

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM SEDAÇÃO

DOCUMENTO INFORMATIVO

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

Este documento serve para o próprio ou o seu representante ficar adequadamente informado e depois autorizar a realização de uma endoscopia digestiva alta. 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 endoscopia digestiva alta (EDA)?

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 a endoscopia, o doente encontra-se deitado em decúbito lateral esquerdo. Para que a boca se mantenha aberta ao longo de todo o procedimento, o doente trinca um dispositivo de plástico através do qual passa o endoscópio. Se a endoscopia não estiver programada com sedação, para que o tubo passe da garganta para o esófago pode ser-lhe pedido que engula, o que poderá causar alguma sensação transitória de vômito e falta de ar, 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 lúmen esofágico, gástrico e duodenal, permitindo a sua correta observação. No entanto, a acumulação do ar pode ser responsável pela sensação de pressão gástrica e enfiamento.

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 **POLIPLECTOMIAS** (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 têm um custo acrescido (dependendo do seu subsistema) e pode ser-lhe imputado o respetivo pagamento após o procedimento – informe-se junto da instituição.

Quando a endoscopia estiver terminada o endoscópio é removido lentamente pela boca. A endoscopia digestiva alta tem uma duração aproximada de 5 minutos, podendo ser menor ou maior consoante a sua tolerância (sem sedação), indicação e a necessidade de efetuar procedimentos terapêuticos.

Em alguns casos pode ser administrada medicação sedativa endovenosa, o que reduz significativamente o desconforto que lhe pode estar associado bem como anestésico tópico, 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 da endoscopia 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, vômitos, 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.

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 mais diferenciado.

A EDA é 100% segura e fiável? Não!

Este procedimento tem uma natureza invasiva e riscos associados, que aumentam se for necessário realizar intervenções adicionais. No momento em que o seu Médico Assistente lhe solicitou este exame/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 com intervenções 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 a endoscopia.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- As **complicações cardiorrespiratórias**, mais comuns nas endoscopias 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 o procedimento for realizado em contexto de urgência.
 - Podem estar associadas à eventual medicação antiagregante e/ou anticoagulante que possa estar a fazer e sua respetiva suspensão.
- A **hemorragia**, que é muito rara na endoscopia diagnóstica desde que não apresente problemas na coagulação do sangue. O risco de hemorragia aumenta se forem realizadas intervenções adicionais (biopsias, polipectomia, dilatações, etc.) 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, 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), lesões dentárias ou da articulação temporo-mandibular que são complicações muito raras.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante a endoscopia, 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 (até 0,05%). 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 carcinoma gástrico pode alcançar os 14% (ou seja, a endoscopia não revela carcinomas 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 exame/intervenção 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 endoscopia estiver marcada com sedação) antes de realizar a mesma.

Quais as recomendações a seguir?

É importante que tome algumas precauções para assegurarmos que a endoscopia digestiva alta 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 endoscopia.
- Evite trazer, ou retire antes da endoscopia, próteses dentárias e objetos metálicos (brincos, anéis, pulseiras, etc.). 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 endoscopia pode estar contraindicada**.
- 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.
- Após uma endoscopia 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 endoscopia alta 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 endoscopia; 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 endoscopia;**
- 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).

**Tem de trazer exames complementares se a sua endoscopia 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 endoscopias anteriores que já tenha realizado assim como outros exames (ecografia, TC abdominal, por exemplo).

**Quais são as recomendações adicionais se estiver medicado com antiagregantes
e/ou anticoagulantes?**

Na maioria das endoscopias altas só será necessário realizar, no máximo biópsias. 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).

Nos casos excecionais em que a indicação é a remoção de pólipos então há recomendações adicionais:

- 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 endoscopia
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 endoscopia

- Se tomar Varfarina, Acenocumarol ou Fluindiona (Varfine, Sintrom) e tiver patologia cardíaca ou outra de elevado risco tromboembólico (prótese valvular metálica mitral, prótese valvular/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 endoscopia digestiva alta.

Princípio ativo (Nome comercial)	Nº de dias que deve suspender antes do dia da endoscopia
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 o procedimento 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 endoscopia, 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.

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:

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 endoscopia.