

Leia atentamente esta informação que é extremamente importante!

A mesma complementa o formulário do consentimento informado

A COLONOSCOPIA é o procedimento endoscópico utilizado para visualizar o intestino grosso. Na colonoscopia total é analisado todo o intestino grosso, ou seja o reto, o cólon sigmoide, o cólon descendente, o cólon transverso, o cólon ascendente e o cego. Em determinadas ocasiões é também realizada observação do íleon terminal (ileoscopia). Na colonoscopia esquerda, é analisado o reto, cólon sigmoide e cólon descendente. Para tal introduz-se através do ânus um endoscópio flexível, equipado com uma pequena câmara na extremidade, que transmite as imagens ampliadas para um monitor presente na sala onde o exame é realizado.

No início do exame o doente é colocado em decúbito lateral esquerdo, com os joelhos dobrados sobre o abdómen, mas em caso de necessidade esta posição pode ser alterada a fim de facilitar a progressão do colonoscópio.

Durante o exame o médico vai insuflando ar ou dióxido de carbono através do colonoscópio, o que permite a distensão do cólon, a progressão e a correta observação da mucosa. À medida que se insufla ar e que o colonoscópio vai progredindo o doente pode sentir algum desconforto abdominal, nomeadamente cólicas, embora em geral este exame seja bem tolerado.

No decurso da colonoscopia pode ser necessário realizar BIÓPSIAS (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior), efetuar POLIPECTOMIAS (remoção de pólipos com uma pinça de biópsias ou ansa de polipectomia) ou, mais raramente, INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS, APLICAÇÃO DE CLIPS (pequenas peças de metal), ENDOLOOPPS (laços) ou TATUAGEM. Algumas destas intervenções têm um custo acrescido (dependendo do seu subsistema) e pode ser-lhe imputado o respetivo pagamento após o procedimento – informe-se junto da instituição de saúde onde o mesmo irá decorrer.:

- ❖ BIÓPSIAS (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior);
- ❖ POLIPECTOMIAS (remoção de pólipos com uma pinça de biópsias ou ansa de polipectomia),
- ❖ INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS, APLICAÇÃO DE CLIPS (pequenas peças de metal), ENDOLOOPPS (laços), TATUAGEM CÓLICA ou DILATAÇÃO de estenoses cólicas.

Algumas destas intervenções têm um custo acrescido (dependendo do seu subsistema) e pode ser-lhe imputado o respetivo pagamento após o procedimento – informe-se junto da instituição de saúde onde o mesmo irá decorrer.

Uma colonoscopia total pode demorar entre 10 minutos a 1 hora, dependendo da maior ou menor dificuldade na progressão ao longo do cólon e da necessidade de efetuar procedimentos adicionais (por exemplo, remoção de pólipos).

Em alguns casos pode ser administrada medicação sedativa endovenosa, o que reduz significativamente o desconforto que lhe pode estar associado.

No final do exame, a recuperação é habitualmente rápida (alguns minutos), mas pode implicar um recobro de cerca de 1 hora nos casos em que se aplicou sedação endovenosa. Nestas circunstâncias, o doente deverá estar acompanhado e não poderá conduzir ou trabalhar no dia do exame.

As cólicas abdominais e a flatulência são as queixas mais frequentemente referidas pelos doentes após uma colonoscopia. No entanto, o desconforto vai diminuindo à medida que o doente consegue eliminar os gases. Este processo pode ser facilitado por pequenas caminhadas.

Em que situações é realizada uma colonoscopia?

A decisão sobre a necessidade de realizar qualquer exame é sempre tomada pelo médico, em função das características individuais de cada paciente e das suas queixas ou doença.

A colonoscopia é recomendada nas seguintes situações:

1. Rastreio do cancro do cólon e reto na população em geral ou em grupos com risco aumentado para o desenvolvimento desta neoplasia (história familiar de neoplasias colo-retais, doença inflamatória do intestino entre outras);
2. Investigação de sintomas: dor abdominal, hematoquézias/rectorrágias (perda de sangue nas fezes), alterações do trânsito intestinal;
3. Diagnóstico: causas de anemia e diarreia, colheita de biópsias em mucosa inflamada ou deteção de tumores;

4. Para rever achados ou proceder a terapêutica de alterações detectada em colonoscopias realizadas anteriormente;
5. Para esclarecer dúvidas surgidas noutros exames (radiografia, TC abdominal e pélvico, ecografia abdominal ou análises);
6. Tratamento: a colonoscopia para além de diagnóstica é frequentemente um procedimento terapêutico e curativo, permitindo a excisão de pólipos, realização de dilatações cólicas, remoção de corpos estranhos, fulguração de vasos anómalos ou injeção endoscópica de fármacos para controlo de hemorragias digestivas.

De salientar que a decisão de realizar determinada terapêutica dependerá da avaliação clínica pois, em determinadas circunstâncias (pólipos volumosos; pólipos planos; múltiplos pólipos; posicionamento difícil do aparelho, entre outros) poderá ser mais seguro que a intervenção seja efetuada em ambiente hospitalar mais diferenciado.

Existem alternativas à realização de colonoscopia?

Dependendo da indicação do exame poderão existir alternativas que deverão ser discutidas com o seu médico assistente como a colonografia por TC (“colonoscopia virtual”), a colonoscopia por cápsula e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (esta última apenas para rastreio de cancro do cólon em indivíduos assintomáticos e sem história familiar de neoplasias colo-retais). Estas alternativas não estão indicadas em todas as circunstâncias, têm várias limitações comparativamente à colonoscopia e não são isentas de riscos.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar a colonoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico de doenças relevantes como cancro colo-retal e na terapêutica de pólipos do cólon (que é na maioria dos casos curativa).

Se tiver alguma dúvida quanto à indicação para realizar este exame/intervenção deve obter esclarecimentos adicionais junto do seu Médico Assistente.

Também terá a possibilidade de conversar com o Médico Gastrenterologista e com o Anestesiologista (se o seu exame estiver marcado com sedação) antes de realizar a colonoscopia.

A colonoscopia será total? Nem sempre.

O objetivo do Gastrenterologista é sempre realizar uma colonoscopia total, com visualização da válvula ileocecal e orifício apendicular, mas se a preparação for inadequada, ou se a progressão do colonoscópio se revelar muito difícil, o Médico pode decidir suspender o exame, para salvaguardar a integridade física do utente/doente.

A colonoscopia não é um exame 100% fiável ou seguro, mesmo realizado com o máximo cuidado e sob as melhores condições, pelo que alguns pólipos (até 2 a 26%, dependendo do tamanho) e mesmo carcinomas colo-retais (até 3 a 6%), podem não ser detetados.

A remoção de pólipos diminui o risco de carcinoma colo-retal, mas o facto de realizar uma colonoscopia não lhe confere proteção absoluta e pode, ainda assim, vir a desenvolver este tumor após uma colonoscopia. Este risco aumenta se a preparação intestinal não for adequada, pelo que deve cumprir rigorosamente as instruções que lhe forem fornecidas a esse propósito.

No decurso da colonoscopia serão recolhidas imagens endoscópicas para foto documentação, exceto se se verificar qualquer problema técnico que o impeça.

A colonoscopia é isenta de riscos? Não.

A colonoscopia é, por natureza, um procedimento invasivo, independentemente de serem realizadas, ou não, intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais (biópsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sanguíneas, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar ligeiramente os riscos, mas, ainda assim, a colonoscopia é um procedimento relativamente seguro, com uma taxa global de complicações inferior a 1%.

O risco global de complicações graves é mais elevado em pessoas de idade mais avançada, história de acidente vascular cerebral (“trombose”, “enfarte”, “hemorragia” cerebral), fibrilhação auricular (“arritmia” cardíaca), insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica (“bronquite crónica”).

Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga) que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após o exame;
- Cefaleias (“dores de cabeça”);
- Dor, eritema (“vermelhidão”) ou até mesmo uma infecção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o exame.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- A **perfuração** (rotura) do intestino ou do cólon.
 - a) O risco de perfuração é agravado em determinados grupos/situações: idade superior a 75 anos; sexo feminino; múltiplos problemas de saúde, com nível mais elevado de risco anestésico; cirurgias abdominais e/ou pélvicas anteriores, tais como histerectomia (remoção do útero), com desenvolvimento de aderências (“intestino fixo”); história de radioterapia abdominal e/ou pélvica; presença de múltiplos divertículos no intestino grosso; presença de doença inflamatória intestinal, com atividade severa no momento da endoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos, sobretudo se apresentarem determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses;
- A **síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infecção localizada);
-
- A **hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia/biópsias. É um pouco mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes;

- As **complicações cardiorrespiratórias**, mais comuns nos exames sob sedação, sendo de salientar a anafilaxia (reação alérgica muito severa), o enfarte agudo do miocárdio (“ataque cardíaco”), a embolia pulmonar, arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e a aspiração de fluidos com desenvolvimento de pneumonia.
 - Embora raras, são complicações mais comuns em indivíduos de idade mais avançada, com anemia, demência, doenças pulmonares prévias, obesidade, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doenças valvulares) ou se o exame for realizado em contexto de urgência.

Raramente podem surgir outras complicações:

- Relacionadas com a própria preparação intestinal (insuficiência renal, desidratação, excesso de potássio no sangue, dor ou distensão da barriga, náuseas, vômitos, lacerações/feridas no esôfago devido ao esforço do vômito);
-
- o **Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos** (grandes vasos sanguíneos do abdômen), **diverticulite** (inflamação de divertículos), **apêndicite** (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações muito raras, mas muito graves. Se fez cirurgias prévias, avise o seu médico.
-
- **Explosão do cólon**, situação igualmente rara, mas que pode ocorrer se a preparação for inadequada e for utilizada uma fonte de ignição (excisão de pólipos; argon-plasma). Trata-se de uma situação grave e que obriga, na maioria dos casos, a uma intervenção cirúrgica.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o exame, com eventual necessidade de posterior internamento. Em determinados casos, o tratamento da complicações poderá requerer transfusões de sangue, intervenções cirúrgicas e consequente internamento.

Como em todos os atos médicos intervencionistas há um risco de mortalidade, embora muito reduzido. O risco de morte existe em todas as colonoscopias, mesmo que sejam só diagnósticas.

Se o seu exame estiver marcado com sedação/anestesia a mesma será administrada por um **Médico Anestesiologista** que o vigiará durante todo o procedimento. Há riscos específicos associados à sedação, nomeadamente problemas cardiorrespiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados (ver informação prévia).

Assim, é importante que tome algumas precauções para assegurarmos que o exame seja o mais fácil possível e que os riscos sejam menores:

1. Cumpra rigorosamente o esquema de preparação que lhe for recomendado;
2. Se possível venha acompanhado; caso o seu exame esteja programado sob sedação deve cumprir rigorosamente o período de jejum que lhe for recomendado na respectiva preparação, e é obrigatório que se faça acompanhar de alguém que possa conduzir o veículo e ficar consigo nas 12 a 24 horas após a colonoscopia; se não estiver acompanhado o procedimento terá de ser realizado sem sedação ou até cancelado;
3. Após um exame sob sedação não pode conduzir, realizar atividades de responsabilidade elevada/risco mais significativo ou assinar documentos com valor legal nas 12 a 24 horas subsequentes;
4. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar, escreva os nomes no espaço disponibilizado para o efeito na folha do consentimento informado, e mostre-os ao Médico antes do exame;
5. Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;
6. Se já foi submetido a uma cirurgia cardíaca com substituição de válvulas e o seu cardiologista/cirurgião cardiotorácico lhe indicou, expressamente, que deve fazer antibióticos antes de algumas intervenções (limpeza/reparações dentárias, etc) deve comunicar tal facto, de imediato, à equipa clínica (salienta-se que só em situações muito excepcionais é que há indicação para profilaxia antibiótica);
7. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade é imperativo comunicar se tem alguma dúvida quanto à possibilidade de poder estar grávida; **se tal suceder A COLONOSCOPIA PODE ESTAR CONTRAINDICADA;**

8. Se estiver a tomar medicação antiagregante plaquetar:

- Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®).
- Outros antiagregantes como o clopidogrel (ex. Plavix®), o prasugrel (ex. Efient®) ou o ticagrelor (ex. Brilique®), deverão ser suspensos 5 dias antes e a ticlopidina (ex. Tiklyd®, Plaquetal®, Ticlodix®) 10 dias antes podendo, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico;
- No entanto, caso tenha tido enfarte do miocárdio, se tiver stents coronários ou tiver tido um AVC, a suspensão/substituição deverá ser combinada e com o aval do seu médico assistente.

9. Caso esteja sob medicação anticoagulante oral (ex. varfarina - Varfine®, acenocumarol - Sintron®, fluindiona), esta medicação terá que ser suspensa 5 dias antes do exame e eventualmente substituída por outra. Não pare este medicamento por sua iniciativa e procure sempre auxílio junto do seu médico assistente. Deverá ser portador de uma análise designada por INR, efetuada na véspera ou mesmo no dia do exame.

- Estas orientações genéricas poderão ser diferentes com os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®), devendo receber instruções específicas do seu médico assistente.

10. O retomar da medicação suspensa deverá ser feito sob indicação do Médico executante do exame.

11. Na presença ou suspeita de problemas médicos que causem hemorragia (por ex. cirrose hepática, problemas cardíacos, doenças do sangue, problemas no funcionamento dos rins – insuficiência renal), deverá obter um parecer médico e ser portador das seguintes análises com menos de 3 meses: hemograma com plaquetas e estudo da coagulação (INR/protrombinémia).

12. Na dúvida sobre algum aspeto poderá sempre aconselhar-se com o seu Médico de Família/Médico Assistente ou com os nossos serviços de gasterenterologia.

- a) Pode telefonar para o telefone 232 422 490 / 232 423 127 / 960 444 290 ou enviar um mail para o endereço geral@juliobarbosa.pt – se um médico especialista o não puder atender, a nossa equipa registará as suas dúvidas e posteriormente será esclarecido das suas dúvidas por um Médico.

NÃO HESITE EM OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUESTIONANDO A EQUIPA CLÍNICA QUE LHE SOLICITOU A COLONOSCOPIA OU A QUE LHA VAI REALIZAR – ESSE É UM DIREITO QUE LHE ASSISTE.

Recomendações Importantes: Se, **após o exame**, notar algo de anormal que possa estar associado a uma complicaçāo (dores abdominais intensas, mal-estar geral, perda de sangue, febre, vômitos, falta de ar) não hesite em dirigir-se à nossa unidade ou ao Serviço de Urgência mais próximo, levando o relatório do exame.

FORMULÁRIO PARA CONSENTIMENTO INFORMADO

A **Colonoscopia** é a técnica endoscópica utilizada para visualizar o intestino grosso. Trata-se, por si só, de um procedimento invasivo, independentemente de serem realizadas, ou não, intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais (biópsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sangrantes, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar ligeiramente os riscos, mas, ainda assim, a colonoscopia é um procedimento relativamente seguro, com uma taxa global de complicações inferior a 1%.

O risco global de complicações graves é mais elevado em pessoas de idade mais avançada, história de acidente vascular cerebral ("trombose", "enfarre", "hemorragia" cerebral), fibrilhação auricular ("arritmia" cardíaca), insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica ("bronquite crónica").

Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga) que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após o exame;
- Cefaleias ("dores de cabeça");
- Dor, eritema ("vermelhidão") ou até mesmo uma infecção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o exame.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- A **perfuração** (rotura) do intestino ou do cólon.
 - O risco de perfuração é agravado em determinados grupos/situações: idade superior a 75 anos; sexo feminino; múltiplos problemas de saúde, com nível mais elevado de risco anestésico; cirurgias abdominais e/ou pélvicas anteriores, tais como histerectomia (remoção do útero), com desenvolvimento de aderências ("intestino fixo"); história de radioterapia abdominal e/ou pélvica; presença de múltiplos divertículos no intestino grosso; presença de doença inflamatória intestinal, com atividade severa no momento da endoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos, sobretudo se apresentarem determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses;
- A **síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infecção localizada);

- **A hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia/ biópsias. É um pouco mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes;
- **Complicações cardiorrespiratórias**, mais comuns nos exames sob sedação, designadamente a anafilaxia (reação alérgica muito severa), o enfarte agudo do miocárdio ("ataque cardíaco"), a embolia pulmonar, arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e a aspiração de fluidos com desenvolvimento de pneumonia.
 - Embora raras, são complicações mais comuns em indivíduos de idade mais avançada, com anemia, demência, doenças pulmonares prévias, obesidade, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doenças valvulares) ou se o exame for realizado em contexto de urgência.

Raramente podem surgir outras complicações:

- Relacionadas com a própria preparação intestinal (insuficiência renal, desidratação, excesso de potássio no sangue, dor ou distensão da barriga, náuseas, vômitos, lacerações/feridas no esôfago devido ao esforço do vômito);
- Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos (grandes vasos sanguíneos do abdômen), diverticulite (inflamação de divertículos), apendicite (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações muito raras, mas muito graves. Se fez cirurgias prévias, avise o seu médico.
- Explosão do cólon, situação igualmente rara, mas que pode ocorrer se a preparação for inadequada e for utilizada uma fonte de ignição (excisão de pólipos; argon-plasma). Trata-se de uma situação grave e que obriga, na maioria dos casos, a uma intervenção cirúrgica.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o exame, com eventual necessidade de posterior internamento. Em determinados casos, o tratamento da complicações poderá requerer transfusões de sangue, intervenções cirúrgicas e consequente internamento.

Como em todos os atos médicos intervencionistas há um risco de mortalidade, embora muito reduzido. O risco de morte existe em todas as colonoscopias, mesmo que sejam só diagnósticas.

Se o seu exame estiver marcado com sedação/anestesia a mesma será administrada por um **Médico Anestesista** que o vigiará durante todo o procedimento. Há riscos específicos associados à sedação, nomeadamente problemas cardiorrespiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados (ver informação prévia).

O objetivo do Gastrenterologista é sempre realizar uma colonoscopia total, mas nem sempre tal é possível pelos mais diversos motivos. Por outro lado, a colonoscopia não é um exame 100% fiável, mesmo realizado com o máximo cuidado e sob as melhores condições, pelo que alguns pólipos e mesmo carcinomas colo-retais podem não ser detetados.

NÃO HESITE EM OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUESTIONANDO A EQUIPA CLÍNICA QUE LHE SOLICITOU A COLONOSCOPIA OU A QUE LHA VAI REALIZAR – ESSE É UM DIREITO QUE LHE ASSISTE!

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Verifique se todas as informações estão corretas. O médico executante irá assegurar que está completamente esclarecido antes da realização do exame, para que este possa ser efetuado. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que me foi entregue um documento informativo e que tomei conhecimento e percebi as vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este exame/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica (COLONOSCOPIA), designadamente o risco de perfuração, hemorragia, complicações cardiorrespiratórias, inclusive o risco de morte, e que autorizo, não só a sua execução, mas também os procedimentos associados e atos médicos necessários à resolução de eventuais complicações. Foram-me proporcionadas as informações e esclarecimentos que considerei necessários. Sei que tenho o direito de mudar de opinião, revogando o meu consentimento mesmo depois de assinar este documento, mas devo dar imediato conhecimento de tal facto à equipa clínica.

Nome Completo: _____

Cartão de Cidadão: _____

Assinatura do utente (ou de seu responsável)

DECLARAÇÃO

Declaro que o utente/doente recebeu toda a informação considerada essencial para o seu devido esclarecimento relativamente à endoscopia digestiva alta. Houve total disponibilidade para responder às eventuais questões antes do exame endoscópico.

Nome: _____

Cédula Profissional nº: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do Médico Executante