

Pareceres SPED

Tempos mínimos para agendamento de procedimentos endoscópicos

Ana Sadio e Nuno Almeida, em nome da Direção da SPED

Um dos desideratos fundamentais da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) é promover o desenvolvimento da endoscopia digestiva ao serviço da saúde da população portuguesa. Adicionalmente, a SPED deve contribuir para que as atividades relacionadas com a endoscopia digestiva sejam realizadas nas melhores condições técnicas.

Atualmente, a endoscopia digestiva alta (EDA) e a colonoscopia representam dois dos procedimentos endoscópicos mais importantes e frequentes. Não existindo normas precisas sobre os tempos de agendamento das mesmas, é internacionalmente aceite que uma EDA diagnóstica inicial ou para vigilância de metaplasia intestinal deve ter um período de duração mínimo de 7 minutos e a colonoscopia um tempo de retirada de 6 a 10 minutos [1], [2]. Este último intervalo aplica-se apenas ao tempo de remoção do colonoscópio, após ter sido alcançado o cego, e em exames com intuito diagnóstico, podendo ser naturalmente superior se forem implementadas medidas terapêuticas adicionais. Não está contabilizado o tempo decorrido durante a introdução do colonoscópio.

Contudo, a EDA e a colonoscopia não se resumem ao mero ato técnico. Envolvem o contacto e diálogo prévio com o doente, nomeadamente para concluir o processo de obtenção de consentimento informado e para avaliar se estão cumpridas todas as condições de segurança para que o procedimento seja executado. Acresce a isso a elaboração do relatório, o envio do material para processamento histológico e o momento final de diálogo com o doente/utente e/ou os seus representantes. Todos estes passos correspondem a diferentes fases do ato médico e devem ser incluídos no tempo total do procedimento. Obviamente que este é independente do tempo total de permanência do doente/utente na unidade de endoscopia. Trata-se de um aspeto da maior relevância, pois a pressão para assegurar maior produtividade pode comprometer a qualidade dos procedimentos efetuados [3]. Não é assim de admirar que a “*European Society of Digestive Endoscopy*” (ESGE) recomende que as colonoscopias sejam programadas a intervalos de 30 minutos [4]. Contudo, se a colonoscopia se destinar a uma avaliação após uma pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva então o tempo de agendamento deve ser de 45 minutos [4]. Já as recomendações da “*British Society of Gastroenterology*” sugerem que o intervalo de tempo reservado para uma EDA seja, no mínimo, de 20 minutos [5].

Há poucos trabalhos na literatura científica em que esta temática seja abordada. Em 2002 Deborah McMillin afirmava que, na maioria das unidades de endoscopia nos EUA as colonoscopias eram agendadas a intervalos de 45 minutos e as EDA espaçadas de 30 minutos [6]. Um estudo, publicado exclusivamente sob a forma de “abstract”, demonstrou que o tempo médio despendido com uma colonoscopia realizada sob sedação profunda foi de 44 minutos, mas no caso de colonoscopias



Data: 09/10/2020

efetuadas sob sedação consciente esse intervalo de tempo aumentava para 50 minutos, sendo essa diferença estatisticamente significativa [7]. A contabilização do tempo começava a ser feita quando o doente entrava na sala de exames e terminava quando o procedimento era dado como concluído [7]. Curiosamente, no caso de procedimentos conjuntos (EDA e colonoscopia), realizados sob sedação profunda, a EDA só fez acrescer o tempo da colonoscopia em 10 minutos [7]. Um estudo retrospectivo mostrou que, numa coorte de 1293 colonoscopias, o tempo médio do procedimento rondou os 24 minutos, com um desvio padrão de 8 minutos [8]. Contudo, não é possível apurar se esta contabilização temporal inclui também a obtenção prévia da história clínica do doente, a elaboração do relatório e o diálogo posterior com o doente/familiares. Já a análise retrospectiva dos dados disponíveis no “*Norwegian Quality Register Gastronet*” permitiu concluir que o tempo médio por colonoscopia foi de 37 minutos, mas neste caso os autores foram muito precisos, pois este intervalo temporal só incluía o período decorrido durante a inserção do colonoscópio e o respetivo tempo de retirada [9].

James T Frakes defende que a eficiência de uma unidade de endoscopia digestiva depende de 3 fatores: da preparação e subsequente recuperação dos doentes/utentes, do reprocessamento e posterior retorno do material endoscópico às salas de procedimentos e das tarefas do Gastrenterologista, que incluem: realizar os procedimentos, conversar com o doente/utente e familiares, elaborar os relatórios e efetuar os registos no processo clínico. Este autor entende que uma colonoscopia deve ser agendada num período de 30 minutos, e uma EDA com 20 minutos [10]. Bret T Petersen, num artigo de 2006, defende que os procedimentos devem ser agendados em intervalos de 30 minutos, não diferenciando EDA de colonoscopias. Contudo, é suposto, com este modelo de agendamento, que o gastrenterologista possa realizar um procedimento adicional por turno de trabalho, caso o mesmo se revele necessário [11]. Em todo este processo o controlo da qualidade é fulcral e não pode ser descurado, representando um dos desígnios de qualquer unidade de endoscopia [10], [12]. Com um processo organizativo aprimorado é possível conciliar eficiência com qualidade [11].

Alguns autores propuseram algoritmos para calcular o tempo médio necessário para cada colonoscopia em função de características específicas do doente/utente, mas a sua aplicação prática no contexto de prestação de serviços endoscópicos é extremamente complexa, pois não é fácil ter acesso a todos os dados necessários [8].

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 obrigou à adaptação das unidades de endoscopia a um novo paradigma de mitigação do risco de transmissão vírica com a necessidade de, entre outras medidas, assegurar uma segregação adequada dos doentes e limpeza adequada das salas de exames [13].

Tendo em linha de conta todas estas condicionantes e, atendendo ao imperativo da qualidade e salvaguarda dos superiores interesses dos nossos doentes/utentes, a SPED recomenda que os tempos mínimos para agendamentos de exames sejam:

Após a resolução da pandemia atual pelo vírus SARS-CoV-2:

- EDA – 15 a 20 minutos;
- Colonoscopia – 30 a 45 minutos;
- EDA + colonoscopia em sequência – 40 a 55 minutos.

Durante a pandemia atual pelo vírus SARS-CoV-2:

1. - A estes tempos deve ser acrescentado o tempo necessário para a higienização de salas e arejamento adequado das mesmas, face a riscos biológicos excepcionais, segundo as diretrizes que têm vindo a ser frequentemente atualizadas.

Referências

- [1] R. Bisschops *et al.*, “Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative,” *Endoscopy* 2016.
- [2] B. Rembacken *et al.*, “Quality in screening colonoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE),” *Endoscopy* 2012.
- [3] M. J. Whitson, *et al.*, “Is production pressure jeopardizing the quality of colonoscopy? A survey of U.S. endoscopists’ practices and perceptions,” *Gastrointest. Endosc.* 2012.
- [4] M. F. Kaminski *et al.*, “Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative,” *United European Gastroenterology Journal* 2017.
- [5] S. Beg *et al.*, “Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy: A position statement of the British Society of Gastroenterology (BSG) and Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS),” *Gut* 2017.
- [6] D. F. McMillin, “Staffing and scheduling in the endoscopy center,” *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2002.
- [7] T. Brodsky, *et al.*, “Duration of Endoscopic Procedures With Anesthesiologist versus Without,” *Am. J. Gastroenterol.* 2017.
- [8] D. Jain, *et al.*, “Predicting colonoscopy time: A quality improvement initiative,” *Clin. Endosc.* 2016.
- [9] V. Moritz, *et al.*, “An explorative study from the Norwegian Quality Register Gastronet comparing self-estimated versus registered quality in colonoscopy performance,” *Endosc. Int. Open* 2016.
- [10] J. T. Frakes, “The Ambulatory Endoscopy Center (AEC): What It Can Do For Your Gastroenterology Practice,” *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006.
- [11] B. T. Petersen, “Promoting Efficiency in Gastrointestinal Endoscopy,” *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006.
- [12] R. Valori *et al.*, “Performance measures for endoscopy services: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality

Associação Científica de Utilidade Pública

Rua Abranches Ferrão, nº 10 – 14º • 1600-001 LISBOA • PORTUGAL • N.º 501 764 852

Telefone: 217 995 533 • Fax: 217 995 538 • geral@sped.pt • www.sped.pt



Data: 09/10/2020

- Improvement Initiative," *Endoscopy* 2018.
- [13] Comunicado conjunto das Sociedades Portuguesas de Endoscopia Digestiva (SPED), Gastreenterologia (SPG) e Coloproctologia (SPCP) e do Colégio da Especialidade de Gastreenterologia da Ordem dos Médicos
https://www.sped.pt/images/2020/Covid-19/Comunicado_conjunto_COVID_2020_04_09.pdf