

COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO

DOCUMENTO INFORMATIVO

Leia atentamente este documento em que lhe é disponibilizada informação sobre este procedimento. O mesmo complementa o consentimento informado.

Este documento serve para o próprio ou o seu representante ficar adequadamente informado e depois autorizar a realização de uma colonoscopia. Pode desistir/mudar de opinião a qualquer momento. A assinatura do consentimento informado não obriga à intervenção. Nenhuma consequência adversa em relação à qualidade do restante atendimento recebido poderá advir da sua rejeição para a realização deste procedimento. Antes de assinar, é importante que leia as seguintes informações com atenção.

Em que consiste a colonoscopia?

A **COLONOSCOPIA** é o procedimento endoscópico utilizado para visualizar o intestino grosso e, 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 o procedimento é realizado.

No início da colonoscopia 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. À medida que se insufla ar e que o colonoscópio vai progredindo o doente pode sentir algum desconforto abdominal, nomeadamente cólicas, embora em geral este procedimento seja bem tolerado.

No decurso da colonoscopia pode ser necessário realizar **BIÓPSIAS** (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior), efetuar **POLIPLECTOMIAS** (remoção de pólipos com uma pinça de biópsias 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 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 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 mais diferenciado.

Uma colonoscopia total pode demorar entre 10 minutos a 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).

Em alguns casos (geralmente programados com antecedência) pode ser administrada medicação sedativa endovenosa, o que reduz significativamente o desconforto que lhe pode estar associado.

No final da colonoscopia, a recuperação é habitualmente rápida (alguns minutos), mas pode implicar um recobro de cerca de 1 hora nos casos em que se aplicou sedação endovenosa. **Nestas circunstâncias, o doente deverá estar acompanhado e não poderá conduzir ou trabalhar nesse mesmo dia.**

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?

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 colonoscopia é 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 colorretais, doença inflamatória do intestino entre outras);
2. Investigação de sintomas: dor abdominal, 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 (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.

Pode obter mais informações sobre o procedimento no site da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (www.sped.pt) na página “Público” / “Exames Endoscópicos” / “Colonoscopia.”

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 Gastrenterologista e com o Anestesiologista (se a sua colonoscopia estiver marcada com sedação) antes do procedimento.

Existem alternativas à realização de colonoscopia? Sim, mas...

Dependendo da indicação para a colonoscopia 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 colorretais). Estas alternativas não estão indicadas em todas as circunstâncias, têm várias limitações comparativamente à colonoscopia e não são isentas de riscos.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre 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).

A colonoscopia será total? Nem sempre.

O objetivo do Gastrenterologista 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, o Médico pode decidir suspender o procedimento, para salvaguardar a integridade física do utente/doente.

A colonoscopia não é um exame/intervenção 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 colorretais (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 (biopsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sangrantes, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar ligeiramente 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, história de acidente vascular cerebral (“trombose”, “enfarte”, “hemorragia” cerebral), fibrilhação auricular (“arritmia” cardíaca), insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica (“bronquite crónica”).

Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga), que podem estar presentes durante 1 a 5 dias após a colonoscopia, e que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- 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 a colonoscopia

As principais complicações graves, embora raras, são:

- A **perfuração** (rotura) do intestino, que ocorre em média em 1 em cada 1000 colonoscopias. Este risco aumenta se forem realizadas polipectomias (remoção de pólipos) (0,019 a 0,8% nos procedimentos meramente diagnósticos; 0,1 a 3% nos procedimentos com intervenções terapêuticas associadas). O risco de perfuração é ainda 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), 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 com determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal).
 - **Atenção! Em alguns casos a colonoscopia pode levar a perfuração do cólon!** Esta lesão frequentemente não é detetada no decurso da própria colonoscopia e pode implicar uma intervenção cirúrgica.
 - No caso desta perfuração – que é rara – as consequências são graves! Tem uma taxa de mortalidade elevada, de 5 a 7%. Por outro lado, 1 em cada 3 doentes que sobrevivem ficam com um estoma (colostomia ou ileostomia; vulgo “saco à pele”), sendo que se trata de uma situação temporária (na maior parte dos casos).
 - **A possibilidade de o risco de perfuração ser mais elevado em colonoscopias sob sedação foi verificada em alguns estudos publicados, mas não confirmada em outros, pelo que não há um consenso quanto a este aspeto.**
- A **síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infeção localizada) que pode ocorrer em até 0,5 a 1,2% dos casos em que são removidos pólipos com aplicação de eletrocoagulação. Geralmente resolve com pausa alimentar e antibióticos, mas em certos casos pode ser necessária cirurgia.
- A **hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia (excecionalmente à colheita de biopsias) e pode ocorrer em até 1 a 2% dos casos, sendo mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes. Esta complicação pode ocorrer até 4 semanas após a colonoscopia (mais frequente nos primeiros 14 dias).
- **Complicações cardiorrespiratórias/cerebrovasculares**, mais comuns nas colonoscopias 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.
 - Estas complicações ocorrem em 2 a 5,4 por cada 1.000 utentes/doentes, e acarretam uma mortalidade de 0,3 a 0,5 por 1.000.

- **São mais comuns em indivíduos de idade mais avançada, com anemia, demência, doenças pulmonares prévias, obesidade, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doenças valvulares) ou se a colonoscopia for realizada em contexto de urgência.**
- Podem estar associadas à eventual medicação antiagregante e/ou anticoagulante que possa estar a fazer e sua respetiva suspensão.
- 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 esôfago devido ao esforço do vômito).
- Infecções, nomeadamente pelos vírus das hepatites B e C, VIH e infecções bacterianas, situações que são extremamente raras desde que sejam cumpridos escrupulosamente os protocolos de desinfecção dos equipamentos.
- Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos (grandes vasos sanguíneos do abdómen), diverticulite (inflamação de divertículos), apendicite (inflamação do apêndice ileocecal), lesões dentárias ou da articulação temporo-mandibular (por necessidade de entubação ou maximização da via respiratória) que são complicações muito raras.
- **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 a colonoscopia, 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. A taxa global de mortalidade associada à colonoscopia é de 0,007% (1 em cada 14 285). O risco de morte existe em TODAS as colonoscopias, mesmo que sejam só diagnósticas, mas aumenta nos procedimentos terapêuticos (1 em cada 3.500).

Quais as recomendações a seguir?

Leia cuidadosamente todos os documentos que lhe foram entregues e que incluem este **documento informativo**, o **protocolo de limpeza intestinal** e o **formulário de consentimento informado**. Se notar a falta de algum dos 3 documentos, não hesite em o solicitar atempadamente. No final, preencha e assine o formulário de consentimento informado que deverá ser entregue na admissão; se o pretender, poderá guardar ou solicitar uma cópia do mesmo para si.

A colonoscopia pode ser efetuada com ou sem sedação; na maioria das situações, trata-se de uma opção do paciente ou do seu médico assistente, mas tem de ser logo agendada como tal (não é possível escolher esta opção no momento da realização). Confirme sempre se a colonoscopia que lhe foi prescrita e marcada é ou não com sedação. Se for com sedação profunda, há que seguir recomendações próprias adicionais.

A sedação/anestesia 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 a colonoscopia seja o mais fácil possível e que os riscos sejam menores:

- Não tome bebidas alcoólicas ou use estupefacientes nas 12 horas antes e após a colonoscopia. Evite fumar após o início da preparação intestinal.
- Evite trazer, ou retire antes da colonoscopia, próteses dentárias e objetos metálicos (brincos, anéis, pulseiras, etc.). Terá de se despir da cintura para baixo e vestir um calção descartável; traga roupa prática, evite vestidos.
- Informe imediatamente a equipa clínica se é **alérgico a medicamentos ou quaisquer substâncias** (ex. látex, lidocaína, soja, amendoim ou ovo) ou se é portador de algum dispositivo médico do tipo **pacemaker ou desfibrilhador implantável** (conhecido por CDI).
- 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**.
- Cumpra rigorosamente o esquema de preparação que lhe for recomendado;

- 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;
- Na colonoscopia sem sedação se possível venha acompanhado. **Na colonoscopia com sedação é obrigatório que se faça acompanhar por um adulto que se responsabilize pelo regresso a casa** (pois não poderá conduzir veículos), e que assegure companhia, isto é, **que possa ficar consigo nas 12 a 24 horas após a colonoscopia**; se não estiver acompanhado o procedimento terá de ser realizado sem sedação ou será mesmo cancelado; este cuidado é para a sua segurança.
- 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 da colonoscopia;
- Isto é especialmente relevante se estiver medicado com fármacos antiagregantes ou anticoagulantes ("para diluir o sangue") – ver informação infra;
- 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);
- 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).

Mesmo que a sua colonoscopia esteja marcada sem sedação é preferível que venha acompanhado pois pode ser necessário o apoio de um acompanhante/familiar após o procedimento.

Tem de trazer exames complementares se a sua colonoscopia for com sedação/anestesia?

Agradecemos que seja portador de um ECG com menos de 6 meses e análises recentes (hemograma, tempo de protrombina, apTT, ureia, creatinina, ionograma). Deve também trazer todas as colonoscopias anteriores que já tenha realizado assim como outros exames (ecografia, TC abdominal, por exemplo).

Quais são as recomendações adicionais para a remoção de pólipos (polipectomia ou mucosectomia)?

A polipectomia e a mucosectomia permitem a remoção de pólipos para prevenção do cancro colo-rectal. Para que possa ser submetido a estes tratamentos, deverá ter em atenção as seguintes recomendações:

- Tal como já foi referido, se tem problemas de coagulação causadores de hemorragia deverá obter parecer médico e fazer-se acompanhar das seguintes análises recentes (hemograma com plaquetas, INR/protrombinémia, aPTT/tromboplastina parcial ativada);
- No caso de tomar antiagregantes 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	
Dabigatran (Pradaxa®), Apixabano (Eliquis®), Rivaroxabano (Xarelto®), Edoxabano (Lixiana®)	3 dias
Varfarina (Varfine®), Acenocumarol (Sintrom®), Fluindiona	5 dias se Pradaxa e insuficiência renal moderada deverá realizar uma análise do INR na véspera/dia do colonoscopia

- Se tomar Varfarina, Acenocumarol ou Fluindiona (Varfine, Sintrom) e tiver patologia cardíaca ou outra de elevado risco tromboembólico (prótese valvular metálica mitral, prótese valvular e fibrilhação auricular; estenose mitral e fibrilhação auricular, tromboembolismo venoso há menos de 3 meses) 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.
- Não deve administrar a heparina de baixo peso molecular nas 24 horas antes da colonoscopia.
- Se, contudo, vier realizar uma colonoscopia meramente diagnóstica e, à partida, tenha sido assumido que não vão ser efetuadas polipectomias, pode manter os anticoagulantes supracitados até à véspera da colonoscopia, e deve ser portador de um INR realizado na semana

antes. Caso este não esteja dentro do limiar terapêutico (para os doentes medicados com varfarina e acenocumarol) deve consultar o seu médico.

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 para polipectomia

- Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®);
- Os outros antiagregantes podem, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico.
- **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.**
- **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.**
- Se tiver um CDI (desfibrilhador) deverá avisar o médico que irá realizar a colonoscopia e fazer-se acompanhar do documento de identificação do CDI.
- Apesar de existirem poucos dados sobre o assunto aconselhamos que suspenda a toma de Gingko Biloba nos 14 dias antes do procedimento.

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.

No final da colonoscopia, peça instruções sobre o retomar da medicação ao médico gastroenterologista.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo dos documentos disponibilizados.

Verifique se todas as informações estão corretas.

Após a leitura deste folheto informativo deve ler e assinar o respetivo Consentimento Informado.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

Se, após o procedimento endoscópico, notar algo de anormal que possa 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 da colonoscopia.