregiver guidance are essential to minimize risks and improve clinical outcomes. Conclusion: The implementation of standardized protocols and rigorous follow-up can reduce complications, ensuring safer and more efficient care for patients.

Keywords: Ambulatory Care. Postoperative Care. Gastrostomy. Aged.

RESUMEN

Objetivo: El estudio aborda la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) realizada en ambiente ambulatorio, analizando el perfil de los pacientes, complicaciones más frecuentes y factores de riesgo asociados. Método: Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, con abordaje cuantitativa y descriptiva, basado en el análisis de registros electrónicos de pacientes atendidos entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Resultados: la mayoría de los pacientes sometidos a GEP eran ancianos (rango etario de 80 a 89 años), predominantemente del sexo femenino, residentes en São Paulo y sin cónyuge. Las principales complicaciones observadas incluyeron infecciones en el sitio de la sonda, salida de secreción, hiperemia y dolor local. Otras intercurrencias incluyeron pérdida accidental de la sonda, extravasación de la dieta y obstrucción del dispositivo. El estudio destaca la importancia de protocolos detallados para la indicación del procedimiento, realización de exámenes de laboratorio previos y monitoreo posprocedimiento. La capacitación del equipo asistencial y la orientación de los cuidadores son esenciales para minimizar riesgos y mejorar los desenlaces clínicos. Conclusión: La implementación de protocolos estandarizados y un seguimiento riguroso pueden reducir complicaciones, garantizando un cuidado más seguro y eficiente para los pacientes.

Palabras clave: Asistencia Ambulatoria. Cuidados Posoperatorios. Gastrostomía. Anciano.

1 INTRODUÇÃO

A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é um procedimento diagnóstico implementado no início da década de 1980, por Jeffrey Ponsky e Michael Gauderer como alternativa à gastrostomia cirúrgica para obtenção de via alimentar em pacientes com dificuldade ou incapacidade de alimentação por via oral[1].

O GEP é realizado em ambiente ambulatorial, proporcionando a otimização de leitos hospitalares, redução de custos e melhoria no atendimento ao paciente. Para garantir a segurança do procedimento, é fundamental seguir rigorosamente os critérios de técnica asséptica. É considerado um procedimento rápido, podendo ser realizado com anestesia geral ou local-regional, desde que haja uma indicação clínica adequada para prevenção das complicações. Além disso, as contraindicações devem ser claramente estabelecidas, geralmente relacionadas a comorbidades clínicas que possam inviabilizar sua realização[5–6].

A GEP é indicada para pacientes com dificuldades de deglutição devido a condições como estado mental alterado ou disfagia, que necessitam de suporte nutricional a longo prazo. O procedimento pode ser realizado em centro cirúrgico ou ambiente ambulatorial, utilizando equipamento endoscópico e seguindo técnica asséptica adequada. No entanto, alguns fatores de risco, como idade avançada, múltiplas comorbidades, doenças neurológicas, desnutrição e diabetes descompensada, podem aumentar a chance de complicações após a sua realização[3–7].

Como todo procedimento invasivo, a complicação mais frequente é a infecção no local da inserção da GEP que pode ser minimizada com a administração de antibiótico profilático. Porém, há complicações menores que são evidenciados através do vazamento da dieta pela ostomia, remoção acidental do tubo gástrico, que podem ser de alta prevalência que podem ser minimizados com o manejo adequado do dispositivo gástrico. Complicações maiores como a síndrome do botão enterrado, cuja prevalência é baixa, requer uma ação imediata[3–6].

A transição do cuidado ambulatorial para o domiciliar exige a definição de protocolos bem definidos para a prevenção de complicações e capacitação adequada dos profissionais de saúde e cuidadores. Desta forma, a implementação de estratégias sistematizadas de vigilância detecta precocemente sinais de alerta que podem contribuir para a redução do quadro de gravidade clínica do paciente reduzindo as internações, promovendo maior autonomia do paciente e sua família.

Avaliar os eventos adversos da gastrostomia endoscópica percutânea, caracterizando pacientes, analisando fatores de risco, descrevendo o monitoramento e identificando evidências para prevenção e acompanhamento, visando a segurança e eficácia da assistência.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo coorte, retrospectivo com abordagem quantitativa e descritiva através de avaliação de prontuários dos pacientes submetidos ao procedimento de GEP no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

A pesquisa documental é aquela elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico e envolve a análise de documentos contemporâneos ou retrospectivos, cientificamente autênticos, com a finalidade de descrever ou comparar fatos sociais[9].

Neste estudo, foram utilizadas as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), uma ferramenta essencial para a condução de estudos observacionais. Essas diretrizes foram desenvolvidas com o objetivo de aprimorar a qualidade e a transparência na publicação de estudos epidemiológicos, assegurando que todos os aspectos relevantes sejam relatados de forma clara e completa. Além disso, visam garantir a validade e a aplicabilidade prática dos detalhes do estudo, facilitando sua replicação por outros pesquisadores e contribuindo para o aumento da qualidade geral da pesquisa[10].

O local do estudo foi uma unidade de medicina diagnóstica extra-hospitalar localizada no município de São Paulo, pertencente a uma operadora de saúde que atende pacientes acima de 40 anos. De acordo com os dados obtidos na unidade, são realizados em média de 20 a 30 procedimentos de GEP por mês, num total de 200 a 300 procedimentos por ano, todos em pacientes com idade superior a 40 anos, conforme carteira de pacientes da operadora de saúde.

Neste estudo, foi realizado um levantamento dos prontuários de pacientes que realizaram o procedimento de gastrostomia endoscópica percutânea de caráter eletivo e ambulatorial no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Como critérios de inclusão foram pacientes acima de 40 anos submetidos ao procedimento GEP no período do estudo e que apresentaram eventos adversos após a realização do procedimento na unidade ambulatorial.

Os critérios de exclusão foram prontuários de pacientes que não foram possíveis à identificação de todas as variáveis deste estudo, pacientes que realizaram o procedimento no centro cirúrgico e pacientes que realizaram o procedimento fora do período estudado.

Os dados coletados foram de acordo com os mencionados nas variáveis do estudo. As variáveis podem ser dependentes quando os dados são previsíveis ou que seja possível a sua explicação. Por sua vez as variáveis independentes são aquelas que é necessário ser previsto ou que possam explicar as variáveis dependentes.

Como variáveis independentes foram: sexo, idade acima de 40 anos, raça, estado civil, município de residência do paciente, data da realização do procedimento e utilização do antibiótico terapêutico.

Nas variáveis dependentes foram: sintomas como dor local, hiperemia local, febre, saída de secreção, sangramento no local da inserção da sonda gástrica, distensão abdominal, vômitos e outros, conduta no pronto atendimento (alta ou internação hospitalar), data da realização do procedimento e a data da procura do atendimento no serviço de saúde com sinais ou sintomas; internação do paciente e desfecho da internação (alta ou óbito).

Para a análise dos dados, foi realizada uma estatística descritiva com medidas de frequência, tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação - CV, quartis e moda), além do intervalo de confiança (IC). Adicionalmente, foram conduzidas análises de comparação entre os grupos com desfecho para verificar a homogeneidade entre eles, conforme a natureza das variáveis.

Neste estudo, todas as variáveis avaliadas foram caracterizadas, iniciando com uma análise descritiva completa dos fatores quantitativos. Para os fatores qualitativos, foi realizada a distribuição da frequência relativa (percentuais ou prevalências), utilizando o teste Z de duas proporções para comparar os índices.

Nas variáveis com apenas dois níveis de resposta, o valor de *p* reflete diretamente a comparação entre eles. Para variáveis com três ou mais níveis de resposta, os *p*-valores da comparação de cada nível de resposta foram apresentados na última coluna, sempre em relação ao nível mais prevalente, que foi definido como referência (Ref.).

Utilizando o poder de amostra do Minitab (*power and sample size*), foi calculado a amostra de 97 casos de eventos adversos dentro da casuística de 707 procedimentos realizados, este dado nos fornece uma frequência de 13,9% e com um alfa estatístico de 5%. O poder amostral de 0,8241 (82,4%), o que na prática se considera muito bom (acima de 0,8 é considerado bom).

Para a análise estatística, foram utilizados os softwares SPSS versão 26 (2019), Minitab versão 21.2 (2022) e Excel Office 2010.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovado sob o parecer: 3.818.112 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 18222619.9.0000.5505, sendo respeitados os preceitos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 e na Resolução 510/2016.

3 RESULTADOS

No total foram realizados 707 procedimentos de GEP na unidade, para fins deste estudo foram incluídos 97 pacientes que apresentaram algum tipo de evento adverso, correspondendo a 13,86% de todo o procedimento realizado no período.

Houve a definição do nível de significância, ou seja, o erro estatístico que estamos cometendo nas análises é de 0,05 (5%).

Tabela 1. Distribuição dos dados segundo idade, tempo e quantidade de sintomas.

	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Q1	Q3	Moda	Min	Max	N	IC
Idade	85,8	87	6,7	8%	82	90	84	68	101	97	1,3
Tempo (dias)	9,6	7	7,9	82%	5	12	5	0	40	97	1,6
Quantidade Sintomas	1,7	2	0,7	43%	1	2	1	1	4	97	0,1

CV: Coeficiente de variação; Q1: Quartil 1; Q3: Quartil 3; Min: mínimo; Max: máximo; N: número absoluto; IC: Intervalo de confiança.
Fonte: Elaborada pelos autores

A idade média dos participantes do estudo foi de 85,8, mediana de 87 anos, em relação a avaliação do tempo, em dias, nota-se que a média foi de 9,6 dias da realização do procedimento até a procura do serviço de saúde, a mediana ficou em 7 dias. Com isso, nota-se a importância do monitoramento dos pacientes de acordo com as normativas da ANVISA (2025) para busca ativa de infecção do sítio cirúrgico.

Analisando a quantidade de sintomas apresentados, tivemos uma média de 1,7 sintomas, mediana de 2 sintomas, desvio padrão de 0,7 sintomas, com coeficiente de variação de 43%, no Quartil 1 tivemos 1 sintoma (representando 25% do total da amostra estudada) e no Quartil 3 tivemos 2 sintomas (representando 75% do total da amostrada estudada). Observa-se a moda de 1 sintoma, e no número máximo de sintomas foram de 4, o intervalo de confiança ficou em 0,1.

A seguir nós vamos caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais ou prevalências) dos fatores qualitativos utilizando o teste Z de Duas Proporções para compararmos os índices.

Tabela 2. Distribuição das Variáveis Qualitativas

		N	%	P-valor
Sexo	Feminino	69	71,1%	<0,001
	Masculino	28	28,9%	
Município	Capital	78	80,4%	Ref.
	Grande São Paulo	16	16,5%	<0,001
	Interior	3	3,1%	<0,001
Raça	amarela	12	12,4%	<0,001
	branca	75	77,3%	Ref.
	negro/pardo	10	10,3%	<0,001
Faixa Etária	De 60 a 79	15	15,5%	<0,001
	De 80 a 89	51	52,6%	Ref.
	90+ anos	31	32,0%	0,004
Estado civil	Com Cônjuge	47	48,5%	0,667
	Sem Cônjuge	50	51,5%	
Tempo (dias)	Até 7dias	50	51,5%	Ref.
	De 8 a 30	43	44,3%	0,314
	31+ dias	4	4,1%	<0,001
	Sim	46	47,4%	
Falha na Manutenção	Não	35	76,1%	<0,001
	Sim	11	23,9%	
Antibiótico	Não	47	48,5%	0,667
	Sim	50	51,5%	
Conduta	Alta	73	75,3%	<0,001
	Internação	24	24,7%	
Desfecho dos Internados	Alta	18	66,7%	0,014
	Óbito	6	33,3%	

Ref: Referência. Nas variáveis com apenas dois níveis de resposta, o p-valor é direto a comparação deles. Já nas variáveis com 3 ou mais níveis de resposta, apresenta-se na última coluna os p-valores da comparação de cada nível de resposta sempre em relação ao mais prevalente que está como Referência (Ref.).
Fonte: Elaborada pelos autores

Nas variáveis com apenas dois níveis de resposta, o p-valor é direto a comparação deles. Já nas variáveis com 3 ou mais níveis de resposta, apresenta-se na última coluna os p-valores da comparação de cada nível de resposta sempre em relação ao mais prevalente que está como Referência (Ref.).

O sexo feminino foi mais prevalente representando 71,1% em relação ao sexo masculino com 28,9%. Em relação ao município de residência, observa-se que a grande maioria é da cidade de São Paulo 80,4%, seguido de moradores da Grande São Paulo 16,5% e do interior de São Paulo 3,1%. Houve prevalência da raça branca com 77,3%, seguido da amarela com 12,4% e negros/pardos com 10,3%.

Em relação a faixa etária, temos a prevalência da faixa etária de 80 a 89 anos que corresponde a 52,6%, seguido de 90 anos ou mais com 32% e na faixa etária de 60 a 79 anos com 15,5%.

No tocante a rede de apoio, nota-se que a maioria dos pacientes não possuem cônjuge (solteiros ou viúvos) que representam 51,5% da população do estudo, seguido dos pacientes que possuem cônjuge com 48,5%.

Porém quando se observa a distribuição do tempo (dias) que o paciente faz a busca de atendimento no Pronto Atendimento (PA), há uma recorrência de que em até 7 dias os pacientes necessitaram de atendimento devido a presença de um ou mais sintomas com 51,5%, mas esse índice não é estatisticamente diferente dos 44,3% de 8 a 30 dias (p-valor = 0,314).

Nota-se a existência de uma significância estatística na distribuição da conduta realizada no momento do atendimento do Pronto Atendimento onde temos que a maioria estatisticamente significante nos casos de pacientes que foram de alta para casa com 75,3% contra 24,7% que necessitaram de internação (p-valor <0,001). Dentre os 24 casos de pacientes que foram internados, tivemos como desfecho 66,7% com alta hospitalar com melhora completa dos sintomas apresentados e 33,3% dos casos que acabaram evoluindo a óbito (p-valor = 0,014).

Tabela 3. Sinais e sintomas apresentados pelos pacientes incluídos no estudo.

	N	%	P-valor
Outros	46	47,4%	Ref.
Saída de secreção	44	45,4%	0,773
Hiperemia local	29	29,9%	0,012
Dor local	16	16,5%	<0,001
Febre	14	14,4%	<0,001
Distensão abdominal	6	6,2%	<0,001
Sangramento na inserção da sonda gástrica	4	4,1%	<0,001
Vômitos	3	3,1%	<0,001

Fonte: Elaborada pelos autores

Os sintomas mais prevalentes e que tiveram maior relevância estatística foram dor local foi de 16,5%, febre 14,4%, distensão abdominal 6,2%, sangramento na inserção da sonda gástrica 4,1% e vômitos foi de 3,1% todos com (p < 0,001). Outros sintomas ficaram com 47,4% que serão detalhados na Tabela 6, distribuição das queixas relacionadas a falha de manutenção da gastrostomia.

A seguir relaciona-se a quantidade de sintomas apresentados pelos pacientes em relação ao uso de antibioticoterapia para tratamento, conduta no pronto atendimento, estado civil, sexo, faixa etária, município de residência, raça e tempo de procura no pronto atendimento desde a realização do procedimento até o início dos sintomas.

A quantidade de sintomas mostrou ter relação estatística com tempo decorrido da realização do procedimento até a procura no pronto atendimento, onde temos que o índice de até 7 dias ficou em 34,1% para quem apresentou um sintoma, 67,4% para quem tem dois sintomas e 60% para quem teve três ou mais sintomas. Já o índice de tempo entre 8 e 30 dias foi de 59,1%, 30,2% e 40,0%, respectivamente nos grupos de quantidades de sintomas apresentados (p-valor = 0,033).

Tabela 4. Conduta no Pronto Atendimento dos pacientes incluídos no estudo.

		Alta		Internação		P-valor
		N	%	N	%	
Antibiótico	Não	43	58,9%	4	16,7%	<0,001
	Sim	30	41,1%	20	83,3%	
Estado civil	Com Cônjuge	35	47,9%	12	50,0%	0,861
	Sem Cônjuge	38	52,1%	12	50,0%	
Sexo	Feminino	51	69,9%	18	75,0%	0,630
	Masculino	22	30,1%	6	25,0%	
Faixa Etária	De 60 a 79	11	15,1%	4	16,7%	0,394
	De 80 a 89	36	49,3%	15	62,5%	
	90+ anos	26	35,6%	5	20,8%	
Município	Capital	55	75,3%	23	95,8%	0,088
	Grande São Paulo	15	20,5%	1	4,2%	
	Interior	3	4,1%	0	0,0%	
Raça	Amarela	9	12,3%	3	12,5%	0,518
	Branca	55	75,3%	20	83,3%	
	Negro/pardo	9	12,3%	1	4,2%	
Tempo	Até 7dias	36	49,3%	14	58,3%	0,283

Fonte: Elaborada pelos autores

Quando se analisa a conduta adotada no PA mostrou ter relação estatisticamente significante com o uso do antibiótico que ficou em 41,1% para conduta de alta para casa contra 83,3% para os casos que necessitaram de internação hospitalar (p-valor <0,001), demonstrando gravidade clínica dos pacientes monitorados neste estudo.

Tabela 5. Queixas relacionadas a falha da manutenção da gastrostomia dos pacientes incluídos no estudo.

	N	%	P-valor
Retirada acidental da sonda gástrica	13	54,1%	0,067
Extravasamento da dieta	07	29,1%	<0,001
Obstrução da sonda gástrica	04	16,8%	<0,001

Fonte: Elaborada pelos autores

Em relação a distribuição das queixas relacionadas a falha de manutenção da gastrostomia, tivemos 13 casos de retirada acidental da sonda gástrica pelo paciente que representa 54,1% (p valor=0,067), seguido de 07 casos de extravasamento de dieta representando 29,1% (p<0,001) e 04 casos de obstrução de sonda gástrica que corresponde a 16,8% (p<0,001).

Quando analisamos os casos de falha na manutenção da gastrostomia nota-se que não tem relação estatística com nenhum os dados qualitativos avaliados como raça, idade, quantidade de sintomas, sexo, estado civil e uso de antibiótico terapêutico, ou seja, dizemos que são resultados (variáveis) estatisticamente independentes.

4 DISCUSSÃO

Sabe-se que complicações podem ocorrer após a realização de qualquer procedimento invasivo. A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é considerada um procedimento minimamente invasivo, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial[6],[7],[8].

Considerando que esta situação, o paciente precisa de um cuidado centrado, cabendo à equipe ambulatorial realizar a orientação ao familiar e/ou cuidador sobre as principais medidas na manutenção da sonda gástrica, cuidados com a ostomia e principais sinais e sintomas de alerta que indiquem a necessidade da busca de atendimento especializado[2],[6].

A correlação dos resultados deste estudo indica que sintomas como hiperemia, saída de secreção, febre e dor local podem ser critérios diagnósticos de infecção do sítio cirúrgico (ISC), aumentando o risco de morbimortalidade em pacientes submetidos à GEP. Observa-se que o período de até sete dias entre a realização do procedimento ambulatorial e a busca pelo serviço de saúde é particularmente relevante, destacando a importância das orientações fornecidas a familiares e cuidadores sobre os sinais e sintomas de alerta. [2],[8],[9],[10],[11].

De acordo com o boletim da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre 2014 e 2021, os incidentes mais notificados no sistema NOTIVISA envolveram falhas na assistência à saúde, especialmente durante procedimentos cirúrgicos e no manuseio de sondas. Diante desse cenário, este estudo reforça a importância de orientar familiares e cuidadores sobre sinais e sintomas que possam indicar problemas na manutenção da ostomia, no manejo da sonda gástrica ou na administração da dieta ao paciente[12].

No tocante às falhas relacionadas à assistência à saúde, destaca-se a importância de avaliar o processo de limpeza e desinfecção do equipamento endoscópico, identificar possíveis quebras de técnica no procedimento de higienização das mãos e assegurar uma avaliação criteriosa das condições clínicas do paciente antes de submetê-lo ao procedimento[8],[9],[11].

Com os dados relacionados à manutenção da GEP as principais queixas observadas foram os casos de obstrução da sonda gástrica, retirada acidental da sonda pelo paciente e extravasamento da dieta pelo óstio da inserção. Esses incidentes podem ser evitados por meio de orientações adequadas fornecidas pelo profissional de saúde aos familiares sobre a via de administração. A orientação deve abranger os cuidados necessários para o manuseio correto da sonda, contribuindo para a prevenção de complicações e evitando a perda da sonda[13],[14].

No estudo nota-se que a idade de maior atenção foi na faixa etária de 80 a 89 anos, em sua maioria sem cônjuge, refletindo a importância da participação do familiar e/ou cuidador no processo da orientação sobre o manuseio e manipulação da sonda gástrica implantada. Esta orientação precisa

ser clara, objetiva e eficiente promovendo uma comunicação integrada entre os profissionais da saúde com o paciente e seus familiares[13],[14],[15],[16].

Em relação a quantidade de sinais e sintomas apresentados, a maioria dos pacientes relatou dois ou mais sintomas como motivo da busca de atendimento. Esse dado evidencia a importância do reconhecimento dos sinais de alerta e reflete sobre a importância das orientações fornecidas no momento da alta do paciente ambulatorial. A sugestão é a elaboração de uma cartilha que direcione familiares e/ou cuidadores, visando evitar ou minimizar problemas relacionados à manutenção e aos cuidados com a sonda gástrica[7],[11],[14],[15],[16].

Ao analisar a conduta adotada no pronto atendimento devido aos sintomas apresentados pelos pacientes, observa-se a necessidade de tratamento com antibióticos foi significativa, representando 83,3% dos 24 casos que necessitaram de internação hospitalar. Dentre os pacientes internados, a maioria teve alta hospitalar (66,7%), enquanto 33,3% evoluíram para óbito. Esses dados reforçam a importância do monitoramento contínuo de pacientes submetidos a procedimentos invasivos em ambiente ambulatorial, permitindo a identificação de melhorias no processo institucional e promovendo o aprimoramento das práticas assistenciais[10],[11],[16].

Neste estudo, enfrentamos limitações na obtenção de dados, como informações sobre comorbidades e estado nutricional, devido ao fato da avaliação pré-operatória ter sido realizada em locais fora do alcance da operadora de saúde, como consultórios particulares. Além disso, todos os pacientes monitorados pertenciam exclusivamente à operadora de saúde, sem evidências de atendimentos realizados fora dela durante o período do estudo.

Como contribuições para a saúde, destaca-se a importância do monitoramento de pacientes submetidos a procedimentos invasivos em ambiente extra-hospitalar, além de possibilitar o conhecimento do perfil dos pacientes que realizaram GEP e a identificação de oportunidades de melhoria nos processos assistenciais. Também ressalta a necessidade de priorizar o envolvimento do familiar e/ou cuidador no contexto de uma nova forma de alimentação, promovendo a adaptação e contribuindo para a qualidade de vida do paciente.

A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) representa uma alternativa eficaz e menos invasiva à gastrostomia cirúrgica para pacientes que necessitam de suporte nutricional prolongado, sendo especialmente relevante para a população idosa. Com o aumento da longevidade e a prevalência de doenças neurodegenerativas, além de outras condições crônicas que comprometem a deglutição, a GEP tem se tornado uma estratégia fundamental para garantir a nutrição adequada e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Este estudo evidenciou a importância da seleção criteriosa dos pacientes, a adoção de protocolos rigorosos para prevenção de complicações e a implementação de cuidados pós-operatórios adequados, aspectos essenciais para minimizar riscos e otimizar os resultados clínicos, especialmente em adultos e idosos mais vulneráveis. O acompanhamento interdisciplinar é fundamental para evitar complicações, como infecções e obstruções, além de garantir que o suporte nutricional contribua para um envelhecimento mais saudável e digno.

Diante do exposto, este estudo reforça a necessidade de estratégias assistenciais que promovam a segurança e a qualidade de vida dos pacientes submetidos à GEP. Destaca-se a importância de estudos futuros voltados para o aprimoramento das técnicas, protocolos e cuidados voltados para essa população crescente, visando um melhor suporte nutricional e manutenção da funcionalidade ao longo da longevidade.

REFERÊNCIAS

1. Boeykens K, Duysburgh I. Prevention and management of major complications in percutaneous endoscopic gastrostomy BMJ Open
Gastroenterology 2021;8:e000628. Doi: https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000628.

2. Peveling-Oberhag J, Osman I, Walter D, Filmann N. Risk factors for early and late procedure-related adverse events in percutaneous endoscopic gastrostomy: a single center, retrospective study. J Gastroenterol Hepatol. 2019; 24(2):404-9. DOI: https://doi.org/10.1111/jgh.14407

3. Villalba CM, Rodríguez JAV, Sánchez FG. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications. Med Clin (Barc). 2019; 152(6):229-36. DOI:
http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.09.008.

4. Shimabukuro PM, Morais RB, Carmo AC, Lisboa TC, Taminato M. Complicações e cuidados pos gastrostomia em adultos e idosos: revisão de escopo. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE0001203. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025AO0001203.

5. Shangab MOM, Shaikh NA. Prediction of risk of adverse events related to percutaneous endoscopic gastrostomy: a retrospective study. Annals of Gastroenterology 2019;32:469-75. DOI: https://doi.org/10.20524/aog.2019.0409.

6. Anderloni A *et al.*. Complications and early mortality in percutaneous endoscopic gastrostomy placement in lombardy: A multicenter prospective cohort study. Digestive and Liver Disease 2019;51:1380–7. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.did.2019.03.024.

7. Orlandoni, P., & Peladic, J. Safety and Effectiveness of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy May Be Improved by Proper Pre- and Post-Positioning Management of Elderly Patients with Multimorbidity. Nutrients 2024;16.Doi: https://doi.org/10.3390/nu16172893.

8. Gomes PHG, Mendes Junior WV. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. Revista ACRED. 2017;7(13):23-43. Disponivel em:
https://www.researchgate.net/publication/319377022_O_cuidado_centrado_no_paciente_nos_servicos_de_saude_estrategias_de_governos_e_organizacoes_nao_governamentais

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025 Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória – ano: 2025. Brasília. 2025.

10. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):559-65. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021

12. Santos JLG, Lanzoni GMM, Erdmann AL. Gestão em Enfermagem e Saúde. Atena editora. Ponta Grossa. 2023.

13. Ribeiro J, Vanni T, Avelar G. Programa de redução da infecção do sítio cirúrgico (PRISC). Hospital de Base de Brasília. Brasília. 2025.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022. Brasília. 2022.

15. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Perfil dos eventos adversos notificados e das práticas de segurança do paciente no Estado de São Paulo. São Paulo. 2023.

16. Centre for perioperative care. National safety standards for invasive produces 2. London. 2023.