

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CISTOLITOTOMIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO PROPOSTA

A cistolitotomia é o procedimento cirúrgico destinado à remoção de cálculos (litíase) localizados na bexiga (vesícula urinária). Os cálculos vesicais podem ser primários (formados na própria bexiga, geralmente associados a estase urinária, doença neurológica, divertículos vesicais ou corpos estranhos) ou secundários (migrados do trato urinário superior - rins e ureteres). A cirurgia é indicada quando os cálculos apresentam tamanho, número ou composição que inviabilizam a eliminação espontânea pela uretra ou o tratamento minimamente invasivo por via endoscópica (cistolitotripsia). Os sintomas que indicam a necessidade de intervenção incluem dor suprapúbica, micção frequente e dolorosa (disúria), sangue na urina (hematúria), infecções urinárias de repetição, obstrução do fluxo urinário e, em casos graves, retenção urinária aguda ou insuficiência renal obstrutiva. O procedimento pode ser realizado por via suprapúbica aberta (cistolitotomia suprapúbica) ou por via minimamente invasiva (cistolitotomia laparoscópica ou robótica), conforme o porte e as características dos cálculos e as condições clínicas do paciente.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA EMPREGADA

A intervenção é realizada sob anestesia geral ou raquianestesia, podendo envolver as seguintes abordagens e respectivas tecnologias:

2.1. Cistolitotomia Suprapúbica Aberta (Via Aberta Clássica): Indicada para cálculos volumosos (acima de 3-4 cm), cálculos múltiplos, cálculos associados a divertículos vesicais ou quando há necessidade de procedimento vesical adicional.

2.2. Cistolitotomia Laparoscópica (Via Minimamente Invasiva): Utiliza-se agulha para criação do pneumoperitônio com insuflador eletrônico de CO₂. São inseridos trocartes descartáveis. Utiliza-se óptica laparoscópica de 0 ou 30 graus acoplada a câmera. A cistotomia é realizada com gancho em L ou tesoura laparoscópica monopolar. Os cálculos são extraídos com pinças e colocados em bolsa de extração. Se necessário, utiliza-se litotritor a laser.

2.3. Cistolitotomia Assistida por Robô: Realizada com sistema cirúrgico robótico, utilizando console cirúrgico e braços robóticos com visão 3D. Utilizam-se instrumentos articulados para maior precisão na sutura vesical e trocartes robóticos.

2.4. Cistoscopia Intraoperatória: Inserção de cistoscópio rígido ou flexível através da uretra para inspeção da mucosa e confirmação da ausência de cálculos residuais, utilizando fonte de luz fria e irrigação contínua com soro fisiológico 0,9%.

2.5. Instalação de cateter de duplo J: Na necessidade de manutenção da permeabilidade das vias urinárias, pode ser necessária instalação de um cateter duplo J, instalado pela via urinária, sendo programado sua retirada nos dias subsequentes ao procedimento.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

3.1. Benefícios Esperados

Remoção completa dos cálculos, alívio de sintomas obstrutivos e irritativos, prevenção de infecções recorrentes, interrupção de hematúria e redução do risco de insuficiência renal obstrutiva. Melhora significativa da qualidade de vida e preservação da função renal.

3.2. Riscos Previsíveis e Complicações

Riscos Imediatos: Hemorragia (necessitando cauterização ou transfusão), lesão de órgãos vizinhos (intestino, ureter, reto), infecção urinária/seps, perfuração vesical, extravasamento de urina e íleo paralítico.



Riscos Tardios: Fístula vesical persistente, estenose de cistotomia, recidiva da litíase (30-50% em 5 anos se a causa base não for tratada), cálculo residual, hérnia incisional, disfunção miccional temporária e complicações associadas ao uso prolongado de cateter ou dreno.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas incluem: Cistolitotripsia Endoscópica (fragmentação via uretral para cálculos < 3cm); Litotripsia Extracorpórea (LECO) (ondas de choque externas, com menor taxa de sucesso); Tratamento Clínico (dissolução química apenas para cálculos de ácido úrico); e Não Tratamento (risco de sepse, hidronefrose, perda da função renal e carcinoma espinocelular por inflamação crônica).

5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Internação de 24h a 5 dias conforme a via. O cateter de Foley é mantido por 5-10 dias. Recomenda-se deambulação precoce, ingesta hídrica de 2-3 litros/dia e repouso de atividades físicas pesadas por 2-4 semanas. O acompanhamento ambulatorial é obrigatório para vigilância metabólica e oncológica.

6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Risco de sangramento estimado entre 100-300 mL. Transfusões são raras, mas possíveis em casos de coagulopatias ou hemorragia intraoperatória. Riscos incluem reações febris, alérgicas ou transmissão de patógenos, minimizados por protocolos de hemovigilância.

7. ANESTESIA E SEDAÇÃO

Realizada sob anestesia geral ou raquianestesia. Riscos incluem reações alérgicas, complicações respiratórias, hipotensão e cefaleia pós-raqui. A monitorização contínua é mantida durante todo o procedimento.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.



Direito de Recusa Parcial: Compreendo que possuo o direito inalienável de consentir de forma parcial com o plano terapêutico proposto. Sendo assim, declaro que autorizo a realização do procedimento descrito neste documento e que qualquer exceção será feita de forma expressa e irrevogável a tratamentos ou condutas por mim em documento em anexo, quando assim eu recusar.

Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados. Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.