

# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

# Autorização para Uso

- Você está autorizado a usar esta apresentação nas seguintes condições:
  - Exclusivamente para uso educacional, sendo vedada a utilização comercial
  - Não modificar gráficos e figuras ou utilizá-los em outras apresentações que não a original
  - Citar os autores e manter a logomarca e o endereço eletrônico [www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)

# Incontinência Urinária no Idoso

Autora:

Luciana Moreno Marques

Dezembro/2009

Atualizada em Fevereiro/2013

# Autora

**Marques LM**

**Luciana Moreno Marques**

- Fisioterapeuta com Mestrado em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais
- Gerontóloga pela SBGG
- Gestora e Responsável Técnica da ILPI - Aconchego

# Declaração de Conflitos de Interesse

- Eu, Luciana Moreno Marques, declaro não ter conflitos de interesse.

# Incontinência Urinária (IU) no Idoso

- **Objetivos:**

- Conceituar o problema .
- Identificar a prevalência e impacto para o idoso.
- Identificar os fatores que favorecem a IU no idoso.
- Orientar sobre o diagnóstico, avaliação e tratamento da IU no idoso.

# Roteiro

- Conceito e classificação da IU
- Prevalência
- Impacto
- Fatores que favorecem a incontinência no idoso
- Dificuldade no diagnóstico/ como reconhecer?
- Avaliação clínica
- Tratamento: conservador /cirúrgico
- Conclusões

# Conceito e Classificação

“Qualquer perda involuntária de urina.”

(International Continence Society, 2010)

- **Incontinência mista** – queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços.
- **Incontinência funcional** - relacionada à incapacidade de chegar ao banheiro por limitações físicas, déficit cognitivo e/ou limitações ambientais.



# Conceito e Classificação

- **Incontinência mista** – queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços.
- **Incontinência funcional** - relacionada à incapacidade de chegar ao banheiro por limitações físicas, déficit cognitivo e/ou limitações ambientais.

(Maciel, 2006; Hayle et al, 2010)

# Prevalência da Incontinência Urinária (IU)

Prevalência:

- aumenta com o envelhecimento;
- é maior em idosos institucionalizados;
- é maior na mulher.

Variabilidade entre os estudos → 10 – 64%

Pouco relatada pelos pacientes.

Pouco questionada pelos profissionais.

(Fultz e Herzog, 2001; Teunissen e cols, 2004)

# Impacto da IU no idoso

Restrição da atividade física

Isolamento social

Baixa auto-estima

Insegurança

Depressão

Institucionalização

Alto custo financeiro



Comprometimento  
da qualidade de vida

# Fatores que favorecem a IU no idoso

Efeitos do envelhecimento sobre a bexiga:

- ↑ frequência urinária
- ↓ capacidade elástica da bexiga
- ↑ contrações desinibidas do detrusor
- ↑ volume residual
- ↓ velocidade do jato urinário

(Klausner & Vapnek, 2003; Tannenbaum *et al*, 2001; Weiss, 1998; Stothers & Fenster, 2002)

# Fatores que favorecem a IU no idoso

Diminuição da pressão uretral que ocorre por:

- ↓ Ação muscular e esfinteriana
- ↓ Aposição úmida das paredes mucosas
- ↓ Complascência e elasticidade
- ↓ Vascularização peri-uretral

(Klausner & Vapnek, 2003; Tannenbaum *et al*, 2001; Weiss, 1998; Stothers & Fenster, 2002)

# Fatores que favorecem a IU no idoso

## Distúrbios do Assoalho Pélvico:

- Atrofia muscular
- Alterações do tecido conectivo
- Lesões do nervo pudendo
- Estiramento ou esforço excessivo
- Fatores hormonais



*Alterações na contratilidade e automatismo dos músculos elevador do ânus e esfíncter externo.*

(Klausner & Vapnek, 2003; Tannenbaum *et al*, 2001; Weiss, 1998; Stothers & Fenster, 2002)

# Fatores que favorecem a IU no idoso

## Medicamentos:

- Diuréticos: aumentam o fluxo
- Anticolinérgicos: ↓ contrações detrusor
- Sedativos: confusão mental / lentidão
- Agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos: ↑ tônus esfíncter interno
- Antagonistas  $\alpha$ -adrenérgicos: ↓ tônus esfíncter interno
- Bloqueadores dos canais de Ca: ↓ contrações do detrusor
- Inibidores da ECA: tosse crônica

(Weiss, 1998; Culligan e Heit, 1998)

# Resumindo...

## *Fatores que influenciam a manutenção da continência urinária no idoso:*

- ✓ saúde estrutural da bexiga e uretra
- ✓ manutenção do suprimento nervoso e hormonal
- ✓ tamanho e capacidade da bexiga
- ✓ posicionamento e fixação da bexiga
- ✓ alterações patológicas nos tecidos vizinhos
- ✓ capacidade de locomoção, preparação e posicionamento
- ✓ ausência de acúmulo fecal
- ✓ boa saúde física e mental



# Dificuldades no Diagnóstico

## Idosos:

- Sentem-se inibidos para relatar o problema;
- Acreditam que a incontinência é “normal” no idoso;;
- Acreditam que não existe tratamento;
- Temem a cirurgia.

• **Profissionais não investigam o problema.**

→ (Hannestad, Rortveit e Hunskaar 2002)

# Como e o que perguntar?

- **Todos os idosos** devem ser **questionados** sobre a perda de urina.
- Antes de questionar, **explicar o que é a IU** e a importância de sua identificação.
- Após perguntar a primeira vez, **dar uma segunda oportunidade** ao paciente, reforçar a importância e o relato de perdas, mesmo que ocasionais e em pequena quantidade.
- O questionamento tem alta correlação com avaliação clínica e testes diagnósticos.

(Fultz e Herzog, 2000)

# *Screening* para incontinência urinária e condições associadas

Você perde urina quando tosse, espirra, carrega peso ou ri?

Você perde urina quando tem uma vontade urgente de ir ao banheiro?

Quantas vezes você urina durante o dia?

Quantas vezes você se levanta para urinar à noite?

Você perde urina durante o sexo?

Você usa alguma proteção para a perda de urina?

Você consegue esvaziar completamente a sua bexiga?

Você se esforça para urinar?

(Culligan, 2000)

# Como reconhecer?

## Identificar manifestações não verbais:

- Odor;
- Urgência para usar o banheiro;
- Preocupações com posicionamento;
- Limitações no vestuário.

# Identificar causas potencialmente tratáveis (DIURAMID)

- D** – Delirium
- I** – Infecções do trato urinário
- U** – Uretrite e vaginite atróficas
- R** – Restrição da mobilidade
- A** – Aumento do débito urinário
- M** - Medicamentos
- I** – Impactação fecal
- D** – Distúrbios psíquicos

(Voytas, 2002)



# Avaliação Clínica - História

## História dos sintomas miccionais:

- Início dos sintomas
- Frequência das micções
- Frequência das perdas / volume / horário / circunstâncias
- Uso de proteção / Frequência das trocas

# Avaliação Clínica - História

## História ginecológica:

- G\_\_P\_\_A\_\_ - Vaginais x Cesáreas
- Uso de fórceps
- Peso das crianças - Complicações
- Histerectomia
- Menopausa
- Prolapso vaginal
- Atividade Sexual
- Última consulta ao ginecologista

# Avaliação Clínica - História

## História urológica:

- Litíase
- Infecções recorrentes
- Sintomas prostáticos
- Sensação de micção incompleta

## História proctológica:

- Incontinência
- Constipação
- Hemorróidas



# Avaliação Clínica - História

- Avaliação cognitiva
- Revisão dos sistemas
- Cirurgias prévias
- Hábitos de vida
- Atividade física
- Medicamentos



# Avaliação Clínica - Exame físico

## Inspeção:

- Sinais de hipoestrogenismo
- Cicatrizes
- Assimetria
- Abertura do canal vaginal
- Prolapso

**Exame abdominal:** detectar aumento de volume abdominal ou massas abdominal/pélvica

# Avaliação Clínica - Exame físico

## Toque vaginal:

- Elasticidade
- Trofismo
- Força muscular
- Posicionamento visceral
- Reflexo de tosse

**Exame neurológico:** reflexo perineal , anal e clitoriano, reflexos tendinosos (Aquileu), sensibilidade

# Avaliação Clínica – Testes Especiais

## Pad Test

Quantifica a perda, mensuração do peso do absorvente

Realizado em 1 h, 24h ou 48 h

Sem estudos de validação em idosos.

Pode reproduzir o ambiente funcional

# Avaliação Clínica – Testes Especiais

## Pad Test

1 hora: ingesta de 500 ml de líquido isento de sódio + movimentos padronizados

Limitações da aplicação no idoso:

- Mobilidade restrita;
- Necessidade de ajuda;
- Cognição alterada;
- 01 hora: não reflete o cotidiano; exaustivo; pode não refletir a perda.
- 24 a 48 horas: risco de evaporação ou necessidade de empréstimo da balança.

(Ekelund, 1988)

# Avaliação Clínica – Testes Especiais

## Diário Miccional

Preenchido pelo idoso e/ou cuidador

24 a 72 horas, fornece informações sobre:

- Hora micção e perda involuntária
- Perda urinaria – circunstância;
- Volume;
- Troca de absorventes;
- Ingestão hídrica;
- Sensação de urgência

# Avaliação Clínica – Testes Especiais

## Diário miccional – evidências

- **Locher et al (2000)**: indicam a necessidade de preenchimento por 7 dias consecutivos em idosos da comunidade para melhora da confiabilidade.
- **Castronovo et al (2007)**: revisão sistemática – ausência de validação do diário miccional em idosos frágeis, com comprometimento cognitivo e institucionalizados.
- **Mesquita et al (2010)**: acurácia depende a habilidade do paciente em seguir as instruções.

# Avaliação Clínica - Exame físico

**Avaliação funcional:** importante para identificar a capacidade de se dirigir ao banheiro, despir e vestir.

- *Timed Up and Go*
- Velocidade da marcha
- POMA
- Índice de Katz
- Avaliação da função de membros superiores



# Exames complementares

- Urinálise
- Urocultura
- Medida do volume residual
- Dosagem de eletrólitos, uréia, creatinina, cálcio e glicemia
- Citologia urinária
- Urodinâmica

# O que fazer?

- Reconhecer e tratar as causas reversíveis
- Casos leves: orientações gerais
- Encaminhamento ao especialista (urologista / ginecologista)
- Abordagem cirúrgica, medicamentosa ou reabilitação

# Considerar encaminhamento para especialista no caso de:

- IU associada à dor
- Hematúria
- História de ITU recorrente
- Cirurgia pélvica ou radioterapia recorrente
- Suspeita de fístula – perda urinária constante
- Dificuldade miccional
- Suspeita neurológica

(Lucas et al, 2012)

# Tratamento conservador

**1 - Preenchimento do diário miccional:** utilizado para conhecimento do padrão de micção e perda, definição da **terapia comportamental** a ser utilizada

## 2 - Terapias comportamentais

**Condicionamento ou treinamento da bexiga:** esvaziar em intervalos regulares e determinados, em caso de necessidade ou não. Os intervalos são progressivamente aumentados.

**Treinamento da bexiga:** atrasar a micção, quando ocorre necessidade de esvaziamento, por períodos cada vez maiores

**Treinamento do hábito:** utilizada quando o idoso não possui capacidade cognitiva para atrasar a micção informar ao paciente a necessidade de ir ao banheiro, realizar em intervalos regulares, de acordo com a sua frequência normal de micções

(Mahony, 1977; Yap & Tam, 2006; Mesquita et al, 2010 )

# Terapia Comportamental

- Orientar ingesta hídrica
- Orientar sobre condições que excitam a bexiga
- Orientar adiar a micção em situações de hiperatividade detrusora

(Mahony, 1977; Yap & Tam, 2006; Mesquita et al, 2010 )

# Terapia Comportamental

Ao utilizar as técnicas de condicionamento ou treinamento da bexiga, ensinar as técnicas de atraso da micção:

- Contrações máximas do assoalho pélvico
- Compressão do períneo
- Distração
- Relaxamento

(Mahony, 1977; Mesquita et al, 2010 )

# Terapia Comportamental

## Treinamento do hábito:

Utilizada quando não há capacidade cognitiva para compreensão das técnicas anteriores

- O cuidador define intervalos miccionais (ideal 3 a 4 horas).
- O idoso é convidado ou encaminhado ao banheiro.
- Utilizar sinalização do trajeto e portas, quando houver compreensão do idoso.
- Faciliar o vestuário.
- Orientar o cuidador sobre manifestações não verbais que indicam a vontade de urinar (ex: agitação).

(Yap & Tam, 2006; Thakar e cols, 2005 )

# IU no idoso com demência

*“Invariavelmente a pessoa com demência desenvolve IU com a progressão da doença.”*

(Tam, 2006)

## Fatores que favorecem a IU no idoso com demência:

- Não reconhecimento da vontade de urinar;
- Não reconhecimento do banheiro como local para urinar;
- Não encontrar o banheiro;
- Não utilizar o banheiro adequadamente (ex. dificuldade para retirar roupas, usar papel, usar o vaso sanitário).



# IU no idoso com demência

## Abordagem:

- Sinalização do banheiro
- Barras e adaptações (também fora do banheiro)
- Urinol / cadeira higiênica
- Adaptação das roupas (ex. velcro ou elástico)
- Melhorar a comunicação
- Estimular a independência X facilitar os passos
- Privacidade
- Identificar os sinais, como agitação, perambulação
- Terapia comportamental: diário + treinamento do hábito

*“Cada pessoa com demência é única. A chave para o tratamento é conhecer bem a pessoa.”*

(Tam, 2006)

# Tratamento conservador

## Fisioterapia – objetivos:

- Informar as possibilidades terapêuticas e os fatores capazes de provocar ou agravar a incontinência;
- Melhorar a capacidade funcional do assoalho pélvico (sensibilidade, coordenação, força, *endurance*) e de todo o recinto manométrico abdominal;
- Melhorar a mobilidade e acessibilidade.

# Tratamento conservador

## Fisioterapia – modalidades:

- Cinesioterapia - Exercícios de Kegel – exercícios para os músculos do assoalho pélvico
- *Biofeedback*
- Eletroestimulação

# Tratamento conservador

## Exercícios de Kegel:

- ↑ coordenação, força e *endurance*
- ↑ superfície de corte transversal dos músculos
- ↑ pressão de fechamento da uretra
- facilitam a inibição do detrusor

**Contra-Indicação:** incapacidade de contração, volume residual elevado e hipoatividade detrusor

# Cinesioterapia - evidências

- **Cochrane (Dumoulin e Hay-Smith, 2010):**

*“Exercícios MAP para a IU devem ser a primeira opção do tratamento conservador da IU feminina (urgência, esforço, mista).”*

Mais efetivo na IU esforço – Tratamento por 3 meses

- **Borelo-France et al, 2008:**

Os benefícios são mantidos após 6 meses de manutenção dos exercícios, seja em baixa (1x/semana) ou alta (4x/semana) frequência de realização.

# Tratamento conservador

## *Biofeedback:*

30% das mulheres com incontinência apresentam incapacidade para contrair os músculos pélvicos na primeira tentativa



O *Biofeedback* é uma modalidade que monitora, por meio de equipamentos, eventos fisiológicos. É utilizado na reabilitação do paciente com IU para a aprendizagem da contração dos músculos pélvicos e inibição de contrações indesejáveis.

# Tratamento conservador

## Biofeedback

- Cochrane (Herderschee et al, 2011):

O *Biofeedback* adicionado à CNT na IU de esforço acelera resultados da CNT.

Considerar custo e técnica invasiva.

# Tratamento conservador

## Eletroestimulação:

- Efeito direto sobre a fibra muscular;
- Efeito indireto sobre o músculo através do nervo pudendo;
- Percepção cortical da contração muscular;
- Estimulação do reflexo pudendo-pélvico inibindo as contrações involuntárias do detrusor.



# Tratamento conservador

## Eletroestimulação – evidências em idosos

Spruijt, et al. (2003)

- Objetivos:

Avaliar a efetividade da EE em idosas.

Avaliar a preferência de modalidade terapêutica.

- Tratamento exercícios de Kegel x Tratamento EE

- Conclusões:

EE para idosas tem custo econômico e emocional maior.

A efetividade da EE foi menor (mas sem diferença estatística).

A efetividade da EE não compensou a duração do tratamento.

# Tratamento conservador

## Reeducação Funcional

- Melhorar a mobilidade
- Prescrição de auxílios para a marcha
- Prescrição de calçado
- Treino funcional
- Adequação ambiental

# Tratamento conservador

## Modificações ambientais:

- Aumento da altura do vaso sanitário
- Barras de apoio
- Iluminação
- Uso de urinol / cadeira sanitária
- Sinalização



# Tratamento conservador

## Medicamentos:

- **IU de urgência:** oxibutinina, tolterodina, trospium, solifenacina e darifenacina
- **IU de esforço:** estrógenos, agonistas alfa-adrenérgicos

(Maciel, 2006)

# Tratamento cirúrgico

## Objetivos:

Evitar a descida anormal da uretra durante aumentos da pressão abdominal e proporcionar um suporte contra o qual a uretra seja comprimida durante esses aumentos de pressão.

## Modalidades:

Injeção periuretral de colágeno

Suspensão transvaginal por agulha

Colpossuspensão retropúbica

*Slings*

Próteses esfinterianas

# Protetores

Indicados na impossibilidade de melhora dos sintomas

- Tipos: masculino x feminino
- Orientações sobre troca



# Conclusões

- A IU é um problema de alta prevalência no idoso, que afeta a qualidade de vida e favorece a institucionalização.
- A identificação do problema pelos profissionais minimiza as consequências físicas, sociais e comportamentais.

# Bibliografia Recomendada

- VOYOTAS J. The role of geriatricians and family practitioners in the treatment of overactive bladder and incontinence. *Reviews in urology*, v. 4, suppl. 4: S44-49, 2002
- GOMES C, ARAP S, TRIGO-ROCHA FE. Voiding Dysfunction and urodynamic abnormalities in elderly patients. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, v. 54(4): 206-215, 2004.
- TANNENBAUM, C. *et al.* Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 82, n.1: 134-138, 2001.
- MACIEL AC. Incontinência urinária. In: Freitas EV *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: 723-732, 2006.



# Créditos

- Revisão:
  - Comissão de Educação Continuada da SBGG
  - Comissão de Informática da SBGG
  - Secretaria Executiva da SBGG