

COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS E POLIPECTOMIA) – Informação e Consentimento

LEIA ATENTAMENTE ESTA INFORMAÇÃO QUE É EXTREMAMENTE IMPORTANTE!!

A **COLONOSCOPIA** é um exame endoscópico realizado por um Médico Gastroenterologista, com recurso a um colonoscópio, e que tem como objetivo a observação do Reto e do Cólon (intestino grosso), através da utilização de um aparelho flexível, o colonoscópio, através do ânus. Os benefícios a esperar deste exame incluem, para além do diagnóstico e controlo de eventuais doenças, a prevenção e o tratamento precoce do cancro colo-retal através do seu rastreio em indivíduos assintomáticos. Apesar de ser geralmente um exame diagnóstico tem, em si mesmo, uma natureza invasiva e comporta riscos, que aumentam se for necessário realizar intervenções adicionais, como colheita de biópsias e/ou polipectomias. No momento em que o seu Médico Assistente lhe solicitou este exame/intervenção deve-lhe ter explicado em que consiste, os objetivos e os riscos.

Se tiver alguma dúvida quanto à indicação para realizar este exame/intervenção deve obter esclarecimentos adicionais junto do seu Médico Assistente, sendo que haverá sempre possibilidade de conversar com o Médico Gastroenterologista e/ou Anestesiologista (se o seu exame estiver marcado com sedação) antes de realizar a colonoscopia.

Se não puder ou não quiser efetuar a colonoscopia, existem alternativas que poderá ponderar com o seu médico, como a colonografia por TC ("colonoscopia virtual") e a pesquisa de sangue oculto nas fezes, embora as mesmas não estejam indicadas em todas as circunstâncias e tenham várias limitações comparativamente à colonoscopia.

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.

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), ENDOLOOPS (laços) ou TATUAGEM CÓLICA. De salientar que a decisão de remover um pólipo dependerá da avaliação clínica pois, em determinadas circunstâncias (pólipos volumosos; pólipos planos; múltiplos pólipos; posicionamento instável do aparelho, etc.) poderá ser mais seguro que esta intervenção seja realizada em ambiente hospitalar mais diferenciado.

O objetivo do Gastroenterologista 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, 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 apresentar este tumor após a 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.

A colonoscopia não é um exame/intervenção que garanta resultados e segurança a 100%, quer em termos de concretização (leia-se, ser total), quer em termos de deteção de lesões (podem existir falsos negativos, apesar do máximo cuidado durante a visualização da mucosa), quer em termos de ausência de complicações! 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 crônica (“bronquite crônica”).

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

A **COLONOSCOPIA** é um procedimento seguro com uma taxa global de complicações inferior a 1%, mas que podem ocorrer em exames meramente diagnósticos e não apenas nos terapêuticos. Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga), que podem estar presentes durante 1 a 5 dias após a colonoscopia, e 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 infeção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o exame.

As principais complicações são:

- A **perfuração** (rotura) do intestino, que ocorre em média em 1 em cada 1000 exames, aumentando esse risco se forem realizadas polipectomias (0,019 a 0,8% nos exames meramente diagnósticos; 0,1 a 3% nos exames com intervenções terapêuticas associadas) ou 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. A possibilidade de o risco de perfuração ser mais elevado em exames sob sedação foi verificada em alguns estudos publicados, mas não confirmada em outros, pelo que não há um consenso quanto a este aspeto. A perfuração do cólon, que frequentemente não é detetada no decurso da própria colonoscopia, implica geralmente uma intervenção cirúrgica, tem uma taxa de mortalidade de 5 a 7% e até 1 em cada 3 doentes que sobrevivem ficam com um estoma (colostomia ou ileostomia; vulgo “saco à pele”).
- A **síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infeção localizada) que pode ocorrer em até 0,5 a 1,2% dos casos em que são removidos pólipos com aplicação de eletrocoagulação. Geralmente resolve com pausa alimentar e antibióticos, mas em certos casos pode ser necessária cirurgia.
- A **hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia (excecionalmente à colheita de biopsias) e pode ocorrer em até 1 a 2% dos casos, sendo mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue. Esta complicações pode ocorrer até 2 a 3 semanas após a colonoscopia.
- **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. Estas complicações ocorrem em 2 a 5,4 por cada 1.000 utentes/doentes, e acarretam uma mortalidade de 0,3 a 0,5 por 1.000. São 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.
- 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 esófago devido ao esforço do vômito);
- Infeções, nomeadamente pelos vírus das hepatites B e C, VIH e infeções bacterianas, situações que são extremamente raras desde que sejam cumpridos escrupulosamente os protocolos de desinfeção dos equipamentos.
- Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos (grandes vasos sanguíneos do abdómen), diverticulite (inflamação de divertículos), apendicite (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações muito raras.

- 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; árgon-plasma). O risco é muito diminuto se estiver a ser feita insuflação com dióxido de carbono.

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 complicação poderá requerer transfusões de sangue, intervenção cirúrgica e consequente internamento.

Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade. **A taxa global de mortalidade associada à colonoscopia (enquanto exame endoscópico) é de 0,007% (7 em cada 100.000). O risco de morte existe em TODAS as colonoscopias, mesmo que sejam só diagnósticas!**

Caso o seu exame esteja marcado com sedação a mesma será administrada por um Médico Anestesiologista que o vigiará durante todo o procedimento. Não se trata de uma anestesia geral, mas sim uma sedação profunda, para evitar que sinta dores, tornando o exame mais confortável. Há riscos específicos associados à sedação, nomeadamente problemas cardio-respiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados (ver informação prévia).

PREENCHA ESTA TABELA, SFF

Nome dos medicamentos (COLOQUE O NOME DE TODOS OS MEDICAMENTOS)			
Antecedentes importantes (ASSINALE COM UMA CRUZ)			
Cirurgias prévias?	Sim		Não
Histerectomia (remoção do útero?)	Sim		Não
Outras cirurgias abdominais ou pélvicas?	Sim		Não
Se sim, quais?			
História de divertículos do cólon?	Sim		Não
"Bronquite" crónica?	Sim		Não
Problemas cardíacos?	Sim		Não
Se sim, quais?			
Pacemaker/desfibrilhador?	Sim		Não
Válvulas cardíacas artificiais?	Sim		Não
Alergias a medicamentos?	Sim		Não
Alergia ao látex?	Sim		Não
Cirrose hepática?	Sim		Não
Problemas na coagulação do sangue	Sim		Não
Diabetes mellitus?	Sim		Não
Insuficiência renal?			
Possibilidade de gravidez?	Sim		Não

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo dos documentos. 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.

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!

DECLARAÇÃO

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

Nome completo: _____

Data: ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Médico Executante

Declaro que tomei conhecimento das vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este exame/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica, 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 considere necessários. Sei que tenho o direito de mudar de opinião, cancelando o meu consentimento mesmo depois de assinar este documento, mas devo dar imediato conhecimento de tal facto à equipa clínica.

Nome completo: _____

Data: ____ de _____ de 201__.

Assinatura do utente (ou de seu responsável)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Recomendações Importantes: Se, **após o exame**, notar algo de anormal que possa estar associado a uma complicação (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.