

Estes exames quando positivos implicam geralmente a realização de colonoscopia. A colonografia por TAC e a cápsula do cólon também necessitam de preparação intestinal prévia.

## 6. Riscos de não efectuar colonoscopia quando indicado

• Não identificação de patologias e, conseqüentemente, impedimento ou atraso do tratamento adequado

No caso particular do cancro colo-rectal, a não realização da colonoscopia impede a sua prevenção (através da detecção e da remoção de pólipos), bem como o seu diagnóstico precoce. Isso traduz-se num aumento do risco de cancro do cólon e num pior prognóstico dessa patologia.

A remoção de pólipos diminui o risco de carcinoma colo-retal, mas o facto de realizar uma colonoscopia não lhe confere protecção absoluta e pode, ainda assim, vir a desenvolver este tumor após uma colonoscopia.

## 7. Recomendações

É importante que tome algumas precauções para assegurar que o exame seja o mais fácil possível e que os riscos sejam menores:

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

2. Recomenda-se ser portador de análises com hemograma com plaquetas e tempo de protrombina nos 6 meses precedentes e, caso tenha >50 anos, também ECG;

3. Se possível venha acompanhado; caso o seu exame esteja programado sob sedação anestésica 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;

4. Após um exame 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;

5. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar, e mostre-os ao Médico antes do exame;

6. Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;

7. 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 deve comunicar tal facto à equipa clínica (só em situações muito excepcionais é que há indicação para profilaxia antibiótica);

8. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade é imperativo comunicar se tem alguma dúvida quanto à possibilidade de poder estar grávida;

9. Se estiver a tomar medicação antiagregante plaquetar:

• Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina ® , AAS ® , Cartia ® , Tromalyt ® ).

• Outros antiagregantes como o clopidogrel (ex. Plavix ® ), o prasugrel (ex. Efient ® ) ou o ticagrelor (ex. Brilique ® ), deverão ser suspensos 5 dias antes e

a ticlopidina (ex. Tiklyd ® , Plaquetal ® , Ticlodix ® ) 10 dias antes podendo, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico;

• No entanto, caso tenha tido enfarte do miocárdio, se tiver stents coronários ou tiver tido um AVC, a suspensão/substituição deverá ser combinada e com o aval do seu médico assistente.

10. Caso esteja sob medicação anticoagulante oral (ex. varfarina - Varfine ® , acenocumarol - Sintron ® , fluindiona), esta medicação terá que ser suspensa 5 dias antes do exame e eventualmente substituída por outra. Não pare este medicamento por sua iniciativa e procure sempre auxílio junto do seu médico assistente. Deverá ser portador de uma análise designada por INR, efetuada na véspera ou mesmo no dia do exame.

• Estas orientações genéricas poderão ser diferentes com os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa ® , Xarelto ® , Eliquis ® , Lixiana ® ), devendo receber instruções específicas do seu médico assistente.

11. O retomar da medicação suspensa deverá ser feito sob indicação do Médico executante do exame.

12. Na presença de determinadas comorbilidades (por ex. cirrose hepática, problemas cardíacos, doenças do sangue, problemas no funcionamento dos rins – insuficiência renal), deverá obter um parecer médico e ser portador de análises com menos de 3 meses;

13. Em caso de dúvidas não hesite em obter informações adicionais com o médico assistente que solicitou a colonoscopia ou no dia do exame com a equipa clínica que o vai realizar – é um direito que lhe assiste. Pode ainda contactar a Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, através do telefone 214348200 (extensão 1619 ou 1635) / 214348201/ 214345504.

14. Após a colonoscopia, ser-lhe-ão dadas recomendações específicas, de acordo com os procedimentos realizados.

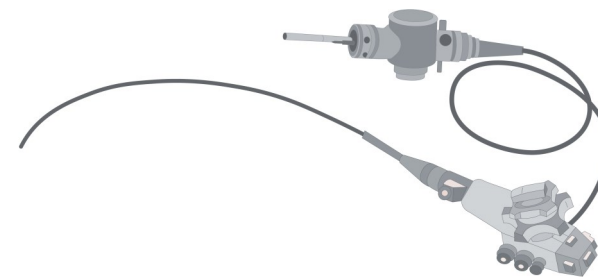
**Após ler cuidadosamente este folheto informativo e esclarecidas as suas dúvidas, deve assinar o consentimento informado que lhe será entregue, para o exame poder ser marcado.**

DI.0344/E.GASTRO/ versão 01/25-07-2019/Colonoscopia com e sem sedação (incluindo eventuais biopsias e polipectomia)/ Pág. 1 de 2  
H.F.F./ U.C.I. Mod. 1 - Gastro / Julho 2019

# COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA/TERAPÊUTICA NO ADULTO

FOLHETO INFORMATIVO  
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Serviço de Gastroenterologia



© UEG Image Hub (2019)/JR Shadwell

## 1. Descrição do procedimento

A colonoscopia é um procedimento que permite o **diagnóstico e o tratamento** de várias patologias gastrointestinais, bem como o **rastrear do cancro coloretal**. Consiste na introdução de um endoscópio (tubo flexível com uma câmara acoplada) através do ânus, com o objetivo de alcançar o cego (porção inicial do cólon) ou íleon terminal (porção final do intestino delgado). A duração do exame é variável, em média entre **15 a 60 minutos**, dependendo da tortuosidade do intestino e da necessidade ou não de realizar procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos adicionais. Durante o exame 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. A medida que se insufla ar e que o colonoscópio vai progredindo o doente pode sentir algum desconforto abdominal, nomeadamente cólicas, embora em geral este exame seja bem tolerado.

É muito importante que o intestino esteja bem limpo para garantir uma adequada visualização da mucosa. Para efectuar o exame, é necessário realizar, previamente, uma preparação de limpeza intestinal, incluindo algumas restrições alimentares e administração de um ou vários produtos com efeito laxante, que deve adquirir na farmácia e seguir rigorosamente as instruções. A adequada limpeza intestinal é de crucial importância para permitir a realização do exame de forma segura e eficaz. Uma deficiente preparação implica geralmente a necessidade da realização de um novo exame.

A colonoscopia poderá ser efectuada com ou sem sedação anestésica, de acordo com a prescrição do médico assistente.

Após o exame pode haver um período de recobro que pode chegar a 1h ou mais.

A primeira refeição após o procedimento deve ser ligeira.

O retomar do habitual trânsito intestinal ocorrerá cerca de 2 a 3 dias após o procedimento.

A colonoscopia pode ser incompleta (ou seja, não se alcançar o cego), nomeadamente em situações de má preparação, intolerância do paciente, estenoses do cólon, aderências ou outras situações em que a progressão do colonoscópio se revelar muito difícil. Nestes casos, o médico pode decidir suspender o exame, para salvaguardar a integridade física do utente e ser necessário a realização de uma nova colonoscopia ou de um outro exame complementar.

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

## 2. Benefícios

- Identificar ou excluir diversos tipos de patologia incluindo inflamação, pólipos e cancro, entre outras (contudo, como em qualquer exame, a acuidade diagnóstica não é 100%, mesmo com um exame tecnicamente bem executado e adequada preparação); alguns pólipos (até 2 a 26%, dependendo do tamanho) e mesmo carcinomas colo-retais (até 3 a 6%), podem não ser detetados.

- Realizar biópsias (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça, que serão enviados para exame anatomopatológico) para ajudar a caracterizar determinadas patologias;

- Remover pólipos (polipectomia) evitando, desse modo, o seu crescimento e eventual transformação em cancro do cólon. Sempre que possível esses pólipos são recuperados e enviados para análise por anatomopatologista. Os pólipos diagnosticados podem ser removidos durante a mesma colonoscopia ou programados para um segundo exame, sempre que o endoscopista considerar conveniente.

- Em situações de hemorragia, a colonoscopia além da identificação da causa poderá, em alguns casos, permitir a realização do seu tratamento.

## 3. Contra-Indicações para colonoscopia do adulto (Norma da Direção Geral de Saúde Colonoscopia Diagnóstica/Terapêutica no Adulto nº 003/2014, atualizada a 12/09/2017)

Por constituir contraindicação para a realização de colonoscopia no adulto  $\geq 18$  anos não deve ser prescrito colonoscopia, exceto em situações de urgência, nas seguintes situações clínicas (Nível de Evidência IV, Grau de Recomendação C) : a) Perfuração; b) Diverticulite; c) Megacólon tóxico; d) Enfarte agudo do miocárdio nos últimos seis meses; e) Doença cardiorrespiratória aguda; f) Embolia pulmonar; g) Instabilidade hemodinâmica; h) Gravidez (segundo e terceiro trimestres).

## 4. Riscos

A colonoscopia é um exame bastante seguro, mas como qualquer procedimento médico não é isento de riscos. Estes variam de doente para doente e em função de eventuais atitudes terapêuticas efetuadas durante o procedimento.

### a) Riscos frequentes

- Durante o exame, para correta observação, tem de ser insuflado ar no intestino o que pode condicionar dor abdominal tipo cólica ou uma sensação de pressão intestinal. Um ligeiro **desconforto/dor abdominal** pode manter-se durante 1-5 dias após o exame e melhora com a expulsão de ar pelo ânus, sendo esta facilitada pela deambulação/caminhadas.

- Mais raramente pode ocorrer uma **reação vagal com náuseas, vômitos e lipotímia** (desmaio), geralmente com rápida recuperação após a interrupção do exame.

### b) Riscos graves

Raramente, acontecem complicações mais sérias, salientando-se:

- Risco de **perfuração do cólon**:

- Colonoscopia de rastreio - 1/1000 casos;

- Colonoscopia com polipectomia - 1/300 a 1/400 casos;

- Colonoscopia com polipectomia de pólipos do cólon/reto com mais de 2cm -1,3 a 5/100 casos;

**NOTA:** 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), 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** ocorre em cerca de 3/100000 a 1/1000 das polipectomias e apresenta-se 1 a 5 dias após a colonoscopia, com dor abdominal localizada e febre. Trata-se de uma lesão transmural do

cólon resultante da passagem de corrente diatérmica durante a polipectomia;

- Risco de **hemorragia intestinal**:

- Colonoscopia de rastreio – 2,1/1000 casos;

- Colonoscopia diagnóstica (com biópsias) – 3,7/1000 casos;

- Colonoscopia com polipectomia – 8,7/1000 caso; os fatores de risco para hemorragia após uma polipectomia são: tamanho do pólipos, número de pólipos removidos, terapêutica recente com antiagregantes ou anticoagulantes, presença de doença cardiovascular

- Infeções (bacteriémia)**, que pode exigir administração de antibióticos;

- Rotura do baço, diverticulite, apendicite, isquémia intestinal** (situações muito raras);

- Complicações derivadas da preparação intestinal**, em certos doentes com doenças crónicas graves, sobretudo cardíacas e renais, provocadas pela quantidade de líquido necessária a ingerir e pela diarreia importante que estes fármacos/preparação provocam.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o exame ou necessitem de tratamento cirúrgico, com posterior internamento. Algumas destas complicações podem necessitar de **transfusões** de sangue e tratamento antibiótico

**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. A colonoscopia apresenta uma taxa específica de mortalidade de 1/15000 casos (<0,007%).**

### c) Riscos Anestésicos

- Se o exame for realizado com 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

## 5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Existem outros exames como alternativas à colonoscopia, mas apenas com intuito de rastreio ou diagnóstico. Têm uma menor acuidade, além de não permitirem a realização de biópsias nem de procedimentos terapêuticos.

- Testes fecais (apenas para rastreio), sendo a pesquisa de sangue oculto nas fezes o mais difundido;

- Colonografia por TC ou RM ("colonoscopia virtual");

- Cápsula do cólon: segundo a norma da DGS 003/2014, a cápsula do cólon só pode ser prescrita a nível hospitalar, no adulto, após uma colonoscopia incompleta realizada sob sedação/anestesia, em boas condições de preparação, na ausência de estenose e com a devida fundamentação clínica.