



# Ressecção de tumor de bexiga

O câncer de bexiga é o 9º câncer mais frequente em todo o mundo. As taxas de incidência são mais baixas nas mulheres do que nos homens, embora as diferenças tenham variado entre os países.<sup>[1]</sup>

Os pacientes com câncer de bexiga geralmente apresentam hematúria macroscópica ou microscópica, embora os sintomas irritativos e obstrutivos da micção (frequência, urgência, disúria, noctúria) possam ser a apresentação inicial. A ressecção transuretral de tumor de bexiga é o tratamento de escolha na maioria dos casos diagnosticados, e também avalia o grau de diferenciação histológica e o estadiamento local que determinarão o tratamento adjuvante.<sup>[2]</sup>

## I- ASSISTENCIAL

### 1. DIAGNÓSTICO

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

**Exames pré-operatórios:** Hemograma, Coagulograma, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, ECG, Raio X de tórax.

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

CID 10	Definição
C67	Neoplasia maligna da bexiga
D09.0	Carcinoma in situ da bexiga
D30.3	Neoplasia benigna da bexiga
D41.4	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da bexiga

### 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 sobrevida 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:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou 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.

### 3. ALOCAÇÃO

- 02 diárias em Apartamento Clínica Médica Cirúrgica.

## 4. TRATAMENTO

### PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.

### ANESTESIA:

- Geral **OU**
- Sedação com raquianestesia.

### CIRURGIA:

- Endoscópica.

#### ANATOMIA PATOLÓGICA

02 itens de anatomia patológica

### PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Geral;
- Curativo: NA;
- Cuidados específicos: Avaliar sangramento, dor, cuidados com irrigação vesical contínua;
- Atividade: Livre;
- Indicação de exames de controle: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Antibiótico (Ceftriaxona)	1g	EV	12/12h
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Opioide (Morfina)	2mg	EV	Se dor
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Antiespasmódico (Escopolamina)	20mg	EV	8/8h
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

### ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta sem restrições;
- Retorno ambulatorial em 7 – 10 dias;
- Atividade física em 20 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente dor, hematúria franca, dificuldade em urinar, febre.

#### Crítérios para Alta hospitalar

- Analgesia eficaz
- Hematúria leve
- Sinais vitais normais para a faixa etária
- Diurese espontânea

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	VO	6/6h
Antiespasmódico (Escopolamina)	10mg	VO	6/6h

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 48h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien  $\geq 3$  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  
TEV: tromboembolismo venoso  
ECG: Eletrocardiograma  
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

### IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração do template

### V. Referências

- [1] Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. Eur Urol 2017; 71:96.
- [2] Babjuk M, Böhle A, Burger M, et al. EAU Guidelines on Non-Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2016. Eur Urol 2017; 71:447.

<b>Código Documento:</b> CPTW125.3	<b>Elaborador:</b> José Antonio D.C.Longo Jose R Colombo Jr Arie Carneiro Daniel Paulillo	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando C de Oliveira	<b>Aprovador:</b> Giancarlo Colombo	<b>Data de Elaboração:</b> 20/04/2021  <b>Data de atualização:</b> 24/05/2023	<b>Data de Aprovação:</b> 20/04/2021
---------------------------------------	--	--	--	---	---