

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 1/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/03/2024

1. SUMÁRIO

2. SIGLAS E CONCEITOS	2
3. OBJETIVOS	2
4. JUSTIFICATIVAS.....	2
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO (INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES)	3
5.1. INDICAÇÕES:.....	3
5.2. CONTRAINDICAÇÕES:.....	5
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	5
7. CONTEÚDO DESCRITIVO NECESSÁRIO PARA A SOLICITAÇÃO DO EXAME	5
8. SITUAÇÕES QUE DEVEM SER AGENDADAS EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA	6
9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	6
10. PREPARO INTESTINAL.....	7
11. MONITORAMENTO – INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO.....	8
12. REFERÊNCIAS	9
13. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	9

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 2/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/03/2024

2. SIGLAS E CONCEITOS

- PSO: Pesquisa de sangue oculto
- PAF: Polipose Adenomatosa Familiar
- DII: Doença inflamatória intestinal
- IAM: Infarto agudo do miocárdio
- HB: Hemoglobina
- AAS: Ácido acetilsalicílico
- HUWC: Hospital Universitário Walter Cantídio

3. OBJETIVOS

- Normatizar as rotinas médicas e assistenciais relacionadas aos exames de colonoscopia realizados pelo Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).
- Aumentar as taxas de exames de colonoscopias completos, em um cólon com preparo adequado, com intubação do ceco ou íleo terminal, dependendo da indicação primária, e o diagnóstico das lesões existentes.
- Reduzir complicações relacionadas aos procedimentos de colonoscopia realizados no HUWC.

4. JUSTIFICATIVAS

- O exame de colonoscopia é considerado padrão-ouro para avaliação da mucosa do cólon. Sendo assim, nota-se um aumento significativo e progressivo do número de colonoscopias desde quando começou a ser realizada, no início da década de 1970.
- Paralelamente, as complicações relacionadas ao procedimento passaram a ser descritas, relacionadas a diferentes causas, seja por erro na indicação ou falta de preparo adequado do paciente por exemplo.
- A colonoscopia convencional é realizada com o paciente submetido à sedação anestésica venosa, feita pelo médico anestesiológico, o mesmo seguindo o protocolo de sedação e analgesia para procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial do HUWC.
- A utilização da técnica apurada, balizada pelo emprego sistemático dos critérios de qualidade, implica em melhores resultados custo-efetivos.
- HUWC é um hospital de referência no estado do Ceará, com grande volume de pacientes que necessitam deste exame, sendo o nosso objetivo o atendimento de excelência dessa população.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 3/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão: 08/03/2024
		Versão: 1	

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO (INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES)

5.1. INDICAÇÕES:

-Serão **INCLUÍDOS** no protocolo, os pacientes com solicitações médicas de colonoscopia que obedecem as indicações adequadas para o exame, como as descritas a seguir:

- Suspeita de câncer colorretal / Sinais e sintomas de alarme:
 - Sangramento intestinal sem causa presumível;
 - Anemia por deficiência de ferro sem causa presumível;
 - Massa abdominal com topografia colônica ou retal;
 - Alteração do hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo;
 - Emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal.

- Rastreamento câncer colorretal: esta é a indicação mais comum para a colonoscopia, tendo como objetivo detectar pólipos, neoplasia e cânceres antes de eles evoluírem para um estágio na qual as terapias colonoscópicas e cirúrgicas não são curativas.
 - PSO nas fezes positiva;
 - Rotineiramente de 50 aos 75 anos, a cada 10 anos;
 - Para os pacientes entre 76 e 85 anos, a indicação será de acordo com a condição de saúde, expectativa de vida e histórico de rastreamento anterior;
 - Se história familiar de câncer colorretal, colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem.
 - História familiar de PAF ou suspeita de síndrome de Lynch.

- Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia (6 meses após);

- Investigação de diarreia crônica;

- Doença inflamatória intestinal (DII);

- Doença diverticular do cólon;

- Pré-operatório de fístulas;

- Incontinência fecal;

- Vigilância pós-ressecção de câncer de cólon: a principal indicação de colonoscopia após a ressecção do câncer é detectar cânceres metacrônicos ou lesões pré-neoplásias (pólipos). As diretrizes recentes sugerem que um exame de colonoscopia de seguimento deve ser realizado um ano após a ressecção cirúrgica de um carcinoma colorretal. Se esse procedimento não revelar novas lesões, o próximo exame deve ocorrer três anos mais tarde. A ressecção cirúrgica de câncer retal pode exigir exames de

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 4/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão: 08/03/2024
		Versão: 1	

acompanhamento mais frequentes, pois o risco de recorrência local nessa área é maior do que no cólon mais proximal. Então as indicações são as seguintes:

- Se o cólon não foi avaliado para lesões síncronas antes da cirurgia: recomenda-se colonoscopia 3-6 meses após a cirurgia (a não ser que haja doença metastática)
- Se cólon foi avaliado antes da cirurgias e não há doença metastática no momento da cirurgia: recomenda-se colonoscopia um ano após cirurgia
- Se exame de 1 ano for negativo, recomenda-se que o próximo exame seja 3 anos depois
- Se o exame de 3 anos for normal, estenda intervalo para 5 anos.

- Vigilância pós-polipectomia de lesões pré-malignas em cólon e reto seguindo as seguintes recomendações:

<u>Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico</u>	<u>Periodicidade</u>
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10mm) no reto ou sigmóide	10 anos
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10mm)	5 a 10 anos
<u>Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico</u>	<u>Periodicidade</u>
3 a 10 adenomas tubulares	3 anos
Mais de 10 adenomas	<3anos
>= 1 adenoma viloso	3 anos
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos
>= adenoma tubular >=10mm	3 anos
Pólipo serrilhado <10mm sem displasia	5 anos
Pólipo serrilhado >=10mm ou com displasia	3 anos
Síndrome da polipose serrilhada*	1 ano

*Mais de 5 pólipos serrilhados proximais ao sigmóide, com pelo menos dois >=10mm; qualquer pólipo serrilhado proximal ao sigmóide com história familiar de Síndrome da polipose serrilhada, >20 pólipos serrilhados de qualquer tamanho no cólon.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 5/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/03/2024

5.2. CONTRAINDICAÇÕES:

- Serão EXCLUÍDOS os pacientes com contraindicações para a realização do

exame:

- **Absolutas:**

- Recusa do paciente;
- Suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo;
- Diverticulite aguda grave;
- Colite fulminante/megacólon tóxico.
- O procedimento de polipectomia está contra-indicada quando o preparo do cólon não estiver adequado, com coagulopatia, e/ou com uso de antiagregante plaquetário.

- **Relativas:**

- IAM, embolia pulmonar ou instabilidade clínica recente por qualquer outro motivo;
- Coagulopatias;
- Esplenomegalia volumosa;
- Neutropenia importante;
- Gravidez (segundo/terceiro semestre)
- Aneurisma aórtico ou ilíaco
- Limpeza do cólon inadequada
- Imediatamente após cirurgia do cólon (anastomose recente).

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

- O sucesso na realização do exame de colonoscopia seja diagnóstica ou terapêutica envolve entendimento de uma abordagem protocolar, desde uma indicação adequada ao asseguramento do preparo clínico e intestinal eficaz, reduzindo assim, os riscos de complicações.

- Para o isso, o manejo com os pacientes que irão se submeter ao exame de colonoscopia, necessitam de colaboração de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

7. CONTEÚDO DESCRITIVO NECESSÁRIO PARA A SOLICITAÇÃO DO EXAME

- Descrição dos sinais, sintomas e achados do exame físico;
- Histórico familiar de neoplasia intestinal ou pólipos intestinais adenomatosos com displasia de alto grau (sim ou não), com o grau de parentesco;
- Para investigação de anemia informar os resultados dos exames: hemoglobina,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 6/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão: 08/03/2024
		Versão: 1	

com data;

- Resultado da PSO, se realizado, com data;
- Se perda ponderal, informar a perda quantificada e espaço de tempo;
- Laudo da colonoscopia prévia e da biópsia, com data (se realizado e se não realizado informar que se trata de primeiro exame);
- Informar se o paciente está em uso ou tem indicação de iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- Informar quando indicado o tratamento em uso ou já realizado para a doença intestinal em questão (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas);
- Comorbidades e medicamentos em uso;
- Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

8. SITUAÇÕES QUE DEVEM SER AGENDADAS EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA

- Hemorragia digestiva ativa
- Descompressão colônica (Ex.: Síndrome de Olgivie que não respondeu ao tratamento clínico, volvo sigmóide...).

9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Serão utilizados o conceito de prioridade dos casos para agendamento do exames de colonoscopia segundo critérios clínicos. As solicitações serão classificadas em quatro níveis de prioridades, sendo o da cor vermelha - os casos de alto risco para os quais deve ser providenciado o atendimento o mais rápido possível, cor amarela - os casos que requerem esclarecimento diagnóstico breve, pois a demora desta elucidação pode acarretar sérios danos à saúde do paciente, cor verde - casos em que há necessidade de realização do procedimento, mas há um baixo risco associado à saúde do paciente e cor azul - casos em que não há risco associado à saúde do paciente; deve ser agendado nos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas, conforme demonstrado na figura abaixo:

VERMELHO	Forte suspeita de câncer colorretal com sinais de alarme; DII em atividade; Enterorragia.
AMARELO	Doença diverticular com diverticulites de repetição; Investigação de diarreia crônica de causa desconhecida, sem sinais de alarme; Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem sinais de alarme; Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia; Pré-operatório de fístulas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 7/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão: 08/03/2024
		Versão: 1	

VERDE	Rastreamento em paciente assintomático de médio risco (com história familiar positiva de câncer colorretal ou PAF ou suspeita de síndrome de Lynch); Acompanhamento de lesões pré-malignas; Incontinência fecal.
AZUL	Rastreamento de rotina em paciente assintomático de baixo risco Constipação intestinal, sem sinais de alarme, sem melhora com o tratamento clínico otimizado.

10. PREPARO INTESTINAL

- Preparo para colonoscopia pela MANHÃ

- **Dieta para ANTEVÉSPERA do exame:**
 - Jantar: somente dieta pastosa.
- **Dieta da VÉSPERA do exame:**
 - Dieta líquida sem resíduos até o jejum: café puro sem leite, chás, sucos bem coados, água de côco.
 - Evitar: fibras, folhas, verduras e grãos.
- **Às 15h:**
 - Bisacodil: 04 comprimidos
 - Bromoprida ou Ondansetrona 8/8h
 - Manter hidratação venosa para expansão volêmica (14gts/min ou 42ml/h)
- **Às 22h:**
 - Manitol 500ml + Suco de limão 500ml OU Manitol 500ml + 2 polpas de cajá. Ambos sem açúcar.
- **OBS.:**
 - 01 copo de 250ml a cada 15min (sob supervisão da enfermagem);
 - manter hidratação venosa e medicações anteriores;
 - reavaliar o paciente a partir das 23h: se preparo não tiver sido eficaz, repetir 250ml de manitol.
 - ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- **A partir de 00h:** Jejum absoluto.
- **Recomendável, A CRITÉRIO MÉDICO, suspender 7 dias antes do exame os seguintes medicamentos: Ginko Biloba, AAS, Marevan, Clopidogrel.**

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 8/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/03/2024

- Preparo para colonoscopia pela TARDE

- **Dieta para ANTEVÉSPERA do exame:**
 - Jantar: somente dieta pastosa.
 - **Dieta da VÉSPERA do exame:**
 - Dieta líquida sem resíduos até o jejum: café puro sem leite, chás, sucos bem coados, água de côco.
 - Evitar: fibras, folhas, verduras e grãos.
 - **Às 22h:**
 - Bisacodil: 04 comprimidos
 - Bromoprida ou Ondansetrona 8/8h
 - Manter hidratação venosa para expansão volêmica (14gts/min ou 42ml/h)
 - **Às 04h:**
 - Manitol 500ml + Suco de limão 500ml OU Manitol 500ml + 2 polpas de cajá.
- Ambos sem açúcar.
- **OBS.:**
 - 01 copo de 250ml a cada 15min (sob supervisão da enfermagem);
 - manter hidratação venosa e medicações anteriores;
 - reavaliar o paciente a partir das 23h: se preparo não tiver sido eficaz, repetir 250ml de manitol.
 - ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 - **A partir de 05h:** Jejum absoluto.
 - **Recomendável, A CRITÉRIO MÉDICO, suspender 7 dias antes do exame os seguintes medicamentos: Ginko Biloba, AAS, Marevan, Clopidogrel.**

11. MONITORAMENTO – INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores de qualidade do exame de colonoscopia, serão a qualidade do preparo, taxa de realização de exames completos até o ceco e a taxa de suspensão do exame, com os motivos descritos.

Estes indicadores serão registrados eletronicamente em planilha específica do tipo Google.docs.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD.001 – Página 9/9	
Título do Documento	PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA	Emissão: 08/03/2022	Próxima revisão: 08/03/2024
		Versão: 1	

12. REFERÊNCIAS

1. ALVES, JS; BITTENCOURT, MFM; HANAN, B. BECHARA, C.S. Colonoscopia. In: AVERBACH, M. *et al.* Endoscopia digestiva. Diagnóstico e tratamento - SOBED. Rio de Janeiro, 2013. P.107-113.
2. Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps Recommendations of the US MultiSociety Task Force. Gastrointest Endosc November 2020, Volume 92, Issue 5, Pages 997-1150. ASGE - American Society for Gastrointestinal Endoscopy: In: www.asge.org.
3. AVERBACH, M.; CORRÊA, P. Colonoscopia. Thieme Revinter; 2ª edição, 2015.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

ELABORAÇÃO/REVISÃO		
Raíssa Guimarães Eufrásio Trompieri, Médica Marcellus Henrique Loiola Ponte de Souza, Médico		
ANÁLISE		
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini Unidade de Gestão da Qualidade	Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo:
APROVAÇÃO		
Miguel Angelo Nobre e Souza Unidade de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo	Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo:
Maria Airtes Vieira Vitoriano Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado	Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo:
Jailton Vieira Silva Gerente de Atenção à Saúde do HUWC	Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo: