
 FUNDÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	ESPECIALIDADE DE UROLOGIA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.092	Elaboração 19/02/2024	Última Revisão 02/2024	Próxima Revisão 02/2026	Versão 000	Página 1-6

## 1. INTRODUÇÃO

Urologia – especialidade médica responsável pelo diagnóstico e tratamento de condições patológicas que afetam o sistema urinário masculino e feminino, bem como o sistema reprodutor masculino.







## 2. OBJETIVO

Oferecer ao nosso cliente, um tratamento humanizado, ético e eficiente dentro da nossa especialidade.





















## 3. CRITÉRIOS



### 3.1. Critérios de inclusão









Pacientes que apresentem algum dos itens abaixo devem ser melhor investigadas com exames de imagem/ laboratorial/ estudo urodinâmico/ urofluxometria.

-  Cálculos renais, vesicais – iniciar com ultrassom das vias urinárias.
-  Cálculos ureterais – iniciar com tomografia de abdome superior e pelve sem contraste.
-  Hiperplasia prostática - iniciar com realização de ultrassom das vias urinárias e próstata - assim como, a realização de urofluxometria e exames laboratoriais (PSA e exames de urina).
-  Incontinência urinária - e realização de USG das vias urinárias, exames de urina, estudo urodinâmico.
-  Suspeita de câncer de próstata- aumento do PSA e/ou toque alterado - realização de biópsia de próstata com 12 fragmentos randomizados sob anestesia local.
-  Freio prepucial- exames laboratoriais.



### Classificação dos CID's de inclusão

-  CID 10-N200 Cálculo renal;
-  CID 10-N201 Cálculo ureteral;
-  CID 10-N21 Cálculo vesical;
-  CID 10-N40 Hiperplasia prostática benigna;
-  CID N39 Infecção do trato urinário;
-  CID N47 Hipertrofia do prepúcio, fimose e parafimose;
-  CID A64 Doenças sexualmente transmitidas;
-  CID C.61 Neoplasia maligna de próstata;
-  CID C. 67 Neoplasia maligna da bexiga;
-  CID C-64 Neoplasia maligna dos rins;
-  CID C.60 Neoplasia maligna do pênis;
-  CID N43 Hidrocele;
-  CID Q53 Testículo ectópico;
-  CID Q531 Testículo não- descido unilateral;
-  CID N481 Balanopostite;
-  CID I861 Varizes escrotaes – varicocele;
-  CID F520 Disfunção sexual;
-  CID- R-31- Hematúria;
-  CID R33 Retenção urinária;
-  CID Z300 Aconselhamento geral sobre contracepção;

 FUNDÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	ESPECIALIDADE DE UROLOGIA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.092	Elaboração 19/02/2024	Última Revisão 02/2024	Próxima Revisão 02/2026	Versão 000	Página 2-6

-  CID R36Secreção uretral;
-  CID D290 Neoplasia benigna do pênis;
-  CID D292 Neoplasia benigna dos testículos;
-  CID D293 Neoplasia benigna dos epidídimos;
-  CID D294 Neoplasia benigna do escroto;
-  CID D299 Neoplasia benigna do órgão genital masculino não especificado;
-  CID R32 Incontinência urinária;
-  CID R391Outras dificuldades a micção.

### 3.2 Critérios de exclusão





-  Quando houver necessidade de realização de tratamento cirúrgico em ambiente hospitalar – encaminharemos o paciente para a referência especializada, assim como os casos de neoplasia maligna.
-  Nos casos que precisarem de serviço de anestesiologia, os pacientes serão encaminhados ao serviço de referência.

## 4. CONDUTA




### PATOLOGIAS

As principais patologias na urologia são: os cálculos renais, hiperplasia prostática benigna, infecções do trato urinário, fimose, doenças sexualmente transmissíveis e tumores do sistema gênito-urinário.




#### 4.1 Cálculos renais



-  Realização de exame de imagem: ultrassom ou tomografia, urina I e urocultura.
-  Se o cálculo for renal menor do que 2,0 cm – encaminhar para litotripsia extracorpórea e/ou cirurgia urológica.
-  Cálculos renais maiores de 2,0 cm- encaminhamento cirúrgico para serviço de referência.
-  Orientação nutricional e possibilidade de análise mineralógica do cálculo urinário.

#### 4.2 Neoplasias malignas

-  Rins, bexiga, ureteres, próstata - encaminhamento cirúrgico para serviço de referência.
-  Solicitar ultrassom das vias urinárias inicialmente, complementar com tomografia e/ou ressonância magnética de abdome para diagnóstico.
-  Encaminhamento do paciente e familiar para o serviço de acolhimento.

#### 4.3 Incontinência urinária

-  Inicialmente, realização de ultrassom das vias urinárias, exames de urina I, urocultura com antibiograma e realização de estudo urodinâmico.
-  Exames de urina recentes - até 30 dias da realização da urodinâmica.
-  Caso apresente incontinência urinária com valores de pressão de perda maiores do que 90 cmh20- solicitar fisioterapia pélvica - mínimo de 20 sessões.

 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	<b>PROTOCOLO</b>				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	<b>ESPECIALIDADE DE UROLOGIA</b>					
<b>Área</b> Médica	<b>Código</b> PR.ASSIST.092	<b>Elaboração</b> 19/02/2024	<b>Última Revisão</b> 02/2024	<b>Próxima Revisão</b> 02/2026	<b>Versão</b> 000	<b>Página</b> 3-6

- Nos casos com pressão de perda urinária menores do que 90 cmh<sup>20</sup> – encaminhamento cirúrgico para serviço de referência.
- Nos casos de bexiga hiperativa- tratamento clínico, com possibilidade de ajuda psicológica (combater ansiedade, nervosismo, entre outros).

#### **4.4 Fimose/ Parafimose**

- Avaliação clínica inicial- realização do diagnóstico- encaminhamento para serviço de cirurgia.
- Nos casos de freio curto - realização de exames pré-operatórios - hemograma completo, coagulograma – agendamento nos dias de realização de pequena cirurgia urológica –Dr. Arthur e Dr. Alberty.

#### **4.5 Disfunção erétil**

- Avaliação clínica inicial – possibilidade de realização de análise hormonal- testosterona total, prolactina, TSH, T4 livre e glicemia.
- Tratamento clínico com medicação apropriada.
- Reavaliação entre 3 e 6 meses para observação da efetividade do tratamento.

#### **4.6 Biópsias de próstata**



- Elegibilidade para a realização do exame- aumento progressivo do PSA, toque retal com alterações prostáticas- presença de nódulos, alteração da textura (pétrea, endurecida), exame de ressonância prostática com PIRARDS maior do que 3.
- Realização de exames pré-operatórios - hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, urina I e urocultura com antibiograma.
- Uso de antibioticoterapia profilática com Ciprofloxacina 500 mg de 12/12 horas por 5 dias – iniciar na véspera do exame.
- Chechagem dos exames pré-operatórios - 15 dias antes da realização do procedimento- consulta com Dr. Nelson.
- Orientações ao paciente após o procedimento e entrega da documentação- pedido de retorno ao ambulatório em 30 dias, comprovante da realização da biópsia de próstata e orientações por escrito das possíveis complicações.








#### **4.7 Cauterização de condilomas**

- Realização de avaliação clínica inicial.
- Solicitar exames pré-operatórios: hemograma e coagulograma.
- Agendamento na pequena cirurgia urológica - no momento, Dr. Arthur e Dr. Alberty.
- Reavaliação do procedimento após 30 dias em consulta.
- Alta do ambulatório após a resolução do caso.

#### **4.8 Hiperplasia prostática benigna**

- Realização da avaliação inicial – anamnese e exame físico.





 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	<b>PROTOCOLO</b>				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	<b>ESPECIALIDADE DE UROLOGIA</b>					
<b>Área</b> Médica	<b>Código</b> PR.ASSIST.092	<b>Elaboração</b> 19/02/2024	<b>Última Revisão</b> 02/2024	<b>Próxima Revisão</b> 02/2026	<b>Versão</b> 000	<b>Página</b> 4-6

-  Solicitação dos exames complementares- ultrassom próstata e vias urinárias, urofluxometria, exames de PSA total e livre, urina I, urocultura com antibiograma.
-  Verificação dos resultados de exames.
-  PSA alterado/ toque retal alterado - biópsia de próstata.
-  Casos sintomáticos- tratamento clínico.
-  Se houver melhora dos sintomas com medicação - acompanhamento ambulatorial a cada 6 meses.
-  Se não houver melhora com tratamento clínico - encaminhar para serviço de cirurgia urológica de referência.
-  Se houver retenção urinária durante o tratamento- encaminhamento para cirurgia urológica.

### **MONITORAMENTO/ACOMPANHAMENTO**

Será realizado de acordo com a patologia do paciente, como exposto acima.






### **CRITÉRIOS DE ALTA**



-  Pacientes encaminhados para serviço de referência urológica, receberão alta do Ame Itapevi.
-  Nos casos de rotina de próstata - serão avaliados anualmente, após o encaminhamento da Unidade básica de Saúde. Se não houver necessidade de tratamento, os pacientes serão liberados e retornarão à unidade básica de saúde.
-  Os casos encaminhados para a biópsia de próstata, após o resultado do exame, se não tiver câncer, será encaminhado ao serviço de origem para seguimento, nos casos positivos, serão encaminhados para serviço de referência.
-  Nos casos das pequenas cirurgias urológicas - após o procedimento, os pacientes realizarão uma consulta de pós-operatório e receberão alta para a unidade básica de saúde.

### **5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA/ANEXOS**



Não se aplica.

### **6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

-  Soler R, Gomes CM, Averbeck MA, Koyama M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourol Urodyn*.
-  Carballido J, Fourcade R, Pagliarulo A, Brenes F, Boye A, Sessa A, et al. Can benign prostatic hyperplasia be identified in the primary care setting using only simple tests? Results of the Diagnosis Improvement in Primary Care Trial. *Int J Clin Pract*. 2011;65(9):989-96.
-  McVary KT. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia progression. *Curr Urol Rep*. 2002;3(4):269-75.
-  Cindolo L, Pirozzi L, Fanizza C, Romero M, Tubaro A, Autorino R, et al. Drug adherence and clinical outcomes for patients under pharmacological therapy for lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia: population-based cohort study. *Eur Urol*. 2015;68(3):418-25.
-  McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz RC, Donnell RF, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2011;185(5):1793-803.

 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	<b>PROTOCOLO</b>				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	<b>ESPECIALIDADE DE UROLOGIA</b>					
<b>Área</b> Médica	<b>Código</b> PR.ASSIST.092	<b>Elaboração</b> 19/02/2024	<b>Última Revisão</b> 02/2024	<b>Próxima Revisão</b> 02/2026	<b>Versão</b> 000	<b>Página</b> 5-6

- Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol. 2015;67(6):1099-109.
- Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effect of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. Eur Urol. 2010;57(1):123-31. urologiaessencial.org.br
- Füllhase C, Chapple C, Cornu JN, De Nunzio C, Gratzke C, Kaplan SA, et al. Systematic review of combination drug therapy for non-neurogenic male lower urinary tract symptoms. Eur Urol. 2013;64(2):228-43.
- Chapple CR. Pharmacotherapy for benign prostatic hyperplasia--the potential for alpha 1-adrenoceptor subtype-specific blockade. Br J Urol. 1998;81 Suppl 1:34-47; discussion 64-6.
- Tewari A, Narayan P. Alpha-adrenergic blocking drugs in the management of benign prostatic hyperplasia: interactions with anti-hypertensive therapy. Urology. 1999;53(3 Suppl 3a):14-20; discussion 41-2.
- Oelke M, Becher K, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kirby M, Wagg A, et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014). Age Ageing. 2015;44(5):745-55.
- MacDiarmid SA, Peters KM, Chen A, Armstrong RB, Orman C, Aquilina JW, et al. Efficacy and safety of extended-release oxybutynin in combination with tamsulosin for treatment of lower urinary tract symptoms in men: randomized, double-blind, placebo-controlled study. Mayo Clin Proc. 2008;83(9):1002-10.
- Chapple C, Herschorn S, Abrams P, Sun F, Brodsky M, Guan Z. Tolerol treatment improves storage symptoms suggestive of overactive bladder in men treated with alpha-blockers. Eur Urol. 2009;56(3):534-41.
- Kaplan SA, McCammon K, Fincher R, Fakhoury A, He W. Safety and tolerability of solifenacin add-on therapy to alpha-blocker treated men with residual urgency and frequency. J Urol. 2009;182(6):2825-30.
- Yamaguchi O, Kakizaki H, Homma Y, Takeda M, Nishizawa O, Gotoh M, et al. Solifenacin as add-on therapy for overactive bladder symptoms in men treated for lower urinary tract symptoms--ASSIST, randomized controlled study. Urology. 2011;78(1):126-33.
- Pattanaik S, Mavuduru RS, Panda A, Mathew JL, Agarwal MM, Hwang EC, et al. Phosphodiesterase inhibitors for lower urinary tract symptoms consistent with benign prostatic hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11:CD010060.
- Oelke M, Shinghal R, Sontag A, Baygani SK, Donatucci CF. Time to onset of clinically meaningful improvement with tadalafil 5 mg once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: analysis of data pooled from 4 pivotal, double-blind, placebo controlled studies. J Urol. 2015;193(5):1581-9.
- Emberton M, Marberger M, de la Rosette J. Understanding patient and physician perception of benign prostatic hyperplasia in Europe: The Prostate Research on Behaviour and Education (PROBE) Survey. Int J Clin Pract. 2008;62(1):18-26.
- McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride,

 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	<b>PROTOCOLO</b>				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	<b>ESPECIALIDADE DE UROLOGIA</b>					
<b>Área</b> Médica	<b>Código</b> PR.ASSIST.092	<b>Elaboração</b> 19/02/2024	<b>Última Revisão</b> 02/2024	<b>Próxima Revisão</b> 02/2026	<b>Versão</b> 000	<b>Página</b> 6-6

and combination therapy on the clinical  
progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2003;349(25):2387-98.  
I/MADi..... ID DI.....I.CO  
urologiaessencial.org.br.

## 7. REVISÕES/ATUALIZAÇÕES

Não se aplica.

## 8. HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÕES

Data da Elaboração	Área	Nome do Responsável	Cargo
19/02/2024	Médica/Otorrino	Dr. Nelson Artea	Médico

Data da Revisão	Área	Nome do Responsável	Cargo
26/02/2024	Coordenação Médica	Vania Aranha Zito	Coordenadora Médica

Data da Aprovação	Área	Nome do Responsável	Cargo
27/02/2024	Gerência	Andreia Godoi	Gerente Administrativa