

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

06 e 07 de fevereiro de 2020

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

O DOENTE COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Coordenadores: Luís Sousa e Edgar Tavares Silva

Comentadora: Margarida Rosa

A Disfunção Erétil como marcador de patologia cardiovascular

Duarte Brito e João Lorigo

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Disfunção Erétil

“A Disfunção Erétil (DE) tem sido frequentemente definida como a **incapacidade de manter uma função erétil que seja suficiente para permitir um ato sexual considerado satisfatório**, levando a uma considerável angústia para o casal.

(...)

É estimado que a DE afete 300 milhões de pessoa em 2025. Estudos apontam para que a DE afete mais de 50% dos homens com idades entre os 40-70 anos”¹

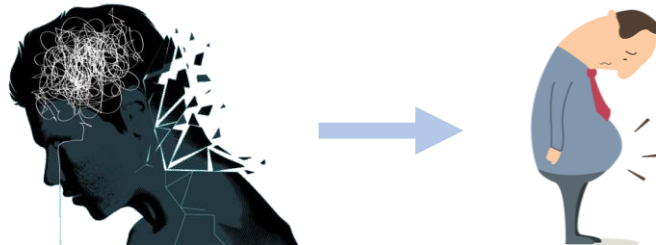


Disfunção Erétil

Inicialmente estudos sugeriam que DE seria predominantemente psicogénica...

...Contudo estudos recentes estabeleceram forte relação entre DE e numerosas patologias como diabetes, hipertensão, dislipidémia, síndrome metabólico, ITUs e depressão.

“Forte evidência aponta que a DE seja independentemente, assim como, significativamente associada a doença cardiovascular, AVC, doença arterial coronária e mortalidade por todas as causas”²



Disfunção Erétil

BOX 26-1 Classification of Male Erectile Dysfunction

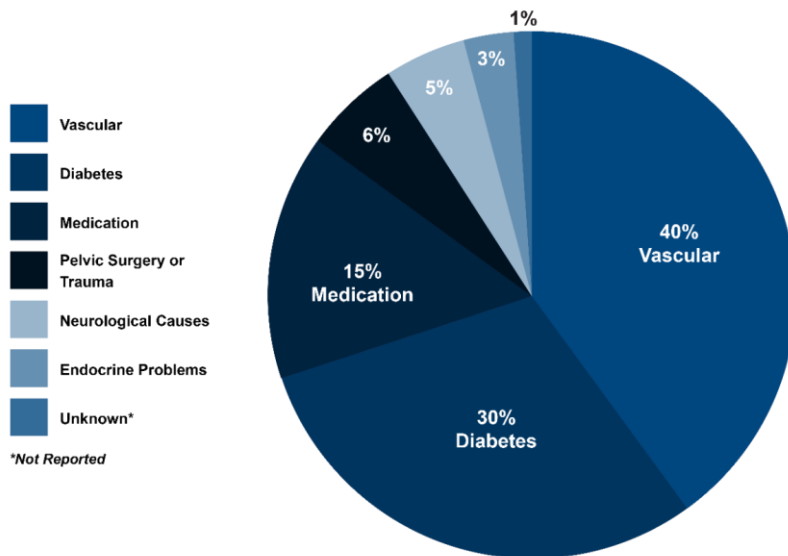
ORGANIC

- I. Vasculogenic
 - A. Arteriogenic
 - B. Cavemosal
 - C. Mixed
- II. Neurogenic
- III. Anatomic
- IV. Endocrinologic

PSYCHOGENIC

- I. Generalized
 - A. Generalized unresponsiveness
 - 1. Primary lack of sexual arousability
 - 2. Aging-related decline in sexual arousability
 - B. Generalized inhibition
 - 1. Chronic disorder of sexual intimacy
- II. Situational
 - A. Partner-related
 - 1. Lack of arousability in specific relationship
 - 2. Lack of arousability owing to sexual object preference
 - 3. High central inhibition owing to partner conflict or threat
 - B. Performance-related
 - 1. Associated with other sexual dysfunction (e.g., rapid ejaculation)
 - 2. Situational performance anxiety (e.g., fear of failure)
 - C. Psychological distress or adjustment related
 - 1. Associated with negative mood state (e.g., depression) or major life stress (e.g., death of partner)

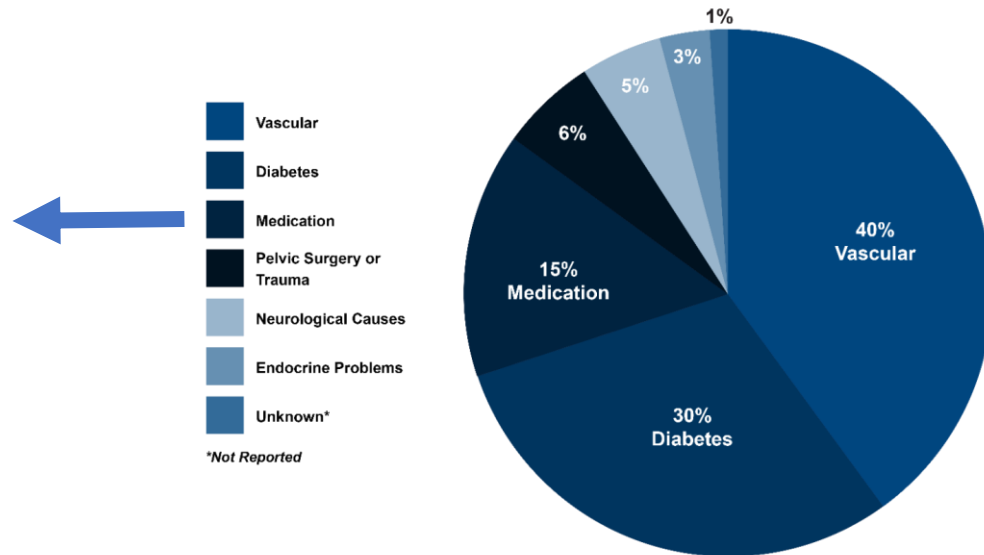
“É estimado que a doença aterosclerótica seja responsável por 40% dos casos de DE em homens com mais de 50 anos.”³



3. MD Michael G.Wyllie. The underlying pathophysiology and causes of erectile dysfunction. Elsevier Inc., 2005.
4. Wein, A. J., Kavoussi, L. R., Partin, A. W., & Peters, C. A. (2016). *Campbell-Walsh urology*. Philadelphia, PA: Elsevier.

Disfunção Erétil

CLASS	KNOWN TO CAUSE ERECTILE DYSFUNCTION	SUGGESTED ALTERNATIVES
Antihypertensives	Thiazide diuretics General β blockers	α -Blockers Calcium channel blockers Specific β -blockers Angiotensin-converting enzyme inhibitors Angiotensin II receptor antagonists
Psychotropics	Antipsychotics Antidepressants Anxiolytics	Newer anxiolytics (bupropion, buspirone)
Antiandrogen	Androgen receptor antagonists Luteinizing hormone-releasing hormone agonists 5 α -Reductase inhibitors	
Opiates		
Antiretroviral agents		
Tobacco		Quit smoking
Alcohol	Large amount	Small amount





Disfunção Erétil

“Na maioria dos doentes com DE aterogénica, a perfusão peniana deficitária é um componente de um processo aterosclerótico generalizado/sistémico.”⁴

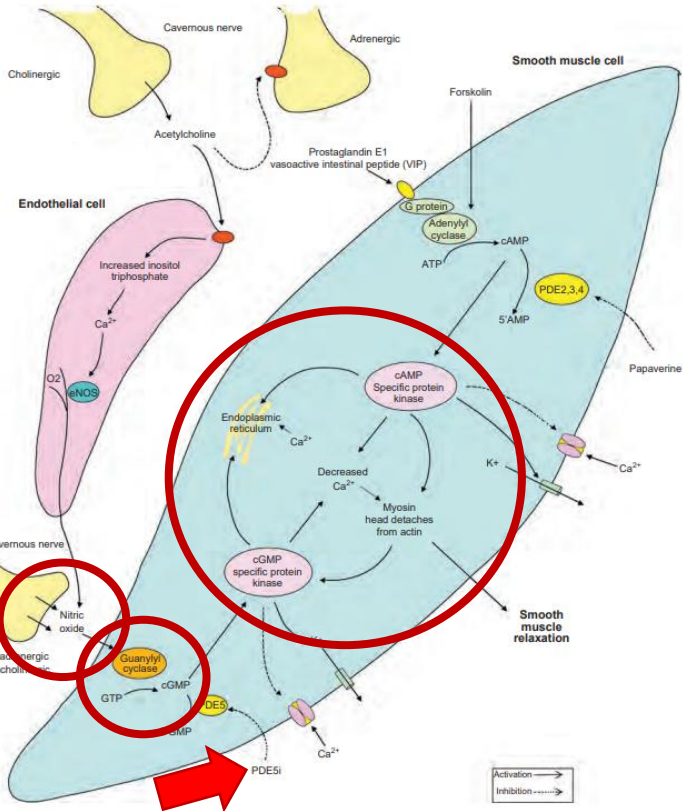
Estudos apontam para que alguns Fatores de Risco CV sejam comuns para a DE:

- “Alta prevalência de DE em doentes com doença vascular periférica, coronária e cerebral”;
- “Homens com DE tem aumentada incidência de dislipidémia”;
- “Obesidade, IMC elevado e elevada percentagem de massa gorda foi independentemente associada a maior prevalência de DE moderada a severa”;
- “Hipertensão é um fator de risco independente para DE”...

“Quanto mais grave a doença vascula coronária ou periférica, mais prevalente é a DE”⁴



Fisiologia da Ereção



SNP → Ereção via relaxamento musculo liso

Aumento NO

Estimulação Guanilato Ciclase

Conversão GTP em cGMP

cGMP leva a entrada Ca²⁺ para RE e relaxamento da musculatura lisa

Nota: cGMP é degradado PDE-5 → Alvo dos iPDE-5



Disfunção Erétil

“Na maioria dos doentes com DE ateriogénica, a perfusão peniana deficitária é um componente de um processo aterosclerótico generalizado/sistémico.”⁴

Fisiopatologia

Estado androgénico

Inflamação crónica

Fatores risco CV

Disfunção Endotelial

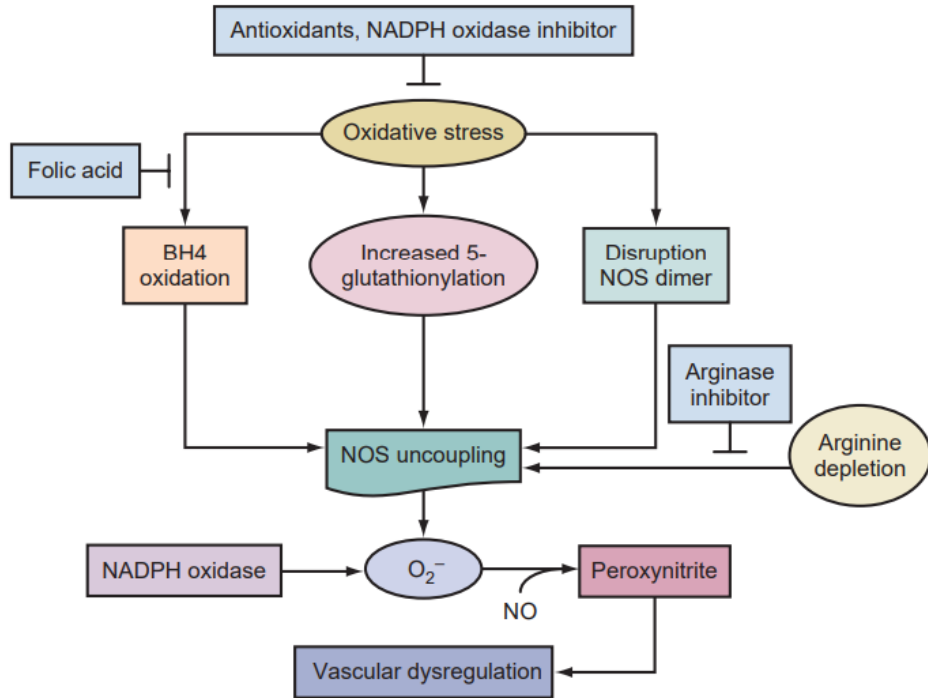
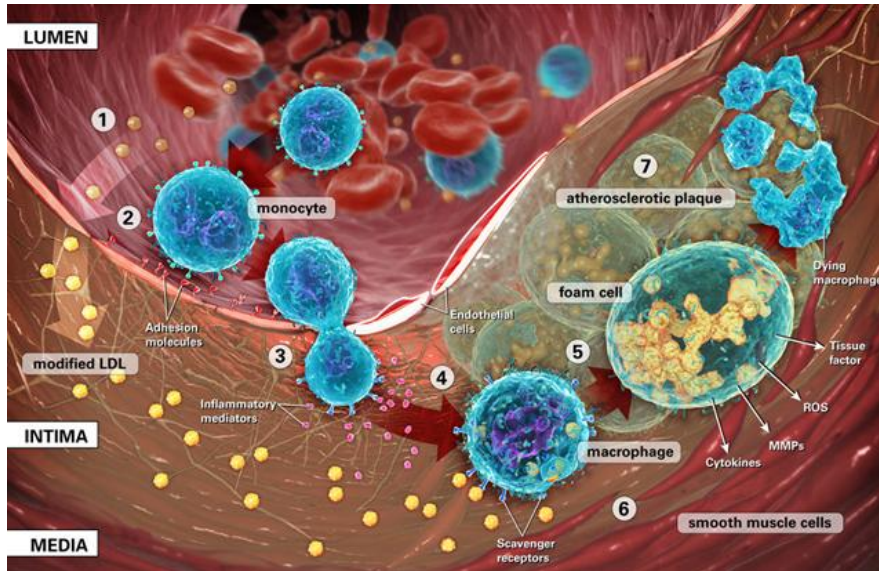
Aterosclerose

Disfunção Erétil

Doença Coronária



Disfunção Erétil - Fisiopatologia

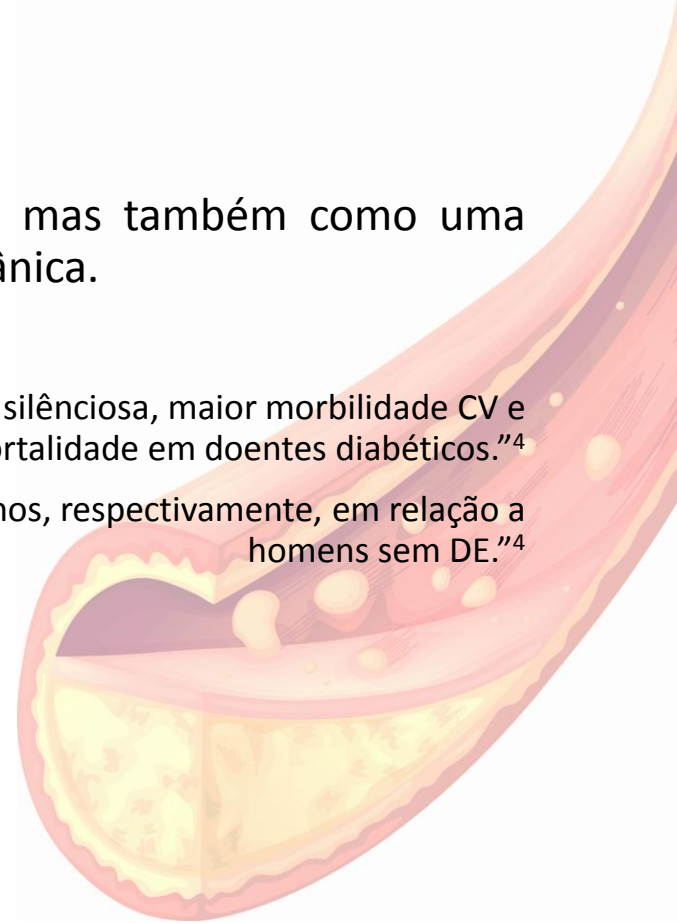


Disfunção Erétil

Entender a DE não apenas como entidade isolada, mas também como uma consequência de patologia vascular periférica multi-orgânica.

“DE está associada a 14 vezes maior risco de doença coronária silênciosa, maior morbidade CV e mortalidade em doentes diabéticos.”⁴

“Doentes com DE tem 45% e 80% maior risco de mortalidade a 5 e 10 anos, respectivamente, em relação a homens sem DE.”⁴

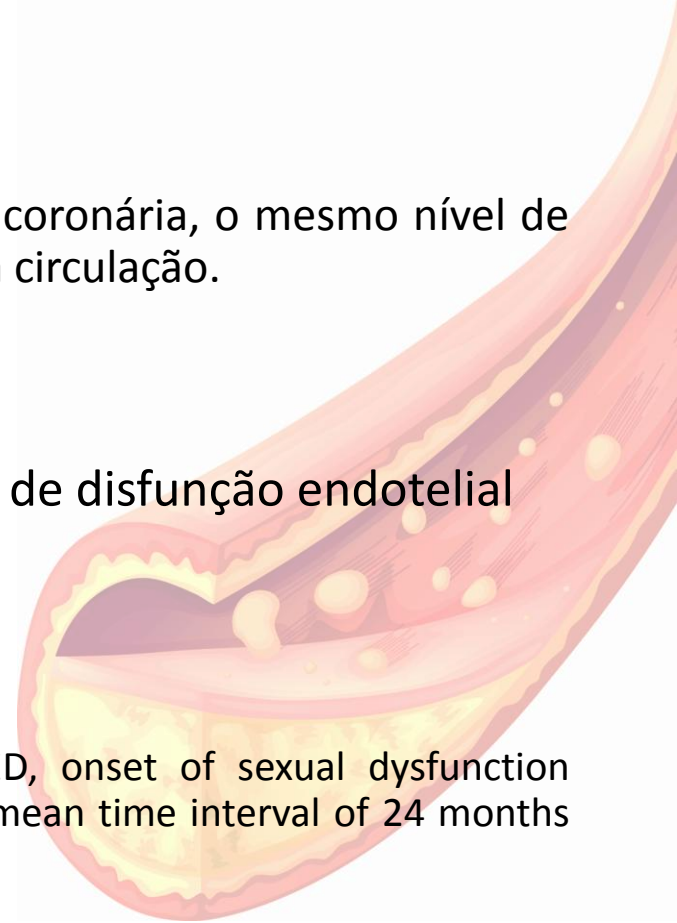


Disfunção Erétil

Por a vasculatura peniana ser de menor calibre que a coronária, o mesmo nível de disfunção endotelial, causa maior disfunção a nível dessa circulação.

“DE pode ser considerada um **marcador precoce** de disfunção endotelial sistémica.”⁴

“In patients with chronic coronary disease who also had ED, onset of sexual dysfunction occurred before coronary artery disease onset in 93%, with a mean time interval of 24 months (range 12 to 36 months)”⁴



Disfunção Erétil

Alguns autores defendem a pesquisa de DE como forma de detecção precoce de doença cardio-vascular.



Avaliação do risco Cardio-Vascular

ECDs no ambulatório:

- **Glicémia em jejum ou HbA1c**
- **Perfil Lipídico**
- Função Renal
- Função Tiroideia

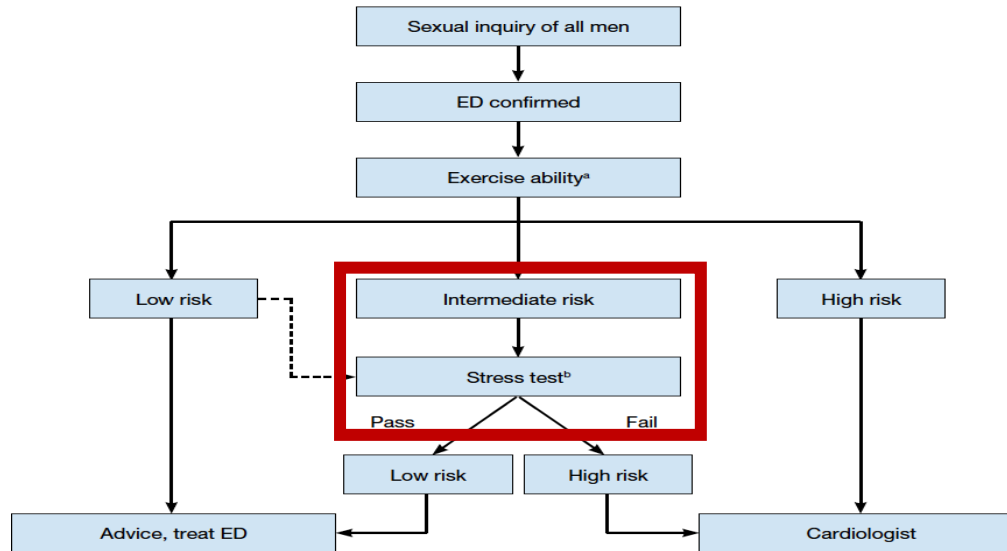


Avaliação do risco Cardio-Vascular

Prova de esforço a quem?

Doentes de risco intermedio:

Figure 2: Treatment algorithm for determining level of sexual activity according to cardiac risk in ED (based on 3rd Princeton Consensus) (19)



^aSexual activity is equivalent to walking 1 mile on the flat in 20 min or briskly climbing two flights of stairs in 10 s.

^bSexual activity is equivalent to 4 min of the Bruce treadmill protocol.

Avaliação do risco Cardio-Vascular

Prova de esforço a quem?

Doentes de risco intermedio:

3 ou mais fatores de risco cardiovasculares

Angina moderada, estável

Enfarte Agudo miocárdio recente

Antecedentes AVC, doença vascular periférica

Insuficiência Cardíaca NYHA III

Não vale a pena pedir em doentes de alto risco

Table 2: Cardiac risk stratification (based on 2nd and 3rd Princeton Consensus [106, 108])

Low-risk category	Intermediate-risk category	High-risk category
Asymptomatic, < 3 risk factors for CAD (excluding sex)	≥ 3 risk factors for CAD (excluding sex)	High-risk arrhythmias
Mild, stable angina (evaluated and/or being treated)	Moderate, stable angina	Unstable or refractory angina
Uncomplicated previous MI	Recent MI (> 2, < 6 weeks)	Recent MI (< 2 weeks)
LVD/CHF (NYHA class I or II)	LVD/CHF (NYHA class III)	LVD/CHF (NYHA class IV)
Post-successful coronary revascularisation	Non-cardiac sequelae of atherosclerotic disease (e.g., stroke, peripheral vascular disease)	Hypertrophic obstructive and other cardiomyopathies
Controlled hypertension		Uncontrolled hypertension
Mild valvular disease		Moderate-to-severe valvular disease

CAD = coronary artery disease; CHF = congestive heart failure; LVD = left ventricular dysfunction; MI = myocardial infarction; NYHA = New York Heart Association.

Avaliação do risco Cardio-Vascular

Prova de esforço a quem?

Doentes de risco intermedio:

Após prova de esforço, podem estes doentes praticar ou não atividade sexual??

Ato sexual equivale a **3 METs**

↳ **Completar 4 minutos no protocolo de Bruce**



“A avaliação da DE oferece um autêntico barômetro clínico do estado de saúde geral do homem. Esforços no sentido de uma melhor gestão da DE são cruciais para a sua prevenção, promoção de saúde e aumento da sobrevida.”⁴



TAKE HOME POINTS

- **DE orgânica como principal causa de DE**
-DE vascular como principal causa DE orgânica
- **Fármacos como importante causa de DE**
- **Forte associação entre DCV e DE**
- **DE poderá ser uma boa forma de pesquisa e identificação precoce de doentes em risco de eventos CV.**
- **Apenas doentes risco CV intermédio devem realizar prova esforço**

TAKE HOME POINTS

CLASS	KNOWN TO CAUSE ERECTILE DYSFUNCTION	SUGGESTED ALTERNATIVES
Antihypertensives	Thiazide diuretics General β blockers	α -Blockers Calcium channel blockers Specific β -blockers Angiotensin-converting enzyme inhibitors Angiotensin II receptor antagonists
Psychotropics	Antipsychotics Antidepressants Anxiolytics	Newer anxiolytics (bupropion, buspirone)
Antiandrogen	Androgen receptor antagonists Luteinizing hormone-releasing hormone agonists 5 α -Reductase inhibitors	
Opiates		
Antiretroviral agents		
Tobacco		Quit smoking
Alcohol	Large amount	Small amount

AGENT	EFFECT	MECHANISM
Diuretics	ED (twice as common as placebo)	Unknown
β -Blocker (nonselective)	ED	Prejunctional α_2 -receptor inhibition
β_1 -Blocker (selective)	None	
α_1 -Blocker	Decreases ED rate but may cause retrograde ejaculation	Failure of sympathetically induced closure of internal sphincter and proximal urethra during ejaculation
α_2 -Blocker	ED	Inhibition of central α_2 receptor
Angiotensin-converting enzyme inhibitor	None	
Angiotensin II receptor blocker	Decreases ED rate	
Calcium channel blocker	None	

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

06 e 07 de fevereiro de 2020

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

O DOENTE COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Coordenadores: Luís Sousa e Edgar Tavares Silva

Comentadora: Margarida Rosa

*Abordagem fundamental ao doente com
Disfunção Erétil*

Duarte Brito e João Lorigo

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

“Estudos sugerem que os doentes raramente se sentem confortáveis para explicitamente falarem de forma aberta sobre a sua vida sexual com o seu médico de família até que sejam convidados a fazê-lo.”⁵



Anamnese

- Ambiente calmo, confortável e reservado.
- Proporcionar confiança ao doente. **Não fazer juízos de valor.**
- **História médica e sexual** do doente, e quando possível, do **parceiro**.
 - Orientação sexual
 - Relações sexuais atuais ou prévias
 - Situação emocional atual
 - Relações interpessoais
 - Rede de suporte familiar/social
 - Problemas económicos/desemprego
 - Início, duração, frequência e severidade da DE
 - Consultas ou tratamentos prévios



"Good news, honey! Dr. Bingham couldn't detect any impotence."

Anamnese

História Sexual:

- Definir o problema primário
 - Ereção; Desejo sexual; ejaculação; orgasmo.
 - **Questionários?**
- Função Erétil
 - Duração; Rigidez e tempo até à rigidez máxima
 - Ereção sexualmente estimulada e ereção matinal
 - Dor ou curvatura do pênis
- Ejaculação
 - Prematura, retardada, ausente, normal



Anamnese

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

- 15 itens
- Função Erétil; Orgasmo; Desejo Sexual; Satisfação no Acto e Satisfação Global

Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

- 5 perguntas retiradas do IIEF
- Grande sensibilidade e especificidade
- Pontuação:
 - Severa (5-7 pontos)
 - Moderado (8-11)
 - Suave a Moderado (12-16)
 - Suave (17-21)
 - Sem DE (22-25)

Sexual Health Inventory For Men (SHIM)

Instructions

Each question has 5 possible responses. Circle the number that best describes your own situation. Select only 1 answer for each question.

Over the past 6 months:

1. How do you rate your confidence that you could keep an erection?

1	2	3	4	5
Very low	Low	Moderate	High	Very high

2. When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration (entering your partner)?

1	2	3	4	5
Almost never or never	A few times (much less than half the time)	Sometimes (about half the time)	Most times (much more than half the time)	Almost always or always

3. During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had penetrated (entered) your partner?

1	2	3	4	5
Almost never or never	A few times (much less than half the time)	Sometimes (about half the time)	Most times (much more than half the time)	Almost always or always

4. During sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?

1	2	3	4	5
Extremely difficult	Very difficult	Difficult	Slightly difficult	Not difficult

5. When you attempted sexual intercourse, how often was it satisfactory for you?

1	2	3	4	5
Almost never or never	A few times (much less than half the time)	Sometimes (about half the time)	Most times (much more than half the time)	Almost always or always

Anamnese

BOX 26-1 Classification of Male Erectile Dysfunction

ORGANIC

- I. Vasculogenic
 - A. Arteriogenic
 - B. Cavemosal
 - C. Mixed
- II. Neurogenic
- III. Anatomic
- IV. Endocrinologic

PSYCHOGENIC

- I. Generalized
 - A. Generalized unresponsiveness
 - 1. Primary lack of sexual arousability
 - 2. Aging-related decline in sexual arousability
 - B. Generalized inhibition
 - 1. Chronic disorder of sexual intimacy
- II. Situational
 - A. Partner-related
 - 1. Lack of arousability in specific relationship
 - 2. Lack of arousability owing to sexual object preference
 - 3. High central inhibition owing to partner conflict or threat
 - B. Performance-related
 - 1. Associated with other sexual dysfunction (e.g., rapid ejaculation)
 - 2. Situational performance anxiety (e.g., fear of failure)
 - C. Psychological distress or adjustment related
 - 1. Associated with negative mood state (e.g., depression) or major life stress (e.g., death of partner)



DE Psicogénica	DE Orgânica
Doentes mais jovens	Doentes mais idosos
Início abrupto	Ausência de ereções noturnas
Líbido diminuído	Líbido conservado para a idade
Ausência de ejaculação	Ejaculação sem ereção
Conflitos conjugais	Boa relação conjugal
Depressão	Ausência de fator desencadeante
Perturbações de humor / Ansiedade	Etiologia orgânica evidente
Ereções noturnas conservadas	Ausência de ereções noturnas
Exame físico normal	Exame físico alterado
Exames complementares normais	Exames complementares alterados

Anamnese

Fármacos a investigar:

- Anti- Hipertensores: Diuréticos e beta bloqueantes
- Antidepressivos: SSRI, tricíclicos
- Neurolépticos
- Finasteride e dutasteride
- Drogas recreativas
- Testosterona

Questionar fármacos de início recente



Exame Objetivo

- **Aspeto geral, IMC e perímetro Abdominal**
- **Endocrinológico**
 - Caracteres sexuais secundários; ginecomastia; estigmas de endocrinopatias
- **Geniturinário**
 - Pénis - morfologia, elasticidade e placas de fibrose
 - Testículos – consistência, localização e volume
 - Exame digital retal (> 50 anos)
- **Vascular**
 - TA, FC pulsos periféricos e sopros arteriais
- **Neurológico**
 - Sensibilidade genital, perineal, reflexo bulbocavernoso e anal superficial



Diagnóstico

ECDs no ambulatório:

- Glicémia em jejum ou HbA1c
- Perfil Lipídico
- Função Renal
- Função Tiroideia



Diagnóstico

Medição da testosterona total em todos os doentes (recomendação)

Na prática valores necessários de testosterona para assegurar uma ereção são muito baixos pedimos quando:

Idade jovem

Sinais de Hipogonadismo

Alterações libido

Testosterona baixa:

Prolactina

LH



Disfunção Erétil e Risco Cardio-Vascular

Disfunção Erétil como sinal de alarme de DCV

Princeton Consensus

- Quando tratar a DE?
- Quando referenciar ao Cardiologista?

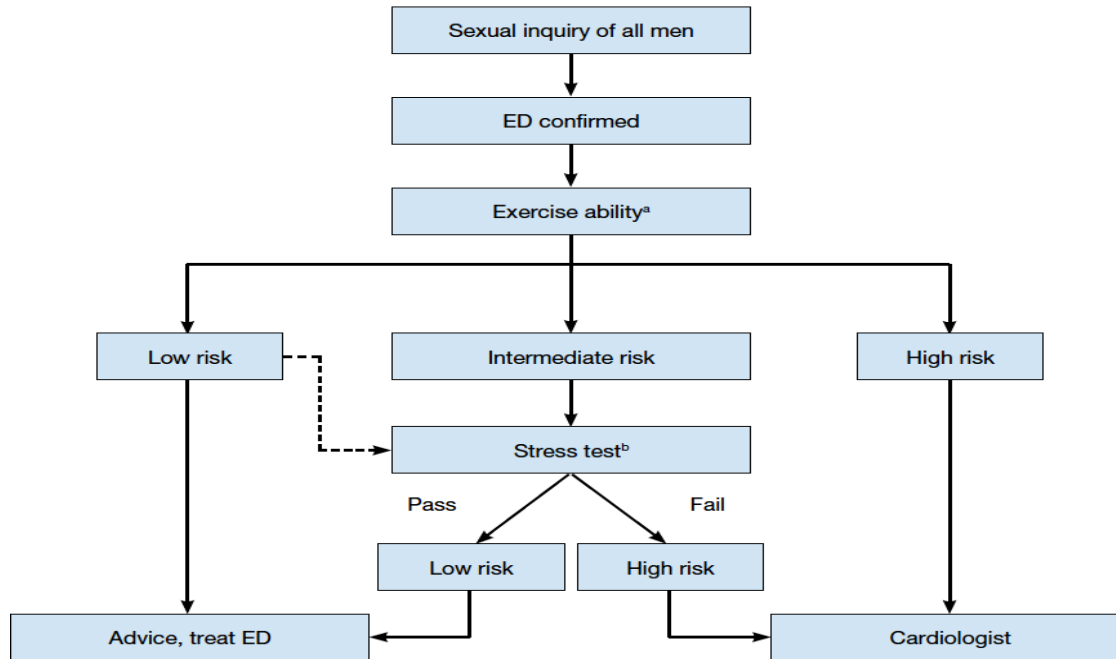
Table 2: Cardiac risk stratification (based on 2nd and 3rd Princeton Consensus [106, 108])

Low-risk category	Intermediate-risk category	High-risk category
Asymptomatic, < 3 risk factors for CAD (excluding sex)	≥ 3 risk factors for CAD (excluding sex)	High-risk arrhythmias
Mild, stable angina (evaluated and/or being treated)	Moderate, stable angina	Unstable or refractory angina
Uncomplicated previous MI	Recent MI (> 2, < 6 weeks)	Recent MI (< 2 weeks)
LVD/CHF (NYHA class I or II)	LVD/CHF (NYHA class III)	LVD/CHF (NYHA class IV)
Post-successful coronary revascularisation	Non-cardiac sequelae of atherosclerotic disease (e.g., stroke, peripheral vascular disease)	Hypertrophic obstructive and other cardiomyopathies
Controlled hypertension		Uncontrolled hypertension
Mild valvular disease		Moderate-to-severe valvular disease

CAD = coronary artery disease; CHF = congestive heart failure; LVD = left ventricular dysfunction; MI = myocardial infarction; NYHA = New York Heart Association.

Disfunção Erétil e Risco Cardio-Vascular

Figure 2: Treatment algorithm for determining level of sexual activity according to cardiac risk in ED (based on 3rd Princeton Consensus) (19)



^aSexual activity is equivalent to walking 1 mile on the flat in 20 min or briskly climbing two flights of stairs in 10 s.

^bSexual activity is equivalent to 4 min of the Bruce treadmill protocol.

Disfunção Erétil e Risco Cardio-Vascular

Prova de esforço a quem?

Doentes de risco intermédio:

3 ou mais fatores de risco cardiovasculares

Angina moderada, estável

Enfarte agudo miocárdio recente

Antecedentes AVC, doença vascular periférica

Insuficiência cardíaca NYHA III

Não vale a pena pedir em doentes de alto risco

Table 2: Cardiac risk stratification (based on 2nd and 3rd Princeton Consensus [106, 108])

Low-risk category	Intermediate-risk category	High-risk category
Asymptomatic, < 3 risk factors for CAD (excluding sex)	≥ 3 risk factors for CAD (excluding sex)	High-risk arrhythmias
Mild, stable angina (evaluated and/or being treated)	Moderate, stable angina	Unstable or refractory angina
Uncomplicated previous MI	Recent MI (> 2, < 6 weeks)	Recent MI (< 2 weeks)
LVD/CHF (NYHA class I or II)	LVD/CHF (NYHA class III)	LVD/CHF (NYHA class IV)
Post-successful coronary revascularisation	Non-cardiac sequelae of atherosclerotic disease (e.g., stroke, peripheral vascular disease)	Hypertrophic obstructive and other cardiomyopathies
Controlled hypertension		Uncontrolled hypertension
Mild valvular disease		Moderate-to-severe valvular disease

CAD = coronary artery disease; CHF = congestive heart failure; LVD = left ventricular dysfunction; MI = myocardial infarction; NYHA = New York Heart Association.

Disfunção Erétil e Risco Cardio-Vascular

Tumescência peniana noturna

Avaliação em duas noites diferentes

Confirmação da ausência de ereções

Ecodoppler peniano

Exame não invasivo

Avaliação da vasculatura

Exame normal exclui necessidade de mais exames

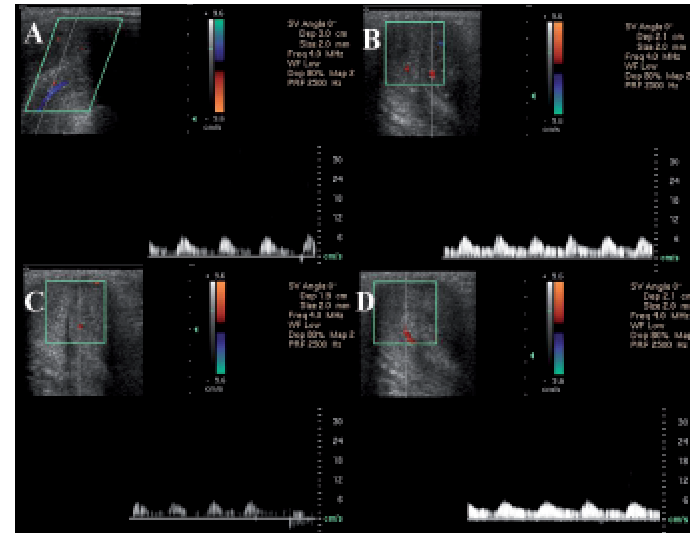


FIGURE 3

TAKE HOME POINTS

- Avaliação deve ser realizada em ambiente reservado e sem julgamentos.
- Perfil hormonal mais importante em doentes jovens.
- Prova de esforço em todos os doentes de risco intermédio

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

06 e 07 de fevereiro de 2020

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

O DOENTE COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Coordenadores: Luís Sousa e Edgar Tavares Silva

Comentadora: Margarida Rosa

Terapêutica conservadora e medicamentosa da Disfunção Erétil

Duarte Brito e João Lorigo

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Terapêutica

- Primeiro passo fundamental é a gestão de expectativas
- Tratamento co-morbilidades
- Revisão da medicação
 - Beta bloqueantes
 - Inibidores recaptção serotonina
 - Inibidores 5-alfaredutase

Terapêutica conservadora

Difícil recuperação função prévia

- Perda de peso
- Exercício físico
- Controlo glicémico e tensional



Terapêutica conservadora

Disfunção erétil psicogénica

- Terapêutica passa pela resolução das causas mais comuns:
 - Stress
 - Problemas conjugais
 - Depressão
 - Ansiedade
- Terapia conjugal
- Consulta sexologia clínica:
 - Doentes jovens
 - Disfunção erétil situacional

Terapêutica conservadora

Substituição farmacológica:

Opções Terapêuticas:

- Antihipertensores
 - IECAs/ARAs ou BCC
 - Nebivolol
 - “release of nitric oxide, resulting in penile vasodilation, which may be beneficial in the male patient with a history of hypertension and ED.”
- Antidepressivos
 - Bupropiona; Nefazodona; Bupiriona e Mirtazapina
 - “Drug Holidays” e Titulação de dose

Drug-induced
Antihypertensives (e.g., thiazide diuretics, beta-blockers, etc.)
Antidepressants (selective serotonin re-uptake inhibitors, tricyclics)
Antipsychotics (e.g., neuroleptics, etc.)
Antiandrogens (GnRH analogues and antagonists; 5-ARIs)
Recreational drugs (e.g., alcohol, heroin, cocaine, marijuana, methadone, synthetic drugs, anabolic steroids, etc.)

Terapêutica Farmacológica

Escolha tem por base opções do doente:

- Diário
- *On demand*

Inibidores Fosfodiesterases 5 medicação 1ª Linha

Terapêutica Farmacológica

Sildenafil

25, 50 e 100 mg

- em jejum 30-60min antes RS
- duração de acção 6-12 horas



Vardenafil

5, 10 e 20 mg

- em jejum 1h antes RS
- início de acção 25-30+ minutos
- duração de acção 6-12 horas



Tadalafil

5, 10 e 20 mg

- 5mg → diário
- 10 e 20mg – 30-60min antes RS
- início de acção 30minutos
- duração de acção ~36 horas



Avanafil

50, 100 e 200mg

- 15min antes RS
- início de acção 30-50 minutos
- duração de acção >6 horas



Terapêutica Farmacológica

On demand

- Início de ação mais curto
 - Sildenafil e Vardenafil
- Maior semivida
 - Tadalafil

Diários

- Tadalafil 5mg

Efeitos adversos:

- Cefaleias
- Hipotensão

Adverse event	Sildenafil	Tadalafil	Vardenafil	Avanafil 200mg
Headache	12.8%	14.5%	16%	9.3%
Flushing	10.4%	4.1%	12%	3.7%
Dyspepsia	4.6%	12.3%	4%	uncommon
Nasal congestion	1.1%	4.3%	10%	1.9%
Dizziness	1.2%	2.3%	2%	0.6%
Abnormal vision	1.9%		< 2%	none
Back pain		6.5%		< 2%
Myalgia		5.7%		< 2%

* Adapted from EMA statements on product characteristics.

Terapêutica Farmacológica

Contraindicações

- **Absoluta - Nitratos**

- Relativa

- Alfa-bloqueantes (Doxazosina)
- Predisposição priapismo

- Diminuição da dose

- Inibidores P450CYP3A4
Cetoconazole, itraconazol, eritromicina, claritromicina, inibidores da
protéase
- DRC grave e cirrose hepática (Child-Pugh A e B)

EAM recente menos de 6 semanas
(ideal prova de esforço prévia)

Seguros nas IC grau I e II

- Em caso de resposta manter medicação, avaliar apenas alterações fatores de risco cardiovasculares.

Terapêutica Farmacológica

Falha terapêutica:

Apenas consideramos falha terapêutica **após seis tomas** sem efeito

Tempo de toma e início relações?

Toma com refeições?

Dose inicial utilizada?

Terapêutica Farmacológica

Falha terapêutica:

- Troca de inibidor ou subida dose.
- **Alprostadilo intra-uretral**
 - Em doentes com fatores de risco CVs
 - Mais segurança
 - Efeitos secundários:
 - Dor (15%)
 - fibrose (2%)
 - Priapismo (1,3%)



Terapêutica Farmacológica

2ª Linha Injeção intracavernosa:

- Alta taxa de eficácia
- Reduzidos efeitos sistémicos
- Necessária punção peniana
 - Desconforto doente

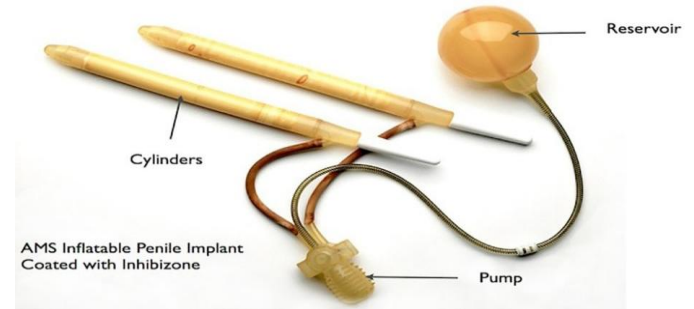


Terapêutica Farmacológica

3ª Linha

Prótese peniana

- Insuflável
- Semirrígida

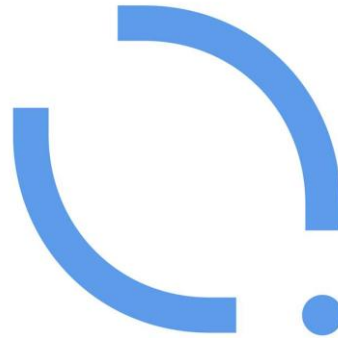


- Não respondedores a terapêuticas menos invasivas

TAKE HOME POINTS

- Iniciar sempre tratamento fatores de risco
- Medicação inicial deve ser adaptada ao estilo de vida de cada doente
- Boa resposta inicial na maioria dos casos
- Doente com efeitos adversos sistémicos optar por terapêutica local

Obrigado pela vossa atenção



Serviço de Urologia e
Transplantação Renal

