

NÚMERO: 004/2014
DATA: 31/03/2014
ATUALIZAÇÃO 06/11/2014

ASSUNTO: Prescrição de Colonoscopia
PALAVRAS-CHAVE: Colonoscopia, cólon, reto
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dgs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte:

NORMA

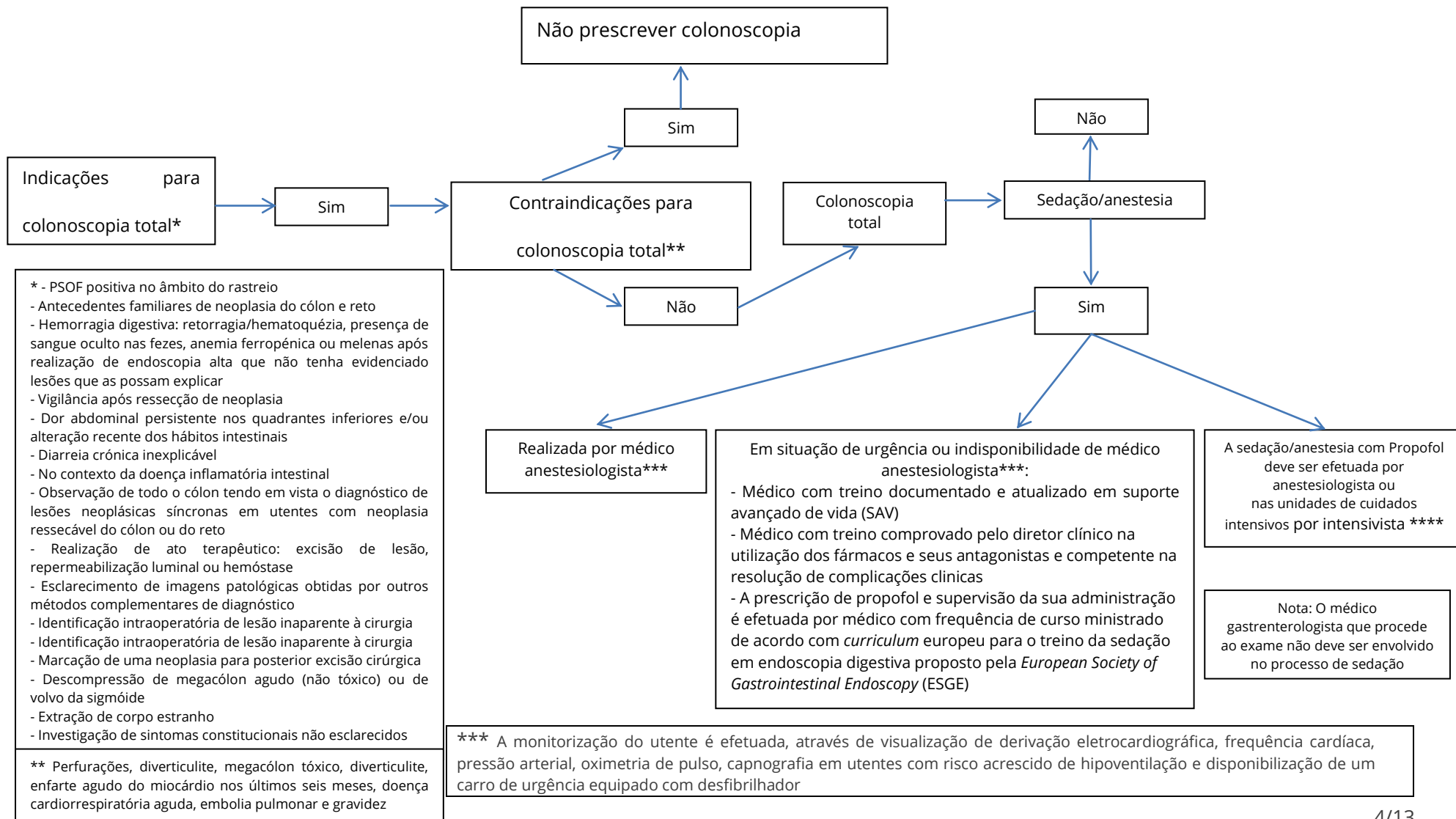
1. A prescrição de colonoscopia deve ser acompanhada de informação clínica e transcrição ou cópia dos relatórios de meios complementares de diagnóstico (MCDT), efetuadas previamente.
2. A prescrição de colonoscopia é efetuada nas seguintes situações clínicas (Nível de Evidência III, Grau de recomendação B)¹:
 - a) Pesquisa positiva de sangue oculto nas fezes (teste imunoquímico), no âmbito do rastreio oportunístico do cancro do cólon ou do reto, excetuando-se as situações previstas na Norma “Rastreio Oportunístico do Cancro do Cólon e Reto”;
 - b) História familiar de neoplasia do cólon e reto;
 - c) Hemorragia digestiva: retorragia/hematoquézia, presença de sangue oculto nas fezes, anemia ferropénica e também melenas após realização de endoscopia digestiva alta que não tenha evidenciado lesões que a possam explicar;
 - d) Vigilância após ressecção de neoplasia;
 - e) Dor abdominal persistente nos quadrantes inferiores e/ou alteração recente dos hábitos intestinais;
 - f) Diarreia crónica inexplicável;
 - g) No contexto da doença inflamatória intestinal;
 - h) Observação de todo o cólon tendo em vista o diagnóstico de lesões neoplásicas síncronas em utentes com neoplasia ressecável do cólon ou do reto;
 - i) Realização de ato terapêutico, designadamente excisão de lesão, repermeabilização luminal ou hemostase;
 - j) Esclarecimento de imagens patológicas obtidas por outros métodos complementares de diagnóstico;

- k) Identificação intraoperatória de lesão inaparente à cirurgia;
 - l) Marcação de uma neoplasia para posterior excisão cirúrgica;
 - m) Descompressão de megacólon agudo (não tóxico) ou de volvo da sigmoide;
 - n) Extração de corpo estranho;
 - o) No quadro da investigação de sintomas constitucionais não esclarecidos, devidamente fundamentado no processo clínico.
3. São contra-indicações para a prescrição de colonoscopia, exceto em situações de urgência, as seguintes situações clínicas (Nível de Evidência IV, Grau de Recomendação C)¹:
- 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. Deve ser referenciado pelo médico prescritor a consulta de gastroenterologia ou cirurgia, a efetivar no prazo máximo de trinta dias, de acordo com a situação clínica, o utente com;
- a) Cancro;
 - b) Pólipo (s) maligno.
5. Deve ser referenciado pelo médico prescritor a consulta de gastroenterologia, a efetivar no prazo máximo de sessenta dias (com carácter prioritário), o utente com:
- a) Pólipo (s) com características de risco para excisão em ambiente não hospitalar, referido no relatório da colonoscopia (Nível de Evidência IV, Grau de Recomendação B)²;
 - b) Mais de dez pólipos;
 - c) Doença inflamatória intestinal (Nível de Evidência IV, Grau de Recomendação B)^{3,4}.
6. Deve ainda ser obtido um consentimento informado escrito para a realização de colonoscopia, integrado no processo clínico do utente.
7. O médico gastroenterologista que procede ao exame, não deve ser envolvido no processo de sedação⁵⁻⁷.

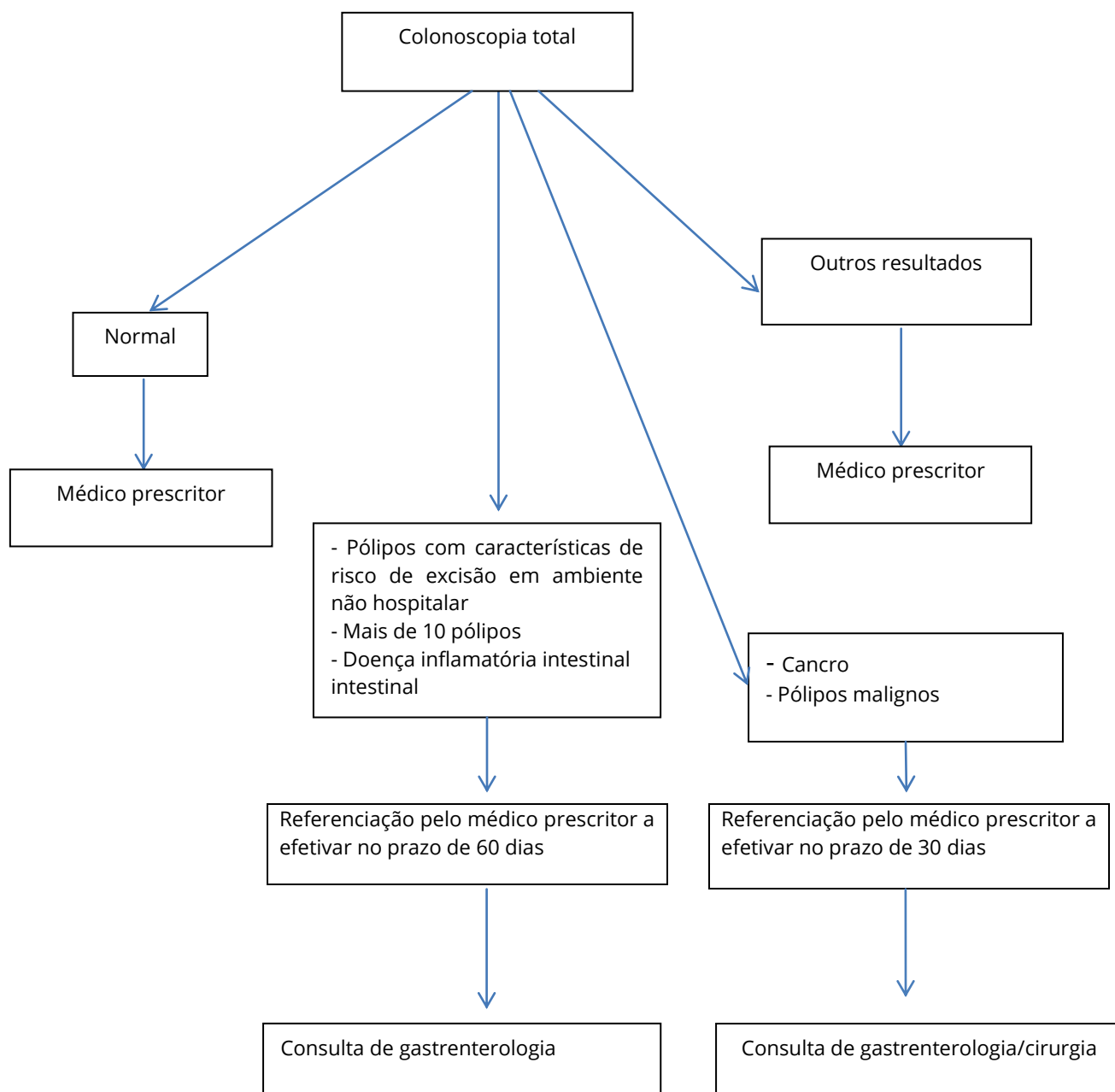
8. A sedação/anestesia tem de ser realizada por médico anestesiológico.
9. Perante a indisponibilidade de presença física de médico anestesiológico ou em situação de urgência, a sedação do utente pode ser efetuada por:
 - a) Médico com treino documentado e atualizado em suporte avançado de vida (SAV);
 - 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 é 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*⁸.
10. No utente internado 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.
11. A monitorização instrumental do utente sedado/anestesiado é efetuada, através da:
 - a) Visualização de uma derivação eletrocardiográfica, frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso;
 - b) Capnografia em utentes com risco acrescido de hipoventilação;
 - c) Disponibilização de um carro de urgência equipado com desfibrilhador.
12. O relatório anatomopatológico do material biológico excisado pela colonoscopia deve ser integrado pelo médico prescriptor no processo clínico do utente.
13. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

14. Os algoritmos clínicos

Prescrição de Colonoscopia



Referenciação



15. Instrumento de Auditoria

Instrumento de Auditoria Clínica da Norma " Prescrição de Colonoscopias"				
Unidade: -----				
Data: ___/___/___		Equipa Auditora:		
1: Consentimento informado				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de um consentimento informado escrito para a realização de colonoscopia, integrado no processo clínico do utente				
Sub-Total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	0%			
2: Prescrição				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de a prescrição de colonoscopia é acompanhada de informação clínica e transcrição ou cópia dos relatórios de meios complementares de diagnóstico (MCDT) realizados				
Existe evidência de que a prescrição de colonoscopia é efetuada nas situações clínicas indicadas nos termos da presente Norma				
Existe evidência de que não é efetuada a prescrição de colonoscopia, exceto em situações de urgência, na seguintes situações clínicas: perfuração; diverticulite; megacólon tóxico; enfarte agudo do miocárdio nos últimos seis meses; doença cardiorrespiratória aguda; embolia pulmonar; instabilidade hemodinâmica; gravidez (segundo e terceiro trimestres)				
Sub-Total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	0%			
3: Sedação/anestesia				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a sedação/anestesia é efetuada por médico anestesiolista				
No utente internado 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 na indisponibilidade de presença física de médico anestesiolista ou em situação de urgência, a sedação é efetuada por: médico com treino documentado e atualizado em suporte avançado de vida (SAV); médico com treino comprovado pelo diretor clínico na utilização dos fármacos e seus antagonistas e competente na resolução de complicações clínicas				
Existe evidência de que na indisponibilidade de presença física de médico anestesiolista ou em situação de urgência, a prescrição de Propofol e supervisão da sua administração é efetuada por médico com frequência de curso ministrado de acordo com curriculum europeu para o treino da sedação em endoscopia digestiva proposto pela <i>European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)</i>				
Existe evidência de que o médico gastroenterologista que procede ao exame não é envolvido no processo de sedação do utente				
Existe evidência de que a monitorização instrumental do utente sedado/anestesiado é efetuada, através da: visualização de uma derivação eletrocardiográfica, frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso; capnografia em utentes com risco acrescido de hipoventilação; disponibilização de um carro de emergência equipado com desfibrilhador				
Sub-Total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	0%			
4: Responsabilidades				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que o relatório anatomopatológico do material biológico excisado pela colonoscopia é integrado pelo médico prescriptor, no processo clínico do utente				
Sub-Total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	0%			
6: Referenciação				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a referenciação a consulta de gastroenterologia ou cirurgia (a efetivar no prazo máximo de trinta dias de acordo com a situação clínica) é realizada pelo médico prescriptor quando o utente apresenta: cancro, pólipos) maligno(s)				
Existe evidência de que é referenciado pelo médico prescriptor para a consulta de gastroenterologia (a efetivar no prazo máximo de sessenta dias com caráter prioritário), o utente com: doença inflamatória intestinal; mais de dez pólipos; e pólipos que apresentem características de risco para excisão em ambiente não hospitalar, referidos no relatório da colonoscopia				
Sub-Total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	0%			

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

16. A presente Norma revoga a versão de 31/03/2011, será de novo atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.
17. 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*⁹.
- B. Por colonoscopia, entende-se a observação do cólon e do reto com recurso a um colonoscópio.
- C. A colonoscopia é o exame de primeira linha nos utentes que apresentam sinais e/ou sintomas sugestivos da existência de patologia do cólon ou do reto.
- D. 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.
- E. A colonoscopia tem uma vertente terapêutica que se materializa, frequentemente, na excisão das lesões polipóides.
- F. Nos utentes assintomáticos abaixo dos 50 anos, a colonoscopia total é realizada após pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva¹⁰.
- G. Nos utentes assintomáticos 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 individual¹¹.
- H. 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.
- I. A qualidade da preparação deverá ser documentada no relatório do exame.
- J. 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 o doente e sem complicações imediatas ou tardias.
- K. Devem ser cumpridos os intervalos recomendados para o rastreio, vigilância pós-polipectomia e após ressecção cirúrgica. O cumprimento destes intervalos pressupõe que a colonoscopia inicial seja total, em boas condições de preparação. Caso tal não tenha ocorrido ou seja desconhecido, poderá ser necessário encurtar os referidos intervalos.
- L. Devem ser implementados procedimentos no sentido de proporcionar ao doente um exame em que a tolerância seja máxima e o risco de complicações mínimo.
- M. Antes de qualquer procedimento, o utente 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 o utente¹².

N. 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 o utente devidamente monitorizado e sob observação clínica contínua. Esta orientação baseia-se no seguinte (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)^{5,13}:

- 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 do utente sedado (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)⁶;
- 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)⁶.

O. Após o recobro, o médico deve participar na alta clínica do utente que deve ser baseada no estado hemodinâmico e de consciência, bem como na eventual terapêutica da dor pós-colonosopia¹².

P. Deve ser disponibilizado um contacto ao utente para resolução de complicações tardias.

Q. 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 dos utentes à sua realização.

- E. Grande parte das colonoscopias são efetuadas sob sedação/anestesia^{5,6,14-16}. Dependendo da farmacocinética e farmacodinamia do fármaco utilizado, do perfil fisiológico do utente e da experiência do profissional, a sedação pode ser difícil de estabilizar e evoluir para anestesia.
- F. Na sedação/anestesia, é boa prática anestesiológica:
- 1) A observação prévia de todos os doentes submetidos a sedação/anestesia, de forma a avaliar riscos, planear a técnica e a alta clínica^{17,18};
 - 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 Médicos¹⁹.
- 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:
- i. Taxa de utentes com prescrição de colonoscopias
 - (i). Numerador: N.º de utentes a quem foram prescritas colonoscopias
 - (ii). Denominador: População a meio do ano
 - i. Taxa de mortalidade por cancro do cólon e reto
 - (i). Numerador: N.º de óbitos por cancro do cólon e reto
 - (ii). Denominador: População a meio do ano

Comité Científico

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade.
- A. A proposta da presente Norma foi elaborada por Pedro Narra Figueiredo e José Cotter (coordenação científica), Anabela Pinto, Ângela Teixeira, Joaquim Figueiredo Lima e Ricardo Fonseca.
- B. 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.
- C. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação Executiva

Na elaboração da presente Norma a coordenação executiva foi assegurada por Mário Carreira e Cristina Martins d'Arrábida, do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas Clínicas emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

Referências bibliográficas

1. 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.
2. Rutter MD, Nickerson C, Rees CJ, Patnick J, Blanks RG. *Risk factors for adverse events related to polypectomy in the English Bowel Cancer Screening Programme*. Endoscopy. 2014 Feb;46(2):90-7.
3. National Institute for Health and Care Excellence. *Ulcerative colitis: Management in adults, children and young people*NICE clinical guidelines Issued: June 2013.
4. National Institute for Health and Care Excellence. *Crohn's disease: Management in adults, children and young people*NICE clinical guidelines Issued: October 2012.

5. Linden P V. *Sedation in Gastrointestinal Endoscopy: An Anesthesiologist's Perspective*. Digestion 2010; 82: 102-105.
6. ASGE. *Sedation and anesthesia in GI endoscopy*. Gastrointestinal Endoscopy 2008; 68 (5): 815-826.
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. 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.
9. 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.
10. Joshua Meyer, Paul Christos. *Incidence of Rectal Cancer Increasing in Adults Younger than 40 Years*. Cancer 2010; 116:4354-4359.
11. Ann Zauber. *Screening Colonoscopy May Benefit Elderly Patients*. Digestive Disease Week (DDW) 2011: Abstract 63.
12. 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.
13. Perel A. *Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer Propofol for procedural sedation: a Consensus Statement of 21 European National Societies of Anaesthesia*. Eur J Anaesthesiol 2011; 28:553-555.
14. Wehrmann T, Riphaus A. *Sedation with propofol for interventional endoscopic procedures: A risk factor analysis*. Scandinavian J Gastroenterology 2008; 43 (3): 368-374.
15. 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.
16. 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.
17. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. *International standards for a safe Practice of Anesthesia* 2010. Can J Anesth 2010; 57: 1027-1034.
18. Amnornytin S - *Sedation and Monitoring for gastrointestinal Endoscopy*. World J Gastrointest Endoscopy 2013; 5 (2): 47-55.

19. Portal oficial da Ordem dos Médicos. Recomendações do Colégio de Anestesiologia, 2007, 2011.
Disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt/>.