



Incontinência urinária

Resumo de diretriz NHG M46 (setembro 2006)

Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Conteúdo



- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta – geral
 - Orientação e terapia não medicamentosa
- Conduta – incontinência por esforço
 - Orientação e terapia não medicamentosa
- Conduta – incontinência por urgência
 - Orientação e terapia não medicamentosa
 - Medicação
- Conduta – incontinência mista
- Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Anamnese

Tipo de incontinência?

- Perda de urina durante a tosse, espirros, saltar, levantar, correr?
- A perda de urina está associada a um desejo urgente de urinar?
- Perda contínua de urina sem a sensação de necessidade de urinar?

Estimar a quantidade de perda de urina e informar-se sobre as consequências para a vida cotidiana.

Sinal de desordem subjacente ?

- Aumento da frequência urinária; dificuldade ou dor ao urinar; hematúria?

Fatores de influência?

- Medicamentos, álcool e bebidas contendo cafeína, ingestão total de líquidos.
- Deficiências cognitivas, visuais ou motoras.
- Paridade, tosse crônica, operações na pelve ou distúrbios neurológicos.

Exame físico

- Abdômen (homens e mulheres): especial atenção à cicatrizes cirúrgicas, tumores e retenção urinária.
- Vaginal e (nos homens) exame de toque retal: avaliar músculos do assoalho pélvico (tônus em descansando e em incontinência por esforço ou mista a contração e relaxamento), prolapso e tumores (mulheres), próstata.

Exames complementares

- Diário miccional (3 dias), a menos que a incontinência de esforço (isolada) seja evidente e não houver dúvida sobre gravidade.
- O exame de urina (eritrócitos e sinais de infecção do trato urinário).

Avaliação

- Incontinência urinária: qualquer forma de perda involuntária de urina;
- Incontinência por esforço: perda de urina apenas durante momentos de aumento da pressão;
- Incontinência por urgência: perda de urina exclusivamente relacionada ao desejo forte de urinar;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Incontinência mista: a perda de urina durante os momentos de aumento da pressão e relacionado a um forte desejo de urinar;
- Incontinência com fatores não-urológicos no primeiro plano (limitações cognitivas, visuais ou motoras);
- Outras formas de incontinência: incontinência neurogênica, incontinência por extravasamento ou formação de fístula, e incontinência em combinação com dificuldade de urinar em homens (ver diretriz *Sintomas do trato urinário inferior*).

Conduta – geral

Orientações e terapia não medicamentosa

- Discutir sentimentos de vergonha.
- Em obesidade moderada ou severa explicar que a redução de peso pode influenciar positivamente as queixas.
- Reconsidere o uso de antipsicóticos, antidepressivos e diuréticos.
- Ter como objetivo o consumo de 1,5 litro de líquidos por dia e limitar o consumo de álcool.
- Tratar, se for o caso, as deficiências motoras ou visuais.
- Se fatores não-urológicos estiverem no primeiro plano: consultar um fisioterapeuta especializado e buscar soluções práticas (vestuário e banheiro adaptados, instrumentos de auxílio como vaso sanitário elevado).
- Para todos os tipos de incontinência há necessidade de materiais para conter/absorver a urina; proteger a pele circundante.

Conduta – incontinência por esforço

Orientações e terapia não medicamentosa

Explicar que o fechamento da bexiga não ocorre como o desejado e que os músculos do assoalho pélvico são fundamentais nessa função. Através de exercícios, estes músculos podem ser fortalecidos e melhor coordenados.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Exercícios do assoalho pélvico

- Instruir durante o exame vaginal e dar instruções também por escrito; repetir instruções depois de 2 e 6 semanas.

Contraír ao máximo os músculos do pavimento pélvico 2 a 3 vezes por dia em 3 séries de 10 repetições durante 6 a 8 segundos, e acima disso mais 3 a 4 vezes durante 1 a 2 segundos. Faça como se estiver segurando urina ou flatos, enquanto os músculos abdominais, dos glúteos e da coxa matem-se relaxados.

- Aconselhar para retomar exercícios em recaída dos sintomas; parar se não houver melhoria dentro de 3 meses (diário miccional).
- Encaminhar a um fisioterapeuta especializado, os pacientes que não conseguem contrair os músculos corretos.

Dispositivos de ajuda

- Considere (mesmo em mulheres sem prolapso), utilizar um pessário.
- Incontinência em determinadas circunstâncias (como esportes): um dispositivo absorvente de tamanho grande.

Conduta – incontinência por urgência

Orientações e terapia não medicamentosa

Explique que a irritabilidade da bexiga está aumentada (bexiga hiperativa); isto é mantido pela micção frequente. O treinamento da bexiga, muitas vezes ajuda.

Também pode ser útil a ingestão de menos bebidas cafeinadas.

Treinamento da bexiga

- Fornecer instruções por escrito

Adiar a micção progressivamente 5 a 15 minutos e marcar esta em um diário. Gradativamente ampliar o tempo de adiamento da micção. Muitas vezes é mais fácil adiar a micção sentado no vaso sanitário até o desejo de urinar desaparecer.

- Avaliar após 2 a 6 semanas o efeito (diário miccional); parar se não houver melhoria dentro de 3 meses (diário miccional).
- Encaminhar pacientes com hipertonia dos músculos do assoalho pélvico a um fisioterapeuta especializado.

Medicação

- Em efeito insuficiente do treinamento da bexiga iniciar eventualmente o tratamento com um anticolinérgico (darifenacina, oxibutinina, solifenacin ou tolterodina).
- Avaliar o efeito após 4 semanas; avaliar regularmente o equilíbrio entre eficácia e efeitos colaterais.

Conduta – incontinência mista

Começar com o tratamento do tipo de incontinência com consequências mais desagradáveis. Adicionar eventualmente após 6 semanas um tratamento para o outro tipo de incontinência.

Encaminhamento

Encaminhar se a terapia conservadora não fornecer resultado suficiente – mulheres, encaminhar preferentemente a uma equipe de urologista e ginecologista. Encaminhar também:

- em caso de incerteza sobre o tipo de incontinência;
- homens abaixo de 65 anos com incontinência, exceto após cirurgia da próstata;
- mulheres com prolapso até ou além do intróito da vagina ou as mulheres que optam por cirurgia;
- mulheres e homens com incontinência neurogênica ou incontinência por extravasamento de origem desconhecida;
- mulheres e homens com (suspeita de) tumores no abdômen