

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

Spatz
 Orbera

CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE

OBJETIVO:

O objetivo do tratamento ao qual me submeterei é criar a sensação de Satedade Precoce, com a presença do balão intragástrico, de maneira que possa fazer a dieta proposta com maior facilidade. Para qualificar-me, devo ter Índice de Massa Corporal (IMC) de 27 ou mais (IMC significa meu peso em quilos dividido por minha estatura em metros elevada ao quadrado) e não ter condições clínicas para ser submetido (a) à cirurgia ou não aceitar a indicação cirúrgica; **ou** ainda um Índice de Massa Corporal menor que 35 e ser refratário a tratamentos clínicos prévios para emagrecimento ou doenças associadas ao excesso de peso ou causadas pelas medicações utilizadas no tratamento clínico. Meu médico também me submeterá a exames para verificar a presença de enfermidades que possam determinar com maior exatidão minha indicação para o uso do Balão.

Compreendo também que o êxito na perda de peso não depende unicamente do método. Estou ciente que devo ser acompanhado (a) durante o tratamento por nutricionista, e equipe interdisciplinar.

Devo regressar ao consultório médico de acordo com o cronograma estipulado pelos profissionais que irão me acompanhar e finalizarei o tratamento 6 à 12 meses após o procedimento de colocação do Balão, quando, **obrigatoriamente** devo ser submetido (a) a retirada endoscópica da prótese, na dependência do tipo de balão colocado.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Antes de iniciar meu tratamento, serei submetido (a) a uma avaliação médica e nutricional.

Serei submetido (a) a exames de sangue, ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta,

que avaliará as condições anatômicas do meu estômago. Compreendo que devo fazer jejum de 12 horas antes da colocação do balão.

- Colocação :

- Colocação do balão intragastrico deve ser realizada em regime ambulatorial ou hospital dia;

- O posicionamento deve ser feito sob sedação profunda ou anestesia geral superficial, a critério do médico anestesiológico – monitorização cardíaca e oximetria são obrigatórios.
- Introdução do Balão vazio via oral até o posicionamento na cavidade gástrica;
- Injeção de 600 ml (400 a 700) de solução salina isotônica a 0,9% com 5 ml de azul de metileno;
- Terminada a insuflação, realizar manobra de fechamento da válvula do balão;
- Tração cefálica da sonda de insuflação lentamente, até a liberação do balão dentro da cavidade gástrica;
- Aferição do posicionamento correto do balão através da endoscopia;
- Liberação do paciente 2 horas após a colocação;
- Tempo de permanência **máxima** do balão intragástrico : Orbera – 6 meses, Spatz – 12 meses.
- Em alguns casos pode haver intolerância à permanência do Sistema Orbera, necessitando retirada precoce do mesmo. No caso do Spatz, pode ser necessário diminuir o seu volume.

Estou ciente que após o procedimento de colocação poderei apresentar náuseas, vômitos e dor abdominal.

- Retirada:

- A retirada deve ser realizada sob sedação profunda por médico anestesiológico e monitorização;
- Após o paciente sedado deve-se proceder a endoscopia digestiva e verificar o posicionamento do balão no fundo gástrico;
- Com o aparelho de endoscopia em retroversão, proceder a perfuração do balão com agulha de esclerose a qual deve ser introduzida alguns centímetros para dentro do balão. Recolher a agulha e iniciar a aspiração do líquido com controle do volume aspirado. O balão deve estar totalmente vazio para ser retirado;
- Após o esvaziamento completo do balão, este deve ser capturado com pinça de corpo estranho na face contra-lateral à válvula;
- A retirada deve ser lenta e gradual, mantendo sempre o balão junto à ponta do endoscópio.
- No caso do balão Spatz o procedimento muda em função de seu catéter específico.

Após a retirada do balão, o paciente deve ficar em observação por aproximadamente 2 horas.

Durante meu tratamento, não poderei ingerir a mesma quantidade de alimentos que posso ingerir agora. Deverei seguir todas as orientações dietéticas a mim impostas. Terei que efetuar diversas visitas de seguimento a meu médico e profissionais de sua equipe, segundo estipulado previamente ao tratamento.

POSSÍVEIS RISCOS, COMPLICAÇÕES E MAL-ESTAR:

Qualquer procedimento médico pode implicar em certos riscos: Existem riscos cada vez que uma pessoa recebe uma sedação profunda e estes riscos são maiores se a pessoa é consideravelmente obesa. Todo equipamento de suporte e cuidados para evitar qualquer complicação, estarão à disposição do médico anestesiológico, e caso ocorra,

tanto meu médico quanto o anesthesiologista tem o meu consentimento para proceder às condutas necessárias para estabelecer as minhas condições clínicas.

Ainda que menos provável, pode haver complicação resultante da presença de um objeto estranho ao corpo.

Complicações resultantes da presença do balão intragástrico:

- Desinsuflação do balão e sua expulsão pela via natural – ou obstrução intestinal podem ocorrer com incidência menor que 2%. É muito importante o uso de inibidor de acidez diário durante todo tempo de permanência do balão, bem como observar mudança de cor na urina (cor esverdeada ou azulada), que indicam possível vazamento do Balão, necessitando a sua imediata remoção endoscópica, o que evita a sua migração para o intestino com possível ocorrência de obstrução intestinal.
- Meteorismo (gases) – 8%.
- Náusea persistente por mais de 2 semanas após o posicionamento – 3%.
- Úlceras Pépticas – 1%.

Se eu detectar mudança na coloração da urina e fezes para o azul, devo comunicar imediatamente o meu médico para que seja retirado o balão. Estou ciente que esta mudança de cloração ocorre devido a presença do azul de metileno misturado à solução salina utilizado na insuflação.

Estou ciente que é fundamental seguir orientação nutricional e o suporte psicológico associado a exercícios físicos para um bom resultado do tratamento proposto e que, apesar da minha colaboração e empenho dos profissionais que estão me atendendo, existe a possibilidade de não haver a perda de peso planejada anteriormente ao início do meu tratamento.

Por não se saber o efeito da perda rápida de peso sobre o feto, aconselha-se utilização de método contraceptivo durante o período de tratamento. No caso de gravidez, devo cominucar o meu médico para que o balão seja removido.

BENEFÍCIOS :

A perda de peso poderá melhorar minha saúde em geral, minha qualidade de vida e prolongar minha expectativa de vida, **desde que eu siga corretamente orientação da**

equipe multidisciplinar com reeducação alimentares e atividade física regular.

O balão intragastrico é um método alternativo que não exige afastamento das atividades normais de trabalho e físicas. Pode ser interrompido a qualquer momento e ser repetido sem restrições, se houver necessidade.

Estou ciente de que além do balão intragástrico, existe o tratamento cirúrgico e o tratamento clínico através de drogas e dietas.

CUSTO:

Entendo que serão pagos honorários para a colocação, manutenção e retirada do balão, inclusive o custo do balão.

CONFIDENCIALIDADE:

Entendo que a minha confidencialidade estará protegida ao máximo durante o tratamento.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E SAÍDA:

Se decidir participar deste método, faço-o voluntariamente e posso retirar-me em qualquer momento. No caso de surgir alguma complicação que ponha em perigo minha saúde e segurança, o médico pode suspender tratamento sem o meu consentimento. Se decidir interromper o tratamento, deverei comunicar ao médico para que possa ser planejada a retirada do balão intragástrico.

CONFIRMAÇÃO:

Declaro que me reuni com meu médico, Dr.^a Cíntia Presser da Silva para discutir meu tratamento através do balão e que todas minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Receberei uma cópia deste formulário de consentimento.

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA

DATA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: _____