



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

SOFIA ISABEL SOUSA AFONSO

***ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
ANÁLISE DE 100 EXAMES***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE GASTROENTEROLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR PEDRO MANUEL NARRA FIGUEIREDO**

MARÇO/2012

ABSTRACT

Goal: Taking the guidelines from the *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), one of the goals of this study was to assess the proper use of upper gastro-intestinal endoscopy (UGIE) and its relation with the endoscopic findings. Some other indicators were verified as well such as complication rate, the use of anesthesia, main major difficulties and patient's tolerance and satisfaction.

Methods: For this study the data was collected from 100 observed cases in which was used a pre-defined form, answered after the UGIE being performed. The reasons for the UGIE procedure were divided in indicated and not indicated following the ASGE guidelines. When the data provided did not allow a clear clarification, the reason was defined as uncertain. The classification of the endoscopic findings it was divide in two categories: relevant and not relevant.

Outcomes: In 84% of cases a UGIE was performed by indicated reasons, being the persistence of epigastralgiias/dyspepsia associated with alarm symptoms and patients with more than 45 years (23%), the most frequent indicated reason.

The UGIE procedures rate for non-indicated reasons was higher in patients with less than 45 years ($p = 0,025$). The presence of epigastralgiias/dyspepsia not associated with alarm symptoms or in patients with less than 45 years were the non-indicated reasons that most prevail.

The endoscopic findings were relevant in 59% of the cases, being more frequent when the UGIE was process with indicated reasons ($p = 0,009$). The chronic gastritis (18,3%) was the most observed endoscopic finding.

In two cases there were some bleeding complications, as part of a portal hypertension. In 9% of cases the anesthesia was used. In terms of medical procedure the doctor had and average difficult factor of $2,72 \pm 2,97$. For the patients the difficult factor was $6 \pm 2,03$. In 43% of the cases the time between the appointment and the exam was 2 weeks.

Conclusions: Most of the patients were correctly diagnosed for UGIE procedure, by the ASGE guidelines. The UGIE procedure by not indicated reasons is more frequent in patients with less than 45 years, being the presence of epigastralgiias/dyspepsia not associated with alarm symptoms or in patients with less than 45 years the most non indicated reasons that prevail most. The UGIE reason was the factor that contributes more for the diagnosis outcome.

The UGIE is a safe procedure and moderately tolerated. The use of anesthesia is, still, very limited. Most of the patients were pleased with the service activity.

Keywords: Upper Gastrointestinal Endoscopy, indications, endoscopic findings, complications, difficulties, satisfaction.

RESUMO

Objetivo: Aplicando as indicações da *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), um dos objetivos deste estudo foi avaliar o uso apropriado da Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e a sua relação com os achados endoscópicos. A taxa de complicações e do uso da anestesia, as principais dificuldades, a tolerância e satisfação dos doentes também foram alvo de análise neste estudo.

Métodos: Para este estudo prospetivo foram obtidos dados de 100 casos através de um inquérito pré-definido, realizado após a execução da EDA. As indicações para a realização da EDA foram definidas em indicadas e não indicadas de acordo com as orientações da ASGE. Quando os dados não permitiram uma correta classificação, a indicação foi definida como incerta. Em relação aos achados endoscópicos estes foram classificados como relevantes e irrelevantes.

Resultados: Em 84% dos casos, a EDA foi realizada pelas indicações indicadas, sendo a persistência de epigastralgias/dispepsia, associadas a sintomas de alarme ou em doentes com mais de 45 anos (23%), a indicação indicada mais frequente.

A taxa de EDA realizadas por indicações não indicadas foi superior nos doentes com menos de 45 anos ($p = 0,025$). A presença de epigastralgias/dispepsia não associadas a sintomas de alarme ou em doentes com menos de 45 anos (3%) foram as indicações não indicadas mais prevalentes.

Os achados endoscópicos foram relevantes em 59% dos exames, sendo mais frequentes quando a EDA foi realizada pelas indicações indicadas ($p = 0,009$). A gastrite crónica (18,3%) foi o achado endoscópico relevante mais observado.

Dois exames complicaram-se de hemorragia, num contexto de hipertensão portal. A anestesia foi usada em 9% dos exames. A dificuldade média sentida pelo médico foi de $2,72 \pm 2,97$. A dificuldade média expressa pelos doentes foi de $6 \pm 2,03$. Em 43% dos exames, o tempo de espera entre a marcação e a realização da EDA foi de 2 semanas.

Conclusões: A maioria dos doentes foi corretamente referenciada para a realização da EDA, de acordo com as orientações definidas pela ASGE. A realização de EDA por indicações não indicadas é mais frequente em doentes com menos de 45 anos, sendo que, a presença de epigastralgias/dispepsia não associadas a sinais de alarme ou em doentes com menos de 45 anos a indicação não indicada mais prevalente. A indicação da EDA foi o fator preditor mais importante do rendimento diagnóstico.

A EDA é um exame seguro e moderadamente tolerado. O recurso à anestesia é ainda muito limitado. A maioria dos doentes mostrou-se satisfeita com a atividade do serviço.

Palavras-chave: Endoscopia Digestiva Alta, indicações, achados endoscópicos, complicações, dificuldades, satisfação.

ÍNDICE

ABSTRACT	ii
RESUMO	iv
INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	3
CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO ESTUDO EFETUADO	3
ANÁLISE ESTATÍSTICA	4
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	5
RESULTADOS	6
INDICAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA EDA/ACHADOS ENDOSCÓPICOS.....	6
CONTRAINDICAÇÕES	10
PROFILAXIA ANTIBIÓTICA.....	11
DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO/MEDICAÇÃO ANTICOAGULANTE.....	11
ANESTESIA	12
COMPLICAÇÕES	12
DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA/OBSERVAÇÃO COMPLETA.....	12
PRINCIPAIS DIFICULDADES SENTIDAS/TOLERÂNCIA DOS DOENTES	12
SATISFAÇÃO DO DOENTE	15
DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO	22
AGRADECIMENTOS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS.....	28
ANEXO 1 - INQUÉRITO	28

INTRODUÇÃO

Nas últimas 4 décadas o progresso da técnica endoscópica revolucionou a abordagem do trato gastrointestinal¹. Atualmente, a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o melhor exame para o estudo da mucosa até à 2ª porção do duodeno (D₂). As grandes vantagens residem no facto de permitir não só a visualização direta da mucosa, mas também a realização de biópsias e atos terapêuticos¹.

Na última década tem-se verificado um aumento das EDA realizadas², dado que permite detetar precocemente situações pré-neoplásicas e neoplásicas e investigar a etiologia de muitos sinais e sintomas gastroesofágicos. No entanto, este acréscimo da quantidade das EDA realizadas nem sempre é acompanhado de um aumento da sua qualidade². O uso apropriado da EDA é um fator essencial na avaliação da qualidade das unidades de endoscopia digestiva, permitindo melhorar a relação custo-benefício e proporcionando melhores cuidados de saúde³. Uma indicação correta para a realização da EDA é um forte indicador preditor da rentabilidade obtida com o exame^{2,4}.

A EDA é um exame seguro, associado a uma baixa taxa de complicações. Dever-se-á ter em atenção às suas contraindicações, bem como a medicação anticoagulante que poderá aumentar o risco de alguns procedimentos terapêuticos, nomeadamente polipectomias. Dado o crescente número de EDA realizadas, as sociedades científicas de Gastrenterologia têm vindo a desenvolver orientações com intuito de regulamentar a sua prática, de modo a promover a segurança e critérios de qualidade na sua realização.

Este estudo nasceu da necessidade de avaliar o uso apropriado da EDA no Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), tendo em atenção as orientações publicadas pela *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) no ano de 2000¹. Outros parâmetros que influenciam a qualidade da prática endoscópica, desde a taxa de exames realizados com sucesso e diagnóstico estabelecido, a frequência de complicações, a atuação perante doentes anticoagulados, o recurso à anestesia, a tolerância e satisfação do doente em relação ao exame também foram avaliados.

MATERIAL E MÉTODOS

Considerações relativas ao estudo efetuado

Foi realizado um estudo prospetivo, de carácter descritivo. Para tal, foram incluídos, aleatoriamente, cem doentes submetidos a EDA no Serviço de Gastrenterologia do CHUC. O período de observação decorreu entre 21 de Março e 31 de Maio de 2011, com a recolha dos dados a assumir uma periodicidade ocasional durante este período. A incapacidade dos doentes em responder às perguntas necessárias foi o único critério de exclusão definido.

A obtenção dos dados foi feita com base na aplicação de um questionário pré-definido (Anexo 1), quer aos doentes que realizaram o exame, quer ao médico executante.

A indicação para a realização da EDA foi classificada em indicada e não indicada, de acordo com as orientações publicadas pela ASGE em 2000¹. Quando os dados obtidos não permitiram uma correta classificação da indicação de acordo com as orientações da ASGE, a indicação foi classificada como incerta². Os dados relativos à indicação da EDA foram obtidos a partir das informações de referência fornecidas pelo médico requisitante do exame.

Os achados endoscópicos foram classificados em relevantes, quando alteram a decisão terapêutica e o prognóstico, e irrelevantes². Os achados endoscópicos foram definidos apenas pelo aspeto endoscópico, sem recurso ao estudo histológico. Achados endoscópicos relevantes incluem varizes esofágicas, esofagite, “*Esófago de Barrett*”, pólipo esofágico, gastrite erosiva, gastrite crónica, úlcera péptica, pregas hiperplásicas e pólipo gástrico. Nos achados endoscópicos irrelevantes, estão incluídas as EDA em que a mucosa tinha um aspeto normal e nos casos em que apenas foi observada hérnia do hiato. Nos casos em que a EDA não foi realizada até ao fim, por falta de colaboração do doente ou pela presença de restos alimentares

no tubo digestivo, o exame foi classificado como inconclusivo. Os doentes que realizaram a EDA para realização de polipectomia foram excluídos na contagem dos achados endoscópicos.

Outras variáveis estudadas foram a preparação, contraindicações, antecedentes pessoais e medicamentosos relevantes, a realização ou não de biópsia, as complicações, parâmetros de execução técnica, a sedação e parâmetros relacionados com a satisfação do doente. Parâmetros de ordem subjetiva foram avaliados, através da aplicação de escalas numéricas (Fig. 1). São exemplo a percepção de dificuldade sentida pelo doente e pelo médico. Estas escalas apenas foram aplicadas a 69 doentes, não sendo aplicada aos doentes que efetuaram o exame com anestesia e aqueles que não conseguiram quantificar essa mesma dificuldade por incompreensão da escala. A tolerância do doente e a quantificação do objetivo alcançado, na perspetiva do médico, também foram avaliados com recurso a esta metodologia.

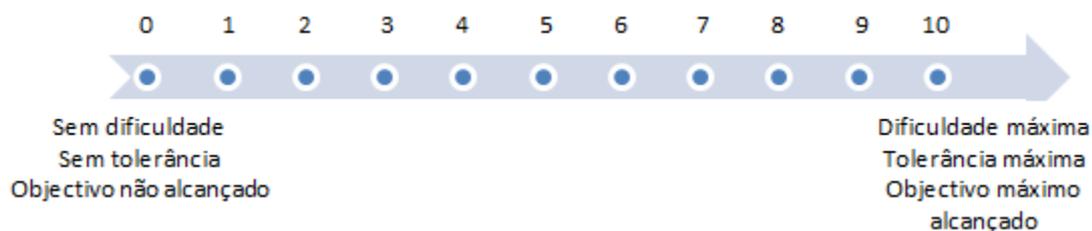


Figura 1. Escala numérica usada para quantificar os parâmetros de ordem subjetiva.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada com o SPSS[®], versão 20 (IBM[®], 2011).

As variáveis quantitativas foram expressas em média (com intervalo de confiança de 95%) e comparadas com testes paramétricos (*T-Student*), sempre que os pressupostos para a sua utilização eram verificados (distribuição normal das variáveis – *Teste de Kolmogorov-*

Smirnov e igualdade das variâncias – *Teste de Levene*). Quando a normalidade das variáveis não foi demonstrada, foi utilizado o teste não paramétrico equivalente, o *Teste de Mann-Whitney U*. Os testes de hipóteses foram avaliados com um nível de significância de 0,05. A força de associação entre duas variáveis quantitativas foi obtida através do *Coefficiente de Correlação de Spearman* ($\rho_{(100)}$).

As variáveis qualitativas foram expressas em frequência e frequência percentual e comparadas com testes de hipóteses não paramétricos (*Teste do Qui-quadrado - χ^2*). O *Coefficiente de Contingência de Cramer* (*VCramer*) foi aplicado para medir a intensidade da relação entre as variáveis qualitativas, sempre que se demonstrou a existência de relação.

A apresentação dos dados foi feita por escrito e através de tabelas de distribuição de frequências.

Caracterização da população

Cinquenta e um doentes pertenciam ao sexo masculino. A idade média da população selecionada foi de $59,1 \pm 16,2$ anos (mínimo: 18 anos; máximo 87 anos), sendo as mulheres mais velhas (idade média: $62,6 \pm 16,3$ anos) que os homens (idade média: $55,7 \pm 15,4$ anos). No que diz respeito às indicações para a execução da EDA, a idade dos doentes foi dividida em duas classes etárias, a primeira com os doentes até aos 45 anos de idade e a segunda com os doentes com idades superiores a 45 anos.

RESULTADOS

Indicação para a realização da EDA/Achados endoscópicos

A maioria dos doentes realizou a EDA com intuito diagnóstico. A polipectomia foi a única vertente terapêutica observada (Fig. 2).

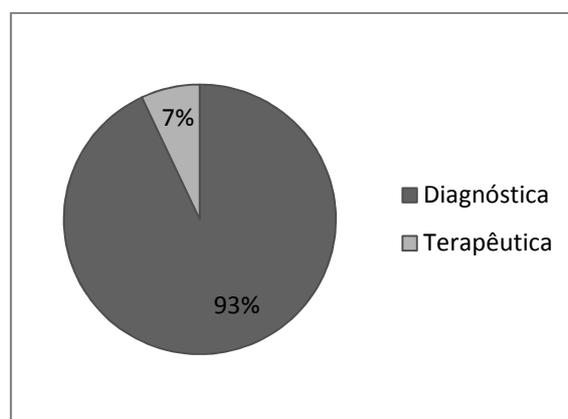


Figura 2. Indicações para a realização da Endoscopia Digestiva Alta

A maioria dos doentes realizou a EDA pelas indicações indicadas¹ (Fig. 3). A persistência de epigastrias/dispepsia, associadas a sinais de alarme ou em doentes com mais de 45 anos, foram a principal indicação indicada observada (Tabela 1).

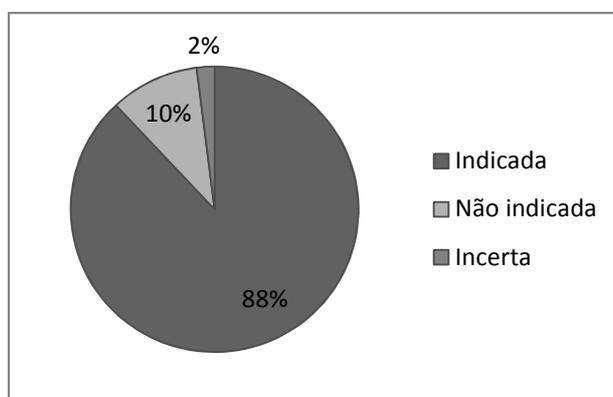


Figura 3. Indicação para a realização da EDA, de acordo com as orientações da ASGE¹.

Tabela 1. Indicações para a realização da Endoscopia Digestiva Alta¹	
Indicação	n (%)
<i>Indicação indicada¹</i>	88 (88%)
Epigastralgias/Dispepsia ²	23 (23%)
Anemia ferropénica	14 (14%)
Avaliação de Hipertensão Portal	12 (12%)
Polipectomia	7 (7%)
Cancro da cabeça ou pescoço	7 (7%)
Doenças em que a existência de patologia gastrointestinal pode alterar a terapêutica	5 (5%)
Vigilância de Cancro Gástrico	4 (4%)
Sintomas de Refluxo Gastroesofágico	3 (3%)
Vigilância de Úlcera Gástrica	3 (3%)
Vigilância de Pólipo Gástrico	3 (3%)
Amostra de tecidos ou fluídos está indicada	2 (2%)
Disfagia	1 (1%)
Vómitos persistentes	1 (1%)
Polipose Adenomatosa Familiar	1 (1%)
Vigilância de Cancro Esofágico	1 (1%)
Confirmação e diagnóstico histológico específico de lesões observadas em outros exames radiológicos	1 (1%)
<i>Indicação não indicada¹</i>	10 (10%)
Sintomas abdominais em doentes < 45 anos	3 (3%)
Adenocarcinoma metastático de origem desconhecida	3 (3%)
Vigilância de Gastrite Crónica	2 (2%)
Vigilância de Acalásia	1 (1%)
Indicação desconhecida	1 (1%)
<i>Indicação incerta</i>	2 (2%)

¹ Classificação das indicações tendo em conta as orientações da *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* publicadas em 2000. ² Epigastralgias/Dispepsia persistentes, apesar de terapêutica, associada a sintomas/sinais sugestivos de patologia orgânica (anorexia, perda de peso, anemia) ou em doentes > 45 anos.

A taxa de EDA executadas pelas indicações não indicadas¹ foi superior nos doentes com menos de 45 anos, comparativamente com os doentes com mais de 45 anos (16,7% vs 8,5%, *Mann-Whitney U* = 576; *p* = 0,025). A taxa de EDA efetuadas pelas indicações não indicadas foi semelhante no sexo feminino e masculino (6,1% vs 13,7%, $\chi^2 = 1,606$; *p* = 0,448) e nos doentes que realizaram a EDA em regime de internamento e em ambulatório (12,5% vs 9,2%, $\chi^2 = 1,017$; *p* = 0,601).

Os achados endoscópicos foram relevantes² em 58% dos casos (Fig. 4). Em 6,5% dos casos o exame foi inconclusivo, devido à falta de colaboração e/ou à presença de alimentos. A gastrite crónica foi o achado endoscópico relevante mais frequente (Tabela 2).

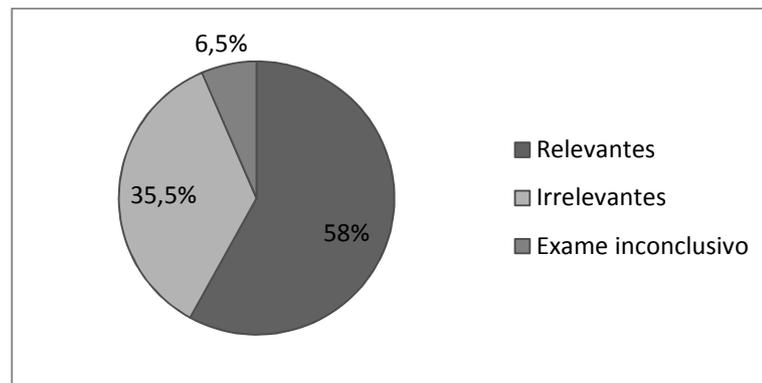


Figura 4. Classificação dos achados endoscópicos em relevantes e irrelevantes.² Os exames que não foram realizados até ao fim foram classificados de inconclusivos.

Tabela 2. Achados endoscópicos	
Achados endoscópicos ¹	n (%)
<i>Achados endoscópicos relevantes</i> ²	54 (58,1%)
Gastrite Crónica	17 (18,3%)
Varizes Esofágicas	13 (14%)
Esofagite	6 (6,5%)
“ <i>Esófago de Barrett</i> ”	3 (3,2%)
Gastrite Erosiva	3 (3,2%)
Pregas Hiperplásicas	3 (3,2%)
Pólipo Esofágico	2 (2,2%)
Úlcera Gástrica	2 (2,2%)
Pólipo Gástrico	1 (1,1%)
Gastrite Crónica + Pólipo Gástrico	1 (1,1%)
Envolvimento do estômago por neoplasia extra gástrica	1 (1,1%)
Úlcera Duodenal	1 (1,1%)
Gastrite crónica+“ <i>Esófago de Barrett</i> ”	1 (1,1%)
<i>Achados endoscópicos irrelevantes</i> ²	33 (35,5%)
Mucosa normal	32 (34,4%)
Hérnia do Hiato	1 (1,1%)
<i>Exame inconclusivo</i>	6 (6,5%)

¹ Os doentes que realizaram o exame para realizar polipectomia não foram contabilizados. ²De acordo com a referência bibliográfica número 2.

O número de achados endoscópicos relevantes é maior quando a EDA é executada pelas indicações indicadas, quando comparado com as EDA realizadas pelas indicações não indicadas (65,5% vs 30%, $\chi^2 = 13,402$; $p = 0,009$) (Fig. 5), não se notando diferença significativa nos doentes com menos de 45 anos e nos doentes com mais de 45 anos (55,6% vs 58,7%, *Mann-Whitney U* = 672; $p = 0,973$) e nos doentes do sexo masculino comparativamente com o sexo feminino (58% vs 58,1%, $\chi^2 = 0,469$; $p = 0,791$).

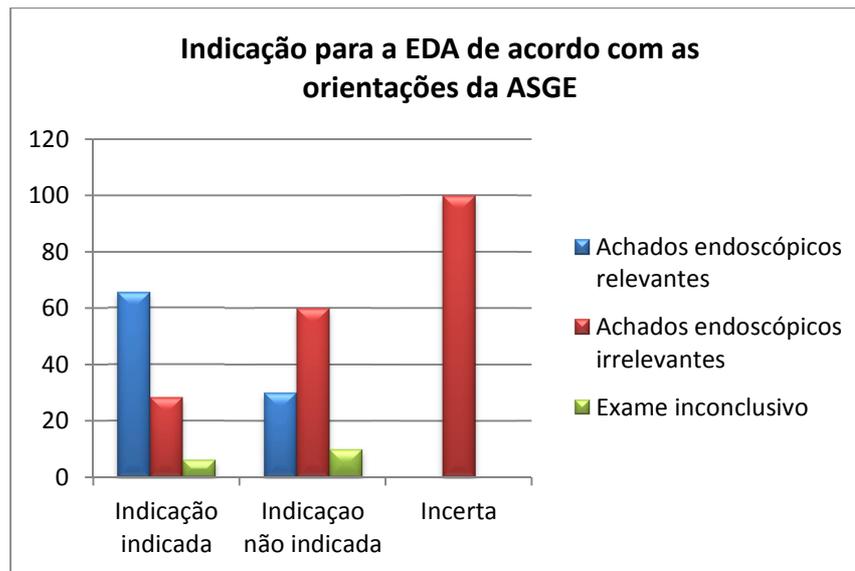


Figura 5. Os achados endoscópicos relevantes² são mais frequentes nas Endoscopias Digestivas Altas realizadas pelas indicações indicadas¹ ($p = 0,009$).

Quarenta e três doentes referiram hábitos alcoólicos. De acordo com os testes estatísticos aplicados, existem evidências estatísticas para se afirmar que as varizes esofágicas são mais frequentes nos indivíduos do sexo masculino comparativamente ao sexo feminino (23,5% vs 2%, $\chi^2 = 10,203$; $p = 0,002$). Observou-se a existência de relação entre o diagnóstico de varizes esofágicas e hábitos alcoólicos marcados (27,9% vs 1,8%, $\chi^2 = 14,822$; $p = 0,000$).

Contraindicações

A presença de alimentos e/ou falta de colaboração em 7 doentes foram as únicas contraindicações encontradas. Dos doentes com restos alimentares, apenas 2 referem o incumprimento das 6 horas de jejum. Os restantes referem que não tiveram cuidados alimentares especiais nos dias que antecederam o exame.

Não se observaram diferenças significativas no que respeita à presença de restos alimentares nos doentes em regime de internamento comparativamente aos que realizaram o exame em regime de ambulatório (12,5% vs 5,3%, $\chi^2 = 1,467$; $p = 0,226$).

A verificação da existência do consentimento informado antes do início do exame foi efetuada em todos os doentes.

Profilaxia antibiótica

Nenhum doente teve indicação para profilaxia antibiótica.

Distúrbios da coagulação/Medicção anticoagulante

Treze doentes tinham predisposição hemorrágica e realizaram a EDA com intuito diagnóstico.

Dois doentes que realizaram o exame com intuito diagnóstico, um dos quais padecia de fibrilhação auricular, suspenderam a medicação (ticlopidina e varfarina) (Tabela 3).

Três doentes submetidos a polipectomia suspenderam a Aspirina® e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Nenhum doente submetido a polipectomia estava medicado com anticoagulantes.

Tabela 3. Medicção suspensa e respetivos tempos de suspensão observados.

Medicção suspensa	Tempo de suspensão antes da EDA (dias)	Retoma após a EDA (dias)
Aspirina®	5 a 7	5 a 10
Varfarina	5	No mesmo dia
Ticlopidina	5	No mesmo dia
AINEs	5 a 10	5 a 10

EDA: Endoscopia Digestiva Alta.

Anestesia

Só 9% dos exames foram realizados com anestesia. O propofol foi o anestésico usado e administrado por um Anestesiologista. A estratificação do risco dos doentes foi efetuada de acordo com a *Classificação da American Society of Anesthesiologists* (Classificação ASA). Três doentes pertenciam à *Classe I* (sem alterações) e 6 encontravam-se na *Classe II* (alterações sistémicas ligeiras a moderadas causadas pela situação a ser tratada). Os doentes submetidos a anestesia foram alvo de monitorização (tensão arterial, frequência cardíaca e oximetria).

Complicações

A hemorragia foi a única complicação observada, ocorrendo em 2% dos exames, associada à presença de varizes esofágicas. Num dos casos foi necessária intervenção endoscópica, com recurso a laqueação endoscópica. A intervenção endoscópica foi efetuada com êxito, sem rebate hemodinâmico da doente.

Documentação Fotográfica/Observação Completa

A observação do trato digestivo até D₂ não foi concretizada em 5 doentes devido à presença de alimentos e/ou intolerância destes. Em 18 exames, a EDA foi documentada fotograficamente.

Principais dificuldades sentidas/Tolerância dos doentes

Em 59% dos doentes, o exame foi realizado sem nenhuma dificuldade pelo médico executante. A maior dificuldade sentida está relacionada com a falta de colaboração dos

doentes, seguida por complicações inerentes à própria técnica, nomeadamente as limitações da EDA em ver certas regiões anatómicas, a realização de biópsia em localizações difíceis e o controlo difícil de hemorragias. A peristaltase e as secreções excessivas foram também referidas como dificuldades (Tabela 4). Só 69 exames foram realizados pelo mesmo médico executante.

Tabela 4. Dificuldades sentidas pelo Médico executante

Dificuldade	<i>n</i> (%) ¹
Falta de colaboração do doente	25 (61%)
Complicação inerente à técnica	13 (31,7%)
Má preparação	7 (17,1%)
Peristaltase/secreções excessivas	2 (4,9%)

¹ O médico executante podia referir mais do que uma dificuldade, pelo que o somatório das percentagens é superior a 100%.

De acordo com as escalas aplicadas para avaliação da dificuldade sentida, o médico executante considerou que 36 exames foram realizados sem qualquer dificuldade (grau 0), sendo a dificuldade média sentida de $2,72 \pm 2,97$ (mínimo:0, máximo:10). O médico executante também avaliou a tolerância do doente, tendo verificado que 26 doentes realizaram o exame com tolerância máxima (grau 10), sendo a tolerância média de $7,4 \pm 2,37$ (mínimo:0, máximo:10).

Para os doentes, a passagem do endoscópio na orofaringe e os vômitos foram as dificuldades mais sentidas (Tabela 5).

Tabela 5. Dificuldades sentidas pelos doentes

Dificuldade	<i>n</i> (%) ¹
Passagem do endoscópio na orofaringe	60 (67,4%)
Vómitos	50 (56,2%)
Eructações	24 (27%)
Falta de ar	14 (15,7%)
“Dor de barriga”	6 (6,7%)
“Encher o estômago de ar”	2 (2,2%)
Salivação	2 (2,2%)
Náuseas	1 (1,1%)

¹ Os doentes podiam referir mais do que uma dificuldade, pelo que o somatório das percentagens é superior a 100%.

A escala para avaliar o grau de dificuldade sentida foi efetuada a 69 doentes. Nos que realizaram a EDA com recurso à anestesia e os que não conseguiram perceber o seu funcionamento, a escala não foi aplicada. A média da dificuldade expressa pelos doentes foi de $6 \pm 2,03$ (mínimo:2, máximo:10). Trinta doentes iam realizar a EDA pela primeira vez. A dificuldade média expressa pelos doentes que realizaram a EDA pela primeira vez foi semelhante à manifestada pelos doentes que já tinham realizado a EDA mais vezes (34,13 vs 35,36, *Mann-Whitney* $U = 472,5$; $p = 0,814$). Os doentes do sexo masculino manifestaram uma dificuldade média semelhante às doentes do sexo feminino (31,8 vs 38,7, *Mann-Whitney* $U = 473,5$; $p = 0,148$), assim como os doentes mais idosos comparativamente com os mais novos ($p = 0,173$).

Os graus de dificuldade mencionados quer pelo médico executante, quer pelo doente são concordantes, havendo uma relação moderada ($\rho_{(100)} = 0,488$, $p = 0,000$) entre eles. No que diz respeito à tolerância atribuída pelo médico executante e à dificuldade indicada pelo doente, há uma relação moderada e discordante ($\rho_{(100)} = -0,446$, $p = 0,000$), na medida em

que uma maior tolerância atribuída pelo médico executante se associa a uma menor dificuldade sentida pelo doente.

Satisfação do doente

A maioria dos doentes foi convocada para a realização do exame num prazo de 2 semanas (Tabela 6). A maioria dos exames foi realizado na hora prevista, com atrasos maioritariamente na ordem dos 30 minutos (Tabela 7). Noventa e sete doentes não excluem a realização de um novo exame, neste Serviço. Apenas 1% referiu que optaria por outro médico para a realização do novo exame.

Tabela 6. Tempo de espera para a marcação da EDA

Tempo para a marcação do exame	<i>n</i> (%)
≤ 2 semanas	43 (43%)
1 mês – 3 meses	26 (26%)
> 3 meses	21 (21%)
2 semanas – 1 mês	10 (10%)

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

Tabela 7. Tempo de espera no dia para a realização da EDA

Tempo de espera no Hospital	<i>n</i> (%)
≤ 30 minutos	60 (60%)
30 minutos – 1 hora	20 (20%)
1 hora – 2 horas	14 (14%)
> 2 horas	6 (6%)

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

DISCUSSÃO

Na última década, tem-se verificado um aumento do número de EDA realizadas. Vários estudos demonstram um uso abusivo da EDA, consequentemente associado a um decréscimo dos achados endoscópicos relevantes, sendo que, estes achados definem a eficácia do exame². O uso apropriado da EDA é essencial na avaliação da qualidade das unidades de endoscopia digestiva, permitindo melhorar a relação custo-benefício e proporcionar melhores cuidados de saúde³.

Tendo em consideração as orientações da ASGE¹, *Mangualde et al.* referem que a maioria das EDA realizadas nos hospitais portugueses são executadas com base em indicações não indicadas². Estudos desenvolvidos no Hospital de São Bernardo, em Setúbal², e no Hospital São Sebastião, em Santa Maria da Feira³, revelam um uso abusivo da EDA na ordem dos 11,5% e 20%, respetivamente. Estas taxas são muito semelhantes às observadas no Serviço de Gastrenterologia do CHUC (10%), sendo no entanto, inferiores às relatadas por vários estudos internacionais (12 - 39%)².

A EDA realizada pelas indicações não indicadas foi mais frequente nos doentes com menos de 45 anos, em concordância com o observado por *Mangualde et al.* e *Cerqueira et al.*^{2,3}. Este facto está relacionado com Portugal ser um país com elevada prevalência de cancro gástrico e por a EDA ser o único meio de conseguir tranquilizar os doentes jovens em relação à natureza dos seus sintomas, melhorando a sua qualidade de vida³. Não se observou uma diferença significativa das indicações não indicadas nos dois sexos, como revelam *Cerqueira et al.*³ e nos doentes que realizaram a EDA em regime de internamento comparativamente aos que provieram do ambulatório. Seria de esperar que a taxa de EDA realizadas pelas

indicações não indicadas fosse superior nos doentes em regime de ambulatório, como afirmam *Minoli et al.* e *Grassini et al.*², uma vez que a probabilidade de estes apresentarem patologia orgânica grave é mais reduzida.

Em concordância com *Mangualde et al.*², a presença de epigastralgias/dispepsia em doentes com mais de 45 anos ou com sinais de alarme foi a indicação indicada mais observada. A presença de epigastralgias/dispepsia, em doentes com menos de 45 anos e sem sinais de alarme foi a indicação não indicada mais observada em concordância com *Cerqueira et al.*³.

Tal com observado em vários estudos, os achados endoscópicos relevantes foram mais frequentes quando a EDA foi executada pelas indicações indicadas^{2,3}, sendo aproximadamente iguais nos pacientes em ambas as faixas etárias e nos dois sexos. Pelos resultados obtidos, conclui-se que a indicação indicada é um fator preditor da rentabilidade do exame mais importante que a idade do doente. A gastrite crónica e as varizes esofágicas foram os achados endoscópicos relevantes mais frequentes.

Na sequência de estudos desenvolvidos por *Gonvers et al.* e *Rossi et al.* que demonstram um número substancial de achados endoscópicos relevantes nas EDA realizadas pelas indicações não indicadas de acordo com as recomendações da ASGE, várias preocupações têm surgido no sentido do uso das orientações da ASGE em áreas de elevada prevalência de cancro gástrico, tal como Portugal³. Em 30% dos exames realizados pelas indicações não indicadas foram encontrados achados endoscópicos relevantes, muito semelhante os 46% observados por *Cerqueira et al.*³. Dado o reduzido número de casos estudados e o facto de as indicações serem baseadas nas recomendações fornecidas pelo médico requisitante, a classificação da indicação para a realização da EDA pode ter sido alvo de classificações incorretas. Por outro lado, os achados endoscópicos apenas foram baseados no aspeto endoscópico da mucosa.

A presença de alimentos e a não colaboração do doente foram as únicas contraindicações encontradas. Aquando a marcação do exame, os doentes devem receber indicações sobre a preparação necessária, de modo a otimizar o exame e diminuir o risco de complicações. Para além do jejum absoluto de 6 horas^{5,6}, devem ser alertados para a necessidade de um regime alimentar mais brando nos dias anteriores. A maioria dos doentes com má preparação cumpriu o tempo de jejum estabelecido, porém desconhecia a necessidade de um regime alimentar mais cuidado nos dias anteriores à EDA. Nos doentes não colaborantes e nos casos de estase gástrica poderá ser necessária lavagem gástrica⁵. A taxa de doentes com restos alimentares no trato gastrointestinal foi semelhante nos doentes que efetuaram a EDA em regime de internamento e em regime de ambulatório. O ideal seria que as EDA realizadas em regime de internamento apresentassem taxas inferiores de doentes mal preparados.

Cada vez mais, o doente possui um papel ativo na sua orientação clínica, devendo ser informado dos principais riscos, benefícios e alternativas ao exame^{4,7}. Assim sendo, a obtenção do Consentimento Informado é um passo imprescindível na realização do exame, sem o qual o exame não pode ser realizado.

A profilaxia antibiótica sistemática não é recomendada^{8,9}, dada a ocorrência extremamente rara de bacteriemia (0 a 8%)⁸. Mesmo nos doentes com fatores de risco cardíacos (próteses valvulares, antecedentes de endocardite infecciosa e cardiopatia congénita) e cirrose, a antibioterapia apenas está indicada nos procedimentos de maior risco de bacteriemia (esclerose de varizes (0 a 52%), dilatação/colocação de prótese (12 a 22%) e laserterapia esofágicas)^{8,9}.

Uma EDA complicou-se de hemorragia por varizes esofágicas, com necessidade de laqueação elástica. Como a laqueação elástica tem um baixo risco de bacteriemia, a doente não recebeu antibioterapia durante o procedimento⁸⁻¹⁰. Os doentes com cirrose hepática não

realizaram antibioterapia profilática, dado que foram submetidos a procedimentos com baixo risco de bacteriemia (EDA diagnóstica e polipectomia).

Os doentes com distúrbios da coagulação ou sob medicação anticoagulante devem ser alvo de atenção especial. A EDA diagnóstica é segura para valores de plaquetas inferiores a 20.000/ μ L, mas as biópsias devem ser realizadas com precaução¹⁰. A medicação anticoagulante apenas deve ser suspensa quando o risco hemorrágico do procedimento supera os eventuais acontecimentos trombóticos que possam suceder. A EDA, mesmo com biópsia, tem um baixo risco hemorrágico^{11,12}, pelo que não se preconiza a suspensão da medicação, desde que o INR esteja dentro dos valores pretendidos¹². Nos procedimentos endoscópicos de maior risco hemorrágico (polipectomia) o estudo da coagulação deve ser efetuado e a medicação anticoagulante suspensa¹². Nas condições cardíacas altamente tromboembólicas, o risco que a suspensão da medicação anticoagulante acarreta e o risco hemorrágico do procedimento devem ser bem ponderados, sendo necessária a ponte com heparina de baixo peso molecular.

Já os AINEs e a Aspirina[®], se nas doses adequadas e na ausência de distúrbios da coagulação, não devem ser suspensos^{11,12}, mesmo na polipectomia, contrariamente ao observado em alguns exames.

O reduzido diâmetro dos endoscópios permite uma boa tolerância ao exame, mesmo sem o recurso à anestesia¹³. Da atividade do Serviço, conclui-se que o recurso à anestesia é ainda muito reduzido (9%), em concordância com o que se verifica no resto da Europa¹⁴. Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 98% das EDA são realizadas com recurso à anestesia¹⁴.

A anestesia é particularmente útil nos doentes não colaborantes e muito ansiosos, assim como nos procedimentos terapêuticos e mais demorados. O propofol é o anestésico

recomendado pela ASGE¹³. Os efeitos adversos são raros e revertem rapidamente com a interrupção da administração¹³. Todos os doentes que realizam o exame com anestesia devem ser monitorizados (tensão arterial, frequência cardíaca e oximetria)^{5,13}.

A EDA diagnóstica, mesmo com a realização de biópsia, tem complicações na ordem dos 0,13% e taxa de mortalidade na ordem dos 0,004% no Reino Unido¹⁰. Nos EUA, as complicações cardiorrespiratórias associadas à anestesia ocorrem em cerca de 50% dos casos^{15,10}. Neste estudo, todas as EDA com recurso à anestesia decorreram sem intercorrências.

A hemorragia surge muito raramente na EDA diagnóstica, mesmo com biópsia, na ausência de trombocitopenia e hipertensão portal. Na observação efetuada, a taxa de hemorragia rondou os 2%, tendo esta surgido sempre no contexto de hipertensão portal. Os anticoagulantes, a Aspirina[®] e os AINEs não aumentam o risco¹⁰. A infeção e a perfuração (0,03%) são incomuns¹⁰.

A vertente terapêutica tem uma maior taxa de complicações, dado que é um procedimento mais demorado e geralmente sob anestesia. O risco de infeção é maior nestes procedimentos¹⁰. A hemorragia após polipectomia ocorre em 2% dos casos e a perfuração é rara.¹⁰ Os atos terapêuticos observados decorreram sem intercorrências.

É inequívoco que a documentação fotográfica é a única forma de comprovar que o exame foi realizado, com observação até D₂. O objetivo da *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) é que todas as EDA realizadas sejam documentadas com oito imagens, em localizações pré-definidas, de modo a comprovar que foi efetuada a observação completa¹⁶. Da observação realizada, a EDA foi realizada até D₂ sempre que possível e a documentação fotográfica só foi efetuada nas áreas lesadas. Esforços devem ser desenvolvidos, no sentido de adotar as recomendações da ESGE.

A maioria das EDA decorreu sem nenhuma dificuldade. A principal dificuldade sentida na realização do exame prende-se com a falta de colaboração dos doentes. Nestas situações, a anestesia assume um papel valioso.

Trevisani et al. revelam que os doentes do sexo masculino e os que realizam a EDA pela primeira vez atribuem uma maior dificuldade à EDA¹⁴. No estudo efetuado, a dificuldade expressa foi semelhante nos dois sexos. Também ficou patente que a dificuldade expressa pelos doentes que já tinham realizado anteriormente uma EDA não difere dos doentes que a realizaram a EDA pela primeira vez. *Trevisani et al.*¹⁴ também afirmam que os pacientes mais velhos atribuem uma menor dificuldade ao exame, contrariamente ao observado em que não se verificaram diferenças significativas entre as várias classes etárias. Concluiu-se que o médico executante tem uma boa perceção da dificuldade sentida pelo doente.

Pelas respostas obtidas, é um exame moderadamente tolerado pelos doentes. Numa sociedade em que o recurso à anestesia é cada vez mais facilitado e em que os fármacos são cada vez mais seguros, não exigindo a presença de um anestesiológista para a sua administração na generalidade dos casos, não se justifica que a maioria dos doentes ainda realize o exame sem o apoio da anestesia.

A maioria dos doentes ficou satisfeito com o modo como o exame decorreu, não excluindo a hipótese de repetir o exame na mesma instituição e com o mesmo médico.

A capacidade de resposta do Serviço encontra-se num patamar muito elevado, com a maioria das marcações a demorar apenas duas semanas. O tempo de espera no dia do exame é também muito reduzido. Estes fatores são importantes na satisfação do doente, pesando muito na escolha do local para a realização do exame.

CONCLUSÃO

O uso apropriado da EDA permite melhorar a relação custo-benefício e proporcionar melhores cuidados de saúde. Este estudo demonstrou uma boa adesão às orientações definidas pela ASGE, relativamente às indicações para a realização da EDA. O uso abusivo da EDA é semelhante ao observado em outros hospitais portugueses e inferior ao observado noutros países. A indicação da EDA é o fator preditor mais importante do rendimento diagnóstico, dado que a taxa de achados endoscópicos relevantes é superior nas EDA realizadas pelas indicações indicadas. Por esta razão, a adequação da indicação é fundamental para a relação custo-benefício da EDA, pelo que deve ocupar um papel central na escolha dos doentes a serem submetidos à EDA.

A persistência de epigastralgias/dispepsia, com sinais de alarme ou em doentes com mais de 45 anos foram a principal indicação indicada observada. A EDA para avaliação de epigastralgias/dispepsia sem sinais de alarme ou em doentes com menos de 45 anos foram os principais motivos de realização do exame por indicações não indicadas. As indicações não indicadas foram mais frequentes nos doentes com menos de 45 anos.

A maioria dos exames chegou a um achado endoscópico relevante, sendo a gastrite crónica o achado endoscópico relevante mais frequente.

Vários estudos revelaram uma baixa acuidade das orientações definidas pela ASGE nos países com alta prevalência de cancro gástrico, nos quais Portugal se enquadra. Sendo assim, novos estudos devem ser desenvolvidos com intuito de adequar estas orientações à realidade epidemiológica do nosso país.

A hemorragia, num contexto de hipertensão portal, foi a única complicação observada, ocorrendo num número reduzido de exames.

A realização da EDA com o auxílio da anestesia é ainda muito limitada. Apesar dos dados revelarem que é um exame moderadamente tolerado, não se justifica que apenas um número limitado de doentes tenha acesso à anestesia, dado o advento de fármacos mais seguros.

Na maioria dos casos, o médico executante tem uma boa perceção da dificuldade sentida pelo doente. A maioria das EDA foram realizadas sem nenhuma dificuldade pelo médico executante e a principal dificuldade manifestada está associada à falta de colaboração do doente. Já os doentes referiram que a EDA é um exame moderadamente tolerado. A maioria dos pacientes revelou-se satisfeito com a maneira como decorreu o exame, referindo o Serviço de Gastrenterologia do CHUC e o médico executante como uma escolha para uma nova realização do exame. A grande maioria dos exames decorreu num prazo de 2 semanas após a marcação e o tempo de espera no dia foi igualmente reduzido.

Agradecimentos

Agradeço ao meu tutor Prof. Dr. Pedro Manuel Narra Figueiredo por me ter concedido a oportunidade de elaborar a minha tese de mestrado do 6º ano no serviço de Gastrenterologia e por ter estado sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Agradeço aos médicos e enfermeiros da Unidade de Endoscopia Digestiva Alta do serviço de Gastrenterologia do CHUC, e em particular ao do Dr. Paulo Andrade com o qual tive o prazer de acompanhar grande parte das intervenções que foram analisadas neste estudo e cuja paciência para responder a um grande número de inquéritos foi interminável. Do mesmo não poderia deixar de lembrar as inúmeras pessoas, anónimas, que participaram neste estudo.

Por fim, queria agradecer à minha família, pais, irmão e namorado pela paciência que já demonstraram ter ao longo destes últimos 6 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000;52:831-834.
2. Mangualde J, Cremers MI, Vieira AM, Freire R, Gamito E, Lobato C, et al. Appropriateness of outpatient gastrointestinal endoscopy in a non-academic hospital. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy* 2011;3:195-200.
3. Cerqueira R, Fernandes C, Correia M, Manso MC. Indications for upper gastrointestinal endoscopy. The accuracy of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy guidelines in a Portuguese hospital. *Acta Médica Portuguesa* 2008;21:427-432.
4. Faigel D et al.. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. American Society for Gastrointestinal Endoscopy and American College of Gastroenterology. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;63:4-9.
5. Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. *Preparação e Monitorização em Endoscopia Digestiva*. 2006.
http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=114n115n1n&fmo=ve&texto=117 (acedido em Dezembro 2011).
6. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Preparation of patients for GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2003;57:447.

7. Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Consentimento Informado em Endoscopia Digestiva. 1999.

http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=114n115n1n&fmo=ve&texto=109 (acedido em Dezembro 2011).

8. Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Profilaxia antibiótica em endoscopia digestiva. 2010.

http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=114n115n1n&fmo=ve&texto=164 (acedido em Dezembro 2011).

9. Allison MC, Sandoe JA, Tighe R, et al. Antibiotic prophylaxis in gastrointestinal endoscopy. British Society of Gastroenterology. Gut 2009;58:869-880.

10. Green J. Complications of Gastrointestinal Endoscopy. British Society of Gastroenterology 2006;7-10.

http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=114n116n122n20n&fmo=ve&texto=156 (acedido em Dezembro 2011).

11. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. Gastrointestinal Endoscopy 2002;55:775-779.

12. Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Prevenção da hemorragia em doentes hipocoagulados ou sob terapêutica antiagregante plaquetária submetidos a técnicas endoscópicas electivas. 2010.

http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=114n115n1n&fmo=ve&texto=163 (acedido em Dezembro 2011).

13. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Sedation and anesthesia in GI Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy 2008;68:815-826.

14. Trevisani L, Sartori S, Gaudenzi P, Gilli G, Matarese G, Gullini S et al. Upper gastrointestinal endoscopy: are preparatory interventions or conscious sedation effective? A randomized trial. *World Journal of Gastroenterology* 2004;10:3313-3317.
15. Chan MF. Complications of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America* 1996;6:287-303.
16. Rey J, Lambert R. Recommendations for Quality Control in Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for Image Documentation in Upper and Lower GI Endoscopy. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopy* 2001;33:901-902.

Anexos**Anexo 1 - Inquérito**1. IDENTIFICAÇÃO

Nº do processo: _____

Data de realização do exame: __/__/11

Nome: _____

Idade: ____ anos

Sexo: feminino () masculino ()

2. AVALIAÇÃO DO DOENTE

2.1 INDICAÇÃO

Diagnóstica _____

Terapêutica _____

Dispepsia/Epigastralgias ()

Azia ()

Vómitos persistentes ()

Disfagia ()

Odinofagia ()

Hematemeses ()

Melenas ()

Anemia ferropénica ()

Anorexia com perda de peso ()

Dor torácica (avaliação cardiológica N) ()

Lesões em exames radiológicos

Neoplasia (), úlcera (), obstrução ()

Ingestão cáustica ()

Sintomas abdominais altos + sinais/sintomas que sugerem doença orgânica grave ou em doentes c/+45 anos ()

HT portal (varizes esofágicas) ()

Outros () _____

Polipectomia ()

Mucosectomia ()

Outros () _____

Follow-up _____

Esófago de Barrett ()

Acalásia ()

Úlcera gástrica ()

Pólipo gástrico ()

Outros () _____

2.2 PREPARAÇÃO/ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

Classificação ASA (apenas aplicável aos doentes que vão realizar a EDA com anestesia)

Classe I ()	Sem alterações.
Classe II ()	Alterações sistémicas ligeiras a moderadas causadas pela situação a ser tratada.
Classe III ()	Doença sistémica grave de qualquer causa.
Classe IV ()	Doença sistémica grave que coloca em risco a vida do doente e poderá não ser tratável pelo procedimento a efetuar.
Classe V ()	Doente moribundo, com poucas hipóteses de sobreviver, mas que é submetido ao procedimento em desespero de causa.
Classe VI ()	Doador de órgãos.

Presença de restos alimentares? Sim () Não ()

Profilaxia Antibiótica? Sim () Não ()

Porquê?

Doença cardiovascular:	Cirrose hepática ()
Prótese valvular ()	Hemorragia GI aguda ()
Endocardite ()	Dilatação de estenoses ()
Shunt pulmonar sistémico ()	Escleroterapia de varizes ()
Cardiopatia congénita com cianose ()	Gastrostomia percutânea endoscópica ()
Outros () _____	

2.3 CONTRAINDICAÇÕES

Sim () Não ()

Suspeita de perfuração ()	Embolia pulmonar ()
Doente não colaborante ()	Choque ()
EAM recente ()	Gravidez (2º,3ºtrimestre) ()
Doença cardiorrespiratória aguda ()	Outras () _____

2.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Alergias? Sim () Não ()

Quais? _____

Patologia associada? Sim () Não () Quais? DCV, DM, HTA, respiratórias, coagulopatias

Predisposição hemorrágica no doente/família? Sim () Não ()

Cirurgias prévias? Sim () Não ()

Quais? _____

Álcool () Tabaco ()

MEDICAÇÃO

Medicação habitual? Sim () Não ()

ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES PLAQUETARES

Sim () Não () Quais? _____

Teve que suspender? Sim () Não () Porquê?

Polipectomia ()

Outros _____

Quanto tempo antes? _____

Retoma da medicação anticoagulante logo a seguir ao exame? Sim () Não ()

Quando? _____

3. AVALIAÇÃO DA TÉCNICA ENDOSCÓPICA (EDA)

3.1 ACHADOS

Houve esclarecimento do diagnóstico?

Sim ()

Não ()

Parcialmente ()

Neoplasia esofágica ()	Gastrite crónica ()
Gástrica ()	Erosiva ()
Úlcera gástrica ()	Hérnia do hiato ()
Duodenal ()	
“ <i>Esófago de Barrett</i> ” ()	Outros _____
Varizes esofágicas ()	
Gástricas ()	

Intervenção terapêutica realizada com êxito? Sim () Não ()

Se hemostase endoscópica de hemorragia digestiva: recidiva? Sim () Não ()

3.2 BIÓPSIA

Realização de biópsia? Sim () Não ()

3.3 COMPLICAÇÕES

Sim ()

Não ()

Hemorragia ()	Infeção ()
Perfuração ()	Amnésia ()
Dor torácica ()	Odinofagia ()
Rouquidão ()	Aspiração ()
Necessidade de reanimação/ventilação ()	
Outras _____	

Necessidade de internamento? Sim () Não ()

3.4 EXECUÇÃO

Documentação fotográfica? Sim () Não ()

Observação completa do esfôago, estômago, bulbo e porção inicial de D₂?

Sim () Não ()

Necessidade de medicação durante o exame? Sim () Não ()

Qual? _____

Se doente sob anestesia: Monitorização do doente? Sim () Não ()

4 AVALIAÇÃO DO MÉDICO

Grau de dificuldade na realização do exame? ____ (0-10) (0-sem dificuldade, 10-dificuldade extrema)

Tolerância do doente? ____ (0-10) (0-sem tolerância, 10- tolerância máxima)

Maior dificuldade na realização do exame?

<p>Má preparação ()</p> <p>Má colaboração do doente ()</p> <p>Complicação inerente à técnica ()</p> <p>Outras _____</p>
--

Considera que o exame alcançou o seu objetivo? ____ (0-10) (0-não alcançou, 10-alcançou plenamente)

5 DADOS REFERENTES AO DOENTE

Foi a primeira vez que realizou este exame? Sim () Não () Quantas vezes? ____x (sem contar com esta vez)

Consentimento informado? Sim () Não () (se **não**, porque situação de emergência? ____)

Regime de internamento () Regime de ambulatório ()

5.1 PREPARAÇÃO

Ingestão de líquidos nas últimas 6-8 horas? Sim () Não ()

Ingestão de alimentos nas 4 horas antes? Sim () Não ()

5.2 GRAU DE DIFICULDADE

Grau de dificuldade? ____ (0 a 10) (0=sem dificuldade; 10=dificuldade extrema)

O grau de dificuldade indicado correspondeu às suas expectativas no início do exame?

Sim () Não ()

Se respondeu **não**: Custou mais do que aquilo que estava à espera?

Sim () Não () Quanto? ____ (0-10)

Principais dificuldades durante o exame? Náuseas () Vômitos () Tosse ()

Gases/Eructações ()

Outras _____

Como se sente agora? ____ (0-10) (0= muito mal, 10= muito bem)

5.3 ANESTESIA

Perguntar só quando exame realizado sobre o efeito de anestesia:

Foi-lhe dada a possibilidade de realizar o exame com anestesia? Sim () Não ()

Foi aconselhado pelo seu médico? Sim () Não ()

Veio acompanhado? Sim () Não ()

Vai conduzir? Sim () Não ()

5.4 SATISFAÇÃO

Intervalo de tempo entre a marcação e a realização do exame?

< 2 semanas () 2 semanas-1 mês () 1-3 meses () >3 meses ()

Tempo de espera, na sala de espera, para a realização do exame?

30 minutos () 30 minutos-1 hora () 1-2 horas () >2 horas ()

Voltaria a realizar o exame? Sim () Não ()

Voltaria a realizar o exame com o mesmo médico? Sim () Não ()

Voltaria a realizar o exame no mesmo hospital/instituição? Sim () Não ()