

Rotinas do Ambulatório de Uroginecologia

Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Dr. Ricardo José de Souza*

versão 2021.1

Contents

Via de acesso ao ambulatório	2
Perfil do paciente	2
Atendimento da paciente no Ambulatório Primeira consulta	3
Pacientes com indicação cirúrgica	3
Durante a internação cirúrgica	4
Revisão cirúrgica	4
Revisão clínica	4
Exame físico	4
POP-Q	4
Pontos do POP-Q	5
Estadiamento dos prolapso (POP-Q)	6
Exemplos	8
Avaliação funcional do assoalho pélvico	9
TERMINOLOGIA	9
Sintomas de incontinência urinária	9
Sintomas de armazenamento	9
Sintomas miccionais	9
Sintomas Associados ao prolapso dos órgãos pélvicos	10
Propedêutica clínica da incontinência urinária	10
Tratamento da Incontinência urinária	11
Principais agentes farmacológicos	12
REFERÊNCIAS	12

*Coordenador do ambulatório de uroginecologia no HUPE/UERJ e urologia feminina do Núcleo de Disfunção Miccional na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ

Via de acesso ao ambulatório

- Via SISREG ou SER (03 vagas); ou
- Via encaminhamento interno de mulheres já atendidas por outras clínicas no HUPE ou PPC.

Perfil do paciente

- Prolapso genital;
- Incontinência urinária associada a prolapso;
- Infecções urinárias de repetição;
- Dor pélvica crônica associada a sintomas urinários ou prolapsos; e
- Fístula vesico-vaginal.

Atendimento da paciente no Ambulatório Primeira consulta

As pacientes devem ser inseridas no banco de dados criado para o ambulatório (Projeto prolapso), através do endereço do REDCap via web: www.redcap.lampada.uerj.br. Todos os itens abaixo devem ser preenchidos na primeira consulta:

- Cadastro;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Tratamento proposto; e
- Questionários de autopreenchimento (são entregues às pacientes pela recepcionista e preenchidas antes da consulta):
 - Questionário de impacto no assoalho pélvico (PFIQ-7);
 - Questionário de incontinência urinária (ICIQ-SF); e
 - Questionário de qualidade do sono.

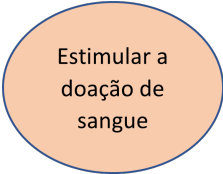
Após inserir todas as informações no banco de dados, preencher o prontuário eletrônico (MV) com as informações importantes da consulta (lembrar que nem todas terão acesso ao REDCap, pois este é apenas para fins de pesquisa):

Anamnese;

- HPP;
- HGO;
- Exame físico; e
- Tratamento proposto.

Pacientes com indicação cirúrgica

- Solicitar exames pré-operatórios;
- Inserir na fila de cirurgias do serviço (*Google forms*);
- Explicar para a paciente os detalhes da cirurgia indicada e **entregar o consentimento informado** (a paciente deve levar para casa preenchido e assinado pelo médico, em duas vias, e trazer no dia da internação assinado).



Estimular a
doação de
sangue

Durante a internação cirúrgica Verificar se assinou o **consentimento informado** (entregue durante a consulta do ambulatório) e anexar ao prontuário;

Pacientes submetidas a cirurgia (preencher no REDCap):

- Formulário “Pós-operatório” (deve ser preenchido após a cirurgia e ainda durante a internação);
- Preencher *Google forms* de cirurgias do serviço e dar baixa na planilha da fila de cirurgias.

Revisão cirúrgica

- Primeira revisão entre 20 e 30 dias (casos excepcionais devem ser avaliados individualmente);
- Verificar laudo histopatológico;
- Orientar a pegar laudo histopatológico (se aplicável) 30 dias após a cirurgia;
- Revisão da cirurgia (preencher no REDCap e MV): devem ser preenchidas em 6, 12 e 24 meses após a cirurgia todas as informações abaixo:
 - Formulário no REDCap de Revisão da cirurgia; e
 - Reaplicar os questionários:
 1. de impacto no assoalho pélvico (PFIQ-7);
 2. de incontinência urinária (ICIQ-SF); e
 3. de qualidade do sono.

Revisão clínica

- Reavaliar tratamento de acordo com a doença;
- Caso seja indicada cirurgia, verificar se tem cadastro no REDCap. Caso positivo, atualizar dados; se negativo, inserir no banco como novo cadastro.

Exame físico

Queixas de incontinência urinária de esforço - fazer o teste da tosse em com a paciente em pé e com a bexiga “confortavelmente” cheia (avaliar a perda em até três tosses);

Avaliação de pacientes com prolapso:

- Preferencialmente deitada, porém se não for evidenciado o prolapso, deve ser feito o exame a paciente em pé;
- Utilizar o **POP-Q**
 - Medir primeiro: **hiato genital e corpo perineal**;
 - A seguir, os pontos **Aa,Ba,C, Ap, Bp,e D** (se aplicável) com a paciente realizando manobra de valsava; e
 - Por fim, reduzir o prolapso e medir o **comprimento total da vagina**.

POP-Q

Os prolapso serão classificados de acordo com o *Pelvic Organ Quantification System* (POP-Q), sistema padronizado adotado pelos membros da ICS, *American Urogynecology Society* (AUGUS) e da *Society of Gynecologic Surgeons* (SGS).[1,2]

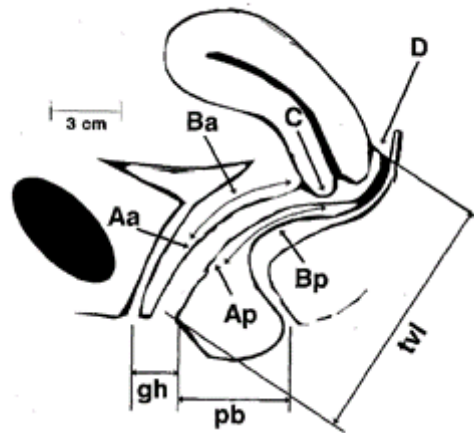


Figure 1: Pontos e medidas do POP-Q; Fonte: Bump, 1996

Pontos do POP-Q **C:** Cérvix ou Colo; **GH:** Hiato Genital; **PB:** Corpo Perineal; **TVL:** Comprimento Vaginal Total; **D:** Fórnice vaginal posterior (ausente em mulheres hysterectomizadas).

Esse sistema utiliza o anel himenal como ponto fixo de referência, sendo este o **ponto zero**. Toda estrutura que se encontra acima (direção cranial - proximal), recebe um valor negativo e toda estrutura abaixo (caudal - distal) recebe valores positivos.

São utilizados seis pontos de referência para realizar as medidas:

Aa: ponto situado na linha média da parede anterior da vagina, a 3 cm do óstio uretral. Coincide com a junção uretrovesical (colo vesical). Esse ponto pode variar de **-3 a +3**, por definição.

Ba: também na parede anterior da vagina, corresponde ao ponto mais distal da parede anterior da vagina. Portanto, é um ponto variável, que pode ser encontrado desde o ponto Aa até o fórnix anterior da vagina ou cúpula vaginal (quando não houver útero). Este ponto, por definição, corresponde a **-3** (coincide com ponto Aa) na ausência de prolapso e coincide com o ponto C nas mulheres com prolapso completo.

C: corresponde ao ponto mais distal (também variável) do limite do colo uterino ou cúpula vaginal (ausência do útero).

D: corresponde ao ponto mais distal do fórnix posterior (fundo-de-saco de **Douglas**). Representa o ponto de inserção, no útero, dos ligamentos uterossacros. Este ponto é omitido quando a paciente não tem útero.

Obs: Esse ponto tem importância na diferenciação entre o alongamento hipertrófico do colo uterino e defeitos apicais. Pois quando há uma diferença maior do que 4 cm entre este e o ponto C, temos uma indicação de alongamento do colo uterino.

Ap: localizado linha média da parede posterior da vagina, análogo ao ponto Aa, situa-se a 3 cm do anel himenal. Podendo variar de **-3 a +3**.

Bp: Na parede posterior da vagina, configura-se o ponto mais distal desta, podendo variar do ponto Ap ao fórnix posterior da vagina. Por definição, na ausência de prolapso seu valor é **-3**.

GH (*genital hiatus*): Hiato genital, medida de valor absoluto, é medido tomando-se como referência o ponto central do meato uretral estendendo-se até a porção posterior do anel himenal ou início do corpo perineal, quando aquele não pode ser identificado.

PB (*perineal body*): Corpo perineal, medida também de valor absoluto, é aferido a partir do fim do hiato genital até a porção mediana do orifício anal.

TVL (*total vaginal length*): comprimento total da vagina, é a medida da maior profundidade da vagina em centímetros, após a redução do prolapso.

Estadiamento dos prolapso (POP-Q)

Estágio	Medidas do POP-Q
ZERO	Ausência de prolapso
I	Quando a medida está 1 cm ou mais acima do anel hímeneal
II	Quando a medida está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do anel hímeneal
II	Quando a medida está 1 cm abaixo do anel hímeneal, porém menor do que 2 cm do comprimento total da vagina (CTV - 2cm)
IV	Quando a medida está entre 2 cm do comprimento total da vagina e a sua eversão completa (CTV \pm 2cm)

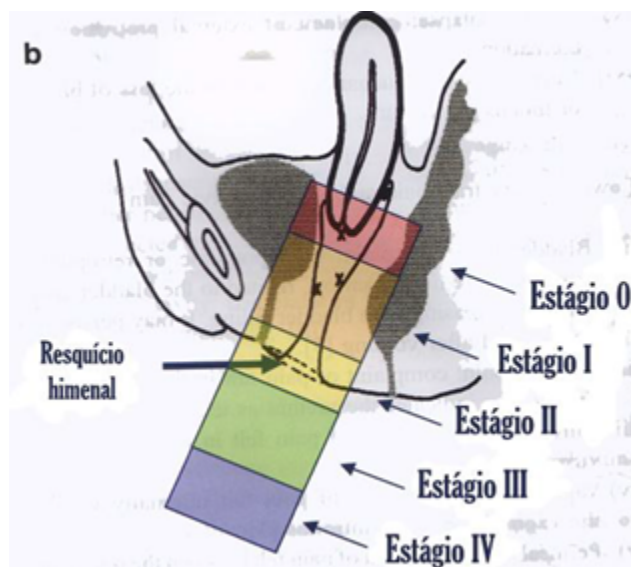


Figure 2: Estadiamento do prolapso genital; Fonte: Madhu, 2018

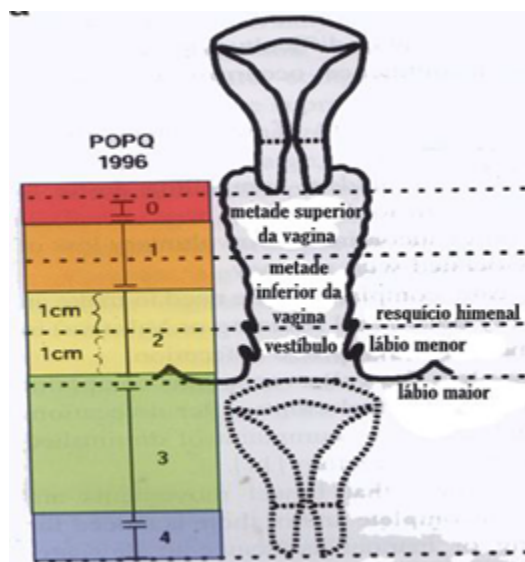


Figure 3: Estadiamento do prolapso genital; Fonte: Madhu, 2018

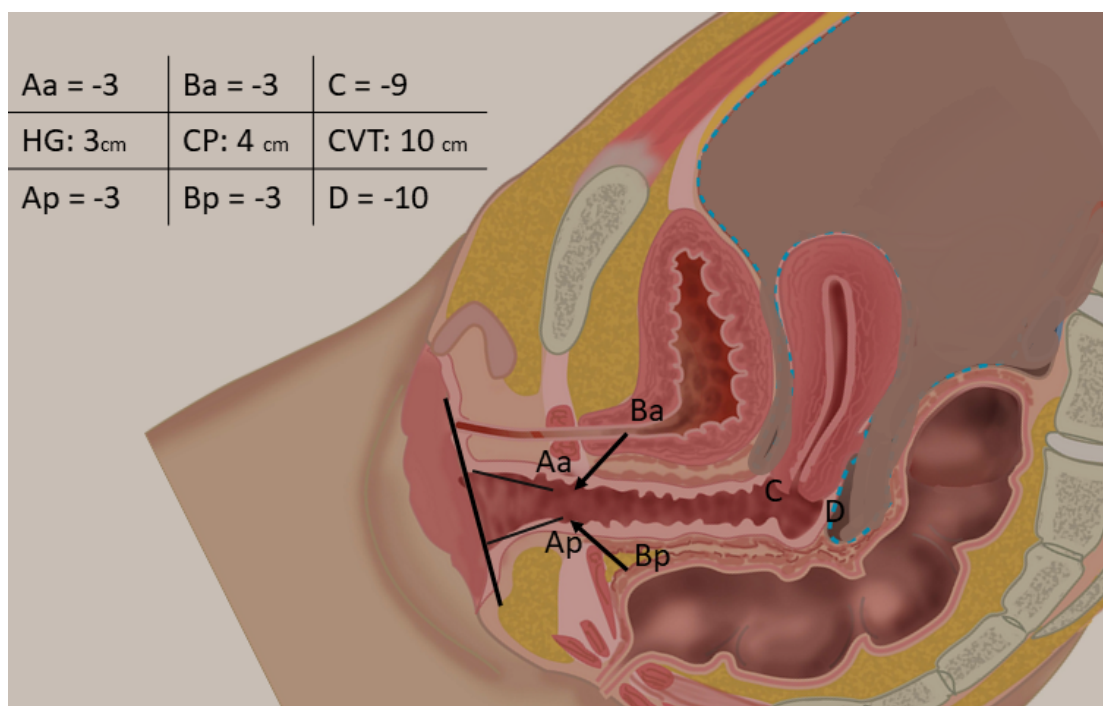


Figure 4: Medidas com as estruturas pélvicas na posição normal

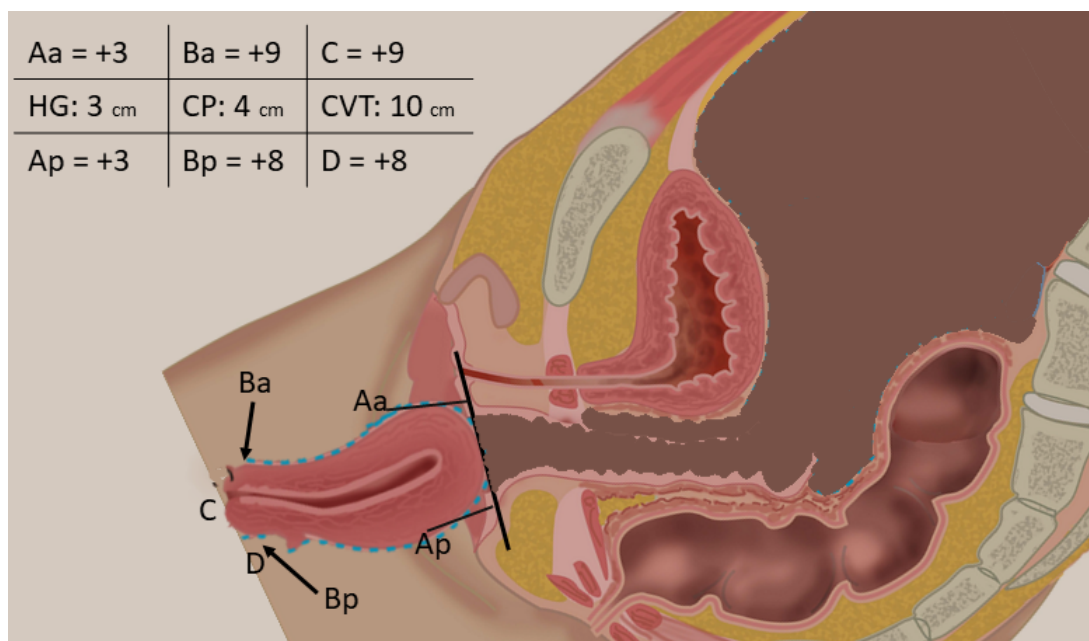


Figure 5: Medidas no prolapso genital completo

Exemplos

Avaliação funcional do assoalho pélvico

Grau	Função
ZERO	Sem função, nem mesmo à palpação
1	Função objetiva ausente, reconhecida somente à palpação
2	Função objetiva débil, reconhecida à palpação
3	Função objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação
4	Função objetiva e resistência mantida à palpação por mais de 5 segundos

TERMINOLOGIA

Padronização de acordo com relatório conjunto da Associação Internacional de Uroginecologia (International Urogynecological Association – IUGA) e Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society – ICS), adotada em 2009.[3]

Sintomas de incontinência urinária

1. **Incontinência urinária:** queixa de perda urinária involuntária;
2. **Incontinência de esforço:** perda ocorre durante esforço físico e exercícios;
3. **Incontinência por urgência:** quando associada à urgência;
4. **Incontinência postural:** associada à mudança de posição;
5. **Enurese noturna:** perda involuntária durante o sono;
6. **Incontinência mista:** associação de esforço e urgência;
7. **Incontinência contínua:** perda contínua de urina;
8. **Incontinência insensível:** a mulher não tem conhecimento de como ocorreu a perda; e
9. **Incontinência durante o coito:** ocorre durante o coito.

Sintomas de armazenamento

1. **Aumento da frequência urinária diurna:** maior frequência na micção durante as horas de vigília que o padrão anterior;
2. **Noctúria:** Interrupção do sono devido à necessidade de urinar;
3. **Urgência:** súbito desejo imperioso de urinar, difícil de ser inibido; e
4. **Síndrome da bexiga hiperativa:** urgência geralmente acompanhada de frequência e noctúria, com ou sem incontinência, na ausência de infecção do trato urinário ou outra patologia evidente.

Sintomas miccionais

1. **Hesitância:** atraso em iniciar a micção;
2. **Fluxo lento:** fluxo urinário mais lento em relação ao padrão prévio;
3. **Intermitência:** Interrupção do fluxo urinário durante a micção;

4. **Esforço para urinar:** necessidade de esforço para iniciar a micção;
5. **Sensação de esvaziamento incompleto:** sensação de resíduo urinário após a micção;
6. **Perda pós-miccional:** necessidade de urinar novamente após encerrada a micção;
7. **Disúria:** queixa de desconforto ou queimação durante a micção;
8. **Retenção:** incapacidade de urinar apesar de esforço persistente; e
9. **Estrangúria:** dor à micção e dificuldade de urinar.

Sintomas Associados ao prolapso dos órgãos pélvicos

1. **Abaulamento vesical (“bola na vagina”):** sensação de prolapso na altura do intróito vaginal ou se exteriorizando por este, podendo ser percebido visualmente ou pela palpação da paciente;
2. **Pressão pélvica:** aumento da sensação de peso na área suprapúbica e/ou pélvica;
3. **Sangramento, secreção, infecção:** queixa de sangramento, secreção ou infecção relacionada à presença de ulceração no prolapso;
4. **Apoio/digitação:** necessidade de reduzir digital ou manualmente o prolapso para auxiliar na micção; e
5. **Dor lombar:** Associação da dor ao aparecimento do prolapso.

Propedêutica clínica da incontinência urinária

- Anamnese
- Exame físico
- Avaliação com questionário de qualidade de vida específico (“*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*” ICIQ-SF)
- Diário miccional e verificação de resíduo pós-miccional poderão ser aplicados em casos específicos.
- Estudo Urodinâmico
 1. Prolapsos genitais associados a perda urinária (sinal ou sintoma);
 2. Falhas em terapias anteriores;
 3. Disfunção vesical neurogênica;
 4. Retenção urinária; e
 5. Queixas urinárias após cirurgias pélvicas.
- Endoscopia
 1. Suspeita de patologia intra-vesical;
 2. Fístula vesico-vaginal;
 3. Dor e desconforto vesical.
- Exames de Imagem
- USG
 1. Suspeita de lesão intra-vesical ou cálculo urinário;

2. Hematúria
 3. Massas pélvicas
 4. Sd. bexiga dolorosa
 5. Sd. obstrutiva
 6. Resíduo pós-miccional elevado ou obstrução à micção
 7. Prolapsos genitais estágio IV (POP-Q)
 8. Cirurgias conservadoras do útero
- RNM
 - RX
 - Urotomografia
 - Outros Exames:
 1. EAS;
 2. Urocultura;
 3. Hemograma;
 4. Glicemia e Hb glicada (diabetes mellitus) ; e
 5. Uréia e creatinina.

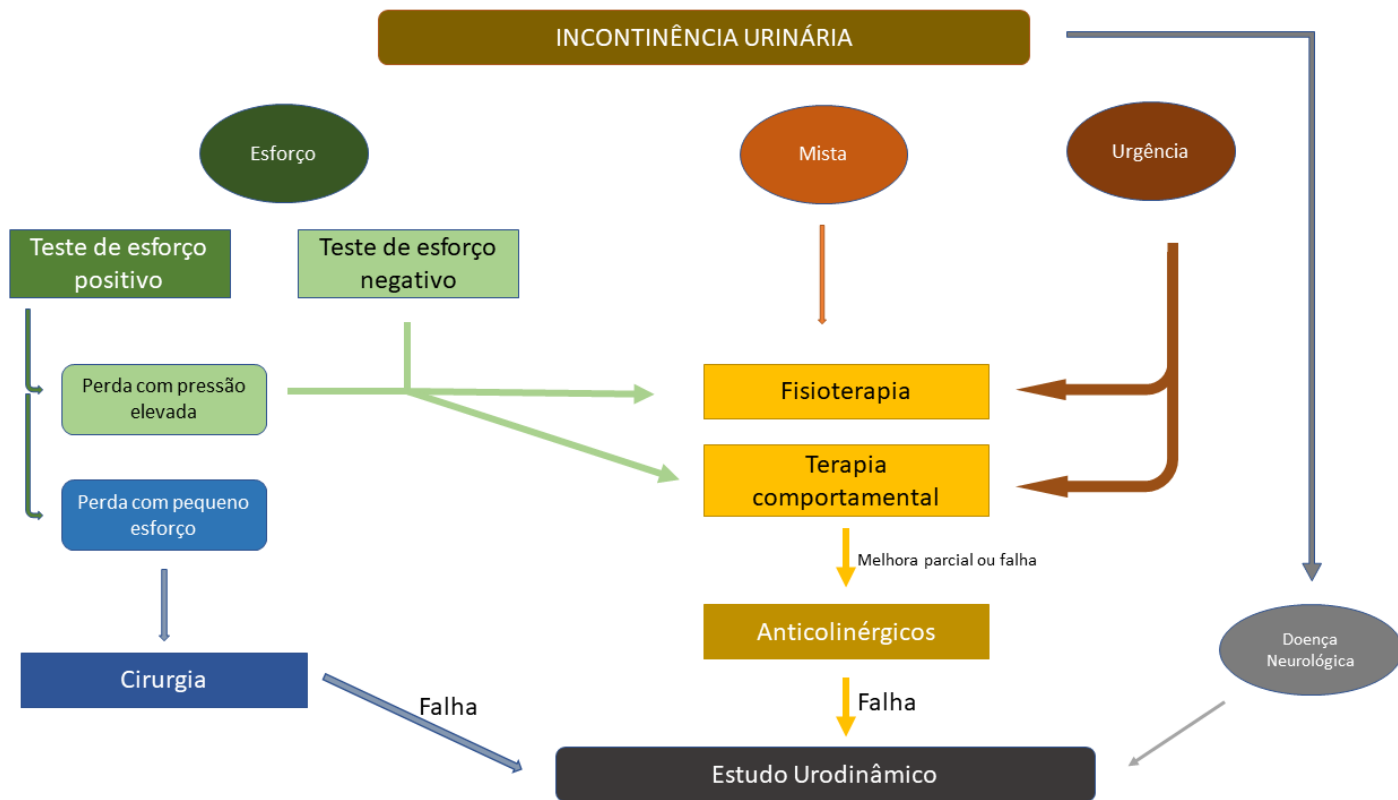


Figure 6: Algoritmo de conduta na incontinência urinária

Tratamento da Incontinência urinária

Principais agentes farmacológicos

1. Cloridato de oxibutinina (Retemic®): dose 5 a 20 mg/dia;
2. Tartarato de tolterodine (Detrusitol®): dose 2 a 4 mg/dia;
3. Darifenacin (Enablex®): dose 7,5 a 15 mg/dia;
4. Solifenacin (Vesicare®): dose 5 a 10 mg/dia;
5. Imipramina: segunda linha de tratamento. Dose 10 a 25 mg, uma a três vezes/dia;
6. Amtrptilina: segunda linha. Dose 25 a 75 mg/dia;
7. Mirabegrona (Myrbetric®): 25 a 50 mg 1x/dia.

REFERÊNCIAS

- [1] Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourology and Urodynamics* 2018;37:S39–43. <https://doi.org/10.1002/nau.23740>.
- [2] Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:10–7. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70243-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70243-0).
- [3] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 2009;29:4–20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>.