

COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIOPSIAS E POLIPECTOMIA) – Informação

Nome da Instituição: _____:

Leia atentamente esta informação que é extremamente importante – a mesma complementa o formulário do consentimento informado

A COLONOSCOPIA é o procedimento endoscópico utilizado para visualizar o intestino grosso. Na colonoscopia total é analisado todo o intestino grosso, ou seja o reto, o cólon sigmoide, o cólon descendente, o cólon transverso, o cólon ascendente e o cego. Em determinadas ocasiões é também realizada observação do íleon terminal (ileoscopia). Na colonoscopia esquerda, é analisado o reto, cólon sigmoide e cólon descendente. Para tal introduz-se através do ânus um endoscópio flexível, equipado com uma pequena câmara na extremidade, que transmite as imagens ampliadas para um monitor presente na sala onde a colonoscopia é realizada.

No início do procedimento o doente é colocado em decúbito lateral esquerdo, com os joelhos dobrados sobre o abdómen, mas em caso de necessidade esta posição pode ser alterada a fim de facilitar a progressão do colonoscópio.

Durante o procedimento o médico vai insuflando ar ou dióxido de carbono através do colonoscópio, o que permite a distensão do cólon, a progressão e a correta observação da mucosa. Ocasionalmente pode optar-se pela instilação de água

No decurso da colonoscopia pode ser necessário realizar BIOPSIAS (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior), efetuar POLIPECTOMIAS (remoção de pólipos com uma pinça de biopsias ou ansa de polipectomia) ou, mais raramente, INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS, APLICAÇÃO DE CLIPS (pequenas peças de metal), ENDOLOOPS (laços) ou TATUAGEM. Algumas destas intervenções, além de aumentarem o risco de eventos adversos, têm um custo acrescido (dependendo do seu subsistema) e pode ser-lhe imputado o respetivo pagamento após o procedimento – informe-se junto da instituição de saúde onde o mesmo irá decorrer:

- BIOPSIAS (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior);

- POLIPECTOMIAS (remoção de pólipos com uma pinça de biopsias ou ansa de polipectomia),

- INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS, APLICAÇÃO DE CLIPS (pequenas peças de metal), ENDOLOOPS (laços), TATUAGEM CÓLICA ou DILATAÇÃO de estenoses cólicas.

De salientar que a decisão de remover um pólipo dependerá da avaliação clínica pois, em determinadas circunstâncias (pólipos volumosos; pólipos planos; múltiplos pólipos;

posicionamento instável do aparelho, etc.) poderá ser mais seguro que esta intervenção seja realizada em ambiente hospitalar e/ou por equipa mais diferenciado(a).

Uma colonoscopia total pode demorar até cerca de 1 hora, dependendo da maior ou menor dificuldade na progressão ao longo do cólon e da necessidade de efetuar procedimentos adicionais (por exemplo, remoção de pólipos). A duração pode ser inferior nos casos em que não é possível realizar todo o procedimento porque a preparação não é a adequada e só permite observar uma parte do intestino ou porque existe uma estenose, um “aperto”, que não permite que o aparelho continue a progressão.

No final do procedimento irá para o recobro, onde se permanece por cerca de 1 hora, podendo ser por um período inferior caso haja essa indicação por parte dos médicos gastroenterologista e anestesta. O doente deverá estar acompanhado e não poderá conduzir ou trabalhar no dia do procedimento. Quando este é realizado sem anestesia, não é necessário recobro.

As cólicas abdominais e a flatulência são as queixas mais frequentemente referidas pelos doentes após uma colonoscopia. No entanto, o desconforto vai diminuindo à medida que o doente consegue eliminar os gases. Este processo pode ser facilitado por pequenas caminhadas.

Em que situações é realizada uma colonoscopia?

A decisão sobre a necessidade de realizar qualquer procedimento é sempre tomada pelo médico assistente em conjunto com o doente; contudo, o médico executante pode estar ou não de acordo. Em função das características individuais de cada doente e das suas queixas ou doença, a colonoscopia é, regra geral, recomendada nas seguintes situações:

1. Rastreio do cancro do colon e reto na população em geral ou em grupos com risco aumentado para o desenvolvimento desta neoplasia (história familiar de neoplasias colo-retais, doença inflamatória do intestino entre outras);
2. Investigação de sintomas: dor abdominal, perda de peso não explicada por outras causas, hematoquezias/retorragias (perda de sangue nas fezes), alterações do trânsito intestinal;
3. Diagnóstico: causas de anemia e diarreia, colheita de biopsias em mucosa inflamada ou deteção de tumores;
4. Para rever achados ou proceder a terapêutica de alterações detetada em colonoscopias realizadas anteriormente;
5. Para esclarecer dúvidas surgidas noutros exames (tais como radiografia, TC abdominal e pélvico, ecografia abdominal ou análises);
6. Tratamento: a colonoscopia para além de diagnóstica é frequentemente um procedimento terapêutico e curativo, permitindo a excisão de pólipos, realização de dilatações cólicas, remoção de corpos estranhos, fulguração de vasos

anómalos ou injeção endoscópica de fármacos para controlo de hemorragias digestivas.

De salientar que a decisão de realizar determinada terapêutica dependerá sempre da avaliação clínica e é influenciada por diversos fatores.

Existem alternativas à realização de colonoscopia?

Dependendo da indicação do procedimento poderão existir alternativas que deverão ser discutidas com o seu médico assistente como a colonografia por TC (“colonoscopia virtual”), a colonoscopia por cápsula e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (esta última apenas para rastreio de cancro do colon em indivíduos assintomáticos e sem história familiar de neoplasias colo-retais). Estas alternativas não estão indicadas em todas as circunstâncias, têm várias limitações comparativamente à colonoscopia e podem também não estar isentas de riscos.

É importante salientar que, dependendo da indicação, poderá correr riscos adicionais se não realizar a colonoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico de doenças relevantes como cancro colorretal e na terapêutica de pólipos do cólon (que é na maioria dos casos curativa).

Se tiver alguma dúvida quanto à indicação para realizar este procedimento deve obter esclarecimentos adicionais junto do seu Médico Assistente.

Também terá a possibilidade de conversar com o Médico Gastroenterologista e com o Anestesiologista (se o seu procedimento estiver marcado com sedação) antes de realizar a colonoscopia.

A colonoscopia será total? Nem sempre.

O objetivo do Gastroenterologista é sempre realizar uma colonoscopia total, com visualização da válvula ileocecal e orifício apendicular, mas se a preparação for inadequada, ou se a progressão do colonoscópio se revelar muito difícil, por exemplo pela sua anatomia, o Médico pode decidir suspender o procedimento, para salvaguardar a integridade física do doente.

A colonoscopia não é um procedimento 100% fiável ou seguro, mesmo realizado com o máximo cuidado e sob as melhores condições, pelo que alguns pólipos (até 2 a 26%, dependendo do tamanho) e mesmo carcinomas colo-retais (até 3 a 6%), podem não ser detetados.

A remoção de pólipos diminui o risco de carcinoma colorretal, mas o facto de realizar uma colonoscopia não lhe confere proteção absoluta e pode, ainda assim, vir a desenvolver este tumor após uma colonoscopia. Este risco aumenta se a preparação intestinal não for adequada, pelo que deve cumprir rigorosamente as instruções que lhe forem fornecidas a esse propósito.

No decurso da colonoscopia serão recolhidas imagens endoscópicas para foto documentação, exceto se se verificar qualquer problema técnico que o impeça.

A colonoscopia é isenta de riscos? Não.

A colonoscopia é, por natureza, um procedimento invasivo, independentemente de serem realizadas, ou não, intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais (biópsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sangrantes, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar os riscos, mas, ainda assim, a colonoscopia é um procedimento relativamente seguro, com uma taxa global de complicações inferior a 1%.

O risco global de complicações graves é mais elevado em pessoas de idade mais avançada (superior a 75 anos), história de acidente vascular cerebral (“trombose”, “enfarte”, “hemorragia” cerebral), fibrilhação auricular (“arritmia” cardíaca), insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica (“bronquite crónica”), antecedentes de cirurgia abdominal, incluindo cesarianas, doença diverticular do cólon, bem como com determinadas terapêuticas, como anticoagulantes. Ver informação mais pormenorizada no texto abaixo.

Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga) que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vómitos;
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após a colonoscopia;
- Cefaleias (“dores de cabeça”);
- Dor, eritema (“vermelhidão”) ou até mesmo uma infeção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o procedimento.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- A **perfuração** (rotura) do intestino ou do cólon.
 - O risco de perfuração é agravado em determinados grupos/situações: idade superior a 75 anos; sexo feminino; múltiplos problemas de saúde, com nível mais elevado de risco anestésico; cirurgias abdominais e/ou pélvicas anteriores, tais como histerectomia (remoção do útero), cesariana, com desenvolvimento de aderências (“intestino fixo”); história de radioterapia abdominal e/ou pélvica; presença de múltiplos divertículos no intestino grosso; presença de doença inflamatória intestinal, com atividade severa no momento da endoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos, sobretudo se apresentarem determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses;
- A **síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infeção localizada);

- A **hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia/biopsias. É um pouco mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes;
- As **complicações cardiorrespiratórias**, mais comuns nos procedimentos sob sedação, sendo de salientar a anafilaxia (reação alérgica muito severa), o enfarte agudo do miocárdio (“ataque cardíaco”), a embolia pulmonar, arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e a aspição de fluidos com desenvolvimento de pneumonia.
 - Embora raras, são complicações mais comuns em indivíduos de idade mais avançada, com anemia, demência, doenças pulmonares prévias, obesidade, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doenças valvulares) ou se o procedimento for realizado em contexto de urgência.
- Raramente podem surgir outras complicações:
 - Relacionadas com a própria preparação intestinal (insuficiência renal, desidratação, excesso de potássio no sangue, dor ou distensão da barriga, náuseas, vômitos, lacerações/feridas no esófago devido ao esforço do vômito);
 - **Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos** (grandes vasos sanguíneos do abdómen), **diverticulite** (inflamação de divertículos), **apendicite** (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações muito raras, mas muito graves. Se fez cirurgias prévias, avise o seu médico.
 - **Explosão do cólon**, situação igualmente rara, mas que pode ocorrer se a preparação for inadequada e for utilizada uma fonte de ignição (excisão de pólipos; árgon-plasma). Trata-se de uma situação grave e que obriga, na maioria dos casos, a uma intervenção cirúrgica.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o procedimento, com eventual necessidade de posterior internamento. Em determinados casos, o tratamento da complicação poderá requerer transfusões de sangue, intervenções cirúrgicas e conseqüente internamento.

Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido. O risco de morte existe em todas as colonoscopias, mesmo que sejam só diagnósticas.

Se o seu procedimento estiver marcado com sedação/anestesia a mesma será administrada por um Médico Anestesiologista que o vigiará durante todo o procedimento. Há riscos específicos associados à sedação, nomeadamente problemas cardiorrespiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados (ver informação prévia).

Assim, é importante que tome algumas precauções para assegurarmos que o procedimento seja o mais fácil possível e que os riscos sejam menores:

1. Cumpra rigorosamente o esquema de preparação que lhe for recomendado;

2. Se possível venha acompanhado; caso o seu procedimento esteja programado sob sedação deve cumprir rigorosamente o período de jejum que lhe for recomendado na respetiva preparação, e é obrigatório que se faça acompanhar de alguém que possa conduzir o veículo e ficar consigo nas 12 a 24 horas após a colonoscopia; se não estiver acompanhado o procedimento terá de ser realizado sem sedação ou até cancelado;
3. Após um procedimento sob sedação não pode conduzir, realizar atividades de responsabilidade elevada/risco mais significativo ou assinar documentos com valor legal nas 12 a 24 horas subseqüentes;
4. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar, escreva os nomes no espaço disponibilizado para o efeito na folha do consentimento informado, e mostre-os ao Médico antes do procedimento;
5. Transmita imediatamente à equipa clínica se tem história de alergias e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;
6. Se já foi submetido a uma cirurgia cardíaca com substituição de válvulas e o seu cardiologista/cirurgião cardiorácico lhe indicou, expressamente, que deve fazer antibióticos antes de algumas intervenções (limpeza/reparações dentárias, etc) deve comunicar tal facto, de imediato, à equipa clínica (salienta-se que só em situações muito excecionais é que há indicação para profilaxia antibiótica);
7. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade é imperativo comunicar se tem alguma dúvida quanto à possibilidade de poder estar grávida; **se tal suceder A COLONOSCOPIA PODE ESTAR CONTRAINDICADA;**
8. **No caso de tomar antiagregantes e/ou anticoagulantes deverá obter instruções junto do seu médico assistente e informar o médico que irá realizar a colonoscopia.** Regra geral, se houver possibilidade de suspender a medicação, deverá fazê-lo de acordo com os quadros abaixo:

Princípio ativo (Nome comercial)	Nº de dias que deve suspender antes do dia da colonoscopia
Anticoagulantes	
Dabigatrano (Pradaxa®), Apixabano (Eliquis®), Rivaroxabano (Xarelto®), Edoxabano (Lixiana®)	3 dias 5 dias se Pradaxa e insuficiência renal moderada
Varfarina (Varfine®), Acenocumarol (Sintrom®), Fluindiona	5 dias deverá realizar uma análise do INR na véspera/dia da colonoscopia

9. Se tomar Varfarina, Acenocumarol ou Fluindiona (Varfine, Sintrom) e tiver patologia cardíaca ou outra de elevado risco tromboembólico (prótese valvular metálica mitral ou aórtica; fibrilhação auricular e prótese valvular; fibrilhação auricular e estenose mitral;

fibrilhação auricular e antecedentes de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório há menos de 3 meses; fibrilhação auricular e antecedentes de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório há mais de 3 meses, mas com presença de 3 ou mais dos seguintes: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, idade superior a 75 anos, diabetes mellitus; tromboembolismo venoso há menos de 3 meses; antecedentes de tromboembolismo venoso apesar de estar anticoagulado) deverá consultar o seu médico assistente, para se substituir por uma heparina de baixo peso molecular (ex. enoxaparina). Deverá ser portador de uma análise designada por INR, efetuada na véspera ou mesmo no dia do procedimento. A intervenção só poderá ser efetuada se o INR for inferior a 1,5.

10. Não deve administrar a heparina de baixo peso molecular nas 24 horas antes da colonoscopia.

Princípio ativo (Nome comercial)	Nº de dias que deve suspender antes do dia da colonoscopia
Antiagregantes Plaquetares	
Ticlopidina (Tiklyd®, Aplaket®, Ticlodix®)	10 dias
Clopidogrel (Plavix®), Ticagrelor (Brilique®), Prasugrel (Effient®)	7 dias
Dipiridamol (Persantin®), Triflusal (Tecnosal®)	7 dias
Ácido acetilsalicílico (Aspirina, AAS, Cartia®, Tromalyt®)	Não necessita de ser suspenso

11. Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®);
12. Os outros antiagregantes podem, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico.
13. **Se tiver stents/próteses coronárias colocadas há menos de 12 meses ou enfarte do miocárdio ou AVC recentes, deverá consultar e obter um parecer do seu médico.**
14. **A suspensão desta medicação pode estar associada a um risco acrescido de eventos cardíacos ou cerebrovasculares graves, pelo que, em caso de dúvida, deve sempre questionar o seu Médico Assistente, ou quem lhe prescreveu esta medicação.**
15. Apesar de existirem poucos dados sobre o assunto aconselhamos que suspenda a toma de Gingko Biloba nos 14 dias antes do procedimento.
16. O retomar da medicação suspensa deverá ser feito sob indicação do Médico que executa o exame.
17. Na presença ou suspeita de problemas médicos que causem hemorragia (por ex. cirrose hepática, problemas cardíacos, doenças do sangue, problemas no funcionamento dos rins – insuficiência renal), deverá obter um parecer médico e ser portador das seguintes

análises com menos de 3 meses: hemograma com plaquetas e estudo da coagulação (INR/protrombinémia).

18. Na dúvida sobre algum aspeto poderá sempre aconselhar-se com o seu Médico de Família/Médico Assistente ou com os nossos serviços de gastroenterologia.

- Pode telefonar para o telefone _____ ou enviar um mail para o endereço _____ – se um médico especialista o não puder atender, a nossa equipa registará as suas dúvidas e posteriormente será esclarecido das suas dúvidas por um Médico.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo dos documentos. Verifique se todas as informações estão corretas.

NÃO HESITE EM OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUESTIONANDO A EQUIPA MÉDICA QUE LHE SOLICITOU A COLONOSCOPIA OU A QUE LHA VAI REALIZAR – ESSE É UM DIREITO QUE LHE ASSISTE.

Recomendações Importantes: Se, após a colonoscopia, notar algo de anormal que possa estar associado a uma complicação (dores abdominais intensas, mal-estar geral, perda de sangue, febre, vômitos, falta de ar) não hesite em dirigir-se à nossa unidade ou ao Serviço de Urgência mais próximo, levando o relatório do procedimento.