**INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA**

**LEIA ATENTAMENTE ESTA INFORMAÇÃO**

A Endoscopia Digestiva Baixa (EDB ou colonoscopia) é um exame endoscópico realizado por um Médico Gastrenterologista e que tem como objetivo a observação do Reto e do Cólon (intestino grosso), através da utilização de um endoscópio flexível 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 rastreio em indivíduos assintomáticos. Trata-se de um procedimento simultaneamente diagnóstico e terapêutico, de natureza invasiva e que consequentemente comporta riscos, que aumentam com as intervenções adicionais como a colheita de biopsias 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. 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.

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”), a colonoscopia por cápsula e a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Contudo, estas técnicas não se podem aplicar em todos os casos e apresentam diversas limitações comparativamente à colonoscopia, pelo que devem ser cuidadosamente ponderadas com o seu Médico Assistente.

**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). Reforça-se que as alternativas indicadas previamente têm também diversas limitações e não são isentas de riscos.**

**No decurso da colonoscopia pode ser necessário realizar algumas intervenções complementares:**

* 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 biopsias ou ansa de polipectomia);
* ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS, mais raramente;
* APLICAÇÃO DE CLIPS (pequenas peças de metal), mais raramente;

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ENDOLOOPS (laços), mais raramente;

TATUAGEM, mais raramente.

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.

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 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.

Pág 1 de 5

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 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.

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 relativamente seguro, com uma taxa global de complicações inferior a 1%. Mesmo que o seu exame seja meramente de diagnóstico podem ocorrer alguns efeitos adversos. Se a intervenção for de índole terapêutica, isto é, já com a finalidade de remover algumas lesões, os riscos são igualmente relevantes e em alguns casos um pouco agravados. 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 ligeiro a nível abdominal (barriga), que podem estar presentes durante 1 a 5 dias após a colonoscopia,

Pág 1 de 4

e que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;

• Náuseas e/ou vómitos;

• 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 graves são:**

• A **perfuração** (rotura) do intestino, que ocorre em média em 1 em cada 1000 exames. Este risco aumenta se forem realizadas polipectomias (remoção de pólipos) (0,019 a 0,8% nos exames meramente diagnósticos; 0,1 a 3% nos exames com intervenções terapêuticas associadas). O risco de perfuração é ainda 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 colonoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos com determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses.

A perfuração do cólon, que frequentemente não é detetada no decurso da própria colonoscopia, implica geralmente uma intervenção cirúrgica, que tem uma taxa de mortalidade de 5 a 7% e até 1 em cada 3 utentes que sobrevivem ficam com um estoma (colostomia ou ileostomia; vulgo “saco à pele”), sendo que se trata de uma situação temporária na maior parte dos casos.

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 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 ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes. Esta complicação pode ocorrer até 2 a 3 semanas após a colonoscopia;

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• **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, vómitos, lacerações/feridas no esófago devido ao esforço do vómito);

• **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. Haverá sempre um risco potencial de transmissão da infeção COVID-19, sempre o utente entre numa instituição de saúde ou ainda durante a realização de exames endoscópicos que são geradores de aerossóis. Foram adotadas todas as recomendações nacionais e internacionais, nomeadamente de sociedades cientificas e autoridades de saúde, com objetivo de minimizar esse risco quer para o utente quer para os profissionais de saúde;

* **Perda, quebra ou deterioração de dentes** é uma possibilidade remota na endoscopia digestiva baixa Se já existir algum dente comprometido, este risco é maior;

• **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). 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 complicação poderá requerer transfusões de sangue, intervenções cirúrgicas e consequente internamento.

As situações em que o seu subsistema de saúde possa não suportar economicamente o respetivo custo será imputado ao

Pág 2 de 4

utente, assim como internamentos em hospital privado. Deverá também ser averiguado se o seguro ou a instituição financiadora (por ex: a ADSE) suporta esse custo.

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 Anestesista 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 cardiorrespiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados.

**Critérios Importantes:**

1. Cumpra rigorosamente o jejum que lhe for recomendado para sólidos e líquidos. Se não estiver em jejum avise a equipa médica! Pode sofrer graves danos no decurso do exame pelo facto de não estar em jejum rigoroso. Não ingira bebidas alcoólicas ou estupefacientes nas 12h antes e após o exame. Evite fumar no dia do exame.
2. Se possível venha acompanhado por um adulto, que possa conduzir o veículo, pois caso o seu exame seja com sedação não poderá conduzir, desempenhar tarefas com risco ou tomar decisões importantes (assinar documentos, por exemplo), nas 12h a 24h subsequentes. Se não estiver acompanhado o procedimento terá de ser realizado sem sedação ou até cancelado. Este cuidado é para sua segurança.
3. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar e mostre-os ao médico antes do exame:
4. Se estiver a tomar medicação antiagregante (ex: Persantin, Tecnosal, Aspirina, Tromalyt, Cartia, AAS e Kardegic, Aggrenox, Ibustrin) pode continuar a tomar;
5. Se tomar outros antitrombóticos (ex: Tiklyd, Plaquetal, Previta, Aplaket, Ticlodix, Ticlopidina, Clopidogrel, Plavix, Effient, Brilinta, Brilique, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana e Bevyxxa) a suspensão ou substituição só deverá ser efetuada após avaliação do seu médico;

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Caso esteja sob medicação anticoagulante (ex: Varfine e Sintron), o médico que supervisiona esta medicação, terá de ser informado pelo menos uma semana antes, de modo a prescrever-lhe o esquema indicado para o seu caso. Deverá ser portador de uma análise designada por INR, efetuada na véspera ou mesmo no dia do exame;
2. 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.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. O retomar da medicação suspensa deverá ser feito sob indicação do Médico executante do exame.
2. Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;
3. 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;

**Na dúvida nunca suspenda os seus medicamentos sem consultar o seu médico**.

1. 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;
2. Na presença ou suspeita de problemas médicos que causem hemorragia (por ex. cirrose hepática, problemas cardíacos, problemas no funcionamento dos rins – insuficiência renal, doenças do sangue), deverá obter um parecer médico e ser portador das seguintes análises com menos de 3 meses: hemograma com plaquetas e estudo da coagulação (INR).

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

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.

**Recomendações Importantes:**

**É obrigatório que esta declaração esteja devidamente assinada.**

Se, após o exame, notar algo de anormal que possa ser uma complicação (febre, falta de ar, vermelhidão na pele, ou sinais inflamatórios e/ou hematoma no local da punção venosa; dor ou desconforto abdominal persistente, distensão abdominal e paragem de emissão de gases e fezes; fezes com sangue abundantes; fezes escuras; náuseas e/ou vómitos persistentes), deverá entrar em contacto com o serviço onde realizou o procedimento endoscópico ou recorrer diretamente ao serviço de urgência do hospital da área de residência fazendo-se acompanhar do relatório do exame endoscópico.

**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.**

Pág 3 de 4

Pág 3 de 4

**DECLARAÇÃO**

**Médico Gastrenterologista:**

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

Assinatura do profissional de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Cédula profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico Anestesista:**

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

Assinatura do profissional de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Cédula profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que li toda a informação que consta neste documento. Assim sendo, tomei conhecimento e percebi as vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este exame/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica, designadamente o risco perfuração, hemorragia, complicações cardiorrespiratórias, inclusive o risco de morte, e que autorizo, não só a sua execução, mas também os procedimentos associados (biópsias, polipectomia, aplicação de clips, injeção endoscópica de fármacos) 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.

**A assinar pelo Utente:**

Assinatura conforme B.I./Cartão de Cidadão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**ETIQUETA DO UTENTE**

**Se não for o próprio assinar por idade ou incapacidade, indicar:**

N Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura conforme B.I./Cartão de Cidadão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Pág 4 de 4