



ORDEM DOS MÉDICOS
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Doc. 025-2018

PARECER

Hipocoagulados em Colonoscopia (S-SRCOM/2018/2889)

Relator: Ivo Reis

1. O problema

- a. Dr. ..., Médico de Família: “de quem é a responsabilidade de aconselhar a suspensão ou substituição de Hipocoagulação”, na realização de colonoscopias, não especificando o motivo pelo qual a colonoscopia é pedida.

2. Caracterização da prática

- a. É imperativo esclarecer a razão pela qual se propõe a colonoscopia e identificam-se três situações principais:
 - i. Paciente assintomático que escolha como método de rastreio a colonoscopia.
 - ii. Paciente assintomático cuja pesquisa de sangue oculto realizada foi positiva.
 - iii. Paciente sintomático cuja investigação pressupõe uma probabilidade pré-teste mais elevada de encontrar lesões neoplásicas.
- b. Para esclarecer o paciente dos riscos é necessário ter em conta:
 - i. Estratificação do Risco Tromboembólico do Paciente,
 - ii. Risco Hemorrágico da Intervenção,
 - iii. Determinação do tempo de interrupção do Anticoagulante
 - iv. Determinação da necessidade de ponte terapêutica.

3. Evidência disponível

- a. Se se tratar de um Paciente, assintomático, é apresentada a possibilidade de realizar um rastreio para a deteção precoce do Cancro Colo-Rectal.
 - i. A Direcção Geral da Saúde, preconiza para o Rastreio Cancro Colo-Rectal, na Nota de Imprensa nº 2, de 10/02/2018, “a realização com teste primário com pesquisa de sangue oculto nas fezes, na população assintomática entre os 50 e os 74 anos, e sem outros fatores de risco. Nesta estratégia, aos doentes com pesquisa de sangue oculto positivo é proposta a realização de colonoscopia”.
 - ii. Segundo o Grupo de Trabalho do rastreio de cancro colo-rectal da ARS Centro, em nota de serviço de 24/07/2014, os doentes hipocoagulados não deverão ser submetidos a rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes, mas sim a eventual retosigmoidoscopia ou colonoscopia, dependendo da idade e de comorbilidades existentes.
- b. A interrupção da terapêutica pode aumentar o risco de tromboembolismo (1-3).



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

- c. Para clarificar o paciente relativamente à estratificação do Risco Tromboembólico deve-se:
 - i. Verificar se existe indicação para o tratamento com anticoagulante (1).
 - ii. Classificar o paciente como Alto ou Baixo Risco (3).
- d. Para clarificar o paciente relativamente ao Risco Hemorrágico da Intervenção deve-se esclarecer o paciente que a colonoscopia é um procedimento de baixo risco, mas se realizada polipectomia já será um procedimento de alto risco (3).
- e. Caso seja tomada a decisão de interrupção do anticoagulante é necessário informar o tempo que está dependente do agente anticoagulante utilizado.
 - i. Nestes casos não deve ser recomendada a necessidade de Ponte Terapêutica, em doentes com FA com CHA2DS2-VASc score < 2 ou Válvula Mecânica Aórtica de duplo folheto (3):

4. Recomendações

- a. Cabe ao Médico de Família informar o paciente sobre o seu risco hemorrágico e tromboembólico.
- b. Neste caso concreto o risco hemorrágico do procedimento está definido à priori, e, transmuta de baixo risco, colonoscopia de rastreio, para alto risco se ocorrer a necessidade de polipectomia.
- c. A decisão deve ser partilhada com o paciente, deverá ter em conta a probabilidade pré-teste de encontrar uma lesão neoplásica em que seja necessária polipectomia e se pretende estar preparado para realizar a polipectomia no mesmo ato diagnóstico ou realizar oportunamente nova colonoscopia para a remoção da lesão.

Bibliografia

1. *Bridging Anticoagulation: Primum Non Nocere*. Stephen J. Rechenmacher and James C. Fang. Journal of the American College of Cardiology. Volume 66, Issue 12, 22 September 2015, Pages 1392-1403.
2. *Perioperative management of patients receiving anticoagulants*. Gregory YH Lip et al, <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-management-of-patients-receiving-anticoagulants>.
3. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE. 2016 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY.

Lisboa, 24 de Agosto de 2018

A Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Parecer aprovado por: Isabel Santos, Paulo Santos, Gonçalo Envia, Marta Dora Ornelas, Ana Luísa Bettencourt, Victor Ramos