

---

<b>Deliberação nº</b> DE-SNS 060/2023	<b>Data</b> 30/04/2023	<b>Sumário</b> Urgência Metropolitana de Gastroenterologia da Área Metropolitana de Lisboa
--	---------------------------	--

---

A Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto (CE-UrgMET), criada mediante o determinado no Despacho nº 10692/2022, de 2 de setembro, tem por missão a revisão dos modelos de organização e a elaboração de propostas que visem a melhoria da articulação de recursos, numa política colaborativa entre as diversas unidades de cuidados de saúde, na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e na Área Metropolitana do Porto (AMP).

Nesse âmbito, a CE-UrgMET, em conjunto com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), sob o acompanhamento da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), reuniram com as diversas instituições e profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da AML, avaliando cada uma das especialidades, no que concerne à procura, oferta, qualificação das respostas, redes de referência hospitalar, qualidade e segurança das soluções e bons exemplos internacionais.

De acordo com a CE-UrgMet, o conceito de Urgência Metropolitana define-se por uma solução integrada e global num determinado local e região que vise a rentabilização de recursos na ótica de melhoria do acesso a cuidados e de reforço da qualidade e eficiência da resposta assistencial aos doentes urgentes e emergentes. Esse exercício de boa gestão implica a sistematização dos locais de atendimento clínico no âmbito da rede de referência, com regras claras de articulação e acesso (critérios clínicos de orientação), bem como a organização de cuidados. O trabalho em rede, além de constituir um mecanismo eficaz de gestão de risco, promove a uniformidade de critérios clínicos no acesso e nas intervenções em saúde, com evidente benefício para os utentes. O conceito de Urgência Metropolitana visa garantir a existência permanente de uma rede de segurança local e regional em apoio ao doente urgente/emergente mais grave, de forma articulada entre as diversas unidades de saúde responsáveis pela manutenção da capacidade assistencial na área geográfica e junto das populações em causa.

De sublinhar que esta estratégia é utilizada há muitos anos nas áreas metropolitanas dos vários países europeus e estabelecida como uma boa prática, sendo recomendada pelas várias sociedades científicas, com ganhos em saúde bem evidenciados.

No que concerne à **Urgência Metropolitana de Gastrenterologia da Área Metropolitana de Lisboa**, a CE-UrgMET realizou uma análise da situação atual na AML, com o objetivo não da resolução pontual de escalas de serviço, mas da promoção da equidade nas responsabilidades institucionais, de forma a garantir uma solução estável, que garanta o apoio ao doente urgente/emergente, nas 24 horas. Esse objetivo implica a definição de uma proposta equilibrada de responsabilidades, com o envolvimento de todos os interessados, de forma integrada.

Foram várias as dimensões analisadas pelos especialistas, nomeadamente: casuística, articulação funcional (nomeadamente a remoção de corpos estranhos, que implica a coordenação da resposta com a Otorrinolaringologia, e a gestão global do doente hemorrágico, com articulação com a Medicina Interna e, por vezes, com a Cirurgia Geral, bem como a realização de procedimentos com implicações na Anestesiologia), o acesso (com a adoção de uma política uniforme ao nível das diversas regiões), o impacto cuidados intensivos e intermédios (doentes vítimas de hemorragia digestiva encontram-se por vezes em estado crítico ou, no mínimo, em estado que aconselha vigilância acrescida), a organização da resposta na península de Setúbal, o apoio às regiões do Alentejo e do Algarve e o transporte inter-hospitalar (valorizando a importância dos meios do INEM, nomeadamente, o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica e a operacionalização das respostas de Transporte do Doente Crítico por via terrestre, respeitando as normas técnicas em vigor preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos).

Foram ainda analisadas as questões do contacto prévio (antes da concretização do transporte), retorno ao hospital de origem (quando a condição clínica assim o permitir com segurança, é imperativa a prioridade na receção dos doentes nos hospitais de origem), organização em rede (necessidade na manutenção de uma coroa de hospitais, próxima das populações, com capacidade resolutive), abrangência e responsabilidade da participação (assunção da responsabilidade de todas as instituições em colaborar no esforço comum, para a garantia da manutenção de uma resposta no contexto da urgência metropolitana), alargamento de horário (alguns dos hospitais poderão alargar o seu período de apoio), impacto do horário noturno (são fatores a atender a existência de elementos com horários reduzidos, o envelhecimento dos quadros e o impacto da realização de trabalho noturno na atividade programada, devendo ser ponderado o acesso, nomeadamente as listas de espera), formação (relevância no assegurar que os Internos de Formação Específica (IFE) cumprem com os requisitos aplicáveis quanto à realização de trabalho de urgência, em centros com idoneidade formativa reconhecida, nomeadamente com casuística

relevante em volume, tipologia de exames e complexidade clínica), a realização de CPRE (Colangiografia Pancreática Retrograda Endoscópica, em caso de obstrução da via biliar com infeção, que implica uma solução específica face à especialização requerida), o regime de apoio durante o período noturno (considerando a experiência internacional e do CHULC) e o acompanhamento (importante assegurar um mecanismo de avaliação da evolução do modelo).

A DE-SNS tem a responsabilidade de coordenar a resposta assistencial do Serviço Nacional de Saúde, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Nesse sentido, o reforço do trabalho em rede entre as equipas das instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários, com o INEM e a Linha de Saúde 24, assim como o planeamento atempado, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade e confiança para os utentes e os profissionais de saúde.

Após a avaliação das propostas e reflexões, que resultaram de um enorme envolvimento dos serviços de gastroenterologia, dinamizado pela CE-UrgMET e pela ARSLVT, a discussão com os profissionais sobre as melhores opções clínicas, com o objetivo de assegurar a coesão territorial e a equidade na prestação das respostas em saúde, tendo como perspetiva a abordagem utilizada neste âmbito nos países europeus, a DE-SNS agradece aos profissionais envolvidos e à excelente coordenação realizada e, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança, determina-se o seguinte:

- **A Urgência Metropolitana de Gastroenterologia da Área Metropolitana de Lisboa**, será implementada da seguinte forma:
  - Em regime de presença física, todos os dias, das 08-20 horas, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE (CHULC);
  - Em regime de prevenção, das 20-08 horas, todos os dias, em polo único central, a rodar semanalmente entre o CHULN e o CHULC.
- Nas restantes instituições das AML, deverá ser consagrada a solução discutida com a CE-UrgMET e a ARSLVT, sendo que será alvo de monitorização contínua pela DE-SNS, com o objetivo da maioria dos doentes poder ser observado e tratado em proximidade.

- Os hospitais com maior responsabilidade assistencial na área da Gastreenterologia, pela dimensão dos respetivos serviços e das áreas geográficas e populacionais abrangidas, nomeadamente o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, e o Hospital Garcia da Orta, EPE, devem reforçar a organização e capacidade interna, de forma a poder responder cabalmente à generalidade das situações urgentes (conforme os critérios de acesso agora definidos), evitando a transferência de doentes para o polo central de Urgência de Gastreenterologia, em funcionamento no CHULC ou no CHULN.
- A equipa clínica tipo recomendada é constituída por um Especialista e um IFE.
- A equipa de enfermagem deverá ser específica e dedicada ao apoio do centro de endoscopia.
- Os procedimentos CPRE urgentes deverão ser assegurados pelo polo ativo da urgência metropolitana, como forma de garantir uma resposta institucional em tempo útil.
- O critério clínico de apoio da gastreenterologia à urgência metropolitana, sistematizado entre os serviços, com uniformidade de critério na AML e na AMP, respeitando a evidência científica, possui critérios centrados no Corpo Estranho, na Hemorragia Digestiva Alta (hipertensiva e não hipertensiva, pós terapêutica endoscópica) e na Hemorragia Digestiva Baixa (pós terapêutica endoscópica, hemorragia diverticular, lesão vascular), nestes últimos, com instabilidade hemodinâmica. Os critérios de referenciação em causa deverão explicitar as indicações precisas que justificam a observação urgente pela Gastreenterologia, com o respetivo tempo alvo indicado, por patologia (incluindo as indicações para CPRE).
  - O referido consenso clínico vigorará como norma no pedido urgente de parecer, de realização de procedimento endoscópico ou de transferência inter-hospitalar (esta, obrigatoriamente, sempre com contacto prévio do Gastreenterologista no hospital destino e autorização do Chefe de Equipa de Urgência) – em anexo.
- Coordenação da Urgência Metropolitana de Lisboa de Gastreenterologia: assegurada em regime de coresponsabilidade pelos Diretores de Serviço de Gastreenterologia do CHULN e CHULC.
- Acompanhamento trimestral: coordenado pelo CHULN e o CHULC, acompanhado pela DE-SNS.

- O presente plano entra em vigor na segunda-feira, dia 8 de maio de 2023, sendo essa semana da responsabilidade do CHULC.

*30 de abril de 2023*

**O Diretor Executivo da DE-SNS**

Fernando Manuel Ferreira Araújo

## Normas de atuação na Urgência Metropolitana de Gastreenterologia

O Médico Especialista de Gastreenterologia no Serviço de Urgência, tem como funções a realização de procedimentos endoscópicos diagnósticos e/ou terapêuticos em doentes com quadros clínicos urgentes/emergentes.

A transferência de doentes para a Urgência Metropolitana de Gastreenterologia, implica:

- Contacto prévio do Chefe de Equipa com o Gastreenterologista no polo da Urgência Metropolitana.**
- Ver indicações e critérios clínicos de referenciação.
- Envio de informação clínica.
- Ponderar os riscos benefícios do transporte do doente, de acordo com a estratificação do risco.
- Estabilização hemodinâmica do doente.

### Indicações Clínicas

1. Hemorragia digestiva (hematemeses, melenas, hematoquezias) nos seguintes casos:
  - a. Instabilidade hemodinâmica persistente apesar das medidas de reposição;
  - b. Hemorragia ativa.
2. Corpos estranhos do tubo digestivo (se ainda acessíveis à intervenção endoscópica).
3. Impacto alimentar.
4. Volvo Intestinal.
5. Ingestão de cáusticos.
6. Colangite aguda (choque séptico).

### Anexos

#### Estratificação do Risco:

- **Score Clínico de Rockall**  
<https://www.mdcalc.com/calc/3642/rockall-score-upper-gi-bleeding-complete>
- **Glasgow-Blatchford Bleeding Score (GBS) (>3)**  
<https://www.mdcalc.com/calc/518/glasgow-blatchford-bleeding-score-gbs>

#### Guidelines European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

##### *Foco no tempo de intervenção*

- Hemorragia digestiva não varicosa
- Hemorragia Digestiva por varizes
- Hemorragia Digestiva Baixa
- Colangite Aguda Obstrutiva

**Quadro 4: Estratificação do Risco – Score de Rockall**

Variável	Pontuação			
	0	1	2	3
Idade (anos)	<60	60-79	=80	
Hemodinâmica		Frequência cardíaca > 100 /minuto	TA sistólica < 100 mmHg	
Comorbilidades			Doença cardíaca isquêmica Insuficiência cardíaca congestiva outra comorbilidade <i>major</i>	Insuficiência renal Insuficiência hepática Neoplasia metastizada
Diagnóstico Endoscópico	Mallory-Weiss ou nenhuma lesão	Úlcera péptica Esofagite erosiva	Doença maligna do aparelho digestivo	
Estigmas de hemorragia recente	Úlcera de base limpa ou com Pigmento hemossidérico		Sangue no tubo digestivo, Coágulo, vaso visível ou hemorragia em jacto	

Score Clínico (antes da EDA)= idade + hemodinâmica + comorbilidades

Score completo (após a EDA)= score clínico + diagnóstico endoscópico + estigmas de hemorragia

Score máximo: antes da endoscopia =7; após diagnóstico endoscópico=11

Estratificação final do risco:

Baixo: ≤ 2  
Intermediário: 3-4  
Alto: ≥ 5

### Hemorragia não varicosa

*Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Ian M. Gralnek, Adrian J. Stanley, A. John Morris, et al, 2021.*

A ESGE recomenda que, após a ressuscitação hemodinâmica, seja realizada endoscopia digestiva alta (GI) precoce (≤ 24 horas). Recomendação forte, evidência de alta qualidade.

A ESGE não recomenda endoscopia digestiva alta urgente (≤ 12 horas), pois, em comparação com a endoscopia precoce, os resultados dos pacientes não são melhores.

**Recomendação forte, evidência de alta qualidade.**

### Hemorragia Digestiva Baixa

*Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Konstantinos Triantafyllou, Paraskevas Gkolfakis, Ian M. Gralnek, et al. 2021.*

A ESGE recomenda que, em doentes com hemorragia digestiva baixa aguda grave, a colonoscopia seja realizada em algum momento durante o internamento porque não há evidência de alta qualidade que a colonoscopia precoce influencie a evolução clínica dos doentes.

**Recomendação forte, baixa qualidade de evidência.**

### Hemorragia digestiva por varizes

*Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*

*Ian M. Gralnek, Marine Camus Duboc, Juan Carlos Garcia-Pagan, et al. 2022.*

A ESGE recomenda que, em doentes com suspeita de hemorragia por varizes, a avaliação endoscópica seja realizada até 12 horas a partir da apresentação do doente, desde que este tenha sido ressuscitado hemodinamicamente. Recomendação forte, evidência de qualidade moderada.

A ESGE recomenda a Laqueação Elástica de Varizes para o tratamento da hemorragia aguda por varizes esofágicas.

**Recomendação forte, evidência de alta qualidade.**

### Colangite aguda

*Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Gianpiero Manes, Gregorios Paspatis, Lars Aabakken, et al. 2019.*

A ESGE recomenda o seguinte momento para drenagem biliar, preferencialmente endoscópica, em doentes com colangite aguda, classificados de acordo com a revisão de 2018 das normas de Tóquio (**recomendação forte, evidência de baixa qualidade**):

- grave, o mais rápido possível e dentro de 12 horas para doentes com choque séptico;
- moderado, dentro de 48 – 72 horas;
- leve, eletivo.

As normas de Tóquio de 2013, foram revistas em 2018 e classificaram a colangite aguda como:

- Grave com disfunção de pelo menos um dos seguintes sistemas: cardiovascular, neurológico, respiratório, renal, hepático ou hematológico.
- Moderado, com pelo menos um de: leucócitos  $>12.000 \text{ mm}^3$  ou  $<4.000 \text{ mm}^3$ , febre  $> 39.0 \text{ }^\circ\text{C}$ , idade superior a 75 anos, bilirrubina superior a 5mg/dl, ou hipoalbuminemia.

**Recomendação ligeira, sem critérios de moderada ou grave.**

### Ingestão de cáusticos/pilhas/objetos pontiagudos

*Paediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition and European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines. Mike Thomson, Andrea Tringali, Jean-Marc Dumonceau, et al. 2017*

- A ESGE/ESPGHAN recomenda a remoção em (<2 horas) de objetos pontiagudos localizados no esófago (todos os casos). (**Recomendação forte, qualidade moderada de evidência**)
- ESGE/ESPGHAN recomenda em (<2 horas) a remoção de objetos pontiagudos no estômago ou duodeno proximal, mesmo em crianças assintomáticas. **Recomendação forte, qualidade moderada de evidência.**
- A ESGE/ESPGHAN recomenda a remoção urgente (< 2h) de pilhas em botão impactadas no esófago.
- INGESTÃO CÁUSTICOS: A ESGE/ESPGHAN sugere que toda criança que tenha ingerido uma substância corrosiva tenha um acompanhamento apertado, com endoscopia ditada pelos sintomas/sinais. A endoscopia deve ser efetuada dentro de 24 horas.

*Abril de 2023*

*Consenso no plano dos princípios e atitudes a atender na Urgência Metropolitana de Gastreenterologia*

*João Coimbra, Rui Tato Marinho, Isabel Pedroto*