

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INCONTINÊNCIA URINÁRIA
NÃO NEUROGÊNICAPORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 1, DE 09 DE JANEIRO DE 2020. DIAGNÓSTICO INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

ANAMNESE

Frequência, tipo e horário de episódios de perda, gravidade (número de perdas e necessidade de utilizar proteção – uso de absorventes e fraldas a depender); grau de incômodo; hábitos miccionais, comorbidades, medicamentos.

Mulheres: horário das perdas; ingestão hídrica; cirurgias pélvicas; número e tipo de partos; complicações ginecológicas; infecção urinária; constipação.

Homens: história de cirurgia prostática, câncer e radioterapia; sintomas de doenças que podem causar disfunção vesical; história familiar de doenças da próstata.

EXAME FÍSICO

Mulheres: Avaliação neurológica (mobilidade, estado cognitivo, força e tônus da musculatura pélvica e a sensibilidade), edema periférico, exame abdominal, índice de massa corporal, avaliação de prolapso de órgãos pélvicos e atrofia vaginal, observação de perdas com manobras de esforço em posição supina e ortostática.

Homens: Presença de distensão vesical, tônus do esfíncter anal, reflexo bulbocavernoso, com a finalidade de se diagnosticar uma provável causa neurológica da incontinência.

Observação de perda urinária com a bexiga cheia, na posição ereta e com aumento da pressão intra-abdominal.

DIÁRIO MICCIONAL (ENTRE 2 A 7 DIAS)

Método simples e útil que avalia rotina urinária e perdas. Monitora a resposta e eficácia do tratamento, gravidade, além de exercer um papel terapêutico, pois fornece ao paciente uma visão do comportamento da bexiga.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame de análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina para descartar quadro infeccioso

Mulheres: Considerar USG de trato urinário, cistoscopia, uretrocistografia e estudo urodinâmico.

Homens: Urocultura (pre-cirúrgico), creatinina, antígeno prostático específico (PSA), estudo urodinâmico (pós-prostatectomia), uretrocistografia retrógrada e miccional (planejamento cirúrgico pacientes com baixo fluxo urinário ou sinais de obstrução no estudo urodinâmico).

 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) se refere à perda involuntária da urina relatada por um indivíduo. As causas não neurogênicas incluem: IU associada aos esforços (esforço físico, atividade esportiva, ou em espirros e tosse) e IU por urgência (IUU) no adulto. A IUE ocorre devido a uma deficiência no suporte vesical e uretral que é feito pelos músculos do assoalho pélvico ou por uma fraqueza ou lesão do esfíncter uretral. Ocorre a IUU como consequência da hiperatividade do músculo detrusor que apresenta contração involuntária devido a fatores como infecção urinária e lesão nervosa.

 CID-10

R32 Incontinência urinária não especificada

N39.3 Incontinência de tensão (“stress”)

N39.4 Outras incontinências urinárias especificadas

 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos (> 18 anos), de ambos os sexos

Diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), de Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ou de Incontinência Urinária mista (IUM)

 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

População pediátrica (< 18 anos)

IU de causa neurogênica

DIAGNÓSTICO INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

ANAMNESE

Urgência, frequência (número de micções diárias superior a oito); noctúria com ou sem incontinência de urgência associada.

DIÁRIO MICCIONAL

Equivalente ao tratamento da IUE.

EXAME FÍSICO

Mulheres: exame da região pélvica, exame neurológico sumário (marcha, sensibilidade perineal e do tônus do esfíncter anal) exame ginecológico (presença de atrofia urogenital, prolapso genital e vulvo-vaginite atrófica), teste de esforço, com a paciente em pé.

Homens: toque retal para avaliar aumento prostático que pode sugerir obstrução infravesical e permite avaliar as condições do assoalho pélvico (29, 30).

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame de urina, Urocultura e antibiograma, Creatinina, Glicose

Considerar estudo urodinâmico quando o paciente apresentar sintomas e sinais que não possam ser explicados apenas por hiperatividade primária, falha do tratamento inicial; resíduo pós-miccional significativo; cirurgias prévias do trato urinário inferior; Suspeita de doenças neurológicas, Sintomas parecem decorrer de quadro doloroso sugerindo afecção irritativa (cistite intersticial)

Considerar Ultrassom caso dúvidas no diagnóstico.

TRATAMENTO

TRATAMENTO INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (CONDUTA CONSERVADORA)

Importante: O tratamento deve ser realizado considerando o tipo da IU

Para homens e mulheres recomendam-se mudanças de estilo de vida (dieta, atividade física e adequação da ingestão de líquidos), cessação tabagismo e cafeína, tratamento da constipação, orientação, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) e *biofeedback* deve ser a primeira escolha nos primeiros 12 meses por antecipar a recuperação espontânea da continência.

TRATAMENTO INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

Equivalente ao tratamento da IUE com ou sem *biofeedback* e estimulação elétrica.

MONITORAMENTO

Boas práticas clínicas pressupõem ao menos uma avaliação em intervalo de tempo recente após a conclusão de etapa básica de medidas conservadoras fisioterápicas (tempo mínimo de 3 meses) e avaliações periódicas de seguimento. A definição da periodicidade nas avaliações de seguimento após outras modalidades de tratamento fica a critério do médico assistente.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta nº 01, de 09 de janeiro de 2020 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal