

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLO J TRANSURETERAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO PROPOSTA

A correção da anomalia da junção pieloureteral (pieloplastia) é o procedimento cirúrgico destinado à reconstrução da junção entre a pelve renal (porção dilatada do ureter dentro do rim) e o ureter propriamente dito, quando há obstrução congênita ou adquirida nessa transição (estenose da junção pieloureteral). A obstrução da junção pieloureteral (JUP) impede o fluxo adequado de urina do rim para o ureter, resultando em dilatação progressiva do sistema coletor renal (hidronefrose), dor lombar, infecções urinárias de repetição, formação de cálculos renais e, se não tratada, perda progressiva e irreversível da função renal. O objetivo da cirurgia é ressecar o segmento estenótico e reconstruir uma junção pieloureteral ampla e funcionante, permitindo o escoamento livre da urina e preservando a função renal. O procedimento pode ser realizado por via aberta, laparoscópica ou robótica assistida, conforme a complexidade do caso e as condições clínicas do paciente.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA EMPREGADA

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

2.1. PIELOPLASTIA ABERTA: Realiza-se incisão lombar. A dissecação é realizada por planos até a pelve renal e o ureter proximal são isolados e o segmento estenótico é ressecado. A anastomose pieloureteral é realizada e um cateter duplo J é posicionado para proteção da sutura. Um dreno tubular ou de Penrose é posicionado no espaço perirrenal para drenagem de extravasamentos.

2.2. PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA (VIA MINIMAMENTE INVASIVA):

Utiliza-se agulha para criação do pneumoperitônio com insuflador eletrônico de CO₂. São inseridos 3 a 4 trocartes descartáveis. O procedimento utiliza óptica de alta definição e fonte de luz fria LED/xenônio. A técnica de Anderson-Hynes é reproduzida intracorporeamente com tesoura laparoscópica monopolar e porta-agulha laparoscópico para sutura com fios absorvíveis. O cateter duplo J é posicionado antegradamente.

2.3. PIELOPLASTIA ROBÓTICA (CIRURGIA ROBÓTICA ASSISTIDA):

Realizada com sistema cirúrgico robótico, utilizando console cirúrgico e braços robóticos com instrumentos articulados. A tecnologia permite visão 3D com ampliação de até 15x, conferindo maior precisão na sutura da anastomose, especialmente em ureteres de pequeno calibre. Utilizam-se trocartes robóticos específicos.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

3.1. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O principal benefício é a correção definitiva da obstrução, restaurando o fluxo urinário normal. A cirurgia promove alívio da dor lombar, reduz o risco de infecções e pielonefrite, previne a formação de cálculos e preserva a função renal a longo prazo. As taxas de sucesso variam de 85% a 98%. As vias minimamente invasivas oferecem menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida.

3.2. RISCOS PREVISÍVEIS E COMPLICAÇÕES

Riscos Imediatos: Hemorragia com necessidade de hemotransfusão; fístula urinária pós-operatória (extravasamento pela anastomose em 3% a 8% dos casos); infecção do sítio cirúrgico ou sepse urinária; lesão de órgãos vizinhos (cólon, duodeno, baço ou grandes vasos); e trombose venosa profunda (TVP).

Riscos Tardios: Recidiva da estenose por fibrose cicatricial (5% a 15%); migração ou incrustação do cateter duplo J; perda da função renal em casos de insucesso grave; hérnia incisional (mais comum na via aberta); e sintomas irritativos vesicais persistentes enquanto o stent estiver posicionado.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas dependem da gravidade da obstrução e função renal:

- Endopielotomia: Incisão endoscópica da JUP via laser ou faca fria. Sucesso inferior à pieloplastia (60-80%).
- Dilatação com Balão: Procedimento com cateter-balão de alta pressão. Taxas de sucesso baixas (40-60%) e alta recidiva.
- Nefrostomia Percutânea: Drenagem externa temporária ou paliativa para pacientes inoperáveis.
- Conduta Expectante: Vigilância ativa com exames de imagem. Risco de perda silenciosa e irreversível da função renal, infecções graves e atrofia renal.

5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O tempo de internação varia de 24 horas (laparoscopia/robótica) a 7 dias (via aberta). O cateter de Foley é mantido por 24-72 horas e o dreno perirrenal por 2-5 dias. O cateter duplo J permanece por 4 a 6 semanas, sendo retirado via cistoscopia. Recomenda-se ingestão hídrica de 2 a 3 litros/dia e repouso de atividades físicas por 4 a 6 semanas. O acompanhamento com exames de imagem (USG e cintilografia) é obrigatório após 3-6 meses.

6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A perda sanguínea é geralmente inferior a 200 mL nas vias minimamente invasivas, mas pode ser superior na via aberta. Em casos de sangramento volumoso, a hemotransfusão pode ser necessária para estabilidade hemodinâmica. Os riscos incluem reações febris, alérgicas ou, raramente, transmissão de patógenos, apesar dos rigorosos protocolos de triagem.

7. ANESTESIA E SEDAÇÃO

O procedimento requer anestesia geral com intubação orotraqueal. Os riscos incluem reações alérgicas, complicações respiratórias, arritmias e, em casos raros, óbito. Na via laparoscópica, existem riscos específicos relacionados ao pneumoperitônio, como hipercapnia e enfisema subcutâneo.

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).*