

BMJ Best Practice

Prostatite aguda

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	13
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	15
Novidades	20
Acompanhamento	21
Recomendações	21
Complicações	21
Prognóstico	22
Diretrizes	23
Diretrizes de diagnóstico	23
Diretrizes de tratamento	23
Referências	24
Aviso legal	28

Resumo

- ◇ O diagnóstico urológico mais frequente em homens com <50 anos de idade.
- ◇ Comumente causada pela bactéria *Escherichia coli*.
- ◇ Pode causar dor extrema na ejaculação e nas regiões retal, abdominal inferior e perineal.
- ◇ Pode ser tratada com sucesso com antibióticos, mas frequentemente é necessário um ciclo prolongado se a ocorrência aguda for seguida de prostatite crônica.

Definição

Prostatite aguda é uma inflamação dolorosa da próstata, geralmente acompanhada por evidência de infecção recente ou em curso. Sua característica é o início agudo de sintomas do trato urinário inferior (por exemplo, disúria, polaciúria, desconforto perineal) acompanhados por sinais sistêmicos variáveis de febre, calafrios e mal-estar.[1] A prostatite aguda pode causar dor referida para a genitália, para o períneo e para a área suprapúbica ou lombar.[1] Ela é diferente da prostatite crônica, uma doença caracterizada por irritação prostática prolongada com duração ≥ 3 meses e que pode ser de natureza bacteriana ou não bacteriana. Pode ocorrer a prostatite crônica após um episódio de prostatite aguda.[2] Dor pélvica crônica com origem na próstata, ou prostatodínia, completa o quadro clínico associado ao complexo de sintomas.[3]

Epidemiologia

A prostatite frequentemente é encarada como uma doença de homens mais velhos, mas nos EUA ela constitui o diagnóstico mais comum em homens <50 anos.[8] Ela também é o terceiro diagnóstico urológico mais comum em homens >50 anos, embora a incidência tenha diminuído durante a última década e meia.[9]

A prevalência de prostatite varia amplamente em diferentes partes do mundo: 4% na Holanda, 14% na Finlândia, 8% na Malásia, 6.6% no Canadá e 2.7% em Cingapura.[10] [11] [12] [13] [14] Estudos epidemiológicos de prostatite são limitados pela memória do paciente ou do médico sobre a doença e pela falibilidade do médico em fazer o diagnóstico. Uma vez que a prostatite, e particularmente a prostatite não bacteriana crônica, pode apresentar uma ampla faixa de sintomas, é difícil fornecer números precisos acerca da incidência dos subtipos individuais da doença.

Etiologia

A prostatite aguda é causada mais comumente por organismos do grupo de bactérias Enterobacteriaceae, com até 80% de infecções decorrentes de Escherichia coli.[15] Acredita-se que 5% a 10% de casos adicionais sejam decorrentes de infecção por Enterococcus e alguns casos sejam decorrentes de Pseudomonas.[16] Constatou-se que a depressão é comum em homens com prostatite, mas há incerteza se ela é um fator contribuinte para causar a doença.[17]

Fisiopatologia

Diversos fatores contribuintes têm sido associados ao desenvolvimento de prostatite. Acredita-se que o refluxo intraprostático (refluxo de urina para os ductos prostáticos) seja um importante achado associado.[7] [18] O refluxo de urina infectada pode potencialmente estar associado ao refluxo de bactérias da uretra para a próstata, contribuindo para o desenvolvimento da doença.[19] Entretanto, um patógeno causador é detectado por métodos de rotina em apenas 5% a 10% dos casos.[20] Os níveis séricos de imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina A (IgA) se elevam na prostatite aguda e retornam aos níveis normais após o tratamento, sugerindo um papel imunológico na evolução da doença.[21] Por outro lado, os níveis séricos de IgG e IgA não se elevam na prostatite bacteriana crônica.[22]

Classificação

Classificação clínica[4] [5]

Prostatite bacteriana aguda

Prostatite bacteriana crônica

Prostatite não bacteriana

Prostatodínia

Classificação do National Institutes of Health[6]

I. Prostatite bacteriana aguda

II. Prostatite bacteriana crônica

III. Prostatite não bacteriana crônica - síndrome de dor pélvica crônica (SDPC)

- IIIA. SDPC inflamatória
- IIIB. SDPC não inflamatória

IV. Prostatite inflamatória assintomática (prostatite histológica).

Prevenção primária

A infecção do trato urinário (ITU) é o maior risco para o desenvolvimento de prostatite aguda. Antibióticos profiláticos em pacientes com estase urinária crônica (urina residual) ou um corpo estranho no trato urinário (cálculo) teoricamente podem prevenir a prostatite. Porém, não existem bons estudos para dar suporte a essa afirmação.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 30 anos apresenta uma história de 3 dias de diminuição progressiva no fluxo urinário, disúria e polaciúria. Ele nega a possibilidade de uma doença sexualmente transmissível (DST) e está suficientemente doente apresentando mal-estar e calafrios, necessitando de ser internado. No exame físico, ele se apresenta febril, com temperatura de 38.5 °C (101.3 °F). O exame de toque retal revela próstata sensível à palpação, esponjosa e ligeiramente aumentada.

Caso clínico #2

Um homem de 40 anos apresenta uma história recente de disúria e dor genital e perineal. Ele se sentiu febril e indisposto de forma intermitente, mas ainda não havia procurado atendimento médico. O exame de toque retal revela próstata com sensibilidade à palpação, macia e sensível.

Outras apresentações

Pacientes com prostatite aguda também podem apresentar dor no períneo ou na pelve, mas nenhuma evidência de infecção.[7] Eles podem se queixar de dor no pênis, nos testículos ou na virilha. A dor ocorre frequentemente no momento da ejaculação ou logo em seguida. Muitas vezes, os pacientes também se queixam de dificuldades eréteis.[1]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A prostatite é diagnosticada com base na anamnese e no exame clínico e suportada pelos resultados de testes diagnósticos (ou seja, cultura e sensibilidade da urina). A infecção do trato urinário (ITU) é o maior fator de risco para o desenvolvimento de prostatite. Uma vez que a hiperplasia prostática benigna pode acarretar urina residual que age como um ninho para infecções, ela também pode ser considerada um fator de risco para a doença. Homens com idade <50 anos apresentam muito comumente prostatite aguda, mas a doença também é encontrada em cerca de um terço de todos os pacientes >50 anos.

Anamnese e exame físico

Os sintomas precursores de prostatite aguda incluem mal-estar, febre, calafrios e um quadro clínico de sepse acompanhado de disúria, dor perineal ou genital e polaciúria.[7] Podem estar presentes sintomas e sinais de obstrução urinária: diminuição do calibre do fluxo urinário, fluxo urinário lento e até mesmo retenção urinária aguda com a presença de um cateter urinário de Foley. A biópsia transretal da próstata ou a ressecção transuretral da próstata pode estar associada ao desenvolvimento de infecção prostática, particularmente em pacientes que apresentam infecção urinária não tratada na ocasião do seu procedimento prostático.

O local mais comum para a ocorrência de dor é a região da próstata e o períneo. Dor no escroto e nos testículos também é comum, enquanto alguns pacientes se queixam de dor no pênis, na região suprapúbica ou na coluna lombar.[25] Em homens com prostatite bacteriana aguda, o exame de toque retal (ETR) revelará uma glândula prostática com intensa sensibilidade à palpação. A glândula também

pode parecer suave, esponjosa e quente ao toque, durante o exame físico. O ETR também ajuda a descartar uma causa anorretal dos sintomas sendo, portanto, altamente recomendado para a avaliação de prostatite.

Laboratório

Em pacientes com prostatite bacteriana aguda, a urinálise e a cultura de urina frequentemente são os únicos exames laboratoriais solicitados. O exame microscópico da urina pode demonstrar a presença de leucócitos e bactérias e a cultura da urina frequentemente é positiva no contexto de doença aguda. Pode-se realizar hemoculturas em pacientes febris com prostatite bacteriana aguda, que provavelmente mostrarão o mesmo organismo que a cultura da urina.

Acredita-se que o teste dos 4 frascos seja a melhor medida para a avaliação de pacientes com suspeita de prostatite. Ele pode ser usado como adjuvante para diagnosticar prostatite aguda e crônica e para fazer a distinção entre as duas. O teste inclui culturas bacterianas do jato inicial (VB1), exame de urina de jato médio (VB2), de secreções prostáticas expressas (EPS) e de amostra de urina após massagem prostática (VB3). A VB1 é testada quanto à existência de infecção ou inflamação uretral e a VB2 é testada quanto à existência de infecção da bexiga urinária. As EPS são submetidas à cultura e examinadas quanto à existência de leucócitos (um número >10 a 20 por campo de grande aumento é considerado anormal). Acredita-se que a amostra de urina após massagem prostática (VB3) remove bactérias originárias da próstata que permanecem na uretra. Infelizmente, o exame não se mostra consistentemente válido na prática ou clinicamente útil, tendo sido basicamente abandonado pelos médicos.[4] [5]

O antígeno prostático específico (PSA) sérico também pode estar elevado em alguns casos de prostatite e não deve ser confundido com câncer de próstata.[26] Além disso, em pacientes com PSA elevado e prostatite grau IV (assintomática), uma queda no PSA após o tratamento não prediz a ausência de carcinoma de próstata.[27] Outros marcadores podem ser pesquisados nas secreções prostáticas expressas, como a lactato desidrogenase (LDH), imunoglobulinas, interleucina-1b e fator de necrose tumoral (TNF)-alfa, embora esses marcadores ainda sejam experimentais.[28]

Exames invasivos

A cistoscopia não é rotineiramente indicada em homens com suspeita de prostatite. Em pacientes com hematúria ou outros sintomas (por exemplo, perda de peso), a cistoscopia do trato urinário inferior (juntamente com citologia da urina) é indicada para excluir carcinoma da bexiga.[29]

A ultrassonografia transretal é adequada em pacientes com sintomas agudos e que não responderam à antibioticoterapia.[30] Ela é útil para determinar o diagnóstico de cistos prostáticos, abscessos e obstrução da vesícula seminal.[31] [32] [33] [34] O exame também pode identificar bexiga distendida ou resíduo urinário significativo na bexiga. Infelizmente, a ultrassonografia não pode diferenciar inequivocamente doença benigna de doença maligna da próstata.

A biópsia da próstata não é rotineiramente indicada em pacientes com prostatite, a menos que haja suspeita de outro diagnóstico (por exemplo, carcinoma da próstata, abscesso prostático). Também podem ser realizadas biópsias perineais da próstata para ajudar na detecção de micro-organismos de difícil cultura, mas elas são recomendadas somente para fins de pesquisa. Em pacientes com prostatite crônica, os achados não foram diferentes dos controles assintomáticos.[35] Seu uso na prostatite aguda ainda deverá ser esclarecido. O carcinoma da próstata pode ser uma consideração se o paciente tiver induração, nodularidade ou firmeza persistente no ETR ou PSA elevado.

Fatores de risco

Fortes

infecção do trato urinário (ITU)

- A prostatite bacteriana aguda está associada à presença de infecção do trato urinário (ITU). Escherichia coli é o organismo causador mais comum.[15] [16]

aumento prostático benigno

- Após o ajuste à idade, o aumento prostático está significativamente associado ao aumento da probabilidade de prostatite.[23]

Fracos

saúde geral em más condições

- Más condições de saúde física e mental têm sido associadas ao aumento do risco de história de prostatite.[23]

tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas

- Foi mostrado que os sintomas de prostatite têm uma associação com o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas em um estudo de base populacional da China.[24]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- A infecção do trato urinário (ITU) é o maior fator de risco para o desenvolvimento de prostatite.[15] [16]

febre, calafrios, mal-estar (comum)

- A prostatite bacteriana aguda é definida pelo início agudo não apenas de sintomas locais, mas geralmente também de sintomas sistêmicos.

próstata com sensibilidade à palpação (comum)

- Em homens com prostatite bacteriana aguda, o exame de toque retal revelará uma glândula prostática com intensa sensibilidade à palpação.

Outros fatores de diagnóstico

idade <50 anos (comum)

- Mais comum em homens <50 anos, mas a prostatite aguda também é o terceiro diagnóstico urológico mais comum em homens >50 anos de idade.[36]

polaciúria (comum)

- Associada à prostatite bacteriana aguda e crônica.[2]

disúria (comum)

- Associada à prostatite bacteriana aguda e crônica.[2]

diminuição do fluxo urinário (comum)

- Varia desde queixas de redução do fluxo urinário até a ocorrência de retenção aguda de urina.[2]

dor perineal (comum)

- O local mais comum para a ocorrência de dor é a região da próstata e o períneo. Dor no escroto e nos testículos também é comum, enquanto uma pequena proporção de pacientes se queixa de dor no pênis, na região suprapúbica ou na coluna lombar.[25]

glândula esponjosa, quente ou amolecida (comum)

- Na prostatite bacteriana aguda, a próstata pode parecer quente e mole ou polpuda ao toque.

sonda vesical de demora (incomum)

- Associado ao desenvolvimento de infecção prostática.

biópsia prostática transretal recente (incomum)

- A biópsia transretal pode preceder a infecção prostática, particularmente em pacientes que não estão recebendo antibióticos profiláticos.

cirurgia transuretral recente (incomum)

- A ressecção transuretral da próstata pode estar associada ao desenvolvimento de infecção prostática, particularmente em pacientes que apresentam infecção urinária não tratada na ocasião de sua cirurgia prostática.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
urinálise <ul style="list-style-type: none"> • O exame microscópico da urina pode demonstrar a presença de leucócitos e bactérias. • Deve ser solicitada para todos os pacientes. 	presença de leucócitos, bactérias
urocultura <ul style="list-style-type: none"> • A prostatite aguda é causada mais comumente por organismos do grupo de bactérias Enterobacteriaceae, com até 80% de infecções decorrentes de Escherichia coli.[15] • Deve ser solicitada para todos os pacientes. 	positiva para bactérias
cultura de secreções prostáticas <ul style="list-style-type: none"> • Uma cultura positiva pode ser particularmente útil para o direcionamento da antibioticoterapia. • A expressão das secreções exige massagem prostática, que pode ser mal tolerada e extremamente dolorosa.[37] • Alguns especialistas defendem o adiamento da massagem prostática no contexto de prostatite aguda. 	positiva para bactérias

Exame	Resultado
hemoculturas <ul style="list-style-type: none"> Realizadas em pacientes com prostatite bacteriana aguda, provavelmente mostrarão o mesmo organismo que a cultura da urina. Necessária em pacientes febris. 	identificação do organismo
antígeno prostático específico (PSA) sérico <ul style="list-style-type: none"> Observado em pacientes com prostatite aguda e crônica; retorna ao normal após tratamento bem-sucedido com antibióticos em aproximadamente 50% dos pacientes.[38] [39] Entretanto, em pacientes com PSA elevado e prostatite grau IV (assintomática), uma queda no PSA após o tratamento não prediz a ausência de carcinoma de próstata.[27] 	pode estar elevada

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
cistoscopia <ul style="list-style-type: none"> Não indicada na maioria dos pacientes com prostatite e é geralmente reservada para pacientes refratários ao tratamento padrão ou cuja apresentação sugere diagnóstico alternativo. 	achados variáveis
ultrassonografia transretal <ul style="list-style-type: none"> Deve ser reservada para pacientes que não respondem à terapia inicial. 	achados variáveis
teste dos 4 frascos <ul style="list-style-type: none"> Raramente realizado na prática moderna, devido a seu custo e complexidade. 	presença de leucócitos, bactérias

Novos exames

Exame	Resultado
citologia da urina <ul style="list-style-type: none"> Para pacientes com hematúria ou outros sintomas (por exemplo, perda de peso) não típicos de prostatite. Há controvérsias acerca da realização desse teste na avaliação clínica de rotina da prostatite. 	normal
biópsia de próstata <ul style="list-style-type: none"> Usada como uma ferramenta de pesquisa na avaliação da prostatite e não na prática clínica de rotina. 	inflamação aguda ou crônica
análise bioquímica de secreções prostáticas após expressão <ul style="list-style-type: none"> Usada como uma ferramenta de pesquisa na avaliação da prostatite; não usada na prática clínica de rotina.[28] 	níveis aumentados de interleucina-1b ou fator de necrose tumoral (TNF)-alfa

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hiperplasia prostática benigna (HPB)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta tipicamente uma redução gradual no fluxo urinário, hesitação, polaciúria e noctúria. Pode apresentar também retenção aguda da urina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico com urinálise negativa. O exame histológico da próstata revela HPB.
Câncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Pode apresentar sintomas similares à HPB (por exemplo, redução no fluxo urinário, polaciúria e noctúria). Casos avançados podem apresentar sinais de doença metastática, incluindo dor óssea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antígeno prostático específico (PSA) sérico elevado, podendo ser extremamente alto na doença avançada. • O exame histológico da próstata revela HPB carcinoma de próstata.
Infecção do trato urinário (ITU)	<ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes geralmente não apresentam sintomas de obstrução do fluxo de saída da bexiga, a menos que apresentem HPB ou malignidade prostática coexistente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma. As culturas de urina podem ser positivas na prostatite aguda e nas infecções do trato urinário (ITUs).
Câncer de bexiga	<ul style="list-style-type: none"> • Tipicamente apresenta hematúria (evidente ou microscópica). Os pacientes também podem se queixar de disúria e polaciúria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Urinálise tipicamente com hematúria, embora possa ser negativa (por exemplo, amostra de urina diluída). • A cistoscopia da bexiga demonstra a presença de tumor.
Câncer colorretal	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta tipicamente uma alteração nos hábitos intestinais e, em alguns pacientes, sangramento retal. Os pacientes também podem apresentar perda de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • O exame endoscópico do reto e do cólon demonstra a presença de tumor. • O tumor também pode ser demonstrado em exames de imagem (por exemplo, enema de bário).
Epididimite/orquite	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta tipicamente dor escrotal/testicular e sintomas de disúria e polaciúria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico. A ultrassonografia duplex colorida pode mostrar aumento e hiperemia do epidídimo.

Abordagem passo a passo do tratamento

Os antibióticos são a base do tratamento para prostatite aguda, sendo a escolha mais comum uma quinolona.[9] [40] A escolha do antibiótico e a duração do tratamento são influenciadas pela gravidade dos sintomas do paciente.[41]

Abordagem geral

Pacientes com prostatite aguda apresentando sintomas e sinais de sepse necessitam de antibióticos parenterais: uma penicilina de amplo espectro, cefalosporina de terceira geração ou quinolona.[42] Qualquer um desses pode ser combinado com um aminoglicosídeo se o paciente estiver criticamente enfermo. À medida que o paciente melhorar, o tratamento parenteral poderá ser descontinuado e substituído por tratamento oral. O tratamento deve continuar por 2 a 4 semanas no total.[42]

Casos menos graves de prostatite bacteriana aguda sem sinais de sepse podem ser tratados com antibióticos orais. A opção de tratamento de primeira linha recomendada é uma quinolona.[43] Sulfametoxazol/trimetoprima (ou trimetoprima isoladamente) é uma opção secundária; entretanto, *Escherichia coli* - o patógeno causador mais comum - pode ser resistente a esse medicamento em algumas áreas.[43] [44] Geralmente, o tratamento deve continuar por 2 a 4 semanas.[42] [43]

A massagem prostática e a cultura de secreções prostáticas têm sido defendidas em pacientes com prostatite bacteriana aguda, mas não são rotineiramente realizadas. Existe uma preocupação que a massagem prostática na situação aguda possa exacerbar os sintomas do paciente ou enviar uma enxurrada de bactérias para o rico suprimento de sangue pélvico, induzindo, portanto, bacteremia sistêmica. Além disso, é provável que a massagem prostática seja dolorosa no contexto agudo.

Com obstrução urinária

Pacientes com dificuldade de urinar podem necessitar de cateterismo. A inserção de um cateter suprapúbico era recomendada no passado, pois se acreditava que a presença de um cateter na uretra poderia obstruir os ductos uretrais, aumentando o risco de um abscesso prostático. Entretanto, a maioria dos pacientes necessita apenas de um breve período de cateterismo e um cateter uretral é aceitável.

Em pacientes com prostatite crônica, sabe-se que o uso de um agente alfa-antagonista concomitante ajuda nos sintomas de prostatite.[45] Estudos urodinâmicos em pacientes com prostatite têm demonstrado aumento da pressão de fechamento uretral.[46] O uso de um agente alfabloqueador ainda é debatido para o tratamento de prostatite aguda com sintomas obstrutivos; entretanto, períodos mais longos de tratamento têm apresentado maior benefício em pacientes que nunca receberam alfabloqueadores.[40]

Com dor pélvica e perineal

Medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) podem ser administrados para aliviar a dor, reduzir a inflamação e aliviar espasmos de músculos lisos (bexiga).

Com abscesso prostático

Raramente desenvolve-se um abscesso prostático. Esses pacientes necessitam de antibioticoterapia intravenosa e podem necessitar de intervenção cirúrgica. A aspiração de pus com cultura e sensibilidade pode ajudar na escolha do agente. A aspiração pode ser transretal ou perineal, podendo ser guiada

por ultrassonografia. O esquema de antibioticoterapia deve ser decidido em uma consulta com um especialista em doenças infecciosas.

A intervenção endoscópica por meio de uma pinça de Collins pode ser usada para "desencapar" o abscesso. Em pacientes com sinais de sepse, podem ser necessárias ressecção transuretral da próstata (RTUP) e drenagem da cavidade.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
sinais de sepse		
	1a	antibioticoterapia intravenosa
	adjunto	aminoglicosídeo intravenoso
	mais	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
	mais	substituir por antibioticoterapia oral
■ com obstrução	mais	alívio da obstrução
■ com abscesso prostático	adjunto	intervenção cirúrgica
sem sinais de sepse		
	1a	antibioticoterapia oral
	adjunto	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
■ com obstrução	mais	alívio da obstrução
■ com abscesso prostático	adjunto	intervenção cirúrgica

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

sinais de sepse

1a antibioticoterapia intravenosa

Opções primárias

» **piperacilina/tazobactam**: 4.5 g por via intravenosa a cada 8 horas
A dose consiste em 4 g de piperacilina associada a 0.5 g de tazobactam.

OU

» **cefotaxima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8-12 horas

OU

» **ceftazidima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

OU

» **ciprofloxacino**: 400 mg por via intravenosa a cada 12 horas

» Pacientes com prostatite aguda que apresentam febre e dor perineal intensa necessitam de antibióticos parenterais: uma penicilina de amplo espectro, cefalosporina de terceira geração ou quinolona.[42]

» Qualquer um desses pode ser combinado com um aminoglicosídeo se o paciente estiver criticamente enfermo.

adjunto aminoglicosídeo intravenoso

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **gentamicina**: 5 mg/kg por via intravenosa uma vez ao dia

OU

» **tobramicina**: 1 a 1.7 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas

Agudo

OU

» **amicacina**: 15 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 8-12 horas, máximo de 1500 mg/dia

» Será necessário um aminoglicosídeo se o paciente estiver criticamente enfermo.

» A dose deve ser ajustada de acordo com o nível sérico de aminoglicosídeo, seguindo as diretrizes locais.

mais

anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

» AINEs podem ser administrados para aliviar a dor, reduzir a inflamação e aliviar espasmos de músculos lisos (bexiga).

mais

substituir por antibioticoterapia oral

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ciprofloxacino**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **levofloxacino**: 500 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **cefalexina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

» À medida que o paciente melhorar, o tratamento parenteral poderá ser descontinuado e substituído por tratamento oral. O tratamento oral geralmente é iniciado após a conclusão

Agudo

com obstrução

mais

do tratamento por antibióticos intravenosos (geralmente após 24 horas de defervescência).

» A escolha do antibiótico deve ser orientada pelas sensibilidades. Geralmente, o tratamento deve continuar por 2 a 4 semanas.[42] [43]

alívio da obstrução

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» cateter uretral

Opções secundárias

» cateter suprapúbico

» Pacientes com dificuldade de urinar podem necessitar de cateterismo. A inserção de um cateter suprapúbico era recomendada no passado, pois se acreditava que a presença de um cateter na uretra poderia obstruir os ductos uretrais, aumentando o risco de um abscesso prostático. Entretanto, a maioria dos pacientes necessita apenas de um breve período de cateterismo e um cateter uretral é aceitável.

com abscesso prostático

adjunto

intervenção cirúrgica

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Raramente desenvolve-se um abscesso prostático. Esses pacientes necessitam de antibioticoterapia intravenosa e podem necessitar de intervenção cirúrgica.

» A aspiração de pus com cultura e sensibilidade pode ajudar na escolha do agente. A aspiração pode ser transretal ou perineal, podendo ser guiada por ultrassonografia. O esquema de antibioticoterapia deve ser decidido em uma consulta com um especialista em doenças infecciosas.

» A intervenção endoscópica por meio de uma pinça de Collins pode ser usada para "desencapar" o abscesso.

» Em pacientes com sinais de sepse, podem ser necessárias ressecção transuretral da próstata (RTUP) e drenagem da cavidade.

sem sinais de sepse

1a

antibioticoterapia oral

Opções primárias

Agudo

» **ciprofloxacino**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **levofloxacino**: 500 mg por via oral uma vez ao dia

Opções secundárias

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **trimetoprima**: 200 mg por via oral duas vezes ao dia

» Casos menos graves de prostatite bacteriana aguda sem sinais de sepse podem ser tratados com antibióticos orais.

» A opção de tratamento de primeira linha recomendada é uma quinolona (por exemplo, ciprofloxacino ou levofloxacino). [43] Sulfametoxazol/trimetoprima (ou trimetoprima isoladamente) é uma opção secundária; entretanto, *Escherichia coli* - o patógeno causador mais comum - pode ser resistente a esse medicamento em algumas áreas.[43] [44]

» Geralmente, o tratamento deve continuar por 2 a 4 semanas.[42] [43]

adjunto anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário, máximo de 150 mg/dia

» Medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) podem ser administrados para aliviar a dor, reduzir a inflamação e aliviar espasmos de músculos lisos (bexiga).

■ com obstrução

mais

alívio da obstrução

Agudo

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» cateter uretral

Opções secundárias

» cateter suprapúbico

» Pacientes com dificuldade de urinar podem necessitar de cateterismo. A inserção de um cateter suprapúbico era recomendada no passado, pois se acreditava que a presença de um cateter na uretra poderia obstruir os ductos uretrais, aumentando o risco de um abscesso prostático. Entretanto, a maioria dos pacientes necessita apenas de um breve período de cateterismo e um cateter uretral é aceitável.

■ com abscesso prostático

adjunto

intervenção cirúrgica

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Raramente desenvolve-se um abscesso prostático. Esses pacientes necessitam de antibioticoterapia intravenosa e podem necessitar de intervenção cirúrgica.

» A aspiração de pus com cultura e sensibilidade pode ajudar na escolha do agente. O esquema de antibioticoterapia deve ser decidido em uma consulta com um especialista em doenças infecciosas.

» A aspiração pode ser transretal ou perineal, podendo ser guiada por ultrassonografia.

» A intervenção endoscópica por meio de uma pinça de Collins pode ser usada para "desencapar" o abscesso.

Novidades

Energia de micro-ondas

Realizado com o dispositivo Prostatron 2.0 ou como terapia transuretral por micro-ondas. Em um número limitado de estudos, o procedimento demonstrou ser benéfico no tratamento de prostatite, mas a modalidade ainda é considerada experimental.^[47] ^[48] Seu uso foi estudado principalmente no contexto crônico, não na prostatite aguda.

Injeção intraprostática de antibióticos

Não houve estudos clínicos controlados para avaliar esse tratamento e não há dados válidos para dar suporte ao mesmo. O tratamento é tipicamente aplicado à apresentação crônica refratária e não à doença aguda. Entretanto, o dano provavelmente superará quaisquer benefícios teóricos.

Recomendações

Monitoramento

Não é necessário acompanhamento em longo prazo e os pacientes podem ter alta assim que seus sintomas agudos remitem.

Não são indicados exames específicos para monitorar pacientes com prostatite aguda ou crônica.

Instruções ao paciente

Pacientes com prostatite bacteriana aguda devem ser aconselhados a concluir seu ciclo de tratamento por antibióticos mesmo se estiverem se sentindo melhor. Os ciclos de tratamento frequentemente têm a duração de várias semanas, particularmente para pacientes que inicialmente apresentam sintomas graves, e a conclusão do ciclo oferece a melhor probabilidade de erradicação da infecção.

Para a maioria dos pacientes, não há um conselho específico que possa ser oferecido para ajudá-los a evitar o agravamento de seus sintomas, embora homens que pratiquem penetração anal devam ser aconselhados a evitar a prática ou usar preservativos para evitar episódios adicionais de infecção bacteriana.

Quando um paciente apresentar exacerbação de seus sintomas, ele deverá ser aconselhado a procurar tratamento o quanto antes, para permitir uma maior probabilidade de melhora sintomática.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
retenção urinária	curto prazo	média
Complicação comum na prostatite bacteriana aguda e, em alguns pacientes, pode ser a característica de apresentação. Pode ser causada por edema da próstata causado pelo desenvolvimento da infecção. A retenção urinária é um diagnóstico clínico e a retenção iminente pode ser reconhecida em pacientes que se queixam de aumento da dificuldade da passagem da urina e que, na ultrassonografia, demonstram ter um volume residual pós-miccional. O tratamento da retenção aguda se faz por cateter urinário.		
seps	curto prazo	baixa
A seps sistêmica é clinicamente reconhecida em um paciente obviamente indisposto no exame físico, geralmente com febre, embora em alguns casos o paciente possa estar hipotérmico. Se não for tratada, a hipotensão e taquicardia ocorrerão em seguida. A doença pode ser fatal sem tratamento com antibióticos adequados.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
abscesso prostático	variável	baixa
<p>Essa complicação rara pode se desenvolver em pacientes com prostatite bacteriana aguda. A etiologia dessa afecção surge da presença de uma infecção bacteriana, com aumento do risco de desenvolver abscesso em pacientes com cateter de demora, instrumentação do trato urinário inferior e imunocomprometimento (por exemplo, diabetes, infecção por HIV).^[50] O paciente se queixa de dor perianal intensa e pode ter dificuldade na passagem da urina. O exame retal pode revelar uma área de flutuação na próstata.</p> <p>Os pacientes necessitam de antibioticoterapia adicional/adjuvante e podem necessitar de intervenção cirúrgica. A aspiração de pus com cultura e a sensibilidade ajudarão na escolha do agente. A aspiração pode ser transretal ou perineal, podendo ser guiada por ultrassonografia. A intervenção endoscópica por meio de uma pinça de Collins pode ser usada para "desencapar" o abscesso. Em pacientes com sinais de sepse, podem ser necessárias ressecção transuretral da próstata (RTUP) e drenagem da cavidade.</p>		
prostatite crônica	variável	baixa
<p>O desenvolvimento de sintomas intratáveis de disúria, polaciúria, desconforto pélvico e (às vezes) impotência sugere inflamação crônica e/ou infecção da próstata. Os exames laboratoriais são não produtivos, com urinálise normal e culturas de urina negativas. As secreções prostáticas expressas obtidas por toque retal podem revelar leucócitos na ausência de bactérias, no exame microscópico. O tratamento da prostatite bacteriana crônica consiste em um ciclo prolongado de antibióticos orais (por exemplo, sulfametoxazol/trimetoprima) por 6 semanas, medicamentos anti-inflamatórios e cuidados de suporte (evitar cafeína, aumentar a ingestão de água e tomar banhos de assento quentes). Prostatite não bacteriana crônica é outro termo para síndrome da dor pélvica crônica (SDPC) e pode ser inflamatória ou não inflamatória.^[6] Os esquemas de tratamento eficazes para SDPC continuam indefinidos, e as estratégias baseiam-se no controle sintomático e no alívio da ansiedade.^{[51] [49]}</p>		

Prognóstico

A prostatite aguda geralmente responde bem à antibioticoterapia; a maioria dos pacientes se torna assintomática na evolução do tratamento. O tempo para a resolução dos sintomas depende principalmente da gravidade inicial da doença. Para pacientes que apresentem sintomas agudos graves, é importante garantir que a evolução dos antibióticos seja totalmente cumprida. Fornecer tratamento adequado e imediato garante que a maioria dos pacientes torne-se assintomática e evita a recorrência da prostatite.

Alguns homens apresentam um único episódio de prostatite aguda, tratada com sucesso com antibioticoterapia e, em seguida, desenvolvem prostatite crônica. Não é possível prever quais pacientes têm probabilidade de desenvolver doença crônica. Disfunção urinária incômoda e dor localizada podem recorrer de forma intermitente por muitos anos e podem ser angustiantes e até mesmo incapacitantes para alguns pacientes.^[49]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Urological infections

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

América do Norte

Acute bacterial prostatitis: diagnosis and management

Publicado por: American Academy of Family Physicians

Última publicação em:
2016

Prostatitis

Publicado por: Canadian Urological Association

Última publicação em:
2011

Diretrizes de tratamento

Europa

Urological infections

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

Prostatitis (acute): antimicrobial prescribing

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

América do Norte

Acute bacterial prostatitis: diagnosis and management

Publicado por: American Academy of Family Physicians

Última publicação em:
2016

Prostatitis

Publicado por: Canadian Urological Association

Última publicação em:
2011

Artigos principais

- Rothman JR, Jaffe WI. Prostatitis: updates on diagnostic evaluation. Curr Urol Rep. 2007 Jul;8(4):301-6.
- Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008 Feb;31(suppl 1):S85-90. [Texto completo](#)
- Drach GW, Fair WR, Meares EM, et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? J Urol. 1978 Aug;120(2):266.
- de la Rosette JJ, Hubregtse MR, Karthaus HF, et al. Results of a questionnaire among Dutch urologists and general practitioners concerning diagnostics and treatment of patients with prostatitis syndromes. Eur Urol. 1992;22(1):14-9.
- Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, et al. EAU guidelines on urological infections. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Nickel JC. Prostatitis. Can Urol Assoc J. 2011 Oct;5(5):306-15. [Texto completo](#)

Referências

1. Rothman JR, Jaffe WI. Prostatitis: updates on diagnostic evaluation. Curr Urol Rep. 2007 Jul;8(4):301-6.
2. Alexander RB, Trissel D. Chronic prostatitis: results of an internet survey. Urology. 1996 Oct;48(4):568-74.
3. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008 Feb;31(suppl 1):S85-90. [Texto completo](#)
4. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol. 1968 Mar;5(5):492-518.
5. Drach GW, Fair WR, Meares EM, et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? J Urol. 1978 Aug;120(2):266.
6. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999 Jul 21;282(3):236-7.
7. Karlovsky ME, Pontari MA. Theories of prostatitis etiology. Curr Urol Rep. 2002 Aug;3(4):307-12.
8. Potts J, Payne RE. Prostatitis: infection, neuromuscular disorder, or pain syndrome? Proper patient classification is key. Cleve Clin J Med. 2007 May;74(suppl 3):S63-71.
9. Pontari MA, Joyce GF, Wise M, et al. Prostatitis. J Urol. 2007 Jun;177(6):2050-7.

10. de la Rosette JJ, Hubregtse MR, Karthaus HF, et al. Results of a questionnaire among Dutch urologists and general practitioners concerning diagnostics and treatment of patients with prostatitis syndromes. *Eur Urol.* 1992;22(1):14-9.
11. Mehik A, Hellstrom P, Lukkarinen O, et al. Epidemiology of prostatitis in Finnish men: a population-based cross-sectional study. *BJU Int.* 2000 Sep;86(4):443-8.
12. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo controlled trial. *J Urol.* 2003 Feb;169(2):592-6.
13. Nickel JC, Downey J, Hunter D, et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *J Urol.* 2001 Mar;165(3):842-5.
14. Tan JK, Png DJ, Liew LC, et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms in Singapore: a population-based study. *Singapore Med J.* 2002 Apr;43(4):189-93.
15. Schneider H, Ludwig M, Hossain HM, et al. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome: an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. *Andrologia.* 2003 Oct;35(5):258-62.
16. Bergman B. On the relevance of gram-positive bacteria in prostatitis. *Infection.* 1994;22(suppl 1):S22.
17. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, et al. Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms. *Scand J Urol Nephrol.* 2002;36(4):296-301.
18. Lummus WE, Thompson I. Prostatitis. *Emerg Med Clin North Am.* 2001 Aug;19(3):691-707.
19. Terai A, Ishitoya S, Mitsumori K, et al. Molecular epidemiological evidence for ascending urethral infection in acute bacterial prostatitis. *J Urol.* 2000 Dec;164(6):1945-7.
20. Weidner W, Schiefer HG, Krauss H, et al. Chronic prostatitis: a thorough search for etiologically involved microorganisms in 1,461 patients. *Infection.* 1991;19(suppl 3):S119-25.
21. Meares EM Jr. Prostatitis and related disorders. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al, eds. *Campbell's urology.* 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1998:615-30.
22. Kumon H. Detection of a local prostatic immune response to bacterial prostatitis. *Infection.* 1992;20(suppl 3):S236-8.
23. Wallner LP, Clemens JQ, Sarma AV. Prevalence of and risk factors for prostatitis in African American men: the Flint Men's Health Study. *Prostate.* 2009 Jan 1;69(1):24-32.
24. Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, et al. The prevalence of prostatitis-like symptoms in China. *J Urol.* 2009 Aug;182(2):558-63.
25. Zermann DH, Ishigooka M, Doggweiler R, et al. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men. *J Urol.* 1999 Mar;161(3):903-8.

26. Sindhwani P, Wilson CM. Prostatitis and serum prostate-specific antigen. *Curr Urol Rep*. 2005 Jul;6(4):307-12.
27. Stopiglia RM, Ferreira U, Silva MM Jr, et al. Prostate specific antigen decrease and prostate cancer diagnosis: antibiotic versus placebo prospective randomized clinical trial. *J Urol*. 2010 Mar;183(3):940-4.
28. Nadler RB, Koch AE, Calhoun EA, et al. IL-1beta and TNF-alpha in prostatic secretions are indicators in the evaluation of men with chronic prostatitis. *J Urol*. 2000 Jul;164(1):214-8.
29. Nickel JC, Ardern D, Downey J. Cytologic evaluation of urine is important in evaluation of chronic prostatitis. *Urology*. 2002 Aug;60(2):225-7.
30. Langer JE, Cornud F. Inflammatory disorders of the prostate and the distal genital tract. *Radiol Clin North Am*. 2006 Sep;44(5):665-77.
31. Wasserman NF. Prostatitis: clinical presentations and transrectal ultrasound findings. *Semin Roentgenol*. 1999 Oct;34(4):325-37.
32. Dik P, Lock TM, Schrier BP, et al. Transurethral marsupialization of a medial prostatic cyst in patients with prostatitis-like symptoms. *J Urol*. 1996 Apr;155(4):1301-4.
33. Granados EA, Riley G, Salvador J, et al. Prostatic abscess: diagnosis and treatment. *J Urol*. 1992 Jul;148(1):80-2.
34. Littrup PJ, Lee F, McLeary RD, et al. Transrectal US of the seminal vesicles and ejaculatory ducts: clinical correlation. *Radiology*. 1988 Sep;168(3):625-8.
35. Lee JC, Muller CH, Rothman I, et al. Prostate biopsy culture findings of men with chronic pelvic pain syndrome do not differ from those of healthy controls. *J Urol*. 2003 Feb;169(2):584-7.
36. Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, et al. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J Urol*. 1998 Apr;159(4):1224-8.
37. Weidner W, Ebner H. Cytologic analysis of urine after prostatic massage (VB3): a new technique for discriminating diagnosis of prostatitis. In: Brunner H, Krause W, Rothaug CF, et al, eds. *Chronic prostatitis*. Stuttgart, Germany: Schattauer; 1985:141-51.
38. Bozeman CB, Carver BS, Eastham JA, et al. Treatment of chronic prostatitis lowers serum prostate specific antigen. *J Urol*. 2002 Apr;167(4):1723-6.
39. Polascik TJ, Oesterling JE, Partin AW. Prostate specific antigen: a decade of discovery - what we have learned and where we are going. *J Urol*. 1999 Aug;162(2):293-306.
40. Schiller DS, Parikh A. Identification, pharmacologic considerations, and management of prostatitis. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Feb;9(1):37-48.
41. Ludwig M. Diagnosis and therapy of acute prostatitis, epididymitis and orchitis. *Andrologia*. 2008 Apr;40(2):76-80. [Texto completo](#)

42. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, et al. EAU guidelines on urological infections. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
43. Nickel JC. Prostatitis. Can Urol Assoc J. 2011 Oct;5(5):306-15. [Texto completo](#)
44. Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute bacterial prostatitis: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2016 Jan 15;93(2):114-20. [Texto completo](#)
45. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J Urol. 1998 Mar;159(3):883-7.
46. Schaeffer AJ. Prostatitis: US perspective. Int J Antimicrob Agents. 1999 May;11(3-4):205-11.
47. Sahin A, Eiley D, Goldfischer ER, et al. The in vitro bactericidal effect of microwave energy on bacteria that cause prostatitis. Urology. 1998 Sep;52(3):411-5.
48. Nickel JC, Sorenson R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis: a randomized double-blind sham controlled study using new prostatitis specific assessment questionnaires. J Urol. 1996 Jun;155(6):1950-4.
49. Rees J, Abrahams M, Doble A, et al. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. BJU Int. 2015 Oct;116(4):509-25. [Texto completo](#)
50. Abdelmoteleb H, Rashed F, Hawary A. Management of prostate abscess in the absence of guidelines. Int Braz J Urol. 2017 Sep-Oct;43(5):835-40. [Texto completo](#)
51. Bowen DK, Dielubanza E, Schaeffer AJ. Chronic bacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. BMJ Clin Evid. 2015 Aug 27;2015. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Christopher Chapple, BSc, MD, FRCS (Urol), FEBU

Honorary Senior Lecturer of Urology

University of Sheffield, Consultant Urological Surgeon, Department of Urology, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, UK

DIVULGAÇÕES: CC is a consultant, researcher, and speaker for Allergan, Astellas, Medtronic, and Recordati; consultant and speaker for Lilly; researcher and speaker for ONO and Pfizer; and speaker for Ranbaxy.

Altaf Mangera, MBChB (Hons), MD, FRCS (Urol)

Consultant Urologist

Department of Urology, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, UK

DIVULGAÇÕES: AM declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Christopher Chapple and Dr Altaf Mangera would like to gratefully acknowledge the contribution of Robyn Webber MB, ChB, MD, FRCSEd (Urol) to this monograph. Not disclosed.

// Colegas revisores:

Hans Hedelin, MD

Department of Urology and Centre for Research and Development
Karnsjukhuset, Skovde, Sweden

DIVULGAÇÕES: HH declares that he has no competing interests.

Benjamin A. Lipsky, MD, FACP, FIDSA, FRCP

Professor of Medicine

University of Washington, VA Puget Sound Health Care System, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: BAL has received research funding from, and been a consultant to, several pharmaceutical companies that make antibiotic agents that might be used for treating bacterial prostatitis.