

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA

Paciente/Responsável: _____

CPF: _____ **Estado Civil:** _____

Nacionalidade: _____ **Profissão:** _____

Endereço: _____

Cidade: _____ **Telefone:** _____

Identificação dos Profissionais Responsáveis

Médico Principal: Dr(a). _____ **CRM:** _____

Equipe de Auxílio: () Cirurgiões Auxiliares () Anestesiologista

Nome: _____

CRM: _____

O objetivo deste Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre e Informado, utilizado pelos hospitais do grupo SANTA JOANA, é esclarecer sobre o procedimento de CIRURGIA LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA (salpingostomia ou salpingectomy) devendo discutir todas as suas dúvidas com seu médico antes de assiná-lo.

Além disto, o Hospital, equipe médica, enfermagem e seus funcionários se colocam à total disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos que porventura sejam necessários durante toda a internação.

É dever de a paciente ou responsável expressar se compreendeu as orientações e informações recebidas. De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para sua saúde e bem estar e que isto contribua para uma melhor estada em nosso Hospital e uma pronta volta para casa.

Por isso, é essencial o seu entendimento sobre a realização da CIRURGIA LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA (salpingostomia ou salpingectomy), seus riscos e ao final, após pleno entendimento, a sua concordância na sua realização.

A gravidez ectópica ocorre quando o embrião se implanta fora do útero, sendo mais comum nas trompas de Falópio (gravidez tubária), embora possa ocorrer na musculatura uterina

(cornual ou intersticial), colo uterino, ovários, cavidade abdominal, cicatriz de cesariana anterior ou outras localizações.

A laparotomia para gravidez ectópica é uma cirurgia com abdome aberto realizada para remover uma gravidez que se implantou fora do útero, geralmente na trompa de Falópio.

Este procedimento é indicado principalmente em casos de emergência, quando a trompa já se rompeu e a paciente apresenta sangramento interno grave e instabilidade hemodinâmica (queda da pressão arterial, tontura, etc.).

Durante a cirurgia, é feita uma incisão maior no abdômen (geralmente na linha média ou transversalmente na parte inferior do abdômen) para que o cirurgião tenha acesso direto aos órgãos internos. O tipo de anestesia utilizada é a anestesia geral, o que significa que a paciente estará dormindo e não sentirá dor durante todo o procedimento. A duração estimada da cirurgia pode variar, mas geralmente fica entre 1 a 2 horas ou mais, a depender da complexidade do caso.

Existem duas abordagens principais que podem ser realizadas: a *salpingostomia*, onde uma incisão é feita na trompa de Falópio para remover o tecido da gravidez ectópica, tentando preservar a trompa; ou a *salpingectomy*, que é a remoção completa da trompa de Falópio afetada, geralmente quando a trompa está muito danificada ou rompida.

Declara o paciente estar ciente que deverá informar previamente ao seu médico todos os tratamentos a que se submete ou submeteu, uso de drogas, inclusive as não lícitas, anabolizantes, marca-passo cardíaco, “canetas emagrecedoras” e procedimentos cirúrgicos anteriores.

RISCOS, BENEFÍCIOS E PROGNÓSTICO

O principal benefício da laparotomia para gravidez ectópica é salvar a vida da paciente, especialmente em situações de emergência onde há ruptura da trompa de Falópio e sangramento interno intenso. A cirurgia remove a gravidez ectópica, interrompendo o sangramento e prevenindo complicações graves como o choque hemorrágico. Em alguns casos, quando a trompa pode ser preservada (salpingostomia), há a possibilidade de manter a fertilidade futura.

Probabilidade de Sucesso

Fui informado(a) de que, embora as técnicas médicas modernas sejam avançadas, a medicina não é uma ciência exata e não me foram dadas garantias absolutas sobre os resultados. Ambas as técnicas (salpingostomia e salpingectomy) são altamente efetivas para resolver a gravidez ectópica no episódio agudo, com taxas de resolução próximas de 100% quando a indicação é adequada e há seguimento do β -hCG.

A salpingostomia, porém, tem maior risco de gestação ectópica persistente (necessidade de Metotrexato® ou nova cirurgia) que a salpingectomy.

Fertilidade futura (gestação intrauterina): Valores típicos em 2–3 anos, com tuba contralateral saudável, estudos mostram taxas de gestação intrauterina muito semelhantes a médio prazo: cerca de 55–60% após salpingectomia e 55–60% após salpingostomia.

Riscos específicos

Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia (como infecção, sangramento e reações adversas à anestesia), a laparotomia para gravidez ectópica apresenta riscos específicos:

- Perda da trompa de Falópio: Na salpingectomia, a trompa afetada é removida, o que pode impactar a fertilidade futura, especialmente se a outra trompa já estiver comprometida.

- Remoção incompleta do tecido: Em casos de salpingostomia (quando a trompa é preservada), há um pequeno risco de que nem todo o tecido da gravidez ectópica seja removido, o que pode levar à persistência da gravidez ectópica e à necessidade de um novo tratamento.

- Formação de aderências: A cirurgia aberta pode levar à formação de tecido cicatricial (aderências) na cavidade abdominal, o que pode causar dor crônica ou problemas de fertilidade no futuro.

- Risco de recorrência: Ter uma gravidez ectópica aumenta o risco de ter outra no futuro.

- Hemorragia grave: Embora a cirurgia vise controlar o sangramento, em casos de ruptura tubária extensa, pode haver perda sanguínea significativa que exige transfusão.

Riscos relacionados à laparotomia

- A LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA é considerada um procedimento seguro, porém complicações e intercorrências pouco frequentes podem ocorrer, independentemente da técnica utilizada, como: infecção, hemorragia (com eventual necessidade de transfusão sanguínea), hematoma no pós-operatório (que poderá demandar nova abordagem para sua drenagem), lesões vasculares, lesões na bexiga, uretra e ureteres, lesões intestinais, fístulas (complicações essas que poderão demandar nova cirurgia para sua correção), trombose, embolia pulmonar e hérnias no local das incisões, num rol explicativo. Existe a possibilidade da ocorrência de formação de *aderências pós-operatórias*. A cirurgia, por si só, pode levar à formação de aderências, que são tecidos cicatriciais que podem unir órgãos e causar dor ou disfunção no futuro.

- As lesões intestinais e ureterais¹ nessa modalidade de cirurgia são consideradas raras, sendo que eventualmente poderá ser necessária nova abordagem cirúrgica. Pode ocorrer por liberação de eletricidade estática dos equipamentos (bisturi elétrico) e produzir queimadura mínima que poderá passar despercebida durante a cirurgia. Neste caso poderão ocorrer febre e parada da eliminação de gases e fezes num intervalo variável, de 3 a 7 dias após a cirurgia, caso isso aconteça, avise o seu médico e retorne imediatamente a esse Hospital.

¹ Ureter é o conduto que leva a urina dos rins até a bexiga.

- Formação de Aderências Pós-Operatórias: A cirurgia, por si só, pode levar à formação de aderências, que são tecidos cicatriciais que podem unir órgãos e causar dor ou disfunção no futuro.
- Hemorragia: Pode ocorrer hemorragia durante ou após a cirurgia, podendo necessitar de transfusão sanguínea ou reintervenção (nova abordagem cirúrgica).
- Caso seja coletado material durante o procedimento autorizo o exame anatomopatológico, assim como citopatológico ou cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).

☐ **LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DR. FERDINANDO Q. COSTA LTDA.**
Rua Doutor José de Queirós Aranha, 376 – Aclimação/SP – CEP: 04106-062
Diretor Técnico: Dr. Ricardo Borges da Costa – CRM 53736

☐ **SALOMÃO E ZOPPI SERVIÇOS MÉDICOS E PARTICIPAÇÕES S/A**
Avenida Carinás, 635 – Moema/SP – CEP: 04086-011
Diretor Técnico: Dr. Gianfranco Zampieri – CRM 43268

☐ **GIP MEDICINA DIAGNÓSTICA S/A – FEMME LABORATÓRIO DA MULHER**
Rua Afonso Freitas, 188 – Paraíso/SP – CEP: 04006-050
Diretor Técnico: Dr. Rogério Ciarcia Ramires – CRM 76530

☐ **DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S/A – DASA (GeneOne)**
Avenida Juruá, 434 – Alphaville – Barueri/SP – CEP: 06455-010
Diretor Técnico: Dra. Marcia Simões Cortinhas – CRM 91809

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente _____

- O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa)

PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após a laparotomia, a paciente geralmente permanece internada no hospital por alguns dias para monitoramento e controle da dor, em geral 1 a 2 dias ou mais se necessário.

A dor é geralmente controlada com analgésicos prescritos pelo médico. A dor cirúrgica aguda costuma diminuir nos primeiros dias ou semanas, mas a recuperação completa pode levar de seis a doze semanas em média.

Para a cirurgia de laparotomia, assim como em outras cirurgias, há restrições físicas que deverão ser observadas no pós-operatório.

- Repouso: É recomendado um período de repouso relativo nos primeiros dias, evitando esforços físicos intensos, levantar pesos e atividades que exijam grande esforço abdominal.
- Atividades Leves: Atividades leves, como caminhadas curtas, podem ser retomadas em poucos dias. O retorno a esportes e exercícios mais intensos geralmente exige algumas semanas, conforme orientação médica.
- Relações Sexuais: As relações sexuais devem ser evitadas por um período determinado pelo médico, geralmente de 4 a 6 semanas, para permitir a cicatrização interna.
- Ato de dirigir veículos automotivos: A capacidade de dirigir pode ser afetada pela dor e pelos medicamentos. É importante só dirigir quando se sentir segura e confortável, sem o uso de analgésicos que causem sonolência.
- Alimentação: Nos primeiros dias, uma alimentação leve e de fácil digestão é recomendada. Manter-se hidratada é fundamental.
- Cuidados com as Incisões: Manter a incisão limpa e seca é essencial para prevenir infecções. O médico ou a equipe de enfermagem fornecerá instruções específicas sobre os cuidados com os curativos.

CONSEQUÊNCIAS DO NÃO TRATAMENTO

Fui esclarecido(a) sobre os possíveis resultados e a evolução natural da minha condição caso eu decida não realizar o procedimento planejado, ou seja, se a gravidez ectópica não for tratada, a condição pode evoluir para complicações graves e potencialmente fatais. O embrião, ao crescer fora do útero, pode causar a ruptura da estrutura onde está implantado (na maioria das vezes, a trompa de Falópio). Essa ruptura provoca sangramento interno intenso e súbito na cavidade abdominal, levando a dor abdominal severa, tontura, desmaio e uma queda perigosa da pressão arterial, conhecida como choque hemorrágico. A gravidez ectópica não tratada é uma das principais causas de morte materna no primeiro trimestre de gestação, exigindo intervenção médica imediata para salvar a vida da paciente.

ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Opções cirúrgicas:

Para tratar a gravidez ectópica, além da laparotomia (cirurgia aberta), existe a videolaparoscopia. Esta é uma cirurgia minimamente invasiva, realizada através de pequenas incisões no abdômen, utilizando uma câmera e instrumentos finos. A videolaparoscopia é geralmente preferida quando a paciente está estável, a gravidez ectópica não rompeu, os níveis de beta-hCG não são muito elevados e há o desejo de preservar a fertilidade. Tanto na laparotomia quanto na laparoscopia, pode-se realizar a salpingostomia (remoção da gravidez ectópica com preservação da trompa) ou a salpingectomia (remoção completa da trompa de Falópio afetada).

Opções não cirúrgicas (clínicas, medicamentosas, conservadoras)

Em casos selecionados, o tratamento não cirúrgico pode ser uma opção:

- Tratamento medicamentoso com Metotrexato®: O Metotrexato® é uma medicação que interrompe o crescimento das células da gravidez ectópica, sendo absorvido pelo corpo. É indicado para pacientes hemodinamicamente estáveis, com gravidez ectópica íntegra (não rota), massa anexial menor que 3,5-4 cm e níveis de beta-hCG geralmente abaixo de 5.000 mUi/mL. Este tratamento preserva a trompa de Falópio, mas requer acompanhamento rigoroso dos níveis de beta-hCG.
- Conduta expectante: Em situações muito específicas, quando a gravidez ectópica é muito pequena, os níveis de beta-hCG estão em declínio e a paciente está assintomática e hemodinamicamente estável, pode-se eventualmente optar por uma conduta de observação, pois o organismo pode reabsorver a gravidez ectópica espontaneamente. No entanto, essa abordagem exige monitoramento muito próximo e a paciente deve estar ciente dos riscos de ruptura e sangramento.

USO DE SANGUE E DERIVADOS

Fui informado(a) de que durante ou após o procedimento pode haver a necessidade de transfusão de sangue ou uso de hemoderivados.

Sobre a necessidade:

- Em casos de laparotomia para gravidez ectópica, especialmente quando há ruptura da trompa e sangramento interno intenso, pode haver a necessidade de transfusão de sangue e/ou hemoderivados para repor o volume sanguíneo perdido e estabilizar a paciente. Os benefícios da transfusão são a recuperação da capacidade de transporte de oxigênio pelo sangue e a estabilização hemodinâmica, que são cruciais para salvar a vida da paciente em situações de emergência.

- A decisão de transfundir sangue é baseada na avaliação do cirurgião e do anestesista, considerando o volume de sangue perdido, a estabilidade hemodinâmica da paciente e seus níveis de hemoglobina.

Riscos da Transfusão de Sangue:

Embora as transfusões de sangue sejam seguras, elas não são isentas de riscos. Os principais incluem, a exemplificar:

- Reações Transfusionais: Podem variar de leves (febre, calafrios, urticária) a graves (reações alérgicas severas, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão).

- Transmissão de Doenças: Apesar dos rigorosos testes de triagem, existe um risco residual, muito baixo, de transmissão de infecções como hepatites e HIV ou outras.

- Sobrecarga Circulatória: Em pacientes com certas condições cardíacas, a transfusão pode levar a uma sobrecarga de fluidos.

- Imunomodulação: A transfusão de sangue pode afetar temporariamente o sistema imunológico da paciente.

Benefícios da transfusão de sangue:

- Em casos de sangramento significativo, a transfusão de sangue é vital para restaurar o volume sanguíneo, melhorar a capacidade de transporte de oxigênio do sangue e prevenir complicações graves, como choque e falência de órgãos, a preservar a vida do paciente.

- Garante a segurança da paciente e otimiza sua recuperação pós-operatória em situações de perda sanguínea importante.

Alternativas ao uso de sangue:

- As alternativas à transfusão de sangue dependem da situação clínica. Em casos de sangramento mínimo, pode-se utilizar soluções cristaloides ou coloides para repor o volume. Em pacientes com anemia pré-existente, pode-se otimizar o tratamento com suplementos de ferro ou eritropoietina antes da cirurgia, se houver tempo para tal. Durante a cirurgia, técnicas de conservação de sangue, como a recuperação intraoperatória de sangue (autotransfusão), podem ser consideradas, embora sejam menos comuns em laparotomia em caráter de urgência/emergência. A decisão de transfundir sangue é sempre baseada na avaliação médica individualizada do risco-benefício para a paciente.

- Hemodiluição Normovolêmica Aguda: Consiste na retirada de uma quantidade de sangue da paciente antes da cirurgia, que é substituída por soluções intravenosas. O sangue retirado é reinfundido ao final da cirurgia.

- Recuperação Intraoperatória de Sangue (Autotransfusão): O sangue que é perdido durante a cirurgia pode ser coletado, processado e reinfundido na paciente. No entanto, esta técnica pode não ser adequada para todos os tipos de cirurgia ou pacientes.

- Medicamentos para Parar Sangramento: Podem ser utilizados medicamentos que ajudam a coagulação do sangue e reduzem o sangramento como terapia acessória.

A decisão sobre o uso de sangue e hemoderivados será sempre individualizada e baseada nas circunstâncias clínicas e nas preferências pessoais. Deve-se considerar que a gravidez ectópica se trata de quadro de urgência/emergência em que nem sempre há tempo disponível para se adotarem alternativas ao uso da transfusão.

Consentimento específico para sangue:

() CONSENTO com a transfusão de sangue e hemocomponentes, se necessário.

() NÃO CONSENTO com a transfusão de sangue e hemocomponentes sob nenhuma circunstância. (Nota: Caso assinalada esta opção, um termo específico de recusa terapêutica deverá ser preenchido).

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas.

Declaro que li e compreendi a realização do procedimento CIRURGIA LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA (salpingostomia ou salpingectomia), suas limitações e eventuais complicações e CONSENTO a sua realização.

Esse Termo de Consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo antes da realização da cirurgia.

Data: __/__/____ Hora: _____

Assinatura da Paciente e/ou Responsável

PREENCHIMENTO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos e os benefícios da CIRURGIA LAPAROTOMIA PARA TRATAMENTO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA (salpingostomia ou salpingectomy).

NOME: _____ CREMESP: _____

ASSINATURA _____