



HDS **In** Forma



Novo Serviço de Urgência do Hospital de Santarém

Sempre consigo a cuidar de si



EDITORIAL

Ranking ou Rating, uma questão de estilo

O Hospital de Santarém vai ser integrado no SINAS, Sistema Nacional de Avaliação em Saúde. Trata-se para além da adesão a uma ferramenta científica de avaliação hospitalar, da possibilidade e da oportunidade de se colocar no âmbito do conjunto dos Hospitais portugueses, não numa perspetiva de Ranking, mas sim numa perspetiva de Rating, isto é, numa lógica qualitativa.

Utilizando cinco parâmetros de avaliação vai ser possível classificar o Hospital pela excelência clínica, pela segurança do Doente, pela adequação e conforto das instalações, pela focalização no Utente e, finalmente na sua satisfação.

É da conjugação destes cinco parâmetros que será atribuído/obtido o rating do Hospital. Este será o sistema de avaliação que nos virá dar mais e melhor informação sobre os resultados de todos os investimentos, pessoais e institucionais levados a cabo no nosso Hospital nos últimos anos.

Por um Hospital de cinco estrelas!

Dr. José Rianço Josué
Presidente do C.A.

ÍNDICE

2

Editorial

3

Realização de consultas sem processo em papel
Educação para a Saúde

4

Visita pré-natal no acolhimento à grávida no Bloco de Partos

5

1º Curso de Sobrevivência do Interno
Agradecimentos

6/7

O novo Serviço de Urgência

8

O alimento deste mês é o... Iogurte
Comemoração do Dia Mundial da Saúde

9/12

Suplemento Científico:
“Let Loose Technique”, uma opção na migração de banda gástrica

Ficha técnica **HDSInForma**

Propriedade: **Hospital Distrital de Santarém, EPE**
Avenida Bernardo Santareno, 2005-177 Santarém
Direcção: Conselho de Administração
Contactos: Telef: 243 300 200
E-mail: hdsinforma@hds.min-saude.pt
Site: www.hds.pt

A Newsletter **HDSInForma** é uma publicação bimestral do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. que integra o Suplemento Científico.

Edição: Marta Bacelar | Helena Graís
Impressão: LZ - Artes Gráficas, Lda

Tiragem: 1.000 exemplares
Distribuição Gratuita

Realização de consultas sem processo em papel

Texto Tatiana Silvestre

O Departamento de Cirurgia e o Arquivo Clínico uniram-se num projeto comum que tem vindo a ser implementado desde o dia 27 de fevereiro - a realização de consultas sem o processo físico do doente. Este projeto visa aumentar a taxa de utilização dos sistemas de informação disponíveis no Hospital (SAM, SiiMAWeb, SispatWeb e WebAppolo), reduzir o volume de trabalho inerente à circulação dos processos físicos e simplificar o ato médico de consulta.

De forma a auxiliar os Assistentes Técnicos no controlo do novo circuito, foi desenvolvido pela Gestão de Tecnologias de Informação um relatório que permite identificar todos os doentes com consulta marcada e com exame realizado no exterior já concluído e entregue.

A partir do dia 7 de maio, foi possível eliminar o processo nas consultas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascul ar, Dermatologia, Ortopedia, Otorrino e Urologia e respetivas sub-especialidades. Ficou apenas excluída deste circuito a especialidade de Oftalmologia, cujos meios de diagnóstico e terapêutica realizados no Hospital ainda não são registados eletronicamente.

Atualmente, apenas 5% dos médicos de todas as especialidades envolvidas requisitam diariamente processos físicos de utentes, dado que o historial clínico ainda não se encontra no SAM. Considera-se que a aceitação deste novo projeto tem sido muito positiva.



Educação para a Saúde



No âmbito de um protocolo estabelecido com diversas escolas do 1º ciclo do ensino básico, o Serviço de Pediatria do Hospital de Santarém tem vindo a desenvolver, ao longo do ano letivo, múltiplas atividades com o objetivo de promover e divulgar hábitos de vida saudáveis junto das crianças.

Com uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, dietista, fisioterapeutas e educadora de infância, em articulação com as escolas, e abordando temas enquadrados no currículo escolar, têm sido realizadas, no hospital e nas escolas, diversas

ações que têm como objetivo:

- Dinamizar competências em contexto de saúde escolar;
- Diminuir a ansiedade da criança numa abordagem hospitalar;
- Participar em problemáticas abordadas no programa nacional de educação;
- Promover a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com o estilo de vida saudável;
- Contribuir para o desenvolvimento das escolas promotoras de Saúde.

Dando continuidade ao desenvolvimento de outras iniciativas, realizou-se no passado dia 23 de fevereiro, mais uma sessão educativa, sob a responsabilidade da Dr.ª Teresa Gil Martins, destinada a crianças do 3º ano do centro escolar D. João II. O tema abordado foi a sexualidade/reprodução, tema enquadrado no currículo escolar do 3º ano. Depois da apresentação e desenvolvimento do tema, foi dada resposta às perguntas formuladas pelas crianças esclarecendo as dúvidas apresentadas.

Visita pré-natal no acolhimento à grávida no Bloco de Partos

Texto Ana Tiago

A gravidez, o parto e o nascimento de um filho são momentos únicos da vida de uma mulher e diante da intensidade emocional e física que a parturiente

experimenta, é preciso estar atento às suas necessidades que vão além dos cuidados técnicos dispensados nas maternidades. Essa atenção ou acompanhamento, ajuda a mulher a transpor essa experiência, propiciando benefícios físicos e emocionais.

Acreditando que o impacto de um espaço não familiar pode ser reduzido através de acolhimento adequado e no contexto dos avanços já realizados no Hospital de Santarém, foi delineado um Projeto de Visita Pré-Natal, alargando-se os cuidados de acolhimento à mulher. Foi implementada a visita guiada ao Bloco de Partos, mediante marcação, assegurando-se um

contato prévio com o Serviço.

Os profissionais envolvidos perfilham medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade à parturiente, tais como:

- Promover a visita pré-natal à unidade de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o stress do processo de internamento no momento do parto;
- Manter um diálogo com a mulher, durante a realização da visita pré-natal, incentivando-a, orientando-a e esclarecendo-lhe as dúvidas

em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério;

- Informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;
- Adotar medidas que estimulem o vínculo afetivo mãe e filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento;
- Dar à grávida o direito à presença do acompanhante para participar no nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto/parto.

A temática abordada foi o desenho e o suporte do projeto de mestrado da Enfermeira Ana Tiago, denominado “Visita pré-natal como elemento chave no acolhimento à grávida no Bloco de Partos” que privilegia a corrente do parto humanizado. Na conclusão deste mestrado foram elaborados documentos que têm como objetivo promover a acessibilidade em contexto obstétrico das mulheres que elegem o Hospital de Santarém para o local de parto, dos quais se salienta o “Guia de Acolhimento”, dirigido aos utentes do Bloco de Partos, considerando uma estratégia indispensável para fortalecer o vínculo entre a enfermeira de saúde materna e obstétrica/grávida/parturiente. É um método facilitador de informação, pois permite uniformizar a informação à grávida/família do mesmo modo que descreve comportamentos, condutas e atitudes a adotar para a promoção da Saúde.

Também foi elaborado um panfleto “Informações úteis às grávidas” como um complemento de educação para a saúde, que não se extinguindo na instituição, pode ter repercussões práticas na sociedade, ou seja, no alvo da atenção dos profissionais de saúde. A elaboração destes instrumentos teve o apoio do Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetria, Dr. José Teixeira, da Enfermeira Chefe do Bloco de Partos, Enf.^a Helena Casaca e da Diretora de Enfermagem do Hospital de Santarém, Enf.^a Ilda Veiga.



GUIA DE ACOLHIMENTO

UNIDADE DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA E BLOCO DE PARTOS



CSI: Santarém - 1º Curso de Sobrevivência do Interno

De 28 de maio a 1 de junho, decorreu na Sala Polivalente do Hospital de Santarém, o “1º Curso de Sobrevivência do Interno”. Este curso, que teve grande adesão por parte dos médicos, abordou uma grande diversidade de temas apresentados por médicos de diversas especialidades. Foram apresentados temas como a dor peri-operatória, o parto iminente, a abordagem do politraumatizado no SU, ou convulsão/mal epilético, entre outros. Integrado neste curso, decorreu também um Curso de Suporte Imediato de Vida. Para concluir o CSI com aproveitamento, os participantes tiveram de estar presentes em todas as sessões e realizar para avaliação final, um teste de escolha múltipla com base nos algoritmos do “Livro de Sobrevivência do Interno”.



AGRADECIMENTOS

Após uma gravidez de 38 semanas e 4 dias, nascia a Maria, a nossa 1ª filha. Entre alguns percalços e dois períodos de incapacidade para o trabalho por risco clínico, esta gravidez decorreu sem grandes problemas e, sobretudo, com um grande sentimento de alegria. Estava a concretizar-se um dos maiores motivos da nossa realização enquanto casal.

Ao longo das semanas de gestação, recorremos aos serviços do Hospital de Santarém, umas vezes por novas situações que se nos apresentavam, para os quais necessitávamos de cuidados especializados e para os quais encontrámos resposta nos vossos serviços; outras visitas, para vigilância.

Por fim, no dia 5 de Março último, e no contexto de uma visita ao vosso Serviço de Urgência Obstétrica para avaliação do bem-estar fetal, desencadeou-se o trabalho de parto da Ana e assim, nascia a Maria, aos nossos olhos linda como um raio de sol.

Durante todo o processo, sentimo-nos envolvidos como parceiros da equipa de prestação de cuidados multidisciplinar e encontrámos nas equipas que estavam de serviço todo o apoio de que precisávamos num momento tão importante como é o nascimento do nosso primeiro filho.

Desde o Bloco de Partos, onde se iniciou o trabalho de parto, passando pelo Bloco Operatório, onde a Maria nasceu por cesariana, até à enfermaria e ao Berçário, sublinhando o facto de terem sido acompanhadas durante todos os períodos em que foi possível pelo João, em todos os Serviços fomos bem cuidados, deixando-nos a clara sensação de que a nossa opção pelo SNS e pelo Hospital Público da nossa área de residência foi a melhor que poderíamos ter feito.

Porque entendemos que os profissionais devem ser

corrigidos quando encontramos lapsos ou falhas e que devem ser encorajados a continuar quando nos prestam serviços de qualidade, achámos por bem dirigir a todos o nosso profundo agradecimento pelos cuidados prestados à nossa família.

Apresentamos ainda um louvor público a todos os profissionais dos Serviços referidos, mormente às equipas de Enfermeiros, Obstetras, Pediatras e Anestesiologistas pelos cuidados de elevado nível de qualidade que nos foram prestados e também um agradecimento especial pela atenção dispensada.

Por fim, gostávamos de dar a esse Conselho de Administração a certeza de que durante todo o tempo de permanência da nossa família nesse Hospital, sentimos como real o lema que apresentam no Órgão de Comunicação desse Hospital “Sempre consigo, a cuidar de si”

Por tudo, o nosso Obrigado!

João Pedro, Ana Maria e Maria M. R. Azoia Lopes

Queria realçar a rápida assistência e simpatia que me foi dada nas Urgências no passado dia 11 de fevereiro, ao ser operado a uma hérnia inguinal estrangulada. Por esse motivo agradeço a todos, desde a auxiliar que me levou para o Bloco Operatório, que foi uma simpatia, como toda a equipa do Dr. Luís Ferreira. Ao dar este testemunho, pretendo tão-somente exercer o meu direito cívico, como também dizer que os cuidados prestados nessa unidade hospitalar, são de excelência. Importa aduzir que nesse Hospital, não tenho conhecimentos nem familiares e que foi a primeira vez que aí entrei.

Alpiarça, 27 de Abril de 2012

José Batista César

Já abriu a nova Urgência

Durante dois anos cresceram as expectativas de uma espera que valeu a pena e hoje a realidade que oferecemos aos doentes são excelentes condições de atendimento e aos profissionais melhores condições de trabalho.

O Hospital de Santarém foi inaugurado e entrou em funcionamento em finais de 1985, com uma Urgência concebida para responder a uma população de cerca de 192.000 habitantes. A capacidade instalada era de cerca de 50.000 atendimentos por ano, ou seja, cerca de 137 atendimentos por dia.

Passados 10 anos, a procura duplicou e começam os primeiros sinais de desgaste e descontentamento. Para resolver a situação identificada, ensaiam-se medidas especiais para melhorar as condições, protocolando com os Cuidados Primários a triagem das “falsas urgências”. Surge a Unidade Básica de Urgência (UBU), mas é abandonada nos finais dos anos 90 por dificuldades de operacionalidade.

Em 2005, 20 anos após a inauguração do Hospital, o volume da procura triplica, verificando-se com frequência, episódios de rutura da capacidade instalada, por vezes prolongados, fundamentalmente no inverno. Apesar da grande compreensão dos utentes e da dedicação e entrega dos profissionais, a situação torna-se permanentemente desconfortável e atinge o nível de risco, não sustentável.

Uma análise aprofundada revela que o perfil da procura evoluiu e com ele, alterou-se o paradigma do atendimento. A população atendida é agora mais envelhecida e a percentagem de “falsas urgências” inicialmente contabilizada em cerca de 70%, reduz-se para cerca de 40% e todos os recursos, físicos e humanos, entram em rutura. Reforçam-se os recursos humanos com mais médicos, mais enfermeiros, mais assistentes operacionais, mas persiste a total desadequação física à procura. Camas, macas, cadeiras de rodas, utentes e profissionais saturam todos os espaços e circuitos, tornando impossível o normal funcionamento dos serviços, impedindo assegurar com um mínimo de dignidade, qualidade e humanização os cuidados necessários.

Em 2007, torna-se inadiável o que se tornou óbvio - o serviço de urgência esgotou, em todos os sentidos, a sua capacidade de funcionamento. Neste sentido, o Conselho de Administração promove uma reflexão interna sobre esta realidade e decide tomar uma

decisão fundamental: é necessário, à luz dos modernos princípios de organização e funcionamento de um Serviço de Urgência com competências médicas e cirúrgicas, construir uma solução virada para o futuro, para os próximos 25 anos.

Urgência Antiga



É elaborado o Projeto de remodelação e ampliação dos espaços, circuitos e funções, baseado nas obrigações do Hospital para com a população que serve, o seu número, as suas necessidades identificadas e as que se perspetivam num futuro onde se acentuará o envelhecimento e, com ele, um aumento significativo de uma procura bem caracterizada.

É apresentada a candidatura deste Projeto ao Quadro de Referência Estratégica Nacional (QREN), apoio fundamental e inequívoco na sua prossecução, que se materializou com a assinatura do contrato em 6 de Agosto de 2009. Esta iniciativa é apoiada no âmbito do INALENTEJO, cujo investimento ascendeu a

€6.168.610,27, com financiamento FEDER de €4.318.027,19 e €1.850.583,08 financiado com capital estatutário do Hospital, expressamente reservado para investimento.

Foi necessário encerrar para demolição a Urgência “Antiga”, sem comprometer a melhor resposta possível a uma procura que teimava em manter-se em número e natureza. Sem outra alternativa, foi necessário recorrer à implantação de contentores (96)

Urgência Nova



num área de cerca de 800 m², onde se instalaram todas as especialidades, em melhores condições do que as que existiam até então.

No dia 15 de Março de 2010, é transferida a Urgência “Antiga” para a Urgência Provisória. O sentimento é unânime entre os profissionais do Hospital: “Será um período desafiante, mas que valerá a pena”. “Acreditamos todos”, declara José Manuel Louro, Assistente Técnico neste Hospital desde a sua abertura. Quando questionado como se sentia, o Diretor do Departamento de Urgência à data, Dr. Sebastião Geraldês Barba, diz: “Estou otimista sem dúvida alguma... Há anos que os profissionais deste Hospital sonham com uma nova urgência”. O Presidente do Conselho de

Administração, Dr. José Josué, expressa: “A nova urgência terá todas as condições, quer para o atendimento dos utentes, quer para o desempenho dos profissionais, concretizando-se assim o sonho que hoje se inicia e só possível graças a um apoio muito substancial do QREN.”

A obra decorre durante cerca de dois anos, com atrasos inerentes a obras desta magnitude.

É na madrugada do dia 31 de Março de 2012 que são transferidos todos os doentes e profissionais da Urgência Provisória para a Urgência “Nova”. Foi um momento histórico aquele que ocorreu às duas e meia, quando foram fechadas as portas da Urgência Provisória e abertas as das novas instalações. Quem teve a oportunidade de presenciar o momento em que os espaços vazios foram gradualmente ocupados por utentes, profissionais, por movimento e ação, não pode nunca esquecer o sentimento de realização, principalmente quem vivenciou de perto e diariamente as várias etapas deste percurso. A mudança definitiva foi o culminar de um período de grande espera e enorme expectativa.

“Um impacto positivo na privacidade, segurança, conforto, organização e satisfação que deve agora dar lugar a novos desafios, rumo à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nesta trajetória de evolução contínua que temos testemunhado ao longo dos anos no serviço de Urgência.”

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência
Enf.^a Paula Lino

É inegável a diferença entre a realidade da Urgência “Antiga” e a realidade atual da Urgência “Nova”. Os espaços são amplos, arejados e permitem a separação inequívoca dos doentes a atender (passou-se de uma área total de 900m² para 2.200m²). O investimento nestas novas instalações, nos novos equipamentos hospitalares e informáticos refletem distintamente a preocupação de todos envolvidos neste Projeto, em proporcionar as melhores condições de atendimento e tratamento dos utentes do S.N.S.

É de louvar o empenho e dedicação de todos os profissionais que durante o período de dois anos em que a Urgência funcionou em instalações provisórias conseguiu manter o ânimo e o profissionalismo, mesmo quando as condições não eram as desejáveis. É de exaltar ainda a compreensão de todos os utentes durante este período.

“Mais que um objetivo em si, a nova urgência deverá ser uma caminhada para um novo patamar de qualidade no atendimento ao doente crítico.”

Diretor do Departamento de Urgência
Dr. Fausto Roxo

O Alimento deste mês é o ... IOGURTE

Texto Maria Duarte

Pensa-se que já por volta do ano 6.000 A.C., os povos do Neolítico fossem consumidores de leite fermentado por bactérias. A Europa só viria a conhecer o iogurte propriamente dito em meados do século XVI. A sua reputação de alimento saudável deve-se ao cientista russo Metchnikoff que, no princípio do século XX, advogava o seu consumo para

manter a saúde do cólon e, assim, prolongar a vida. No começo, a sua comercialização era feita em farmácias, uma vez que se atribuíam ao iogurte, propriedades curativas e medicinais. Pode definir-se iogurte como o produto coagulado, obtido por fermentação láctea devida à ação exclusiva de *Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus* sobre o leite e produtos lácteos, devendo a flora específica estar viva e abundante no produto final. O

iogurte pode ser classificado quanto à sua composição, ao tipo e à matéria gorda. A fermentação láctea que ocorre por ação das bactérias saprófitas, transforma a lactose em ácido láctico, acidificando o meio. O iogurte é assim um alimento bem digerido e com grande interesse para os indivíduos com intolerância à lactose. Estas estirpes bacterianas produzem o isómero L do ácido láctico que parece estimular a produção de suco gástrico e assim ter um efeito



benéfico sobre a utilização de proteínas e minerais. Esta flora microbiana ativa ajuda a repor o equilíbrio do cólon após tratamento com antibióticos. No entanto, o seu teor em ácido láctico pode torná-lo num produto cariogénico principalmente se for açucarado, por isso recomenda-se a escovagem dos dentes após a sua ingestão. Os iogurtes probióticos estimulam a atividade da flora intestinal potenciando, deste modo, o papel que esta desempenha na manutenção da integridade da parede e atividade intestinal, na prevenção de disfunções imunológicas, na regulação do trânsito intestinal e na prevenção de infeções gastrointestinais. O valor nutricional do iogurte é muito semelhante ao do leite, com moderada densidade energética, proteínas, cálcio, fósforo e algumas vitaminas. O iogurte é um género alimentício facilmente perecível e é fundamental que esteja dentro do prazo de validade, a sua embalagem deve estar intata e ser conservado entre 0 e 6º C, o que também assegura que a flora bacteriana se encontra ativa. O iogurte natural não açucarado é uma base ideal para temperos de saladas, quando misturado com pimenta, algumas ervas aromáticas ou alho picado no iogurte, este pode ser utilizado em substituição da maionese ou natas em algumas preparações culinárias, conferindo-lhes um valor calórico mais vantajoso. Pode também ser utilizado em sobremesas. E agora, delície-se...

Queques de Iogurte

Ingredientes

- 1 iogurte natural magro (sólido)
- 1 ovo
- 2 colheres de sopa de açúcar areado amarelo
- 2 colheres de sopa de coco ralado
- 100g de farinha integral
- 1 colher de chá de fermento
- Raspa de 1 limão
- Canela em pó q.b.
- Miolo de noz e amêndoa torrada q.b.
- Azeite q.b. e farinha q.b.

Preparação

Unte 8 formas de queques com azeite e polvilhe-as com farinha. Bata o iogurte com o ovo e o açúcar. Seguidamente, adicione o coco, a farinha integral, o fermento, a raspa do limão, a canela e mexa bem. Divida a massa pelas formas, decore-a com a noz ou a amêndoa e leve-as ao forno previamente aquecido a 180ºC durante 15 minutos.

Bom apetite!



Comemoração do Dia Mundial da Saúde

Texto Maria Duarte

No âmbito da comemoração do Dia Mundial da Saúde, que foi assinalado no dia 7 de abril, o Serviço de Alimentação e Dietética dinamizou a atividade “Alimentação nos Verdes Anos”, dedicada às crianças seguidas na consulta de Obesidade Pediátrica e contou também com a especial participação de outras crianças. A iniciativa pretendeu envolver e sensibilizar todas as crianças presentes para mais e melhor Saúde. Foi uma oportunidade de aprender ludicamente, de confraternizar e desenvolver comportamentos que promovam um estilo de vida mais saudável.



Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santarém, E.P.E.

“Let Loose Technique”, uma opção na migração de banda gástrica

Pedro Mesquita Vasconcelos, Joaquim Pedroso Costa, Vânia Tavares

Artigo publicado na revista *Obesity Surgery*, nº2 do Volume 22, titular dos direitos de publicação.

Palavras chave: Banda gástrica ajustável laparoscópica; Migração; Let loose technique

Resumo:

A obesidade é hoje um grave problema de saúde pública mundial. Com o objetivo de proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de vida, existem tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis. Desde 2005, o Hospital de Santarém tem vindo a fazer cirurgia bariátrica. De 77 procedimentos com banda gástrica ajustável laparoscópica (LAGB), houve três casos de migração. Os autores propõem um novo procedimento para lidar com as migrações, de acordo com uma classificação para a migração da banda, como uma alternativa à remoção por laparoscopia ou laparotomia. “*Let loose technique*” é um procedimento que pode ser usado em pacientes com migração de bandas para além do ângulo de Treitz e sem outras complicações associadas. Consiste em retirar o *port* sob anestesia local, deixando livre o tubo de insuflação; internamento do doente para vigilância e aguardar a eliminação da banda com as fezes. É menos oneroso e com riscos mínimos para o paciente. Os primeiros resultados são satisfatórios e encorajadores.

Introdução:

A obesidade representa um problema de saúde pública, geralmente considerado como uma “nova

epidemia global” [1, 2]. Para enfrentar este desafio, tem havido grandes investimentos na prevenção e tratamento da obesidade, visando uma melhor educação e incentivo para estilos de vida saudáveis. No entanto, dada a baixa taxa de sucesso das terapêuticas médicas (aproximadamente 5% [2]), hoje, a principal esperança dos pacientes obesos para o tratamento da sua doença, é a cirurgia bariátrica. Existem vários procedimentos cirúrgicos disponíveis e são classificados como mal abortivos, restritivos ou mistos. Um dos procedimentos considerados restritivos é gastroplastia com banda gástrica ajustável. Foi usado pela primeira vez em 1983, e continua a ser usado desde então [3].

Uma revisão da literatura mostra vários artigos sobre as possíveis complicações após a colocação laparoscópica de banda gástrica ajustável (LAGB). Estas são geralmente divididas em complicações *major* ou *minor*, que podem ser precoces e tardias.

Das complicações precoces, as mais frequentes são: a hemorragia peri-operatória, infeções abdominais ou da ferida e pneumonia [3]. As complicações tardias são principalmente o deslizamento da parede gástrica, dilatação bolsa gástrica, dilatação esofágica (associada a disfagia) e migração intragástrica da banda gástrica ajustável.

Outras complicações, consideradas *minor* (geralmente associadas com a porta de insuflação), mas também descritas, são a infeção, exteriorização, desconexão, ou a rotação da porta subcutânea. A

incidência total destas complicações varia entre 0% e 31%, fazendo com que haja uma taxa de re-intervenção de 7,4%, mas pode aumentar até 58% em algumas séries [2, 5].

Como foi referido anteriormente, uma das principais complicações tardias da LAGB é a migração da banda [4]. A migração ou erosão da banda para o lúmen gástrico é uma complicação tardia rara (0-11%), mas que pode ter grande impacto no estado de saúde do paciente [3, 5, 6].

Os mecanismos de erosão e migração da banda não são totalmente claros, embora haja algumas explicações hipotéticas e especulativas que a classificam como sendo uma erosão precoce ou tardia.

A erosão precoce pode ocorrer na sequência de uma lesão impercetível no estômago no momento da cirurgia, que evolui para infecção assintomática e consequente migração. A migração tardia é normalmente justificada por duas razões principais, que podem atuar sozinhas ou de modo combinado: a reação à presença de um corpo estranho (que pode começar como uma infecção local) e/ou o aumento da pressão da banda na parede gástrica. Esta pressão pode ser exercida de fora para dentro ou de dentro para fora. A pressão externa indevida vem da insuflação excessiva da banda ou da inclusão excessiva de parede do estômago durante a colocação da LAGB [3]. O aumento da pressão interna é geralmente causada pela ingestão inadequada de alimentos pelo paciente, em quantidade e/ou consistência [5, 7].

Objectivo:

O Hospital de Santarém tem vindo a participar desde 2005 no programa nacional para o tratamento da obesidade, realizando cirurgia bariátrica. Inicialmente, a intervenção escolhida foi a LAGB, mas desde o último trimestre de 2009, o *bypass* gástrico alto e o *sleeve* gástrico têm sido preferencialmente escolhidos.

Até Dezembro de 2010, 108 intervenções foram realizadas, das quais 77 foram colocação de banda gástrica ajustável. Os resultados têm sido satisfatórios, com poucas complicações associadas. No entanto, houve três casos de migração de banda para o tubo digestivo. O que se segue é uma breve descrição dos três casos, para melhor compreensão e discussão informada.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 51 anos, com um índice massa corporal pré-operatório (IMC) de 43 kg/m² e antecedentes de hipertensão.

Em 2008, foi submetida a colocação de banda gástrica ajustável, a intervenção decorreu sem complicações.



Fig. 1

Desde então, foi acompanhada em consulta de nutrição, cirurgia e psicologia. A banda foi insuflada uma vez com 2 cc de soro fisiológico.

Em Fevereiro de 2010, na consulta referiu uma dor abdominal inespecífica. Após realização de um Rx de abdómen, observou-se

que a banda estava localizada no hipocôndrio direito. Posteriormente realizou uma tomografia computadorizada do abdómen e da pélvis para avaliação clínica e pré-operatório (Fig. 1).

Decidiu-se por internamento em enfermaria de cirurgia.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, 53 anos, com história de obesidade (peso inicial de 140 kg, IMC: 41 kg/m²) e hipertensão. Foi submetido a colocação laparoscópica de banda gástrica em 2007. A intervenção ocorreu sem complicações. Seguimento em consulta de psicologia, nutrição e cirurgia desde então. A banda foi insuflada com um total de 7,5 cc de soro fisiológico.

Em Julho de 2010, apresentou-se com desconforto abdominal e episódios esporádicos de vômito. Foi observado em consulta, com indicação para dieta ligeira e analgesia em SOS.

Por persistência das queixas regressou à consulta após 1 semana. Apresentava-se com sinais vitais normais, com abdómen mole e depressível, sem defesa e com uma leve dor à palpação profunda na região epigástrica e flanco esquerdo. Analiticamente, ligeira leucocitose, e proteína C-reativa de 18 mg/dL. O Rx de abdómen revelou que a banda



Fig. 2

estava localizada na fossa ilíaca esquerda, sem outros sinais. Realizou tomografia computadorizada que confirmou a presença da banda no lúmen intestinal (Fig. 2).

Decidiu-se por internamento em enfermaria de cirurgia.

Caso 3

Paciente do sexo feminino, 54 anos, (IMC: 45,8 kg/m²) com história de patologia mamária, hipertensão, diabetes tipo 2, gastrite, laqueação tubária, stripping de veias varicosas e colecistectomia. Em Janeiro de 2010, foi submetida a LAGB sem complicações.

Mais tarde foi seguida em consulta de psicologia, nutrição e cirurgia, sem qual quer insuflação da banda.

No início de Agosto de 2010, apresentou-se por desconforto abdominal,



Fig. 3

sem outros sinais ou sintomas.

Ao exame físico, apresentava sinais vitais normais. O abdómen era mole e depressível, sem defesa, mas com dor ligeira generalizada a todos os quadrantes. Analiticamente, ligeira leucocitose com proteína C-reativa elevada, 2 mg/dL. A radiografia abdominal revelou a banda no flanco esquerdo. Para esclarecimento, realizou-se uma tomografia computadorizada abdominal e pélvica (Fig. 3). Decidiu-se por internamento em enfermaria de cirurgia.

Discussão:

O primeiro caso foi uma situação nova para a equipa médica, por isso, de acordo com a literatura e depois de discutir o caso com o paciente, decidiu-se por laparotomia exploradora. Foi operada sob anestesia geral, sendo que durante a intervenção se observaram aderências peritoneais com fusão de vários segmentos ileais. Depois de remover o tubo de insuflação, ficaram

múltiplas perfurações com contaminação peritoneal. Foram necessárias múltiplas ressecções e anastomoses. Foi uma cirurgia difícil, com elevada morbidade para a paciente e com internamento prolongado, mas sem complicações associadas.

No segundo paciente, antevendo as dificuldades esperadas, optou-se por uma atitude menos invasiva e mais expectante. Depois de obter o consentimento informado do paciente, realizou-se uma pequena cirurgia, para seccionar o tubo de insuflação do *port*, permitindo a livre migração da banda. O paciente foi internado para uma supervisão adequada atendendo à possibilidade de obstrução intestinal, perfuração ou peritonite. Foi prescrita uma dieta líquida e antibióticos profiláticos. Após 24 h, a banda migrou completamente, tendo sido evacuada com as fezes. Teve alta, com a indicação para continuar a dieta prescrita pela nutricionista e a endoscopia realizada um mês após a migração completa da banda mostrou que o estômago se apresentava sem alterações.

No terceiro e último caso, apesar de ser o terceiro num curto espaço de tempo, foi ainda mais inesperado, pois a banda havia sido recentemente colocada. A decisão tomada baseou-se nas duas experiências anteriores. Desta vez, decidiu-se pela remoção do *port* (em vez de apenas cortar o tubo), sob anestesia local abandonando o tubo de insuflação. Para uma melhor vigilância do paciente, optou-se por internamento, com dieta líquida e antibioterapia. Como no caso anterior, a banda migrou para o reto, tendo a paciente referido uma sensação de corpo estranho na ampola rectal. Realizou-se um toque rectal, com retirada da banda intacta.

Mais uma vez sem alterações no estado clínico do paciente (Fig. 4). À data de realização deste artigo, todos os pacientes se encontram bem, sem qual quer queixa de dor



Fig. 4

ou desconforto abdominal, fazendo uma dieta variada e com hábitos gastrointestinais normais.

Conclusão:

Na série apresentada há três casos de migração em 77 pacientes, o que representa 3,8% de complicações. Esta é uma percentagem alta, mas de acordo com a literatura, é aceitável e está dentro dos limites apresentados, 0-11% [3, 5]. No entanto, o objectivo é sempre melhorar a técnica, tentando reduzir a taxa de complicações.

O diagnóstico de migração de banda gástrica ajustável assenta numa avaliação cuidadosa do paciente, seguida da realização de uma radiografia simples de abdómen (que é eficaz na avaliação da posição da banda gástrica [6]). Em caso de dúvida ou para confirmar o diagnóstico, deve-se considerar a realização de uma endoscopia digestiva alta ou de uma tomografia computadorizada, abdominal e pélvica [8].

Gianfranco (2004) e seus colegas sugerem fazer uma endoscopia anual de rotina uma vez que este é o único exame que pode detetar a migração intragástrica precoce [2] e simultaneamente tratar o paciente.

Na presença de uma banda migrada, é preciso primeiro avaliar a sua posição e depois eventuais complicações associadas com a migração.

Com base nestes princípios, os autores propõem uma classificação da migração em três diferentes fases: *Fase I*, quando a migração ocorreu para lúmen gástrico e a banda está acessível para ser retirada por endoscopia; *fase II*, quando a banda migrou a montante do ângulo de Treitz e por isso não pode ser recuperada por endoscopia, e *fase III*, que corresponde a uma migração com complicação associada (como perfuração víscera oca, hemorragia gastro-intestinal aguda, oclusão, e/ou outra), exigindo uma intervenção cirúrgica imediata.

Como apresentado anteriormente, todos os casos estavam em fase II, e portando não acessíveis por endoscopia. Assim, a única alternativa disponível, descrita na literatura, era uma abordagem cirúrgica, por laparotomia ou por laparoscopia.

De acordo com a experiência nos 3 casos descritos e na consulta de artigos publicados, os autores propõem que, nos casos de migração de banda em fase II (quando a banda já ultrapassou o ângulo de Treitz, sem complicações associadas), a primeira atitude terapêutica com intenção curativa, consiste em remover o *port*, libertando a banda, e esperar que o organismo complete o "trabalho" que começou, ou seja, a rejeição de um corpo estranho.

Isto é a "*Let loose technique*" e consiste na remoção do *port* de insuflação sob anestesia local, abandonando o tubo, com a hospitalização do paciente para a vigilância e preparado para uma eventual cirurgia (zero dieta, antibiótico profilático e acesso venoso). Considerando os casos apresentados, espera-se que a banda seja expelida em 48 h.

Os resultados preliminares são satisfatórios e não mostram aumento da morbidade para o paciente. Além disso, a hospitalização e o acompanhamento permanente permitem a realização de intervenção cirúrgica urgente se necessário (em caso de perfuração, oclusão ou outras complicações). No entanto, as complicações devem ser evitadas, é por isso importante perguntarmo-nos como elas surgem. Rever a técnica cirúrgica, rever a quantidade de insuflação da banda, considerar o uso de bandas gástricas baixa pressão ou mesmo questionar os pacientes sobre a compreensão da sua nova condição, são pontos que devem ser considerados por todas as equipas que fazem cirurgia bariátrica.

Como conclusão, e em nossa opinião, a "*Let loose technique*" é um procedimento *mínimo* para lidar com um problema *major*. É segura, com claros benefícios para o paciente, e deve ser sempre considerada como uma alternativa à intervenção cirúrgica para pacientes com migração de bandas em fase II.

Referências:

1. Organization, World Health. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization. World Health Organization, 1998.
2. Silecchia G, et al. Role of a minimally invasive approach in the management of laparoscopic adjustable gastric banding postoperative complications. Arch Surg. Novembro, 2004;139.
3. Perredon M-A, Nocca D, Fabre J-M, et al. Traitement de l'obésité morbide par anneau gastrique ajustable: un suivi clinique et radiologique. J Radiol. 2005;86:176372.
4. De Palma GD, Formato A, Pilone V, et al. Endoscopic management of intragastric penetrated adjustable gastric band for morbid obesity. World J Gastroenterol. July, 2006;7.
5. Hainaux B, Agneessens E, Rubesova E, et al. Intra-gastric band erosion after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: imaging characteristics of an underreported complication. Am Roentgen Ray Soc. 2005;January.
6. Zehetner J, Holzinger F, Triaca H, et al. A 6-year experience with the Swedish adjustable gastric band: prospective long-term audit of laparoscopic gastric banding. Surg Endosc. 2005;218.
7. Póvoa AA, Soares C, Esteves J, et al. Simultaneous gastric and colic laparoscopic adjustable gastric band migration. Complication of bariatric surgery. Obes Surg. 2010;20:796800.
8. Pretolesi F, et al. Radiology of adjustable silicone gastric banding for morbid obesity. Br J Radiol. 1998;71.