

Para: **Serviços de Saúde do SRS**
Assunto: **Rastreio do Cancro do Cólon e Reto**
Fonte: **Direção Regional da Saúde**
Contacto na DRS: **Direção de Serviços de Cuidados de Saúde – Divisão de Planeamento e Qualidade**

Class.:C/R.2015/23.

Considerando a elevada incidência e mortalidade por cancro do cólon e reto, na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Considerando que existe tratamento curativo para oferecer aos utentes.

Considerando que a sobrevivência global dos utentes com cancro do cólon e reto, aos 5 anos, é de 50%, mas que se o diagnóstico for realizado num estadio precoce, a sobrevivência ultrapassa os 90%.

Considerando ainda o Despacho nº 25/2014, de 13 de janeiro, de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde, que aprova o programa de rastreio organizado, de base populacional, de cancro de cólon e reto na RAA (ROCCRA), que abrange homens e mulheres, na faixa etária dos 50-74 anos.

Assim, na sequência do despacho de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde, e em consonância com as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde, através das Normas n.º 003/2014 e 004/2014, de 31 de março de 2014, atualizadas a 6 de novembro de 2014, determina-se o seguinte:

1. No rastreio organizado do cancro do cólon e reto devem ser incluídos os utentes assintomáticos, com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos.
2. O consentimento informal verbal do utente ou do seu representante legal deve ser obtido, com registo no processo clínico, após ser informado e esclarecido dos benefícios e riscos a que fica sujeito, pelo facto de integrar o rastreio.
3. Os utentes, que apresentam as seguintes situações clínicas, devem ser submetidos a colonoscopia total, não sendo incluídos no rastreio organizado:
 - a) Antecedentes pessoais de adenoma(s) ou de cancro do cólon ou do reto;
 - b) Doença Inflamatória Intestinal;
 - c) Antecedentes familiares de primeiro grau de adenoma(s) ou de cancro do cólon ou do reto, síndromes hereditárias de cancro do cólon e reto;
 - d) 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;
- e) Vigilância após ressecção de neoplasia;
 - f) Dor abdominal persistente nos quadrantes inferiores e/ou alteração recente dos hábitos intestinais;
 - g) Diarreia crónica inexplicável;
 - 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.
4. Para pesquisa de sangue oculto nas fezes, devem ser prescritos os testes imunoquímicos.
5. Perante um teste imunoquímico negativo, a pesquisa de sangue oculto nas fezes deve ser repetida ao fim de um ano, até dois anos, no máximo.
6. Perante um teste imunoquímico positivo, deve ser prescrita uma colonoscopia total.
7. Após prescrição de colonoscopia total, deverá cumprir-se o tempo máximo de resposta garantido (TMRG), em vigor na legislação regional.¹
- a) O médico prescritor deve verificar se a colonoscopia foi realizada, através de marcação de consulta de controlo;

¹ À data, a Portaria n.º 58/2015, de 6 de maio de 2015, estabelece que o TMRG para a realização de colonoscopia é de 60 dias.

- b) Na ausência de realização da colonoscopia total dentro do prazo de 60 dias, o médico prescritor deve notificar a respetiva chefia, com registo no processo clínico.
8. A prescrição de colonoscopia deve ser acompanhada de informação clínica e transcrição ou cópia dos relatórios de meios complementares de diagnóstico (MCDT), efetuadas previamente.
9. São contraindicações para a prescrição de colonoscopia, exceto em situações de urgência, as seguintes situações clínicas:
- 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).
10. Deve ainda ser obtido um consentimento informado escrito para a realização de colonoscopia, integrado no processo clínico do utente.
11. O médico gastroenterologista que procede ao exame, não deve ser envolvido no processo de sedação.
12. A sedação/anestesia tem de ser realizada por médico anestesiológico.
13. 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*.

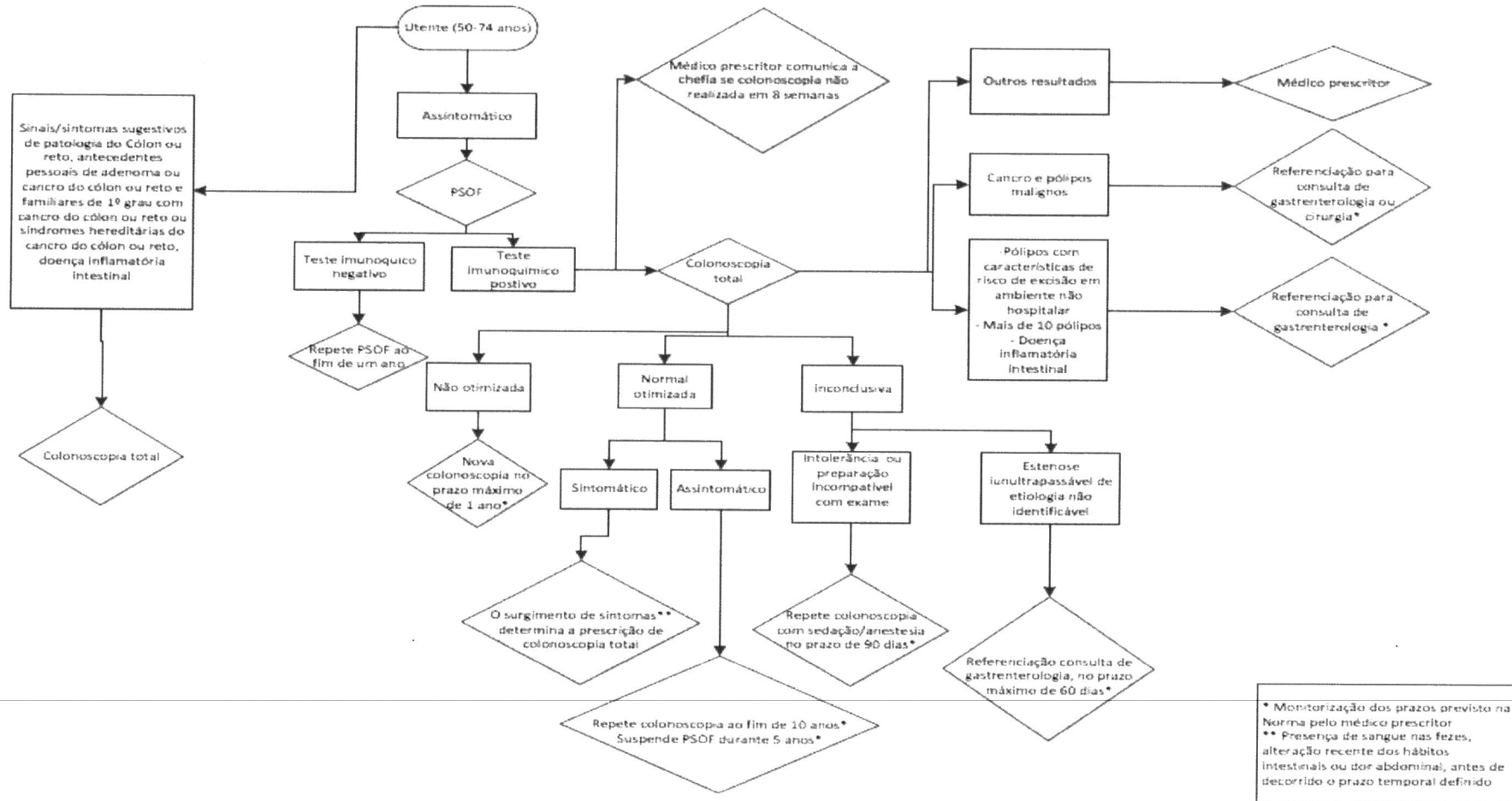
B

14. 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.
15. 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.
16. O relatório anatomopatológico do material biológico excisado pela colonoscopia deve ser integrado pelo médico prescritor no processo clínico do utente.
17. No utente com colonoscopia total normal:
 - a) A colonoscopia, realizada em condições otimizadas expressas no relatório, deve ser repetida ao fim de 10 anos.
 - i) A pesquisa de sangue oculto nas fezes deve ser suspensa pelo menos durante um período de cinco anos após a realização da colonoscopia.
 - b) O surgimento de sintomas, como presença de sangue nas fezes, alteração recente dos hábitos intestinais ou dor abdominal recorrente, antes de decorrido o intervalo temporal indicado, determina a prescrição de uma colonoscopia total.
 - c) A colonoscopia em condições não otimizadas, expressas no relatório, deve ser repetida no prazo máximo de um ano.
18. Caso o relatório explicita que a colonoscopia realizada não foi total por:
 - a) Intolerância do utente ou por preparação incompatível, com a realização do exame, é mandatário ponderar, respetivamente, a colonoscopia com sedação/anestesia ou colonoscopia com outra preparação, no prazo de 90 dias;
 - b) Estenose inultrapassável de etiologia não identificada, o utente deve ser referenciado a consulta de gastroenterologia no prazo máximo de 60 dias.

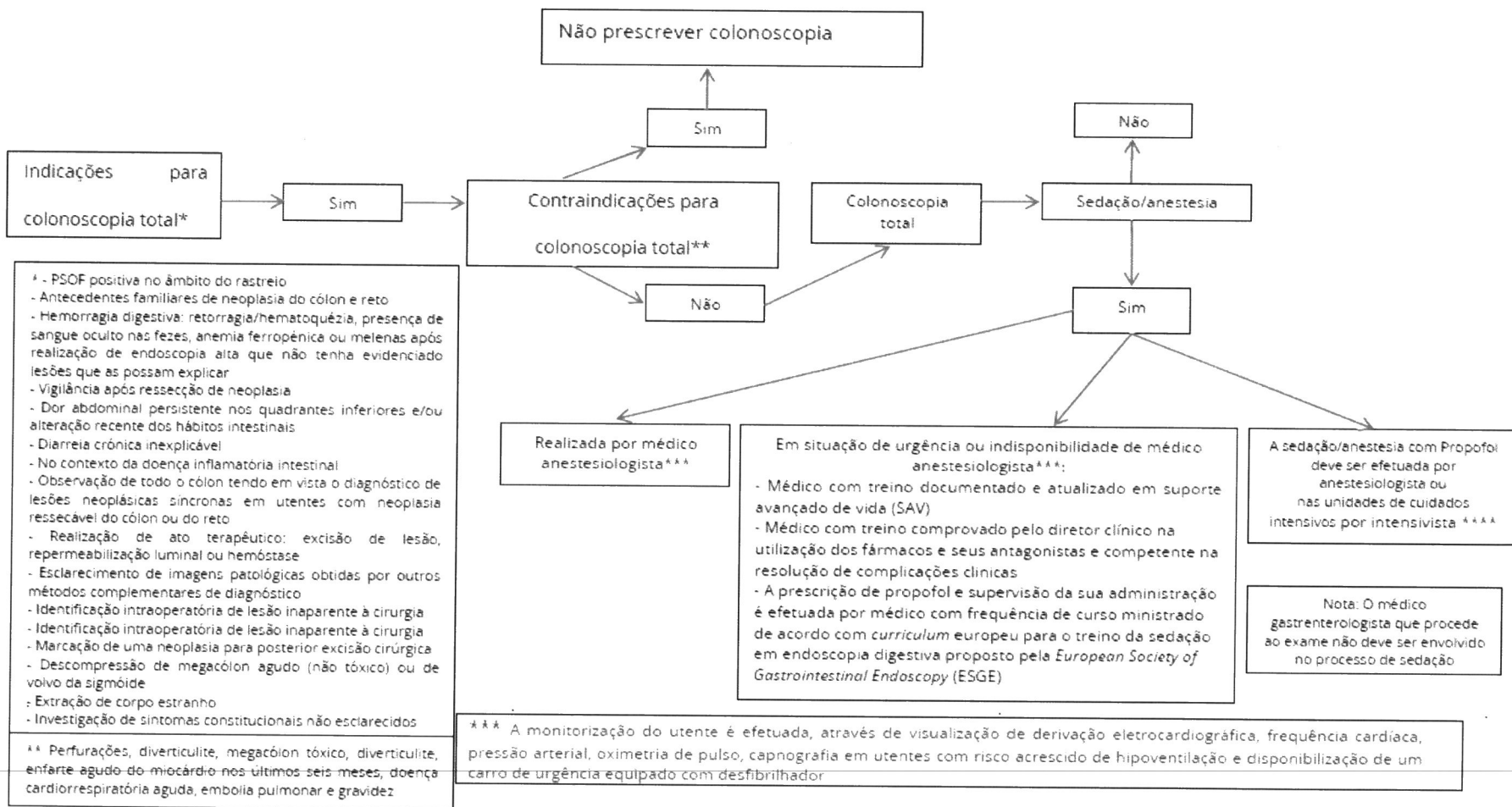
19. Deve ser referenciado, pelo médico prescriptor, a consulta de gastroenterologia ou cirurgia, a efetivar no prazo máximo de trinta dias, de acordo com a situação clínica, o utente com:
- a) Cancro;
 - b) Pólipo(s) maligno.
20. Deve ser referenciado, pelo médico prescriptor, a consulta de gastroenterologia, 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;
 - b) Mais de dez pólipos;
 - c) Doença inflamatória intestinal.
21. A referenciação é acompanhada da seguinte informação clínica:
- a) História clínica;
 - b) Transcrição ou cópia dos relatórios dos exames.
22. Na ausência de alerta informático, o médico prescriptor monitoriza a realização de consulta de gastroenterologia e/ou cirurgia no prazo previsto, através da programação de nova consulta.

23. Os algoritmos clínicos:

Rastreio do cancro do cólon e do reto

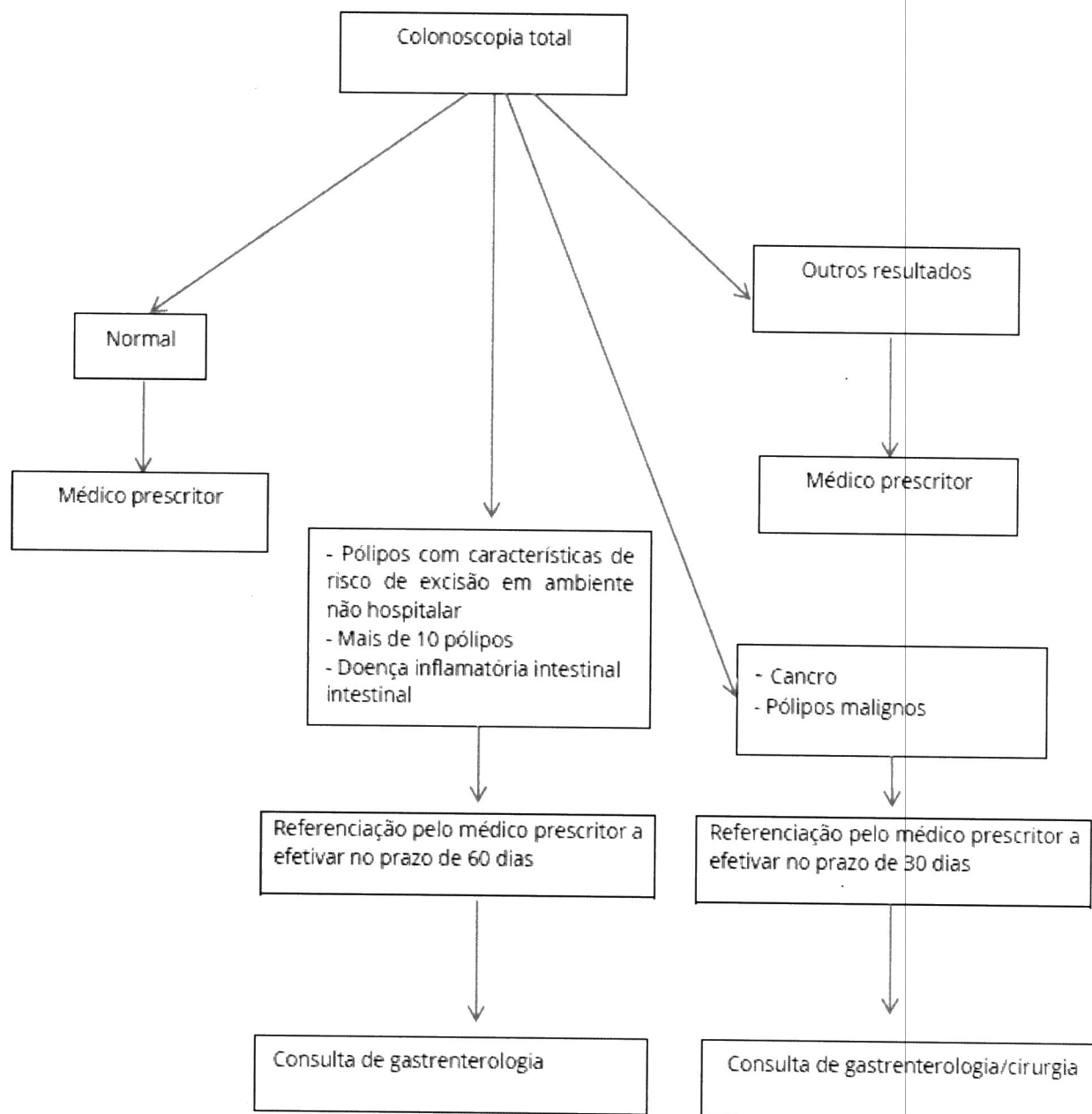


Prescrição de Colonoscopia



B

Referenciação



24. Esta circular revoga as Normas da DGS números 003/2014 e 004/2014, de 31 de março de 2014, atualizadas a 6 de novembro de 2014, divulgadas no Serviço Regional de Saúde a 3 de dezembro de 2014 e entra em vigor na presente data.

O Diretor Regional

João Baptista Soares

