



## COMUNICAÇÕES ORAIS

# IX Encontro Nacional da Associação Nacional de Enfermeiros de Endoscopia Digestiva (ANEED)

14-15 Junho 2013, Sala Lyra

## Comunicações 1

15 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Lyra

### 1. IBD NURSE - UM PROJETO E UMA NECESSIDADE

P. Silva

*Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Unidade de Técnicas Gastreterológicas.*

No total, em Portugal estima-se que existam cerca de 15 mil doentes com DII, registando-se 100 novos casos todos os anos. A sua evolução imprevisível, com períodos de remissão e exacerbação sintomática, tem um impacto significativo nas rotinas diárias e no estilo de vida do doente e, consequentemente, na sua qualidade de vida. O aumento da incidência da doença contribui para aproximar os profissionais de enfermagem dos portadores da doença, devido ao maior contato no tratamento de ambulatório e internamento. (Fiocchi C, et al. 1997). Alguns estudos de âmbito internacional têm demonstrado a importância da existência de uma equipa de enfermagem especializada nesta área e no acompanhamento dos doentes portadores de DII, demonstrando uma maior eficácia do tratamento, com consequente redução do número de consultas médicas e internamentos hospitalares, e igualmente redução de custo para as unidades hospitalares. Igualmente, a criação de organizações internacionais centradas no estudo e acompanhamento da DII e que têm nos seus quadros equipas de enfermagem especializadas, têm vindo a alertar para a necessidade destes especialistas e o papel fundamental que desenvolvem no acompanhamento destes doentes. A N<sup>o</sup>ECCO (Nursing European Crohn's and Colitis Organisation), possui neste momento 27 representantes nacionais de enfermagem para a DII, representando 21 países onde estes especialistas vêm o seu trabalho reconhecido, tendo Portugal passado a integrar este quadro, aquando da nomeação de um representante nacional da N<sup>o</sup>ECCO em 2012. A realização deste projeto prende-se com a crença de que a enfermagem pode e deve ter um papel mais ativo e determinante no acompanhamento e tratamento destes doentes.

### 2. AFÉRESE LEUCOCITÁRIA NA DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA

M. Andrade, P. Lago

*Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Centro de Endoscopia Digestiva.*

**Introdução:** A aférese seletiva de granulócitos e monócitos é uma técnica de aférese adsorptiva, cujo objetivo é a remoção de leucócitos ativados da circulação. Poderá ser uma alternativa terapêutica a considerar nos casos de Doença Intestinal Inflammatory refratária à terapêutica farmacológica.

**Objetivo:** Divulgar a técnica enfatizando o papel do enfermeiro durante o procedimento e disponibilizar informação sobre o mesmo.

**Material e métodos:** A propósito de um doente com colite ulcerosa corticodependente submetido a 7 sessões de aférese com *Adacolumn* descrever de forma detalhada todo o procedimento.

**Resultados:** Antes do início da aférese é necessário proceder-se à preparação do doente: gerir ambiente físico, monitorização de sinais vitais, verificação de presença de estudo analítico e preenchimento de registos de enfermagem. Posteriormente procede-se à preparação do circuito extracorporeal: preenchimento do circuito de circulação extracorporeal e da coluna de *Adacolumn* com solução salina heparinizada e a sua correta colocação no adamonitor. O Enfermeiro terá de colocar dois acessos venosos periféricos de grande calibre e contra laterais, no doente, antes de se iniciar o circuito da aférese. O procedimento dura aproximadamente 60 minutos e o volume total de sangue filtrado é de 1800 ml. O papel do Enfermeiro é fulcral: preparação do doente e colocação dos acessos venosos periféricos, preparação do circuito extracorporeal e monitorização do doente e do circuito durante todo o procedimento. Durante a aférese os efeitos adversos são pouco frequentes e aparecem em menos de 1% dos doentes o que torna um tratamento bem tolerado.

**Conclusões:** A aférese leucocitária poderá ser uma alternativa terapêutica a considerar em doentes com DII sem resposta ao tratamento farmacológico convencional, sendo um dos seus principais atrativos o excelente perfil de segurança e desempenhando o Enfermeiro um papel essencial.

### 3. ENSAIO CLINICO ALEATÓRIO: PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA COM BAIXO VOLUME- UMA COMPARAÇÃO ENTRE DUAS FORMULAÇÕES COM PEG(POLIETILENOGLICOL)

M. Oliveira, E. Oliveira, M. Mascarenhas Saraiva

*ManopH, Porto Instituto CUF, Porto.*

**Introdução:** As preparações intestinais de baixo volume com Polietilenoglicol (PEG) associado a outros agentes têm demonstrado uma eficácia de limpeza semelhante às preparações de 4litros de PEG isolado..

**Objetivo:** Comparar a qualidade da preparação intestinal, em doentes adultos submetidos a colonoscopia, para duas formulações compostas, de baixo volume: 1. PEG-Ascorbato (PEG-ASC) + Bisacodilo versus, 2. PEG associado a Óxido de Magnésio+Ácido Citrico+Picossulfato de Sódio(O-C-P).

**Métodos:** Estudo randomizado, ocultação para o observador, dois grupos de doentes submetidos a colonoscopia. As preparações foram ingeridas em regime de doses fracionadas (“Split-doses”). Regime 1 (B-A-P): 15 mg de Bisacodilo uma hora antes da ingestão de PEG-ASC seguindo-se a ingestão de um litro de líquidos; passadas 6 horas re-ingestão de PEG-ASC. Regime 2 (O-C-P-P): 30cl de O-C-P uma hora antes da ingestão de 1litro de solução de PEG; repetiu-se 6 horas depois. A avaliação da qualidade da preparação de acordo com a escala Boston (score  $\geq 6$  considerado como “sucesso clínico” e “visibilidade aceitável” no cólon direito um score segmentar de 2 ou 3). Avaliada a tolerabilidade.

**Resultados:** 518 doentes aleatoriamente alocados ao regime 1 (B-A-P) (n = 226, Masc = 46,9%, Idade média = 54,7) ou ao regime 2 (O-C-P-P) (n = 291, Masc = 54,6%, Idade média = 55,5). Taxa de preparação com sucesso 92,5% no regime 1 e 94,9% no regime 2(ns). Taxa de visibilidade aceitável para o cólon direito 94,2% no regime 1 e 96,6% no regime 2(ns). Tolerabilidade 98,2% no regime 1 e 98,3% no regime 2. No regime 1 não ocorreram diferenças nas preparações com sucesso entre os exames realizados de manhã (91,6%) e os de tarde (93,7%); no regime 2, existiram diferenças (M = 91,6%, T = 98, 0 P < 0,05).

**Conclusões:** Ambos os regimes mostraram ótimas taxas de preparação com sucesso. Não ocorreram diferenças nos dois regimes no que diz respeito a qualidade de preparação, eficácia e tolerabilidade.

### 4. ESTUDO RETROSPETIVO: AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO UTENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO COM SEDAÇÃO/ANESTESIA GERAL

C. Monteiro, I. Cunha, A. Carvalho, S. Pedregal, A. Freire, N. Gonçalves, J. Lima, C. Carteador Mena, S. Barros

*Centro Hospitalar São João, EPE. Serviço de Gastrenterologia, Centro de Endoscopia Digestiva.*

A Enfermagem em Endoscopia Digestiva é uma área em constante evolução sendo que a caracterização da população que se dirige a uma Unidade de Endoscopia permite uma gestão eficaz e eficiente dos recursos no sentido de otimizar a qualidade/segurança dos cuidados prestados. Os registos de enfermagem são, pois, um instrumento científico que permite a investigação, o planeamento, a continuidade e avaliação dos cuidados. Contribui para uma prática mais segura, eficiente e uniforme, possibilitando o cumprimento dos requisitos preconizados para práticas de qualidade. **Objetivo:** Caracterizar os utentes submetidos a procedimento endoscópico sob sedação/anestesia geral em regime de ambulatório num Centro de Endoscopia Digestiva; - Descrever as intervenções de enfermagem desenvolvidas; - Descrever as complicações imediatas mais frequentes relacionadas com o procedimento endoscópico.

**Material:** Folhas de avaliação de enfermagem do utente submetido a procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral.

**Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado no período entre 15 de Janeiro a 28 de Fevereiro de 2013, em que foram analisadas 251 folhas de avaliação de enfermagem do utente em regime de ambulatório submetido a procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral, num Centro de Endoscopia Digestiva. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico descritivo simples.

**Conclusões:** Este estudo contribuiu para um conhecimento acerca da população caracterizada, permitindo uma avaliação e reflexão sobre a assistência de enfermagem.

### 5. PRESSÃO ABDOMINAL DURANTE COLONOSCOPIA - COMO FAZER?

T. Costa, E. Pereira

*Centro Detecção Precoce Cancro Digestivo, Santa Casa Misericórdia de Vila do Conde.*

Dada a incidência do cancro do cólon, o contributo da colonoscopia no diagnóstico e tratamento assumiu grande importância. Deste modo, as implicações da performance e eficiência do exame merecem especial atenção. A pressão abdominal é uma das técnicas que mais preocupa os enfermeiros durante a sua prática, uma vez que é vital para uma progressão eficiente, ao mesmo tempo que reduz o desconforto do utente. Este trabalho tem como objetivos sensibilizar para a importância da pressão abdominal, perceber em que momento deve ser efetuada e com que objetivo, conhecer as diferentes técnicas, e a sua relação com a progressão ao longo do cólon. Sendo este ensaio de natureza expositiva, foi efectuada recolha bibliográfica e síntese, de acordo com os objetivos propostos, tendo em vista a relevância de conteúdo para a Enfermagem. Ao longo desta apresentação foram expostos os factores relacionados com o insucesso do exame, identificados objetivos da pressão abdominal, enumeradas técnicas (específicas e não específicas) de pressão, relacionando-as com progressão no cólon durante exame endoscópico, compreender os princípios de ergonomia a aplicar na pressão abdominal, de forma a maximizar a eficiência do exame, minimizando prejuízos para os intervenientes. A pressão abdominal durante a colonoscopia está sempre condicionada com a técnica utilizada pelo endoscopista. No entanto, é fulcral para o Enfermeiro que apoia na realização dos exames, um conhecimento mais profundo das técnicas exploradas no estudo, aplicando-as na colonoscopia, com vista ao sucesso da mesma.

### 6. ENDOCLIPS: QUAIS, COMO E PARA QUÊ?

V. Braga, C. Costa, A. Novais, S. Ferraz, N. Silva, P. Moreira, O. Monteiro

*Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia do porto Francisco Gentil, EPE.*

**Introdução:** A crescente inovação ao nível das tecnologias e dos materiais amplia os limites da abordagem endoscópica. As indicações para aplicação de endoclips são cada vez mais numerosas, o que os torna numa ferramenta indispensável na terapêutica endoscópica. O enfermeiro em endoscopia digestiva deve acompanhar a evolução destas terapêuticas, atualizando os seus conhecimentos, no sentido de prestar cuidados de excelência aos doentes.

**Objetivo:** Apresentar os endoclips comercialmente disponíveis, nomeadamente EZ CLIP™, QUICKCLIP2™, TRICLIP™, RESOLUTION™ CLIP e OTSC® SYSTEM; Apresentar os endoclips a serem introduzidos no mercado brevemente, nomeadamente INSTINCT™ CLIP e OTSC® FULL THICKNESS RESECTION DEVICE; Demonstrar os métodos de montagem e aplicação dos diferentes endoclips através da apresentação de vídeos exemplificativos.

**Métodos:** Os endoclips são dispositivos metálicos, pré-montados ou não, que se introduzem através do canal de trabalho do endoscópio e que permitem a compressão dos tecidos. Inicialmente foram introduzidos com o intuito de promover a hemostase de lesões sangrantes não varicosas. Atualmente as suas indicações diversificaram-se sendo aplicados na marcação de lesões, profilaxia da hemorragia pós-polipectomia, fixação de próteses ou sondas de alimentação, encerramento de perfurações ou fístulas e ressecção transmural.

**Resultados:** Os diversos endoclips permitem a hemostase, marcação de lesões, profilaxia de hemorragia pós-polipectomia, fixação de próteses ou sondas de alimentação, encerramento de perfurações ou fístulas e ressecção transmural de forma aparentemente segura e eficaz.

**Conclusões:** A aplicação de endoclips consiste numa técnica pouco invasiva, simples, aparentemente segura e eficaz, evitando, em determinadas situações, a necessidade de intervenção cirúrgica, o que implica menos custos e maior qualidade de vida ao doente.

## Comunicações 2

15 Junho 2013, 11:00-12:30, Sala Lyra

### 1. VALORIZAÇÃO DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA OBSERVAÇÃO DO INTESTINO DELGADO: AVALIAÇÃO DE UM NOVO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO APOIADO POR UM PROGRAMA INFORMÁTICO

E. Oliveira, M. Mascarenhas Saraiva, P. Pereira Rodrigues, R. Pinho ManopH, Porto Instituto CUF, Porto FMUP.

**Introdução:** A enteroscopia por cápsula é um método de diagnóstico útil na avaliação do intestino delgado. As taxas de enteroscopias completas (EC) em séries publicadas situam-se entre 60% e 90%. O seu valor fica comprometido pela presença de detritos, bolhas, etc. e pelo tempo que a cápsula demora a passar o estômago. Para diminuir o impacto destas limitações é necessário promover: uma boa preparação intestinal; e intervenções clínicas que diminuam os tempos de trânsito gástrico.

**Objetivo:** Com a realização deste trabalho, pretendemos aumentar a taxa de validação das enteroscopias por cápsula (visualização total e com imagens de qualidade).

**Métodos:** Foi executado um ensaio não-randomizado, estruturado numa análise “before and after”, prospetivamente no grupo de intervenção (01-2012/05-2012) com aplicação do Protocolo Novo (PN) e retrospectivamente no grupo de controlo (01-2011/05-2011) aplicando-se o Protocolo Tradicional (PT). O PN distingue-se do PT pelas: inclusão de preparação intestinal (Moviprep®); entrevista estruturada; intervenções clínicas durante o exame, com recurso a aplicações informáticas. Os exames foram realizados com cápsulas SB2 e foi efetuado o ocultamento. Os resultados principais a avaliar são: taxa de EC; qualidade visualização intestino delgado (QVID), subdividido na percentagem de mucosa observada e na presença de conteúdo no lúmen.

**Resultados:** Foram incluídos 57 doentes no grupo de intervenção e 56 no grupo de controlo, não evidenciando diferenças estatisticamente significativas, exceto na diabetes (21% vs 5%,  $p = 0,014$ ). A taxa EC foi superior na intervenção, mas sem significado estatístico (95% vs 89%;  $p = 0,321$ ). A QVID foi superior na intervenção (2,45 vs

2,35,  $p = 0,003$ ), nos doentes sem diabetes (2,45 vs 2,35,  $p = 0,010$ ) e no grupo de exames completos (2,45 vs 2,20;  $p = 0,019$ ).

**Conclusões:** A aplicação do PN permitiu melhorar a qualidade de visualização. Também permitiu obter melhores taxas de enteroscopias completas, mas sem diferenças significativas, o que aponta para a necessidade de estudos adicionais (possível subamostragem).

### 2. ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO - UMA EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS

R. Sacarrão, N. Pereira, C. Soares, C. Soares

*Serviço de Gastreenterologia do IPOLFG, EPE.*

As doenças primárias do intestino delgado são relativamente raras (1-4% das doenças digestivas). Porém, até 2004, não era possível o tratamento endoscópico para este tipo de patologias. A enteroscopia de duplo balão, técnica agora largamente difundida, vem preencher a lacuna existente relativamente ao diagnóstico e tratamento das patologias do intestino delgado. Esta técnica permite a visualização de todo o intestino delgado, através de um “jogo” de insuflação e desinsuflação de balões acoplados a um enteroscópio e a um *overtube*, mantendo-o na sua máxima extensão sem *looping*. Os autores pretendem relatar a experiência de um Serviço onde são realizadas enteroscopias de duplo balão, uma vez por semana e no máximo de dois exames por dia, devido ao tempo que cada exame consome (muito raramente inferior a 2 horas). Um total de 75 doentes realizaram 91 exames (12 mais do que um exame), tendo as idades variado entre os 19 e 83 anos (média: 60 anos). Quanto à proveniência, 69% dos doentes eram externos. A indicação mais frequente para o exame foi a suspeita de hemorragia digestiva média, correspondendo a um total de 54,9% dos exames, seguida da suspeita de doença inflamatória intestinal (11%), do síndrome de Peutz-Jehgers e de alterações imagiológicas a esclarecer (ambos com 9,9%). Efectuaram-se biópsias em 23 doentes, tratamento com árgon-plasma em 21, tatuagem em 19, polipectomias em 6, dilatação do íleon em 1, mucosectomia em 1 e aplicação de clip em 1, com 0% de complicações imediatas e tardias.

### 3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA COLOCAÇÃO DE PEG PELO MÉTODO PUSH

A. Rei, A. Francês, A. Carreira, D. Palma, F. Manso, F. Miguel, M.A. Viegas, M.C. Mendes, M.M. Henriques

*Centro Hospitalar Lisboa Norte, Polo HPV, Unidade de Técnicas de Gastroenterologia.*

**Introdução e objetivo:** O aumento da esperança média de vida e da incidência de doenças crónicas, nomeadamente neurológicas e oncológicas, levou a um aperfeiçoamento das tecnologias médicas. Com o intuito de responder às necessidades de alimentação entérica dos utentes, a Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é considerada actualmente uma alternativa eficaz, sendo a técnica Push um método inovador e indicado em situações específicas. Esta técnica foi introduzida na Unidade de Técnicas de Gastroenterologia de um Hospital central de Lisboa em 2011, tendo sido colocadas 14 sondas PEG até à presente data. Dado ser uma técnica recente, pouco divulgada e utilizada, propomo-nos apresentar o procedimento da colocação de PEG através do método Push; Indicações específicas e Cuidados de Enfermagem inerentes ao mesmo, sendo estes os objetivos principais da nossa apresentação.

**Métodos:** Sendo esta comunicação de carácter expositivo e de acordo com os objetivos propostos, foi efectuada pesquisa bibliográfica e respectiva síntese, tendo em consideração, a importância deste conteúdo para o domínio de conhecimentos e o desenvolvi-

mento de capacidades e competências específicas de acordo com o Perfil Profissional Europeu para Enfermeiros em Endoscopia.

**Resultados:** Durante a apresentação, será descrito o procedimento de colocação de PEG através do método Push, as suas indicações e contra-indicações; cuidados de enfermagem antes, durante e após a colocação de PEG; vantagens e desvantagens deste método.

**Conclusões:** Com o avanço e o aparecimento de novas tecnologias ao nível da gastroenterologia, a actualização de conhecimentos torna-se premente para que, no nosso contexto de trabalho, possamos actuar de forma eficiente, contribuindo para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados e para uma melhor qualidade de vida dos utentes e suas famílias.

#### 4. PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DO IDOSO COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA - PEG

F. Miguel, M.M. Henriques, A. Rei, A. Viegas, A. Francês, A. Fontes, D. Palma, M.C. Mendes, M.F. Manso

*Centro Hospitalar Lisboa Norte, Polo Hospital Pulido Valente, Unidade de Técnicas de Gastroenterologia.*

**Objetivo:** 1. Prevenir a desnutrição no idoso com alimentação entérica (AE)-PEG; 2. Capacitar o idoso/cuidador para a administração de AE. As necessidades nutricionais do idoso são iguais às de um adulto, no entanto são mais difíceis de suprir devido às alterações associadas ao envelhecimento. Os idosos com AE, são mais suscetíveis à desnutrição, sendo necessário um reajustamento à situação da nova forma de se alimentar. Esta passa pela avaliação nutricional, aquisição de conhecimentos relacionados com: forma de administração da AE, cumprimento do plano alimentar e despiste de potenciais complicações. A implementação de intervenções em parceria direccionadas para o idoso/cuidador podem colmatar/minimizar as dificuldades associadas à desnutrição nos idosos. Numa UTGHCL constatou-se que os idosos com AE apresentavam perda de massa corporal e sinais de desidratação. Através da observação das práticas e da análise dos registos de enfermagem, verificou-se que não se efectuava a avaliação nutricional, não se podendo dessa forma detetar situações de desnutrição ou risco de desnutrição. Neste contexto, surgiu a necessidade de implementar uma avaliação nutricional baseada no Mini Nutritional Assessment (MNA®) envolvendo o idoso/cuidador como parceiro nos cuidados. Após a sua aplicação, num universo de 10 idosos com AE, constatámos que 50% se apresentavam desnutridos, 40% sob risco de desnutrição e 10% estado nutricional normal. Foram desenvolvidas estratégias com o idoso/cuidador onde se procedeu à educação para a saúde em relação à administração de AE e cumprimento do plano alimentar, elaboração de um protocolo com o serviço de Nutrição e Dietética, e avaliação trimestral, preconizada pelo MNA®. Na primeira reavaliação verificou-se que todos os idosos melhoraram o score no MNA® e que apenas 13% se mantinham desnutridos, 50% sob risco de desnutrição e 37% com estado nutricional normal. Perante estes resultados foram delineadas novas estratégias em parceria com o idoso/cuidador, para melhoria do seu estado nutricional.

#### 5. UTENTE COM PEG: UM PROJETO DE ENVOLVÊNCIA E PARCERIA

N. Gonçalves, J. Lima, T. Albuquerque, I. Cruz, S. Barros

*Centro de Endoscopia do Hospital de S. João.*

A gastrostomia endoscópica percutânea é um procedimento através do qual uma sonda flexível é inserida no estômago através da parede abdominal. Apresenta várias funções tais como: nutrição, administração de fluidos e/ou medicamentos, além de permitir

efectuar o esvaziamento gástrico. Este procedimento foi desde sempre realizado durante ou através de recurso a internamento hospitalar. Contudo, o aumento da experiência na realização desta técnica, e consequente diminuição das complicações associadas, assim como a necessidade de redução de custos iniciou-se a realização em regime de ambulatório. Apesar deste procedimento realizado em regime ambulatório se revelar eficiente e seguro, o tempo de permanência na unidade de endoscopia do utente é muito escasso. Deste modo, existe a necessidade de instruir e ensinar o utente/cuidador informal para os cuidados diários com a PEG (a alimentação e sua administração, medicação e o estoma). Deste modo, surgiu um desafio para os enfermeiros: Como dotar o indivíduo/cuidador informal de conhecimentos e competências que permitam encaminhar o utente para o domicílio no próprio dia e assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem? Como agir perante este desafio de forma a garantir a segurança, continuidade e qualidade do atendimento ao utente e sua família, foi a inquietação que levou a equipa de enfermagem a repensar as suas intervenções ao utente submetido à colocação de PEG em regime ambulatório. Como fazê-lo? Implementando um plano de cuidados em interação com a rede de cuidados primários e promover uma atitude proactiva do utente/cuidador informal perante esta mudança significativa ajudando-os atingir a máxima capacidade de autocuidado.

#### 6. DEMONSTRAÇÃO PRÁTICA DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES NO TUBO DIGESTIVO-TRUQUES E DICAS

C. Costa, V. Braga, A. Novais, S. Ferraz, N. Silva, P. Moreira, O. Monteiro

*Serviço de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.*

**Introdução:** As próteses auto-expansíveis constituem atualmente a forma mais comum de palição de estenoses malignas do tubo digestivo. Têm também sido usadas de modo crescente em lesões benignas como estenoses, fístulas e deiscências pós-cirúrgicas. A maioria das próteses auto-expansíveis é feita de nitinol, uma liga metálica com elevada flexibilidade e efeito de memória. Quando completamente cobertas, da mesma forma que as próteses plásticas, são menos traumáticas e facilmente removíveis. As próteses biodegradáveis têm apresentado também resultados promissores.

**Objetivo:** Conhecer a realidade praticada num serviço de Gastroenterologia; Proporcionar troca de experiências entre enfermeiros sobre dinâmicas de trabalho, materiais e técnicas utilizadas; Incrementar o conhecimento em prol da segurança e qualidade de vida do doente.

**Métodos:** Ao longo deste trabalho irá ser destacado o papel do enfermeiro na introdução de diferentes próteses ao longo do tubo digestivo e a demonstração de vários truques e dicas envolvendo desde a utilização de próteses em indicações não habituais, a sua remoção através da técnica de *stent-in-stent*, a escolha do fio-guia mais adequado, a marcação radiopaca com pinça de clips reutilizável, o uso de endoscópios não convencionais e a troca de endoscópio sob fio-guia.

**Resultados:** A introdução de próteses auto-expansíveis no tubo digestivo tem constituído no nosso serviço um método seguro e eficaz no alívio imediato dos sintomas obstrutivos do tubo digestivo, apresentando-se ainda como uma alternativa terapêutica possível nas situações de fístulas e deiscências pós-cirúrgicas.

**Conclusões:** Sendo a colocação de próteses uma das técnicas endoscópicas terapêuticas mais utilizada na palição das estenoses malignas e benignas refractárias do tubo digestivo, torna-se uma mais-valia a formação dos enfermeiros nesta área específica de modo a prestarem cuidados de enfermagem de excelência.



## Posters Enfermeiros

### 13-15 Junho 2013, Sala Fénix III

#### 1. CRITÉRIOS DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA

A. Almeida, B. Lima, M. Martins, I. Santos, S. Santos

*Exames Especiais (Unidade de Gastrenterologia), Hospital CUF Porto.*

**Introdução:** A colonoscopia assume atualmente um papel de destaque pela sua potencialidade diagnóstica e terapêutica, sendo o método de eleição no Rastreamento do Cancro Colo Rectal. Tendo por base esta realidade, o papel do enfermeiro de endoscopia é fulcral na implementação dos critérios de qualidade, definidos pela equipa multidisciplinar tendo por base as recomendações da Sociedade Portuguesa de Colonoscopia (SPED) e da European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

**Objetivo:** Promover, avaliar e garantir a qualidade, em colonoscopia, dos seguintes parâmetros: Taxa de entubação cecal; Tempo de retirada do aparelho; Taxa de complicações; Taxa de detecção de pólipos; Preparação intestinal.

**Material:** Análise dos dados estatísticos do total de colonoscopias realizadas no serviço no ano de 2012. Seleção aleatória de 100 clientes submetidos a colonoscopia com sedação, tendo sido analisados os padrões de qualidade supracitados. Avaliação da preparação intestinal: Escala de Boston (preparação adequada valor maior ou igual a 5).

**Resultados:** Ano 2012: 1430 colonoscopias. Da amostra seleccionada: Taxa de entubação cecal: 100%; Tempo retirada do aparelho superior a 6 min: 77%; Taxa de complicações pós polipectomia: 0%; Taxa de detecção de pólipos: 30%; Preparação intestinal adequada: 88%.

**Conclusões:** Tendo por base os resultados sugeridos pela SPED e pela ESGE, concluímos que: Taxa de entubação cecal é > 90%; Tempo de retirada do colonoscópio > 6 min. é < 90%; Taxa de complicações pós polipectomia é < 1%; Taxa de detecção de pólipos é > 15%; Taxa preparações intestinais adequadas é < 90%. Estes resultados são globalmente positivos para os critérios definidos. No entanto tem como limitações o tamanho da amostra e a incapacidade de caracterizar todos os pólipos retirados de forma a apenas incluir os adenomas.

#### 2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DA BANDA GÁSTRICA

R. Bré, V. Teixeira, J. Oliveira

*Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Unidade de Endoscopia Digestiva.*

**Introdução e objetivo:** A banda gástrica ajustável de silicone colocada por via laparoscópica é uma cirurgia bariátrica. Contudo, uma das principais complicações resultantes desta cirurgia é a migração da banda para a cavidade gástrica, sendo necessária a sua remoção. O enfermeiro como elemento integrante da equipa multidisciplinar tem o dever de desenvolver competências no sentido de prestar cuidados de qualidade, impondo-se um conhecimento mais profundo em técnicas diferenciadas. Pretende-se com este poster descrever as características dos acessórios e discriminar a função do enfermeiro na aplicação desta técnica, através de um caso clínico.

**Material:** Caso clínico de uma doente de 41 anos, com antecedentes de obesidade, com colocação de banda gástrica há 15 anos. Submetida a endoscopia digestiva alta de rotina, verificou-se haver migração intra-gástrica da banda (> 75% da banda migrada). O tratamento proposto foi remoção endoscópica da banda gástrica migrada e do porte da mesma, em ambiente de bloco operatório. Após remoção cirúrgica do porte com secção do tubo de acesso à banda, realizou-se EDA com recurso a overtube esofágico. Efectuada secção da banda com sistema de corte apropriado, removeu-se totalmente a banda para a cavidade gástrica seguido de extracção pela boca com auxílio de ansa.

**Resultados:** Perante o resultado obtido, a remoção da banda gástrica por via endoscópica demonstra ser uma técnica eficaz e segura, apesar de algo complexa.

**Conclusões:** A endoscopia digestiva está em constante transformação e inovação cabe ao enfermeiro reflectir sobre a sua prática e actualizar os seus conhecimentos. Salienta-se o papel fundamental do enfermeiro no conhecimento das características e do funcionamento dos acessórios específicos para o sucesso do procedimento.

#### 3. TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA ACALÁSIA - PAPEL DO ENFERMEIRO

C. Sousa, J. Oliveira

*Centro Hospitalar do Alto Ave EPE. Serviço de Gastrenterologia, Unidade de Endoscopia Digestiva.*

**Introdução:** A acalásia caracteriza-se por um distúrbio da motilidade esofágica. Os tratamentos mais frequentes são a miotomia e a dilatação. Em utentes idosos ou com comorbilidades e elevado risco cirúrgico, a injeção de toxina botulínica surge como uma alternativa segura e eficaz.

**Objetivo:** Pretende-se com a apresentação do caso clínico de um utente submetido a injeção de toxina botulínica, descrever a importância da colaboração do enfermeiro no procedimento endoscópico, e os cuidados prestados nos momentos pré, peri e pós-exame.

**Material:** Homem de 84 anos com o diagnóstico de acalásia refractária ao tratamento médico, antecedentes de nefrectomia, DPOC e insuficiência venosa periférica. Na fase pré-procedimento, de acordo com protocolo da Unidade confirmado: jejum, valores analíticos, consentimento informado assinado, alergias conhecidas; colocado acesso venoso periférico. Cuidados de enfermagem peri-procedimento: posicionamento do utente, monitorização de sinais vitais e administração de terapêutica prescrita. A toxina botulínica utilizada foi sob a forma de pó liofilizado, contendo 100 unidades. Reconstituída com NaCl 0,9% (considerada a expurga do injetor e disponibilidade de 4 doses de pequeno volume). Após a realização de endoscopia digestiva alta, posicionou-se o endoscópio ao nível do esfíncter esofágico inferior, seguindo-se a injeção de 25 unidades de toxina em cada quadrante, cerca de 1 cm acima da linha Z. Procedimento decorreu sem intercorrências. Cuidados pós-procedimento: monitorização de sinais vitais, cabeceira a 45°, administração de analgesia (SOS). Uteute ficou assintomático, tendo repetido idêntica terapêutica um ano após, por recidiva da disfagia. Atualmente assintomático.

**Resultados:** O conhecimento da técnica e procedimento foram determinantes para o sucesso técnico obtido e prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

**Conclusões:** Reconhece-se a importância de uma atualização constante de conhecimentos e competências de enfermagem na área da endoscopia digestiva terapêutica, principalmente em procedimentos pouco frequentes como é exemplo o caso apresentado.

#### 4. PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL. A FORMAÇÃO: JANELAS? OU MUROS?

S. Barros, I. Cunha, C. Monteiro, A. Freire, N. Gonçalves, J. Lima, C. Carteador Mena, S. Pedregal, A. Carvalho, I. Azevedo, T. Alburquerque, I. Cruz

*Centro Hospitalar S. João EPE. Serviço de Gastrenterologia, Centro de Endoscopia Digestiva.*

Um dos desafios que hoje se colocam às Instituições de Saúde são justamente a construção de projectos formativos que espelhem as especificidades da instituição e simultaneamente que se sustentem em dimensões de desenvolvimento pessoal, desenvolvimento de conhecimentos e competências, com intuito de ir ao encontro das necessidades da população a que a elas recorrem. O Relatório Mundial da UNESCO, refere que a necessidade da formação para o sécXXI, deve promover o desenvolvimento pessoal e profissional devendo para tal privilegiar: o aprender a ser; o aprender a aprender; e o aprender a fazer e o aprender a viver com os outros. Com o desenvolvimento e crescimento constante da Especialidade de Gastrenterologia, as necessidades formativas são diárias, fazendo sentido existirem projectos formativos, para permitirem um melhor conhecimento da realidade profissional, de forma a permitir aos profissionais uma maior autonomia e competência na sua actividade assistencial. Este projecto iniciou-se em Setembro de 2011, sustentado em Planos Relacionais, Técnicos, Educacionais, de Investigação e Gestão. Tem como objetivos: Proporcionar novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional; Proporcionar novas competências; Desenvolver atitudes e valores; Melhorar a Assistência de Enfermagem. Este projecto engloba cinco fases. Fase 1: Diagnóstico de Situação Formativa Profissional, Fase 2: Elaboração de Manual de Procedimentos, Fase 3: Construção de Instrumento de Registos, Fase 4: Elaboração de Manual de Educação para Utentes, Fase 5: Avaliação da Satisfação dos Utentes. O processo de desenvolvimento profissional reveste-se de uma dinâmica construtivista, situado nos contextos onde decorrem os cuidados e, por isso, é interactivo e multidimensional, considerando-se essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

#### 5. REPROCESSAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS: A NOSSA REALIDADE

C. Lopes, N. Morais, A. Raposo, A. Teixeira

*Hospital Cuf Infante Santo, Centro de Gastrenterologia.*

**Introdução:** O reprocessamento adequado dos endoscópios flexíveis e dos respectivos acessórios é parte essencial do programa de segurança e de garantia da qualidade em endoscopia digestiva. A descontaminação de endoscópios tem sido objecto de recomendações nacionais e internacionais. Apesar do desenvolvimento tecnológico como máquinas de reprocessamento automático, introdução de novos desinfectantes e endoscópios de mais fácil desinfecção, os princípios orientadores de descontaminação continuam os mesmos.

**Objetivo:** Demonstrar na nossa prática de reprocessamento de aparelhos, tempo de desinfecção e eficácia, com testes microbiológicos.

**Material:** Realização de testes microbiológicos, após o reprocessamento endoscópico, no período de Fevereiro a Junho de 2013.

**Conclusões:** O controlo microbiológico do material endoscópico é fundamental para assegurar a qualidade e a eficácia dos procedimentos realizados, a durabilidade e longevidade dos endoscópios e a sua relação com a possibilidade de se obterem reduzidos níveis de desinfecção após determinado número de anos ou procedimentos efectuados.

#### 6. RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE ADENOMA TÚBULO-VILOSO GÁSTRICO - PAPEL DO ENFERMEIRO

C. Sousa, B. Pinto, J. Peixoto

*Hospital Privado de Braga, Unidade de Endoscopia Digestiva.*

**Introdução:** Os adenomas gástricos são raros, descobertos na maioria dos casos acidentalmente, durante os exames endoscópicos. A sua ressecção endoscópica constitui um tratamento seguro e eficaz, em lesões sem carácter invasivo e quando a sua remoção é completa.

**Objetivo:** Pretende-se com a apresentação do caso clínico de uma utente submetida a ressecção endoscópica de adenoma túbulo-viloso gástrico, descrever a importância da colaboração do enfermeiro ao longo do procedimento endoscópico, e os cuidados prestados nos momentos pré, peri e pós-exame.

**Material:** Mulher de 48 anos realiza endoscopia alta por dispesia. Observada lesão plana com 20 mm de diâmetro na grande curvatura do antro. As biópsias revelaram adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Proposta ressecção endoscópica da lesão. Ausência de antecedentes clínicos relevantes. Cuidados pré-procedimento: confirmação jejum, consentimento informado assinado, valores analíticos compatíveis, alergias conhecidas; colocado acesso venoso periférico. Cuidados peri-procedimento: procedimento realizado sob sedação, monitorizados sinais vitais e administrada terapêutica prescrita. Realizada endoscopia digestiva alta, efetuada marcação dos limites da lesão, seguida de elevação da mesma com NaCl 0,9% e adrenalina (1:20000). A ressecção endoscópica foi realizada num único fragmento com ansa diatérmica. Sem complicações imediatas. Cuidados de enfermagem pós-procedimento de acordo com protocolo da Unidade e especificidade do procedimento realizado. O exame histológico do fragmento removido comprovou adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau, com margens de ressecção livres de displasia. Utente teve alta da Unidade no mesmo dia. Programado controlo endoscópico após 2 meses.

**Resultados:** O conhecimento prévio da técnica endoscópica e etapas de todo o procedimento foram determinantes, para o sucesso técnico obtido e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

**Conclusões:** Reconhece-se a importância de uma actualização constante de saberes e competências de enfermagem numa área específica e em constante desenvolvimento, como é a endoscopia digestiva terapêutica.

#### 7. ATITUDES E CONSEQUÊNCIAS

S. Antunes, P. Silva

*Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Unidade de Técnicas Gastrenterológicas.*

A ingestão de produtos cáusticos e corpos estranhos é uma emergência gastroenterológica, responsável por 4 a 12% das endoscopias urgentes, com a noção que os cáusticos são substâncias com maior capacidade destrutiva do tracto digestivo, podendo ser letais e nos corpos estranhos, a morbidade é significativa, com complicações minor em 15 a 42% e major em 0,5 a 7,5%. As manifestações clínicas decorrentes da ingestão dos corpos estranhos dependem das suas localizações e da possibilidade de ocasionarem complicações como hemorragia, obstrução ou perfuração. Estas últimas podem ocorrer em qualquer local do tubo digestivo, sendo mais frequentes em regiões onde o corpo estranho pode impactar devido a uma angulação, estreitamento anatómico ou patológico. A conduta terapêutica preferencial é a retirada endoscópica do corpo estranho, logo após o seu diagnóstico. No que concerne à ingestão de cáusticos, é conhecida a potencial gravidade, produzindo lesões extensas do trato digestivo, que podem resultar na perfuração e morte na fase aguda, ou desenvolvimento de estenose e carcinoma esofágico, a

médio e longo prazo. Neste sentido, aos profissionais desta área é fundamental rever aspectos clínicos, epidemiológicos, a importância da abordagem diagnóstica e terapêutica e por fim quais as complicações inerentes à ingestão de cáusticos e de corpos estranhos. Por ser uma recorrência no serviço de endoscopia deste hospital, optou-se pela realização de um poster, que pudesse em parte indicar a importância que a traduz.

## 8. BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSJUGULAR - RUMO À EXCELÊNCIA

N. Gonçalves, C. Mena, A. Freire, J. Lima, C. Monteiro, I. Cunha, S. Barros

*Centro de Endoscopia Digestiva, Centro Hospitalar de São João, EPE. Porto.*

A Biopsia Hepática Transjugular (BHT) consiste numa biopsia do parênquima hepático sob controlo fluoroscópico. É uma técnica fundamental na patologia hepática primária ou secundária. A sua baixa taxa de morbilidade e mortalidade, fomenta a sua frequente realização (Maciel, et al, 2003), sendo uma alternativa ao método tradicional da biópsia hepática percutânea, permitindo a sua aplicabilidade em diversas situações tais como coagulopatia grave; ascite e obesidade mórbida. A BHT possibilita o diagnóstico diferencial, o estadiamento da doença e a orientação do tratamento. Os cuidados de enfermagem ao utente que é submetido a esta técnica, enfatizam a responsabilidade das acções dos enfermeiros, devendo as suas acções assentar no cuidar responsável, individual e integral do sujeito cuidado, tornando-se assim relevante a elaboração de um protocolo de Cuidados de Enfermagem assente na excelência no cuidar, na visão holística da prática da Enfermagem e na importância da uniformização de Cuidados no seio da Equipa de Enfermagem.

## 9. INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE CIANOACRILATO NO TRATAMENTO DE VARIZES GÁSTRICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Teixeira, F. Pires, M. Rocha, M. Delsaut, N. Martins

*Hospital Beatriz Ângelo.*

As varizes gástricas são responsáveis por cerca de 10 a 20% de hemorragias em pessoas com hipertensão portal. A hemorragia causada pelas varizes gástricas é habitualmente mais severa, tem um controlo hemostático mais difícil e têm piores resultados comparada com a hemorragia por varizes esofágicas. A injeção com cianoacrilato é um método largamente utilizado e com eficácia imediata e a longo prazo. O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica de injeção endoscópica de cianoacrilato no tratamento de varizes gástricas tendo por base um caso clínico. Os autores apresentam um caso de doente do sexo feminino, 61 anos, com antecedentes de cirrose alcoólica com descompensação prévia por rotura de varizes gástricas. Sem seguimento médico regular não

fazendo habitualmente medicação. Tem patologia articular degenerativa, mas nega toma de AINE's. Quando questionada refere hábitos etanólicos que não quantifica. Realizou endoscopia terapêutica com injeção de cianoacrilato a 14/09/2012 e por recidiva fez novo tratamento a 09/11/2012, sem recidivas conhecidas até à data. A injeção endoscópica de cianoacrilato é uma técnica eficaz no tratamento das varizes gástricas. No entanto, é necessário um aprofundado conhecimento da técnica associado a uma eficaz coordenação entre o endoscopista e o enfermeiro tendo em consideração a qualidade e rapidez pretendida na realização deste procedimento.

## 10. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A DIVERTICULOTOMIA DE ZENKER

C. Alves, L. Branco, M. Melo, I. Pascoal

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Unidade de Endoscopia Digestiva Diniz de Freitas.*

A Diverticulotomia de Zenker consiste num procedimento endoscópico com o objetivo de tratar/reparar um distúrbio do trato digestivo superior. O Divertículo de Zenker surge normalmente na parede posterior da faringe/esófago condicionando ao doente o acto normal de deglutição (disfagia). O procedimento consiste em seccionar o septo entre o divertículo e o esófago impedindo que os alimentos se acumulem na bolsa diverticular, permitindo, desta forma, que os alimentos passem sem obstáculos para o esófago. A elaboração deste trabalho tem por objetivos reflectir e partilhar experiências sobre a prestação dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a diverticulotomia de Zenker. Nesta exposição definiremos os conceitos de Divertículo de Zenker, diverticulotomia, suas indicações, contra indicações e possíveis complicações, bem como os cuidados de enfermagem ao doente submetido ao referido procedimento endoscópico.

## 11. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A DISSECÇÃO SUBMUCOSA

C. Alves, L. Branco, M. Melo, I. Pascoal

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Unidade de Endoscopia Digestiva Diniz de Freitas.*

A Dissecção Submucosa consiste num procedimento endoscópico que permite a remoção, num único fragmento, de lesões do tubo digestivo. Esta técnica consiste na elevação da lesão e na sua remoção utilizando, para tal, dispositivos específicos. Realiza-se habitualmente com o doente sob sedação profunda. A elaboração deste trabalho tem por objetivos reflectir e partilhar experiências sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao doente submetido a Dissecção Submucosa Endoscópica. Nesta exposição definiremos o conceito de Dissecção Submucosa, as suas vantagens, desvantagens e possíveis complicações, bem como os cuidados de enfermagem ao doente submetido a este procedimento endoscópico.