

Orientações para o Manejo de Condições Uroginecológicas durante a Pandemia de Coronavírus (COVID-19)

1. Incontinência Urinária

1.1 Avaliação

- Mulheres com incontinência urinária podem inicialmente ser avaliadas por telemedicina (consulta virtual)
- Recursos para telemedicina podem variar e incluir ligação telefônica e/ou videoconferência
- Se possível, pode ser útil realizar a anamnese previamente à visita hospitalar usando questionários estruturados preenchidos pela própria paciente, que podem ser enviados via e-mail de acesso seguro ou fazer uso de ferramentas desenvolvidas para uso eletrônico como o EPAQ-Pelvic Floor. Pacientes sem familiaridade com uso de computadores podem ser entrevistadas por telefone ou terem o questionário enviado por correio convencional com um envelope selado e endereçado para devolução (caso no seu consultório se utilizem questionários para preenchimento antes da consulta)
- Diário miccional pode ser enviado para a paciente previamente a consulta
- Uma história clínica relevante deve ser realizada para elucidar o tipo e severidade dos sintomas. Classificar a incontinência urinária da mulher como incontinência urinária de esforço, incontinência urinária mista ou urge-incontinência/ bexiga hiperativa. Inicie o tratamento com base na classificação. Na incontinência urinária mista, direcione o tratamento para o sintoma predominante.
- Exclua sintomas de infecção do trato urinário (se suspeitar, siga o guia para ITU abaixo)
- Mulheres devem ser referenciadas para serviço secundário para continuar o manejo na presença de:
 - Hematúria macroscópica
 - Dor uretral ou vesical persistente
 - Suspeita de fístula
 - Cirurgia para correção de incontinência prévia com dor e/ou ITU de repetição
 - Retenção urinária/ dificuldade de esvaziamento
- Explique que seguindo as recomendações atuais, tratamento conservador será oferecido primeiro
- Investigação complementar e manejo cirúrgico serão realizados, se o tratamento conservador falhar e quando os serviços regulares forem autorizados a retomar em sua região.
- Manter uma cópia física/eletrônica da assistência remota para futuras referências

1.2. Manejo não cirúrgico da incontinência urinária

1.2.1 Mudanças de estilo de vida¹

- Recomende tentar reduzir o consumo de cafeína para mulheres com bexiga hiperativa
- Considere aconselhar mulheres com incontinência urinária ou bexiga hiperativa e com consumo de fluidos alto ou reduzido a modificar a quantidade de fluidos consumidos. Elas podem ser informadas e instruídas após preencher um diário miccional.
- Aconselhe mulheres com incontinência urinária ou bexiga hiperativa que tenham um IMC acima de 30 a perder peso
- Tente limitar a ingesta calórica e oriente exercícios físicos diariamente durante a quarentena por Covid-19 para evitar ganho não intencional de peso corporal.

1.2.2 Fisioterapia

- Faça uma avaliação fisioterapêutica para avaliar quão factível é a fisioterapia
- Treinamento de musculatura do assoalho pélvico de duração mínima de três meses deve ser oferecido como tratamento de primeira linha para mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista
- No cenário atual onde consultas presenciais não são possíveis, outras possibilidades precisam ser consideradas:
 - Consulta via telefone
 - Consulta por videoconferência
 - Uso de aplicativos específicos como por exemplo, Squeezy, iPelvis, e Kegel Trainer
 - [Vídeos instrutivos](#)
 - [Folhetos informativos](#) (disponíveis em 12 idiomas)
- Recomendado seguimento remoto por telefone com intervalos mensais.
- Questionários validados e diário miccional são recomendados.

1.2.3 Terapia comportamental

- Ofereça treinamento vesical com duração mínima de 6 semanas como tratamento de primeira linha para mulheres com urge-incontinência ou incontinência urinária mista
- No cenário atual onde consultas presenciais não for possível, outras possibilidades precisam ser consideradas como as descritas acima
- Recomendado seguimento remoto por telefone com intervalos mensais.
- Questionários validados e diário miccional são recomendados.

- Se as mulheres não atingirem benefício satisfatório com treinamento vesical e treinamento do assoalho pélvico, a combinação com medicação para bexiga hiperativa deve ser considerada

1.2.4 Tratamento farmacológico para bexiga hiperativa

- Antes de iniciar tratamento medicamentoso para bexiga hiperativa, explique a paciente:
 - A probabilidade de sucesso com uso da medicação
 - Os efeitos colaterais comuns associado à medicação
 - Que alguns dos efeitos colaterais das medicações anticolinérgicas, como boca seca e constipação, podem indicar que a medicação está começando a fazer efeito
 - Que ela pode não notar benefícios substanciais antes de 4- 6 semanas de uso do medicamento e que seus sintomas podem continuar a melhorar com o tempo
 - Que efeitos a longo-prazo de medicações anticolinérgicas para bexiga hiperativa em funções cognitivas são incertos
- Quando oferecer medicações anticolinérgicas para tratamento de bexiga hiperativa, levar em conta:
 - Condições coexistentes da paciente (como esvaziamento vesical deficiente, déficit cognitivo ou demência), hipertension
 - Uso atual de outras medicações que podem afetar o efeito anticolinérgico total
 - Risco de efeitos colaterais, incluindo déficit cognitivo
- A escolha da medicação depende na disponibilidade das medicações na região
- Ofereça estrogênio vaginal para tratamento de sintomas de bexiga hiperativa em mulheres pós-menopausa com suspeita de atrofia vaginal
- Ofereça consulta virtual/remota após 4 semanas depois de começar uma nova medicação para bexiga hiperativa. Pergunte se ela está satisfeita com o tratamento e:
 - Se a melhora foi ótima, continue o tratamento
 - Se houve pouca ou nenhuma melhora, ou se efeitos colaterais intoleráveis, troque a dose ou tente outra medicação, como agonista de receptor adrenérgico β_3 , para bexiga hiperativa
 - Ofereça uma reavaliação antes de 4 semanas se os efeitos colaterais da medicação para bexiga hiperativa sejam intoleráveis
- Ofereça uma futura reavaliação virtual se a medicação para bexiga hiperativa ou incontinência urinária parar de funcionar depois de sucesso inicial na revisão de 4 semanas
- Ofereça uma reavaliação para mulheres que continuem em medicação a longo-prazo para bexiga hiperativa ou incontinência urinária a cada 12 meses, ou a cada 6 meses se tiverem mais de 75 anos; isso pode ser realizado por telemedicina
- Referencie mulheres que tentaram tomar medicação para bexiga hiperativa, porém que não obtiveram sucesso ou tolerância ao tratamento, para serviço

secundário para considerar tratamento adicional. Explique que isso poderá ser adiado.

- Se houver necessidade de comparecer ao hospital por sintomas respiratórios sugestivos de infecção viral, leve uma cópia da prescrição já que medicações antimuscarínicas, particularmente solifenacina, têm um efeito de síndrome do QT longo no eletrocardiograma que pode ser prejudicial com uso concomitante de medicações usadas para tratamento da doença viral em curso.

1.2.5 Produtos para incontinência, urinol e produtos sanitários

- Muitas mulheres usam produtos para incontinência e sanitários como uma estratégia de controle dos sintomas vesicais e intestinais. Há muitos produtos diferentes disponíveis e as mulheres podem ser recomendadas a visitar o site *Continence Product Advisor* para informações sobre produtos que podem ser úteis no manejo dos sintomas enquanto aguardam avaliações futuras. www.continenceproductadvisor.org
- Considere o uso de pessários para incontinência ou dispositivos para controle de IUE com exercícios
- Para aqueles em isolamento ou que não podem ir até as lojas para comprar seus produtos de uso regular, a maioria dos supermercados oferecem serviços de entrega domiciliar que poderão entregar absorventes junto às outras compras e muitas empresas de absorventes têm seu próprio serviço de vendas online ou por telefone que as mulheres podem ligar diretamente para comprar produtos e que serão entregues diretamente em suas casas. Muitos produtos também estão disponíveis para entregas através de farmácias e revendedores online.
- Deve ser realizado aconselhamento em cuidados com a pele e de saúde e higiene básica vulvar

1.3 Seguimento

- Algumas mulheres podem ter tido cirurgias previamente à crise e podem ter seu retorno presencial cancelados ou adiados
- Mulheres que possam ter recebido tratamento de terceira linha, ou seja, toxina onabotulínica A, podem voltar para terapia comportamental e medicamentos se houver necessidade de tratamento adicional
- Consultas de seguimento podem ser realizadas a distância usando telefone ou videoconferência. Um ensaio randomizado mostrou que reavaliação pós operatória via telefone **não foi inferior** à reavaliação presencial em termos de satisfação do paciente, complicações ou efeitos adversos²
- Se um motivo para avaliar a paciente for identificada, consulta presencial pode ser a única opção. Se for o caso, fazer uso de EPI recomendado.

2. Incontinência anal

2.1 Avaliação

- Mulheres com incontinência anal devem ser inicialmente avaliadas por telemedicina (consulta virtual)
- Recursos para comunicação remota podem variar e incluir ligação telefônica e/ou video-conferência. Se possível, pode ser útil realizar a anamnese previamente à visita hospitalar usando questionários estruturados preenchidos pela própria paciente, que podem ser enviados via email de acesso seguro ou fazer uso de ferramentas desenvolvidas para uso eletrônico como o EPAQ-Pelvic Floor. Pacientes sem familiaridade com uso de computadores podem ser entrevistadas por telefone ou terem o questionário enviado por correio convencional com um envelope selado e endereçado para devolução.
- Uma história clínica relevante deve ser realizada para elucidar o tipo e severidade dos sintomas. Classificar a incontinência anal como urge-incontinência anal (precisa correr para ir à toailete e pode ter um acidente antes de chegar), incontinência anal passiva (urgência não associada com incontinência, material fecal simplesmente sai) ou incontinência para flatos ou mista. Comece o tratamento direcionado com a classificação.
- Perfil de sintomas para incontinência deve incluir
 - Qual é o problema e o quanto ele incomoda
 - Qual tipo de incontinência anal e quando ocorre
 - Se passiva, se acontece a qualquer momento ou principalmente pós evacuação
 - Tipo de fezes pela Escala de Bristol
 - Duração da presença da queixa
 - Dor na evacuação (possível hemorroida ou fissura anal)
 - Empachamento
 - Esvaziamento incompleto
 - Constipação com extravasamento
- Exclua qualquer sintoma de alarme para câncer colorretal:
 - Perda de peso inexplicada
 - Mudança no hábito intestinal nos últimos três meses sem justificativa
 - Letargia inexplicada
 - Evacuação com sangramento e/ou muco
 - Dor abdominal
 - História de câncer de intestino na família
- Explique que seguindo as recomendações atuais, o tratamento conservador será oferecido. Investigação complementar e manejo cirúrgico ocorrerão depois dos serviços voltarem ao normal

2.2 Manejo não cirúrgico da incontinência fecal³

2.2.1 Avaliação

Frequentemente pacientes com incontinência anal apresentam fezes amolecidas (tipo 5-6), então modificação da dieta e da ingestão de fluidos comumente pode ajudar a aumentar a consistência das vezes e prover melhor controle. Podem ser aconselhadas a:

- Beber 1,5 litros de fluidos variados diariamente. Evitar beber qualquer tipo de café (com ou sem cafeína). Evitar bebidas gaseificadas, especialmente as do tipo *diet*
- Reduzir o consumo de fibras na dieta (dieta de baixo resíduo)
- Marshmallows, gelatina, tapioca, iogurte natural, arroz são alimentos que podem ajudar a aumentar a consistência das fezes
- Tentar evitar produtos contendo trigo, especialmente pães, massas, biscoitos e bolos/tortas
- Tomar um iogurte probiótico/natural diariamente
- Reduzir ou parar consumo de alimentos que podem ter efeito laxativo como ameixas, damascos ou alcaçuz
- Descascar frutas para reduzir a ingestão de fibras
- Evitar alimentos condimentados/apimentados, gordurosos ou que contenham glutamato monossódico, como na culinária oriental
- Evitar alimentos sem açúcar já que adoçantes como sorbitol e aspartame terão efeito laxativo sobre o hábito intestinal

2.2.2 Terapia comportamental

- Use a toailete meia hora após as refeições para manter o intestino livre
- Quando sentado no vaso sanitário, tenha certeza de que os joelhos estão acima do nível do quadril com auxílio de um apoio para os pés. Descanse os cotovelos sobre os joelhos e deixe o abdome relaxar. Isso vai permitir um melhor esvaziamento intestinal
- Especificamente para incontinência anal passiva
 - Após evacuação, higienizar região anal com o mínimo de papel higiênico ou use água para lavar a área ou lenço umedecido. Não exagere na fricção.
 - Aplique um creme de barreira como vaselina ao redor da região anal
- Para auxiliar no controle do *soiling* (resquícios de fezes próximo ao canal anal), dobre um disco de algodão ao meio e coloque a extremidade da dobra entre as nádegas

2.2.3 Terapia farmacológica

- Medicamentos antidiarreicos podem ser oferecidos a pessoas com incontinência fecal associada a fezes amolecidas uma vez excluídas outras causas (como uso excessivo de laxantes, fatores dietéticos e outros medicamentos, fecaloma).
- O medicamento antidiarréico de primeira escolha deve ser o cloridrato de Loperamida. Pode ser usado a longo prazo em doses de 0,5 mg a 16 mg por dia, conforme a necessidade. Frequentemente uma dose baixa de menos de 2mg pode ajudar e nestes casos o cloridrato de loperamida em gotas deve ser prescrito (1mg por 5ml) começando com uma dose baixa e aumentando conforme necessário.

2.2.4 Fisioterapia

- Faça uma avaliação fisioterapêutica para avaliar a quanto factível é a fisioterapia
- No cenário atual onde consultas presenciais não são possíveis, outras possibilidades precisam ser consideradas:
 - Consulta via telefone
 - Consulta por videoconferência
 - Uso de aplicativos específicos
 - [Vídeos instrutivos](#)
 - [Folhetos informativos](#) (disponíveis em 15 idiomas)
- Recomendado seguimento remoto por telefone com intervalos mensais. Questionários validados e registro do hábito intestinal podem ser usados.

Recursos educacionais na IUGA Academy:

Aula virtual

[Manejo da incontinência fecal para o uroginecologista \(em inglês\)](#)

3. Infecção do trato urinário

3.1 Infecção aguda do trato urinário

- Mulheres com sintomas de infecção do trato urinário devem ser tratadas inicialmente por telemedicina (consulta virtual)
- Uma história clínica relevante deve ser realizada para elucidar o tipo e a gravidade dos sintomas (disúria, urgência, frequência)
- Se o diagnóstico não for claro, uma amostra de urina pode ser deixada na clínica para urinálise, e se for positivo, uma amostra pode ser enviada para cultura e antibiograma
- As mulheres devem ser encaminhadas para serviços secundários para tratamento se tiverem hematúria macroscópica
-
- Orientar a mulher sobre medidas de autocuidado^{4,5}:
 - Analgesia simples como Paracetamol (ou se preferido e adequado, o Ibuprofeno) pode ser utilizado para o alívio da dor
 - Considere a necessidade de antibióticos dependendo da gravidade dos sintomas, do risco de complicações e dos resultados anteriores da urocultura e do uso de antibióticos
- Se houver dificuldade intensa de esvaziamento, deverá ser realizada avaliação do residual de urina e a possibilidade de auto cateterização intermitente e uma consulta presencial pode ser inevitável
- Sintomas urinários De novo importantes como frequência de mais de 13 episódios em 24 horas e noctúria mais de 4 episódios por noite podem indicar cistite associada a Covid-19 (CAC) e precisam de encaminhamento e tratamento urgentes.

3.2 Infecções do trato urinário baixo recorrentes

- Mulheres podem ser aconselhadas sobre:
 - Treinamento vesical
 - Técnicas de esvaziamento: sentar-se para micção, pés completamente no chão, cotovelos apoiados nas coxas e relaxamento
 - Aconselhamento de higiene (Veja abaixo)
 - Técnicas de duplo esvaziamento: Quando a paciente terminar a micção, contar até 120, inclinar-se ligeiramente para frente e urinar novamente ou levantar-se e movimentar-se por um tempo e sentar-se novamente para nova micção
- Evitar intervalos longos entre micções
- Beber pelo menos 1-1,5l de fluidos por dia (preferencialmente água, evitar cafeína)
- Evitar usar qualquer produto de higiene feminina em spray ou duchas perfumadas
- Esvaziar bexiga após relação sexual, pois são gatilho frequente para ITUs
- Após evacuação, limpar a área perianal gentilmente, limpando-se de frente para trás e nunca repetir o movimento com o mesmo papel higiênico/ lenço. Lenços de textura suave, brancos, sem perfume são recomendados
- Algumas pacientes ao beber suco de cranberry ou tomar comprimidos de cranberry regularmente podem reduzir o número de infecções que apresentam. O suco de cranberry deve ser tomado com cautela se houver uso concomitante com varfarina.
- Manejo inicial deve ser baseado nos resultados de urocultura e antibiograma
- Todas as mulheres se beneficiam de aconselhamento comportamental e podem querer considerar o uso de comprimidos de cranberry, probióticos ou D-manose
- Se as infecções forem recorrentes, pode-se considerar o fornecimento de antibioticoterapia para início próprio, terapia profilática de longo prazo, antibiótico pós atividade sexual ou antibióticos rotativos de baixa dose contínua até que novas investigações possam ser organizadas com segurança.
- Terapia estrogênica vaginal deve ser considerada em mulheres pós-menopausa como uma medida profilática, assumindo que não haja contra indicações
- Hipurato de metenamina, um antisséptico, também pode ser considerado como profilaxia em mulheres pré e pós menopausa
- Informe paciente sobre sintomas de infecção ascendente do trato urinário e a potencial necessidade de avaliação precoce devido a possibilidade de pielonefrite aguda

- Imunoprofilaxia com lisado bacteriano OM-89 pode ser considerado, se disponível^{5,6} . Encaminhamento urgente é indicado na presença de febre, hematúria macroscópica, dor lombar

- **Recursos educacionais na IUGA Academy: """"**

Aula virtual

[Infecção urinária recorrente não complicada em mulheres \(em inglês\)](#)

4. Prolapso

4.1 Avaliação

- Mulheres com prolapso devem inicialmente ser avaliadas por telemedicina (consulta virtual)
- Recursos para comunicação remota podem variar e incluir ligação telefônica e/ou vídeo-conferência
- Se possível, pode ser útil realizar a anamnese previamente à visita hospitalar usando questionários estruturados preenchidos pela própria paciente, que podem ser enviados via email de acesso seguro ou fazer uso de ferramentas desenvolvidas para uso eletrônico como o EPAQ-Pelvic Floor. Pacientes sem familiaridade com uso de computadores podem ser entrevistadas por telefone ou terem o questionário enviado por correio convencional com um envelope selado e endereçado para devolução
- Uma história clínica relevante deverá ser realizada para elucidar a severidade dos sintomas
- Assegure a paciente que o prolapso não é uma condição perigosa ou associada ao câncer
- Se o prolapso for leve, a paciente deverá ser orientada a realizar treinamento da musculatura do assoalho pélvico
- Se há um prolapso grande com efeito sobre o esvaziamento vesical ou intestinal e/ou na presença de ulceração, uma consulta presencial será necessária

4.2 Manejo de pessários

- Mulheres que já usam pessários irão necessitar de telemedicina. Se apresentarem sangramento ou dor precisarão serem vistas pessoalmente.
- Uma estratégia alternativa seria enviar uma carta dizendo que elas não podem ser vistas no momento, mas devem contatar o serviço imediatamente se desenvolverem sintomas como sangramento ou se desejarem remover o pessário. Um estudo randomizado⁷ recente mostrou que em mulheres que recebem cuidados de pessário no consultório e estão usando um anel, Gellhorn ou pessário de incontinência, o acompanhamento de rotina a cada 24 semanas não é inferior a cada 12 semanas com base na incidência de anormalidades epiteliais vaginais.
- Ainda que a prática mais popular seja trocar o pessário a cada 6 meses, é razoável adiar a troca por mais 3 meses e reavaliar.

4.3 Seguimento de casos de pós operatório

- Algumas mulheres podem ter sido submetidas a cirurgia previamente ao início da crise e podem ter sua consulta presencial cancelada ou adiada

- Consultas de seguimento podem ser realizadas a distância usando telefone ou videoconferência.
- Se um motivo para avaliar a paciente for identificada, consulta presencial pode ser a única opção. Se for o caso, fazer uso de EPI recomendado.

Referências:

1. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline [NG123] Published date: 02 April 2019 Last updated: 24 June 2019.
2. Thompson, J.C., Cichowski, S.B., Rogers, R.G. et al. Outpatient visits versus telephone interviews for postoperative care: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 2019;30:1639–1646
3. Initial management of faecal incontinence: NICE Pathway Published date: 25 June 2019
4. Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG109] Published date: 31 October 2018
5. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam the Netherlands 2020. ISBN 978-94-92671-07-3. EAU Guidelines Office, Arnhem, the Netherlands. <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>
6. Haddad JM, Ubertazzi E, Cabrera OS, et al. Latin American consensus on uncomplicated recurrent urinary tract infection-2018. *Int Urogynecol J*. 2020;31(1):35–44.
7. Propst K, Mellen C, O’Sullivan DM, Tulikangas PK. Timing of Office-Based Pessary Care: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2020;135(1):100–105.

Material para leitura e publicações relacionadas:

1. Rogers, R.G., Swift, S. The world is upside down; how coronavirus changes the way we care for our patients. *Int Urogynecol J* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04292-7>
2. BSUG (British Society of Urogynaecology) Guidance on management of Urogynaecological Conditions and Vaginal Pessary use during the Covid 19 Pandemic <https://bsug.org.uk>
3. Grimes, C.L., Balk, E.M., Crisp, C.C. et al. A guide for urogynecologic patient care utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic: review of existing evidence. *Int Urogynecol J* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04314-4>

Autores:

Ranee Thakar

Dudley Robinson

Angie Rantell

Wendy Ness

Maura Seleme

Bary Berghmans

Agradecimento pela contribuição editorial a:

Bob Freeman

Kalaivani Ramalingam

Rebecca Rogers

Abdul Sultan

Jorge Milhem Haddad

Sylvia Botros

Translation provided by **Camila Cavalari, Luiz Gustavo Brito, Jorge Milhem Haddad**