

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR

Por este instrumento particular o paciente Sr.(a) \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_ emitido pelo \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, ou seu responsável legal Sr.(a) \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, portador da Identidade n.º \_\_\_\_\_ emitido pelo \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,

DECLARA, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM sob o n.º \_\_\_\_\_ nacionalidade \_\_\_\_\_, e do CPF \_\_\_\_\_, com o Consultório sito à \_\_\_\_\_

para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**CIRURGIA CARDIOVASCULAR**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

### DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

Podem ser de origem congênita ou adquirida: insuficiência coronariana aguda ou crônica, aneurisma e dissecção da aorta, valvopatias mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar, defeitos de má formação anatômica cardíaca, insuficiência cardíaca, arritmias, neoplasias e trauma.

Indicações cirúrgicas:

- intratabilidade clínica (impossibilidade de conviver com a doença devido ao risco de óbito);
- melhora da qualidade de vida do indivíduo;
- casos de urgência: instabilidade hemodinâmica.

### CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS:

Revascularização do miocárdio (ponte de safena), reparação (plastia) e troca das válvulas do coração, cirurgia pediátrica (doenças congênitas e outras), cirurgia das doenças da aorta, cirurgia das carótidas, cirurgia da insuficiência cardíaca (remodelamento ventricular, cirurgia da válvula mitral, assistência circulatória mecânica, implante de cardiofibriladores e resincronizadores), transplante do coração, implante de marcapassos, cirurgia das arritmias cardíacas (fibrilação atrial) e doenças do tecido conjuntivo (síndrome de Marfan). Vias de acesso: por incisão mediana ou pelo acesso videoassistido.

### COMPLICAÇÕES:

#### 1. Disfunções Cardiovasculares

1.1. Baixo débito - Hipotensão arterial; taquipneia e taquicardia; alterações do nível de consciência; diminuição da temperatura dos membros e palidez; enchimento capilar lento; cianose; livedo reticular; oligúria (diurese < 20 mL/hora); aumento da diferença arteriovenosa de oxigênio (CAV): > 5,5 mL/dL; IC < 2,2 L/min/ m<sup>2</sup>; diminuição da saturação venosa central; aumento do nível sérico de lactato; acidose metabólica.

As principais etiologias do baixo débito cardíaco são: causas que reduzem a pré-carga ventricular esquerda: hipovolemia, vasodilatação, tamponamento cardíaco, ventilação mecânica com pressão positiva, disfunção do ventrículo direito por infarto ou hipertensão pulmonar, pneumotórax; redução da contratilidade miocárdica: baixa fração de ejeção prévia a cirurgia, isquemia ou infarto do miocárdio, revascularização miocárdica incompleta, hipóxia, hipercarbica, acidose; aumento da resistência vascular sistêmica: hipovolemia, disfunção diastólica após utilização de parada circulatória total, vasoconstrição e taquicardias/bradicardias.

(CONTINUA...)

Assinatura do Paciente ou Representante legal

Assinatura do Médico / Carimbo

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR

---

(...CONTINUAÇÃO)

1.2. **Hipertensão** - Possíveis complicações decorrentes da hipertensão: ruptura de anastomoses arteriais; sangramento mediastinal; isquemia miocárdica pela pós-carga excessiva; acidente vascular cerebral; perda da integridade dos enxertos de veia safena e da artéria torácica interna (mamária); aumento do risco de sangramento; dissecação de aorta; maior tempo de ventilação mecânica e de permanência em UTI.

1.3. Isquemia miocárdica;

1.4. Vasoplegia;

1.5. Tamponamento cardíaco;

1.6. Arritmias atriais (fibrilação atrial, flutter, taquicardia atrial);

1.7. Arritmias ventriculares (extrassístoles ventriculares e taquicardia ventricular não sustentada);

1.8. Distúrbios de Condução (bloqueios atrioventriculares).

### **2. Disfunções Respiratórias**

Os principais fatores preditores de ventilação mecânica prolongada (> 48 horas) são: baixo débito cardíaco; hipoalbuminemia; sangramentos; complicações neurológicas; infecção de corrente sanguínea; fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica; complicações intra-abdominais; obesidade; tempo de circulação extracorpórea prolongado.

### **3. Insuficiência Renal**

Achados laboratoriais: aumento de ureia e creatinina; acidose metabólica com ânion gap aumentado; hipercalemia; hiperfosfatemia; eletrocardiograma: onda T apiculada, redução da onda P, alargamento do QRS.

### **4. Sangramento no Pós-operatório**

Quadros clínicos de sangramento, coagulopatia e tamponamento cardíaco.

### **5. Infecções**

5.1. *Tipos comuns de infecções no pós-operatório de cirurgia cardíaca*: infecção da ferida operatória de retirada da veia safena; arterite relacionada à cateterização arterial; infecção da ferida esternal; mediastinite.

5.2. *Infecção hospitalar*: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

5.2.1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

5.2.2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

5.2.3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

5.2.4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

5.3. *Achados clínicos/laboratoriais*: febre ou hipotermia; hiperemia e/ou calor e/ou rubor na ferida; drenagem de secreção pela ferida; deiscência; taquicardia/taquipneia; instabilidade esternal; leucocitose/leucopenia; presença de coleções em exames de imagem.

### **6. Disfunções Gastrointestinais**

Tipos de Morbidade Abdominal: sangramento gastrointestinal – complicação mais comum; isquemia mesentérica; pancreatite; colecistite; íleo paralítico; úlcera péptica perfurada; insuficiência hepática; isquemia intestinal; infarto intestinal – complicação invariavelmente fatal em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

### **7. Complicações Neurológicas**

Acidente vascular encefálico (AVE), mais conhecido como acidente vascular cerebral (AVC), é a mais grave e temida complicação neurológica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. O desenvolvimento de AVE no pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio varia de 0,8 a 5% nos diferentes estudos. A maioria dos eventos ocorre nos primeiros dois dias após a cirurgia.

(CONTINUA...)

---

Assinatura do Paciente ou Representante legal

---

Assinatura do Médico / Carimbo

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR

---

(...CONTINUAÇÃO)

É importante ressaltar que muitos desses eventos têm apresentação silenciosa, em decorrência de microembolização, contribuindo para a disfunção cognitiva em longo prazo. Entre os principais fatores de risco para AVE, destacam-se: história de doença cerebrovascular; doença arterial periférica; diabetes; hipertensão; reoperação; cirurgia de urgência; circulação extracorpórea prolongada; politransfusão; idade > 70 anos; doença ateromatosa em aorta ascendente; manipulação da aorta ascendente; fibrilação atrial pós-operatória; valvas metálicas. O impacto das alterações neurológicas sobre a morbidade e a mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pode ser muito importante, já que essas alterações podem levar a estado de coma, sequelas permanentes e até mesmo óbito.

### **8. Complicações Endócrinas:**

**8.1. Alterações na glicemia** - A hiperglicemia é um fator de risco bem estabelecido para morbidade e mortalidade em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ela provoca, direta ou indiretamente, disfunção endotelial, aumento da trombogênese, prejuízo na cicatrização, distúrbios hidroeletrólíticos, depressão do sistema imune, além de interferência negativa em outros sistemas como pulmonar, neurológico e renal.

**8.2. Insuficiência adrenal** - Complicação presente em até 0,1% dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e que pode ser exacerbada pela circulação extracorpórea.

**8.3. Disfunção tireoidiana** - Podem ocorrer alterações dos hormônios tireoidianos (T3, T4 e TSH) após cirurgia cardiovascular.

Declara, ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento em 4 (quatro) páginas, que as entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e consequências para si mesmo (para o paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, por meio de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os **RISCOS** e as **COMPLICAÇÕES** mais comuns desse procedimento, expressa seu pleno consentimento para a realização da intervenção cirúrgica.

Vitória, ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / Carimbo

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha 2

\_\_\_\_\_  
RG e CPF da Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
RG e CPF da Testemunha 2

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha 2

(CONTINUA...)

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR**

---

(...CONTINUAÇÃO)

**EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA:**

MÉDICO RESPONSÁVEL (dois médicos deverão assinar)

- ( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.  
 ( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Vitória, ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

_____ Assinatura do Médico 1 / Carimbo	_____ Assinatura do Médico 2 / Carimbo
_____ Nome da Testemunha 1	_____ Nome da Testemunha 2
_____ RG e CPF da Testemunha 1	_____ RG e CPF da Testemunha 2
_____ Assinatura da Testemunha 1	_____ Assinatura da Testemunha 2

**REVOGAÇÃO:**

Vitória, ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Representante legal

_____ Nome da Testemunha 1	_____ Nome da Testemunha 2
_____ RG e CPF da Testemunha 1	_____ RG e CPF da Testemunha 2
_____ Assinatura da Testemunha 1	_____ Assinatura da Testemunha 2