

Ventura, S., Fernandes, V., Gomes, S., Guedes, V., Corral, M., Moura, D

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é caracterizada pela perda involuntária de urina. Tem uma prevalência maior no sexo feminino (2:1), afetando até 25% após a menopausa e 50% das institucionalizadas. Apenas 25% das ♀ pede ajuda médica. O médico de Família tem um papel privilegiado no seu diagnóstico e no tratamento.

Objetivos: Sistematizar a orientação diagnóstica e terapêutica mais adequada da IU Feminina nos Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia:

- Revisão clássica da literatura médica, usando as palavras-chave “*urinary incontinence*” e “*women*”;
- Consultadas diversas bases de dados e as referências bibliográficas dos artigos selecionados, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa;
- Período entre janeiro de 2010 e abril de 2015.

Classificação

Fisiopatologia

- **IU de esforço** (IUE) - Perda involuntária de urina com o aumento da pressão intra-abdominal. Prevalência global entre 29-75%. É o tipo de IU mais comum nas mulheres jovens, coexistindo frequentemente com a IU de urgência em mulheres idosas.
- **IU de urgência** (IUU) - Perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida de urgência miccional. Prevalência global entre 7-33%. A hiperatividade do detrusor é a causa principal.
- **IU mista** (IUM) - Perda involuntária de urina associada a sintomas de IU de urgência e de esforço. A prevalência estimada varia entre 14-61%.
- Outras: IU por extravasamento; funcional; postural; total; coital

Duração

- Transitória
- Crónica

Avaliação e Diagnóstico

História Clínica

- Avaliar fatores de risco (ITU, DM, DPOC, medicamentos, tabaco, álcool, cafeína, ↓ estrogénios, doenças neurológicas, incontinência fecal, enurese em criança, Hx familiar)
- Avaliar o impacto na qualidade de vida – *Questionário CONTILIFE®*;

Exame objetivo (com exame da região anal, ginecológico e *Cough stress test*)

Exames Complementares de Diagnóstico (análise de urina a todas as ♀)

Diário miccional

- Identificação de causas reversíveis e/ou de comorbilidades associadas - **Incontinência urinária transitória** (surge de forma súbita, com evolução < 6 semanas até à avaliação, e reverte após resolução da causa subjacente)
- Identificação dos casos de IU tratáveis pelo médico de família e dos a referenciar aos CSS

Tratamento

Tratamento não farmacológico

- Recomendado em todas as mulheres com IU, durante 3 meses, antes do tratamento farmacológico ou cirúrgico
- Correção dos fatores de risco; Evicção da ingestão de líquidos no final do dia e de alimentos associados a IU; Exercícios dos músculos pélvicos (exercícios de *Kegel*) ou Técnicas de *Biofeedback* - úteis na IUE e IUM (podem ser tão eficazes como a farmacoterapia na IUU)

Tratamento Farmacológico

IU de Esforço

- Estrogénios tópicos
- Duloxetine: quando os objetivos não foram atingidos com o tratamento conservador (≥ 3 meses), com depressão e não candidatas a cirurgia.

IU de Urgência

- 1ª linha: Anticolinérgicos anti-muscarínicos (Oxibutinina, Darifenacina, Tolterrodina, Propiverina, Solifenacina e Cloreto de Tróspio)
- 2ª linha: Agonista β3-adrenérgico (Mirabegron)

IU Mista

- Tratar em primeiro lugar o componente mais sintomático

Referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários

- Hematúria persistente, na ausência de ITU
- Infecções do trato urinário recorrentes
- Sintomas urinários obstrutivos
- Resíduo pós-miccional > 200mL
- Dúvidas em relação ao diagnóstico
- Dor abdominal e/ou pélvica
- IUU ou IUM se objetivos não atingidos após alterações do estilo de vida e terapia comportamental ≥ 3 meses, e terapêutica com 2º anti-muscarínico na dose máxima tolerada ou mirabegron ≥ 4-6 semanas
- Suspeita de fístula urogenital ou intestinal
- Intolerância à terapêutica farmacológica
- Falta de adesão ao tratamento conservador
- Antecedentes de radioterapia e/ou cirurgia pélvica (incluindo tratamento cirúrgico da IU)
- Prolapso dos órgãos pélvicos visível ou sintomático
- Sintomas neurológicos de novo ou doenças neurológicas (Doença de Parkinson, Esclerose múltipla, Lesão medular...)
- Incontinência fecal

Conclusão

A IU é um problema muito frequente. Os tipos mais comuns são a IUE, IUU e IUM. Não existe consenso em relação a como e quando realizar o seu rastreio oportunístico. Contudo, quando existem fatores de risco, pode ser útil realizá-lo anualmente nas mulheres com idade superior a 40-65 anos.