

RELATO DE CASO

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: ESTUDO DE CASO

*Eliane Cristina Hilberath Moreira**,
*Fabiola Dinardi Borges***,
*João Marcelo Martins Coluna****,
*Juliana Cristina Frare***

MOREIRA, E.C.H., BORGES, F.D., COLUNA, J.M.M., FRARE, J.C. Avaliação e tratamento fisioterápico da incontinência urinária de esforço: estudo de caso. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo.*, v. 4, n. 2, p. 101-107, jul. / dez., 1997.

RESUMO: Através de uma revisão da literatura sobre a avaliação e tratamento da Incontinência Urinária de Esforço (IUE), utilizando cones vaginais e exercícios do assoalho pélvico, realizou-se um estudo de caso para comparação e adequação deste tratamento à realidade do atendimento no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário Regional do norte do Paraná, tendo em vista as condições sócio-culturais das pacientes atendidas e os recursos disponíveis neste serviço, com objetivo de criar um protocolo de atendimento ambulatorial e comparar os resultados obtidos com os encontrados na literatura, que nos mostra uma aplicação diária dos cones vaginais pela própria paciente, em sua casa, sendo esta medida inviável a realidade do nosso serviço e das pacientes atendidas neste setor. O resultado deste estudo demonstrou uma avaliação mais fidedigna da força muscular do assoalho pélvico e um tratamento com resultado satisfatório aplicado no ambulatório, duas vezes por semana. Os resultados obtidos propiciaram a realização de um protocolo de atendimento a pacientes com Incontinência Urinária de Esforço e um Projeto de pesquisa que vem sendo desenvolvido.

DESCRITORES: Avaliação. Fisioterapia, utilização. Incontinência urinária por estresse. Relato de caso.

* Docente do Setor de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina.

** Acadêmicas e Monitoras da Disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Londrina.

*** Residente do 2º ano de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.

Endereço para correspondência: Prof. Eliane Cristina Hilberath Moreira. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia. Avenida Robert Koch, 60. Cervejaria. 86038-440 Londrina, PR.

INTRODUÇÃO

"A incontinência urinária na mulher é um evento muito comum e não implica necessariamente em patologia". "Faz parte da maturidade". "Faz parte da vida da mulher". "É normal após o parto". Estes são alguns dos mitos popularmente difundidos sobre a incontinência urinária, aceitos por pacientes e alguns médicos. Infelizmente, ao invés de buscar tratamento, muitas pacientes se adaptam à incontinência, alterando o seu estilo de vida.

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) ocorre na ausência de contração do músculo detrusor na bexiga, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima. Portanto, a paciente apresenta perda urinária involuntária durante a tosse, o espirro ou em atividade física.

Múltiplas estruturas e mecanismos fisiológicos asseguram a continência na mulher. O mecanismo primário é constituído por alças do especializado músculo detrusor no esfíncter interno da uretra. A uretra, que repousa sobre a fásia pubocervical, mantém-se numa posição que previne a descida rotacional em direção à vagina. Aumentos na pressão intra-abdominal comprimem a parede uretral posterior, a qual é fixada contra o suporte da fásia pubocervical. Tal ação ocasiona pressão de fechamento adicional originada e gerada pelo mecanismo do esfíncter interno. Para assegurar ainda mais a continência, o mecanismo do esfíncter externo fecha a porção média da uretra. O plexo submucoso sustenta a pressão uretral. De modo geral, a incontinência se torna clinicamente aparente, quando acontecem múltiplas falhas nesses sistemas.

Além do comprometimento neuromuscular, produzido pelo parto vaginal, o envelhecimento e a deficiência de estrógeno, outras condições médicas e sociais podem predispor a todas as formas de incontinência. Condições que promovam aumento crônico da pressão intra-abdominal como constipação, tosse crônica, obesidade, predisõem a

todas as formas de distúrbios do assoalho pélvico, sobrecarregando tecidos já danificados.

Tratamento

Terapia Comportamental: consiste em ensinar às pacientes um comportamento que foi perdido, ou seja, micção em horários determinados com objetivo de separar-se a percepção da necessidade de urinar do ato de urinar, permitindo à mulher restabelecer o controle cortical sobre a bexiga.

Terapia de reposição estrogênica: tem importante papel nas mulheres hipostrogênicas e menopausadas, ajudando a restaurar o colágeno (por aumento da sua síntese ou diminuição da quebra).

Dispositivos: tampões e pessários têm sido utilizados, podem melhorar os sintomas leves de incontinência por estresse e são particularmente úteis nos vazamentos induzidos por exercício.

O Tratamento Fisioterápico da incontinência urinária de esforço consiste em melhorar a pressão uretral, através do fortalecimento do mecanismo de fechamento da uretra, envolvendo dois componentes principais, o esfíncter uretral intrínseco e a musculatura do assoalho pélvico. O objetivo dos exercícios pélvicos é melhorar o tônus estático e favorecer as respostas rápidas dos músculos perineais. Assim, tal atuação implica em contrações repetidas e exercícios resistidos que podem ser feitos, utilizando-se dispositivos como os cones vaginais.

Há na literatura vários estudos que comprovam a eficiência do tratamento com cones vaginais na Incontinência Urinária de Esforço. PEATTIE et al.⁴ estudaram 30 mulheres com incontinência que estavam aguardando cirurgia corretiva, utilizando-se do método padrão de tratamento e encontrando 70% de melhora/cura subjetiva e 90% de aceitação por parte das pacientes. Somente 37% decidiram se submeter a cirurgia após o tratamento. Os resultados objetivos mostraram uma significativa correlação entre a capacidade de segurar os cones mais pesados e a redução na perda urinária.

Num outro estudo, comparando o treinamento com cones e exercícios para o assoalho pélvico, PEATTIE e PLEVNIK⁵ encontraram 80% de melhora subjetiva no grupo com cones e 60% no 2º grupo. Ensinar os exercícios para o assoalho pélvico levou 3 vezes mais tempo do que as instruções quanto aos cones.

BRIDGES et al.¹ compararam o tratamento com corrente interferencial e com cones em 54 mulheres. O grupo com cones mostrou uma melhora mais significativa, em termos de peso do cone retido e gráfico de continência. Novamente os cones se mostraram mais efetivos, ao se comparar os 79,2% de melhora na atividade com cones com os 56,7% do grupo tratado com interferencial.

Objetivo

O Serviço Ambulatorial de Medicina e de Fisioterapia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURnPr) - Setor de Ginecologia e Obstetrícia vem atendendo, há vários anos, uma gama variada de patologias, dentre as quais destaca-se a Incontinência Urinária de Esforço pela sua grande incidência. Devido a tal fato, este estudo de caso visa uma comparação e adequação dos resultados, de avaliações e tratamentos Fisioterápicos, utilizando cones vaginais e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, na IUE, encontrados na literatura à realidade do Serviço Ambulatorial de Fisioterapia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, bem como a elaboração de um protocolo de atendimento interdisciplinar (Medicina/Fisioterapia) a pacientes portadoras de Incontinência Urinária de Esforço.

Resumo da história clínica

CSSG, 60 anos, branca, do lar, G6P4C2, admitida no serviço de ginecologia clínica em agosto/1993, com queixa de há 3 anos ter perda urinária aos pequenos esforços e em repouso. Sem disúria ou polaciúria. Em avaliação inicial, apresentando-se com cistocele GIII, rotura perineal GII e miomatose uterina, sendo

então submetida a cirurgia de panhisterectomia e de colpoperineoplastia. Posteriormente em 07/10/93, decorridos dois meses do procedimento cirúrgico, referindo perda urinária e, ao exame ginecológico, apresentando cistocele GI, sendo nesta ocasião encaminhada ao ambulatório de Fisioterapia Ginecologia e Obstetrícia, onde participou de terapia em grupo com exercícios gerais, sem melhora. Em 18/03/96, foi submetida a cirurgia de Kelly-Kennedy, sendo reencaminhada ao ambulatório de Fisioterapia, quando realizou tratamento individual para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (exercícios de Kegel)^{2,3} até junho/1997, sem referir melhora significativa. Em 17/06/97, submeteu-se ao exame de força muscular do assoalho pélvico através do Perineômetro, e avaliação para uso do peso adequado do cone vaginal, sendo-lhe indicado o de 60g. A partir de então, foram realizadas duas terapias semanais utilizando o cone vaginal de 60g, associado a exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e exercícios com aumento de pressão intra-abdominal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Perineômetro

Usado para avaliar a força e sustentação da contração dos músculos do assoalho pélvico, e também como treino dessa musculatura através do biofeedback. É composto por:

- Sensor vaginal inflável envolto por uma bainha de borracha siliconada uniforme e permeável, com 11cm de comprimento e 2,7cm de diâmetro;
- monitor de 8,5cm por 15,5cm;
- prolongamento associado a um transdutor de pressão;
- seringa de 50ml.

Este aparelho nos fornece o pico, a média de sustentação e o tempo da contração, sendo que apresenta uma sensibilidade de 5cmH₂O.

Cones vaginais

São dispositivos cilíndricos, fabricados em

ção inoxidável e Perpex, com um envoltório plástico e um fio de nylon para facilitar sua remoção. São distribuídos em kits com 5 unidades que apresentam mesmo formato e tamanho, mas cujo peso varia de 20 a 100g.

Inicialmente, são realizados testes para definir o cone a ser utilizado no tratamento. A paciente é orientada a inserir o cone no canal vaginal como um absorvente interno, deixando apenas o fio de nylon externamente,

sendo que deverá ser capaz de mantê-lo durante determinado tempo, no qual realizará exercícios físicos, passando para um cone de maior peso conforme sua progressão.

O cone quando alojado no assoalho pélvico provoca um aumento na pressão intra-abdominal que tende a expulsá-lo do canal, promovendo assim um feedback sensorial que faz com que os músculos se contraiam, ao redor do cone, na tentativa de retê-lo. (Figura 1)

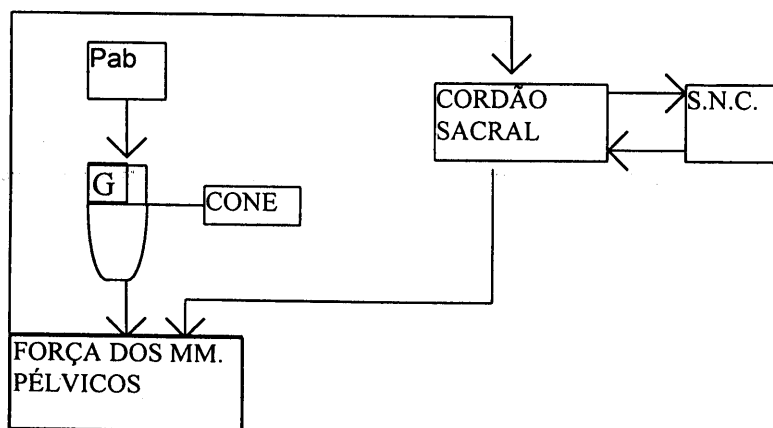


FIGURA 1 - PAB - Pressão intra-abdominal; G - Gravidade
S.N.C. - Sistema Nervoso Central

Além de incrementar a força da musculatura pélvica, os cones também servem como estímulo para contração perineal, ensinando as pacientes a contrair os músculos certos, o que é, geralmente, mais difícil na reeducação pélvica. Segundo SHEPHERD⁶, somente 40% das mulheres atendidas por serviços ginecológicos são capazes de contrair conscientemente a musculatura pélvica.

Há algumas limitações para o uso dos cones: mulheres muito obesas com intróito pequeno, geralmente, têm dificuldade em reter cones mais pesados, enquanto mulheres com intróito largo podem achar dificuldade em reter, até mesmo, cones mais leves. Os cones não devem ser utilizados em presença de infecção vaginal, durante

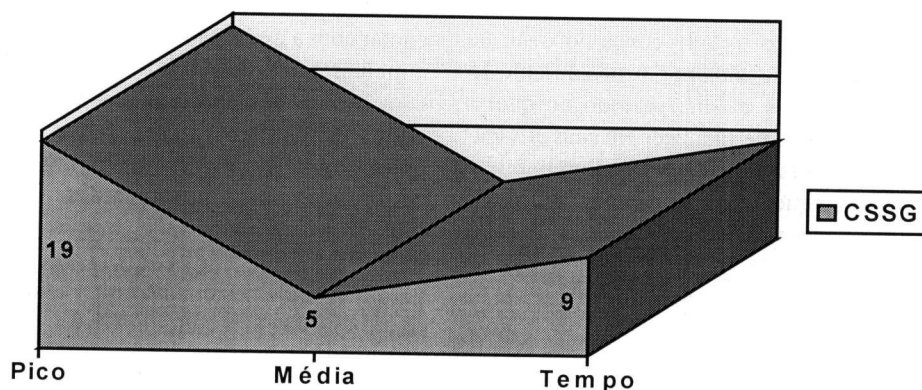
gestação ou período menstrual.

Avaliação

Constando de micção pré-teste, estado de hidratação da paciente, referência a doenças renais, quantidade de líquidos ingeridos, escala de Ortis 1994, composta por escala de visualização da contração do períneo e pelo grau de força muscular detectado por toque vaginal e Perineômetro.

O teste inicial do Perineômetro, para gradação de força do assoalho pélvico, obteve os seguintes resultados: pico de contração de 19cm de H₂O, média de contração de 5cm de H₂O e tempo de contração de 9 segundos e a avaliação do peso adequado do cone indicado foi 60g. (Gráfico 1)

GRÁFICO 1 - VALORES DO PRIMEIRO TESTE ANTES DA UTILIZAÇÃO DOS CONES VAGINAIS



RESULTADOS E DISCUSSÃO

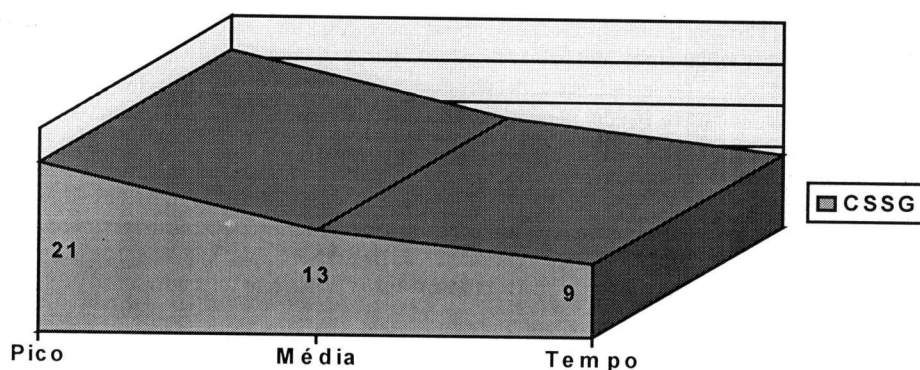
Atualmente, nos serviços de Fisioterapia, quando se trata do tratamento da Incontinência Urinária de Esforço, os parâmetros utilizados para a avaliação da força muscular do assoalho pélvico e dos resultados dos tratamentos específicos, se dá pelo exame clínico ginecológico e relato, subjetivo, da paciente com relação à diminuição dos sintomas.

Através deste estudo pode se adequar uma avaliação mais fidedigna com relação aos parâmetros de aumento de força muscular do assoalho pélvico, com o uso do Perineômetro, escala de Ortis, e cones vaginais, o que nos permite a adequação e avaliação do efeito das técnicas de tratamento utilizadas para o fortalecimento do assoalho pélvico.

Após 16 sessões com uma frequência de 2x/semanal por 45 minutos de duração, onde a paciente foi submetida a tratamento utilizando o cone vaginal de 60 gramas, associado a exercícios do assoalho pélvico (Kegel)^{2,3} e atividades onde ocorrem aumento de pressão intra-abdominal como tossir, espirrar, subir escadas, caminhadas, abdominais entre outros.

Os testes foram refeitos sendo encontrado os seguintes valores pelo Perineômetro: pico de contração de 21cm H₂O, média de contração de 13 cm H₂O e tempo de contração de 9 segundos (Gráfico 2), paciente com sustentação do cone de 60g podendo passar para o seguinte 80g e uma melhora de 70% numa escala subjetiva, com perda de urina aos grandes esforços.

GRÁFICO 2 - VALORES DO SEGUNDO TESTE APÓS 16 SESSÕES COM O USO DOS CONES VAGINAIS

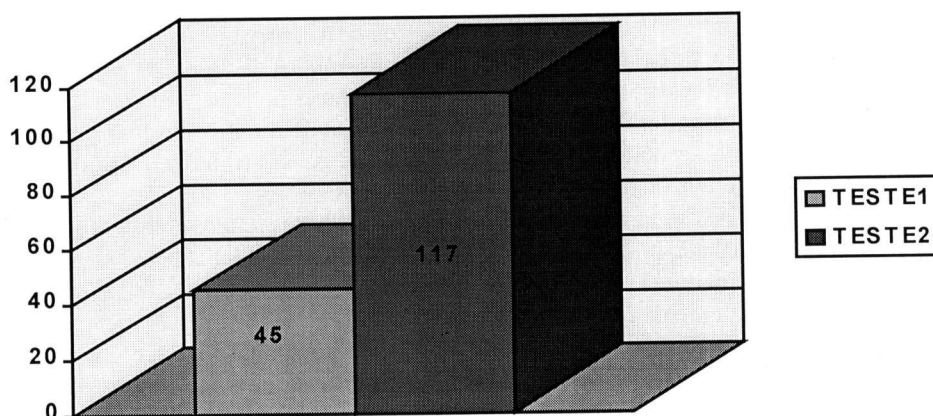


CONCLUSÃO

O treinamento padrão, encontrado na literatura, para o uso de cones consiste na utilização dos mesmos por 1 mês durante 15 minutos 2 vezes ao dia, período no qual a paciente deverá permanecer em suas atividades não forçadas de vida diária. Porém pudemos detectar que os cones podem ser utilizados no tratamento ambulatorial associando-os a exercícios físicos gerais e específicos do assoalho pélvico (KEGEL)^{2,3} em terapias de grupo ou individuais por, no mínimo, 2 vezes por semana com resultados positivos, incrementando em muito nossos recursos para o

tratamento ambulatorial da Incontinência Urinária de Esforço. Com relação a avaliação destas pacientes, anteriormente só podíamos contar com a avaliação subjetiva, em relação a melhora dos sintomas de perda urinária, e com os recursos apresentados neste estudo, podemos avaliar com segurança, além da escala subjetiva, os resultados das técnicas empregadas no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, que neste caso, quando multiplicamos a média de contração pelo tempo de sustentação para obtermos o trabalho muscular, notamos uma diferença significativa de melhora de força muscular. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3 - VALOR ENTRE MÉDIA DE CONTRAÇÃO X TEMPO DE CONTRAÇÃO, COMPARANDO OS DOIS TESTES REALIZADOS



MOREIRA, E.C.H., BORGES, D.F., COLUNA, J.M.M., FRARE, J.C. Physicaltherapic assessment and treatment of stress urinary incontinence: case report. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo.*, v. 4, n. 2, p. 101-107, jul./dez., 1997.

ABSTRACT: Though a literature review about the evaluation and treatment of stress urinary incontinence using vaginal cones and pelvic floor's exercises. A case report was made to compare and adequate this treatment to the attendance at the physical therapy ambulatory of the Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, having in mind the social-cultural conditions of the observed patients and the available resources in these service, with the objective to create in attendance ambulatorial register and to compare our results to the literature wich shows dialy vaginal cones application by themselves at home. This procedure is unviable to our service's and patient's reality. The results of this study showed a more reliable evaluation about the pelvic floor's muscle power and a treatment with a satisfactory result applied at the ambulatory twice a week. The gained results allowed the achievement of in attendance register about patients with stress urinary incontinence and, a research project that has been developed.

KEY WORDS: Evaluation. Physical therapy, utilization. Urinary incontinence stress. Case report.

MOREIRA, E.C.H., BORGES, F.D., COLUNA, J.M.M., FRARE, J.C. Avaliação e tratamento fisioterápico da incontinência urinária de esforço: estudo de caso. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo.*, v. 4, n. 2, p. 101-107, jul. / dez., 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRIDGES, N., DENNING, J., OLAH, K.S., FARRAR, D.J. A prospective trial comparing interferential therapy and treatment using cones in patients with symptoms of stress incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, v. 7, n. 3, p. 267-8, 1988. [Apresentado no 18th Annual Meeting da International Continence Society]
2. KEGEL, A.H. The physiologic treatment of poor tone and function of the genital muscles and of urinary stress incontinence. *West. J. Surg. Obstet. Gynaecol.*, v. 57, p. 527-35.
3. KEGEL, A.H. Physiologic therapy for urinary stress incontinence. *J.A.M.A.*, v. 146, n. 10, p. 915-7.
4. PEATTIE, A.B., PLEVNIK, S., STANTON, S. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, v. 95, 1049-53. 1988.
5. PEATTIE, A.B., PLEVNIK, S. Cones versus Physiotherapy as conservative management of genuine stress incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, v. 7, n. 3, p. 265-6, 1988. [Apresentado no 18th Annual Meeting da International Continence Society]
6. SHEPPERD, T. Treatment of genuine stress incontinence with a new perineometer. *Physiotherapy*, v. 76, n. 8, p. 430-2. 1990.

Recebido para publicação: 15/08/97

Aceito para publicação: 15/09/97