
Deliberação nº
DE-SNS 061/2023**Data**
30/04/2023**Sumário** Urgência Metropolitana de Urologia da
Área Metropolitana de Lisboa

A Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto (CE-UrgMET), criada mediante o determinado no Despacho nº 10692/2022, de 2 de setembro, tem por missão a revisão dos modelos de organização e a elaboração de propostas que visem a melhoria da articulação de recursos, numa política colaborativa entre as diversas unidades de cuidados de saúde, na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e na Área Metropolitana do Porto (AMP).

Nesse âmbito, a CE-UrgMET, em conjunto com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), sob o acompanhamento da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), reuniram com as diversas instituições e profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da AML, avaliando cada uma das especialidades, no que concerne à procura, oferta, qualificação das respostas, redes de referência hospitalar, qualidade e segurança das soluções e bons exemplos internacionais.

De acordo com a CE-UrgMet, o conceito de Urgência Metropolitana define-se por uma solução integrada e global num determinado local e região que vise a rentabilização de recursos na ótica de melhoria do acesso a cuidados e de reforço da qualidade e eficiência da resposta assistencial aos doentes urgentes e emergentes. Esse exercício de boa gestão implica a sistematização dos locais de atendimento clínico no âmbito da rede de referência, com regras claras de articulação e acesso (critérios clínicos de orientação), bem como a organização de cuidados. O trabalho em rede, além de constituir um mecanismo eficaz de gestão de risco, promove a uniformidade de critérios clínicos no acesso e nas intervenções em saúde, com evidente benefício para os utentes. O conceito de Urgência Metropolitana visa garantir a existência permanente de uma rede de segurança local e regional em apoio ao doente urgente/emergente mais grave, de forma articulada entre as diversas unidades de saúde responsáveis pela manutenção da capacidade assistencial na área geográfica e junto das populações em causa.

De sublinhar que esta estratégia é utilizada há muitos anos nas áreas metropolitanas dos vários países europeus e estabelecida como uma boa prática, sendo recomendada pelas várias sociedades científicas, com ganhos em saúde bem evidenciados.

No que concerne à **Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa**, a CE-UrgMET realizou uma análise da situação atual na AML, com o objetivo da promoção da equidade nas responsabilidades institucionais, de forma a garantir uma solução estável, que garanta o apoio ao doente urgente/ emergente, nas 24 horas. Esse objetivo implica a definição de uma proposta equilibrada de responsabilidades, com o envolvimento de todos os interessados, de forma integrada.

Foram várias as dimensões analisadas pelos especialistas, nomeadamente: casuística, articulação funcional, acesso (com a adoção de uma política uniforme ao nível das diversas regiões), impacto nos cuidados intensivos e intermédios, organização da resposta na península de Setúbal, apoio às regiões do Alentejo e do Algarve e transporte inter-hospitalar (valorizando a importância dos meios do INEM, nomeadamente, o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica e a operacionalização das respostas de Transporte do Doente Crítico por via terrestre, respeitando as normas técnicas em vigor preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos).

Foram ainda analisadas as questões do contacto prévio (antes da concretização do transporte), retorno ao hospital de origem (quando a condição clínica assim o permitir com segurança, é imperativa a prioridade na receção dos doentes nos hospitais de origem), organização em rede (necessidade na manutenção de uma coroa de hospitais, próxima das populações, com capacidade resolutive), abrangência e responsabilidade da participação (assunção da responsabilidade de todas as instituições em colaborar no esforço comum, para a garantia da manutenção de uma resposta no contexto da urgência metropolitana), alargamento de horário (alguns dos hospitais poderão alargar o seu período de apoio), impacto do horário noturno (são fatores a atender a existência de elementos com horários reduzidos, o envelhecimento dos quadros e o impacto da realização de trabalho noturno na atividade programada, devendo ser ponderado o acesso, nomeadamente as listas de espera), formação (relevância no assegurar que os Internos de Formação Específica (IFE) cumprem com os requisitos aplicáveis quanto à realização de trabalho de urgência, em centros com idoneidade formativa reconhecida, nomeadamente com casuística relevante em volume, tipologia de exames e complexidade clínica), o regime de apoio durante o período noturno (considerando a experiência internacional e o modelo já utilizado no CHULN e CHULC) e o acompanhamento (importante assegurar um mecanismo de avaliação da evolução do modelo).

A DE-SNS tem a responsabilidade de coordenar a resposta assistencial do Serviço Nacional de Saúde, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Nesse sentido, o reforço do trabalho em rede entre as equipas das instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários, com o INEM e a Linha de Saúde 24, assim como o planeamento atempado, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade e confiança para os utentes e os profissionais de saúde.

Após a avaliação das propostas e reflexões, que resultaram de um enorme envolvimento dos serviços de urologia, dinamizado pela CE-UrgMET e pela ARSLVT, a discussão com os profissionais sobre as melhores opções clínicas, com o objetivo de assegurar a coesão territorial e a equidade na prestação das respostas em saúde, tendo como perspetiva a abordagem utilizada neste âmbito nos países europeus, a DE-SNS agradece aos profissionais envolvidos e à excelente coordenação realizada e, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança, determina-se o seguinte:

- A **Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa**, será implementada da seguinte forma:
 - Em regime de presença física, todos os dias, das 08-20 horas, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE (CHULC);
 - Em regime de presença física, das 20-08 horas, todos os dias, em polo único central, a rodar semanalmente entre o CHULN e o CHULC.
 - No outro polo, não ativo, manutenção de uma prevenção das 20-08 horas em apoio aos doentes internados, e aos que se encontrem na urgência externa do respetivo hospital, até às 20h00, sob responsabilidade da especialidade de urologia.
- Nas restantes instituições das AML, deverá ser consagrada a solução discutida com a CE-UrgMET e a ARSLVT, sendo que será alvo de monitorização contínua pela DE-SNS, com o objetivo da maioria dos doentes poder ser observado e tratado em proximidade.

- Os hospitais com maior responsabilidade assistencial na área da Urologia, pela dimensão dos respetivos serviços e das áreas geográficas e populacionais abrangidas, nomeadamente o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, devem reforçar a organização e capacidade interna, de forma a poder responder cabalmente à generalidade das situações urgentes (conforme os critérios de acesso agora definidos), evitando a transferência de doentes para o polo central de Urgência de Urologia, em funcionamento no CHULC ou no CHULN.
- A equipa clínica tipo recomendada é constituída por um Especialista e um IFE (envolvendo os vários hospitais da ARSLVT, num esforço comum).
- O critério clínico de apoio da urologia à urgência metropolitana, sistematizado entre os serviços, com uniformidade de critério na AML, na AMP e na Região do Minho, respeitando a evidência científica, possui critérios de referenciação que deverão explicitar as indicações precisas que justificam a observação urgente pela Urologia, com o respetivo tempo alvo indicado, por patologia. O referido consenso clínico vigorará como norma no pedido urgente de parecer, de realização de procedimento ou de transferência inter-hospitalar (esta, obrigatoriamente, sempre com contacto prévio do Urologista no hospital destino e autorização do Chefe de Equipa de Urgência) – em anexo.
- Coordenação da Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa: assegurada em regime de coresponsabilidade pelos Diretores de Serviço de Urologia do CHULN e CHULC.
- Acompanhamento trimestral: coordenado pelo CHULN e o CHULC, acompanhado pela DE-SNS.
- O presente plano entra em vigor na segunda-feira, dia 8 de maio de 2023, sendo essa semana da responsabilidade do CHULC.

30 de abril de 2023

O Diretor Executivo da DE-SNS

Fernando Manuel Ferreira Araújo

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA A URGÊNCIA REGIONAL DE UROLOGIA

1. OBJECTIVO

Definir as linhas de orientação de doentes com patologia urológica para otimização na referenciação para a Urgência Regional de Urologia (URU).

2. ÂMBITO

Estas recomendações destinam-se a ser aplicadas por todos os profissionais que colaboram no atendimento dos doentes no Serviço de Urgência dos Hospitais que referenciam para a URU e pelas equipas médicas da URU.

3. RESPONSABILIDADES

Compete à coordenação da URU a divulgação das linhas de orientação estabelecidas. É responsabilidade das direcções dos Serviços de Urgência dos Hospitais referenciadores e diretores dos Serviços de Urologia participantes na URU a implementação das mesmas.

4. DEFINIÇÕES

Emergência: perigo de vida ou de viabilidade de órgão, obrigando a necessidade de resolução imediata. Nestas circunstâncias, é expectável que os doentes sejam transferidos o mais brevemente possível para a URU, após contacto telefónico prévio para programação antecipada das necessidades de recursos humanos e materiais (ex: sala de emergência, bloco operatório, unidades de cuidados intermédios ou intensivos) de modo otimizar os tratamentos necessários após receção do doente.

Urgência: sem perigo de vida ou de viabilidade de órgão no imediato, mas com necessidade de resolução a curto prazo. Nestas circunstâncias, a equipa médica da URU deverá ser contactada para avaliar a necessidade de transferência imediata do doente, tendo em consideração a severidade clínica, a necessidade de avaliação especializada por Urologia para estabelecimento de diagnóstico correto e a disponibilidade de recursos para implementação no imediato da terapêutica necessária.

5. PROTOCOLOS DE ACTUAÇÃO E REFERENCIAÇÃO

5.1 TRAUMA

5.1.1 Traumatismo Renal

Na suspeita clínica de traumatismo renal deverão ser solicitados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Estudo analítico: hemograma, bioquímica (ureia, creatinina, ionograma e glicose), estudo da coagulação.
- Uro-TC: Tomografia Computorizada (TC) com contraste nas fases arterial, venosa e urográfica (cortes tardios), para diagnóstico de lesão renal e classificação do grau de severidade do traumatismo segundo a *American Association for the Surgery of Trauma* (AAST) (figura 1).

Em caso de evidência imagiológica de traumatismo renal, recomenda-se a seguinte orientação:

- Traumatismo fechado grau I, II e III
 - Se hemodinamicamente estável
 - Tratamento conservador
 - a. Repouso absoluto no leito
 - b. Antibioprolaxia
 - c. Monitorizar, sinais vitais, hematócrito e hematoma retroperitoneal
 - d. Repetir Uro-TC, dentro de 2 a 4 dias, ou sempre que aparecer febre, dor no flanco ou queda do hematócrito. Se descida clinicamente relevante do hematócrito com necessidade de transfusão, febre ou agravamento do grau de severidade do traumatismo (não o tamanho do hematoma associado) - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**
- Traumatismo fechado grau IV
 - Se hemodinamicamente estável e:
 - Evidência de laceração do excretor - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**
 - Lesão de artéria ou veia renal segmentar com hematoma contido deverá realizar tratamento conservador (previamente descrito) - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**

- Traumatismo fechado grau V ou doente hemodinamicamente instável de qualquer grau, no contexto da instabilidade decorrer desse trauma renal:

- Contactar e transferir para a URU (EMERGÊNCIA)

A transferência de doentes hemodinamicamente instáveis só deverá ser realizada após a devida estabilização do mesmo no Hospital de origem.

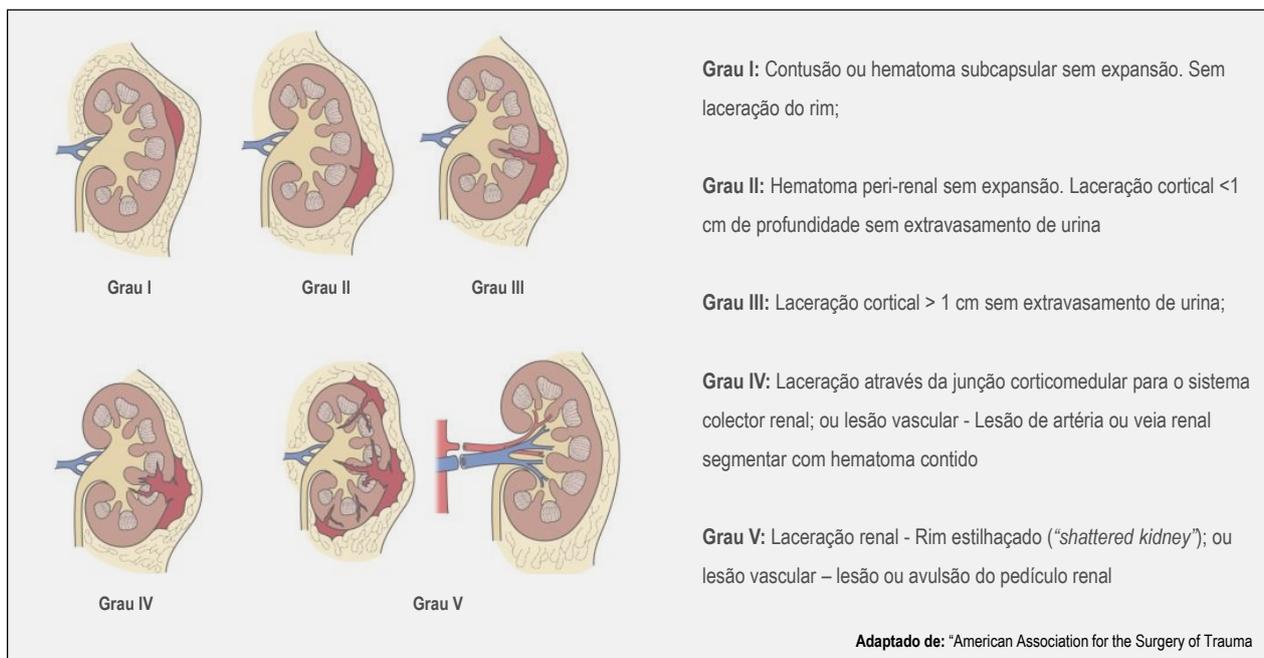


Figura 1 – Classificação de traumatismo renal segundo a *American Association for the Surgery of Trauma*

5.1.2 Traumatismo Ureteral

Na suspeita clínica de traumatismo ureteral deverão ser solicitados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Estudo analítico: Hemograma, bioquímica (ureia, creatinina, ionograma e glicose), estudo da coagulação.
- Uro-TC: Tomografia Computorizada (TC) com contraste e com aquisição de cortes tardios diagnóstico de lesão ureteral e classificação do grau de severidade do traumatismo.

Em caso de evidência imagiológica de traumatismo ureteral, recomenda-se a seguinte orientação:

- Feridas penetrantes, traumatismo com arma branca ou arma de fogo:

- Contactar e transferir para a URU (EMERGÊNCIA);

- Lesão iatrogénica (rotura/avulsão, laqueação, desvascularização ou queimadura) ou outras:

- Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA)

5.1.3 Traumatismo Vesical

Na suspeita clínica de traumatismo vesical deverão ser solicitados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Estudo analítico: Hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, ionograma e glicose), estudo da coagulação;
- Tomografia Computorizada (TC) com cistografia associada (instilação vesical mínima de 300mL de contraste iodado com diluição de 50% em soro fisiológico);

Em caso de evidência de rotura vesical:

- Intra-peritoneal ou lesão por trauma penetrante: **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**
- Extra-peritoneal: algaliação e colocação de sonda vesical em drenagem livre.

5.1.4 Traumatismo Uretral

Na suspeita clínica de traumatismo uretral (doentes com quedas em “sela”, traumatismo pélvico com sangue no meato uretral e traumatismo pélvico associado a retenção urinária aguda): **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**

5.1.5 Traumatismo Escrotal

Na presença de traumatismo escrotal deverão ser solicitados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Ecografia escrotal: se evidência de hematocelelo e/ou rotura da túnica albugínea - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**

5.1.6 Traumatismo Peniano

Na suspeita clínica de rotura (fratura) dos corpos cavernosos - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA);**

Sempre que houver acesso a exame de imagem (ecografia peniana), o mesmo deverá ser realizado previamente ao contacto, de modo a aumentar a acuidade diagnóstica e melhorar a orientação clínica subsequente.

5.2 PATOLOGIA NÃO TRAUMÁTICA

5.2.1 Torção do cordão espermático

Na suspeita clínica de torção do cordão espermático com ou sem evidência imagiológica associada (*ecodoppler* escrotal a documentar diminuição ou ausência de fluxo) - **Contactar e transferir para a URU (EMERGÊNCIA)**

5.2.2 Cólica Renal

Na suspeita clínica de cólica renal deverão ser solicitados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Estudo analítico: hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, ionograma, glicose e proteína C reactiva), estudo da coagulação, estudo sumário de urina;
- TC Abdomino-Pélvico sem contraste (**exame de primeira linha**) ou ecografia reno-vesical + Rx reno-vesical (caso não haja TC disponível) para documentar evidência de hidronefrose a sugerir obstrução e identificação de causa obstrutiva (no caso de etiologia litiásica: tamanho e localização do cálculo).

Tratando-se de uma cólica renal não complicada, deverá ser prescrita analgesia combinada e terapêutica médica expulsiva, aconselhada vigilância de sinais de alarme que poderão motivar regresso ao Serviço de Urgência e reavaliação de resolução da obstrução com exame de imagem após quatro semanas.

Considera-se uma **cólica renal complicada**, a presença concomitante de um ou mais dos seguintes achados:

- Febre > 38°C (risco de hidronefrose infetada, pionefrose e urosépsis);
- Anúria ou agravamento da função renal (clearance de creatinina < 20mL/min/1.73 m² ou associada a hipercalémia com necessidade de medidas médicas para correção);
- Dor refractária à analgesia (pouco frequente quando realizado tratamento farmacológico correto);
- Obstrução em rim único funcionante;
- Obstrução renal bilateral.

Na presença de **cólica renal complicada** - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA)**. Os casos serão avaliados individualmente, de modo que as transferências sejam efetuadas apenas nas situações mais prioritárias e quando há capacidade de realizar a derivação urinária (colocação de cateter ureteral tipo duplo J ou nefrostomia percutânea) num curto espaço de tempo. Os casos menos prioritários serão posteriormente reavaliados pelas equipas de Urologia de urgência dos hospitais de origem/referência durante o período diurno.

Nas situações emergentes (urosépsis) - Contactar e transferir para a URU (EMERGÊNCIA)

A transferência de doentes hemodinamicamente instáveis só deverá ser realizada após a devida estabilização do mesmo no Hospital de origem.

5.2.3 Retenção urinária aguda

Na suspeita clínica de retenção urinária aguda e incapacidade de algiação - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA).**

5.2.4 Priapismo

Na suspeita clínica de priapismo (ereção prolongada e persistente (>4h de evolução), geralmente dolorosa, sem estímulo sexual associado) - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA).**

Se os achados clínicos forem sugestivos de priapismo de baixo fluxo (venoso) o doente deverá ser transferido para a URU. No caso de se tratar de um priapismo de alto fluxo (arterial) o doente será posteriormente reavaliado pelas equipas de Urologia de urgência dos hospitais de origem/referência durante o período diurno.

5.2.5 Patologia infecciosa

Os casos de cistite, prostatite aguda, pielonefrite não obstrutiva, orquiepididimite ou uretrite deverão ser tratados nos hospitais de origem.

Nas seguintes situações deverá ser **contactada a equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA):**

- Abscesso prostático (após realização de estudo analítico e exame de imagem – ecografia prostática transrectal ou TC pélvico);
- Abscesso renal > 4cm (após realização de estudo analítico e exame de imagem – TC Abd-Pélvico com contraste);
- Pielonefrite xantogranulomatosa (após realização de estudo analítico e exame de imagem – TC Abd-Pélvico com contraste);
- Pielonefrite enfisematosa (após realização de estudo analítico e exame de imagem – TC Abd-Pélvico com contraste);
- Pielonefrite obstrutiva/Pionefrose (de acordo com o descrito no ponto 5.2.2).

Os casos de gangrena de Fournier com ponto de partida escrotal ou peniano - **Contactar e transferir para a URU (EMERGÊNCIA).**

No que se refere à patologia infecciosa que indica transferência, a primeira toma de antibiótico deve ser administrada antes da transferência (pois a operacionalização da mesma poderá demorar, com prejuízo para o dente em choque séptico).

5.2.6 Hematúria macroscópica

A hematúria macroscópica é uma condição com múltiplas etiologias, cujo estudo etiológico é realizado maioritariamente em contexto de ambulatório. A avaliação em contexto de urgência deve contemplar os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- Estudo analítico: Hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, ionograma e glicose), estudo da coagulação;
- Ecografia reno-vesical

No caso de se tratar de uma hematúria clinicamente relevante deverá ser realizada algaliação do doente com sonda vesical de três vias, iniciada lavagem vesical contínua, monitorização de sinais de alarme, vigilância do hematócrito e medidas de suporte (transusão se necessário). O doente será posteriormente reavaliado pelas equipas de Urologia de urgência dos hospitais de origem/referência durante o período diurno, para decisão de necessidade de internamento.

Colocam-se como ressalva as seguintes situações, em que se deverá **contactar a equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA):**

- bexiga de coágulos com incapacidade de lavagem manual;
- hematúria com descida relevante e persistente do hematócrito e/ou instabilidade hemodinâmica.

5.2.7 Lesão renal aguda pós-renal

Em situações de urgência com agravamento da função renal deverão ser realizados os seguintes exames auxiliares de diagnóstico, para estratificação da gravidade clínica e identificação dos casos de etiologia pós-renal:

- Estudo analítico: Hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, ionograma e glicose)
- Ecografia reno-vesical ou TC Abd-Pélvico sem contraste

Nas situações em que for objectivada a presença de uropatia obstrutiva baixa (globo vesical com hidronefrose bilateral), deverá proceder-se a algaliação do doente, monitorização da função renal e ionograma e titulação da fluidoterapia para compensação da poliúria pós-obstrução.

Nos casos de uropatia obstrutiva alta:

- Se anúria, rim único funcionante ou clearance de creatinina $< 20\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$ - **Contactar equipa da URU para ponderar necessidade de transferência (URGÊNCIA).**

- Nas outras situações o doente deverá ficar em vigilância e ser posteriormente reavaliado pelas equipas de Urologia de urgência dos hospitais de origem/referência durante o período diurno.

5.3 OUTRAS SITUAÇÕES

Nas situações excecionais não contempladas no presente documento, cujo parecer ou intervenção por Urologia possa ser considerado relevante, deverá ser **contactada equipa da URU para ponderar necessidade de transferência.**

6. INTERNAMENTO DOS DOENTES

6.1 APÓS AVALIAÇÃO NA URU

Todas as situações em que após avaliação do doente na URU, a equipa médica de Urologia entenda que deverá ser proposto internamento num serviço de Urologia, o mesmo deverá ser efetuado **de imediato no serviço de Urologia do Hospital da área de referência**, sempre que haja equipa de urologia de prevenção ao serviço. Colocam-se como **exceção** à presente norma, todos os doentes em **pós-operatório imediato** e doentes com necessidade de **monitorização por urologia no curto prazo**; nestas circunstâncias os doentes deverão ser internados no serviço de Urologia da URU. O internamento nos serviços de Urologia do Hospital da área de referência deverá ser efetuado após contacto telefónico com o chefe de equipa de urgência e acompanhado por registos clínicos com proposta de orientação terapêutica e folhas de prescrição farmacológica e não farmacológica.

6.2 APÓS PARECER TELEFÓNICO

Nas situações em que a equipa da URU considere que os achados clínicos e de MCDT partilhados telefonicamente ou por via informática (Plataforma de Dados em Saúde, software de estudos imagiológicos) recomendem o internamento num serviço de Urologia, o mesmo deverá ser efetuado **diretamente no Hospital da área de referência**, sempre que haja equipa de urologia de prevenção ao serviço. O internamento nos serviços de Urologia do Hospital da área de referência deverá ser efetuado após registos clínicos com proposta de orientação terapêutica e folhas de prescrição farmacológica e não farmacológica, enviados informaticamente.

Abril de 2023

Urgências Metropolitanas de Urologia