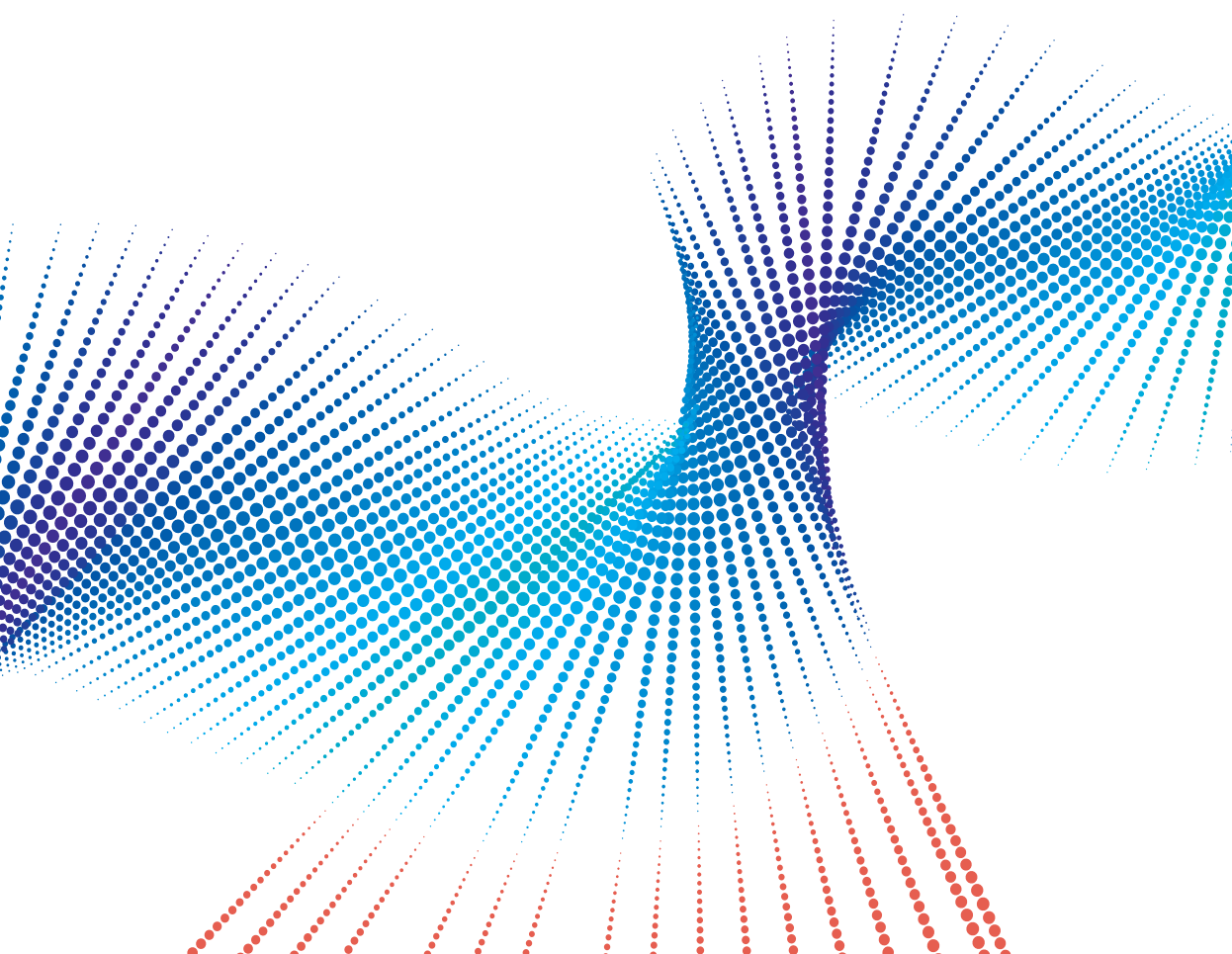




PUBLICAÇÕES SPED

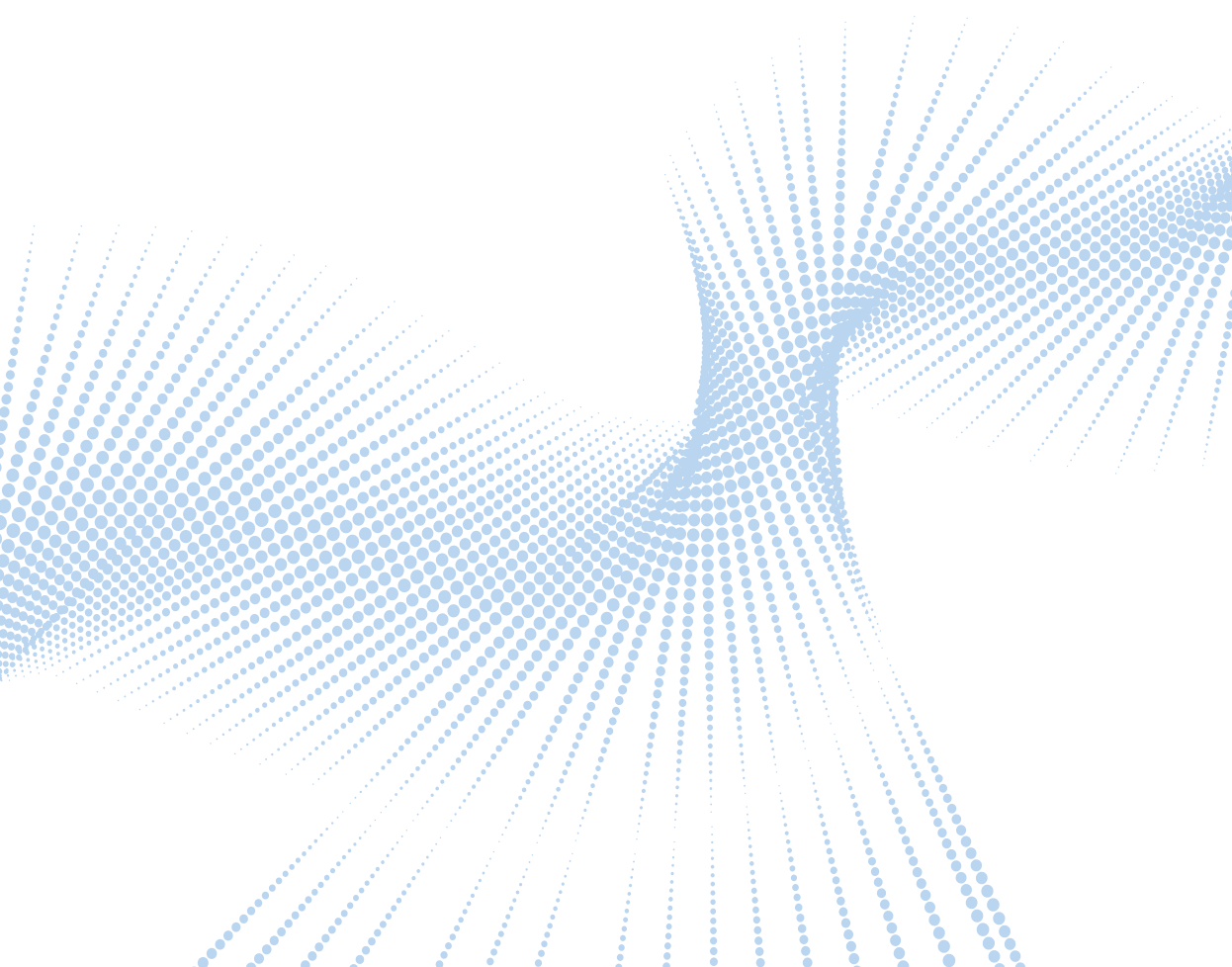
Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal





PUBLICAÇÕES SPED

Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal



NORMAS DE AVALIAÇÃO E GARANTIA DA QUALIDADE
DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EM PORTUGAL

Edição

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Design e Paginação

Anabela Cotrim

Impressão

FIG, Fotocomposição e Indústrias Gráficas, S.A.
Coimbra, Março de 2009

Depósito Legal

N.º 289632/09

Tiragem

1000 exemplares

© 2009 Publicações SPED | Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

Todos os direitos reservados em todo o mundo e em todas as línguas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, transmitida ou guardada sob qualquer forma ou por qualquer meio mecânico ou electrónico, incluindo fotocópia ou gravação, ou através de sistemas de conservação e recuperação, sem autorização escrita do detentor do *copyright*.

PREFÁCIO

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), associação científica de utilidade pública, confrontada com as profundas alterações recentemente ocorridas na prestação de cuidados de saúde no nosso país e com a legitimidade outorgada pela estrita observância do seu primeiro objectivo estatutário – “Promover o desenvolvimento da endoscopia digestiva ao serviço da saúde da população portuguesa”, entendeu levar a cabo, no dia 28 de Novembro de 2008, um simpósio internacional intitulado “Qualidade em Endoscopia Digestiva: Da Formação à Prática. Que Futuro?”.

*As conclusões deste simpósio, estribadas no objecto final dos estatutos da SPED – “Contribuir para o estabelecimento de normas de treino e práticas em endoscopia digestiva”, serviram de guia à elaboração das presentes “**Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal**”, na senda do que tem vindo a ocorrer nos Estados Unidos da América e, mais recentemente, em alguns países europeus, onde a excelência é reconhecida, estimulada e devidamente retribuída.*

Esta iniciativa pioneira da SPED, para além de preencher um vazio há algum tempo sentido pelos gastroenterologistas portugueses, pretende induzir uma dinâmica de aperfeiçoamento contínuo fundada no conhecimento e na experiência.

A redacção das referidas normas esteve a cargo duma Comissão, presidida pelo Prof. Diniz de Freitas e integrada por um valioso naipe de prestigiados especialistas, a quem a SPED penhoradamente agradece o excelente trabalho produzido.

JOSÉ MANUEL ROMÃOZINHO

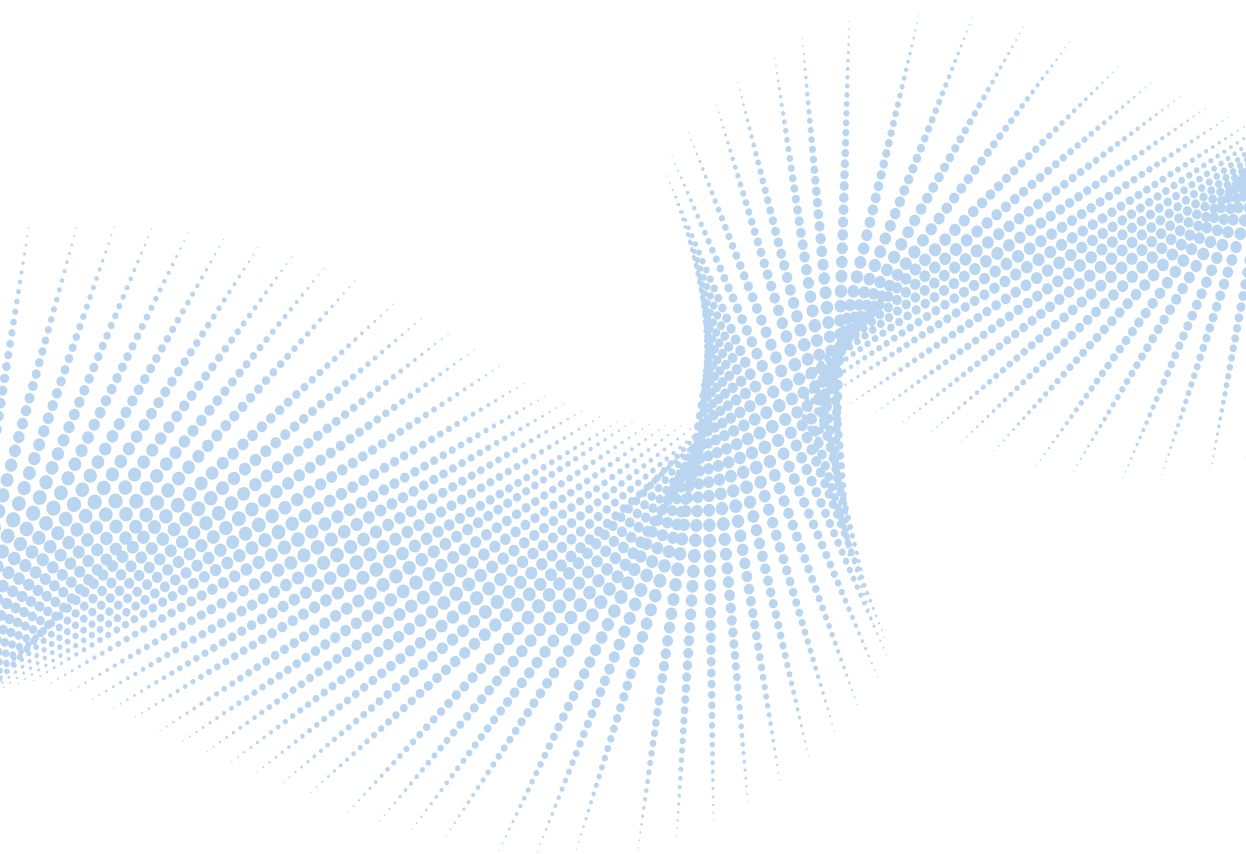
Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

ÍNDICE

1. O IMPERATIVO DA QUALIDADE	07
2. QUALIDADE EM MEDICINA – CONCEITO E AVALIAÇÃO	11
3. QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA	15
<i>INTRODUÇÃO</i>	17
<i>PROCEDIMENTOS</i>	19
Indicadores Gerais de Qualidade em Endoscopia Digestiva	19
Indicadores de Qualidade na Endoscopia Digestiva Alta	25
Indicadores de Qualidade na Colonoscopia	32
Indicadores de Qualidade na CPRE	37
Indicadores de Qualidade na Ecoendoscopia	43
Indicadores de Qualidade na Endoscopia por Cápsula	45
<i>ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO</i>	49
<i>METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO</i>	53
4. FORMAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA	61
5. EXIGÊNCIAS ÉTICAS EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA	73
6. SUMÁRIO	81
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	85

1.

O Imperativo da Qualidade



A questão da qualidade em medicina deixou de ser um assunto exclusivo dos médicos, tratado no recato dos seus gabinetes, para se tornar um tema do domínio público, abordado, não só por diversas publicações especializadas, mas também pelos meios de comunicação generalistas, alguns dos quais chegam até a estabelecer, estribados em critérios no mínimo discutíveis, um *ranking* nacional dos melhores serviços hospitalares.

Este elevado impacto mediático da qualidade dos cuidados médicos, reflecte o seu carácter complexo e multifacetado, ao interessar e envolver, para além dos utentes e profissionais dos serviços de saúde, agentes políticos, entidades financiadoras, gestores, peritos em bioética e juristas.

Tal é, no fundo, o corolário da profunda metamorfose sofrida pelo exercício da actividade médica no mundo ocidental, desde o final da 2ª Guerra Mundial, como resultado da emergência de vários factores, incluindo: o crescimento vertiginoso e constante dos conhecimentos biomédicos, exigindo uma actualização contínua e permanente; a vastidão do saber e a revolução tecnológica que invadiu a medicina, impondo a proliferação das especialidades e dos especialistas e a necessidade da realização de avultados investimentos em equipamentos cada vez mais sofisticados; o desabrochar de novas patologias e o aparecimento de novas modalidades de cuidados assistenciais; a consagração da saúde como direito inalienável dos povos e a assunção irreversível desse direito pelas populações, ocasionando, não só a desvirtuação da relação singular médico/doente (eixo fulcral da medicina tradicional) pela interferência ubíqua do Estado (enquanto garante da prestação de cuidados assistenciais universais), mas também o desvio das atenções para os aspectos sociais e comunitários do binómio saúde/doença; a relevância crescente dos aspectos éticos e legais da prática médica, fruto, respectivamente, do espectro de desumanização associado ao progresso científico e tecnológico e à burocratização dos sistemas e serviços de saúde, bem como da disseminação da ideia, num tecido social contaminado por conceitos existenciais predominantemente materialistas e utilitaristas, de que a medicina tem capacidade para resolver eficazmente a maioria das situações; por último, e na sequência inevitável das premissas anteriores, o inusitado aumento das despesas com a saúde.

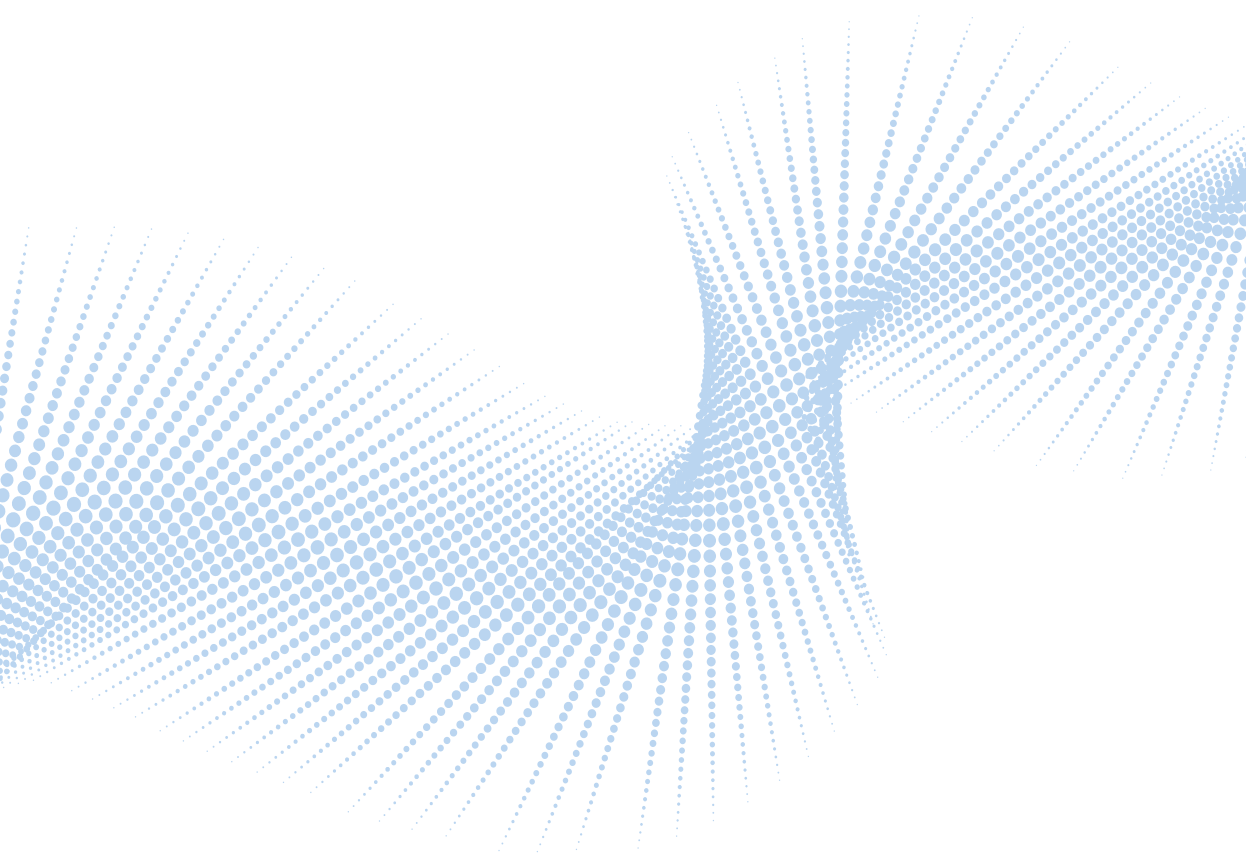
Todas estas mutações constantemente verificadas, tanto na ciência e exercício da medicina como nas necessidades assistenciais, fizeram florescer uma cultura de exigência, centrada na melhoria da qualidade na prestação dos cuidados de saúde e traduzida, na prática corrente, em três aspectos fundamentais – redução dos custos, das listas de espera e do erro médico, frequente e lamentavelmente hierarquizados segundo a ordem indicada.

O imperativo da qualidade tornou-se, assim, a pedra de toque de todos os fóruns sobre organização, financiamento e prestação de cuidados médicos, ao ser invocado tanto pelos arautos das reformas ditas de racionalização dos custos como pelos guardiães do templo de Hipócrates. Os primeiros, clamando por um incremento na eficiência e uma maior trans-

parência na prestação de contas, em nome da melhoria da qualidade (*value for money*) dos cuidados de saúde. Os segundos, exigindo recursos consentâneos com o estado da arte na área da medicina que praticam e, ao mesmo tempo, alertando para os efeitos devastadores da preponderância de critérios de índole economicista sobre a preservação da qualidade técnica do acto médico e dos princípios éticos a ele vinculados.

2.

Qualidade em Medicina – Conceito e Avaliação



Em última instância, a qualidade (em medicina) consiste em *fazer as coisas certas de forma certa*. Na sua aparente simplicidade, este conceito encerra, todavia, significados diversos e por vezes, até, conflitantes. Com efeito, numa dimensão de eficiência económica, por exemplo, existe a possibilidade dos *melhores* cuidados de saúde para o indivíduo não serem os *melhores* para a comunidade.

Daí que se tenha optado por uma definição mais restrita de qualidade, focada na interacção médico/doente, com exclusão dos aspectos relacionados quer com a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário quer com os processos administrativos de controlo do referido atributo. Feita esta ressalva, a qualidade na prestação de cuidados de saúde deve ser entendida como *o grau em que o processo de cuidados fornecido aumenta a probabilidade de alcançar o resultado desejado pelo paciente e reduz a probabilidade de obter resultados não desejados, à luz do estado da arte do conhecimento médico*.

Deste conceito decorre que a avaliação da qualidade em medicina deverá basear-se, sempre que possível, *na análise dos resultados*, isto é, no escrutínio do estado de saúde após a prestação dos cuidados assistenciais, parametrizado em vários indicadores, tais como, recuperação da função, ausência de complicações a longo prazo e sobrevida. Embora conceptualmente virtuoso, este paradigma de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde depara-se com diversos obstáculos, alguns deles dificilmente ultrapassáveis. De facto: implica, obrigatoriamente, a definição e o correcto ajustamento do índice de *case-mix*, ou seja, a identificação e valoração dos parâmetros dos doentes com impacto nos resultados; aumenta, marcadamente, a complexidade e os custos dos sistemas de informação, em consequência da prioridade conferida ao seguimento dos doentes e do seu estado de saúde ao longo do tempo; incrementa, ainda, o potencial de conflito e litigância, ao fazer prevalecer a opinião dos pacientes na graduação do nível do que é desejável e não desejável, sabendo-se, como se sabe, que os doentes e os médicos nem sempre têm a mesma percepção dos riscos envolvidos e frequentemente divergem acerca do nível de intervenção mais adequado a cada caso. Para além disso, e como é do conhecimento geral, mesmo na presença de médicos competentes, manejo adequado e estruturas organizacionais optimizadas, os resultados dos cuidados de saúde permanecem largamente incertos, já que dependem, em grande parte, do comportamento diverso dos doentes. Com efeito, e pese embora os contributos trazidos pela medicina baseada na evidência, a actividade médica tem como matéria-prima o ser humano, cuja natureza se rege por princípios de probabilidade biológica, os quais desafiam, não poucas vezes, a lógica científica.

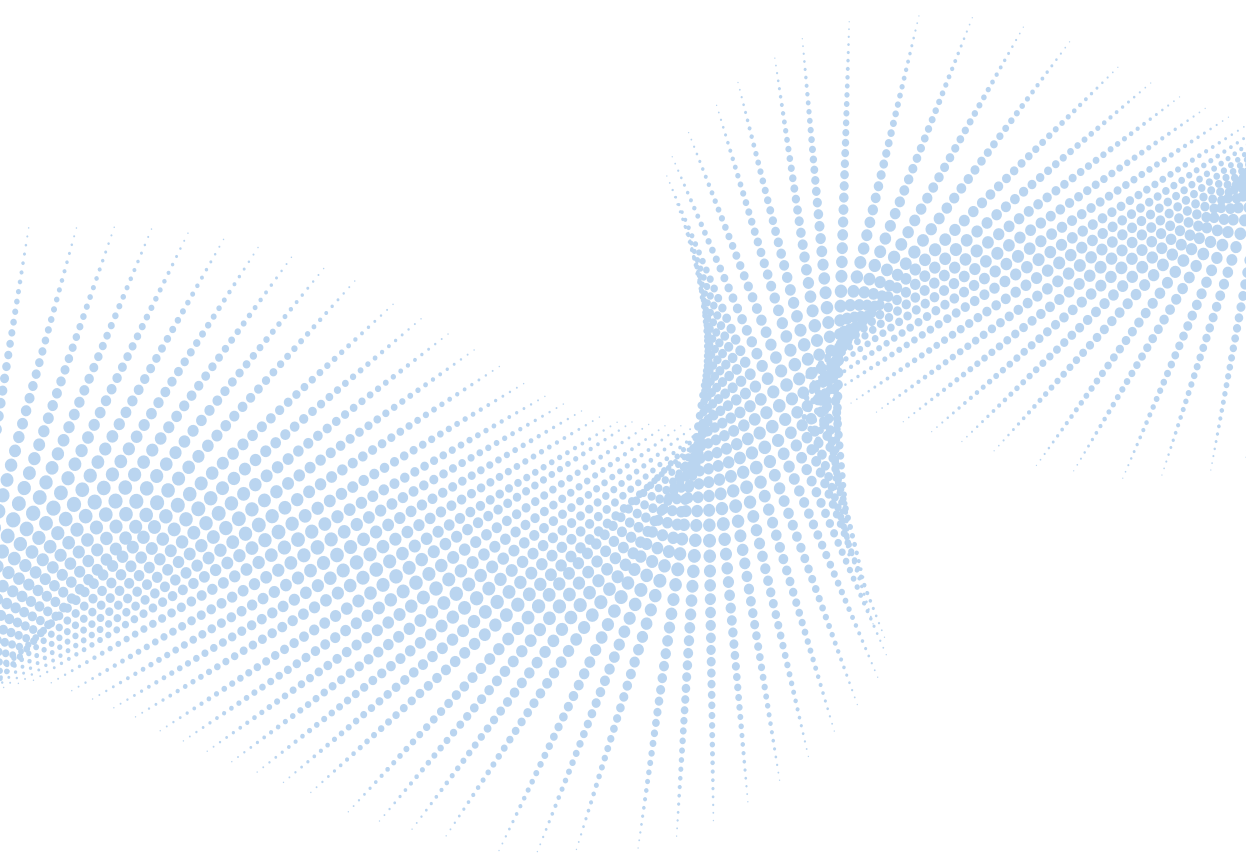
Uma outra aproximação à avaliação da qualidade em medicina, notoriamente mais exequível porque mais concreta, acessível e mensurável, preconiza que este atributo seja encarado e analisado como fruto do processo dos cuidados de saúde, em si mesmo. Nesta perspectiva, a ênfase é posta, não nos resultados, mas antes na eficiência técnica e na prática adequada

de uma “boa” medicina. Tal requer um rigoroso escrutínio de todos os parâmetros que devem ser tidos em conta na **análise do processo** dos cuidados fornecidos, bem como a escolha criteriosa dos respectivos indicadores e o estabelecimento ponderado dos seus valores standard. Convirá salientar, ainda, a este propósito, que a qualidade do processo deve ser aferida em todas as dimensões do serviço de saúde prestado, incluindo, cuidado clínico, satisfação do doente e aspectos logístico e administrativo.

Uma terceira e última aproximação à avaliação da qualidade em medicina, considerada de alcance muito limitado quando isoladamente utilizada, consiste na **análise da estrutura**, ou seja, do cenário onde os cuidados de saúde decorrem e dos meios que são empregues na sua produção. A análise da estrutura encontra-se relacionada, deste modo, com a adequação do espaço físico e do equipamento, as qualificações do staff médico e sua organização, o sistema de apoio administrativo e o programa operativo das instituições de saúde, entre outros itens do mesmo jaez. Esta forma de avaliação, fundamenta-se na presunção de que o fornecimento de instalações e meios apropriados será inevitavelmente seguido pela prestação de cuidados médicos de qualidade, o que, como é consabido, infelizmente nem sempre se verifica.

3.

Qualidade em Endoscopia Digestiva



INTRODUÇÃO

Os desígnios, geralmente associados ao conceito de qualidade em endoscopia digestiva, incluem: melhorar a qualidade global do cuidado prestado; limitar os procedimentos inadequados; reduzir a morbidade e a mortalidade; aprimorar os resultados desejados; apurar o treino em endoscopia digestiva; diminuir os conflitos e a litigância; conter os custos.

Os modelos teóricos de avaliação da qualidade em endoscopia digestiva compreendem, tal como foi anteriormente referido, a análise da estrutura (instalações, equipamento e recursos humanos), do processo (acto endoscópico em si mesmo) e dos resultados (alterações no estado de saúde resultantes do procedimento endoscópico).

Uma etapa essencial, em todo e qualquer programa de avaliação (Fig. 1), reside na escolha dos indicadores da qualidade, seguido pelo estabelecimento dos valores standard respectivos, os quais, se não forem alcançados, devem resultar em acções de treino destinadas a melhorar a prática da endoscopia.

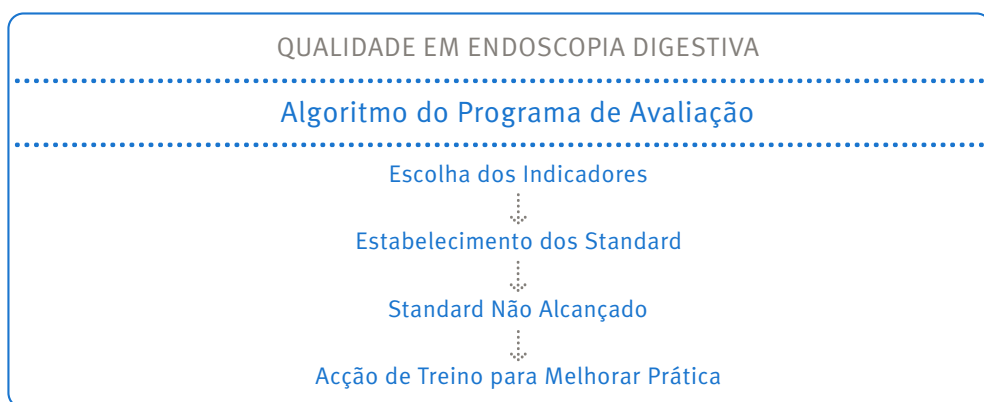


Figura 1. Algoritmo do programa de avaliação da qualidade em endoscopia digestiva

O núcleo duro dos indicadores da qualidade do acto endoscópico integra necessariamente, por sua vez, os quatro itens seguintes: indicações e contra-indicações à realização do exame; complicações do exame; satisfação do doente; sucesso do exame.

O exame endoscópico encontra-se geralmente indicado em três casos bem caracterizados, a saber: se for previsível uma alteração no manejo do doente baseada nos resultados da endoscopia; como método inicial de avaliação em alternativa a outros meios de diagnóstico; por último, quando o intuito do exame for primordialmente de índole terapêutica. Por outro lado, a endoscopia está geralmente contra-indicada em duas situações: quando os riscos para a saúde ou para a vida do doente ultrapassam os putativos benefícios do exame; e, ainda,

quando não for possível obter o consentimento ou uma adequada colaboração do paciente. No que respeita, por seu turno, às complicações do exame, convém precisar o seu significado – “eventos adversos que necessitam de intervenção”, assim como a sua classificação cronológica: “imediatas”, se ocorridas antes da alta da unidade de endoscopia; “diferidas”, as que surgem nos 30 dias seguintes à saída da unidade; “retardadas”, quando o *timing* de aparecimento das complicações ultrapassa os 30 dias ulteriores à alta da unidade de endoscopia.

No que concerne, por sua vez, à satisfação do doente, o seu grau deve ser sistematicamente aferido através da resposta a questionários objectivos, estruturados, padronizados e devidamente validados, que incluam, obrigatoriamente, os quatro itens seguintes: Qual o intervalo de tempo decorrido entre a marcação e a realização do exame? Quanto tempo teve de aguardar, na sala de espera da unidade de endoscopia, pela execução do exame? Voltaria a fazer o exame com o mesmo médico? Voltaria a fazer o exame na mesma instituição de saúde?

Finalmente, uma referência ao indicador sucesso do exame, para distinguir entre “sucesso técnico” (correspondente, por exemplo, no caso da colonoscopia, à obtenção de intubação do cego) e “sucesso cognitivo” (o qual tem a ver com a resposta afirmativa aos seguintes quesitos: Houve esclarecimento da dúvida diagnóstica? A intervenção terapêutica foi coroada de êxito?).

PROCEDIMENTOS

INDICADORES GERAIS DE QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Embora para cada um dos vários tipos de exame endoscópico se recomendem indicadores de qualidade específicos, há princípios gerais que são comuns a todos os procedimentos endoscópicos. É curial proceder à sua definição e análise, para melhor sistematização, abordando sucessivamente três tempos: o que antecede o exame, o da execução do exame, e o tempo que subsegue a realização do acto endoscópico.

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE ANTECEDE O EXAME

No tempo que precede o exame endoscópico, é essencial a verificação dos seguintes requisitos:

A. Indicação do exame

Em termos gerais, o exame endoscópico está indicado, ou é apropriado, quando a informação obtida ou a terapêutica providenciada conferem benefício ao doente. O exame considera-se, em geral, contra-indicado se os riscos para a saúde ou para a vida do doente excedem os mais favoráveis benefícios da abordagem endoscópica; ou se não se consegue obter adequada colaboração do doente, e o seu consentimento; ou se existe suspeita ou confirmação de perfuração de órgão.

B. Consentimento informado

Deve obter-se e documentar-se o consentimento do doente no tocante ao exame e à sedação ou analgesia, excepto em situação de emergência. O doente deve ser especificamente informado sobre as complicações mais comuns do exame.

C. História clínica e estratificação de risco

Antes do acto endoscópico, é importante examinar clinicamente o doente, verificando, nomeadamente, se existem condições que possam afectar o êxito endoscópico ou a segurança de procedimentos terapêuticos. A história clínica deve pesquisar também aspectos que possam interferir com a administração de sedação/anestesia.

É importante proceder a uma avaliação de risco, antes do exame endoscópico, estratificando os doentes de acordo com os sistemas mais comumente utilizados, designadamente o *score* ASA.

D. Profilaxia com antibióticos

A administração de antibióticos, a título profilático, seria recomendável, para muitos peritos, em doentes de alto risco submetidos a procedimentos que comportam risco elevado. Consideram-se doentes de alto risco os que padecem de doenças cardiovasculares que podem facilitar o desenvolvimento de endocardite bacteriana ou de infecção intravascular. É o caso dos doentes com prótese valvular, história de endocardite, *shunt* pulmonar sistémico, cardiopatia congénita com cianose, ou com enxerto vascular sintético há menos de um ano.

Procedimentos de elevado risco são os que comportam um risco aumentado de bacteriémia, neles se incluindo a dilatação de estenoses, a escleroterápia de varizes e a CPRE em doentes com ductos biliares obstruídos. Está também demonstrada a eficácia da antibioterápia profilática nos doentes submetidos a gastrostomia percutânea endoscópica, ao prevenir infecções da pele. Recomenda-se ainda a profilaxia com antibióticos em doentes com cirrose e hemorragia gastrointestinal aguda, antes do acto endoscópico.

E. Prontidão do exame

O exame endoscópico deve ser pronto, isto é, realizado em tempo oportuno, evitando a dilatação ou listas de espera. O atraso na sua execução pode ser prejudicial e frustrar o doente. Deve registar-se o intervalo de tempo entre a decisão da realização do exame e a sua efectivação. A provisão de procedimentos endoscópicos expeditos e atempados dependerá das suas indicações, do tipo de exame a realizar e das preferências do doente.

F. Estratégia de sedação

Antes da administração de produtos sedativos deve especificar-se o nível de sedação pretendido: mínimo, moderado, profundo, anestesia geral. O risco cardiorespiratório da sedação correlaciona-se com a profundidade da sedação. O treino e a monitorização da sedação variam de acordo com o grau de sedação que se pretende atingir.

G. Anticoagulação

Antes do exame, deve indagar-se se o doente toma regularmente medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. Em geral, os anticoagulantes devem ser suspensos antes da realização de procedimentos endoscópicos de maior risco, designadamente polipectomias, esfínterectomias ou dilatações esofágicas. Nos doentes com risco elevado de acidentes tromboembólicos, deve prescrever-se uma ponte terapêutica com heparina standard ou de baixo peso molecular. A maioria dos procedimentos endoscópicos podem ser realizados nos doentes que tomam regularmente aspirina. Não está ainda esclarecido se existe risco endoscópico nos doentes medicados com clopidrogel ou ticlopidina.

Questões por esclarecer

- › Na clínica prática, qual a frequência de actos endoscópicos realizados de acordo com indicações válidas?
- › Que aspectos da história clínica e do exame físico do doente têm de facto impacto na subsequente abordagem endoscópica?
- › Qual o sistema (ASA, Mallampati ou outro) que melhor prognostica o risco de complicações associado aos procedimentos endoscópicos?
- › Será que a utilização de scores de risco altera a prática clínica e melhora os resultados?
- › Qual a frequência de antibioterapia profiláctica administrada inapropriadamente?
- › A provisão de exames atempados melhora os resultados da endoscopia?
- › Em termos de custo-eficácia, qual a melhor forma de abordar os doentes que tomam correntemente varfarina?
- › Quais os riscos de exames endoscópicos em doente medicados com os novos agentes antiagregantes, nomeadamente o clopidrogel?
- › Que percentagem de exames são cancelados ou adiados por questões de coagulação?

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DO EXAME

Este período estende-se desde a administração da sedação ou introdução do endoscópio, até à sua remoção, e compreende todos os aspectos técnicos do procedimento, incluindo a completação do exame e gestos terapêuticos realizados. Durante a execução do exame, recomendam-se as seguintes medidas:

A. Documentação fotográfica

Devem ser fotografadas as anomalias detectadas no exame endoscópico. Embora o custo-benefício da fotografia endoscópica nunca tenha sido analisado, a sua realização reflecte boa prática médica e deve ser encorajada.

B. Monitorização do doente

Nos exames endoscópicos com sedação, devem ser monitorizados os seguintes parâmetros: saturação do oxigénio mediante a utilização de oximetria do pulso e pressão arterial. Esta, e o ritmo cardíaco, devem ser registados com intervalos não superiores a 5 minutos.

C. Medicação utilizada

Devem ser registadas as doses e vias de administração de todos os medicamentos utilizados

durante a realização do exame endoscópico.

D. Fármacos de reversão

Deve ser registada a utilização de agentes de reversão (por ex. flumazenil ou naloxona), ou a necessidade de interromper o propofol por sedação excessiva.

Questões por esclarecer

- › A utilização de outras técnicas de monitorização, designadamente a capnografia, melhora a detecção de complicações relacionadas com a sedação e tem reflexos nos resultados do exame?
- › A monitorização de agentes de reversão inibe o endoscopista no tocante à sua utilização, e aumenta desse modo o risco para o doente?

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Este período estende-se desde a completção do exame até ao subsequente *follow-up*. Para este período, recomenda-se a adopção das seguintes medidas:

A. Alta da Unidade de Endoscopia

A Unidade de Endoscopia deve elaborar doutrina relativamente aos critérios a que deve obedecer a saída do doente desta Unidade. Deve ficar registado que o doente preenche os requisitos de alta.

B. Instruções ao doente

Antes da alta da Unidade de Endoscopia, devem ser fornecidas instruções ao doente, por escrito, relativamente a restrições dietéticas, retoma de medicações e retorno a actividades, nomeadamente a condução de veículos. O doente deve ainda ser informado sobre potenciais complicações e deve receber um contacto telefónico para utilizar em caso de emergência ou necessidade de esclarecimento.

C. Seguimento anátomo-patológico

O resultado do exame anátomo-patológico de biópsias realizadas determina, frequentemente, a adopção de novas estratégias de cuidados clínicos. A integração dos resultados anátomo-patológicos na planificação da assistência ao doente impõe que este seja notificado no tocante aos achados das biópsias e suas implicações. O doente pode ser notificado por carta, por telefone, ou numa subsequente consulta de controlo. A Unidade de Endoscopia deve elaborar um plano documentado que integre este importante indicador de qualidade.

D. Relatório do exame

Imediatamente após a execução do exame endoscópico, deve proceder-se à elaboração de um relatório preferencialmente em suporte electrónico e utilizando a terminologia estandarizada. O relatório deve conter os seguintes dados:

- Data do exame
- Identificação do doente
- Endoscopista(s)
- Assistente(s)
- Registo de dados relevantes da história clínica e do exame físico
- Indicação de consentimento informado
- Tipo de exame endoscópico realizado
- Indicação
- Tipo de instrumento endoscópico
- Medicação (anestesia, analgesia, sedação)
- Extensão anatómica do exame
- Limitações do exame
- Colheita de biopsias, esfregaços ou fluídos
- Achados do exame
- Definição diagnóstica
- Resultados de intervenções terapêuticas (se realizadas)
- Complicações (se ocorreram)
- Recomendações para cuidados subseqüentes.

E. Relato de complicações

A Unidade de Endoscopia deve possuir um protocolo para registo de eventos adversos ou de intervenções não planeadas.

F. Satisfação do doente

A informação relativa ao grau de satisfação do doente deve ser colectada mediante a utilização de um questionário estandarizado e validado.

G. Comunicação do relatório do exame efectuado

É da responsabilidade do endoscopista e da Unidade de Endoscopia a comunicação do exame a quem o solicite. Nessa comunicação, efectuada por carta, fax, telefone ou *e-mail*, com salvaguarda do princípio da confidencialidade, deve ser relatado o resultado do

exame, e podem ser recomendadas medidas terapêuticas e outros exames de diagnóstico, além do controle adequado.

H. Anticoagulação

Na maioria dos procedimentos endoscópicos não terapêuticos, a medicação anticoagulante ou com antiagregantes plaquetários pode ser imediatamente retomada. Nos doentes submetidos a terapêutica endoscópica, o momento certo da retoma deve ser individualizado, tendo em conta o tipo de terapêutica endoscópica efectuada e a indicação para a prescrição dessa medicação.

Questões por esclarecer

- › Qual a percentagem de aderência do doente à recomendação acerca dos cuidados na condução, após a sedação?
- › Quais as taxas de complicações ocorridas nos exames endoscópicos na prática clínica?
- › Que variáveis clínicas, demográficas e técnicas estão associadas a um maior grau de satisfação dos doentes?
- › Quais os riscos relativos de uma retoma imediata versus retardada da medicação anticoagulante e antiagregante?

INDICADORES DE QUALIDADE NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A qualidade em endoscopia digestiva tem sido uma preocupação crescente quer dos profissionais que a desempenham, quer das Sociedades Científicas.

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE ANTECEDE A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A endoscopia digestiva alta é um exame invasivo cuja realização está geralmente associada a ansiedade e algum desconforto por parte dos doentes. No caso de exames prolongados, nomeadamente com uma componente terapêutica, o desconforto pode ser acentuado e associar-se a dor, por vezes intensa, mesmo em exames mais rápidos.

Tratando-se de um exame invasivo, a segurança dos doentes terá que ser sempre salvaguardada, o que requer uma boa avaliação e preparação dos doentes, assim como monitorização adequada durante a sua realização.

A preparação tem duas vertentes essenciais: a preparação global dos doentes, especialmente no que diz respeito a aspectos relacionados com doenças associadas e prevenção de complicações, e a preparação específica para cada exame, que pode ter exigências particulares.

Para além da avaliação e preparação dos doentes, é essencial verificar se o exame tem uma indicação correcta e se o doente consente na sua realização.

A. Indicação

À semelhança de outros actos endoscópicos, a endoscopia digestiva alta está indicada, de uma forma geral, quando a informação adquirida ou a terapêutica efectuada são úteis para o doente e não está indicada quando os dados obtidos ou a terapêutica efectuada não se traduzem num impacto positivo para tomar decisões terapêuticas ou determinar o prognóstico (ver Quadro 1).

B. Consentimento informado

Na altura da marcação do exame e instruções para a preparação, deve ser entregue um folheto informativo e de consentimento para o doente e, eventualmente, a sua família ficarem esclarecidos quanto aos aspectos relacionados com o procedimento.

Antes da realização do exame o endoscopista deve confirmar se o doente está esclarecido sobre aspectos que incluem a indicação para o exame, a realização do mesmo, possíveis complicações e cuidados a ter após o exame. A obtenção do consentimento informado é da responsabilidade do endoscopista, que pode ser auxiliado no esclarecimento ao doente e à sua família por outros profissionais de saúde.

Os riscos da endoscopia incluem a hemorragia, a perfuração, a infecção, reacções adversas à sedação, não visualização de lesões e complicações locais relacionadas com a administração de drogas por via endovenosa. No que concerne à endoscopia digestiva alta, os riscos específicos incluem dor torácica, odinofagia, aspiração e reacções à administração tópica de anestésicos.

C. Avaliação do doente, estratificação do risco e preparação

Aquando da marcação dos exames, o doente deve ser avaliado de forma mais ou menos completa, dependendo do exame a efectuar e deste ser diagnóstico ou terapêutico e com ou sem sedação. A avaliação poderá ser feita por uma enfermeira treinada em endoscopia, que também será responsável pelas instruções a dar ao doente sobre a preparação, mas deverá ser confirmada pelo endoscopista, na altura da realização do exame.

Aspectos essenciais nesta avaliação incluem:

- Idade
- Doenças associadas, nomeadamente cardiovasculares, respiratórias, coagulopatias, diabetes
- Alergias
- Hábitos alcoólicos e tabágicos, toxicofilia
- Hábitos medicamentosos
 - Anticoagulantes e antiagregantes plaquetários (deverá ser avaliada a indicação para estas terapêuticas e a necessidade eventual da sua suspensão/substituição antes, durante e/ou após a endoscopia, devendo, em caso de dúvida, discutir estes aspectos com o cardiologista)
 - Insulina e antidiabéticos orais
 - Ansiolíticos e antidepressivos
 - Outros
- Necessidade de profilaxia antibiótica (deverão ser utilizadas as recomendações recentemente actualizadas pela “American Cardiology Association” e revistas pelas Sociedades Americanas de Gastrenterologia e de Endoscopia Digestiva)
- Reacções adversas prévias à administração de sedação/analgesia
- Tempo de jejum
- Estratificação do risco – utilização dos “scores” ASA e/ou Mallampati
- Na eventualidade de endoscopia alta terapêutica programada, tais como dilatação/próteses esofágicas e gastrostomias percutâneas, o doente deverá realizar previamente os seguintes exames: análises (incluindo provas da coagulação), ECG e Rx Tórax.

Quadro 1. Indicações para endoscopia digestiva alta

A endoscopia digestiva alta está geralmente indicada para avaliar as seguintes condições:

- » Sintomas abdominais altos que persistem apesar de um período terapêutico adequado
- » Sintomas abdominais altos associados com outros sintomas ou sinais sugerindo doença orgânica grave ou em doentes > 45 anos
- » Disfagia ou odinofagia
- » Sintomas de refluxo gastroesofágico que persistem ou recorrem apesar de terapêutica adequada
- » Vômitos persistentes de causa desconhecida
- » Outras situações clínicas nas quais a presença de condições patológicas do tracto gastrointestinal alto poderá modificar terapêuticas planeadas (p.ex., doentes com história de úlcera ou hemorragia digestiva alta que são candidatos a transplante de órgão, anticoagulação prolongada, terapêutica prolongada com AINEs e doentes com cancro da cabeça e pescoço)
- » Síndromas de polipose adenomatosa familiar
- » Para confirmação e diagnóstico histológico específico de lesões visualizadas em exames radiológicos
 - Suspeita de neoplasia
 - Úlcera esofágica ou gástrica
 - Estenose ou obstrução do tracto gastrointestinal alto
- » Hemorragia digestiva alta
 - Doentes com hemorragia activa ou recente
 - Hemorragia oculta e anemia ferropénica, quando a situação clínica sugere origem no tracto gastrointestinal superior ou quando a colonoscopia é normal
- » Para colheita de tecidos ou fluidos
- » Em doentes com suspeita de hipertensão portal, afim de documentar ou tratar varizes esofágicas/gástricas
- » Para avaliação de lesões agudas após ingestão de cáusticos
- » Para tratamento de lesões sangrantes, tais como úlceras, tumores, lesões vasculares
- » Para laqueação ou escleroterapia de varizes
- » Remoção de corpos estranhos
- » Remoção de lesões polipóides
- » Colocação de tubos para alimentação ou drenagem (sondas naso-gástricas/duodenais, PEGs, PEJs)
- » Dilatação de estenoses
- » Tratamento da acalásia (injecção de toxina botulínica, dilatação com balão)
- » Tratamento paliativo de neoplasias estenosantes (laser, electrocoagulação multipolar, colocação de próteses)

A endoscopia digestiva alta não está geralmente indicada para avaliar as seguintes condições:

- » Sintomas funcionais (poderá, porém, ser realizada para excluir lesão orgânica, especialmente se os sintomas não respondem à terapêutica)
- » Adenocarcinoma metastático de origem desconhecida, quando os resultados não influenciam o tratamento
- » Aspectos radiológicos de:
 - Hérnia do hiato de deslizamento, assintomática ou não complicada
 - Úlcera duodenal que respondeu à terapêutica
 - Bulbo duodenal deformado assintomático ou respondendo à terapêutica

Endoscopia digestiva alta sequencial ou periódica poderá estar indicada:

- » Na vigilância de lesões precursoras de cancro (p.ex., esófago de Barrett)

Endoscopia digestiva alta sequencial ou periódica não está geralmente indicada:

- » Vigilância de doença benigna curada, tal como úlcera duodenal

Na avaliação do risco deve utilizar-se a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), desenvolvida para avaliar o risco no caso de procedimentos cirúrgicos e que pode também ser utilizada no caso de procedimentos endoscópicos, o que permite uniformizar critérios e facilitar estudos comparativos. É particularmente útil quando se programa um procedimento endoscópico a ser efectuado sob sedação com apoio anestésico.

Quadro 2. Classificação ASA

CLASSE 1	Doente sem alterações orgânicas, fisiológicas ou psiquiátricas. O processo patológico a ser tratado é localizado e não envolve distúrbios sistémicos
CLASSE 2	Doente com alterações sistémicas ligeiras a moderadas causadas pela situação a ser tratada cirurgicamente ou por outros processos fisiopatológicos
CLASSE 3	Doença sistémica grave de qualquer causa
CLASSE 4	Doença sistémica grave que coloca em risco a vida do doente e que poderá não ser tratável pelo procedimento a efectuar
CLASSE 5	Doente moribundo, com poucas hipóteses de sobreviver, mas que é submetido ao procedimento em desespero de causa
CLASSE 6	Doador de órgãos

O “score” de Mallampati utiliza uma escala visual para avaliação da via aérea superior e correlaciona-se com a dificuldade na entubação oro-traqueal dos doentes.

D. Profilaxia antibiótica

No caso da endoscopia alta diagnóstica ou terapêutica não está recomendada a profilaxia da endocardite bacteriana, de acordo com as recomendações mais recentes da ACA/ASGE. (Ver INDICADORES GERAIS DE QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA)

Os doentes cirróticos submetidos a endoscopia alta por hemorragia digestiva alta devem fazer profilaxia antibiótica da peritonite bacteriana espontânea.

Os doentes submetidos a colocação de PEG/PEJ devem fazer profilaxia antibiótica.

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A. Observação completa do esófago, estômago e duodeno e documentação

Deve ser efectuada uma observação completa desde o esfíncter esofágico superior até à 2ª porção do duodeno (excepto em casos de obstrução esofágica ou pilórica, em que o aparelho não pode ultrapassar essa obstrução). Terá que se procurar ter uma visão completa da mucosa, devendo ser removidos quaisquer conteúdos que dificultem a observação, tais como restos alimentares e sangue. É necessário documentar a realização completa do

exame, assim como os aspectos observados num relatório que se deseja completo e de fácil interpretação pelos profissionais médicos a quem se destina. Idealmente devem ser fotografados todos os aspectos anormais encontrados assim como algumas referências anatómicas, visando demonstrar a realização de um exame completo (esófago alto e baixo, fórnix em inversão, corpo, antro, incisura angular, bulbo e D2). Na presença de esófago de Barrett devem ser registados a localização da junção gastroesofágica e dos epitélios escamoso e cilíndrico, medida em centímetros a partir dos incisivos.

B. Realização de biopsias

Na suspeita de esófago de Barrett, na(s) úlcera(s) gástrica(s) e em outras lesões, assim como em mucosa aparentemente normal, quando indicado.

C. Descrição de lesões sangrantes

Uma lesão sangrante deverá ser descrita com clareza, incluindo estigmas de hemorragia e localização, de forma a poder ser facilmente visualizada por outro endoscopista em caso de repetição do exame.

D. Terapêutica endoscópica em lesões sangrantes

Indicada em úlceras com hemorragia activa ou vaso visível. Aquando da realização de hemostase endoscópica referenciar se a hemorragia foi jugulada. Seguir a evolução do doente e registar se houve persistência ou recidiva hemorrágica. Usar, eventualmente, 2 métodos hemostáticos em associação (p.ex. injeção de adrenalina e método térmico, “clips” ou escleroterapia)

Utilização preferencial de laqueação no tratamento endoscópico das varizes esofágicas.

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A EXECUÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A. Realização de um relatório completo, preferencialmente em formato electrónico, que deve incluir os seguintes parâmetros:

- Identificação do doente
- Data do exame
- Identificação do(s) endoscopista(s)
- Identificação do(s) anestesista (s) se presente
- Identificação do(s) enfermeiro(s)
- Indicação para o exame
- Patologia associada e classificação ASA
- Indicação de consentimento informado e assinado

- Descrição do exame, incluindo a extensão anatómica visualizada e eventuais limitações, bem como os aspectos endoscópicos observados
- Descrição de terapêutica endoscópica, se realizada, e o seu resultado
- Iconografia lesional e das principais referências anatómicas
- Registo do aparelho utilizado
- Registo de medicação utilizada
- Registo de realização de biópsias ou colheita de fluidos
- Registo de complicações, caso tenham ocorrido
- Impressão diagnóstica/conclusão.

De notar que deve existir um *arquivo* destes relatórios na Unidade de Endoscopia e que estes podem servir como indicadores de qualidade

B. Instruções para o doente, preferencialmente por escrito, sobre:

- O seguimento, marcação de consultas, resultados de exames histológicos, resultado de testes para pesquisa de *H. pylori*
- Medidas a tomar em caso de complicações (que podem incluir dor torácica ou abdominal, febre, arrepios, distensão abdominal, sinais de hemorragia digestiva), incluindo o contacto da Unidade de Endoscopia e/ou do médico que efectuou o exame
- Medicação a tomar
- Plano de anticoagulação – instruções para o doente que tomava antiagregantes ou anti-coagulantes e os suspendeu ou alterou para a realização do exame
- Cuidados a ter no caso de ter sido realizado um procedimento terapêutico
- Cuidados a ter no caso de ter sido realizado um procedimento sob sedação

C. Registo de complicações/ocorrências:

- Internamentos não planeados nos dias seguintes à endoscopia
- Registo de: odinofagia, disfagia, rouquidão, dor torácica, etc.
- Mortalidade aos 30 dias
- Utilização de flumazenil
- Hipoxémia mantida < 90%
- Necessidade de reanimação/ventilação
- Perfuração
- Hemorragia
- Problemas com o funcionamento do equipamento

D. Seguimento de doentes com hemorragia digestiva alta

Realização de nova endoscopia digestiva alta 24/48 horas após a endoscopia inicial, no

sentido de avaliar o aspecto da lesão sangrante e a eventual recidiva/persistência da hemorragia.

E. Satisfação do doente

Realização de inquéritos de satisfação, de preferência por entidades independentes, sua apresentação e discussão, com adoção de medidas de acordo com os resultados.

INDICADORES DE QUALIDADE NA COLONOSCOPIA

“The best colonoscopist achieves effective and safe bowel preparation, and is sufficiently slow, careful, and compulsive during withdrawal to expose and scrutinize the maximum amount of colonic mucosa possible.” (Rex DK, 2007)

A colonoscopia tem vindo a assumir um lugar de destaque na actividade diária dos gastrenterologistas. De facto, a dupla potencialidade, diagnóstica e terapêutica, permitindo a detecção e excisão dos pólipos intestinais, originou, num meio em que a consciência de que é necessário reduzir a mortalidade e a incidência do cancro do cólon e do recto tem vindo a aumentar, um acréscimo acentuado do número de procedimentos. Não sendo apenas por esta circunstância que a publicação de indicadores de qualidade se impõe, não deixa esta de ser uma razão ponderosa para que tais escritos sejam editados.

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE ANTECEDE A COLONOSCOPIA

Abrange o período de tempo que decorre entre o primeiro contacto com o doente e a administração de sedação ou a introdução do aparelho.

A. Indicação apropriada

As indicações habitualmente consideradas para a realização de colonoscopia são as seguintes:

- Rastreio do carcinoma do cólon e do recto (risco padrão e risco aumentado)
- Observação de todo o cólon tendo em vista o diagnóstico de lesões neoplásicas síncronas em pacientes com neoplasia do cólon ou do recto ressecável
- Vigilância após ressecção de neoplasia
- Hemorragia digestiva: rectorragia, hematoquêzia, presença de sangue oculto nas fezes, bem como melena ou anemia ferropénica após realização de endoscopia digestiva alta que não evidenciou lesões
- Dor abdominal nos quadrantes inferiores e/ou alteração recente dos hábitos intestinais
- Diarreia inexplicável
- Excisão de pólipo
- Doença Inflamatória Intestinal
- Realização de acto terapêutico (repermeabilização luminal, hemostase)
- Esclarecimento de imagens patológicas obtidas por outros métodos
- Identificação intra-operatória de lesão inaparente à cirurgia
- Marcação de uma neoplasia para posterior excisão cirúrgica

- Descompressão de megacólon agudo (não tóxico) ou de volvo da sigmóide
- Extracção de corpo estranho

As contra-indicações habitualmente consideradas para a realização de colonoscopia são as seguintes:

- Megacólon tóxico
- Peritonite
- Paciente não colaborante
- Enfarte agudo do miocárdio recente
- Doença cardíaco-respiratória aguda
- Embolia pulmonar
- Choque
- Gravidez (segundo e terceiro trimestres)

B. Obtenção do consentimento informado

O consentimento informado deverá incluir uma descrição do procedimento endoscópico a executar e dos seus riscos, em que se incluem a hemorragia, perfuração, infecção, efeitos adversos da sedação, bem como a possibilidade de que uma lesão possa não ser detectada. Os benefícios da técnica, as alternativas existentes, assim como os efeitos resultantes da não realização do procedimento adequado à situação clínica, deverão igualmente ser expostos.

C. Cumprimento dos intervalos recomendados para o rastreio

Em indivíduos com risco padrão, o intervalo entre as observações deverá ser de cinco anos no caso da opção pela colonoscopia esquerda e de dez anos no caso da opção pela colonoscopia total.

Em indivíduos com risco aumentado, designadamente quando existe um parente do 1º grau com neoplasia do cólon ou do recto diagnosticada em idade superior ou igual a sessenta anos ou dois parentes do segundo grau afectados, preconiza-se um procedimento semelhante ao dos indivíduos com risco padrão, mas com início aos quarenta anos. Na presença de um familiar 1º grau com neoplasia do cólon ou do recto diagnosticada em idade inferior a sessenta anos ou dois parentes do primeiro grau afectados, preconiza-se a realização de colonoscopia total de cinco em cinco anos com início aos quarenta anos ou em idade dez anos inferior à do caso de cancro diagnosticado em idade mais jovem a um elemento dessa família.

No caso do Cancro do Cólon e Recto Hereditário Não Associado a Polipose, a colonoscopia deverá ser realizada a cada período de um a dois anos com início aos vinte a vinte e cinco anos de idade.

No caso da Polipose Adenomatosa Familiar preconiza-se a realização de sigmoidoscopia flexível anual a partir da idade de dez a doze anos.

D. Cumprimento dos intervalos recomendados para vigilância pós-polipectomia e pós-ressecção cirúrgica

Em pacientes com um ou dois adenomas tubulares com dimensão inferior a 1 cm a colonoscopia só deverá ser repetida após um período de cinco a dez anos. No caso de terem sido excisados três a dez adenomas, ou pelo menos um adenoma com mais de 1 cm, viloso ou com displasia de alto grau, a vigilância com colonoscopia deverá ser realizada após um intervalo de três anos. Caso nessa colonoscopia não sejam detectados adenomas, ou existam apenas um ou dois com displasia de baixo grau, a colonoscopia só deverá ser repetida dentro de cinco anos. Em pacientes com mais de dez adenomas a colonoscopia deverá ser repetida após um período inferior a três anos. No caso dos adenomas sésseis, removidos de forma fragmentada, o seguimento inclui uma observação dois a seis meses após a excisão com o objectivo de verificar se a remoção foi completa.

No caso da ressecção curativa do carcinoma do cólon ou do recto, a colonoscopia de controlo deverá ser realizada após um ano, seguida de nova observação aos três e aos cinco anos caso nenhuma lesão seja detectada.

E. Cumprimento dos intervalos recomendados para a vigilância em pacientes com Colite Ulcerosa e com Doença de Crohn

A vigilância com colonoscopia para diagnóstico de displasia deverá iniciar-se oito a dez anos após o começo dos sintomas em pacientes com Colite Ulcerosa que evidenciem colite extensa ou colite esquerda ou em casos de colite de Crohn em que haja envolvimento de pelo menos um terço do cólon. Se a colonoscopia inicial for negativa para displasia deverá ser repetida após um a dois anos. Após duas colonoscopias negativas para displasia, o intervalo recomendado para as observações subsequentes é de um a três anos. Quando a duração da doença ultrapassa vinte anos, a vigilância com colonoscopia dever-se-á realizar em intervalos de um a dois anos.

F. Preparação

A qualidade da preparação deverá ser documentada em cada exame. Poderá ser graduada de forma qualitativa em “excelente”, “boa”, “razoável” ou “má” ou recorrendo a uma escala numérica de 1 a 10 em que a 10 corresponde uma preparação sem qualquer resíduo fecal e a 1 uma preparação incompatível com a realização do exame.

Questões por esclarecer

- › Quais as implicações resultantes do diagnóstico de pólipos hiperplásicos em localização cólica proximal?
- › Qual o melhor método de preparação?

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DA COLONOSCOPIA

Abrange o período de tempo que decorre desde o início da sedação ou da introdução do aparelho, até à sua retirada.

A. Taxa de realização de colonoscopia total

A observação detalhada de toda a mucosa cólica é, naturalmente, um indicador de qualidade. No caso dos doentes sem ressecção prévia, é a visualização do cego, que pressupõe que a extremidade do endoscópio atingiu uma localização proximal à válvula íleo-cecal, e a cabal documentação fotográfica das suas referências anatómicas, o desiderato a alcançar. Caso tal não seja possível, dever-se-á referenciar o local alcançado, com recurso a referências anatómicas ou discriminando-se a distância ao ânus, bem como a razão do insucesso.

A taxa de realização de colonoscopias totais deverá ser superior ou igual a 90%, e superior ou igual a 95% no caso das colonoscopias de rastreio.

B. Colheita de biópsias em pacientes com diarreia crónica

O diagnóstico de colite microscópica deverá ser considerado em doentes com diarreia crónica e ausência de lesões na colonoscopia, pelo que se impõe a colheita de biópsias em mucosa de aspecto endoscópico normal.

C. Os pólipos com dimensão inferior a 2 cm não deverão ser referenciados para excisão cirúrgica

Os pólipos com dimensão inferior a 2 cm não deverão ser referenciados para ressecção cirúrgica sem que ocorra uma tentativa prévia de ressecção endoscópica ou a documentação da inacessibilidade endoscópica.

D. A taxa ideal de detecção de adenomas nos programas de rastreio é de 15%

Questões por esclarecer

- › Qual o tempo de retirada do aparelho mais adequado a uma melhor taxa de diagnóstico

de lesões neoplásicas?

- › Qual o número e distribuição das biópsias a colher em doentes com Doença de Crohn ou com Colite Ulcerosa?
- › Existe uma dimensão a partir da qual os pólipos deverão ser referenciados para cirurgia sem uma tentativa prévia de ressecção?

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A REALIZAÇÃO DA COLONOSCOPIA

Abrange o período de tempo que decorre entre a retirada do aparelho e o último contacto com o paciente.

A. Incidência de perfuração

Deverá ser inferior a 1/500 ou a 1/1000 no caso do rastreio do carcinoma do cólon e do recto.

B. Incidência de hemorragia pós-polipectomia

A taxa global deverá ser inferior a 1%, sendo sabido que é maior nos pólipos de maior dimensão e em localização mais proximal.

C. Tratamento não cirúrgico da hemorragia pós-polipectomia

Mais de 90% dos pacientes com sangramento pós-polipectomia deverão ser tratados de forma conservadora, eventualmente com recurso a terapêutica endoscópica hemostática.

Questões por esclarecer

- › A taxa de perfuração varia com a duração do treino pré-graduado?

INDICADORES DE QUALIDADE NA CPRE

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é uma das técnicas mais exigentes e de maior risco realizadas pelo gastroenterologista. Requer treino específico significativo e experiência consolidada para assegurar eficácia e segurança. A CPRE evoluiu imenso, passando de um procedimento puramente diagnóstico, no início, para um acto técnico predominantemente terapêutico. A identificação e a observância de indicadores de qualidade possibilitam a confecção de programas que garantem a obtenção de resultados de indiscutível mérito.

Para uma melhor sistematização, vamos analisar os indicadores específicos de qualidade da CPRE, considerando sucessivamente três tempos: o período que antecede o exame, o período da realização do exame, e o período subsequente à CPRE.

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE PRECEDE A CPRE

Os indicadores de qualidade específicos da CPRE, antes da sua realização, podem ser desdobrados nos seguintes aspectos:

A. Indicação apropriada

Consideram-se usualmente indicações para a realização da CPRE:

- Suspeita de lesão dos ductos biliares
 - Icterícia ou colestase de provável origem obstrutiva
 - Colangite aguda
 - Pancreatite biliar
 - Clarificação de lesão biliar detectada por outros métodos imagiológicos
 - Fístula biliar
- Suspeita de lesão dos ductos pancreáticos
 - Cancro do pâncreas
 - Neoplasias mucinosas ou quísticas
 - Pancreatite recorrente de origem não esclarecida
 - Pancreatite crónica com dor persistente
 - Clarificação de lesão pancreática detectada por outros métodos imagiológicos
 - Ascite ou derrame pleural de origem pancreática suspeita
 - Pseudoquisto ou fístula pancreática
- Endoscopia Terapêutica
 - Esfincterotomia

- Drenagem biliar
- Drenagem pancreática
- Colheita endoscópica de tecido/fluidos
 - Biópsia, esfregaço citológico
 - Recolha de fluído biliar/pancreático
- Delineação pré-operatória dos ductos bilio-pancreáticos
 - Tumores malignos
 - Estenoses benignas
 - Pancreatite crónica
 - Pseudoquistos pancreáticos ou disrupção dos ductos
 - Tumores mucinosos ou quísticos do pâncreas
- Estudo manométrico
 - Esfíncter de Oddi
 - Ductal

Consideram-se situações onde geralmente a CPRE não está indicada:

- Dor abdominal sem evidência objectiva de doença pancreatobiliar após estudos laboratoriais ou imagiológicos não invasivos. Nesta situação clínica, a realização de CPRE só deve ser considerada, eventualmente, em Unidades de Endoscopia com capacidade para o estudo manométrico do esfíncter de Oddi;
- Como exame de rotina antes da realização de colecistectomia. A CPRE pré-operatória deve ser reservada para doentes com colangite ou com forte probabilidade de obstrução biliar ou litíase dos ductos, após estudos clínicos ou imagiológicos;
- Como exame de rotina para descompressão de obstrução biliar em doentes com processo maligno biliar distal potencialmente ressecável. Não está demonstrado que esta descompressão melhore os resultados pós-operatórios, podendo originar complicações pré- e pós-operatórias. A descompressão biliar pré-operatória é recomendada, no entanto, em doentes com colangite aguda ou com intenso prurido, nos quais a cirurgia pode ser retardada;
- Colangite esclerosante já diagnosticada por outros métodos.

B. Consentimento informado

Na CPRE, o consentimento informado deve sublinhar cinco possíveis efeitos adversos: (1) pancreatite, (2) hemorragia pós-esfíncterotomia, (3) complicações infecciosas, usualmente colangite mas também colecistite e infecção de colecções fluidas pancreáticas, (4) reacções cardiovasculares usualmente relacionadas com a sedação, e (5) perfuração. O doente deve ser informado da necessidade provável de internamento (caso seja do ambulatório) se

surgirem complicações, e da possível necessidade de intervenção cirúrgica no caso de acontecer uma perfuração. A taxa expectável de pancreatite induzida por CPRE situa-se entre 1% e 7%, podendo ser mais elevada em situações severas; a complicação de colangite surge em 1% dos casos, ou menos, e a colecistite ocorre em 0,2% a 0,5%. Quanto à hemorragia pós-CPRE acontece sobretudo após esfínterectomia, em percentagens de 0,8% a 2% dos casos. Quanto à incidência de perfuração, situa-se entre 0,3% e 0,6%.

C. Avaliação do grau de dificuldade

É recomendável proceder a uma avaliação do grau de dificuldade da CPRE antes da sua execução. Assume-se, embora ainda não tenha sido prospectivamente validado, que elevados graus de dificuldade estão associados a menores taxas de sucesso e a maior incidência de complicações. O grau de dificuldade da CPRE pode classificar-se da seguinte forma:

Grau I (standard): canulação selectiva profunda, colheita de biópsias, esfínterectomia biliar, cálculos com menos de 10 mm, colocação de próteses em lacerações ou tumores baixos;

Grau II (avançado): diagnóstico em Billroth II, canulação da papila menor, cálculos > 10 mm, colocação de prótese em tumor hilar, estenose biliar benigna;

Grau III (muito elevado): estudo manométrico do esfíncter de Oddi, Whipple, Roux-en-Y, endoscopia intraductal, terapêutica em Billroth II, litíase intra-hepática, terapêutica pancreática.

Em geral, para todas as indicações, um endoscopista competente em CPRE consegue taxas de sucesso em 80% a 90% nas situações de grau I. Tem sido recomendado que o endoscopista com pouca experiência em CPRE não deva tentar realizar este exame nas situações de grau II ou III.

D. Profilaxia com antibióticos

No âmbito da CPRE, devem ser administrados antibióticos a título profilático nas seguintes situações: doentes com obstrução biliar suspeita ou confirmada, incluindo a colangite esclerosante primária; fístulas biliares ou pancreáticas; pseudo-quisto pancreático ou necrose pancreática; drenagem incompleta; colelitíase. Nestas situações clínicas existe um risco aumentado de infecção desencadeada pela CPRE.

Questões por esclarecer

- › Qual a frequência de realização da CPRE com indicação não aceitável?
- › Qual a frequência de realização da CPRE com intenção exclusivamente diagnóstica?
- › Qual a frequência de administração de antibioterapia profiláctica na CPRE?
- › Quais são as taxas de complicações da CPRE na prática clínica?

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DA CPRE

Este período inicia-se com a administração da sedação e termina no momento da retirada do endoscópio. Os indicadores gerais de qualidade, referenciados em capítulo separado desta brochura, aplicam-se a todos os exames endoscópicos, nomeadamente à CPRE. Além desses indicadores gerais de qualidade, recomendam-se, para a CPRE, indicadores de qualidade específicos que passamos a analisar:

A. Taxa de canulação

A canulação selectiva do ducto desejado com percentagem elevada de sucesso e escassa incidência de complicações, exige treino adequado e experiência acumulada e contínua em CPRE. A canulação bem sucedida pode evitar uma segunda CPRE ou a realização de colangiografia percutânea trans-hepática para completar o estudo. Uma taxa de canulação superior a 85% deve ser alcançada pela maioria dos gastroenterologistas com competências em CPRE.

Quando se calculam as taxas de canulação, devem excluir-se os exames não conseguidos em consequência de sedação inadequada, ou cirurgia abdominal prévia, designadamente intervenção de Whipple, Billroth II, gastrojejunostomia ou hepatojejunostomia. Também não devem ser considerados os casos de obstrução duodenal ou de retenção gástrica de grandes volumes de fluidos ou resíduos.

No relatório do exame, deve registar-se se foi obtida a canulação profunda, e especificar-se o tipo de acessórios utilizados. Deve incluir uma ou mais imagens fluoroscópicas, sendo ainda recomendável a fotodocumentação de anomalias endoscópicas identificadas.

Quando a técnica standard falha, pode conseguir-se a canulação mediante a esfínterectomia com “precut”. Esta técnica envolve uma curva de aprendizagem e pode aumentar o risco de complicações pós-CPRE. A maioria dos endoscopistas experientes em CPRE utilizam esta técnica em pequena percentagem, usualmente não superior a 10%.

O êxito técnico da CPRE não depende somente de uma canulação bem sucedida. Além da canulação, outras manobras são requeridas para garantir o sucesso técnico cabal, nomeadamente a ultrapassagem de uma estenose, a extracção de cálculos e a colocação de próteses. O sucesso técnico dos procedimentos mais comumente realizados (extracção de cálculos, desobstrução biliar e colocação de próteses biliares) deve ultrapassar os 85%. O insucesso técnico da CPRE pode induzir complicações (colangite, pancreatite) ou procedimentos adicionais (PTC, cirurgia, CPRE adicional), com custos associados. A este respeito, estudos preliminares sugerem que o custo adicional de uma CPRE não sucedida é substancial.

B. Extração de cálculos

A coledocolitíase é uma das mais comuns indicações da CPRE. A colangite aguda e a pancreatite aguda de origem biliar exigem uma rápida e eficaz desobstrução biliar e limpeza dos ductos. É actualmente expectável que um endoscopista competente em CPRE consiga extrair os cálculos do colédoco em mais de 85% dos casos, utilizando a esfínterectomia e a extração por balão ou *basket*.

Quando as técnicas standard falham, a litotripsia mecânica aumenta a taxa de sucesso para além dos 90%, restando um pequeno número de casos que requerem procedimentos técnicos mais sofisticados, designadamente a litotripsia electrohidráulica, ou por laser, ou extracorporal.

C. Colocação de próteses

A obstrução biliar abaixo da bifurcação é a indicação mais frequente para a colocação de uma prótese. Essa obstrução pode ser consequência de um tumor pancreático, de volumosos cálculos do colédoco em que não se logrou a extração, e de estenoses benignas (pancreatite crónica, cirurgia biliar). A icterícia obstrutiva por cancro do pâncreas é uma indicação comum da CPRE. A desobstrução biliar é mandatória nos casos de colangite e nos doentes com icterícia cuja árvore biliar foi sede de manobras instrumentais com introdução de contraste. Os processos obstrutivos abaixo da bifurcação são mais fáceis de abordar do que os casos de obstrução hilar. Um endoscopista competente deve ser capaz de colocar uma prótese para aliviar uma obstrução biliar não hilar, em mais de 80% a 90% dos doentes.

Questões por esclarecer

- › Qual é o melhor treino curricular para ser tecnicamente proficiente em CPRE?
- › Que aperfeiçoamentos técnicos poderão melhorar a facilidade, rapidez e segurança da CPRE?
- › Qual o custo para o Sistema de Saúde da CPRE não sucedida?
- › Qual é a taxa de sucesso técnico da CPRE na prática clínica?
- › Qual é a taxa de utilização da esfínterectomia com “precut” na prática clínica?

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A REALIZAÇÃO DA CPRE

O intervalo de tempo após a realização da CPRE estende-se desde a retirada do endoscópio até à alta do doente ou, em certos casos, até que seja obtida e comunicada a informação completa. Relativamente a este período, são aplicáveis os indicadores gerais de qualidade reportados em capítulo próprio.

Quanto aos indicadores de qualidade específicos, incluem os seguintes:

A. Documentação

O relatório endoscópico deve registrar o êxito da canulação, inserir imagens fluoroscópicas e fotodocumentação, quando apropriado. A documentação da CPRE com imagens radiográficas representativas e fotografia endoscópica é a única forma de evidenciar a performance do exame. Além disso, faculta uma informação preciosa aos colegas responsáveis pelos cuidados clínicos do doente.

B. Taxas de complicações

Devem ser estimadas as taxas de pancreatite, hemorragia, perfuração e colangite pós-CPRE. Relativamente à pancreatite, são variáveis as taxas de incidência referidas na literatura, com valores entre 1% a 30%. Esta elevada amplitude é devida à frequência variável do follow-up, aos critérios de definição utilizados e a factores relacionados com a susceptibilidade do doente, com o tipo de manobras utilizadas e com a proficiência do endoscopista. Mais frequentemente são reportadas taxas de incidência de pancreatite de 1% a 7%. O endoscopista deve informar o doente de que a pancreatite pode ser severa e determinar hospitalização prolongada, necessidade de cirurgia, ou morte.

Quanto à incidência de perfuração, é inferior a 1%. A perfuração pode resultar de laceração mecânica do esôfago, estômago ou duodeno pela passagem do endoscópio, de esfínterectomia ou de outras manobras técnicas. Nos doentes com anatomia cirurgicamente alterada (Billroth II), são maiores as probabilidades de perfuração.

É de cerca de 2% a taxa expectável de hemorragia grave pós-esfínterectomia. Há factores que incrementam o risco de hemorragia pós-esfínterectomia, nomeadamente a existência de coagulopatia ou de colangite activa antes do exame, ou a prescrição de terapêutica anticoagulante nos três dias subsequentes à intervenção. O risco de hemorragia pós-CPRE é ainda maior quando se executam determinadas manobras terapêuticas, designadamente a ampulectomia ou a drenagem transmural de pseudo-quistos.

Podem ocorrer eventos adversos cardiopulmonares durante a CPRE, muitos deles relacionados com a sedação. O endoscopista que realize CPRE deve estar preparado para cuidar dessas complicações.

Questões por esclarecer

- › Qual a incidência de pancreatite, hemorragia e perfuração na prática corrente?
- › Qual o custo-eficácia da utilização sistemática da anestesia durante a CPRE?

INDICADORES DE QUALIDADE EM ECOENDOSCOPIA

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE ANTECEDE A ECOENDOSCOPIA

A. Questões prévias

- O exame está apropriado às dúvidas clínicas?
- Não há métodos semiológicos/terapêuticos alternativos menos invasivos ou menos dispendiosos?
- O doente foi informado do tipo de exame a que aceitou submeter-se, das vantagens semiológicas/terapêuticas e dos riscos/complicações possíveis?
- A prevenção das complicações foi equacionada e é concretizável?

Em Conclusão: O exame é apropriado, aceite e conhecido pelos seus riscos pelo paciente e foi ajustada a prevenção das potenciais complicações.

B. Indicação apropriada

- Estadiamento oncológico do tubo digestivo, pâncreas, vias biliares e mediastino
- Avaliação de anomalias da parede do tubo digestivo
- Avaliação de anomalias do pâncreas
- Avaliação de anomalias das vias biliares
- Colheita de material de lesões da parede do tubo digestivo ou estruturas adjacentes
- Terapêutica endeco-guiada

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DA ECOENDOSCOPIA

- O estadiamento oncológico exige a visualização do tumor em toda a extensão e profundidade segundo a classificação TNM;
- Nos tumores esofágicos não obstrutivos é mandatória a visualização do tronco celíaco;
- A exploração pancreática exige a visualização de toda a glândula;
- A identificação de qualquer lesão implica a sua mensuração e documentação fotográfica;
- Nas lesões sub-epiteliais deve identificar-se (e fotografar-se) a ou as camadas envolvidas e caracterizarem-se os contornos e ecogenicidade lesional;
- A punção endeco-guiada pressupõe executante experimentado na ecoendoscopia diagnóstica;
- O trajecto escolhido, preferencialmente o mais curto e rectilíneo deve evitar estruturas de risco (vasos, ductos, pseudo-aneurismas);
- A punção de adenopatias evitará atravessar a massa tumoral cuja contaminação possível falseará o estadiamento N;

- Os fluidos colhidos, para além do estudo citológico, deverão ser enviados para pesquisa de marcadores tumorais, análises química e microbiológica em exame directo e culturas;
- A presença de citopatologista na sala otimiza os resultados da punção;
- A revisão da zona puncionada deve efectuar-se antes da retirada do eco-endoscópio.

Questões por esclarecer

- › Estará indicada a antibioterapia profiláctica nas punções das lesões quísticas?

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A REALIZAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA

- Taxa de complicações
- Índice de acerto
- Análise pontual das putativas causas de erro/complicações
- Investigação retrospectiva da casuística

Exigências para um exame ecoendoscópico de qualidade:

- Aplicar rigorosa e sistematicamente a prática do consentimento informado;
- Identificar rigorosamente as estruturas alvo;
- Entubar com segurança o esófago, piloro e duodeno e obter imagem do órgão ou lesão alvo;
- Identificar e interpretar com acuidade as imagens ecoendoscópicas, distinguindo as normais das patológicas;
- Relatório descritivo, correlacionando a informação clínica com os achados eco-endoscópicos; na dúvida, discutir criteriosamente com o clínico o significado semiológico da observação efectuada.

Quadro 3. Referencial de acuidade nos exames de ecoendoscopia

Entidade	Nº de casos	T (%)	N (%)
Cancro esofágico	739	85	79
Cancro gástrico	1163	78	73
Cancro pancreático	155	90	--
Ampuloma	94	86	72
Cancro do recto	19	84	84

INDICADORES DE QUALIDADE NA ENDOSCOPIA POR CÁPSULA

O enorme desenvolvimento tecnológico possibilitou a manufactura de uma cápsula endoscópica para captação de imagens do interior do tubo digestivo. A primeira cápsula destinada à observação do intestino delgado, com as dimensões de 11x26 mm, tem uma vídeo câmara com captação de 2 imagens por segundo aproximadamente durante 8 horas, que são transmitidas por radiofrequência a sensores aderentes à parede abdominal e armazenadas em registador colocado à cintura do doente. Posteriormente as imagens capturadas são transferidas para um computador de forma a permitir a sua visualização e interpretação clínica. É uma cápsula facilmente deglutida e que progride ao longo do tubo digestivo sob acção dos movimentos peristálticos gastrointestinais. A investigação e o desenvolvimento tecnológico na endoscopia por cápsula têm evoluído muito rapidamente com o aparecimento de outras cápsulas para estudo específico de outros segmentos do tubo digestivo, como a cápsula do esófago e recentemente a cápsula do cólon.

I. INDICADORES DE QUALIDADE NO PERÍODO QUE ANTECEDE A ENDOSCOPIA POR CÁPSULA

A. Indicações do exame

Esta técnica para estudo de doenças do intestino delgado (enteroscopia por cápsula) é uma técnica fácil, segura, indolor, não invasiva e com excelente capacidade de estudo do jejuno e íleon. É muito útil e indicada nas situações de hemorragia digestiva de causa obscura, na detecção de pólipos ou tumores do intestino delgado e na doença de Crohn. Poderá ainda ser útil na suspeita de lesões provocadas pela toma de AINEs, na enterite rádica, na doença celíaca de longa evolução com suspeita de linfoma e/ou má resposta à dieta sem glúten.

B. Contra-indicações

Consideram-se as seguintes contra-indicações: elevada probabilidade de expulsão não natural da cápsula e pseudo-obstrução intestinal. Constituem contra-indicações relativas: perturbações da deglutição, estenose do tracto digestivo alto, gastroparésia e idade inferior a 10 anos. Nos doentes com “pacemaker” ou desfibrilhador devem ser seguidas as indicações técnicas, recomendando-se a monitorização cardíaca durante a realização do exame. Noutros implantes electromagnéticos recomenda-se a avaliação das indicações técnicas previamente à realização da endoscopia por cápsula.

C. Consentimento informado

O doente deve ser informado sobre a técnica e os objectivos do exame, assim como acerca

das complicações que eventualmente possam surgir, sendo a mais significativa a retenção da cápsula nos casos de estenose não suspeitada.

D. História clínica e estratificação do risco

Antes da realização da endoscopia por cápsula é importante a colheita duma história clínica, verificando, nomeadamente, se existem condições que possam afectar o êxito ou a segurança do exame, incluindo perturbações da deglutição, antecedentes de oclusão intestinal, suspeita de estenoses do tubo digestivo, cirurgia e/ou radioterapia abdominal ou pélvica prévias, toma de AINEs e presença de dispositivos electromagnéticos implantados.

É importante proceder a uma avaliação do risco das complicações, nomeadamente da retenção da cápsula que, na maioria das vezes, é assintomática. A retenção da cápsula deriva geralmente de estenoses do tubo digestivo, cujas causas mais usuais incluem a doença de Crohn e a medicação continuada com AINEs, bem como, menos comumente, a enterite rádica, tumores, isquémia intestinal crónica e anastomoses cirúrgicas.

Na suspeita clínica ou documentação imagiológica da existência de estenose susceptível de condicionar retenção da cápsula, poderá ser previamente realizado um estudo da permeabilidade do intestino delgado com a utilização da cápsula de patência.

E. Preparação para o exame

Previamente à realização do exame recomendam-se 12 horas de jejum, sendo aconselhável dieta líquida durante o dia anterior. Opcionalmente, pode ser aconselhada a toma de 2 litros de solução polielectrolítica na véspera à noite. Deve, ainda, ser suspensa a medicação com ferro nos 5 dias antes da realização do exame. Recomenda-se a toma de simeticone (80 mg) 20 minutos antes da realização do exame.

Questões por esclarecer

- › Qual a utilidade dos procinéticos na endoscopia por cápsula?
- › Estará indicada a cápsula endoscópica na colite indeterminada?
- › Qual o papel da endoscopia por cápsula nas patologias do esófago e do cólon?

II. INDICADORES DE QUALIDADE NO TEMPO DE EXECUÇÃO DA ENDOSCOPIA POR CÁPSULA

Instruções ao doente

Aquando da deglutição da cápsula, devem ser fornecidas instruções escritas ao doente relativamente a recomendações dietéticas e retoma da medicação, bem como sobre as horas a que será desligado o equipamento. O doente deve ainda ser informado sobre

potenciais sintomas que eventualmente possam surgir e deve receber um contacto telefónico para utilizar em caso de necessidade.

III. INDICADORES DE QUALIDADE APÓS A REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA POR CÁPSULA

Relatório do exame

O relatório do exame endoscópico deverá conter os seguintes dados:

- Data do exame
- Identificação do doente
- Médico gastroenterologista responsável pela realização do exame
- Registo de dados relevantes da história clínica e exames complementares de diagnóstico e indicação para o exame
- Tipo de exame endoscópico realizado
- Relatório do exame seguindo terminologia standardizada
- Diagnóstico
- Recomendações

Questões por esclarecer

- › Qual a terminologia a utilizar na endoscopia por cápsula?



ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Espaço Físico

Actualmente as UE são espaços físicos complexos, onde se realizam exames invasivos, diagnósticos e terapêuticos, que implicam a utilização de material cada vez mais sofisticado por pessoal cada vez mais especializado.

Assim, as UE devem ser planeadas no sentido de incluírem, para além de salas(s) de exame(s), instalações de apoio, nomeadamente, de desinfeção, recobro, preparação e vestiário, secretariado e arquivo, arrumos, sanitários e sala de espera.

Equipamento

O equipamento depende do número e tipo de exames a realizar. Será planeado de forma a não haver interrupções ou desmarcações de exames por falta de equipamento, e terá que estar sempre disponível para a realização de técnicas de diferente complexidade e para a resolução de intercorrências ou complicações. Deve haver uma pessoa encarregue do material, sua substituição ou reparação, que poderá também supervisionar os protocolos de desinfeção. Deve existir o material necessário para monitorização dos doentes, particularmente quando se realizam procedimentos terapêuticos ou sob sedação.

Recursos Humanos

Os recursos humanos incluem médicos, enfermeiros, auxiliares e secretários, com formação adequada às diversas funções que desempenham, o que necessariamente significa níveis de formação diferentes para diferentes procedimentos. Os recursos humanos necessários dependerão naturalmente do número e tipo de procedimentos realizados em cada Unidade, devendo ser planeados de forma a não haver interrupções ou desmarcações de exames.

Aspectos que devem ser considerados:

- Chefia por médico gastroenterologista;
- Formação em suporte de vida, credenciada e recertificada periodicamente, com níveis adequados a cada um dos membros da equipa;
- Especialização (ou tirocínio) em gastroenterologia do pessoal médico, sendo desejável a diferenciação em endoscopia digestiva dos enfermeiros;
- Formação e supervisão do pessoal de forma integrada;
- Pessoal de apoio, nomeadamente secretariado.

Listas de Espera e Remarcação de Exames

O exame endoscópico deve ser pronto, isto é, realizado em tempo oportuno, evitando a

dilação ou listas de espera. O atraso na sua execução pode ser prejudicial e frustrar o doente. Deve registar-se o intervalo de tempo entre a decisão da realização do exame e a sua efectivação. A provisão de procedimentos endoscópicos expeditos e atempados dependerá das suas indicações, do tipo de exame a realizar e das preferências do doente. A remarcação de exames é igualmente um parâmetro de qualidade, sendo também um dos principais indicadores da rendibilidade da UE.

Protocolos de Actuação

Devem existir protocolos sobre desinfecção e monitorização do percurso do material, profilaxia antibiótica, anticoagulação/antiagregação plaquetária, procedimentos em diabéticos, sedação, vigilância e critérios de alta após realização de exames sob sedação, protecção do pessoal aquando da realização de exames radiológicos, entre outros considerados necessários. Estes protocolos devem ser registados em papel e sob forma electrónica, e ser de fácil acesso.

Consentimento Informado

A figura do consentimento informado é um imperativo médico-legal que não pode ser dispensado. Deverá ser adaptada ao procedimento específico e, se necessário, abordar aspectos particulares do doente a quem é solicitada.

Na altura da marcação do exame, avaliação do doente e instruções preparatórias, deve ser entregue ao doente e, eventualmente, à sua família, um folheto informativo e de consentimento que adequadamente esclareça todos os aspectos relacionados com o exame. A obtenção do consentimento informado deverá ser confirmada pelo gastroenterologista antes da realização do exame.

Monitorização

Todos os doentes submetidos a técnicas endoscópicas, mesmo as mais simples e rápidas, devem ser sujeitos a monitorização clínica, que inclui avaliação do estado de consciência, colaboração durante o exame, função respiratória e atenção a quaisquer complicações que possam surgir.

Os doentes submetidos a técnicas endoscópicas mais prolongadas, sobretudo se têm patologias associadas e são sujeitos a sedação, devem ser vigiados da forma acima descrita e monitorizados com o auxílio de equipamento que possibilite o registo da frequência cardíaca, traçado electrocardiográfico, tensão arterial e oximetria de pulso.

O fornecimento de cuidados anestésicos fora do Bloco Operatório deve seguir as recomendações da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*.

Avaliação da Qualidade e Satisfação dos Doentes

É desejável a realização, preferencialmente por entidades independentes, de questionários objectivos, estruturados, padronizados e devidamente validados, destinados a aferir o grau de satisfação dos doentes.

Devem ser realizadas reuniões periódicas, envolvendo todo o pessoal, com o objectivo de avaliar os indicadores de qualidade da Unidade de Endoscopia e discutir a instituição de medidas tendo em vista a sua melhoria.



METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Não existe nenhum objectivo singular que reflecta adequadamente a QUALIDADE:

Então como avaliar?

Necessitamos de um conjunto de indicadores que sejam:

S [*Specific*] – específicos do procedimento/endoscopista;

M [*Measurable*] – mensuráveis/quantificáveis;

A [*Appropriate*] – apropriados/adequados

R [*Relevant*] – objectivos/não aleatórios;

T [*Timely*] – atempados/oportunos.

Os indicadores devem ser classificados em de **Estrutura**, de **Processo** e de **Resultados**.

Os indicadores de qualidade e segurança devem cair em duas categorias: *resultados auditáveis* e *padrões de qualidade*.

Resultados Auditáveis – referem-se a resultados que é importante monitorizar e rever mas em relação aos quais não é possível estabelecer um padrão. São exemplo o número mínimo de exames para manter a competência ou os resultados da terapêutica endoscópica de varizes.

Padrões de Qualidade – é um resultado auditável em que existe uma evidência segura que pode ser recomendada como *Padrão Mínimo*. São exemplo a percentagem de colonoscopia total ou a percentagem de hemorragia pós-esfincterotomia.

É esperável que os programas informáticos possuam quesitos que possibilitem elaborar relatórios uniformes de todos os resultados auditáveis e padrões de qualidade. A ideia é que todas as unidades de endoscopia sejam capazes de elaborar automaticamente relatórios padrão.

Sistematizam-se neste capítulo, nos quadros que seguem, os indicadores de qualidade e de segurança gerais e específicos de cada técnica endoscópica no tocante aos procedimentos, estrutura e resultados, no sentido de facilitar a elaboração de programas de qualidade nas Unidades de Endoscopia e a sua avaliação pelas entidades competentes.

Quadro 4. Qualidade Geral e Indicadores de Segurança

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> » Nº de endoscópios adequados a um serviço contínuo; » Quantidade adequada de equipamento para todos os procedimentos efectuados; » Registo electrónico de relatórios; » Apoio radiológico e anátomo-patológico; » Captura e registo de imagem; » Gestão de listas de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> » Equipamento de diatermia a funcionar correctamente; » Equipamento de hemostase; » Monitorização de O₂, TA e ECG; » Equipamento de reanimação e área de recobro; » Recomendações das Sociedades
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> » Profissionais em número e formação adequados ao volume e tipo de procedimentos; » Prática sem supervisão limitada ao pessoal competente; » Liderança médica e de enfermagem identificadas; » Todo o pessoal em treino é supervisionado; » Prática independente do pessoal em treino só após avaliação formal. 	
Processo	<ul style="list-style-type: none"> » Política de antibióticos; » Política de anticoagulantes; » Política para diabéticos; » Política de sedação; » Políticas publicadas em papel e em formato electrónico; » Política de consentimento informado; » Formação do pessoal em infecção, manipulação de produtos biológicos, higiene e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> » Monitorizar e rever eventos adversos e “quasi erros”; » Aderência a princípios de desinfeção e monitorização do percurso; » Política de protecção radiológica acordada; » Adesão a política local de ressuscitação.
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Nº de procedimentos feitos por cada operador. 	<ul style="list-style-type: none"> » Admissões não planeadas ou complicação nos oito dias que seguem um procedimento; » Morbimortalidade aos 30 dias; » Uso de flumazenil; » Uso de naloxona; » Necessidade de ventilação; » Perfuração; » Hemorragia; » Queda sustentada de O₂ com saturação < 90%.

Quadro 5. Endoscopia Alta Diagnóstica

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Sucesso da entubação; » Percentagem de exames completos. 	
Padrões de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> » Repetir a endoscopia na úlcera gástrica no espaço de 12 semanas em 100% dos casos (úlcera gástrica definida como solução de continuidade > 5mm envolvendo a submucosa). 	

Quadro 6. Colonoscopia e Sigmoidoscopia Flexível

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Disponibilidade de sedação e analgesia; » Níveis de conforto; » Tatuagem em pólipos suspeitos de malignidade; » Tatuagem em tumores pequenos ou de localização dúbia. 	
Padrões de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> » ≥ 90% de sucesso técnico na colonoscopia total; » Detecção de adenomas > 15% na colonoscopia e sigmoidoscopia de rastreio; » Recuperação de pólipos > 90% dos casos; » Preparação intestinal de boa qualidade em > 90% dos casos; » Biópsias colo-rectais por diarreia persistente em 100% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> » Perfuração na colonoscopia < 1:1000; » Hemorragia pós-polipectomia necessitando transfusão < 1:100 em pólipos > 1cm; » Perfuração pós-polipectomia < 1:500; » Perfuração na sigmoidoscopia < 1:5000.

Quadro 7. Endoscopia Alta Terapêutica (excepto hemorragia)

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> » Provisão adequada de equipamento de dilatação (balões e velas); » As unidades que praticam tratamento paleativo do cancro do esófago devem ter acesso a terapêutica multimodal. 	<ul style="list-style-type: none"> » Acesso a apoio radiológico nas dilatações sempre que for difícil passar um fio-guia.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> » A dilatação e inserção de próteses é feita por ou sob supervisão dum endoscopista experiente com prática continuada para manter a competência. 	<ul style="list-style-type: none"> » Acesso a opinião cirúrgica competente.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> » Protocolo para dilatação de estenoses esofágicas; » A decisão de colocar uma prótese esofágica deve ser tomada por um grupo multidisciplinar de tratamento de cancro digestivo ou após consulta a um elemento desse grupo; » No doente suspeito de acalásia confirmar o diagnóstico antes do tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> » Protocolo acordado de seguimento após dilatação ou colocação de prótese.
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Posição satisfatória da prótese no fim do procedimento; » Percentagem de reintervenção endoscópica após colocação de prótese. 	<ul style="list-style-type: none"> » Mortalidade aos 30 dias na colocação de próteses.
Padrões de Qualidade		<ul style="list-style-type: none"> » Perfuração após dilatação: <ul style="list-style-type: none"> · estenose benigna < 1:100; · estenose maligna < 1:20; · acalásia < 1:20; · obstrução gástrica < 1:20.

Quadro 8. Endoscopia Alta Terapêutica (na hemorragia)

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> » Equipamento para tratar hemorragia por úlcera; » Equipamento para tratar hemorragia por varizes; » Equipamento para tratar lesões sangrantes não-ulcerosas e não-varicosas; » Endoscopia de urgência nas 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Capacidade para fazer endoscopia com anestesia; » Apoio de equipa multidisciplinar, preferencialmente no contexto duma unidade de cuidados intensivos.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> » A endoscopia por hemorragia digestiva deve ser executada por ou sob supervisão dum endoscopista experiente e com prática continuada para manter competência. 	<ul style="list-style-type: none"> » Acesso a opinião cirúrgica competente; » Para cada caso deve haver 3 assistentes com competências apropriadas.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> » Protocolos sobre o tratamento preferido na hemorragia por úlcera e por varizes; » Nota escrita no processo de todos os doentes que inclua recomendações sobre o tratamento futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> » Protocolo acordado de monitorização e ressuscitação antes e depois dos procedimentos de urgência em hemorragia digestiva; » Política estabelecida sobre envolvimento dos anestesiistas nos doentes com hemorragia digestiva.
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Percentagem de hemostase primária » Percentagem de cirurgia; » Tempo decorrido até à primeira endoscopia; » Necessidades transfusionais; » Uso de medicação apropriada; » Tempo médio de internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> » Mortalidade aos 30 dias observando os critérios de Rockall ou equivalente; » Pneumonia; » PBE em doentes com hemorragia por varizes; » % de recidiva hemorrágica; » % de perfuração; » % profilaxia de PBE; » % profilaxia de endocardite.

Quadro 9. CPRE

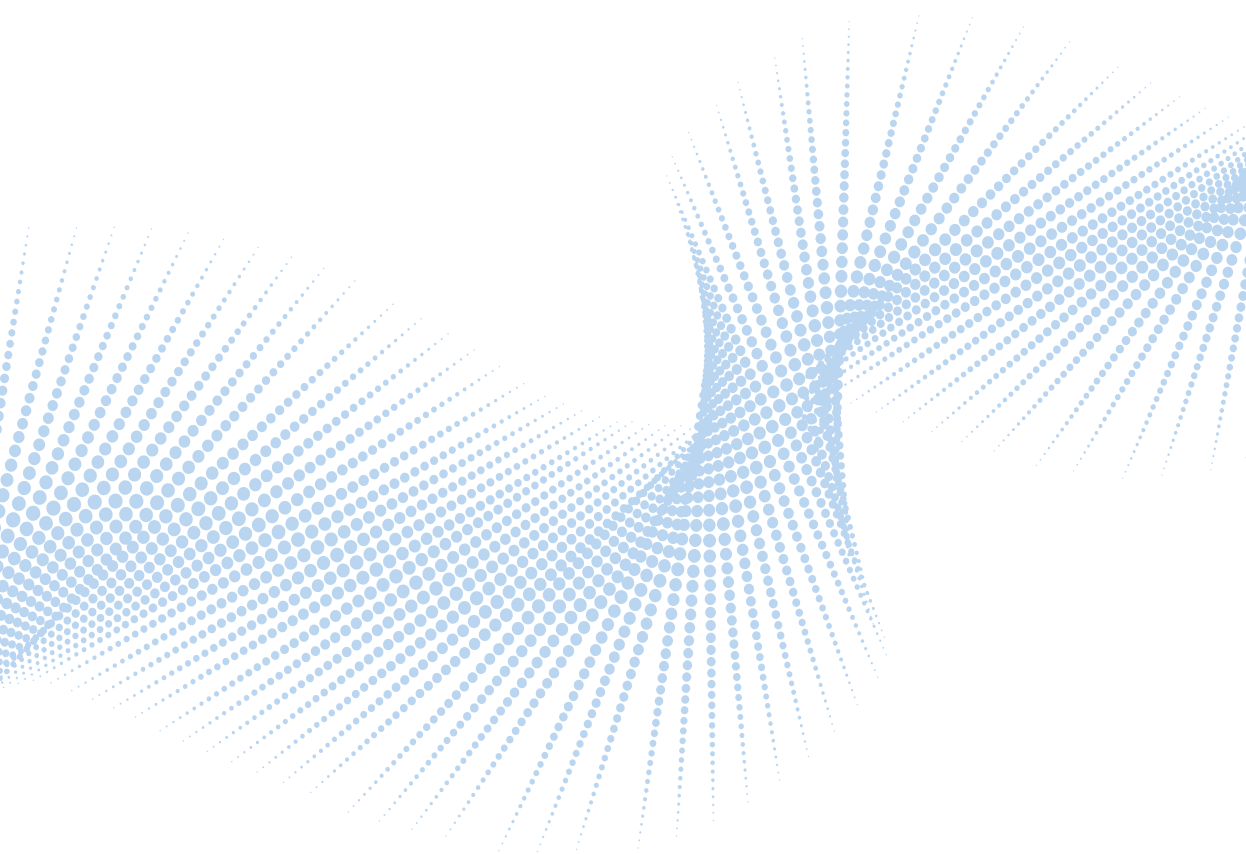
	QUALIDADE	SEGURANÇA
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> » Pelo menos 150 exames por ano; » Material suficiente para executar os procedimentos padrão. 	<ul style="list-style-type: none"> » Equipamento de hemostase; » Litotritor de emergência.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> » Um volume mínimo de trabalho por cada endoscopista; » Pelo menos dois endoscopistas treinados em cada centro. 	<ul style="list-style-type: none"> » Pelo menos três assistentes treinados por cada caso.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> » Avaliação pré-CPRE por pessoal competente; » Indicações de CPRE protocolizadas por instituição; » Envolvimento de mais de um médico na decisão de realizar cada exame de CPRE; » Notas em todos os processos dos doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Registo formal dos incidentes adversos; » Cumprimento das normas de protecção radiológica; » Profilaxia antibiótica de acordo com os protocolos convencionais.
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Número de procedimentos por operador; » Sucesso de canulação do ducto desejado ou da terapêutica pretendida. 	<ul style="list-style-type: none"> » Frequência de pancreatite pós-procedimento.
Padrões de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> » > 90% das CPRE de intenção terapêutica; » Completar o procedimento terapêutico tentado em pelo menos 80% dos casos; » Após falência da CPRE inicial, descompressão da VB até 5 dias em doentes estáveis ou em 24 horas em doentes instáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> » Transfusão em hemorragia pós-EET < 2%; » Perfuração < 2%; » Pancreatite sintomática < 5%; » Mortalidade relacionada com o procedimento < 1%; » Tratamento antibiótico adequado em 100% dos casos.

Quadro 10. Ecoendoscopia

	QUALIDADE	SEGURANÇA
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> » Equipamento de varrimento axial e sagital; » Capacidade de guardar imagens. 	
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> » Citopatologista experiente. 	
Processo	<ul style="list-style-type: none"> » Integração das informações em equipa multidisciplinar; » Protocolos acordados para: <ul style="list-style-type: none"> · indicações; · uso de antibióticos; · biópsia; · outra ultrassonografia de intervenção; · dilatação esofágica para estadiamento. 	<ul style="list-style-type: none"> » Pessoal preparado para o uso de pinças de biópsia e fixação de esfregaço/cultura.
Resultados Auditáveis	<ul style="list-style-type: none"> » Número mínimo de procedimentos por centro e endoscopista para: <ul style="list-style-type: none"> · cancro gastroesofágico; · estadiamento; · imagem biliopancreática; · biópsia com agulha fina. 	
Padrões de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> » Imagem diagnóstica > 90%; » Biópsia completa: <ul style="list-style-type: none"> · > 90% em nódulos linfáticos mediatínicos; · > 75% em massas pancreáticas ou outras; » Biópsias diagnósticas: <ul style="list-style-type: none"> · > 75% no pâncreas; · > 90% noutras lesões; » Acuidade no diagnóstico de cancro consistente com os números publicados. 	<ul style="list-style-type: none"> » Complicações < 1% (perfuração esofágica, pancreatite aguda pós-biópsia, infecção e hemorragia).

4.

Formação em Endoscopia Digestiva



Especialistas bem treinados, com conhecimentos e competências actualizadas, constituem uma garantia indispensável da qualidade dos actos médicos na área da endoscopia digestiva. Entende-se por formação, não só a aquisição de competências e capacidades durante o internato (formação profissional), mas também a actualização e reciclagem de conhecimentos dos especialistas (formação médica contínua).

1. Formação Profissional

O período de formação profissional, entre nós designado por Internato, compreende a aquisição de competências cognitivas e técnicas, orientadas no cumprimento de um *curriculum* mínimo, e a avaliação contínua do desempenho, a qual culmina no exame final de Internato.

Inclui o chamado treino ou estágio, que dura 60 meses, sendo 12 em medicina interna, 2 em imagiologia, 1 em anatomia patológica e 45 em gastroenterologia. O tirocínio é efectuado em Serviços idóneos, anualmente avaliados pelo Colégio de Gastroenterologia da Ordem dos Médicos. A atribuição da idoneidade e capacidade formativas depende do cumprimento dum conjunto de critérios. Varia entre 50 e 100% consoante o Serviço preenche a totalidade ou somente parte dos requisitos constantes no Quadro 11.

Quadro 11. Requisitos de Idoneidade e Capacidade Formativa a 100% dos Serviços de Gastroenterologia

Condições Estruturais	Serviço autónomo c/ quadro próprio; camas de internamento > 12; Unidade de Técnicas; Consulta Externa autónoma; Urgência gastroenterológica; Unidade de Cuidados Intensivos; Arquivo Clínico; Biblioteca com livros e revistas da especialidade ≥ 3; Reuniões clínicas semanais.
Recursos Humanos	Chefia autónoma; Número de especialistas ≥ 3; Relação nº internos/ nº especialistas ≤ 1
Técnicas Obrigatórias (número mínimo)	Endoscopia digestiva alta ≥ 1000/ano; Fibrosigmoidoscopia flexível ≥ 300/ano; Colonoscopia ≥ 400 /ano; Polipectomia ≥ 80/ano; Hemostase endoscópica ≥ 60/ano; Biópsias percutâneas ≥ 30/ano; CPRE ≥ 150/ano; Dilatações/próteses ≥ 40/ano; Proctologia terapêutica ≥ 50/ano.
Outras Técnicas (número ≥ 3)	Árgon, biópsia hepática transjugular, biópsias e punções ecoguiadas, cápsula endoscópica, ecografia abdominal, ecografia endocavitária, ecoendoscopia, estudos funcionais digestivos, enteroscopia, gastrostomia percutânea, laser, litotricia, terapêutica endoscópica da obesidade, terapêutica fotodinâmica, laparoscopia.

No âmbito dos Serviços onde são colocados, os tirocinantes estão sob supervisão directa dos Orientadores de Formação e Directores de Serviço e, indirecta, das Direcções de Internato da respectiva Instituição.

O programa do internato (*curriculum*), é definido e proposto pelo Colégio de Gastrenterologia ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, o qual, uma vez aprovado, o envia ao Ministério da Saúde para homologação e ulterior publicação em Diário da República. O referido *curriculum*, inclui a definição dos objectivos de aprendizagem, os quais compreendem a aquisição de competências em técnicas, cujos números mínimos estão quantificados no Quadro 12.

Quadro 12. Competências Técnicas Mínimas do Internato de Gastrenterologia

	Mínimos como executante
Endoscopia digestiva alta	400
Rectosigmoidoscopia flexível	100
Proctologia terapêutica	30
Colonoscopia total	200
Biópsia hepática percutânea	30
Polipectomia endoscópica	50 sessões
Terapêutica hemostática	50
	Mínimos como ajudante/supervisionado
CPRE/ETE	80
Dilatação/próteses	20
Endoscopia por cápsula	20
	Formação complementar – contacto com algumas técnicas
Biópsia hepática transjugular/TIPS; biópsias e punções ecoguiadas, ecoendoscopia, litotricia, laparoscopia, enteroscopia, gastrostomia percutânea, métodos térmicos hemostáticos e ablativos, mucosectomia, estudos funcionais, mucosectomia/dissecção submucosa, próteses entéricas, terapêutica endoscópica obesidade	Números mínimos não estabelecidos. Possibilidade de serem efectuadas através da frequência de estágios opcionais: endoscopia terapêutica, ecografia/ecoendoscopia, doenças biliares e pancreatologia, proctologia.

Comprovadamente, esta metodologia apresenta limitações sérias, sendo desejável complementar a quantificação com parâmetros de desempenho, nomeadamente através duma avaliação contínua levada a cabo nos Serviços onde os Internos são colocados. A avaliação final do Internato é comum a todas as especialidades, encontrando-se definida no Despacho nº 38, de 22 de Fevereiro de 2006.

A formação profissional básica deve dar resposta às necessidades da comunidade, acompanhando, ao mesmo tempo, a evolução da especialidade, sem esquecer os princípios éticos e os condicionalismos sócio-económicos. As preocupações com a qualidade devem orientar diversos tipos de intervenções a vários níveis:

A. É desejável um investimento na formação de “Orientadores de Formação”, estabelecendo um programa similar ao *Train the Trainers* desenvolvido pelas WGO/OMGE/OME, o qual tem êxito reconhecido. A supervisão do tirocínio da especialidade é efectuada pelos Orientadores, pelo que é imprescindível fornecer-lhes treino na aquisição de competências de educação de adultos e respectivas metodologias de avaliação.

B. O programa de internato deve ser adaptado continuamente, passando a incluir novos objectivos de aprendizagem que permitam manter o *curriculum* básico permanentemente ajustado à evolução da especialidade. Devem ser reforçados os objectivos relacionados com as questões de ética e, ao mesmo tempo, procurar responder às novas exigências de comunicação, esclarecimento e educação para a saúde da comunidade. Deste modo, o Interno deve ter a capacidade não só de efectuar técnicas e elaborar informação clínica mas também de estabelecer o planeamento da intervenção clínica subsequente e de discutir com o doente e restantes participantes no processo. O Interno deve, ainda, procurar activamente melhorar as suas capacidades de comunicação. Deve ser robustecido o conceito de que a Endoscopia Digestiva é parte integrante da Gastrenterologia com todas as consequências inerentes. Durante o tirocínio, o Interno adquire competências básicas, sendo muito raro que alcance autonomia em técnicas mais complexas, abrangidas por um conceito de nível 2, que apesar de não estar regulamentado em Portugal é consensual em alguns países de referência. As mais citadas das técnicas de nível 2 são a CPRE e a ecoendoscopia, estando referenciados, no Quadro 13, os mínimos recomendados, quer no que respeita ao treino quer relativamente ao volume de trabalho de um Centro considerado idóneo.

Quadro 13 - Mínimos Recomendados para CPRE e Ecoendoscopia

CPRE	200	Em Unidades que efectuam > 250/ano
Ecoendoscopia	150	Em Unidades que efectuam > 200/ano

C. Como foi referido anteriormente, a adopção de números mínimos é, por si só, uma forma grosseira de estabelecer objectivos de aprendizagem, sendo curial que aquelas cifras se articulem com os objectivos específicos referenciados no Quadro 14.

Quadro 14. Objectivos Gerais e Específicos a Alcançar nas Técnicas Endoscópicas

Procedimento	Objectivos a atingir
Esofagogastroduodenoscopia	<ul style="list-style-type: none"> » Entubação esofágica » Entubação pilórica » Retroflexão
Colonoscopia	<ul style="list-style-type: none"> » Entubação do ângulo esplénico » Entubação do íleon terminal » Retroflexão
CPRE	<ul style="list-style-type: none"> » Canulação intencional de ducto » Opacificação intencional de ducto » Esfincterotomia » Extracção de cálculos » Colocação de “stents”
Ecoendoscopia	<ul style="list-style-type: none"> » Entubação do esófago » Entubação do piloro » Obtenção de imagem do órgão e ou lesão desejados » Sucesso na punção com agulha fina » Estadiamento tumoral de acordo com os dados da cirurgia e com a literatura
Todos os procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> » Reconhecer os aspectos normais e patológicos » Desenvolver tratamento médico / endoscópico adequado em função dos achados patológicos » Obter consentimento informado apropriado » Inserir o endoscópio utilizando técnica apropriada e detectar todas as alterações com significado patológico » Efectuar exame de todo o órgão pretendido e identificar correctamente as referências anatómicas » Completar observação num tempo razoável e elaborar relatório rigoroso » Reconhecer e orientar todas as complicações de forma eficiente » Planear a correcta orientação terapêutica e discutir os dados do exame com o doente e outros clínicos » Planear o seguimento adequado, correlacionar com a anatomia patológica e acompanhar o resultado final de todos os procedimentos

A avaliação do desempenho efectuada no âmbito dos Serviços deve ser realizada por responsáveis com capacidade e meios para o fazer. Os Internos devem idealmente proceder a um registo sistemático, preferencialmente numa Caderneta de Estágio, onde se anotem as técnicas efectuadas e os parâmetros que permitam uma fácil avaliação da concretização dos objectivos previstos. A utilização desta Caderneta é referida no programa de formação em vigor desde 1996, pelo que tem de integrar a rotina do Interno.

D. A avaliação final não é específica da Gastreenterologia, pelo que não é exequível a introdução de alterações, sendo preferível actuar na melhoria da vertente da avaliação contínua.

2. Formação Médica Contínua

No âmbito da endoscopia digestiva, a evolução tecnológica é contínua colocando um desafio permanente de actualização aos especialistas. A aquisição de novas competências, em técnicas de maior ou menor risco, implica tempos de aprendizagem por vezes longos, que nem sempre se coadunam com a disponibilidade de tempo de especialistas já em plena actividade profissional. Para ultrapassar estas limitações, poderá recorrer-se a metodologias utilizadas por outras especialidades: cursos de formação com vertente eminentemente prática, utilizando, nomeadamente, modelos animais e simuladores. Será necessário, no entanto, definir programas de formação para especialistas, especialmente em áreas que envolvam maior complexidade técnica, com o recurso, que se afigura cada vez mais indispensável, a Centros de Treino Avançado, ligados a Sociedades Científicas, Hospitais e Universidades.

O *eLearning* constitui valioso instrumento de apoio à actualização de conhecimentos, podendo incluir formas de auto-avaliação, de que são exemplo vários projectos desenvolvidos pela AGA e ASGE. As dificuldades económicas que afectam a indústria farmacêutica reduziram drasticamente o apoio financeiro à formação, o que, a manter-se, terá um impacto negativo determinante a nível da formação médica contínua na área da Gastreenterologia. A utilização de meios electrónicos de educação pode constituir uma forma de ultrapassar os constrangimentos financeiros referidos.

A recertificação, enquanto forma de controlo da manutenção de competências, não tem tradição em Portugal, havendo inclusivamente uma permanente obstrução à introdução deste conceito. Os concursos da carreira médica hospitalar, ainda que passíveis de crítica, eram uma forma de recertificar conhecimentos e competências, constituindo um estímulo permanente à actualização. O fim das “Carreiras Médicas” representa, no âmbito da formação médica contínua, um retrocesso profundamente nocivo. Urge, por isso, defender a sua recriação, em novos moldes. Se este desígnio não for concretizado, é essencial desenvolver outras formas de certificação e recertificação, nomeadamente à luz da proposta que a seguir se apresenta.

3. Educação Médica Contínua Pós-Graduada: Certificação e Recertificação

“The Science of Medicine, however sophisticated it may be, is always in the experimental stage” Ernest Codman 1917

Os termos competência e desempenho (aptidão, “performance”) são muitas vezes utilizados indiscriminadamente para designar o mesmo conceito quando, na verdade, existe uma clara

distinção entre os dois: a competência define-se pelo o que um médico pode executar numa representação controlada da sua prática profissional (num ambiente de simulação, prova ou ensino), e que é o domínio da certificação primária, sendo o desempenho uma medida do que um médico pode realizar na sua prática profissional (clínica, assistencial). É um nível mínimo de aptidões, conhecimentos, referências, adquiridas por treino e vivências, necessários para com segurança e proficiência desempenhar uma tarefa, que é, por isso, a essência e objecto dum plano de certificação.

A certificação (“credentialing”) designa todo esse processo de avaliação de competência de um médico na sua prática individual, sendo essa avaliação um requisito necessário indicado habitualmente por uma Instituição em que o médico se filia, constituindo também um suporte de segurança e confiança para os doentes que ficarão a seu cargo. Esse processo debruça-se sobre uma sólida base de conhecimentos teóricos apresentados pelo candidato e também sobre aspectos relacionados com a confiança e aptidão técnica prática, segurança, capacidade de conhecimento e controlo do risco inerente à actividade, bem como sobre a sua integridade de carácter (probidade).

A Pirâmide de Miller (Fig. 2), indica as diferenças entre conhecimento, competência, desempenho e acto independente, facilitando a compreensão e abordagem qualitativa de cada um desses níveis. O conhecimento é o substrato teórico que resulta da informação adquirida; a competência é a forma como se aplica o conhecimento; o desempenho traduz como se desenvolve na prática uma aptidão, e a acção independente representa o que o praticante faz quando actua isoladamente e o que acontece fora do contexto observacional por outros. O universo da certificação primária desenvolve-se nos dois componentes basais da pirâmide e o da recertificação (“Maintenance of Certification”, MOC) nos dois componentes do topo.



Figura 2. Pirâmide de Miller

Este contínuo conceptual de certificação e recertificação tem sido objecto de grande interesse e análise da comunidade médica (pelo menos nalguns países com enorme preocupação sobre esta matéria). Isso resulta, essencialmente, da integração na nossa prática médica do binómio qualidade dos cuidados médicos prestados *versus* treino/formação dos profissionais de saúde. É exemplo desta tomada de consciência, o Programa MOC, atrás referido, desenvolvido pelo Colégio Americano de Especialidades Médicas (“American Board of Medical Specialties”, ABMS), cujo âmbito de acção engloba a avaliação do profissionalismo, da participação ao longo da vida em processos de aprendizagem, bem como da análise directa do desempenho prático do médico no seu quotidiano. Ao desenvolver o MOC, a ABMS identificou os atributos, caracteristicamente definidores do especialista competente (Quadro 15).

Quadro 15. As Seis Competências Básicas

Conhecimentos Médicos	Acerca do estado da arte e da sua evolução, nos diferentes aspectos cognitivos das ciências biomédicas e clínicas, e da aplicabilidade destes conhecimentos aos cuidados médicos.
Cuidados Médicos	Prestação apropriada, humanizada e eficaz, no tratamento dos problemas de saúde e na sua promoção.
Aptidões interpessoais e comunicativas	Que resultem em intercâmbio informativo eficaz e cooperação adequada com os doentes e seus familiares, bem como com outros profissionais de saúde.
Profissionalismo	Demonstrado pelo envolvimento empenhado em responsabilidades profissionais, aderência a princípios éticos e sensibilidade perante as mais diversas solicitações decorrentes da heterogénea população de doentes.
Aprendizagem e Evolução Práticas	Assenta na autoavaliação dos cuidados prestados e seus resultados, capacidade da assimilação da evidência científica e no esforço dirigido à progressão e melhoria do desempenho.
Práticas em Sistemas de Saúde	Demonstrado pela consciencialização e capacidade de resposta adequada aos sistemas, métodos e ambientes específicos, susceptíveis de afectar o aporte de cuidados médicos, e na habilidade em coordenar esses sistemas de forma a proporcionar ou melhorar a prestação de cuidados médicos.

Estes alicerces, reagrupados em quatro componentes distintos e mensuráveis (Quadro 16), são actualmente os instrumentos de trabalho dos processos existentes de recertificação. Acresce ainda que este modelo, em vigor nos Estados Unidos, tem sido reapreciado e reformatado à luz da experiência progressivamente adquirida após a sua implementação. Assim, sabendo-se que as Parcelas I a III representam bem a prática corrente nos processos de recertificação nos Estados Unidos, reconhece-se a importância duma avaliação mais frequente do que o intervalo de 10 anos ainda em vigor, para as parcelas I e II. Também a parcela II “Life-long learning and Self Assessment” irá progressivamente enfatizando a

autoavaliação em detrimento dos convencionais créditos do CME (“Continuing Medical Education”).

Quadro 16. Manutenção e Certificação: Módulos e Requisitos

Parcela	Componente Certificativo	Requisitos
PARCELA I	Evidência do Estatuto Profissional	<ul style="list-style-type: none"> » Estar na posse da licença médica válida, completa e sem restrições. » Cartas de referência a ser submetidas pelos Chefes/Directores dos Serviços e Responsável pela Comissão de Certificação da Instituição em que o trabalho é maioritariamente executado.
PARCELA II	Envolvimento em Aprendizagem Contínua e Auto Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> » 30 horas de créditos de Categoria I e 20 horas de créditos da Categoria II (Sistema CME) a serem executadas anualmente. » Programas de autoavaliação executados e verificados cada 3 anos por Comissão de Educação da Especialidade.
PARCELA III	Evidência das Capacidades Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> » Avaliada por exame em intervalos de 10 anos (disponível desde o 7º ano após certificação prévia).
PARCELA IV	Avaliação de Desempenho Prático	<ul style="list-style-type: none"> » Participação em programas (regionais, nacionais ou locais) de avaliação da Qualidade e Desempenho, que incluam avaliação das capacidades comunicativas com doentes (verificável no 5º ano do programa), substituível por avaliação inter pares.

Esta autoavaliação implica um envolvimento mais proactivo do especialista no processo de aprendizagem e na sua própria disponibilização de retorno (“feedback”) do que aprendeu. A base racional para esta ênfase assenta na evidência de que os créditos convencionais necessitam de retorno do aprendiz e/ou reforço (positivo ou negativo) dos pares avaliadores para induzirem verdadeiras mudanças práticas.

Embora muito assente no sistema de créditos actualmente em vigor, sublinha-se a importância da autoavaliação nas capacidades cognitivas e, sobretudo, a redução de ciclos de avaliação, propondo-se a diminuição de alguns módulos de 10 para 5 ou 3 anos, o que permite de facto ter, idealmente em cada 10 anos, o ciclo completo de recertificação. A modificação recente mais relevante é a adição da parcela IV, de avaliação de desempenho prático, a qual representa um desvio de medição das qualificações individuais para uma medição da competência. O suporte filosófico desta nova parcela é a de que a melhoria implica medição. E esta realização assenta no pressuposto da necessidade de progredir, de melhorar, e não com intuítos de julgamento ou de carácter punitivo.

A Instituição que coordena, estipula as regras, observa e é capaz de emitir um juízo tão importante como o da autorização duma recertificação, terá sempre em linha de conta as específicas competências do especialista, processo que seguramente tem um grau elevado de complexidade. Esta complexidade enraíza-se nas características próprias dum julgamento

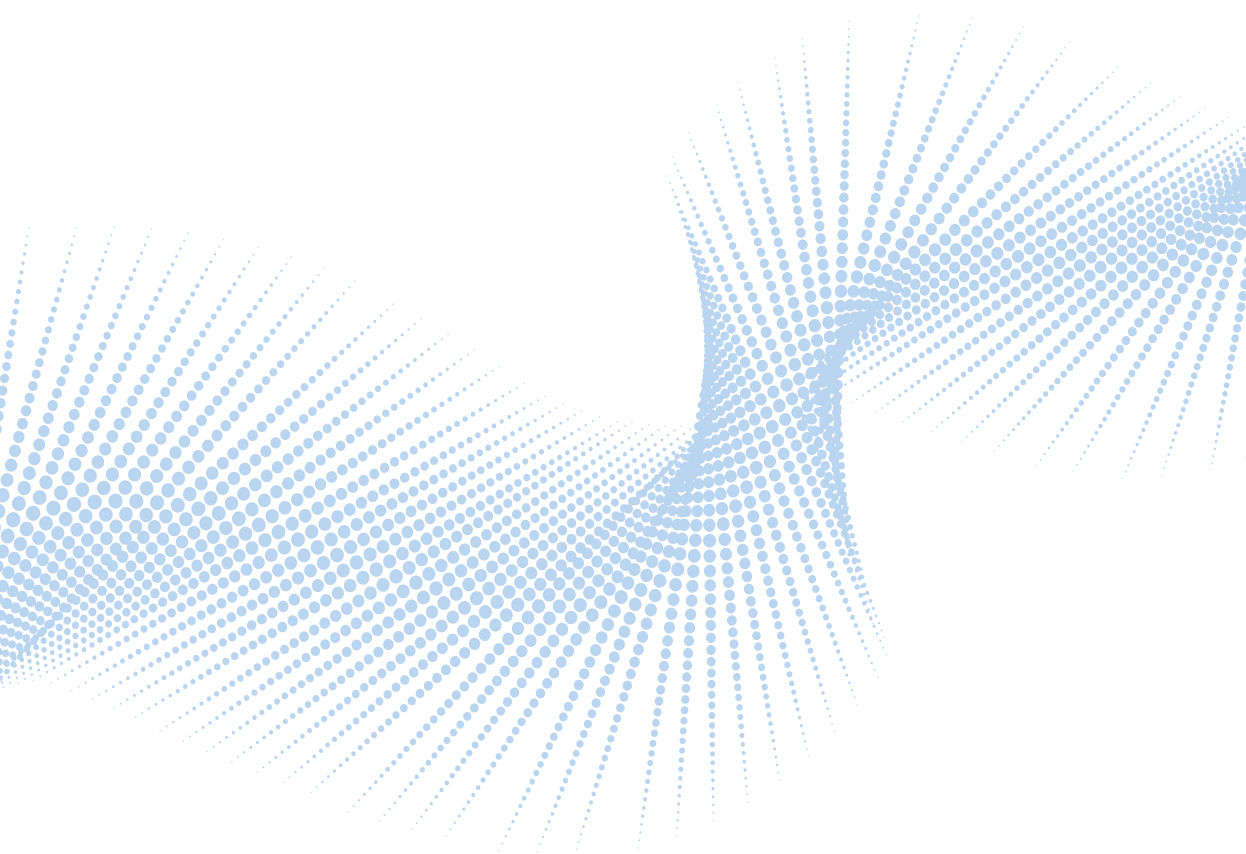
clínico e multifacetado, intimamente difícil, até por integrar sempre alguma margem de incerteza. A evolução e o ritmo dos avanços nos conhecimentos e tecnologia, também ligam o conceito da Qualidade a um alvo móvel, um objectivo não estático. São legítimas as preocupações quanto ao tempo e esforços necessários para dispensar ao processo de avaliação das miríades de potenciais processos mensuráveis relativos à prestação de cuidados de saúde, sobretudo quando esse tempo e esforço competem com aquele que é, por força da natureza do acto médico, dispensado no cuidado específico dum doente. Mas, na realidade, são os médicos e os seus doentes que mais podem beneficiar deste intrincado processo qualificativo. Os doentes têm óbvio benefício dos incrementos em qualidade e segurança, enquanto os médicos beneficiam da sua tomada de consciência da qualidade da sua prática, bem como do reconhecimento e confiança pública que resultam do facto do médico não recusar ser avaliado e recertificado.

Isto conduzirá a que sejam os médicos os interlocutores ideais quando se discutem os limites e o raio de acção da perícia dos clínicos, bem como a sua autoridade na avaliação e gestão nos sistemas de saúde.

Quando afirmamos a Qualidade como um imperativo da consciência e uma inevitabilidade do mercado, reconhecemos a exigência crescente dos consumidores e dos financiadores dos serviços prestados, mas acentuamos a inexorável vivência ética a que, no seu âmago, os médicos estão intrinsecamente comprometidos.

5.

Exigências Éticas em Endoscopia Digestiva





A ética biomédica emergiu vigorosamente nos últimos trinta anos como disciplina autónoma, em consequência de dois desenvolvimentos culturais preponderantes: o avanço da investigação científica com o consequente desenvolvimento tecnológico e, por outro lado, a prática da medicina num cenário institucional crescentemente complicado. Relativamente à investigação biomédica recente, foi responsável pelo advento de problemas éticos sem precedentes, mas também acrescentou novas dimensões a velhos problemas, criando um sentido de urgência na sua clarificação. A prática da medicina, por outro lado, que durante séculos se confinou à relação médico-doente, evoluiu para a arena institucional e para uma organização complexa na prestação de cuidados, onde amiúde se entrecruzam perspectivas médicas, éticas e legais. Além disso, a sociedade tomou crescente consciência da emergência de tensões entre a justiça social e os constrangimentos económicos.

Não admira, por isso, que no âmbito da ética normativa geral se tenham gerado várias formulações de teorias éticas que procuram providenciar a moldura normativa da ética biomédica. Uma teoria ética estabelece um conjunto de padrões morais que devem ser utilizados quando se pretende avaliar se uma determinada acção é moralmente correcta ou errada. Acontece porém, e infelizmente, que as várias teorizações contemporâneas que procuram alicerçar a fundamentação da ética biomédica, assentam em abordagens filosóficas divergentes, quando não antagónicas, tornando por vezes ainda mais complexa a resolução dos problemas éticos que nos confrontam.

De facto, que teoria ética deve ser propugnada como a mais consistente, coerente e plausível? A teoria teleológica, fundamentada no princípio da utilidade? A teoria deontológica de Kant, alicerçada em imperativos categóricos, que proclamam designadamente o respeito pela autonomia e dignidade do ser humano? A teoria de Ross, ou dos deveres “prima facie”, da fidelidade, da reparação, da gratidão, da beneficência, do não malefício, da justiça e do auto-aperfeiçoamento? Os princípios da ética biomédica de Beauchamp e de Childress, designadamente o princípio do respeito pela autonomia do doente, o princípio do não malefício, o princípio da beneficência e o princípio da justiça? Qual destas teorias deve ser subscrita como essencial na elaboração dos códigos éticos? Ou será que, como muitos opinam, estas teorias são demasiado abstractas para proverem orientações práticas na tomada de decisões no contexto biomédico, pelo que será mais recomendável o apelo ao cultivo das virtudes, tais como a competência, a dedicação, a honestidade, a compaixão e a lealdade? Segundo estes pensadores, na linha de Platão e Aristóteles, essas virtudes constituem uma base mais consistente para a prática de acções moralmente correctas, do que o conhecimento de princípios, regras ou códigos éticos. Julgamos que as duas teorizações se complementam e são indissociáveis. Isto é, o cultivo das virtudes e dos traços de carácter é um pressuposto basilar para uma conduta moral correcta, mas não pode dispensar os princípios e as normas de acção que decorrem das teorias éticas.

E quanto a estas, pensamos que todas elas consagram preceitos essenciais paulatinamente incorporados nos modernos códigos éticos, reconhecendo-se, no entanto, que certos princípios têm prioridade moral sobre outros.

O excitante avanço tecnológico dos últimos decênios tem suscitado a discussão cada vez mais frequente dos correspondentes limites éticos. Se durante 24 séculos o Juramento de Hipócrates constituiu o código médico fundamental, geralmente considerado suficiente na salvaguarda das exigências morais da actividade profissional, as prodigiosas aquisições tecnológicas recentes e os múltiplos problemas de ordem ética que suscitam, motivaram a elaboração de novos códigos éticos designadamente a Declaração de Genebra, em 1948 e a Declaração de Helsínquia, em 1964. A Declaração de Helsínquia, revista nas Assembleias Médicas Mundiais realizadas em Tóquio, em 1975, em Veneza, em 1983, em Hong Kong, em 1989, na África do Sul, em 1996 e em Edimburgo, em 2000, consagra princípios éticos que devem orientar a investigação e a prática clínica.

Descendo ao terreno da prática endoscópica, um primeiro problema que se coloca quando se reflecte nos seus limites éticos, diz respeito aos riscos eventualmente decorrentes, mormente nos exames agressivos. A relação médico/doente e o clima de confiança e de respeito tão fundamental na prática clínica, não podem servir de justificação para o uso do paciente como simples sujeito experimental. O código de Helsínquia salienta que o médico deve ser livre para utilizar novas medidas de diagnóstico e de terapêutica se, no seu entender, oferecem esperança de salvar a vida, de restabelecer a saúde ou de aliviar o sofrimento, mas essa iniciativa deve tomar-se especificamente na intenção de ajudar o enfermo na unidade da sua pessoa, e não como instrumento de experimentação. O critério decisivo reside na proporção entre a esperança de êxito e o eventual risco de resultados nocivos, não só para a sociedade em geral, mas para o paciente de modo particular.

Factor decisivo para o valor ético e para a justificação moral do risco é o consentimento informado do doente. Em virtualmente todos os códigos de ética médica e de investigação elaborados nos últimos anos, exige-se que os médicos obtenham o consentimento informado do doente antes de empreenderem processos significativos de diagnóstico, de terapêutica ou de investigação. As raízes históricas e a justificação primária do consentimento informado radicam no princípio da autonomia, isto é, há um dever moral de procurar um consentimento válido porque a parte que consente é uma pessoa autónoma, com todos os direitos que o estado legal confere.

O princípio da autonomia, consubstanciado no consentimento voluntário do sujeito humano, é absolutamente essencial na prática dos meios agressivos de diagnóstico ou tratamento, quer se trate de exames já consagrados na clínica corrente, ou de aplicação de novas tecnologias, a qual pode envolver vários aspectos, designadamente: testar métodos desenvolvidos algures; modificar métodos existentes; introduzir novas áreas de indicação clínica;

aplicar métodos previamente não testados; e analisar, em ensaios randomizados, o interesse clínico de um novo método em comparação com outros já existentes. Observar nestes casos o princípio da autonomia, mediante a obtenção do consentimento voluntário e informado do enfermo, significa que este deve possuir a capacidade legal para dar a aprovação e encontrar-se numa situação que lhe possibilite estar apto a exercer a plena escolha sem a intervenção de elementos de força, fraude, engano, coacção ou de qualquer forma de pressão ou coerção. Terá ainda de possuir conhecimento e compreensão suficiente da finalidade e do processo de diagnóstico ou de terapêutica, de modo a estar capacitado para tomar uma decisão plenamente consciente. Isto é, antes da aceitação de uma decisão afirmativa por parte do sujeito experimental, importa revelar a natureza, a duração e a finalidade do estudo, o método e os meios com que vai ser efectuado, todos os inconvenientes e eventualidades que se esperam, e os efeitos (sobre a sua saúde ou pessoa) que provavelmente vão derivar da participação nesse estudo. O dever moral e a responsabilidade de verificar a qualidade do consentimento cabe ao médico que inicia, dirige ou se empenha no exame em causa.

Sendo geralmente aceite que o consentimento informado deve ser solicitado sempre que um método é invasivo, quando riscos significativos podem fazer perigar o doente e quando são questionáveis os propósitos do estudo, há controvérsia quanto à estrutura e dimensão desse consentimento. Os códigos médicos e de investigação têm tradicionalmente acentuado que o acto do consentimento deve ser genuinamente voluntário e precedido de adequada divulgação ou revelação de informações. O elemento informativo do consentimento implica uma adequada explicitação do método de estudo e a compreensão pelo doente do que se revela, enquanto que a componente de permissão diz respeito à decisão voluntária por parte de uma pessoa competente. Mas quanta e que tipo de informação deve ser transmitida, e em que extensão tem de ser compreendida? É o consentimento válido se dado sob condições de pressão social ou se o consentimento é irresponsável? A cedência de informações e sua compreensão por parte do doente, o conceito de competência ou de incompetência, a não cedência intencional de informações, o carácter voluntário do consentimento e a recusa de sujeição a um exame clínico, suscitam respostas difíceis. Na sua resolução, uma salvaguarda importante reside na presença de um médico inteligente, informado, consciencioso, compassivo e responsável.

Outros princípios éticos, para além do primado da autonomia individual, devem monitorizar a realização de estudos eventualmente lesivos para o doente. Um deles é o princípio do não malefício, já consagrado, aliás, no Juramento Hipocrático e associado à máxima latina “*primum non nocere*”. O dever de não maleficar compreende simultaneamente o dano intencional e o risco de dano, proibindo não só, e obviamente, a injúria deliberada, mas requerendo, também a justificação dos riscos pelos prováveis benefícios.

Para Albert Jonsen o axioma “do not harm” envolve a satisfação de três pressupostos: (1) necessidade de os médicos adquirirem motivações e convicções para servir o bem-estar do doente, dado que a actividade clínica é um empreendimento moral; (2) exigência de prestação de cuidados médicos adequados, preceito que impõe a obrigatoriedade de o profissional de saúde ser informado, proficiente e diligente; (3) avaliação do binómio risco/benefício.

Este último pressuposto justifica algumas reflexões. O médico absorvido na prática clínica e na investigação, sabe que deve pesar constantemente os riscos de dano contra possíveis benefícios. O princípio da utilidade assume que temos não só a obrigação de ser positivamente beneficentes e não maleficientes, mas incumbe-nos ainda o dever moral de pesar e balancear possíveis benefícios contra eventuais danos, em ordem a maximizar aqueles e minimizar estes.

Contrariamente, porém, ao que as doutrinas utilitaristas proclamam, o princípio da utilidade não pode ser construído e aceite com prioridade moral sobre outros princípios fundamentais, como o da autonomia. Se assim fosse, isso significaria que poderia ou mesmo deveria realizar-se investigação eventualmente perigosa para o sujeito humano, quando a perspectiva de benefício substancial para a sociedade, ou para outros indivíduos, ultrapassasse o risco dessa investigação num dado doente. Esta concepção do princípio da utilidade levaria ao sacrifício dos direitos e autonomia individuais, pelo que não pode ser aceite.

No âmbito da análise do princípio da utilidade, cabe ainda uma reflexão sobre o binómio custo/benefício. Os exames de diagnóstico, além de serem cada vez mais onerosos, pelo custo da aparelhagem e exigência em recursos humanos, são solicitados na clínica corrente de uma forma não isenta de crítica. A inflação na petição de exames complementares, decorrente do tipo de medicina que é actualmente praticado e da formação tecnicista do clínico, suscita reservas de ordem moral, na medida em que o exame caro e desnecessário, mesmo que não envolva risco para o doente, contende com a ética médica. A análise da relação custo/benefício torna-se cada vez mais importante na prática médica, devendo o clínico estar sensibilizado para as suas implicações éticas. Deverá ser evitada a hiperutilização de exames técnicos, estabelecendo-se uma sequência própria nos processos de diagnóstico. Os benefícios e encargos de um novo método de diagnóstico deveriam ser claramente especificados, sempre que possível. Obviamente que não pode esperar-se do clínico, quando procura salvar uma vida, que medite em considerações de natureza económica, pois é obrigado a realizar todos os esforços e a aplicar todos os recursos disponíveis até que seja alcançada a “margem do impossível” na expressão do poeta Elliot. No entanto, conflitos éticos poderão surgir quando existe uma clara limitação na distribuição dos recursos existentes, gerando-se um choque entre os desejos do doente e do seu médico assistente, e o “bem comum” da sociedade, que nos pede, cada vez mais, uma investigação

da relação custo/benefício de um novo método. Objectividade, tratamento estatístico, ensaios randomizados e controlos cuidados são necessários para a obtenção de conclusões válidas.

Os princípios da autonomia, do não malefício e da utilidade, são alguns dos grandes preceitos morais gravados nos modernos códigos de ética com raízes nas várias teorias que sobre a matéria têm sido desenvolvidas. Perfilhar esses princípios é uma exigência ética incontornável, como é uma obrigação moral cultivar, entre outras, a virtude da competência e do auto-aperfeiçoamento.

A exigência de padrões científicos elevados na formação do endoscopista e na prática endoscópica é uma condição essencial de progresso na especialidade, e a única forma de respondermos aos desafios futuros. Só deste modo será possível eliminar as consequências perniciosas dos abusos praticados, designadamente no que respeita à execução incompetente do método; avaliar com rigor o binómio custo/benefício; testar as novas técnicas endoscópicas quanto à eficácia, risco e custo; realizar estudos controlados de comparação da endoscopia com outras técnicas de diagnóstico; desenvolver algoritmos clínicos, para saber qual o método a utilizar e quando executá-lo; avançar no caminho da investigação científica; e proceder, enfim, não só a uma avaliação correcta da necessidade dos métodos endoscópicos, mas também da qualidade da informação requerida e da sua importância no processo de decisão clínica.

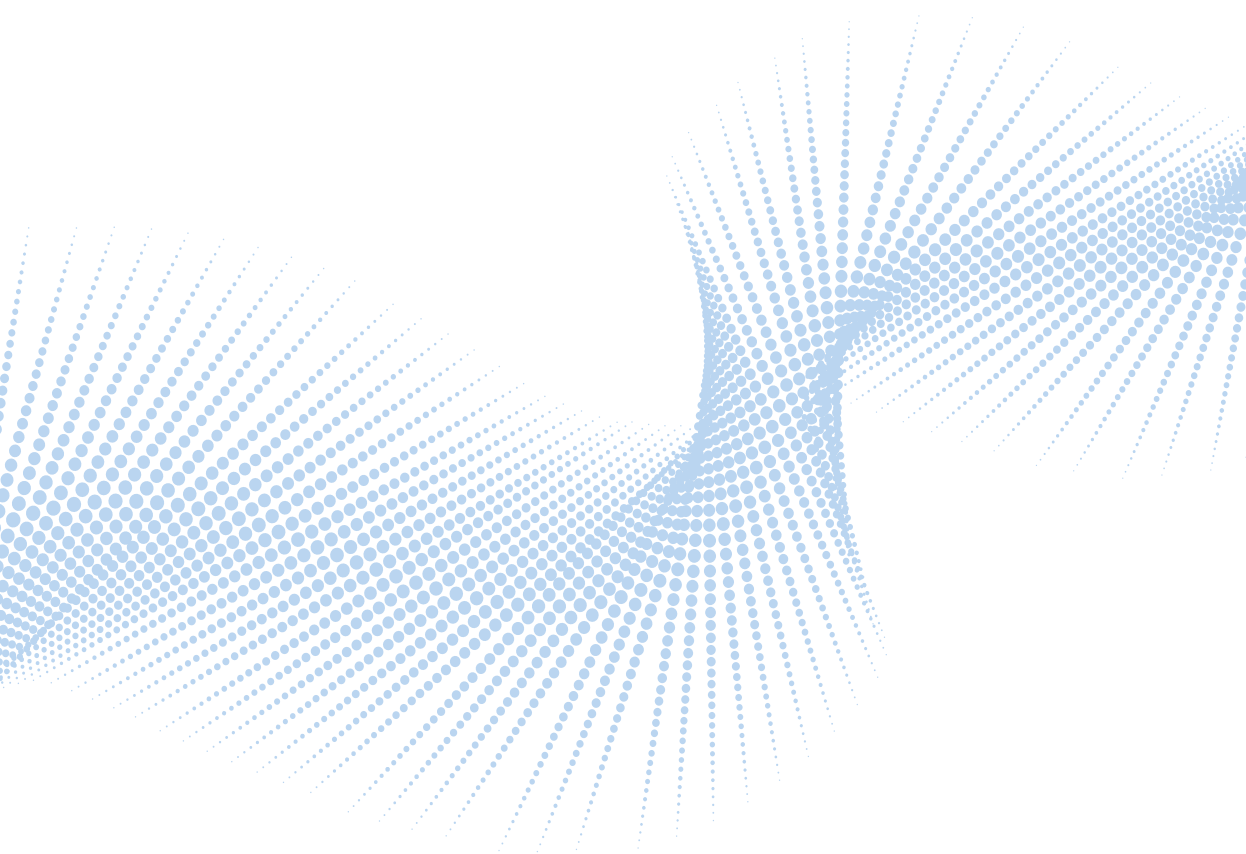
Na época que atravessamos, de profunda crise de valores, dúvida opressiva e objecção permanente, o médico vê fortemente contestado o seu poder, e por outro lado é diariamente confrontado com situações que desafiam a sua consciência e sentido judicativo. Os vários códigos éticos ultimamente elaborados, procuram ajudá-lo a defender-se e a orientar-se na encruzilhada de ciência pura, humanismo, economia e sociologia que caracteriza a medicina moderna. No entanto, determinado código médico não atinge automaticamente o seu objectivo pelo simples facto de ser planeado e proposto oficialmente como um conjunto de normas que regulam o comportamento profissional, sob pena de eventuais sanções. A condição fundamental para a sua eficácia é a capacidade de inspirar e suscitar fortes convicções e atitudes correlativas entre os membros da profissão médica. Nenhuma formulação de código médico, seja qual for a sua precisão, poderá ser eficiente se o médico não estiver profundamente convencido da dignidade da pessoa humana, e não considerar a perspectiva básica da ética médica, plasmada na interrogação, “qual é o sentido da vida, da saúde, da morte, e, conseqüentemente, qual o conceito de medicina” ? Os códigos profissionais, não só apontam deveres, mas também apelam ao cultivo de virtudes importantes, correlacionadas com a actividade médica. Com Jonsen e Hellegers diríamos que esta exortação à virtude constitui o coração do código ético, solicitando o médico a responder não só à questão “o que devo eu fazer?”, suscitada nas teorias deontológicas e utilitaristas,

mas sobretudo a interrogar-se, na velha tradição clássica de Platão e Aristóteles: “Quem deveria eu ser?”.

Sem uma sólida formação moral e ética, que passa pela auto-crítica, reflexão interior e diálogo interdisciplinar, e sem uma renovação sadia da sua própria imagem, o médico não conseguirá libertar-se das tentações que o solicitam e das ameaças que o acometem, e tornar-se, como diz Sartre “num homem como todos os homens, que vale por todos e que vale não importa quem”. Se desejamos consolidar a grandeza e a nobreza da nossa especialidade, há duas exigências morais a cultivar e preservar: a competência profissional e o primado da ética.

6.

Sumário





1. A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, no cumprimento dos seus objectivos estatutários, e atenta às profundas alterações testemunhadas no exercício da actividade médica, decidiu elaborar uma monografia sobre “Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal”.
2. Promover, avaliar e garantir a qualidade é um imperativo profissional e ético prioritário, com repercussão relevante na formação, no aperfeiçoamento e na prática da Endoscopia Digestiva, além de constituir um poderoso instrumento de defesa, consolidação e prestígio da nossa especialidade.
3. A mensuração correcta do nível da qualidade na prestação de cuidados no âmbito da Endoscopia Digestiva, pressupõe uma avaliação rigorosa dos procedimentos, das estruturas e dos resultados obtidos.
4. Para aferir e garantir a qualidade no exercício da Endoscopia Digestiva, é fundamental pesquisar e identificar indicadores de qualidade comuns a todos os exames endoscópicos, e indicadores de qualidade específicos de cada técnica.
5. Com base predominantemente na evidência científica actual, mas também na experiência acumulada e divulgada, analisam-se nesta monografia, no âmbito dos procedimentos, os indicadores de qualidade comuns e específicos de técnicas endoscópicas consolidadas, nomeadamente da Endoscopia Digestiva Alta, da Colonoscopia, da CPRE, da Ecoendoscopia e da Endoscopia por Cápsula.
6. Procede-se, no capítulo subsequente, à identificação dos indicadores de qualidade que devem ser objecto de avaliação no que respeita à estrutura e organização de uma Unidade de Endoscopia.
7. No capítulo sobre metodologia de avaliação, concebe-se uma sistematização dos parâmetros a avaliar no tocante aos procedimentos, estrutura e resultados, em cada uma das técnicas objecto de análise, no sentido de contribuir para a elaboração de programas de qualidade nas Unidades de Endoscopia Digestiva.
8. A formação é um requisito indeclinável para garantir a qualidade na prática da Endoscopia Digestiva. Desvalorizar ou descurar esta vertente, é contribuir gravemente para a prestação de cuidados médicos não qualificados. Defende-se, intransigentemente, que a formação profissional em Endoscopia Digestiva seja assegurada e garantida em conformidade com os princípios e preceitos exclusivamente estipulados pelo Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, e advoga-se, por outro lado, no tocante à formação médica contínua pós-graduada, que sejam recriadas, em novos moldes, as Carreiras Médicas, ou que, em alternativa, se dê início a um estudo judicioso sobre a

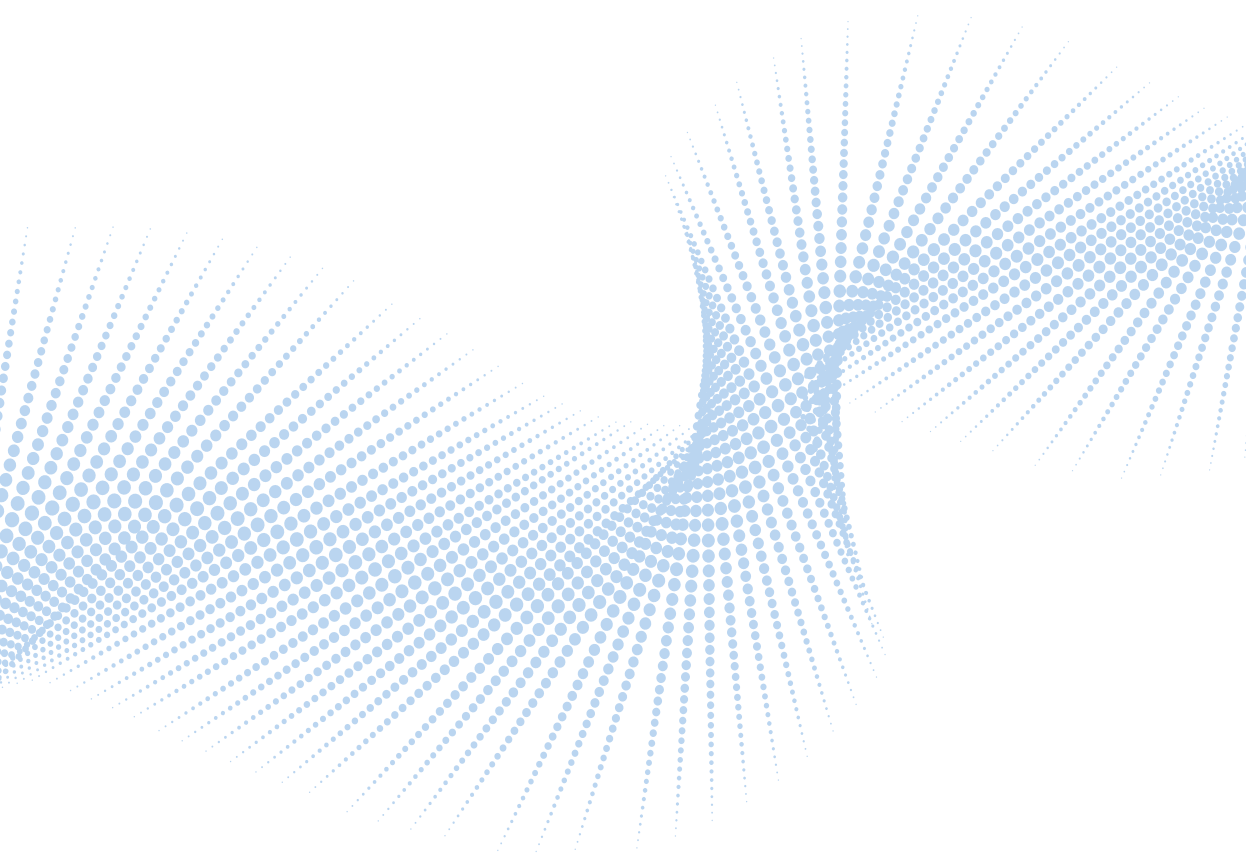
certificação e recertificação, nomeadamente à luz dos princípios enunciados nesta monografia.

9. O exercício da Endoscopia Digestiva exige profissionalismo e ética. Por isso, entendeu-se curial inserir, no último capítulo, algumas reflexões sobre exigências éticas na prática endoscópica.

10. Finalmente, importa sublinhar que as normas elaboradas têm, como é óbvio, um carácter transitório. Há questões por esclarecer, e outras vão surgir, em tempo breve, que poderão justificar propostas de reformulação ou de acrescento. No entanto, era irrecusável iniciar este percurso, no momento presente, para dignificação da Endoscopia Digestiva em Portugal.

7.

Bibliografía Consultada





O IMPERATIVO DA QUALIDADE | QUALIDADE EM MEDICINA

1. Kimberley JR, Minvielle E. The Quality Imperative - Measurement and Management of Quality in Healthcare. *Imperial College Press, London*, 2000.
2. Romãozinho JM. Reforma do Ensino Médico – Algumas Reflexões. *Acta Médica Portuguesa* 1995, 8: 187-9.
3. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1 – The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press*, 1982.
4. Fragata J, Martins L. O Erro em Medicina. *Livraria Almedina, Coimbra*, 2004.
5. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* 2005, 83(4): 691-729.

QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA – INTRODUÇÃO

1. Rey J-F. Quality Cost/Benefit in Digestive Endoscopy in Europe. Simpósio “Qualidade em Endoscopia Digestiva: Da Formação à Prática. Que Futuro?”, Lisboa 2008, *Syllabus*: 21-9.
2. Bjorkman DJ, Popp JW. Measuring the Quality of Endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006, 101: 864-5.
3. Faigel DO, Pike IM, Baron TH et al. Quality Indicators for Gastrointestinal Endoscopic Procedures: An Introduction. *Am J Gastroenterol* 2006, 101: 866-72.

INDICADORES GERAIS DE QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

1. Fried M, Quigley MM, Hunt RH et al. Can global guidelines change health policy? *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5 (3): 120-1.
2. Pike IM. Quality improvement in gastroenterology: a US perspective. *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5 (10): 550-1.
3. Fried M, Quigley MM, Hunt RH et al. Are global guidelines desirable, feasible and necessary? *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5 (1): 2-3.
4. Wilkinson TJ. Assessment of clinical performance: gathering evidence. *Intern Med J.* 2007; 37 (9): 631-6.
5. Dueck C. The challenge: balancing competency and error management. *Dynamics* 2005; 16 (4): 10-2.
6. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005; 142 (4): 260-73.
7. Pringle M, Wilson T, Grol R. Measuring “goodness” in individuals and healthcare systems. *BMJ* 2002; 325 (7366): 704-7.
8. Moeller J, Breinlinger J, Elser J. Quality management in German health care - the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2000; 13 (6-7): 254-8.

9. Geraedts M, Schwartze D, Molzahr T. Hospital quality report in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 157.
10. Hickman BM. Quality: the new healthcare imperative. *Health Financ Manage* 2007; 61 (8): 90-5.
11. Harms R. Physicians, professionalism and organizational efforts to improve quality – a systems perspective. *WJM* 2004; 103 (3): 63-4.
12. Napoléon B, Bonen B, Maillard L et al. Guidelines of the French Society for Digestive Endoscopy (SFED). *Endoscopy* 2006; 38 (6): 632-8.
13. Cotton PB, Hawes RH, Barkun A et al. Excellence in endoscopy: toward practical metrics. *Gastrointest. Endosc.* 2006; 63 (2): 286-91.
14. Bjorkman DJ, Popp JW. Measuring the quality of endoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101 (4): 864-5.
15. Faigel DO, Pike IM, Baron TH et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101 (4): 866-72.
16. Pollack MJ, Chak A. Quality in endoscopy: it starts during fellowship. *Gastroint Endosc.* 2008; 67 (1): 120-2.
17. ESGE–ESGENA Guideline for quality assurance in reprocessing: microbiological surveillance testing in endoscopy. *Endoscopy* 2007; 39 (2): 175-81.
18. Qureshi WA, Zuckerman MJ, Adler DG et al. ASGE Guideline: modifications in endoscopic practice for the elderly. *Gastrointest Endosc.* 2006; 63 (4): 566-9.
19. Kirsch M. Measuring quality: why the numbers don't add up. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101 (3): 417-9.
20. Beilenhoff U, Newmann CS, Rey JF et al. ESGE-ESGENA Guideline: cleaning and disinfection in gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy* 2008; 40: 939-57.
21. Kwan V, Deviere J. Endoscopy essentials: preparation, sedation and surveillance. *Endoscopy* 2008; 0: 65-70.
22. Hirota WK, Petersen K, Baron TH et al. Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2003; 58 (4): 475-82.
23. Fried M, Quigley EMM, Hunt RH et al. Is an evidence-based approach to creating guidelines always the right one? *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5 (2): 60-61.

INDICADORES DE QUALIDADE NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

1. Cohen J, Safdi MA, Dieal SE e tal. Quality indicators for esophagogastroduodenoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: S10-S15
2. Faigel DO, Pike AM, Baron TH e tal. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: S3-S9
3. Bjorkman DJ, Popp JW Jr. Measuring the quality of endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: S1-S2

4. Quality improvement of Gastrointestinal Endoscopy. Guidelines for Clinical Application. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 842-844
5. Mangualde J, Cremers MI, Vieira AM, Freire R, Gamito E, Lobato C, Alves AL, Augusto F, Oliveira AP. Appropriateness of outpatient gastrointestinal endoscopy in a non-academic hospital. In-print *Hepato-Gastroenterology*
6. Mangualde J, Cremers MI, Vieira AM, Freire R, Gamito E, Lobato C, Alves AL, Augusto F, Oliveira AP. Inquérito de satisfação de uma Unidade de Endoscopia - Estudo Prospectivo. *GE-Jornal Português de Gastreenterologia*, 2007; 12: 113
7. Mangualde J, Cremers MI, Vieira AM, Freire R, Gamito E, Lobato C, Alves AL, Augusto F, Oliveira AP. Complicações 30 dias após realização de endoscopia alta – estudo prospectivo. *GE-Jornal Português de Gastreenterologia*, 2007; 12: 57
8. NICE clinical guideline 64 – Prophylaxis against infective endocarditis. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG64NICEguidance.pdf>
9. Improving the service: quality assurance. http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/qa.doc
10. Quality and safety indicators for endoscopy (2007/8). http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/bsg_grs_indic07.pdf

INDICADORES DE QUALIDADE NA COLONOSCOPIA

1. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS, O'Brien MJ, Levin B et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology* 2006;130: 1872-85
2. Rex DK, Kahi CJ, Levin B, Smith RA, Bond JH, Brooks D et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2006;130: 1865-71
3. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin*. 2008;58: 130-60
4. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;63(4 Suppl): S16-28
5. Itzkowitz SH, Present DH; Crohn's and Colitis Foundation of America Colon Cancer in IBD Study Group. Consensus conference: Colorectal cancer screening and surveillance in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11: 314-21

INDICADORES DE QUALIDADE NA CPRE

1. PSherman S, Lehman GA. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic sphincterotomy and stone removal, and endoscopic biliary and pancreatic drainage. In: Yamada T, Alpers D, Kaplowitz N et al (Ed.). *Lippincott Williams & Wilkins* 2003: 2866-2893.

2. Haber GB, Sandha GS. Endoscopic cholangiopancreatography. In: *Classen M, Tytgat GNJ, Lightdale CJ. Gastroenterological Endoscopy. Thieme 2002: 152-61.*
3. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy: a prospective, multicenter study. *N Engl J Med* 1996; 335-405.
4. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroent.* 2007, 102 (8): 1781-88.
5. Bailey AA, Bourke J, Williams SJ et al. A prospective randomized trial of cannulation technique in ERCP: effects on technical success and post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy* 2008; 40: 296-301.
6. Devière J. Who should receive antibiotic prophylaxis before ERCP? *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5 (11): 594-5.
7. Frank CD, Adler DG. Post-ERCP pancreatitis and its prevention. *NCP Gastroenterology & Hepatology* 2006; 3 (12): 680-88.
8. Dumonceau JM. Biliary ERCP. *Endoscopy* 2008; 40: 50-4.
9. Kozarek RA. Pancreatic endoscopy. *Endoscopy* 2008; 40: 55-60.
10. Wang P, Li ZS, Lin F et al. Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study. *Am J Gastroent.* 2009; 104 (1): 31-40.
11. Baron TH, Peterson BT, Mergener K et al. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Am J Gastroent.* 2006; 101: 892-897.
12. Adler DG, Baron TH, Davila RE et al. Standards of Practice Committee of American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE Guideline: the role of ERCP: endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastroint. Endosc* 2002; 56: 165-9.
13. Cotton PB, Connor P, Rawls E et al. Infection after ERCP and antibiotic prophylaxis: a sequential quality-improvement approach over 11 years. *Gastrointest Endosc.* 2008; 67 (3): 471-5.
14. Baillie J, Testoni PA. Are we meeting the standards set for ERCP? *Gut* 2007; 56 (6): 744-6
15. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P et al. Are we meeting the standards set for endoscopy? Results of a large-scale prospective survey of endoscopic retrograde cholangio-pancreatograph practice. *Gut* 2007; 56 (6): 821-9.
16. Johanson JF, Cooper G, Eisen GM et al. Quality assessment of ERCP. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56 (2): 165-9.

INDICADORES DE QUALIDADE NA ECOENDOSCOPIA

1. Faigel DO, Pike IM, Baron TH et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2006; 63 (4): S3-S9.
2. Jacobson BC, Clak A, Hoffman B et al. Quality indicators for endoscopic ultrasonography. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2006; (4): S35-S38.
3. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Quality assessment of endoscopic ultrasound. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2002; 55 (7): 798-801.

4. American Gastroenterological Association. AGA Task force on quality in practice: A national overview and implications for GI practice. *Gastroenterology* 2005; (129): 361-369.
5. ASGE guideline: complications of EUS. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2005; 61 (1): 8-12.
6. Barthet M, Gasmi M, Teaching and credentialing in France. *Endoscopy*. 2006; 38 (S1): S60-S61.
7. Faigel DO, Quality, competency and endosonography. *Endoscopy*. 2006; 38 (S1): S65-S69.
8. Rösh T. State of the lecture: Endoscopic ultrasonography: Training and competence. *Endoscopy*. 2006; 38 (S1): S69-S72.
9. Hawes RH, Looking forward – what will EUS be doing in 10 years? *Endoscopy*. 2006; 38 (S1): S99-S101.

INDICADORES DE QUALIDADE NA ENDOSCOPIA POR CÁPSULA

1. Faigel DO, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Egan J, Hirota WK, Jacobson BC, Leighton JA, Qureshi W, Rajan E, Zuckerman MJ, Fanelli R, Wheeler-Harbaugh J; ASGE. ASGE guideline: guidelines for credentialing and granting privileges for capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2005 Apr;61(4):503-5.
2. Korman LY, Delvaux M, Gay G, Hagenmuller F, Keuchel M, Friedman S, Weinstein M, Shetzline M, Cave D, de Franchis R. Capsule endoscopy structured terminology (CEST): proposal of a standardized and structured terminology for reporting capsule endoscopy procedures. *Endoscopy*. 2005 Oct;37(10):951-9.
3. Mergener K, Ponchon T, Gralnek I, Pennazio M, Gay G, Selby W, Seidman EG, Cellier C, Murray J, de Franchis R, Rösch T, Lewis BS. Literature review and recommendations for clinical application of small-bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy, 2006/2007. *Endoscopy*. 2007 Oct;39(10):895-909.
4. Rey JF, Ladas S, Alhassani A, Kuznetsov K; ESGE Guidelines Committee. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Video capsule endoscopy: update to guidelines (May 2006). *Endoscopy*. 2006 Oct;38(10):1047-53.
5. Saurin JC, Maunoury V, Lapalus MG, Cellier C, Delvaux M, Favre O, Gay G, Heresbach D. International consensus in Paris, 2006, on the indications and use of the endoscopic videocapsule test. Report of the SFED Capsule Commission. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007 Oct;31(10):798-805.
6. Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, McAlindon ME. Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut*. 2008 Jan;57(1):125-36.
7. Korman LY, Delvaux M, Gay G, Hagenmuller F, Keuchel M, Friedman S, Weinstein M, Shetzline M, Cave D, de Franchis R. Capsule endoscopy structured terminology (CEST): proposal of a standardized and structured terminology for reporting capsule endoscopy procedures. *Endoscopy*. 2005 Oct;37(10):951-9

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

1. Cremers MI. Organização de uma Unidade de Endoscopia Digestiva. *Arq Hep-Gastr Port* 1997; 6: 157-166.
2. Wayne JD, Rich ME. *Planning an endoscopy suite for Office and hospital*. Igaku-Shoin Medical Publishers, Inc. New York. 1990.
3. Burton D, Ott BJ, Gostout CJ, DiMagno EP. Approach to designing a gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointest Clinics North Am* 1993; 3: 525-540.
4. Gostout CJ. Unit Management. *Gastrointest Clinics North Am* 1993; 3: 541-547.
5. Natário A, Curado A, Ribeiro A, Cremers MI, Velosa J, Matos L, Andrade MM. Rede de Referência Hospitalar de Gastrenterologia. *In print* Ed. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) 2008.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

1. Green J. Quality indicators for established endoscopists. *University Hospital of North Staffs*.
2. BSG Endoscopy Committee. *Quality and safety indicators for endoscopy* (2007/2008).
3. Teague R. Safety and sedation during endoscopic procedures. *Endoscopy Section Committee of the British Society of Gastroenterology*.
4. ASGE. Gastrointestinal indicators for gastrointestinal endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006, 63(4): 34-9.
5. ASGE. Principles of training in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999, 49, 6: 845-85.
6. ASGE. Methods of granting hospital privileges to perform gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002, 55(7): 780-783.

FORMAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

1. Portarias nº 238/97 e nº 183/2006 do DR - Regulamentação dos Internatos Médicos e propostas de alterações emanadas do *Colégio de Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos* (aguarda publicação).
2. Guidelines for the training, appraisal and assessment of trainees in gastrointestinal endoscopy. *The Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy of UK*, 2004.
3. The Gastroenterology Core Curriculum by *the American Association for the Study of the Liver Diseases (AASLD), the American College of Gastroenterology (ACG), the AGA Institute, the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)*, 3ª Ed. May, 2007
4. AGA Institute future trends Committee Report: The future of Gastroenterology Training Programs in The United States. *Gastroenterology* 2008; 135: 1764-1789
5. ASGE. Principles of Training in Gastrointestinal Endoscopy, *Gastrointestinal Endoscopy* 1999, 49 (6): 845-85.

6. The Blue Book 2008 by *The European Board of Gastroenterology*.
7. Batmangelich S, Adamowski S. Maintenance of certification in the United States: a Progress Report. *J Cont Ed Health Professions* 2004 vol 24: 134-138.
8. Rhodes RS. Maintenance of Certification. *Ann Surg* 2007 Feb 73 (2): 143-147.
9. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004; 292: 1038-1043.
10. Audet A-MJ, Doty MM, Shamasdin J, Schoenbaum SC. Measure, learn, improve: Physician's involvement in quality improvement. *Health Aff* 2005; 24: 71-73.
11. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *Washington DC: National Academy Press*, 2001.
12. Sachdeva AK, Russell TR. Safe introduction of new procedures and emerging technologies in surgery: education, credentialing and privileging. *Surg Clin N Am* 2007 (87): 853-866

EXIGÊNCIAS ÉTICAS EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

1. Beauchamp T. L., Childress J. Principles of biomedical ethics. *Oxford Univ. Press* 2001.
2. Brody H. Ethical Decisions in Medicine. *Little, Brown and Company, Boston* 1981.
3. Jaspers K. O médico na era da técnica. *Edições 70 Lda.*, 1986.
4. Jonas H. Ética, medicina e técnica. *Vega (1ª edição)*, 1994.
5. Habermas J. Técnica e ciência como "Ideologia". *Edições 70 Lda.*, 1968.
6. Bliss BP, Johnson AG. Aims and Motives in Clinical Medicine. *Pitman Medical*, 1975.
7. Lowrance WW. Of Acceptable Risk. *William Kaufmann Inc.*, 1976.
8. Yezzi R. Medical Ethics. *Holt, Rinehart and Winston, USA*, 1980.
9. Neves MCP, Lima M. Bioética ou Bioéticas na Evolução das Sociedades. *Edição Luso-Brasileira. Gráfica de Coimbra 2*, 2004.
10. Ross WD. The Foundations of Ethics. *Oxford Clarendon Press*, 1939.
11. Gerstenberger P.D. Malpractice in Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy Clin. N. Amer.*, 1995; 5 (2): 375-389.
12. Miskovitz P, Gibofsky A. Risk Management in Endoscopic Practice. *Gastroint. Endoscopy Clin. N. Amer.*, 1995; 5 (2): 391-401.
13. White BD. Current Ethical and Legal Issues in Gastrointestinal Endoscopy. *Gastroint. Endoscopy Clin. N. Amer.*, 1995; 5 (2): 421-431.
14. Plumeri PA. Endoscopic Training Directors: a few legal and ethical considerations. *Gastroint. Endoscopy Clin. N. Amer.*, 1995; 5 (2): 447-455.
15. Lofft A. Informed Consent for Endoscopy. *Gastroint. Endoscopy Clin. N. Amer.*, 1995; 5 (2): 457-470.

16. Genta RM, Negro F. The tragedy of (unpublished) errors. *Gastroenterology & Hepatology*, 2006; 3 (5): 238-239.

COMISSÃO DE REDACÇÃO

António Bahudo, MD

Presidente do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Diniz de Freitas, MD, PhD (presidente)

Professor Catedrático Jubilado de Gastrenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Fernando Sollari Allegro, MD

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE

Guilherme Macedo, MD, PhD

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Isabelle Cremers, MD

Chefe de Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Bernardo

José Carlos Lopes Martins, JD

Vogal do Conselho de Administração da José de Mello Saúde SGPS, SA

José Eduardo Mendonça Santos, MD

Secretário-Geral da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

José Manuel Romãozinho, MD, PhD

Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Luís Novais, MD

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Maximino Correia Leitão, MD, PhD

Director do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Miguel Gouveia, PhD

Professor de Economia da Saúde da Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica Portuguesa

Pedro Figueiredo, MD, PhD

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Apoio

