

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)** é um procedimento utilizado para visualizar o tubo digestivo superior, nomeadamente o esófago, estômago e a porção inicial do duodeno, através de um tubo longo e flexível, com cerca de 10 mm de diâmetro, equipado com uma pequena câmara na extremidade, que transmite as imagens ampliadas para um monitor presente na sala onde a endoscopia é realizada.

Durante o procedimento o doente encontra-se deitado sobre o lado esquerdo. Para que a boca se mantenha aberta ao longo de todo o procedimento (exame), o doente trinca um dispositivo de plástico através do qual vai passar o endoscópio. Se o procedimento (exame) não estiver programado com sedação, podemos dar um anestésico local, xilocaina, e vai ser-lhe pedido que engula, o que poderá causar alguma sensação transitória de vômito/amargo, embora sem queixas de dor. Ao longo de todo o procedimento, o doente respira normalmente e consegue emitir sons, mas não pode falar. À medida que o endoscópio progride o médico vai insuflando ar através do endoscópio, o que condiciona a distensão do esófago estomago e duodeno, permitindo a sua correta observação. No entanto, a acumulação do ar pode ser responsável pela sensação de pressão e necessidade de arrotar durante o procedimento.

No decurso da endoscopia 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). Algumas destas intervenções 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.

Quando o procedimento está terminado o endoscópio é removido lentamente pela boca. A endoscopia digestiva alta tem uma duração mínima de 7 minutos, podendo ser maior consoante a sua tolerância (procedimentos sem sedação), indicação e a necessidade de efetuar procedimentos terapêuticos.

Há casos em que é administrada medicação sedativa endovenosa, o que reduz significativamente o desconforto que lhe pode estar associado bem como um spray anestésico local que se aplica na

garganta, e que diminui a sensibilidade à passagem do endoscópio.

Após uma endoscopia sem sedação endovenosa, a recuperação é rápida (alguns minutos de repouso), mas pode exigir uma vigilância de cerca de 1 hora em caso de sedação.

No dia do procedimento o doente pode referir queixas de flatulência, cólicas abdominais e desconforto a nível da garganta, que melhoram com o tempo.

### **Em que situações é realizada?**

A decisão sobre a necessidade de realizar qualquer procedimento é sempre tomada pelo médico, em função das características individuais de cada paciente e das suas queixas ou doença.

A EDA é recomendada nas seguintes situações:

1. Investigação de sintomas: náuseas, vómitos, dor abdominal, dificuldade em deglutir, hemorragia digestiva;
2. Diagnóstico: causas de anemia e diarreia, colheita de biopsias em mucosa inflamada ou deteção de tumores;
3. Para rever achados de endoscopias realizadas anteriormente;
4. Para esclarecer dúvidas ocorridas noutros exames (radiografia do esófago, estômago e duodeno, TC abdominal ou torácica, ecografia abdominal ou análises);
5. Tratamento: apesar de ser geralmente um procedimento diagnóstico, pode também ser terapêutico e curativo, permitindo a realização de dilatação esofágica, remoção de corpos estranhos, excisão de pólipos, fulguração de vasos anómalos ou injeção endoscópica de fármacos para controlo de hemorragias digestivas ou remoção endoscópica de tumores benignos ou malignos, pouco avançados.

De salientar que a decisão de realizar determinada terapêutica dependerá da avaliação clínica pois, em determinadas circunstâncias, poderá ser mais seguro que esta intervenção seja efetuada em ambiente hospitalar ou por uma equipa clínica mais diferenciado(a).

Este procedimento tem uma natureza invasiva e riscos associados, que aumentam se for necessário realizar intervenções adicionais. Quando o seu Médico Assistente lhe solicitou este procedimento /intervenção deve-lhe ter explicado em que consiste, os objetivos e os riscos.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar a endoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico e tratamento de doenças relevantes (como o cancro gástrico).

Trata-se de um procedimento com uma taxa de complicações inferior a 0,2%, mas que podem ocorrer em endoscopias meramente diagnósticas ou também terapêuticas.

Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível cervical (pescoço), torácico ou abdominal (barriga);
- Náuseas e/ou vómitos e/ou dificuldade em engolir (transitório);
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após a endoscopia;
- 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.
- Lesão nos lábios e orofaringe e traumatismos dentários.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- 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 aspiração 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 a endoscopia for realizada em contexto de urgência.
- A **hemorragia**, que é muito rara na endoscopia diagnóstica desde que o doente não apresente problemas na coagulação do sangue. O risco de hemorragia aumenta se forem realizadas intervenções adicionais (biopsias, polipectomia, dilatações, mucosectomias ou disseção (Remoção) de pequenos tumores.) ou se tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes.
- A **perfuração** (rotura do esófago, estômago ou do duodeno) que é rara na endoscopia diagnóstica (0,03%), mas aumenta se forem realizadas intervenções adicionais (biopsias, polipectomia, dilatações, mucosectomias ou disseção (Remoção) de pequenos tumores etc.).
- A **meta-hemoglobinemia**, que se traduz por dificuldades de oxigenação do sangue, e que é mais comum se for utilizado anestésico tópico (sobretudo a benzocaína).
- A rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos (grandes vasos sanguíneos do abdómen), diverticulite (inflamação de divertículos), apendicite (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações ainda muito mais raras.

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 consequente internamento.

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

A EDA não é um procedimento infalível, existindo a possibilidade de algumas lesões não serem detetadas. A taxa de falsos negativos para cancro gástrico pode alcançar os 14% (ou seja, a endoscopia não revela cancros que já existem). Este risco é maior se existirem resíduos no estômago ou a tolerância for limitada. Por isso, não podemos garantir a 100% o diagnóstico. Caso o seu procedimento esteja 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).

Se tiver alguma dúvida quanto à indicação para realizar este procedimento/intervenção 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 endoscopia.

#### **Recomendações adicionais:**

1. Cumpra rigorosamente o jejum que lhe for recomendado; se não estiver em jejum avise a equipa médica! Pode sofrer graves danos no decurso do procedimento pelo facto de não estar em jejum rigoroso.
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 endoscopia digestiva alta; 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 subsequentes;
4. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar, escreva os nomes no espaço disponibilizado para o efeito nesta folha, e mostre-os ao Médico antes do procedimento;
5. Isto é especialmente relevante se estiver medicado com ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina<sup>®</sup>, AAS<sup>®</sup>, Cartia<sup>®</sup>, Tromalyt<sup>®</sup>), clopidogrel (ex. Plavix<sup>®</sup>), prasugrel (ex. Efient<sup>®</sup>) ticagrelor (ex. Brilique<sup>®</sup>), ticlopidina (ex. Tiklyd<sup>®</sup>, Plaquetal<sup>®</sup>, Ticlodix<sup>®</sup>), varfarina (Varfine<sup>®</sup>), acenocumarol (Sintron<sup>®</sup>), fluindiona ou os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa<sup>®</sup>, Xarelto<sup>®</sup>, Eliquis<sup>®</sup>, Lixiana<sup>®</sup>)

6. Na maioria das endoscopias altas só será necessário realizar, no máximo, biopsias. Nestas circunstâncias pode manter os antiagregantes, mas deve suspender os anticoagulantes na véspera e, neste último caso, deve ser portador de provas de coagulação recentes (INR).
7. Nos casos excepcionais em que a indicação é a remoção de pólipos então há recomendações adicionais:
- A. Regra geral, se houver possibilidade de suspender a medicação, deverá fazê-lo de acordo com os quadros abaixo:

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

- B. 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.
- C. Não deve administrar a heparina de baixo peso molecular nas 24 horas antes da EDA.

<b>Princípio ativo (Nome comercial)</b>	<b>Nº de dias que deve suspender antes do dia da EDA</b>
<b>Antiagregantes Plaquetares</b>	
Ticlopidina (Tiklyd®, Aplaket®, Ticlodix®)	<b>10 dias</b>
Clopidogrel (Plavix®), Ticagrelor (Brilique®), Prasugrel (Effient®)	<b>7 dias</b>

Dipiridamol (Persantin®), Triflusal (Tecnosal®)	<b>7 dias</b>
Ácido acetilsalicílico (Aspirina, AAS, Cartia®, Tromalyt®)	<b>Não necessita de ser suspenso</b>

- D. Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®);
- E. Os outros antiagregantes podem, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico.
- F. **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.**
- G. **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.**
- H. Apesar de existirem poucos dados sobre o assunto aconselhamos que suspenda a toma de Gingko Biloba nos 14 dias antes do procedimento.
8. Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico a alguma substância, alimento ou fármaco e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;
9. Se já foi submetido a uma cirurgia cardíaca com substituição de válvulas e o seu cardiologista/cirurgião cardiotorácico 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);
10. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade é imperativo comunicar se tem alguma dúvida quanto à possibilidade de poder estar grávida;
11. 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).
12. Na dúvida sobre algum aspeto poderá sempre aconselhar-se com o seu Médico de Família/Médico Assistente ou com os nossos serviços de gastroenterologia.
- a. 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 CLÍNICA QUE LHE SOLICITOU A ENDOSCOPIA ALTA OU A QUE LHA VAI REALIZAR – ESSE É UM DIREITO QUE LHE ASSISTE.**

**Recomendações importantes: é do seu interesse ler a informação disponibilizada neste folheto com o máximo cuidado.**

**Se, após o procedimento, 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 contactar-nos e / ou dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo.**