

O enfermeiro e a laqueação de varizes esofágicas

Ana Santos Pereira é enfermeira graduada a exercer funções de enfermeira chefe, Ana Paula Coelho é enfermeira graduada, Cristina Rodrigues, Cristiana Costa e Mafalda Carreteiro são enfermeiras. Exercem funções no Hospital Fernando Fonseca

RESUMO

O conceito de enfermeiro endoscopista ainda é recente, estando ligado em grande parte ao desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e terapêutica em Gastrenterologia. A sua diversificação e complexidade tem vindo a reforçar o contributo do enfermeiro nesta área. Nesse sentido é da maior importância que se acompanhe esta evolução através da actualização de conhecimentos teóricos e práticos que se traduzam num desempenho eficaz e de qualidade

NA Unidade Técnica de Gastrenterologia do Hospital Fernando Fonseca, a laqueação de varizes esofágicas (LEVE) é uma das técnicas utilizadas em doentes com manifestações de hemorragia digestiva alta atribuída a rotura de varizes esofágicas. Nesta técnica foi utilizado um dispositivo de bandas múltiplas Speedband – 5 elásticos. Foram submetidos um total de 56 doentes, no período de Janeiro 1996 a Junho de 1998.

No Hospital Fernando Fonseca foi implementado um projecto para a garantia da qualidade dos serviços de saúde, que consiste essencialmente na elaboração de normas de desempenho de cuidados e garantia da qualidade, desenvolvido com profissionais de saúde.

Neste contexto, o enfermeiro desenvolve a sua actuação tendo como base a norma de acolhimento aplicada a todos os doentes submetidos a endoscopia digestiva alta. De acordo com esta norma, ele faz a avaliação das necessidades/problemas do doente, dá resposta às necessidades identificadas, faz ensino relativo à colaboração do doente e avalia os resultados.

Objectivo

Aplicar conhecimentos na área da terapêutica endoscópica de varizes esofágicas com um dispositivo de bandas múltiplas.

Indicações

A LEVE por via endoscópica está indicada em doentes com hipertensão portal, com manifesta-

ções de hemorragia digestiva alta atribuída a rotura de varizes esofágicas, e tem como objectivo prevenir a sua recidiva.

Etiologia

A hipertensão portal consiste no aumento da pressão no interior da veia porta e suas tributárias.

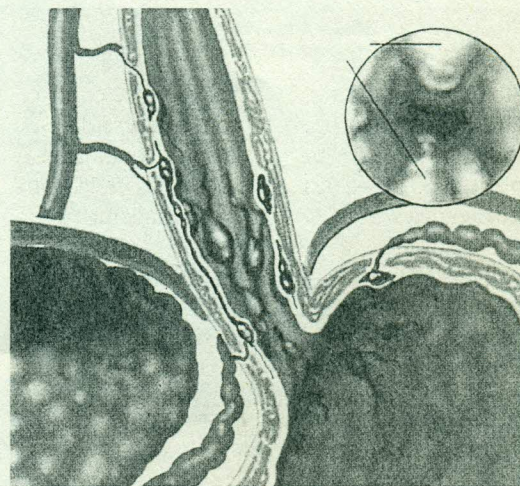


Figura 1. Aumento da pressão no interior da veia porta e suas tributárias

Manifesta-se por circulação porto-sistémicas, esplenomegália e ou ascite.

Programa de Tratamento

■ Sessões com intervalos de 5 a 10 dias até à erradicação das varizes.

– Internamento hospitalar entre a 1.^a e a 3.^a sessão de laqueação.

– Internamento 24 horas após cada sessão de tratamento subsequente.

■ Após a última sessão de tratamento é efectuado controlo endoscópico ao fim de 30 dias, 120 dias e posteriormente com periodicidade semestral e em seguida anual.

■ Se no seguimento houver recidiva de varizes considera-se a hipótese de novas sessões de tratamento.

Resultados

No período compreendido entre Janeiro de 1996 e Junho de 1998, foram submetidos a laqueação

Gastrenterologia Nursing

elástica de varizes esofágicas 56 doentes, dos quais 47 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com a idade média de respectivamente 54,4 e 58,2.

O total de sessões foi de 180. O número de sessões por doente foi de 3,1, tal como se vê no quadro 1.

Quadro 1. Descrição do universo de doentes em tratamento

Janeiro 1996 a Junho 1998

56 doentes	47 M (54,4)
	9 F (58,2)
Total de sessões	180
N.º médio de sessões	3,1

Descrição da técnica

O dispositivo é composto por um mecanismo de disparo, um fio metálico e um cilindro translúcido com vários elásticos.

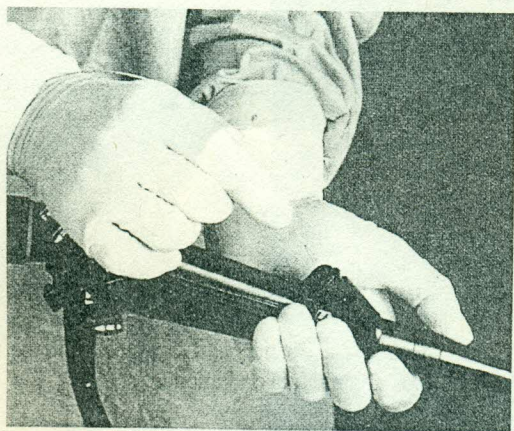


Figura 2. Passagem do fio metálico através do canal de biópsia do endoscópio

Passa-se o fio metálico através do canal de biópsia do endoscópio que sai no extremo distal do mesmo e ao qual é laçado o cilindro translúcido.

Seguidamente, este cilindro é ajustado à ponta do endoscópio, e fixado no mecanismo de disparo que se encontra adaptado ao canal de biópsia por uma cinta aderente.

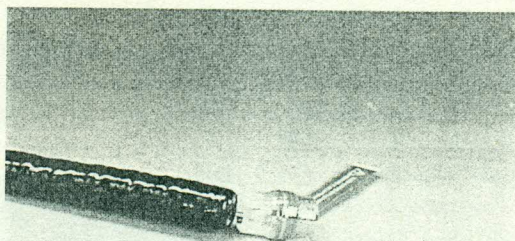


Figura 4.1. Ajustamento do cilindro à ponta do endoscópio

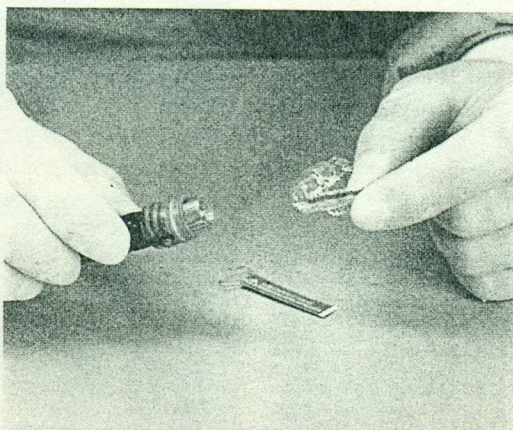


Figura 4.2. Cilindro translúcido é laçado no extremo distal do endoscópio



Figura 5. Fixação do mecanismo de disparo

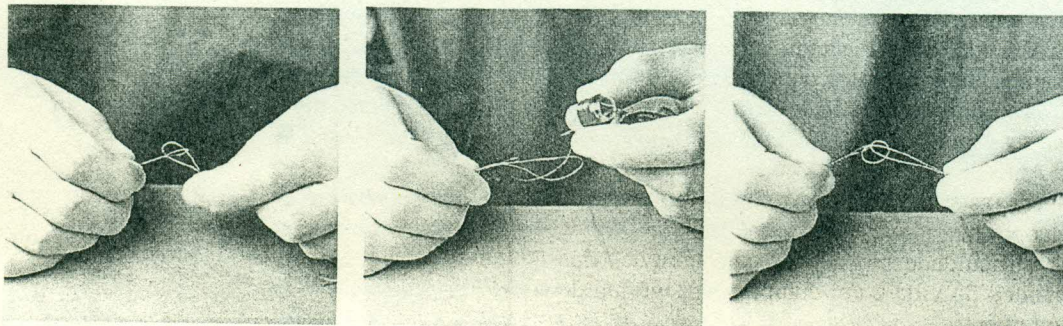
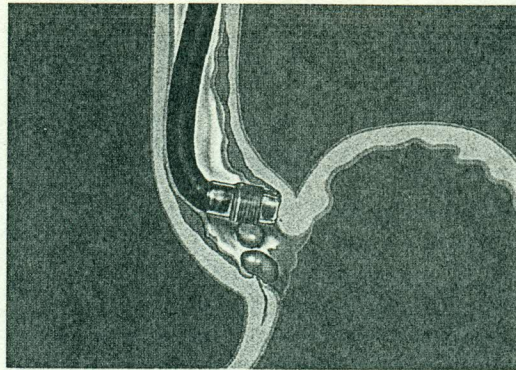


Figura 3.1., 3.2 e 3.3. Saída do fio metálico do extremo distal do endoscópio, no qual é laçado o cilindro translúcido

Gastroenterologia Nursing

O endoscópio com o dispositivo montado é introduzido no esófago. Ao colocar a ponta do endoscópio junto à variz, esta é aspirada e entra dentro do cilindro.

Figura 6. Introdução do dispositivo no esófago



Faz-se rodar o mecanismo de disparo, largando um elástico de cada vez, estrangulando a variz.

Figura 7.1. Fazer rodar o mecanismo de disparo

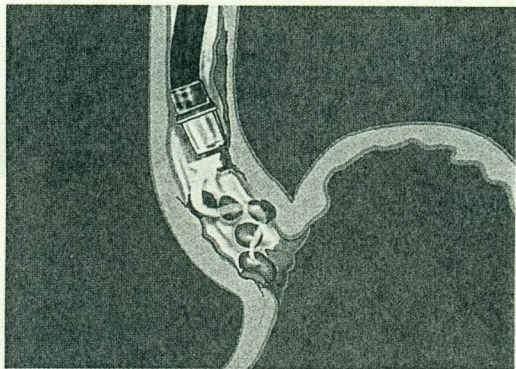
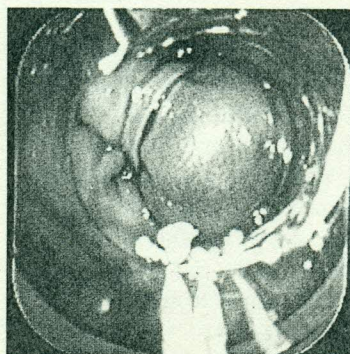


Figura 7.2. Estrangulamento da variz



Actuação do enfermeiro – perfil de cuidados

Consideramos que a actuação do enfermeiro se desenvolve em três vertentes.

Acolhimento ao doente

Avaliação das necessidades/problemas

- Alteração do ambiente/rotina relacionado com o ambiente hostil e desconhecido.
- Procedimentos e atitudes terapêuticas ao qual vai ser submetido.
- Ansiedade e tensão associadas ao facto de a sua doença estar conotada com o consumo abusivo de álcool.
- Dificuldade em aceitar as alterações dos hábitos de vida e em cumprir o programa de tratamento.

Resposta às necessidades/problemas

- Através de uma atitude segura, tranquila e de confidencialidade.
- Informando sobre os procedimentos terapêuticos e solicitando a colaboração do doente durante a execução dos mesmos.
- Motivando e envolvendo o doente/família.

Durante o Tratamento

- Monitorização dos parâmetros vitais (FC+TA+SO₂).
- Punção venosa periférica; soroterapia, segundo prescrição médica.
- Administração de medicação (sedo-analgésia) segundo prescrição médica.
- Posicionamento (decúbito lateral esquerdo).
- Colaboração com o endoscopista na realização de endoscopia digestiva alta de avaliação inicial.
- Vigilância de parâmetros vitais.
- Montagem do dispositivo de laqueação.
- Aumento da pressão de aspiração.
- Administração de perfusão de ocreótido segundo protocolo.
- Colaboração com o endoscopista na LEVE.

Após o Tratamento

- Vigilância
 - estado de consciência
 - perdas hemáticas
 - parâmetros vitais
- Registos
- Informar o doente da data do próximo tratamento/controlo.
- Transferência do doente para o Serviço de Internamento após alta médica da Unidade.

Conclusão

A intervenção do enfermeiro no programa de laqueação elástica de varizes esofágicas, tem duas componentes essenciais: a componente técnica e a prestação de cuidados directos ao doente.

É a junção destes dois factores que contribui para a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS

- O'Leary Wright, I. Esophageal Varices: Treatment and Implications. *Gastroenterology Nursing* 1998; 21 (1): 2-5
- Vazquez-Iglesias, J.L. Tratamiento Endoscópico de Las Hemorragias por Varices Esofagogastricas. *Endoscopia Digestiva Alta II* 1995; cap. VII: 115-129
- DiMarino, Anthony J., Benjamin, Stanley B. Preparation of the Patient. *Gastrointestinal Disease* 1997; Vol.1; cap. 5: 45-52
- DiMarino, Anthony J., Benjamin, Stanley B. Complications of Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal Disease* 1997; Vol.1; cap.7: 57-71
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. *Esophagus*. *Gastroenterology Nursing* 1998 2.ª edição; cap.13;103-113
- Sale, Diane. *Garantia da Qualidade Nos Cuidados de Saúde*, 1998.