

17

Preparação e Monitorização em Endoscopia Digestiva

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

A endoscopia é um exame invasivo cuja realização está geralmente associada a ansiedade e algum desconforto por parte dos doentes. No caso de exames prolongados, nomeadamente com uma componente terapêutica, o desconforto pode ser acentuado e associar-se a dor, por vezes intensa, mesmo em exames mais rápidos. Tratando-se de um exame invasivo, a segurança dos doentes terá que ser sempre salvaguardada, o que requer uma boa avaliação e preparação dos doentes, assim como monitorização adequada durante a sua realização. A preparação tem duas vertentes essenciais: a preparação global dos doentes, especialmente no que diz respeito a aspectos relacionados com doenças associadas e prevenção de complicações e a preparação específica para cada exame, que pode ter exigências particulares.

Preparação

- Preparação global dos doentes

Quando da marcação dos exames, o doente deve ser avaliado de forma mais ou menos completa, dependendo do exame a efectuar e deste ser diagnóstico ou terapêutico, com ou sem sedação. A avaliação poderá ser feita por uma enfermeira treinada em endoscopia, que também será responsável pelas instruções a dar ao doente sobre a preparação, mas deverá ser confirmada pelo endoscopista, na altura da realização do exame. É claro que a realização de uma colonoscopia esquerda de rastreio num indivíduo saudável, de 50 anos, não requer uma avaliação prévia à realização do exame, bastando, na altura da realização do mesmo, inquirir o doente sobre possíveis antecedentes pessoais, toma de alguma medicação, antecedentes alérgicos. Se se tratar de realizar uma colonoscopia num doente idoso, com patologia grave associada, a tomar vários medicamentos, nomeadamente anticoagulantes, a avaliação deve ser feita com cuidado na altura da marcação do exame, devendo ser tomadas medidas para a melhor preparação do doente.

Aspectos essenciais nesta avaliação incluem:

- idade
- doenças associadas, nomeadamente cardiovasculares, respiratórias, coagulopatias, alergias, diabetes
- hábitos alcoólicos e tabágicos
- toma de medicação
 - anticoagulantes e antiagregantes plaquetários
 - insulina e antidiabéticos orais
 - ansiolíticos e antidepressivos
 - outros
- necessidade de profilaxia antibiótica

A preparação global do doente tem de ser individualizada. Inclui a explicação do exame a efectuar, preparação para o exame, sobretudo se se trata de uma endoscopia baixa, alterações terapêuticas eventualmente necessárias, em particular no que diz respeito aos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários e à necessidade de profilaxia antibiótica (ver Recomendação da SPED nº 11). No caso de se programar um procedimento com sedação, o doente deverá ser portador, no dia do exame, de exames de rotina pré-anestésica, que poderão variar de acordo com a sua situação clínica. Exames terapêuticos, como a CPRE e a colocação de gastrostomias percutâneas endoscópicas requerem estudo prévio da coagulação. Na altura da marcação do exame, avaliação do doente e instruções para a preparação, deve ser entregue um folheto informativo e de consentimento, para o doente e, eventualmente, a sua família ficarem esclarecidos quanto aos aspectos relacionados com o exame. A obtenção do consentimento informado deverá ser confirmada pelo endoscopista antes da realização do exame (ver Recomendação da SPED nº 9).

Na avaliação do risco deve utilizar-se a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), desenvolvida para avaliar o risco no caso de procedimentos cirúrgicos e que pode também ser utilizada no caso de procedimentos endoscópicos, o que permite uniformizar critérios e estudos comparativos (Quadro 1). É particularmente útil quando se programa um procedimento endoscópico a ser efectuado sob sedação com apoio anestésico, já que os anestesiológicos estão bem familiarizados com esta classificação.

Quadro 1 – Classificação de ASA

- Classe 1 – doente sem alterações orgânicas, fisiológicas ou psiquiátricas. O processo patológico a ser tratado é localizado e não envolve distúrbios sistémicos
- Classe 2 – doente com alterações sistémicas ligeiras a moderadas causadas pela situação a ser tratada cirurgicamente ou por outros processos fisiopatológicos
- Classe 3 – doença sistémica grave de qualquer causa
- Classe 4 – doença sistémica grave que coloca em risco a vida do doente e que poderá não ser tratável pelo procedimento a efectuar
- Classe 5 – doente moribundo, com poucas hipóteses de sobreviver, mas que é submetido ao procedimento em desespero de causa
- Classe 6 – doador de órgãos

Preparação específica para cada exame

Endoscopia alta, diagnóstica e terapêutica: geralmente apenas é necessário um período de jejum de 6 horas. Contudo, em casos de estase gástrica, poderá estar indicado um período mais prolongado ou lavagem gástrica. Esta poderá também ser efectuada em casos de hemorragia digestiva alta (HDA) recente. O esvaziamento gástrico nos casos de HDA maciça poderá ser auxiliado com a administração de procinéticos, como a eritromicina ev. Não deve ser esquecida a necessidade de o doente estar hemodinamicamente estável e, se necessário, de proteger as vias aéreas aquando da realização da endoscopia. Num doente com hemorragia digestiva alta em que se suspeite de úlcera péptica sangrante deve administrar-se, no Serviço de Urgência, 2 fórmulas endovenosas de um inibidor da bomba de prótons; se se suspeitar de uma rotura de varizes esofagogástricas, deve administrar-se um bolus de octreótido, somatostatina ou glipressina, seguido de infusão ev, já que foi demonstrado em alguns estudos o melhor prognóstico dos doentes quando são tomadas estas medidas. Nos doentes submetidos a colocação de gastrostomia percutânea endoscópica é habitual fazer-se profilaxia antibiótica.

CPRE: também requer apenas 6 horas de jejum. Os doentes com obstrução biliar devem fazer profilaxia antibiótica.

Colonoscopia: é essencial uma limpeza intestinal perfeita. As preparações mais utilizadas incluem a ingestão oral de polietilenoglicol (PEG), associada ou não a laxantes como o bisacodil, e a ingestão oral de preparados à base de fosfato de sódio. A ingestão de PEG é muitas vezes mal tolerada, levando os doentes a não fazerem a preparação completa e, consequentemente, à má preparação intestinal. Alguns conselhos podem auxiliar a tolerar melhor a ingestão de PEG, como a utilização de palhinhas, sobretudo nos doentes idosos, arrefecer o PEG no frigorífico antes da ingestão, beber rapidamente 1/4 l em vez de beber pequenos golos. O doente deve tentar sempre beber todo o soluto mesmo que leve mais tempo do que o recomendado. Mastigar comprimidos de simeticone poderá auxiliar a tolerar o sabor e diminuir a formação de bolhas no cólon. O PEG pode ser administrado por sonda naso-gástrica, nos doentes que não consigam degluti-lo. Os doentes que refiram vômitos aquando da ingestão de PEG poderão tomar previamente metoclopramida. As principais contra-indicações incluem história de episódios de sub-oclusão, fleus, estase gástrica e doentes com alterações neurológicas que indiquem risco de aspiração.

O fosfato de sódio, tem sido menos utilizado em Portugal e os estudos publicados referem a possibilidade de os doentes desenvolverem insuficiência cardíaca congestiva, hiperfosfatémia, hipokaliémia e hipernatrémia. Esta preparação deve ser reservada a adultos saudáveis. Qualquer das preparações poderá ter melhores resultados se for associada a dieta sem resíduos nos dias que precedem a colonoscopia ou a dieta líquida na véspera do exame e à utilização de clisteres de limpeza.

Preparação com polietilenoglicol:

Se for utilizado Klean Prep® ou Selg®, as 4 saquetas deverão ser diluídas (1 saqueta em 1 litro de água) e o preparado deve ser ingerido no ritmo de 250 cc (um copo grande) de 15 em 15 minutos. Se for utilizado o Endofalk®, as 6 saquetas deverão ser diluídas (2 saquetas em 1 litro de água) e o preparado ingerido ao mesmo ritmo. Em alternativa, poderá associar-se a ingestão de 4 cp de Dulcolax® em toma única, seguida imediatamente da ingestão de um preparado de 2 litros de polietileno glicol, ao ritmo descrito. Estas preparações devem ser iniciadas

à tarde, entre as 17 e as 19 h, no caso de o exame estar marcado para a manhã seguinte ou de estar programado com sedação; no caso de o exame estar marcado para de tarde, a preparação deve ser iniciada às 7h do mesmo dia.

Preparação com fosfato de sódio:

Se o exame estiver marcado para a manhã, na véspera do exame, às 7h, o doente deve tomar o 1º frasco de Fleet Phospho-soda®, diluindo o seu conteúdo em meio copo de água ou sumo de ananás frio (120 ml), bebendo em seguida um copo de água (250 cc) ou outras bebidas transparentes (chá, café, sumos de fruta diluídos sem polpa, bem frios, água da sopa). Às 19 h o doente deve tomar o 2º frasco, da mesma forma. Durante todo o dia o doente deve beber no mínimo 2 litros de água ou outras bebidas transparentes. Depois de iniciar a preparação não deve comer alimentos sólidos. Se o exame estiver marcado para a tarde, na véspera pode fazer uma refeição ligeira ao almoço e depois não deve comer nenhum alimento sólido até à realização do exame. O 1º frasco de Fleet Phospho-soda deverá ser ingerido às 19h e o doente deverá beber no mínimo 2 litros de água ou outras bebidas transparentes até à hora de deitar. No dia do exame toma o 2º frasco, da forma acima explicada. Até às 8h poderá beber mais água ou outra bebida transparente.

Sigmoidoscopia: pode obter-se uma boa preparação do recto e sigmoideia com a administração de clisteres de limpeza ou de clisteres de microlax®, clyss-go® ou fletcher's®. Se estiver programada a realização de exames utilizando electrocoagulação (polipectomia, mucosectomia, tratamento de proctite rádica com argon) deverá ser feita uma preparação idêntica à utilizada para a colonoscopia, devido ao risco de explosão.

Preparação de doentes diabéticos: não existem estudos controlados que forneçam dados sobre a preparação neste grupo de doentes. Assim, a preparação dos doentes diabéticos deve ser individualizada. Os doentes que tomam antidiabéticos orais devem suspendê-los durante a preparação para os exames, sendo necessário monitorizar regularmente a glicemia durante este período, afim de tomar as medidas necessárias em caso de hiper ou hipoglicémia. Os doentes que fazem insulina devem reduzir a dose durante a preparação para os exames. Poderão administrar a dose habitual na véspera do exame, mas apenas metade da dose na manhã do exame, fazendo a

outra metade após a realização do mesmo, sempre sob monitorização da glicemia durante todo o período. Se possível, estes doentes devem ser marcados para as primeiras vagas do dia.

Monitorização

Todos os doentes submetidos a técnicas endoscópicas, mesmo as mais simples e rápidas, devem ser submetidos a monitorização clínica, que inclui avaliação do estado de consciência, colaboração durante o exame, estado ventilatório e atenção a quaisquer complicações que possam surgir.

Os doentes submetidos a técnicas endoscópicas mais prolongadas, sobretudo se têm patologias associadas e se são submetidos a sedação, devem ser vigiados da forma descrita acima e monitorizados com o auxílio de equipamento, que inclui o registo da frequência cardíaca, do traçado de ECG, da tensão arterial e da oximetria de pulso. A oximetria de pulso tem algumas limitações, nomeadamente na retenção de CO₂, o que levou a ASA a recomendar a utilização de capnografia em doentes submetidos a sedação profunda, particularmente se for prolongada e se houver dificuldade em observar os movimentos ventilatórios (salas escuras, doentes em decúbito ventral, como no caso da CPRE).

As recomendações da ASA para cuidados anestésicos fora do Bloco Operatório incluem os seguintes aspectos, considerados obrigatórios:

- Existência de
 1. carro de emergência com desfibrilhador, fármacos de emergência e outro equipamento de emergência
 2. fonte de oxigénio funcionante com capacidade de reserva
 3. aspiração de alta pressão
 4. adequado equipamento para monitorização ("standards" básicos para cuidados anestésicos)
 5. ambu (ressuscitador manual)
 6. suficientes tomadas eléctricas
 7. máquina anestésica adequada, com alimentação eléctrica e bateria de reserva
 8. espaço suficiente e adequado à equipa anestésica
 9. um mínimo de dois acessos à sala para adequada assistência
 10. estrutura física adequada, respeitando todas as normas de segurança

Os requisitos dos pontos 1 a 6, acima descritos, devem estar presentes em todas as Unidades de Endoscopia, particularmente quando os exames são efectuados com sedação, sem a presença de anestesista. Neste caso, devem também estar presentes as seguintes condições:

- Contacto prévio com colegas treinados em reanimação, no caso de não estarem presentes na Unidade de Endoscopia
- No caso da sedação ser feita pelo endoscopista, é importante que este seja assistido por duas enfermeiras, uma das quais para observar o doente e administrar os fármacos segundo indicação médica
- Treino em técnicas de reanimação e suporte avançado de vida no caso de administração de sedação/analgesia ev sem o apoio de um anestesista
- Administração de oxigénio, em particular em todos os doentes sedados
- Manutenção de acesso endovenoso durante o exame e o período de recuperação, no caso de administração de sedação/analgesia ev
- Recobro devidamente equipado com equipamento de monitorização e de reanimação, com pessoal treinado destacado exclusivamente para a vigilância de doentes submetidos a sedação/analgesia ev
- Entrega de instruções a doentes e seus acompanhantes, quando o doente foi sedado