

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## Mesa 8 – Disfunções vesicais

10:00-11:00h

### DISFUNÇÕES VESICAIS

*Coordenador:* Paulo Temido

*Comentador:* João Lourenço

Miguel Eliseu e Daniela Fernandes

**Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical**

**A – No feminino**

Daniela Fernandes

**B – No masculino**

Miguel Eliseu

**C – No doente neurológico**

Paulo Temido

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Coordenador: Paulo Temido - CHUC

Comentador: João Lourenço, CHBV - Aveiro

Miguel Eliseu - CHUC

Daniela Fernandes - UCSP Cantanhede

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

...no feminino - Daniela Fernandes, Miguel Eliseu

...no masculino - Daniela Fernandes, Miguel Eliseu

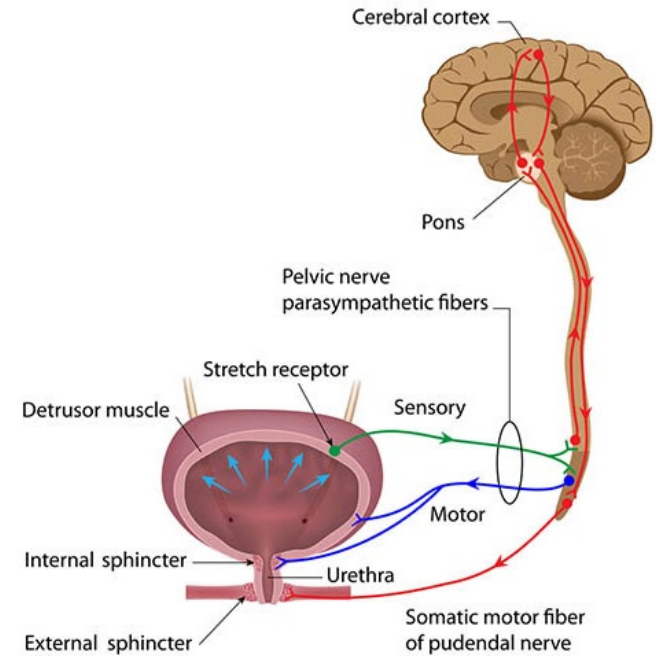
...no doente neurológico - Daniela Fernandes, Paulo Temido

Mensagens finais e discussão - Paulo Temido, João Lourenço



## Continência urinária

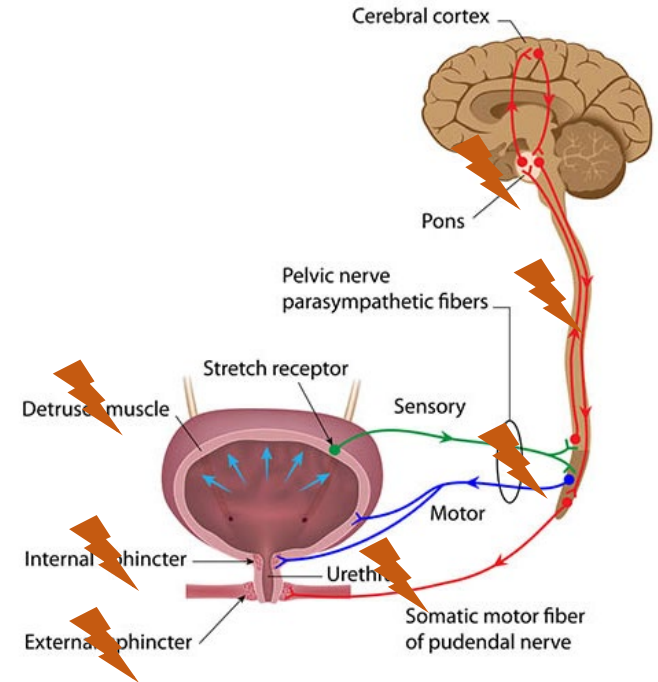
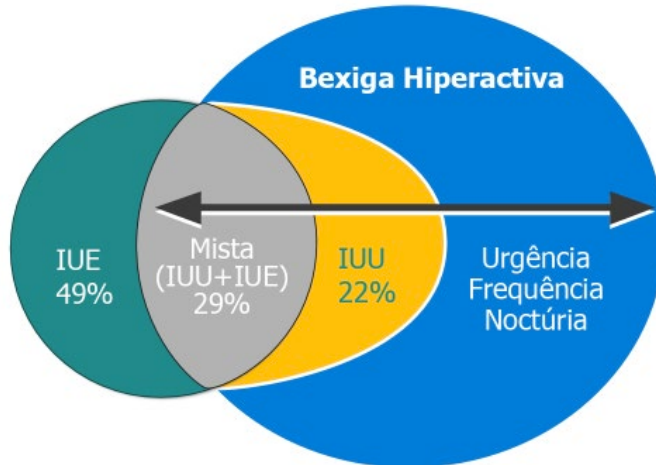
- **Complacência vesical:** capacidade de armazenar volumes crescentes de urina sem aumentar significativamente a pressão intra-vesical
- **Esfíncter** uretral eficiente: contração dos músculos uretrais (estriado e liso)
- Suporte uretral pelos músculos do **pavimento pélvico**
- Integridade do **sistema nervoso**



## Incontinência urinária

***Perda involuntária de urina pelo meato uretral que representa um problema higiênico e social para o doente.***

International Continence Society (ICS)



# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto

Coimbra

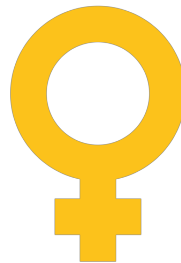
ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

...no feminino - Daniela Fernandes, Miguel Eliseu



## Identificação: MJD, mulher, 59 anos

- Professora
- IMC 32
- Fumadora 10 cigarros/dia
- 2G2P0A, partos vaginais
- Menopausa 47 anos (sem THS)
- HTA (IECA), dislipidemia (estatina)

## Motivo da consulta: “entre cada aula tenho que correr para o WC”

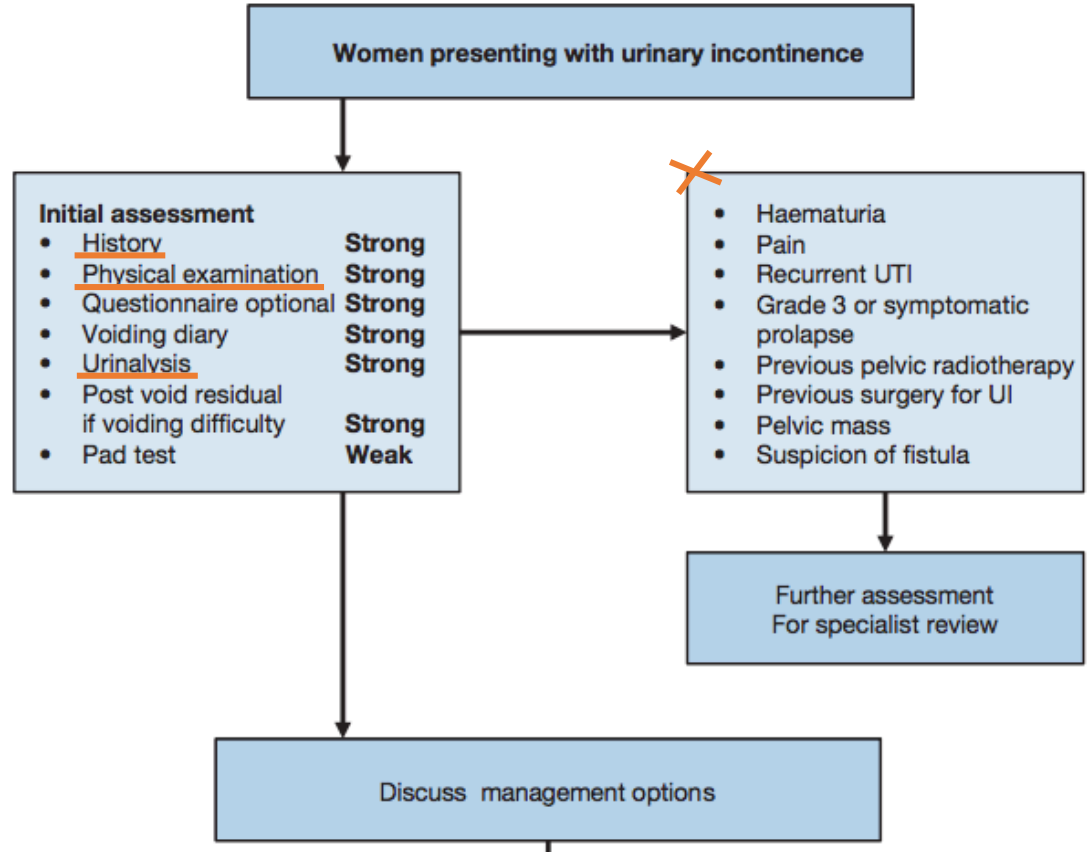
- Frequência urinária diurna 10 x; noctúria 3 x; perdas de urina diárias, a maioria precedida de urgência (“preciso de usar um penso diário”, “pior com a tosse”)

## Exame objectivo

- Atrofia vulvar moderada; cistocelo grau 2, perdas de gotas com a tosse que não agravam com a redução do cistocelo

EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults, 2018

The history should include details of the type, timing and severity of UI, associated voiding and other urinary symptoms. The history should allow UI to be categorized into stress urinary incontinence (SUI), urgency urinary incontinence (UUI) or mixed urinary incontinence (MUI).



	I.U. ESFORÇO	I.U. URGÊNCIA
<b>Fatores desencadeantes</b>	<p><b>Esforço</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tosse, rir, espirro</li> <li>- marcha, pegar em cargas, desporto</li> <li>- mínimo esforço, mudança de posição</li> </ul>	<p><b>Espontânea</b> (por vezes: percepção de água)</p>
<b>Forma de Aparecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posição <b>supina</b></li> <li>- inesperada (Ø sensação de urgência miccional)</li> <li>- bexiga pouco cheia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posição <b>variável</b></li> <li>- sensação de urgência miccional intensa e dolorosa</li> <li>- bexiga cheia</li> </ul>
<b>Tipo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jacto breve, síncrono c/ esforço</li> <li>- pouco abundante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perda abundante</li> </ul>
<b>Frequência miccional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polaquiúria (periodicidade diurna &lt;2h)</li> <li>- noctúria (freq. nocturna ≥ 2x)</li> </ul>
<b>Percepção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perda qd a mulher tenta compensar apertando as coxas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perda percebida mas inibição impossível</li> </ul>
<b>Dor</b>	-	+

## Identificação: MJD, mulher, 59 anos

- Professora
- IMC 32
- Fumadora 10 cigarros/dia
- 2G2P0A, partos vaginais
- Menopausa 47 anos (sem THS)
- HTA (IECA), dislipidemia (estatina)

## Motivo da consulta: “entre cada aula tenho que correr para o WC”

- Frequência urinária diurna 10 x; noctúria 3 x; perdas de urina diárias, a maioria precedida de urgência (“preciso de usar um penso diário”, “pior com a tosse”)



## Exame objectivo: atrofia VV, cistocelo G2

## EADs: tira-teste urinária, ecografia vesical

- Tira-teste N; bexiga sem alterações, sem resíduo pós-miccional valorizável

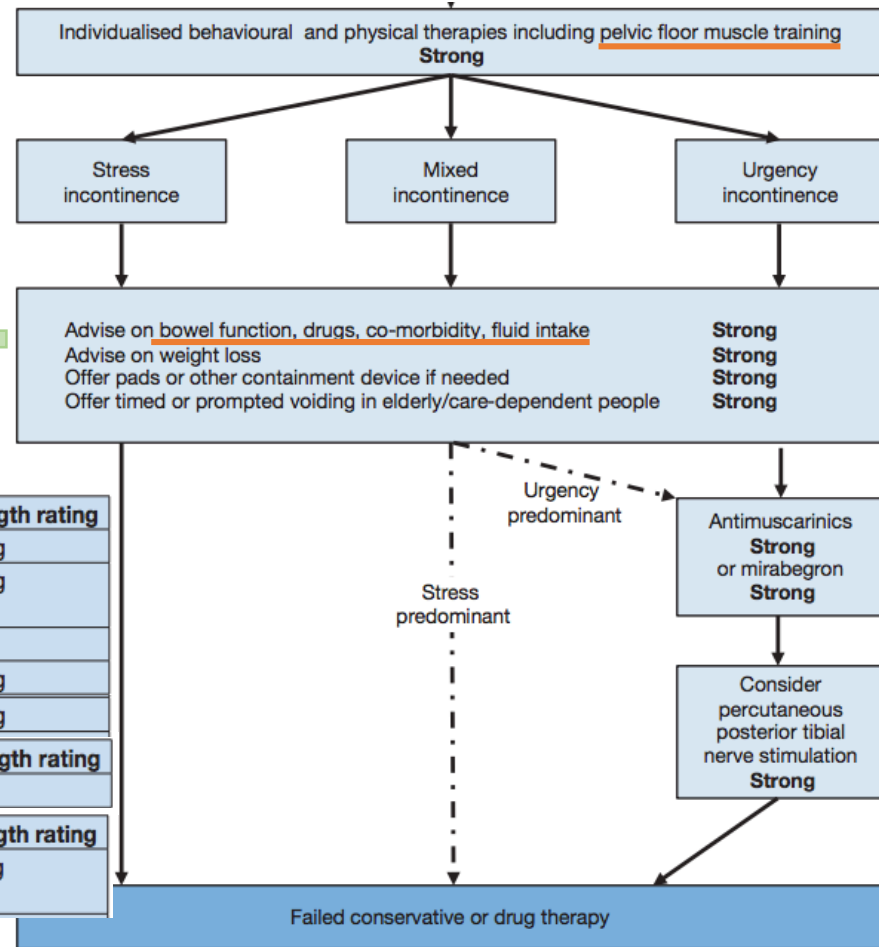
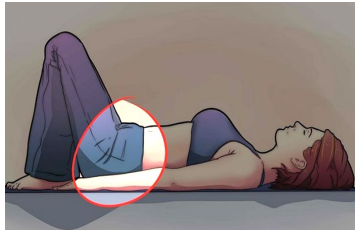
### Recommendation

Do not routinely carry out imaging of the upper or lower urinary tract as part of the assessment of UI.

### Strength rating

Strong

EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults, 2018



Recommendations	Strength rating
Encourage overweight and obese adults with UI to <u>lose weight</u> and maintain weight loss.	Strong
Advise adults with UI that <u>reducing caffeine</u> intake may improve symptoms of urgency and frequency but not incontinence.	Strong
Review type and amount of fluid intake in patients with UI.	Weak
Provide <u>smoking cessation</u> strategies to patients with UI who smoke.	Strong
Offer bladder training as a first-line therapy to adults with UUI or MUI.	Strong
Recommendation	Strength rating
Treat the most bothersome symptom first in patients with MUI.	Weak
Recommendations	Strength rating
Offer long-term <u>vaginal oestrogen</u> therapy to post-menopausal women with UI and symptoms of vulvo-vaginal atrophy.	Strong

**Identificação:** MJD, mulher, 59 anos, com factores de risco para IU

**Motivo da consulta:** “entre cada aula tenho que correr para o WC”

**Exame objectivo:** atrofia VV, cistocelo G2

**EADs:** tira-teste urinária N, ecografia vesical sem alterações

## Tratamento e orientação

- 1ª linha: terapêutica conservadora + creme com estrogénio tópico
- 2ª linha: anti-muscarínico (oxibutinina)
- 3ª linha: agonista  $\beta_3$  adrenérgico (mirabegrom)
- Falência terapêutica + efeito 2ário (obstipação) – **referenciação para urologia**

Antimuscarinics  
**Strong**  
or mirabegron  
**Strong**

Consider  
percutaneous  
posterior tibial  
nerve stimulation  
**Strong**

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** de armazenamento
- **IUM** (principalmente de imperiosidade)
- Refractário a tratamento conservador, estrogénio tópico, antimuscarínico e agonista beta-3
  
- Plano?

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** de armazenamento
- **IUM** (principalmente de imperiosidade)
- Refractário a tratamento conservador, estrogénio tópico, antimuscarínico e agonista beta-3
- Plano?

### Investigação adicional?

- Fita-teste, ecografia vesical, RPM
- Imagem do aparelho alto?
- EUD?
- Cistoscopia?

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** de armazenamento
- **IUM** (principalmente de imperiosidade)
- Refractário a tratamento conservador, estrogénio tópico, antimuscarínico e agonista beta-3
  
- Plano?

### Investigação adicional?

- Fita-teste, ecografia vesical, RPM
- Imagem do aparelho alto?
- EUD?
- Cistoscopia?

- Haematuria
- Pain
- Recurrent UTI
- Grade 3 or symptomatic prolapse
- Previous pelvic radiotherapy
- Previous surgery for UI
- Pelvic mass
- Suspicion of fistula

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** de armazenamento
- **IUM** (principalmente de imperiosidade)
- Refractário a tratamento conservador, estrogénio tópico, antimuscarínico e agonista beta-3
- Plano?

### Tratamento

- Tratar o quê e de que forma?

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** de armazenamento
- **IUM** (principalmente de imperiosidade)
- Refractário a tratamento conservador, estrogénio tópico, antimuscarínico e agonista beta-3
- Plano?

### Tratamento

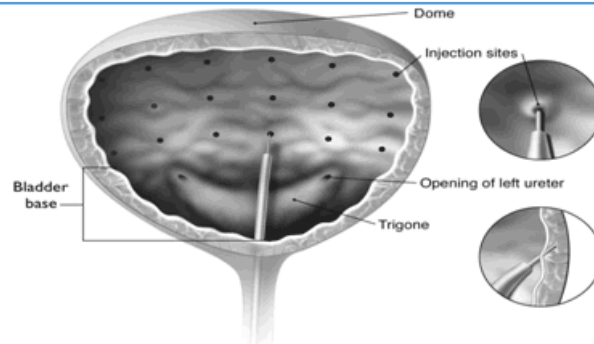
- Tratar o quê e de que forma?

Recommendation	Strength rating
Treat the most bothersome symptom first in patients with MUI.	Weak

## Próxima linha de tratamento

- **Toxina botulínica**

- 100U (sem causa neurogénica identificada)
- Indicação? Sim (melhoria em 60-80% dos casos previamente refractários)
- Riscos?
  - Retenção urinária (necessidade de CIC?)
  - Bacteriúria (significado?)



## Próxima linha de tratamento

- **Toxina botulínica**

- 100U (sem causa neurogénica identificada)
- Indicação? Sim (melhoria em 60-80% dos casos previamente refractários)
- Riscos?
  - Retenção urinária (necessidade de CIC?)
  - Bacteriúria (significado?)

Reavaliação em 2 semanas

- **Efeitos adversos?**

- Sem ITU
- Esvaziamento completo

## Próxima linha de tratamento

- **Toxina botulínica**
  - 100U (sem causa neurogénica identificada)
  - Indicação? Sim (melhoria em 60-80% dos casos previamente refractários)
  - Riscos?
    - Retenção urinária (necessidade de CIC?)
    - Bacteriúria (significado?)

### Reavaliação em 2 semanas

- **Efeitos adversos?**
  - Sem ITU
  - Esvaziamento completo

### Reavaliação em 2 meses

- **Eficácia?**
  - Melhoria significativa (freq, noct, IUU)

## Tratamento

- **Toxina botulínica 100U**

## Seguimento

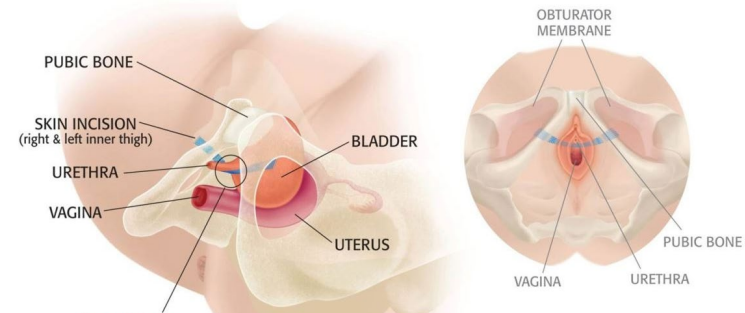
- Manutenção de perdas mínimas com a tosse
- Cistocelo grau 2
- Após > 6M, novo agravamento progressivo dos sintomas de armazenamento

### - Opções

- IUE: TVT-O e/ou correcção de cistocelo?
- IUU: nova administração de Botox / outra linha?

## IUE

- TVT-O
- Correção de cistocelo
- Cirurgia combinada? (TVT-O + correção de prolapso)
  - > taxa de sucesso no tratamento de IUE
  - > risco



Cistocelo de grau 2, assintomático, cuja redução não agravava nem resolvia IUE, sem resíduo pós-miccional - sem indicação cirúrgica

Incómodo mínimo com a IUE - não pretendia correção cirúrgica

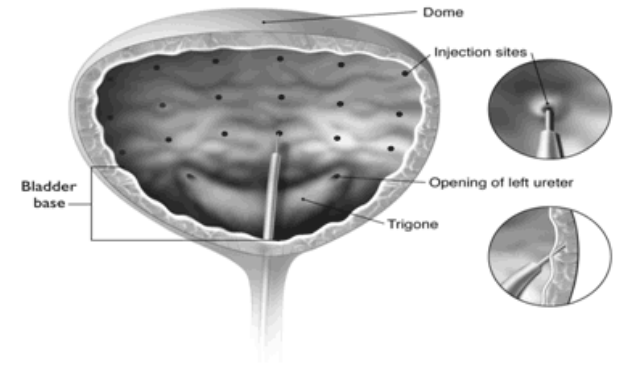
## IUU

- Resposta satisfatória mas curta; nova linha?
- Planear 2ª administração de toxina botulínica
  - Eficácia não reduz** com novas administrações
  - > se teve eficácia durante pelo menos 6M, 1º repetir

Dose?

-> visto que teve resposta satisfatória, para já manter **mesma dose** (ausência de evidência clara que maior dose leve a maior duração)

Não repetir antes dos 3M pós tratamento



# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

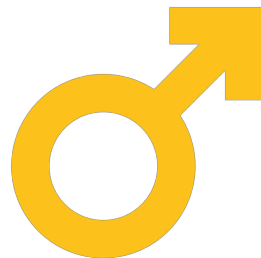
Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

...no masculino - Daniela Fernandes, Miguel Eliseu



### Identificação: ADF, homem, 70 anos

- Pintor da construção civil, reformado
- LUTS: medicado há 7 anos com *Serenoa repens* e há 2 anos com tansulosina
- DM tipo 2 com 10 anos de evolução (metformina + iDPP4), sem LOA
- HTA mal controlada (IECA + BB + BCC + diurético)

### Motivo da consulta: “levanto-me 5 vezes por noite para urinar”

- Agravamento de sintomas de armazenamento e esvaziamento nos últimos 2 anos: noctúria 5 x, urgência, frequência diurna aumentada e enfraquecimento do jacto

### Exame objectivo

- TA 153/92 mmHg; toque rectal com próstata insuspeita e indolor

***1 em cada 4 homens com mais de 40 anos sente-se incomodado por algum tipo de queixa ligada à micção, e quando >65 anos a proporção de homens sintomáticos é superior a 1/3.***

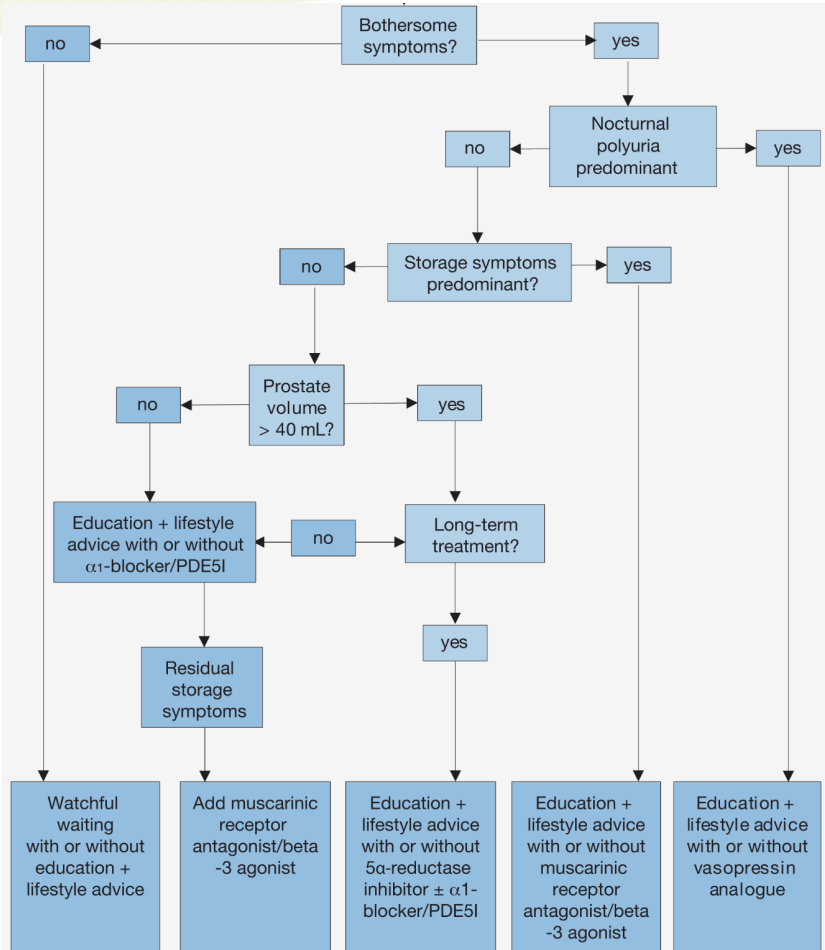
## Esvaziamento

- Esforço miccional
- Hesitação
- Gotejamento final
- Jato fraco/interrompido
- Esvaziamento incompleto
- Retenção urinária

## Armazenamento

- Urgência (c/s incont)
- Polaquiúria
- Nictúria
- Dor suprapúbica

**LUTS, incontinência, HPB**



	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos de 1/2 das vezes	Melade das vezes	Mais de 1/2 das vezes	Quase sempre
1. Esvaziamento incompleto No último mês, quantas vezes ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga?	○	1	2	3	4	5
2. Frequência No último mês, quantas vezes teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	○	1	2	3	4	5
3. Intermitência No último mês, quantas vezes observou que ao urinar recomeçou várias vezes?	○	1	2	3	4	5
4. Urgência No último mês, quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	○	1	2	3	4	5
5. Enfraquecimento do jato No último mês, quantas vezes observou que o jato urinário estava fraco?	○	1	2	3	4	5
6. Forçar a micção No último mês, quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	○	1	2	3	4	5
7. Noctúria No último mês, quantas vezes em média teve de se levantar à noite para urinar?	○	1	2	3	4	5
Total de Sintomas						

1 a 7 – Leigo, 8 a 19 – Moderado, 20 a 35 – Grave.

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Confuso	Insatisfeito	Infeliz	Muito Infeliz
8. Qualidade de Vida Se tivesse que passar o resto dos seus dias com esse padrão miccional como se sentiria?	○	1	2	3	4	5	6

**Identificação:** ADF, homem, 70 anos

- Pintor da construção civil, reformado
- LUTS: medicado há 7 anos com *Serenoa repens* e há 2 anos com tansulosina
- DM tipo 2 com 10 anos de evolução (metformina + iDPP4), sem LOA
- HTA mal controlada (IECA + BB + BCC + diurético)

**Motivo da consulta:** “levanto-me 5 vezes por noite para urinar”

- Agravamento de sintomas de armazenamento e esvaziamento nos últimos 2 anos: noctúria 5 x, urgência, frequência diurna aumentada e enfraquecimento do jacto

**Exame objectivo:** HTA, toque rectal com próstata insuspeita e indolor

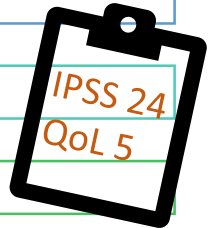


**Identificação:** ADF, homem, 70 anos

**Motivo da consulta:** “levanto-me 5 vezes por noite para urinar”

**Exame objectivo:** HTA, toque rectal com próstata insuspeita e indolor

**EADs:** PSA, função renal, ecografias



Recommendations	Strength rating
Measure prostate-specific antigen ( <u>PSA</u> ) if a diagnosis of prostate cancer will change management.	Strong
Assess <u>renal function</u> if renal impairment is suspected based on history and clinical examination, or in the presence of hydronephrosis, or when considering surgical treatment for male LUTS.	Strong
Measure post-void residual in the assessment of male LUTS.	Weak
Perform <u>imaging of the prostate</u> when considering medical treatment for male LUTS, if it assists in the choice of the appropriate drug.	Weak

**Identificação:** ADF, homem, 70 anos

**Motivo da consulta:** “levanto-me 5 vezes por noite para urinar”

**Exame objectivo:** HTA, toque rectal com próstata insuspeita e indolor

**EADs:** PSA, ecografias

- PSA: 1.7 ng/mL (2014) -> 2.9 ng/mL (2017) -> 3.2 ng/mL (2018); Cr 0,86
- Eco 2014 – próstata 45 cc, resíduo pós miccional 50 cc
- Eco 2017 – próstata 61 cc, resíduo pós miccional 94 cc

**Tratamento e orientação**

- Tratamento conservador + tansulosina + inicia bloq 5 $\alpha$  redutase (finasterida)
- **Referenciação para Urologia** passados 9 meses por persistência dos sintomas

## Tratamentos na LUTS/HBP

Classe de medicamentos – mecanismo de ação	Princípio ativo
<b>Bloqueadores <math>\alpha_1</math> adrenérgicos</b> – inibem a contração do m. liso através do bloqueio dos recetores $\alpha_1$ , com diminuição da resistência ao fluxo urinário e melhoria rápida das queixas	Silodosina, alfuzosina, tansulosina, terazosina, doxazosina
<b>Inibidores da 5<math>\alpha</math>-reductase</b> – inibem a 5 $\alpha$ -reductase, uma isoenzima responsável pela metabolização da testosterona em DHT, muito mais ativa, com alguma redução de volume da próstata (lenta).	Finasterida, dutasterida
<b>Agentes anticolinérgicos</b> – provocam relaxamento do m. liso na bexiga. Doentes devem ser aconselhados a suspender a medicação em caso de agravamento sintomático.	Oxibutinina, cloreto de tróspio, solifenacina, fesoterodina, darifenacina
<b>Agonista <math>\beta_3</math> adrenérgico</b> – actuam por relaxamento do m. liso na bexiga	Mirabegom
<b>Inibidores da fosfodiesterase 5 (PDE-5)</b> – presume-se que inibem a forma seletiva da PDE-5, aumentando a c-GMP o que causa relaxamento do m. liso	Tadalafil, sildenafil, avanafil, vardenafil
<b>Fitoterapia</b> – inibe a síntese de prostaglandinas e leucotrienos, diminuindo o nº de células e mediadores inflamatórios	<i>Serenoa repens</i>

## Tratamentos na LUTS/HBP

Classe de medicamentos – mecanismo de ação		Princípio ativo
<p><b>Bloqueadores <math>\alpha_1</math> adrenérgicos</b> – inibem a contração do m. liso através do bloqueio dos recetores <math>\alpha_1</math>, com diminuição da resistência ao fluxo urinário e melhoria rápida das queixas</p>		<p>Silodosina, alfuzosina, tansulosina, terazosina, doxazosina</p>
<p><b>Inibidores da <math>5\alpha</math>-reductase</b> – inibem a <math>5\alpha</math>-reductase, uma isoenzima responsável pela metabolização da testosterona em DHT, muito mais ativa, com alguma redução de volume da próstata (lenta).</p>		<p>Finasterida, dutasterida</p>
<p><b>Recommendations</b></p> <p>Long-term antimuscarinic treatment should be used with caution in elderly patients especially those who are at risk of, or have, cognitive dysfunction.</p>	<p><b>Strength rating</b></p> <p>Strong</p>	<p>Oxibutinina, cloreto de tróspio, solifenacina, fesoterodina, darifenacina</p>
<p><b>Agonista <math>\beta_3</math> adrenérgico</b> – actuam por relaxamento do m. liso na bexiga</p>		<p>Mirabegom</p>
<p><b>Inibidores da fosfodiesterase 5 (PDE-5)</b> – presume-se que inibem a forma seletiva da PDE-5, aumentando a c-GMP o que causa relaxamento do m. liso</p>		<p>Tadalafil, sildenafil, avanafil, vardenafil</p>
<p><b>Fitoterapia</b> – inibe a síntese de prostaglandinas e leucotrienos, diminuindo o nº de células e mediadores inflamatórios</p>		<p>Serenoa repens</p>

## 1ª consulta de Urologia

- **LUTS** predominantemente de armazenamento
- Refractário a tratamento conservador e a associação de alfa-bloqueante com 5-ARI

### Reavaliação

- **Noctúria** 5x (o mais incomodativo); **frequência** diurna; jacto mais forte; IPSS agora de 21
- Sem hematúria, ITUs, dor
- TR: próstata de cerca de 50-60cc, insuspeita
- Fita-teste com exclusão de ITU

### Investigação adicional?



## - Fluxometria

- Fluxo máximo e padrão da curva
- Estimar capacidade funcional vesical
- Avaliação posterior de RPM e a sua relação com o volume urinado

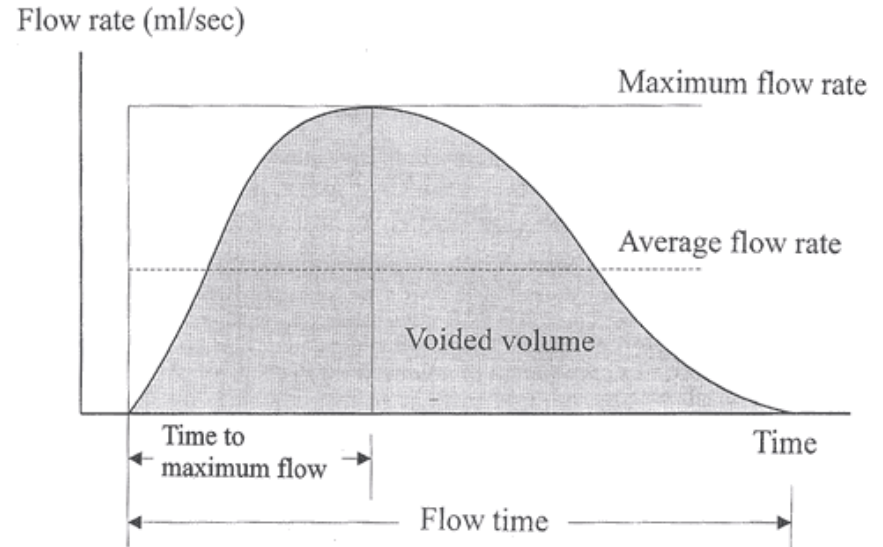


Diagram of a urine flow recording with International Continence Society recommended nomenclature. Basic elements of maximum flow, mean flow, total flow time, and total voided volume.

Perform uroflowmetry prior to medical or invasive treatment.

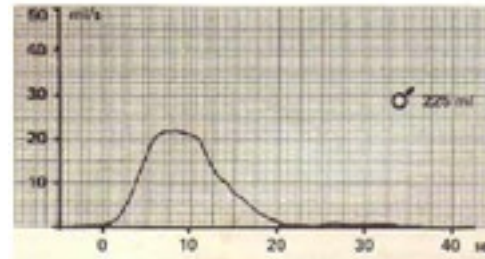
Strong

## - Diário miccional

- Frequência diurna 5 - 8x
- Noctúria 4 - 5x (19-24% do volume total diário)
- Volume 120 - 380 mL

## - Fluxometria

- Fluxo máximo 21 mL/s
- Volume 225 mL
- RPM 50 mL



Sugestivo de não obstrução

## Tratamento seguinte?

- **Associar antimuscarínico à tansulosina**
  - Inicia solifenacina 5mg id
  - Vigilância?
    - Resposta sintomática
    - Efeitos adversos
    - Retenção urinária / RPM

## Tratamento seguinte?

- **Associar antimuscarínico à tansulosina**
  - Inicia solifenacina 5mg id
  - Vigilância?
    - Resposta sintomática
    - Efeitos adversos
    - Retenção urinária / RPM

Resposta subjectiva globalmente satisfatória

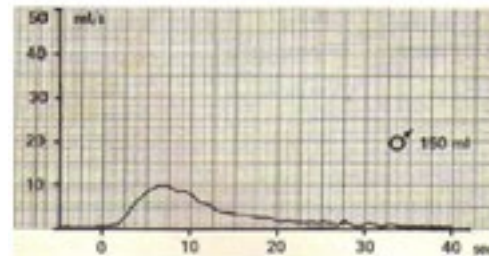
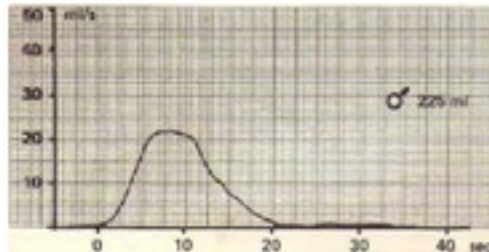
- IPSS 21 → 14 (*straining* e esvaziamento incompleto agravados)
- Noctúria 5x → 3x

## Tratamento seguinte?

- **Associar antimuscarínico à tansulosina**
  - Inicia solifenacina 5mg id

### Fluxometria:

- Qmáx 10mL/s
- Padrão arrastado
- Volume total 150 mL; RPM 185 mL



## Plano?

Melhoria sintomática significativa com associação alfa-bloqueante + antimuscarínico

Agravamento de sintomas de esvaziamento, fluxometria e do RPM

- Obstrução? Hipocontractilidade (iatrogenia/DM)?

Perform pressure-flow studies (PFS) only in individual patients for specific indications prior to invasive treatment or when evaluation of the underlying pathophysiology of LUTS is warranted.

Weak

## Realizou estudo urodinâmico sob medicação

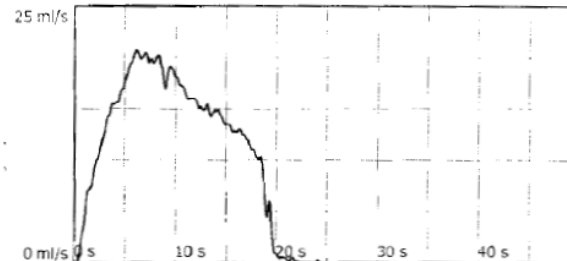
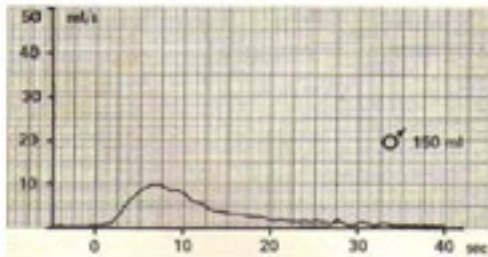
- Contractilidade adequada
- Fluxo baixo
- Sugestão de obstrução

## Tratamento seguinte?

- TR: 50cc insuspeito; PSA 3,2 estável nos últimos 2 anos
- RPM significativo e sugestão urodinâmica de obstrução
- **Proposto para ressecção transuretral da próstata**  
Suspendeu medicação após a intervenção

## Tratamento seguinte?

- **Ressecção transuretral da próstata - melhoria do esvaziamento**
  - IPSS 14 → 10 (mas agravamento da frequência diurna e imperiosidade)
  - Fluxo máximo 10 → 21 mL/s; RPM 185 → 25 mL
  - Optimização máxima?



## Reavaliação

- **Ressecção transuretral da próstata - melhoria do esvaziamento**
  - IPSS 14 → 10 (mas agravamento da frequência diurna e imperiosidade)
  - Fluxo máximo 10 → 21 mL/s; RPM 185 → 25 mL
  
  - Optimização máxima? → Tenta novamente **solifenacina**
    - **IPSS 5; QoL 0** (perfeitamente satisfeito)
    - Fluxo 19 mL/s; RPM 25 mL

Precaução na utilização prolongada de antimuscarínicos

Mantém vigilância de resíduo pós-miccional

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# DISFUNÇÕES VESICAIS

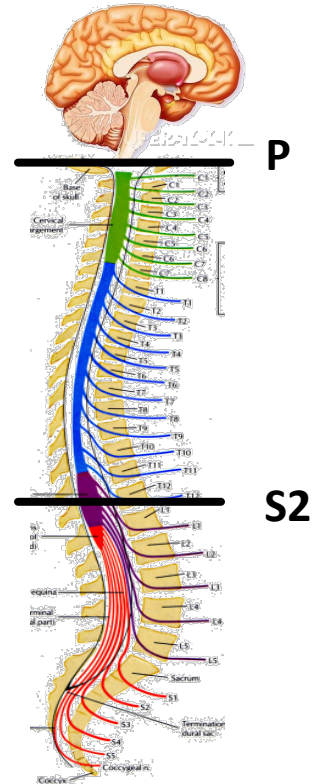
Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

...no doente neurológico - Daniela Fernandes, Paulo Temido

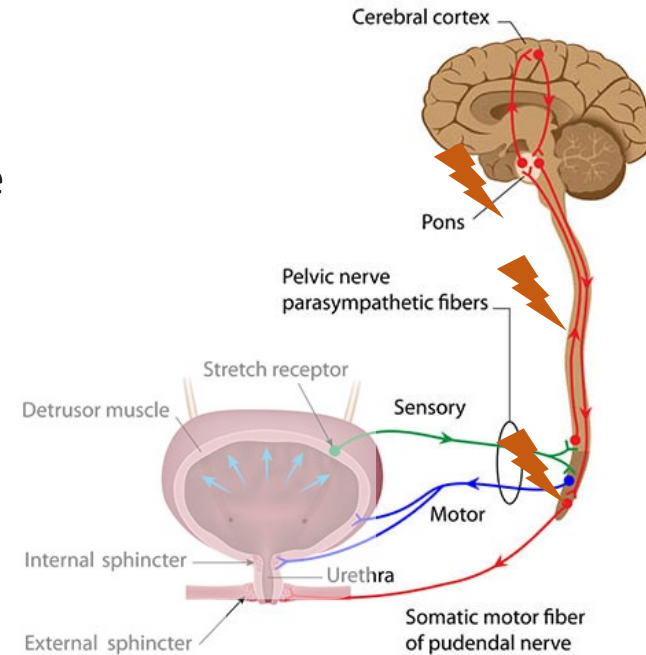


**Qualquer lesão do sistema nervoso pode resultar em sintomas neuro-urológicos.  
A extensão e localização da lesão determinará o tipo de disfunção urinária**

<p><b>Lesão no SNC-acima da ponte</b></p>	<p>AVC, D. Parkinson, TCE, Demência, Paralisia cerebral, Atrofia Multisistemas</p>
<p><b>Lesão suprassagrada (acima de S2)</b></p>	<p>Esclerose Múltipla, Traumatismo medular, Mielodisplasia...</p>
<p><b>Lesão sagrada e sub-sagrada</b></p>	<p>Cirurgia pélvica, Diabetes Melitus, S. Guillain-Barré, Patologia discal...</p>



- O distúrbio neuro-urológico pode ser sintomático ou assintomático.
- Sintomas neuro-urológicos podem causar uma variedade de complicações a longo prazo:
  - A mais significativa é a **deterioração da função renal**
  - Retenção urinária, UTI, litíase, refluxo , hidronefrose, incontinência...
- Os sintomas e as complicações a longo prazo não se correlacionam, por isso é importante **identificar pacientes com alto risco de complicações**



## Identificação: DFCF, homem, 24 anos

- Acidente de motociclo há 12 meses – traumatismo vertebromedular com lesão em T5, internado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais durante 6 meses. Alta com indicação de cateterismo intermitente 5x/dia
- Sem seguimento há 4 meses, a fazer CIC 2x/dia
- Consulta de agudos há 1 semana: disúria, urina turva, apirético – Combur leuc ++, nitritos - . Plano: aumentar o nº de CIC. Urocultura e ecografia renovesical

## Motivo da consulta: “só fiz a urocultura, trago o resultado”

- Na sala de espera: indisposição súbita e sudorese profusa

## Exame objectivo

- TA 180/100 mmHg, FC 50 bpm, Tax 36.8°C
- ACP sem alterações, ENS sem défices de novo, abdómen com globo vesical

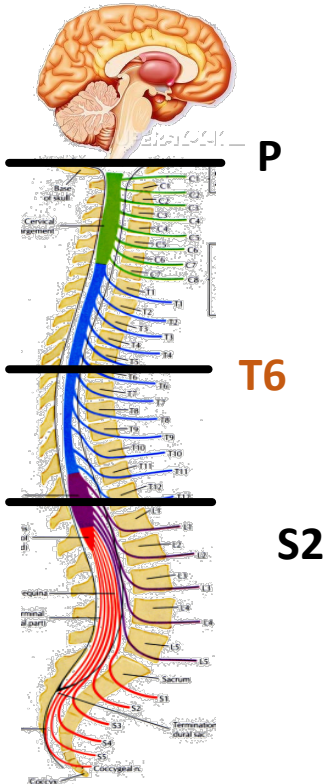
**MEDICAL  
EMERGENCY**

# **AUTONOMIC DYSREFLEXIA: WHAT YOU SHOULD KNOW**

A **disreflexia autonómica** é uma resposta autonómica súbita e exagerada a vários estímulos em pacientes com lesão acima do nível T6. É definida como um aumento na pressão arterial sistólica >20 mmHg em relação ao valor basal.

Pode ser assintomática (silenciosa) ou sintomática:

- dor de cabeça, visão turva, nariz entupido, piloereção, rubor
- sudorese acima do nível da lesão (vasodilatação)
- pele pálida e fria abaixo do nível da lesão (vasoconstrição)



**Table 3** – Risk factors for Autonomic Dysreflexia in patients with SCI – Belo Horizonte, MG, 2009

Variables	Frequency	Percentage (%)
<u>Bladder distention</u>	124	89.2
Pain	8	5.8
Rectal distention	4	2.9
Pressure ulcer	1	0.7
Urinary infection	1	0.7
Musculoskeletal conditions	1	0.7

Pode ter risco de vida se não for tratada adequadamente!

**Identificação:** DFCF, homem, 24 anos, TVM com bexiga neurogénica

**Motivo da consulta:** “só fiz a urocultura, trago o resultado”

**Exame objectivo:** TA 180/100 mmHg, globo vesical

## Tratamento e orientação

- Captopril 25mg e algaliação, estabilidade hemodinâmica
- Provável disreflexia autonómica por não ter feito CIC de manhã
- Urocultura com Enterococcus spp MS, sempre apirético – assume-se colonização
- Incentivado a fazer CIC 5x / dia. Explicados sinais de alarme.
- **Referenciação para Urologia**

**Identificação:** DFCF, homem, 24 anos, TVM com bexiga neurogénica

## Consulta Urologia #1

- CIC 4-5 x dia
- Episódios de incontinência
- Obstipação – refere defecar 3-4 dias
- ITU febril há 1 M tratada
- Creatinina 0,7 mg/dl
- Plano
  - Pedida eco R-V e EUD
  - Ingesta hídrica, medidas dietéticas – ITU, obstipação
  - Oxibutinina 2 id

**Identificação:** DFCF, homem, 24 anos, TVM com bexiga neurogénica

## Consulta Urologia #1


## Consulta Urologia #2

- ECO – Rins N, ligeira pielectasia bilateral, bexiga sem alt
- EUD – Cistometria: Hiperactividade fásica, CVF 280 ml, compliance diminuída
- Plano
  - Manter oxibutinina
  - CIC 4-6 x
  - Ponderar cintigrama renal
  - Ponderar toxina botulinica

## CIC – Como prescrever na PEM?



- Portaria 92-F/2017
- Sonda autolubrificada Ch 12 -14







**PEM**  
Prescrição Eletrónica Médica


MED CRD ▶ DISPOSITIVOS MÉDICOS


FORMAÇÃO  

 **Dr(a). PAULO ANTONIO SANTOS TEMIDO CAETANO, 34447**

Notificações






 UROLOGIA

 C.H.U.C. HUC - CEXT

 [GLINTT\_GFP]

**UTENTE**

Dados Pessoais:

R O     

Ent. Financeira:  SNS

**PESQUISAR DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**DISPOSITIVOS MÉDICOS RECEITA**

Produtos de Ostomia
CE
PA

**Tipo de Produto**

**Grupo de Ostomia**  

-Selecionar-  
 Kit para cateterização intermitente  
 Kit para cateterização intermitente, Feminino  
 Kit para cateterização intermitente, Masculino  
 Saco Coletor de Urina  
 Saco de Urina Perna  
 Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente com lubrificação, Feminino  
 Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente com lubrificação, Masculino  
 Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente sem lubrificação, Feminino

**Quantidade**


**Frequência**

**Duração**

**Instruções**


**Gravar posologia**

Qt	Nome dispositivo médico	Tipo	Ren.	Docs

**ADICIONAR À RECEITA** 

**Encargos Utente**  
 0.00 (€)

**Encargos SNS**  
 0.00 (€)

**EMITIR** 



MED CRD ▶ DISPOSITIVOS MÉDICOS

Dr(a). PAULO ANTONIO SANTOS TEMIDO CAETANO

UROLOGIA C.H.U.C. HUC - CEXT

### UTENTE

Dados Pessoais: [input field]

Ent. Financeira: [input field] SNS

### PESQUISAR DISPOSITIVOS MÉDICOS

Produtos de Ostomia [input field] CE [input field] PA [input field]

Qt	Nome dis
----	----------

Tipo de Produto

Ostomia Retenção / Incontinência [dropdown arrow]

- Grupo de Ostomia
- Selecionar-
  - Kit para cateterização intermitente
  - Kit para cateterização intermitente, Feminino
  - Kit para cateterização intermitente, Masculino
  - Saco Coletor de Urina
  - Saco de Urina Perna
  - Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente com lubrificação, Feminino
  - Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente com lubrificação, Masculino
  - Sonda de cateterização/esvaziamento intermitente sem lubrificação, Feminino



MED CRD ▶ DISPOSITIVOS MÉDICOS

FORMAÇÃO ⚙️ 🔌

Dr(a). PAULO ANTONIO SANTOS TEMIDO CAETANO, 34447

🔔 Notificações

📅 UROLOGIA

📞 C.H.U.C. HUC - CEXT

🔍 [GLINTT\_GFP]

**UTENTE**

Dados Pessoais: [Redacted]

Ent. Financeira: [Redacted] SNS

R O ↺ ✎ ⚠️ 📄 🔄

**PESQUISAR DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**DISPOSITIVOS MÉDICOS RECEITA**

Produtos de Ostomia **CE** **PA**

Qt Nome dispositivo médico Tipo Ren. Docs

**Tipo de Produto**

Ostomia Retenção / Incontinência

**Grupo de Ostomia**

Kit para cateterização intermitente, Masculino

**Produto selecionado**



Produto	Embalagem	Tipo de Produto	Grupo de Ostomia	PVP	% Comp	Uteite	Fabricante
B.Braun / Actreen glys set / Ref#. 226212L	Saco - 30 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	76.50 €	100 %	0.00 €	B. Braun Medical, S.A
B.Braun / Actreen glys set / Ref#. 226214L	Saco - 30 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	76.50 €	100 %	0.00 €	B. Braun Medical, S.A
B.Braun / Actreen glys set / Ref#. 226216L	Saco - 30 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	76.50 €	100 %	0.00 €	B. Braun Medical, S.A
Coloplast / EasiCath Set / Ref. 28006	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Coloplast A/S
Coloplast / EasiCath Set / Ref. 28007	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Coloplast A/S
Coloplast / EasiCath Set / Ref. 28008	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Coloplast A/S
Coloplast / EasiCath Set / Ref. 28009	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Coloplast A/S
LoFric/ Hydro/Kit Tiemann/Ref.4251000	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare
LoFric/ Hydro/Kit Tiemann/Ref.4251200	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare
LoFric/ Hydro/Kit Tiemann/Ref.4251400	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare
LoFric/ Hydro/Kit Tiemann/Ref.4251600	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare
LoFric/ Hydro/Kit Tiemann/Ref.4251800	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare
LoFric/Hydro/Kit Nelaton/Ref.4200800	Caixa - 20 unidade (s)	Ostomia Retenção / Incontinência	Kit para cateterização intermitente, Masculino	51.00 €	100 %	0.00 €	Wellspect Healthcare

 **PEM**  
Prescrição Eletrônica Médica

MED CRD ▶ DISPOSITIVOS MÉD  
Dr(a). PAULO ANTONIO S  
UROLOGIA C.H.

**UTENTE**

Dados Pessoais:

Ent. Financeira:  SNS

**PESQUISAR DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Produtos de Ostomia  CE  PA

**Tipo de Produto**

Ostomia Retenção / Incontinência

**Grupo de Ostomia**

Kit para cateterização intermitente, Masculino

**Produto selecionado**

B.Braun / Actreen glys set / Refª.: 226212L

**Qt**

6  ?

PREÇO: 76.50 € COMP: 100 % UTE: 0.00 € SNS: 76.50 € DIF: €

**POSOLOGIA**

auto-algaliação 5 x /dia

Quantidade  -Selecionar-  -Selecionar-

Frequência  -Selecionar-  -Selecionar-


Duração  -Selecionar-  -Selecionar-

Instruções  auto-alagliação 5 x /dia

Gravar posologia



auto-alagliação 5 x /dia


ADICIONAR À RECEITA





**PEM**  
Prescrição Eletrónica Médica


MED CRD ▶ DISPOSITIVOS MÉDICOS


FORMAÇÃO  

 **Dr(a). PAULO ANTONIO SANTOS TEMIDO CAETANO, 34447**


 Notificações


 UROLOGIA

 C.H.U.C. HUC - CEXT






 [GLINTT\_GFP]

**UTENTE**

**Dados Pessoais:** 

**Ent. Financeira:**  SNS

R  
O

**PESQUISAR DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**DISPOSITIVOS MÉDICOS RECEITA**

Produtos de Ostomia CE PA

**Tipo de Produto**  
-Selecione-

**Grupo de Ostomia**  
-Selecione-

**Produto selecionado**

**Qt**

PREÇO:0.0€ COMP:0% UTE:0.0€ SNS:0.0€ DIF:€

**POSOLOGIA**



**Quantidade** -Selecione- -Selecione-


**Frequência** -Selecione- -Selecione-

**Duração** -Selecione- -Selecione-

**Instruções**


**Gravar posologia**

Qt	Nome dispositivo médico	Tipo	Ren.	Docs	
6	B.Braun / Actreen glys set / Ref <sup>o</sup> .: 226212L <i>autoalgaliação 5 x /dia</i>	OST	<input type="checkbox"/>		 

ADICIONAR À RECEITA 

Encargos Utente  
0.00 (€)

Encargos SNS  
459.00 (€)

EMITIR 

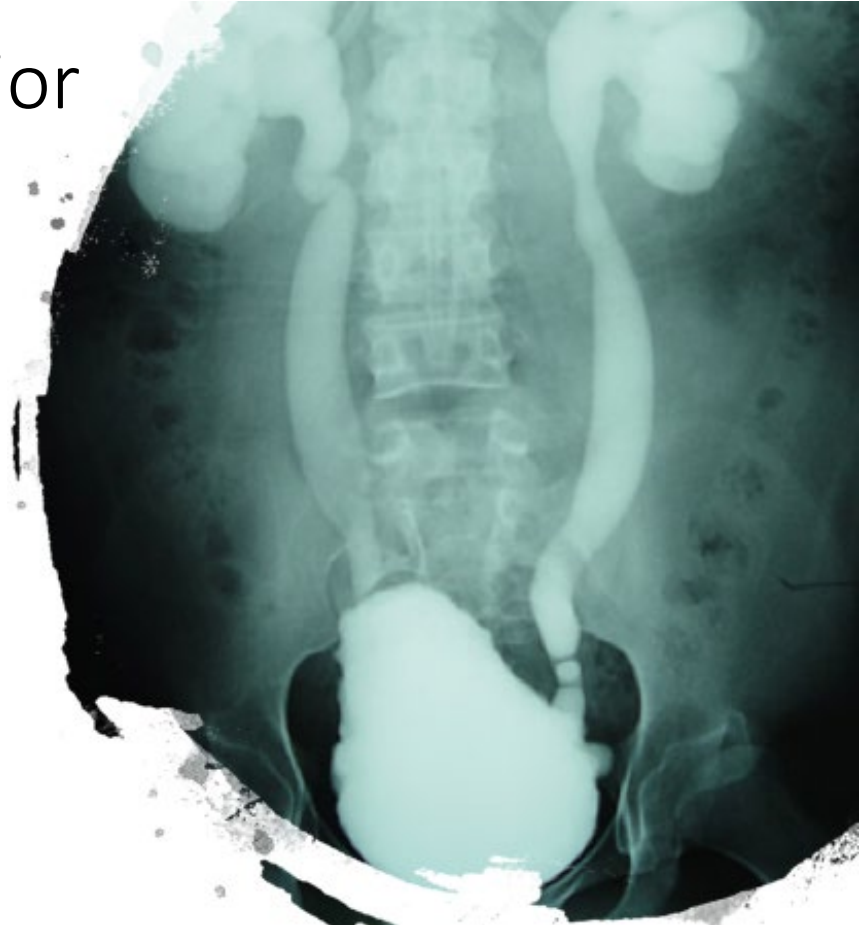
## O que é uma bexiga neurogênica de risco?

- Disfunção vesical com impacto
  1. Aparelho urinário superior
  2. Infecção
  3. Continência
  4. Adesão à terapêutica

# 1. Aparelho urinário superior

- A insuficiência renal é o principal fator de mortalidade em pacientes com LVM, principalmente devido à alta pressão vesical
- Manter a pressão vesical baixa durante as fases de enchimento e esvaziamento reduz significativamente a mortalidade por causas urológicas

- ECOGRAFIA
  - avaliar hidronefrose, litíase, resíduo pós-miccional
- Creatinina sérica – isolada não é útil
- Cintigrama renal



## 2. Infecção

É importante manter esses doentes livres de infecção.

A colonização ocorre universalmente dentro de 30 dias após o cateterismo

**A bacteriúria assintomática não deve ser rotineiramente rastreada ou tratada**

- Os sinais e sintomas mais comuns suspeitos de uma **ITU**
  - febre
  - desconforto ou dor lombar ou hipogástrica, disúria
  - disreflexia autonómica
  - espasticidade aumentada
  - incontinência de novo ou aumento
  - urina turva com odor de urina aumentado

## 2. Infecção - tratamento

- ITU em pacientes com bexiga neurogénica é, por definição, uma ITU complicada portanto, o **tratamento com dose única não é recomendado**
- Não há consenso sobre a duração do tratamento
- **A profilaxia antibiótica** em dose baixa e longo prazo não reduz a frequência da ITU, mas aumenta a resistência bacteriana e, portanto, **não é recomendada**

## 3. Continência

- Alcançar a continência é o (um dos) principal objetivo (s) para o doente
- Manter a continência
  - mantendo a pressão da bexiga baixa
    - **CIC, medicação oral, toxina botulínica**

- *Antimuscarínicos*
  - Doses mais altas ou combinações
- Agonistas Beta-3 - Experiência limitada
- **Toxina Botulínica**
  - Eficaz na bexiga neurogénica

# Cateterismo intermitente limpo - CIC

THE JOURNAL OF UROLOGY  
Copyright © 1972 By The Williams & Wilkins Co.

Vol. 107, March  
Printed in U.S.A.

## CLEAN, INTERMITTENT SELF-CATHETERIZATION IN THE TREATMENT OF URINARY TRACT DISEASE

JACK LAPIDES, ANANIAS C. DIOKNO, SHERMAN J. SILBER AND BETTE S. LOWE

*From the Section of Urology, Department of Surgery, University of Michigan Medical Center,  
Ann Arbor, Michigan*

Recommendations	Strength rating
<u>Use intermittent</u> catheterisation, whenever possible aseptic technique, as a standard treatment for patients who are unable to empty their bladder.	Strong
Thoroughly <u>instruct</u> patients in the technique and risks of intermittent catheterisation.	Strong
<u>Avoid indwelling</u> transurethral and suprapubic catheterisation whenever possible.	Strong

## Bexiga neurogénica refractária

Neuromodulação sagrada

Estimulação sagrada anterior

Cistoplastia de aumento

Slings ou esfíncter urinário

*Derivação urinária*

## 4. Adesão à terapêutica

- CIC
- Medidas conservadoras para diminuir o risco de infeção
- Antimuscarínicos
- Consulta médica
- Existem vários fatores que podem comprometer a adesão dos pacientes
  - Psicológico, cognitivo
  - Económico
  - Acesso ao atendimento especializado
- **A adesão do paciente é o fator final para o sucesso do tratamento**

# Bexiga neurogénica de alto risco: seguimento



- O diagnóstico de bexiga neurogénica é dinâmico e depende:
  - Do tipo de lesão
  - Do tipo de uropatia
  - Da presença de complicações

Recommendations	Strength rating
<u>Assess the upper urinary tract at regular intervals</u> in high risk patients.	Strong
<u>Perform a physical examination and urine laboratory every year</u> in high risk patients.	Strong
Any significant clinical changes should instigate further, specialised, investigation.	Strong
<u>Perform urodynamic investigation</u> as a mandatory baseline diagnostic intervention in high-risk patients at regular intervals.	Strong

É necessária vigilância apertada *ad aeternum*

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

Mensagens finais e discussão - Paulo Temido, João Lourenço

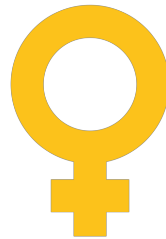


## Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical...

- Avaliar e quantificar os sintomas, impacto na QoL
- Carta miccional
- Exames complementares básicos
- Excluir etiologias graves
- Maioria dos casos
  - Medidas conservadoras em primeira linha associado a
    - Terapêutica farmacológica
- Técnicas mini-invasivas ou cirúrgicas para os casos refractários

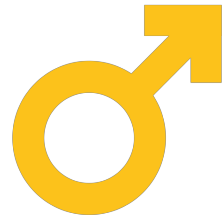
## Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical... no feminino

- Bexiga hiperativa muito frequente
- Exame ginecológico- imperativo
- Micção disfuncional ou obstrução muitas x associadas a prolapsos
- IU Mista- tratar primeiro o mais importante



## Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical... no masculino

- Ver para além da próstata
- Antecedentes médicos e cirúrgicos
- Avaliar obstrução
- Papel da terapêutica combinada



## Como diagnosticar, tratar e seguir uma disfunção vesical... no doente neurológico

- Caracterizar a lesão neurológica
- Caracterizar a disfunção, os sintomas e o impacto na QoL
- Avaliar aparelho urinário superior, ITU, continência, adesão do doente
- Estabelecer plano de seguimento



# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

# DISFUNÇÕES VESICAIS

Coordenador: Paulo Temido - CHUC

Comentador: João Lourenço, CHBV - Aveiro

Miguel Eliseu - CHUC

Daniela Fernandes - UCSP Cantanhede

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal