

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

A retossigmoidoscopia é a técnica endoscópica utilizada para visualizar o reto e a parte terminal do 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 retossigmoidoscopia é um procedimento 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 infeção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o procedimento, desconhecida até então.

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, 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/infeção localizada);
- A **hemorragia**, que está geralmente associada à polipectomia/biópsias, sendo um pouco mais frequente se 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:
 - **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, mas 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; 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.

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

Se o seu exame estiver marcado com **sedação/anestesia** a mesma será administrada por um **Médico Anestesta** 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). Sucintamente, inerentes à sedação os efeitos adversos mais comuns são náuseas e/ou vômitos, sensação de tontura ou até mesmo desmaio quando se levantar após o exame, cefaleias e dor, eritema (vermelhidão) ou até mesmo hematoma ou infeção no local da punção venosa; menos frequentemente poderá ocorrer dano dentário, principalmente em dentes com mau estado de conservação prévio (dentes instáveis, partidos, a abanar) e eritema (vermelhidão) a nível dos olhos (geralmente autolimitado); raramente e quase sempre em doentes já com predisposição de base poderão ocorrer complicações cardiorrespiratórias, que incluem a anafilaxia (reação alérgica muito severa), o enfarte agudo do miocárdio, a embolia pulmonar, arritmias cardíacas, acidente vascular cerebral e a aspiração de fluídos com desenvolvimento de pneumonia.

O objetivo do Gastrenterologista é sempre realizar o exame completo, mas nem sempre tal é possível pelos mais diversos motivos. Por outro lado, a retossigmoidoscopia não é um exame infalível, só observa metade do intestino grosso, e mesmo realizado com o máximo cuidado e sob as melhores condições, alguns pólipos e mesmo cancros colorretais podem não ser detetados.

É fundamental que informe o médico gastrenterologista 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)		
ASSINALE COM UMA CRUZ	SIM	NÃO
Se está a fazer medicamentos para tornar o sangue “menos espesso” ou “mais fino”?		
Se sim, ajustou esta medicação de acordo com as instruções?		
Tem problemas na coagulação do sangue?		
Já alguma vez foi anestesiado(a)?		
Se sim, houve alguma complicação?		
Cirurgias prévias?		
Histerectomia ou ooforectomia (remoção do útero ou dos ovários?)		
Outras cirurgias torácicas, abdominais ou pélvicas?		
Se sim, quais?		
Tem história de divertículos do cólon (intestino grosso)?		
Tem problemas respiratórios (asma, bronquite ou outros)?		
Se sim, quais?		
Tem problemas cardíacos?		
Se sim, quais?		
É fumador ou ex-fumador?		
É portador de pacemaker ou desfibrilhador?		
Tem válvulas cardíacas artificiais?		
Tem alergia ao látex, soja, lidocaína, amendoim ou ovo?		
Tem alergia a outros medicamentos ou produtos?		
Se sim, quais?		
Tem cirrose hepática?		
Tem diabetes mellitus?		
Tem insuficiência renal?		
Tem problemas da tiroide?		
Poderá estar grávida?		
Tem próteses dentárias?		
Leu e cumpriu as instruções de preparação, nomeadamente as horas de jejum necessárias?		
Vem acompanhado(a) para o procedimento?		

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento assim como do impresso com informação mais detalhada que lhe entregámos. 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 seu médico assistente da finalidade, 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 ser 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 COLONOSCOPIA 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/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica (RETOSIGMOIDOSCOPIA/ 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 considere 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: _____

Assinatura do Utente
(ou de seu responsável legal)

Data: ____ de _____ de 20____

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, enquanto médico executante, que o doente recebeu toda a informação considerada essencial para o seu devido esclarecimento relativamente à colonoscopia. 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 expresse consentimento do doente, bem como a requisição do procedimento.

Médico executante: _____ CP: _____

Assinatura do Médico Executante

Médico anestesiista: _____ CP: _____

Assinatura do Médico Anestesiista

Data: ____ de _____ de 20____

Identificação Utente