



A retirada do cateter duplo J geralmente ocorre após uma semana de sua implantação para minimizar o potencial de complicações infecciosas. Para os pacientes que necessitam de um cateter permanente, geralmente são trocados a cada três meses em média, embora alguns possam ser trocados a cada seis meses, ou até mesmo anualmente a depender do tipo de cateter.

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Exames Diagnósticos: Ultrassonografia de rins e vias urinárias, Tomografia de abdome total.

Obs: No HMAP realiza Ultrassonografia de rins e vias urinárias, RX simples de abdome.

Exames Pré-Operatórios: Creatinina, Urina 1, Urocultura.

Obs: No HMAP Exames Pré-Operatórios: HMG e INR

Indicação Cirúrgica: A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.

CID 10	Definição
N13.1	Hidronefrose com estreitamento de ureter não classificada em outra parte
N13.2	Hidronefrose com obstrução por calculose renal e ureteral
N13.3	Outras hidronefroses e as não especificadas

3. ALOCAÇÃO

- 1 diária de Fluxo Ambulatorial DCI4.

2. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades;
- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I e II.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico;
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

4. TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:

- Sedação.

CIRURGIA:

- Via Endoscópica.

MEDICAMENTO

Kefazol pré-operatório – Discutir pelo tempo de uso do cateter e ITU anterior
Obs: No HMAP não há indicação

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Geral;
- Cuidados específicos: Avaliar hematúria;
- Atividade: Livre;
- Indicação de exames de controle: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Cloridrato de tansulosina	0,4mg	VO	1x/dia
Opioide (Tramadol)	100mg	EV	8/8h se dor
Opioide (Morfina)	2mg	EV	4/4h se dor
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

OBS: No HMAP não prescrevemos Cloridrato de tansulosina

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta sem restrições;
- Retorno ambulatorial em 7 – 10 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente hematúria importante (franca), retenção urinária, febre, alteração do nível de consciência.

OBS: No HMAP Retorno ambulatorial em 14 dias;

Crítérios para Alta hospitalar

- Analgesia eficaz
- Hematúria leve
- Sinais vitais normais para a faixa etária
- Ausência de febre

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	VO	6/6h
Analgésico (Paracetamol)	750 mg	VO	8/8h
Anti-Inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	VO	12/12h
Opioide (Tramadol)	50 mg	VO	8/8h
Cloridrato de tansulosina	0,4mg	VO	1x/dia

OBS: No HMAP não realizamos Opioide (Tramadol) e Cloridrato de tansulosina

II - INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 15h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;

Obs: No HMAP não dispomos do indicador complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta:

III. GLOSSÁRIO

IMC: Índice de massa corpórea
DM: diabetes mellitus
HAS: hipertensão arterial sistêmica

IRC: Insuficiência renal crônica
ITU: Infecção do trato urinário
TEV: tromboembolismo venoso

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: alteração da medicação de alta.

V. REFERÊNCIAS

- [1] Pais VM Jr, Smith RE, Stedina EA, Rissman CM. Does Omission of Ureteral Stents Increase Risk of Unplanned Return Visit? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Urol 2016; 196:1458.
- [2] Barnes KT, Bing MT, Tracy CR. Do ureteric stent extraction strings affect stent-related quality of life or complications after ureteroscopy for urolithiasis: a prospective randomised control trial. BJU Int 2014; 113:605.
- [3] Jones JS. Shortened pull-string simplifies office-based ureteral stent removal. Urology 2002; 60:1095.

Código Documento: CPTW109.4	Elaborador: Jose Antonio D C Longo Daniel Luiz Paulillo	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data da revisão: 02/02/2026	Data de Aprovação: 03/02/2026
---------------------------------------	--	---	--	---	---