

# **BEXIGA HIPERATIVA**

## **Plano de Cuidados Integrados (ICP)**

### **Formulários (Portugal)**

**Vera Pires da Silva**

**Alexandre Lourenço**

**Francisco Cruz**

**Luis Miguel Abranches Monteiro**

**Manuela Mira Coelho**

**Maria Geraldina Castro**

**Paulo Santos**

**Com o apoio científico:**



Associação  
Portuguesa  
de Urologia



Evidência científica recolhida pela Triducive, com o financiamento da Astellas Europe Limited. A Astellas Europe Limited convidou a Comissão Coordenadora para participar no desenvolvimento do Plano de Cuidados Integrados, mas não forneceu qualquer contributo editorial a este documento. Adicionalmente, a Astellas Europe Ltd. reviu o documento final para garantir a conformidade com os regulamentos relevantes. O texto baseia-se nas opiniões e experiência clínica dos autores.



Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro:.		Número de utente:	

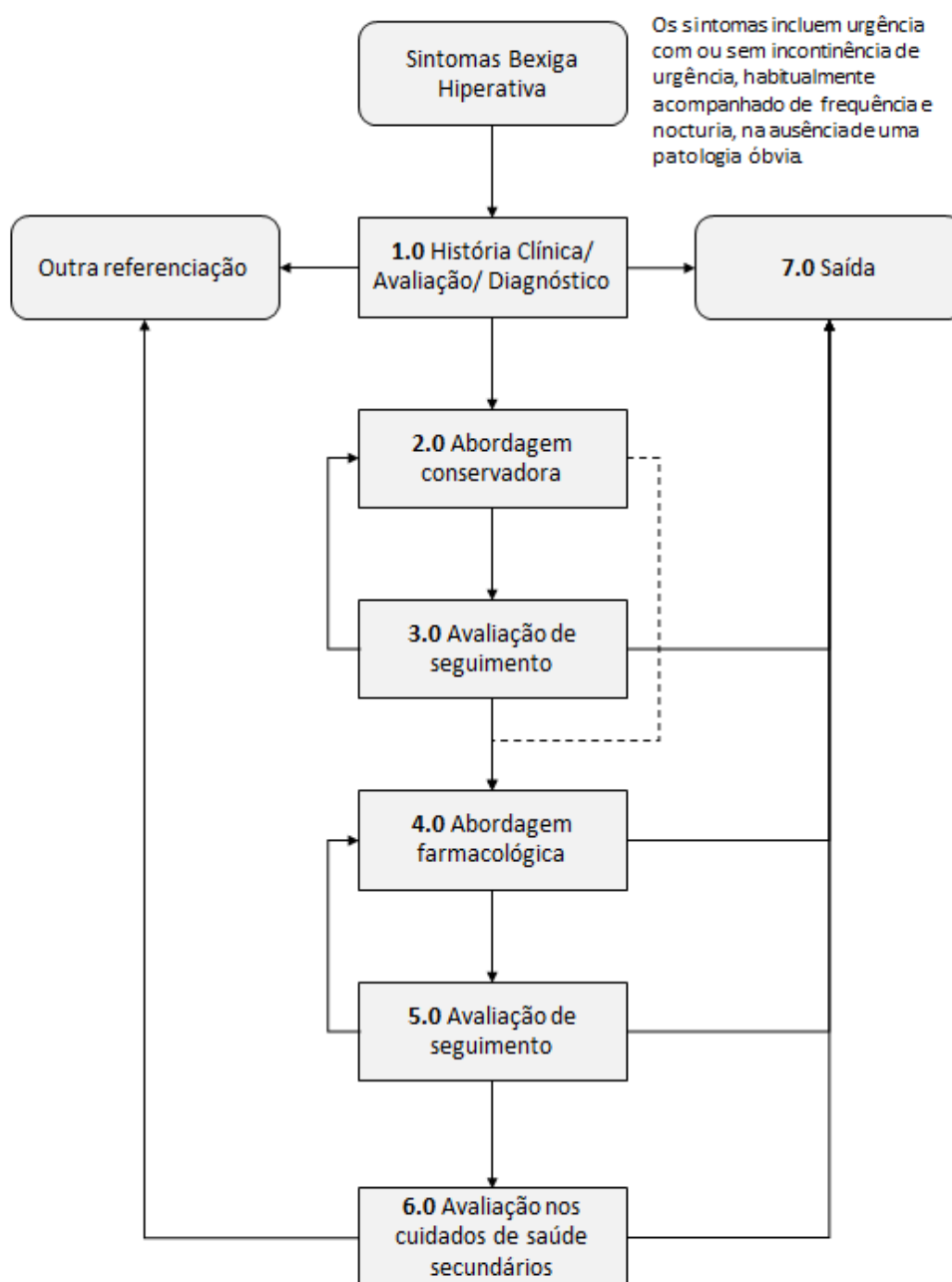
## Fluxograma de Abordagem da Bexiga Hiperativa

Este modelo foi desenhado para facilitar a implementação das atuais recomendações e boas práticas no tratamento da bexiga hiperativa (BH). Foi desenvolvido em 2016 e destina-se a adultos com sintomas de BH.

O ICP (*Plano de Cuidados Integrados*) pretende representar um fluxograma que pode ser modificado ou ajustado para se adaptar à capacidade e estrutura de qualquer instituição.

O seu objetivo é facilitar a comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar e assegurar que é implementado o plano de tratamento adequado a cada doente.

Este fluxograma representa o percurso do doente e é suportado pelo Guia do Utilizador.



Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 1.º História Clínica / Avaliação / Diagnóstico**

**Avaliação do Doente:**

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
	Sinais e sintomas neurológicos		
	Dor pélvica - bexiga / uretra / vagina / intestino		
Qualidade de Vida:	Impacto na Qualidade de Vida		
História Clínica:	Patologia ginecológica		
	Patologia urológica		
	Patologia intestinal		
	ITU recorrentes		
	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Patologia com aumento da produção de urina		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Radioterapia pélvica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Antecedentes cirúrgicos		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Medicação		
Notas:			
Observação:	Exame abdominal		
	Exame ginecológico (POP, teste do esforço, atrofia)		
	Quantificação da força muscular do pavimento pélvico		Escala de Oxford
	Toque rectal para avaliação próstata		
Sinais de Alarme	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Hematúria		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Infeção atual		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Massa abdominal		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado

POP: Prolapso dos Órgãos Pélvicos, ITU: Infeção do Tracto Urinário

**Diagnóstico:**

BH Confirmada (Passar para Formulário 2.º):		Sem BH ou sem Impacto na QdV (Formulário Saída do Programa 7.º):	
---	--	--	--

Plano de Tratamento:	
----------------------	--

**Educação do doente**

Sensibilização para a BH:	
Diário miccional	

**Processo de Verificação:**

Abordagem conservadora (Formulário 2.º):		Referenciar para especialista hospitalar:		Informar o médico de família:	
Discutir próximos passos com o doente:				Abandono do ICP – Sem BH (Formulário 7.º):	

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 2.0 Tratamento Conservador**

**Tratamento Conservador:**

Aconselhamento relacionado com o estilo de vida:	Dieta e ingestão de líquidos:	
	Evitar ingestão de cafeína:	
	Evitar ingestão de álcool:	
	Evitar bebidas gaseificadas:	
	Perda de peso:	
Obstipação:	Aconselhamento	
Treino vesical:	Aumento do intervalo entre as micções	
	Micção programada	
	Manobras de supressão da urgência:	
Exercícios dos músculos do pavimento pélvico:	Referenciar para medicina física e reabilitação se indicado e manter o programa de tratamento	

**Prescrição:**

Tratamento:	Dosagem:	Duração:	Notas:
Atrofia vulvovaginal	Estrogénio tópico		
Outras patologias			Indicação:?
			Indicação:?
			Indicação:?

**Educação do doente:**

Expetativas do doente:	
Aconselhamento estilo de vida, treino vesical e exercícios dos músculos do pavimento pélvico	

**Consulta de Seguimento:**

Agendamento da consulta de seguimento	Explicar a razão para o tempo até à consulta seguimento (2 a 3 meses recomendado) Dependendo do tratamento oferecido
Consulta marcada:	

**Processo de Verificação:**

Marcação da próxima consulta (Formulário 3.0):		Referenciar para especialista hospitalar:		Informar o médico de família:	
Discutir próximos passos com o doente:		Referenciar para Fisioterapia ou Medicina Física e Reabilitação:		Abandono do ICP – Sem BH (Formulário 7.0):	

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 3.0 Consulta de seguimento**

**Avaliação do Doente:**

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
Qualidade de Vida:	Impacto na qualidade de vida		
História Clínica:	Intercorrências		
	Nova medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame físico conforme adequado		
	Quantificação da força muscular do pavimento pélvico, se adequado		Escala de Oxford
Sinais de alarme	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Contração ineficaz dos músculos do pavimento pélvico		Referenciar ou investigar, conforme adequado

**Conclusão:**

Tratamento Satisfatório (Repetir Formulário 3.0):		Necessidade de Tratamento Farmacológico (Passar para Formulário 4.0):	
Alteração do Tratamento (Repetir Formulário 3.0):		Resíduo Pós-miccional - Referenciar para Especialista:	
Sem BH (Abandono do programa: Formulário 7.0):		Massa Abdominal/pélvica – Referenciar para especialista hospitalar	
Plano de Tratamento:			
Data da próxima consulta:			

**Tratamento Conservador:**

Aconselhamento relacionado com o estilo de vida:	Dieta e ingestão de líquidos:	
	Evitar ingestão de cafeína:	
	Evitar ingestão de álcool:	
	Evitar bebidas gaseificadas:	
	Perda de peso:	
Obstipação:	Aconselhamento	
Treino vesical:	Adiamento da micção:	
	Micção programada:	
	Manobras de supressão da urgência:	
Exercícios dos músculos do pavimento pélvico:	Referenciar para reabilitação se indicado e manter o programa de tratamento	

**Prescrição:**

Tratamento:	Dosagem:	Duração:	Notas:
Atrofia vulvovaginal	Estrogénio tópico		
Outras patologias			Indicação:?
			Indicação:?

**Educação do doente:**

Expetativas do doente:	
------------------------	--

**Processo de Verificação:**

Marcação da próxima consulta (Formulário 3.0):		Referenciar para especialista hospitalar:		Informar o médico de família:	
Tratamento farmacológico (Formulário 4.0):		Referenciar para Fisioterapia ou Medicina Física e Reabilitação:		<b>Abandono do ICP</b> – Sem BH (Formulário 7.0):	

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

## Formulário 4.o Terapêutica Farmacológica

### Fatores que afetam a prescrição:

Contra-indicações:	Hipertensão não controlada, taquiarritmia cardíaca, glaucoma de ângulo fechado, Miastenia gravis – verificar RCM Volume Residual Pós-miccional elevado (>150ml)	
Alterações cognitivas:		
Défice funcional:		
Comorbilidades:		
Outros fármacos com efeitos anticolinérgicos:		

### Escolha do Tratamento:

Tratamento (ordem alfabética):		Dose:	Posologia:	Notas: Ver RCM para informação mais detalhada
Anticolinérgicos	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg(LI) 60 mg(LP)	20 mg duas vezes por dia. 60 mg uma vez por dia.	20 mg: insuficiência renal grave - uma vez por dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg por dia. Se necessário aumentar para 15 mg por dia	Insuficiência hepática moderada 7,5 mg/dia. (máximo)
	Oxibutinina (LI)	5 mg	5mg 2 a 3 vezes por dia. Máximo 4 vezes por dia	Idosos debilitados, insuficiência renal e hepática: 2,5mg, duas a três vezes por dia
	Propiverina (LP)	30 mg 45 mg	30 mg por dia. Se necessário aumentar para 45 mg	Se insuficiência renal grave: dose 45 mg não está recomendada. Não está recomendado se insuficiência hepática moderada a grave.
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5mg uma vez ao dia. Se necessário aumentar para 10 mg por dia	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 5 mg por dia (máximo)
β <sub>3</sub> Agonistas	Mirabegrom (LP)	50 mg (25 mg)	50 mg uma vez por dia.	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 25 mg por dia

LI: libertação imediata, LP: libertação prolongada

### Educação do doente:

Expetativas do tratamento		
Efeitos indesejáveis		
Tratamentos dos Efeitos Indesejáveis		
Quem contactar em caso de necessidade		

### Conclusão:

Sem BH (Abandono do programa Formulário 7.o):	Resíduo Pós-miccional - Referenciar para Especialista:	
Plano de Tratamento: Explicar a razão para o tempo até à consulta de seguimento (4 a 8 semanas recomendado)		
Data da próxima consulta:		

### Processo de Verificação:

Marcação da próxima consulta (Formulário 5.o):	Referenciar para especialista hospitalar:	Informar o médico de família:
Discutir próximos passos com o doente:	Referenciar para Fisioterapia ou Medicina Física e Reabilitação:	<b>Abandono do ICP – Sem BH</b> (Formulário 7.o):

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 5.0 Consulta de seguimento**

**Avaliação do Doente:**

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
Qualidade de Vida	Impacto na Qualidade de Vida		
História Clínica:	Intercorrências		
	Nova medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame físico conforme adequado		
	Quantificação da força dos músculos do pavimento pélvico, se adequado		Escala de Oxford
Sinais de alarme:	Resíduo pós-miccional		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Contração ineficaz dos músculos do pavimento pélvico		Referenciar ou investigar, conforme adequado

**Revisão do tratamento**

Eficácia:		
Adesão:		
Efeitos indesejáveis	Alterações cognitivas, resíduo pós-miccional, xerostomia, obstipação, HTA, arritmia, Frequência cardíaca	

**Exames auxiliares de diagnóstico:**

Ecografia vesical:	Em caso de suspeita de aumento do volume residual pós-miccional	
--------------------	---	--

**Conclusão:**

Tratamento Satisfatório (Repetir Formulário 5.0):		Necessidade de Avaliação nos Cuidados Secundários (Passar para Formulário 6.0):	
Alteração do Tratamento (Repetir Formulário 5.0):		Resíduo Pós-miccional - Referenciar para Especialista:	
Sem BH (Abandono do programa Formulário 7.0):		Massa Abdominal – Referenciar para especialista	
Plano de Tratamento: Dependendo do tratamento oferecido			
Manter a prescrição atual:			
Escalonamento da prescrição atual:			
Alteração da prescrição:			

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------



Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Escolha do Tratamento:**

Tratamento (ordem alfabética):		Dose:	Posologia:	Notas: Ver RCM para informação mais detalhada
Anticolinérgicos	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg(LI) 60 mg(LP)	20 mg duas vezes por dia. 60 mg uma vez por dia.	20 mg: insuficiência renal grave - uma vez por dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg por dia. Se necessário aumentar para 15 mg por dia	Insuficiência hepática moderada 7,5 mg/dia. (máximo)
	Oxibutinina (LI)	5 mg	5mg 2 a 3 vezes por dia. Máximo 4 vezes por dia	Idosos debilitados, insuficiência renal e hepática: 2,5mg, duas a três vezes por dia
	Propiverina (LP)	30 mg 45 mg	30 mg por dia. Se necessário aumentar para 45 mg	Se insuficiência renal grave: dose 45 mg não está recomendada. Não está recomendado se insuficiência hepática moderada a grave.
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5mg uma vez ao dia. Se necessário aumentar para 10 mg por dia	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 5 mg por dia (máximo)
β <sub>3</sub> Agonistas	Mirabegrom (LP)	50 mg (25 mg)	50 mg uma vez por dia.	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 25 mg por dia

**Educação do doente:**

Alvo terapêutico acordado	
Expetativas em relação ao tratamento	
Adesão:	
Efeitos laterais	
Escalonamento da dose	
Tratamentos dos Efeitos laterais	
Quem contactar em caso de necessidade	
Data da próxima consulta:	Explicar a razão para o tempo até à consulta de seguimento (4 a 8 semanas recomendado), ou antes se não controlados

**Processo de Verificação:**

Marcação da próxima consulta (Formulário 5.o):		Referenciar para especialista hospitalar:		Informar o médico de família:	
Referenciar para cuidados saúde secundários (Formulário 6.o):		Referenciar para fisioterapia ou medicina física e reabilitação:		<b>Abandono do ICP</b> – Sem BH (Formulário 7.o):	

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 6.o Avaliação nos Cuidados Secundários**

**Processo de referênciação:**

Quem/instituição?		
Qual o motivo?		

**Expetativas e objetivos do doente:**

Sintomas persistentes:		
Expetativas realistas:		

**Avaliação Clínica:**

Sinais e sintomas:	Urgência		
	Incontinência de esforço, de urgência ou mista		
	Frequência		
	Noctúria		
	Qualidade do jato (sintomas de esvaziamento)		
	Sinais e sintomas neurológicos		
	Dor pélvica - bexiga / uretra / vagina / intestino		
Qualidade de Vida	Impacto na Qualidade de Vida		
História Clínica:	Patologia ginecológica		
	Patologia urológica		
	Patologia intestinal		
	ITU recorrentes		
	Patologia neurológica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Patologia em que se verifica um aumento da produção de urina		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Radioterapia pélvica		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Antecedentes cirúrgicos		Referenciar ou investigar, conforme adequado
	Medicação		
	Notas:		
Observação:	Exame abdominal		
	Exame ginecológico (POP, teste de esforço, atrofia)		
	Quantificação da força dos músculo do pavimento pélvico		Escala de Oxford
	Toque rectal para avaliação próstata		

POP: Prolapso dos Órgãos Pélvicos, ITU: Infecção do Tracto Urinário

**Investigação:**

Ecografia vesical:		✓
Urodinâmica (opcional):		✓
Cistoscopia (opcional):		✓

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Escolha do Tratamento:**

Tratamento (ordem alfabética):		Dose:	Posologia:	Notas: Ver RCM para informação mais detalhada
Anticolinérgicos	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg(LI) 60 mg(LP)	20 mg duas vezes por dia. 60 mg uma vez por dia.	20 mg: insuficiência renal grave - uma vez por dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg por dia. Se necessário aumentar para 15 mg por dia	Insuficiência hepática moderada 7,5 mg/dia. (máximo)
	Oxibutinina (LI)	5 mg	5mg 2 a 3 vezes por dia. Máximo 4 vezes por dia	Idosos debilitados, insuficiência renal e hepática: 2,5mg, duas a três vezes por dia
	Propiverina (LP)	30 mg 45 mg	30 mg por dia. Se necessário aumentar para 45 mg	Se insuficiência renal grave: dose 45 mg não está recomendada. Não está recomendado se insuficiência hepática moderada a grave.
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5mg uma vez ao dia. Se necessário aumentar para 10 mg por dia	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 5 mg por dia (máximo)
β <sub>3</sub> Agonistas	Mirabegrom (LP)	50 mg (25 mg)	50 mg uma vez por dia.	Insuficiência renal grave e Insuficiência hepática moderada 25 mg por dia

Terapêutica combinada			
Terapêutica intravesical	Toxina botulínica A		
Neuromodulação	Neuroestimulação Sagrada		
	PTNS (estimulação do nervo tibial posterior)		

**Reabilitação:**

Exercício dos músculos do pavimento pélvico:	Intensivo, supervisionado	
--	---------------------------	--

**Processo de Verificação:**

Marcação da próxima consulta (Formulário 6.o):		Referenciar para outro médico:		Informar o médico de família:	
Referenciar novamente para o médico de família:		Referenciar para fisioterapia ou medicina física e reabilitação:		<b>Abandono do ICP</b> – Sem BH (Formulário 7.o):	

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------

Modelo do Plano de Cuidados da BH (Portugal)

Nome do Doente:		Telefone:		Médico:	
Morada:		Enfermeiro::		Número de utente:	

**Formulário 7.º Abandono**

**Razão para Abandono do ICP:**

Sucesso do tratamento (BH controlada):		Texto explicativo (quando adequado):
Sem BH:		
Cirurgia:		
Doente adaptado aos sintomas de BH:		
Doente abandonou o tratamento devido a efeitos indesejáveis:		
Relação inadequada com o profissional de saúde:		
Doente não cumpre o tratamento:		
Doente mudou-se para outra zona:		
Doente perdido no seguimento:		
Doente tratado por outro médico:		
Morte (Não relacionada com BH):		
Outros:		Descrição:

**Processo de Verificação:**

Médico de família informado:				
Outros organismos informados:		Registos Médicos Informados		Cópia do formulário para o médico assistente:

Assinatura:	Profissão:	Data:	Introdução de Dados Completada:
-------------	------------	-------	---------------------------------