

Leia atentamente este documento que é muito importante. Juntamente com o mesmo ser-lhe-á fornecido outro documento com informação adicional.

O que é e como é realizada uma enteroscopia por cápsula?

A enteroscopia por cápsula é um exame de diagnóstico simples e não invasivo, que permite visualizar em particular o intestino delgado. A cápsula endoscópica é do tamanho de um comprimido grande (com cerca de 0,5 cm x 2,5 cm) possui uma câmara de vídeo que capta imagens e as regista, através de sensores aplicados no corpo do doente ou de um recetor que é preso à sua cintura. Esta cápsula é engolida com a ajuda de alguns golos de água e passa pelo esófago, estômago, intestino delgado, colon e reto sendo expelida naturalmente dentro de 24 a 72 horas. A câmara de vídeo regista cerca de 50 000 imagens. Durante as horas de duração do exame pode realizar a sua vida normal, não sendo necessário que permaneça no serviço de Gastrenterologia. No fim deste período deverá regressar ao hospital para se proceder à remoção dos sensores e gravador e as respetivas imagens serem processadas e analisadas no monitor.

Os benefícios deste exame tem que ser ponderados cuidadosamente pelo médico assistente bem como os potenciais riscos, tendo algumas contraindicações:

- No caso de gravidez não se podem excluir lesões no feto em particular nos primeiros 3 meses, dado não existirem dados científicos à data.
- Em doentes com pacemaker ou outros dispositivos médicos implantados não se pode excluir a disrupção da função dos mesmos.
- Doente com dificuldades de deglutição presumidas ou assumida.
- Estenoses (zonas de estreitamento do Aparelho Digestivo), obstruções ou fistulas (comunicações anormais entre órgãos)

Deve avisar o médico e equipa responsável pelo procedimento se está ou presume estar grávida, e se possui pacemaker ou outros dispositivos médicos implantados

Em que situações é realizada uma enteroscopia por cápsula?

A decisão sobre a necessidade de realizar qualquer exame é sempre tomada pelo médico assistente, em função das características individuais de cada um e das suas queixas ou doença. Em regra, é aconselhada a realização de uma enteroscopia por cápsula nos casos de diarreia crónica de causa desconhecida, dores abdominais crónicas, anemia por perda de ferro, hemorragia digestiva de causa desconhecida, de suspeita de tuberculose intestinal, síndromes de má absorção, polipose intestinal, ulcerações, neoplasias na avaliação da extensão da doença de Crohn e ainda para esclarecer dúvidas surgidas noutros exames.

Quais são as hipóteses de sucesso?

Como qualquer outro exame, na enteroscopia por cápsula não se pode garantir o sucesso em todos os exames. Em casos raros como por exemplo: circunstâncias físicas do doente, disfunção da câmara de vídeo, trânsito do delgado rápido. Este exame tem também a limitação de não permitir obter amostras ou realizar simultaneamente qualquer procedimento terapêutico.

É necessário alguma preparação?

Tratando-se de um procedimento em que se pretende obter imagens do intestino delgado é imprescindível que não estejam ali presentes alimentos. Assim, a realização de uma enteroscopia por cápsula requer um período de jejum prévio e uma preparação específica que é fornecida e adquirida em separado. Estas instruções devem ser seguidas escrupulosamente, sob pena de não ser possível realizar o exame, de não ter qualquer utilidade ou de aumentar os seus riscos do procedimento. Deve informar o médico da medicação que toma e quais as doenças de que é portador.

Existem efeitos secundários, riscos ou complicações associados à realização de uma enteroscopia por cápsula?

Apesar de todos os cuidados, as complicações podem ocorrer sendo necessário tratamento adicional e até cirurgia.

Em casos raros quando da deglutição a cápsula pode entrar nas vias respiratórias atingindo a traqueia condicionando dificuldade respiratória, podendo ter risco morte. O maior risco associado à enteroscopia por

cápsula é a retenção da cápsula no tubo digestivo, o que pode resultar na necessidade de realizar um exame de raio-X para a localizar e/ou identificar a causa desta ocorrência, ou eventualmente numa intervenção cirúrgica para a retirar podendo ter risco de morte (probabilidade muito reduzida)

Sintomas como dor abdominal, distensão abdominal, náuseas e vômitos estão associados a um aumento significativo de retenção de cápsula. Nos casos de cirurgia prévia de intestino delgado, radiação pélvica, consumo de anti-inflamatórios não esteroides os riscos de retenção também está aumentada

É fundamental que informe o serviço do seu historial clínico, nomeadamente da medicação que está a tomar! Preste especial atenção à Tabela seguinte que deve preencher com o máximo rigor, para a sua própria segurança e de forma a diminuir a probabilidade de efeitos adversos.

PREENCHA ESTA TABELA, SFF (preenchimento obrigatório)

Nome dos medicamentos (COLOQUE O NOME DE TODOS OS MEDICAMENTOS)		

Antecedentes importantes (ASSINALE COM UMA CRUZ)	SIM	NÃO
Outras cirurgias abdominais ou pélvicas?	☐	☐
Se sim, quais? _____		
Toma ferro oral?	☐	☐
Tem antecedentes de oclusão intestinal ?	☐	☐
Pacemaker/desfibrilhador?	☐	☐
Tem antecedentes de vômitos persistentes?	☐	☐
Alergias a medicamentos?	☐	☐
Tem diagnóstico de doença de Crohn?	☐	☐
Tem antecedentes de radioterapia abdominal?	☐	☐
Toma regularmente anti-inflamatórios?	☐	☐

Não hesite em contactar-nos se tiver dúvidas

Apoio Cliente
222 401 401

    unilabs.pt

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento assim como do impresso com informação mais detalhada que lhe entregamos. Verifique se todas as informações estão corretas. O médico executante irá assegurar que está completamente esclarecido antes da realização do exame, nomeadamente que foi previamente informado pelo médico prescriptor da finalidade, da indicação clínica e dos riscos da realização deste procedimento. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Se não estiver completamente esclarecido ou ainda tiver dúvidas o procedimento poderá não ser realizado para lhe dar dado o tempo necessário a ficar completamente esclarecido. Se não tiver dúvidas e estiver completamente esclarecido, então assine este documento.

NÃO HESITE EM OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS OU ESCLARECER DÚVIDAS QUESTIONANDO O MÉDICO QUE LHE SOLICITOU A ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA OU A EQUIPA CLÍNICA QUE LHA VAI REALIZAR. FAÇA-O COM A DEVIDA ANTECEDÊNCIA E NÃO NO DIA DO EXAME - ESTE É UM DIREITO QUE LHE ASSISTE!

DECLARAÇÃO DO UTENTE (OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL)

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 (Enteroscopia por Cápsula) . 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.

Autorizo ☐

Não Autorizo ☐

participar em atividades de ensino ou a colheita de imagens ou amostras com fins científicos ou educacionais, desde que a minha identidade e segurança sejam preservados. Fui informado que os meus dados poderão ser utilizados num estudo observacional com a duração previsível de 10 anos e que em qualquer momento posso anular a utilização dos meus dados para esse fim sem prejuízo próprio. Fui informado que quaisquer novos estudos e respetivos objetivos que surjam tendo por base análises desta base de dados implicarão um novo consentimento da minha parte.

Nome completo: _____

Data: _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Utente
(ou de seu responsável legal)

Não hesite em contactar-nos se tiver dúvidas

Apoio Cliente
222 401 401

    unilabs.pt

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, enquanto médico executante, que o doente recebeu toda a informação considerada essencial para o seu devido esclarecimento relativamente à enteroscopia por cápsula. Houve total disponibilidade para conversar com o doente e responder às eventuais questões antes do procedimento.

Adicionalmente assegurei-me, neste mesmo dia, que o doente está devidamente informado e que assinou este consentimento de modo consciente e com compreensão do que nele se encontra escrito. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Mais declaro que ficará registado no arquivo clínico da instituição o expreso consentimento do doente, bem como a requisição do procedimento.

Médico executante: _____ CP: _____

Data: _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Médico Executante

Identificação do Utente

Não hesite em contactar-nos se tiver dúvidas

Apoio Cliente
222 401 401

    unilabs.pt