

## NORMA

NÚMERO: 004/2014  
DATA: 31/03/2014  
ATUALIZAÇÃO: 12/09/2017

---

ASSUNTO: Colonoscopia Diagnóstica/Terapêutica no Adulto  
PALAVRAS-CHAVE: Rastreio, cancro, cólon, reto  
PARA: Médicos do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

### NORMA

1. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados e esclarecidos dos benefícios e riscos a que fica sujeito pelo facto efetuar os meios complementares de diagnóstico.
2. Deve ser obtido um consentimento informado escrito nos termos da [Norma nº 015/2013](#)<sup>1</sup> (Anexo I).
3. Deve ser disponibilizado folheto informativo dirigido à pessoa, representante legal/curador de cuidados/ cuidador sobre colonoscopia total no qual consta a descrição da técnica, bem como os seus benefícios e riscos potenciais, contacto telefónico para a resolução de complicações tardias, a definir a nível local.
4. Por constituir contra-indicação 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)<sup>2</sup>:
  - 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).
5. O prazo para a realização da colonoscopia total após a sua prescrição deve ser, no máximo, de oito semanas.
6. O médico prescriptor deve verificar se a colonoscopia foi realizada, através de marcação de consulta de controlo.
7. Na ausência de realização da colonoscopia total dentro do prazo de oito semanas, o médico prescriptor deve notificar a respetiva chefia, com registo no processo clínico.
8. A colonoscopia deve ser considerada otimizada quando é alcançado o nível pretendido, designadamente, o cego, com excelentes condições de preparação, permitindo a observação cuidada da maior extensão da mucosa colorretal possível com um mínimo de desconforto para a pessoa e sem complicações imediatas ou tardias, funcionando como referência topográfica do polo cecal o orifício apendicular e/ou a válvula ileocecal que devem ser documentados fotograficamente (Nível de Evidência I, Grau de Recomendação B)<sup>3</sup>.
9. O médico gastroenterologista que deve proceder ao exame, não deve ser envolvido no processo de sedação<sup>4-6</sup>.
10. A sedação/anestesia tem de ser realizada por médico anestesiológico.
11. Devem ser prescritos nos adultos a serem submetidos a colonoscopia total, com registo dos resultados (Nível de Evidência VI, Grau de Recomendação C):
- a) Hemograma e tempo de protrombina, realizados nos seis meses precedentes; e
  - b) Eletrocardiograma, realizado nos seis meses precedentes em pessoas com idade superior ou igual a 50 anos; e
  - c) Meios complementares de diagnóstico, devidamente fundamentados, nos casos em que existem fatores de risco e comorbilidades que o justificam.

12. Perante a indisponibilidade de presença física de médico anestesiológico ou em situação de urgência, a sedação da pessoa pode ser efetuada por:

- a) Médico com treino documentado e atualizado em suporte avançado de vida (SAV);
- b) Médico com treino comprovado pelo diretor clínico na utilização dos fármacos e seus antagonistas e competente na resolução de complicações clínicas;
- c) A prescrição de propofol e supervisão da sua administração deve ser efetuada por médico com frequência de curso ministrado de acordo com *curriculum* europeu para o treino da sedação em endoscopia digestiva proposto pela *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*<sup>7</sup>.

13. Na pessoa internada em unidade de cuidados intensivos, a prescrição de propofol pode ser efetuada por médico com a subespecialidade em medicina intensiva que supervisiona a sua administração, baseada na prévia manutenção da via aérea e monitorização hemodinâmica.

14. A monitorização instrumental da pessoa sedada/anestesiada deve ser efetuada, através da<sup>8-14</sup>:

- a) Visualização de uma derivação eletrocardiográfica, frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso;
- b) Capnografia em pessoas com risco clínico acrescido de hipoventilação;
- c) Disponibilização de um carro de urgência equipado com desfibrilhador.

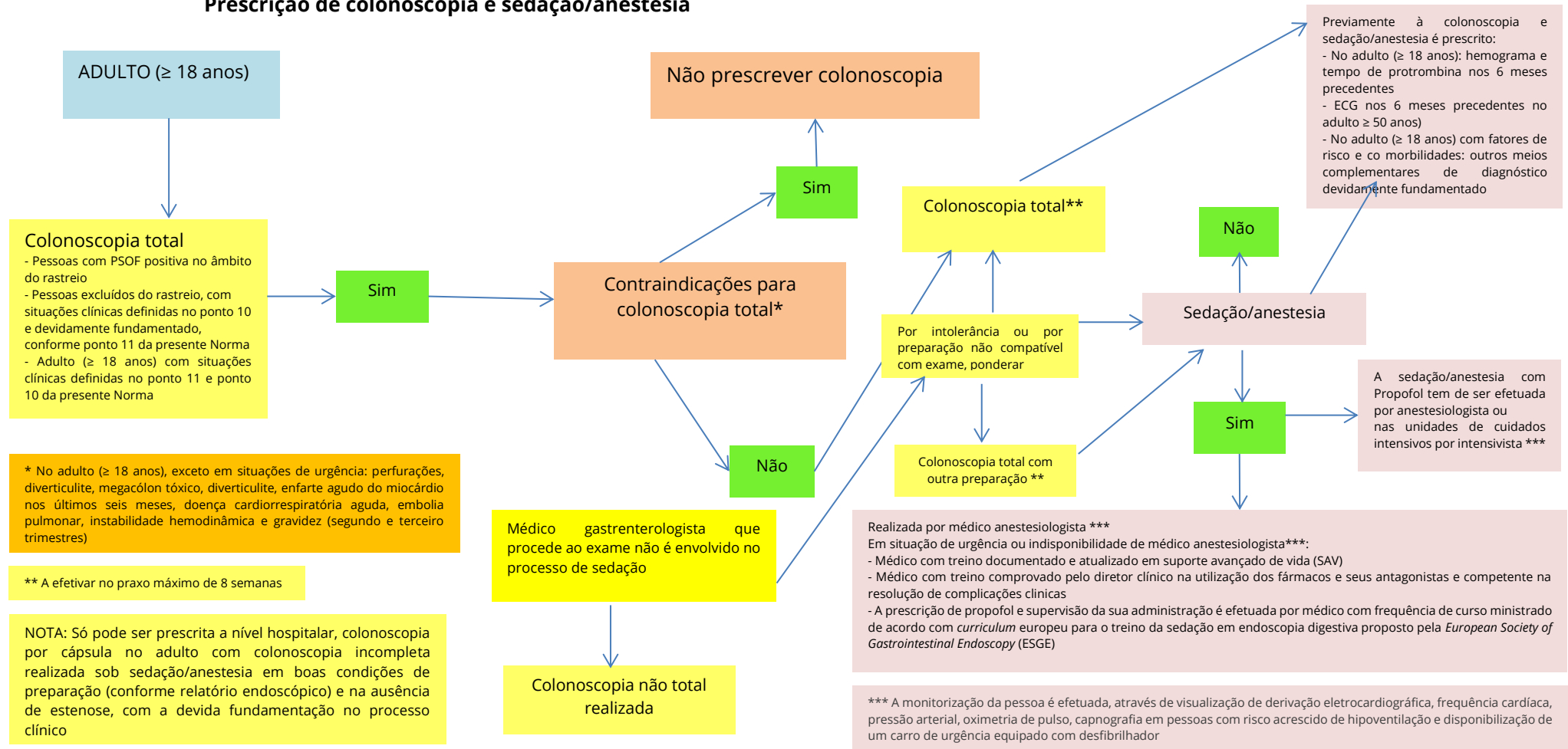
15. O relatório deve conter uma descrição completa do exame, a qualidade da preparação da pessoa, imagens do orifício apendicular e/ou a válvula ileocecal, bem como imagens de todas as alterações patológicas, onde se incluem as zonas que foram sujeitas a biopsias ou outros procedimentos invasivos.

16. O relatório anatomopatológico do material biológico excisado pela colonoscopia deve ser integrado pelo médico prescriptor no processo clínico da pessoa.

17. A colonoscopia por cápsula só pode ser prescrita a nível hospitalar no adulto com colonoscopia incompleta realizada sob sedação/anestesia, em boas condições de preparação conforme relatório endoscópico, na ausência de estenose, com a devida fundamentação no processo clínico (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação C)<sup>6,15,16</sup>.

18. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

19. O algoritmo clínico  
Prescrição de colonoscopia e sedação/anestesia





20. O instrumento de auditoria

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Colonoscopia Diagnóstica/Terapêutica no Adulto"				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a pessoa é informada e esclarecida dos benefícios e risco a que fica sujeita pelo facto de efetuar os meios complementares de diagnóstico				
Existe evidência de consentimento informado escrito para a colonoscopia e sedação/anestesia, integrado no processo clínico nos termos da <a href="#">Norma nº 015/2013</a> "Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito"	0	0	0	
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
2: Prescrição de Colonoscopia (≥ 18 anos)				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que é disponibilizado folheto informativo à pessoa e/ou representante legal e/ou curador de cuidados e/ou cuidador sobre colonoscopia total no qual consta a descrição da técnica, bem como os seus benefícios e riscos potenciais, contacto telefónico para a resolução de complicações tardias				
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) a ser submetido a colonoscopia total são prescritos e registados: os resultados de hemograma e tempo de protrombina, nos 6 meses precedentes; eletrocardiograma, realizado nos seis meses precedentes (pessoa com idade superior ou igual a 50 anos; e meios complementares de diagnóstico, devidamente fundamentados, quando existem fatores de risco e comorbilidades que o justificam)				
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) não é prescrita colonoscopia total, por contra-indicações, exceto em situações de urgência quando apresenta: perfuração; diverticulite; megacólon tóxico; enfarte agudo do miocárdio nos últimos seis meses; doença cardiorrespiratória aguda; embolia pulmonar; instabilidade hemodinâmica; gravidez (segundo e terceiro trimestres)				
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) a colonoscopia por cápsula só pode ser prescrita a nível hospitalar com a devida fundamentação no processo clínico quando apresenta colonoscopia incompleta realizada sob sedação/anestesia, em boas condições de preparação conforme relatório endoscópico, na ausência de estenose				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
B: Sedação/Anestesia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa a sedação/anestesia é efetuada por médico anesthesiologista				
Na pessoa internada em unidade de cuidados intensivos a prescrição de propofol pode ser efetuada por médico com a subespecialidade em medicina intensivista que supervisiona a sua administração				
Existe evidência de que perante a indisponibilidade de presença física do médico anesthesiologista ou em situação de urgência, no adulto (≥ 18 anos) a prescrição de propofol e supervisão da sua administração é efetuada por médico com frequência de curso ministrado de acordo com <i>curriculum</i> europeu para o treino da sedação em endoscopia digestiva proposto pela <i>European Society of Gastrointestinal Endoscopy</i>				
Existe evidência de que o médico gastrenterologista que procede ao exame na pessoa não é envolvido no processo de sedação da pessoa				

Existe evidência de que na pessoa internada em unidade de cuidados intensivos, a sedação/anestesia a prescrição de propofol pode ser efetuada por médico com a subespecialidade em medicina intensiva que supervisiona a sua administração, baseada na prévia manutenção da via aérea e monitorização hemodinâmica				
Existe evidência de que a monitorização instrumental da pessoa sedada/anestesiada é efetuada, através da: visualização de uma derivação eletrocardiográfica, frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso; capnografia em pessoas com risco acrescido de hipoventilação; disponibilização de um carro de emergência equipado com desfibrilhador				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>C: Monitorização</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos), após a sua prescrição, colonoscopia total é realizada, no prazo máximo de 8 semanas				
Existe evidência da monitorização da realização de colonoscopia, através da marcação de nova consulta, no prazo máximo de oito semanas, após a prescrição da colonoscopia total				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>3: Responsabilidades</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
Existe evidência de que na ausência da realização de colonoscopia dentro prazo de oito semanas, o médico prescriptor notifica a respetiva chefia, com registo no processo clínico				
Existe evidência de que o relatório anatomopatológico do material biológico excisado pela colonoscopia é integrado pelo médico prescriptor, no processo clínico da pessoa				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>5: Colonoscopia Otimizada</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) é considerada colonoscopia otimizada quando é alcançado o nível pretendido, designadamente, o cego, com excelentes condições de preparação, permitindo a observação cuidada da maior extensão da mucosa colorretal possível com um mínimo de desconforto para a pessoa e sem complicações imediatas ou tardias, funcionando como referência topográfica do polo cecal o orifício apendicular e/ou a válvula ileocecal que são documentados fotograficamente				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>6: Colonoscopia por Cápsula</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
Existe evidência de que no adulto (≥ 18 anos) a colonoscopia por cápsula só pode ser prescrita a nível hospitalar no adulto com colonoscopia incompleta realizada sob sedação/anestesia, em boas condições de preparação conforme relatório endoscópico, na ausência de estenose, com a devida fundamentação no processo clínico				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			

**Avaliação de cada padrão:**  $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

21. O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.
22. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde



## TEXTO DE APOIO

### Definições, conceitos e orientações

- A. A Tabela de Evidência é a utilizada pela *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis* <sup>17</sup>.
- B. As regras de otimização de uma colonoscopia incluem a realização de um exame até ao cego, em boas condições de preparação.
- A. Por colonoscopia, entende-se a observação do cólon e do reto com recurso a um colonoscópio.
- B. A colonoscopia é o exame de primeira linha nos pessoas que apresentam sinais e/ou sintomas sugestivos da existência de patologia do cólon ou do reto.
- C. A realização de colonoscopia tem por objetivo o diagnóstico da patologia do cólon ou reto, podendo ainda ser útil no diagnóstico da patologia do íleo terminal.
- D. A colonoscopia tem uma vertente terapêutica que se materializa, frequentemente, na excisão das lesões polipoides.
- E. Nas pessoas com idade superior a 74 anos, a maior probabilidade de detetar patologia neoplásica no cólon e reto determina uma opção preferencial pela realização de colonoscopia, após avaliação de risco individual<sup>3</sup>.
- F. A colonoscopia é considerada total quando é alcançado o pólo cecal, funcionando como referência topográfica a observação do orifício apendicular e/ou da válvula ileocecal.
- G. A qualidade da preparação deverá ser documentada no relatório do exame.
- H. Entende-se como colonoscopia de qualidade a que alcançou o nível pretendido, habitualmente o cego, com boas condições de preparação e que permitiu uma observação cuidada da maior extensão de mucosa colorretal possível, com o mínimo de desconforto para a pessoa e sem complicações imediatas ou tardias.
- I. Devem ser implementados procedimentos no sentido de proporcionar à pessoa um exame em que a tolerância seja máxima e o risco de complicações mínimo.

- J. Antes de qualquer procedimento, a pessoa deve ser observado de forma a ser obtida a história clínica tendo em vista prever o risco/benefício e a técnica sedativa/anestésica necessária para proceder à colonoscopia com o mínimo de risco para a pessoa<sup>8</sup>.
- K. Neste sentido, e tendo em atenção que a colonoscopia se acompanha frequentemente de dor, o que condiciona a sua realização e pode impedir que seja conseguida uma colonoscopia total, a realização do exame com sedação/anestesia deve estar disponível. Para tal, devem ser cumpridos os seguintes pressupostos:
- 1) Preferencialmente a colonoscopia deve ser realizada sob sedação/anestesia, devendo esta ser efetuada por médico anestesiológico, com a pessoa devidamente monitorizado e sob observação clínica contínua. Esta orientação baseia-se no seguinte (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>5,8-14</sup>:
    - a) Distinguem-se quatro níveis de sedação: ligeira, moderada, profunda e anestesia. Trata-se de um processo evolutivo baseado na observação clínica e na hemodinâmica da pessoa sedada (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)<sup>6</sup>;
    - b) A dificuldade que se coloca ao médico anestesiológico consiste na estabilização do nível de sedação e a não permitir que o mesmo seja superficializado ou aprofundado, para além do desejável. A fronteira entre sedação e anestesia é muito ténue;
    - c) Durante um procedimento deste tipo, o médico deve estar dedicado, exclusivamente, a esta função (Nível de Evidência A, Grau de recomendação I)<sup>6</sup>.
- L. Após o recobro, o médico deve participar na alta clínica da pessoa que deve ser baseada no estado hemodinâmico e de consciência, bem como na eventual terapêutica da dor pós-colonosopia<sup>9</sup>.
- M. Deve ser disponibilizado um contacto a pessoa para resolução de complicações tardias.
- N. O relatório anatomopatológico deve conter os critérios morfológicos de diagnóstico, atualizados.

## Fundamentação

- A. A colonoscopia tem vindo a assumir uma importância crescente na actividade diária dos gastroenterologistas, tendo em atenção a sua dupla potencialidade, diagnóstica e terapêutica, conferindo a esta técnica um lugar ímpar no âmbito da patologia do cólon e do reto.
- B. O seu papel é determinante no contexto da patologia neoplásica do cólon e reto, patologia essa que se associa a uma elevada incidência e mortalidade no nosso país.
- C. Trata-se de uma técnica não isenta de complicações e que apresenta uma longa curva de aprendizagem, sendo inerente à formação dos especialistas em gastroenterologia.
- D. A tortuosidade do cólon, a que se associa a sua mobilidade e comprimento, dificultam a realização deste procedimento endoscópico tornando-o frequentemente doloroso, o que, por sua vez, condiciona a adesão das pessoas à sua realização.
- E. Grande parte das colonoscopias são efetuadas sob sedação e/ou anestesia<sup>5,6,10-12</sup>. Dependendo da farmacocinética e farmacodinamia do fármaco utilizado, do perfil fisiológico da pessoa e da experiência do profissional, a sedação pode ser difícil de estabilizar e evoluir para anestesia.
- F. Na sedação/anestesia, é boa prática anestésiológica:
- 1) A observação prévia de todos os pessoas submetidos a sedação/anestesia, de forma a avaliar riscos, planear a técnica e a alta clínica<sup>13-14</sup>;
  - 2) Universalmente aceite, que o anestesiológista não deve dispersar a atenção e cuidados clínicos por mais do que um utente sob os seus cuidados, conforme recomendação do Colégio de Anestesiologia, aprovada pela Ordem dos Médicos<sup>18</sup>.
- G. Cada profissional deve estar integralmente dedicado à função que desempenha nesses atos clínicos.

## Avaliação

- A. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

- B. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- C. A implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.
- A. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Proporção de pessoas com colonoscopias otimizada:
    - a) Numerador: N.º de pessoas com realização de colonoscopias otimizadas, no período considerado;
    - b) Denominador: N.º de pessoas com realização de colonoscopias, no mesmo período.
  - 2) Proporção de pessoas com relatório de colonoscopia completo:
    - c) Numerador: N.º de pessoas com relatório de colonoscopia completo, no período considerado;
    - d) Denominador: N.º de pessoas com relatório de colonoscopia, no mesmo período.
  - 3) Proporção de pessoas com prescrição de colonoscopias e de cápsula endoscópica:
    - e) Numerador: N.º de pessoas com prescrição de colonoscopias e cápsula endoscópica, no período considerado;
    - f) Denominador: N.º de pessoas com prescrição de colonoscopias, no mesmo período.

### **Comité Científico**

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade.

- B. A proposta da presente Norma foi elaborada por Pedro Narra Figueiredo, Anabela Pinto, José Cotter (coordenação científica), Ângela Teixeira, Joaquim Figueiredo Lima, Paulo Paixão, João Côrte Real, Carlos Monteverde e Ricardo Fonseca.
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

### **Coordenação executiva**

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

### **Coordenação técnica**

A coordenação técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes.

### **Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas**

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

### **Siglas/Acrónimos**

Siglas/Acrónimos	Designação
CCR	Cancro do Cólon e Reto
PSOF	Pesquisa de sangue oculto nas fezes

## Referências Bibliográficas

1. Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 015/2013 “Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito”. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1464874454858>
2. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, Hoffman B, Jacobson BC, Mergener K, Petersen BT, Safdi MA, Faigel DO, Pike IM. ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy. *Quality indicators for colonoscopy*. Am J Gastroenterol. 2006 Apr;101(4):873-85.
3. Valori R, Rey JF, Atkin WS, Bretthauer M, Senore C, Hoff G, Kuipers EJ, Altenhofen L, Lambert R, Minoli G; International Agency for Research on Cancer. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis*. Endoscopy. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE88-105.
4. Linden P V. *Sedation in Gastrointestinal Endoscopy: An Anesthesiologist's Perspective*. Digestion 2010; 82: 102-105.
5. ASGE. *Sedation and anesthesia in GI endoscopy*. *Gastrointestinal Endoscopy* 2008; 68 (5): 815-826.
6. Dumonceau, J.M. et al. *European Curriculum for Sedation Training in Gastrointestinal Endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA)*. 2013. Disponível em [https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2013\\_european\\_curriculum\\_sedation\\_training.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2013_european_curriculum_sedation_training.pdf)
7. Dumonceau JM e al. And the NAAP Task Force Members. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anaesthesiology Guideline: Non-anaesthesiologist administration of Propofol for GI Endoscopy*. *Europ J Anaesthesiol* 2010; 27 (12): 1016-1029.
8. Melin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith A F. *The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology*. *European Journal of Anaesthesiology* 2010; 27 (7):592-597.

9. Perel A. *Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer Propofol for procedualsedation: a Consensus Statement of 21 European National Societies of Anaesthesia*. Eur J Anaesthesiol 2011; 28:553-555.
10. Wehrmann T, Riphaus A. *Sedation with propofol for interventional endoscopic procedures: A risk factor analysis*. Scandinavian J Gastroenterology 2008; 43 (3): 368-374.
11. Juan-Salvador B e al. *Use of sedation in gastrointestinal endoscopy: a nationwide survey in Spain*. Europ J Gastroenterology & Hepatology 2009; 21 (8): 882-888.
12. Liu H, Waxman DA, Main R, Mattke S. *Utilization of anesthesia services during outpatient endoscopies and colonoscopies and associated spending in 2003-2009*. JAMA 2012; 307 (11):1178-1184.
13. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. *International standarts for a safe Practice of Anesthesia* 2010. Can J Anesth 2010; 57: 1027-1034.
14. Amnornnyotin S – *Sedation and Monitoring for gastrointestinal Endoscopy*. World J Gastrointest Endoscopy 2013; 5 (2): 47-55.
15. Spada C et al. *Colon capsule endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. Endoscopy. 2012 May;44(5):527-36.
16. Rex DK et al. *Accuracy of capsule colonoscopy in detecting colorectal polyps in a screening population*. Gastroenterology. 2015 May;148(5):948-957.
17. Ann Zauber. *Screening Colonoscopy May Benefit Elderly Patients*. Digestive Disease Week (DDW) 2011: Abstract 63.
18. Portal oficial da Ordem dos Médicos. *Recomendações do Colégio de Anestesiologia, 2007, 2011*. Disponível em <https://www.ordemosmedicos.pt/>.

## ANEXO

### Anexo I - Padrão de informação do consentimento informado de colonoscopia diagnóstica/terapêutica

O texto seguinte deverá ser adaptado e individualizado à pessoa a ser submetida a colonoscopia

#### Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:

- A colonoscopia consiste na introdução de um endoscópio (“tubo” que tem uma câmara acoplada) flexível através do ânus e permite a visualização de todo ou de quase todo o cólon (intestino grosso), sendo, assim, possível identificar diversos tipos de patologias e efetuar biopsias (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça) e/ou polipectomia (remoção de pólipos com uma ansa - uma espécie de laço metálico - por onde se faz passar corrente de corte e/ou coagulação).
- Para efetuar o exame é necessário realizar uma preparação de limpeza do intestino, incluindo algumas restrições alimentares e toma e/ou administração de um ou vários produtos com efeito catártico. A adequada limpeza intestinal é de crucial importância para permitir a realização do exame de forma segura e eficaz.
- O procedimento demora entre 15min a 60min, dependendo da tortuosidade do intestino e da necessidade ou não de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos adicionais, como sejam a realização de biopsias ou de polipectomia.
- A colonoscopia poderá ser efetuada com ou sem sedação/anestesia. No caso de ser realizada sob anestesia, após o exame há um período de recobro que pode chegar às 2horas. A utilização de sedação/anestesia implica ainda que o doente venha acompanhado porque, nesse dia, não pode conduzir.
- 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.

#### Benefícios:

- Identificar ou excluir diversos tipos de patologia incluindo inflamação, pólipos e cancro, entre outras.
- Realizar biopsias (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça) para ajudar a caracterizar determinadas patologias. Esses fragmentos são enviados para análise por um Anatomopatologista.
- Remover pólipos (procedimento designado polipectomia que é efetuado com uma ansa - uma espécie de laço metálico - por onde se faz passar corrente de corte e/ou coagulação) 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 um anatomopatologista.
- Em situações de hemorragia, a colonoscopia além da identificação da causa poderá, em alguns casos, permitir a realização do seu tratamento através da administração de fármacos ou da aplicação de *clips*.

#### Riscos frequentes:

- Durante o exame, para correta observação, tem de ser insuflado ar no intestino o que pode condicionar cólicas 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.

- Mais raramente pode ocorrer uma reação vagal com náuseas, vômitos e lipotímia (desmaio), geralmente com rápida recuperação após a interrupção do exame.
- Se o exame for realizado com sedação ou com anestesia há riscos específicos associados com essa intervenção e com os fármacos utilizados nessas circunstâncias.

#### Riscos graves:

- A ocorrência de hemorragia (< 1%, ou seja, em menos de 1 em cada 100) e de perfuração (< 0,1%, ou seja, em menos de 1 em cada 1000) é rara em exames de rotina sendo mais comum quando são realizadas biopsias ou polipectomia. Embora a sua ocorrência e deteção sejam mais frequentes durante o exame, podem assumir carácter diferido, nomeadamente alguns dias depois do exame. Geralmente estas complicações são resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora (poderá ser necessária transfusão de sangue), mas, em último recurso, poderá ser necessário realizar uma cirurgia de urgência.
- Bacteriemia (“infecção no sangue”), manifesta sob a forma de febre, é uma complicação rara, mais provável quando são efectuados procedimentos invasivos (biopsias e polipectomias), e pode exigir administração de antibióticos.
- Têm sido descritos casos raros de paragem cardiorrespiratória com necessidade de manobras de suporte avançado de vida.
- Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido (< 0,1%).
- Se o exame for realizado com sedação ou com anestesia há riscos específicos associados com essa intervenção e com os fármacos utilizados nessas circunstâncias.

#### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

- Testes fecais: pesquisa nas fezes de sangue oculto (pesquisa de sangue oculto na fezes) ou de alterações genéticas (teste de DNA fecal) são alternativas não invasivas de rastreio (não para diagnóstico), que apresentam menor acuidade que a colonoscopia e que quando positivos implicam realização de colonoscopia.
- Colonografia por TC ou RM (“colonoscopia virtual”): possibilita um exame estrutural do cólon, ainda que com menor acuidade que a colonoscopia, e não permite realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos como biopsias ou polipectomia.
- Cápsula do cólon: possibilita um exame estrutural do cólon, ainda que com menor acuidade que a colonoscopia, e não permite realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos como biopsias ou polipectomia.

#### Riscos de não tratamento:

- 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.