



Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

| Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa | |
|--|-----------------------|
| Módulo 05 | Síndromes Geriátricas |
| Unidade 03 | Incontinências |
| Lição 01 | Introdução |

Car@ alun@,
Seja bem-vind@ à Unidade Síndromes Geriátricas - Incontinências!

Nesta unidade, analisaremos as **incontinências urinária e fecal**, com foco em: prevalências, causas, consequências, diagnóstico e tratamento.

Esperamos que, ao final desta unidade, você esteja apto a diagnosticar e a tratar de forma adequada as incontinências, por meio de uma abordagem qualificada.

Bons estudos.



O impacto das incontinências na vida do idoso, na de sua família e dos cuidadores é tão expressivo que as coloca entre os “gigantes da geriatria”.

Não se tratam de doenças definidas, mas sim de síndromes de etiologia multifatorial que associa as alterações próprias do envelhecimento, lesões dos sistemas envolvidos na micção e na evacuação e inúmeras comorbidades. Apesar de serem condições muito comuns, incômodas e, por vezes, com graves consequências, permanecem subdiagnosticadas e, com isto, subtratadas.

Veja que na ilustração, o cuidador já identificou a incontinência e a necessidade da idosa usar fraldas geriátricas.



Lição 02

Incontinência Urinária

Conceito, Prevalência e Consequências

A incontinência urinária é definida pela Associação Mundial de Continência, como a queixa de qualquer “perda de urina involuntária”, em local, momento, frequência e quantidade suficiente para causar prejuízos sociais ou a saúde.



O Idoso pode descrever seu sintoma de diferentes formas, além de “perder” involuntariamente urina, pode queixar-se de “dificuldade” de controlar a urina ou de não “segurar” a urina até chegar ao banheiro. E a descrição da queixa pode ser uma primeira “dica” para tipo de incontinência que apresenta.



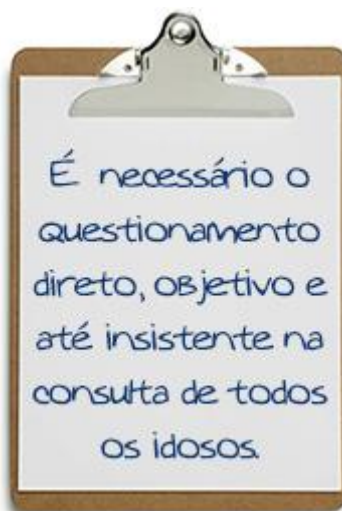
Prevalência:

A IU é extremamente prevalente (número de casos da doença/população) na população idosa, em especial entre aqueles que vivem em ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos), sendo esses em torno de 80%. Entre os que vivem na comunidade é muito mais frequente nas mulheres, cerca de 60% delas apresentam IU, enquanto nos homens, a prevalência é de cerca de 35%.



O Envelhecimento é um fator de risco considerável para IU.

Estima-se que apenas a metade dos idosos acometidos de incontinências procura o médico por tal queixa. Mesmo durante a consulta, quando questionados, negam os sintomas seja por constrangimento ou por considerarem normal para idade e, portanto, sem solução.



Veja, a seguir, exemplos de perguntas que podem ser utilizadas para realizar o diagnóstico da pessoa idosa, em relação à Incontinência Urinária. Preste atenção às palavras utilizadas, ao tom de voz e tato, porém também perceba a firmeza com que as perguntas são feitas para obter uma resposta satisfatória por parte do idoso.

- O Sr (a) perde urina com frequência? Molha a roupa?
- Conte-me sobre seus problemas com a bexiga.
- O Sr (a) tem problemas para segurar a urina?
- Quantas vezes você perde a urina sem querer durante o dia, semana?
- Frequentemente você usa protetores (absorventes/fraldas, etc.) para sair ou em casa para evitar acidentes com a urina?



Consequências:

A perda urinária representa riscos sociais e clínicos que comprometem a qualidade de vida do idoso:

- Perda da autoestima levando a depressão;
- Redução ou impedimento de atividades e lazer;
- Isolamento social;
- Interrupção do relacionamento íntimo;
- Facilitam as quedas e fraturas em decorrência de escorregões na urina ou pela urgência para chegar ao banheiro;
- Infecções cutâneas como candidíase, pelo contato com a roupa molhada;
- Úlceras de pressão;
- Infecção urinária de repetição pelo uso contínuo de protetores ou fraldas;
- Facilitador para institucionalização do idoso pela dificuldade da família em lidar com a incontinência;
- Alterações no sono.

Para investigar e tratar corretamente a Incontinência Urinária, precisamos identificar quais são os fatores relacionados ao envelhecimento que a desencadeiam.

| Alterações próprias do envelhecimento que interferem na micção | | |
|--|--|---|
| Bexiga | Uretra | Próstata |
| <ul style="list-style-type: none">• Redução da Capacidade• Hiperatividade• Redução da contratilidade do detrusor• Aumento do volume residual | <ul style="list-style-type: none">• Redução da pressão de fechamento da uretra | <ul style="list-style-type: none">• Aumento do volume da próstata<ul style="list-style-type: none">• Câncer• Hiperplasia benigna |
| Alterações extra sistema urinário | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento da produção noturna da urina• Aumento da incidência de infecções recorrentes• Redução da produção de estrogênios na mulher | | |

Você se lembra do assunto tratado em Fisiologia do Envelhecimento, que mostra o impacto do envelhecimento sobre o sistema renal e urinário? Se desejar, volte ao Módulo 1 para rever



Classificação

O idoso apresenta diversas causas associadas de IU. Quando essas causas se sobrepõem e a abordagem é feita tardiamente, a evolução se modifica, tornando difícil uma classificação precisa. Contudo, podemos separar a incontinência urinária em dois subgrupos de acordo com a forma de surgimento:

- Transitória (Reversível)
- Estabelecida

Veremos, a seguir, as causas e tratamento de cada um desses tipos de incontinência urinária.

A **incontinência transitória** surge de maneira súbita em pacientes continentemente ou agravando subitamente incontinências já estabelecidas. Há ausência de disfunção do trato urinário. Geralmente neste grupo há uma causa **específica, identificável e potencialmente reversível**.

Agora conheça as causas de incontinência urinária transitória:

Constipação intestinal ou Fecaloma – pode provocar urgência urinária ou Incontinência por transbordamento.

Confusão Mental / Delirium: o paciente não compreende que quer urinar ou não encontra o banheiro.

Dificuldade de locomoção: apresenta doenças que dificultam chegar ao banheiro, como: fratura, Osteoartrite, AVE, Parkinson, Hipotensão Postural.

Idoso frágil com doenças sistêmicas: Pneumonias, desnutrição, Fibrilação Atrial.

Infecções do Trato Urinário: cistite, uretrites, vaginites atólicas diminuem o controle da micção.

Ingestão excessiva de líquidos: especialmente no final do dia pode provocar Noctúria.

Neoplasias e Cálculos e divertículos na bexiga podem provocar IU de urgência.

Poliúria devido a Diabetes Mellitus descompensado, Hipercalemia, absorção de edemas.

Retenção urinária por aumento da próstata - Incontinência por transbordamento.



O tratamento da causa leva à remissão do quadro ou diminui de forma expressiva os sintomas.

Por vezes a IU transitória pode se tornar permanente se a situação que a desencadeou tornar-se crônica.

Deve-se ficar atento a medicamentos que podem causar ou agravar as incontinências. Atente a lista abaixo:

Conteúdo específico para médicos:

| Medicamentos que podem causar incontinência urinária transitória ou agravar a incontinência estabelecida | |
|--|--|
| Diurético | Enchimento vesical muito rápido diminuindo a capacidade de contração da bexiga |
| Cafeína | Efeito diurético |
| Álcool | Efeito diurético e sedativo |
| Antipsicóticos | Sedação, Rigidez, Retenção Urinária. |
| Anticolinérgicos | Retenção urinária, Fecaloma, Delirium. |
| Antidepressivos | Sedação; Retenção Urinária. |
| Opióides | Sedação, Retenção Urinária, Fecaloma. |
| Inibidores da Colinesterase | Aumento da contratilidade vesical |
| Bloqueadores do canal de CA | Redução do esvaziamento da bexiga, retenção de urina, Fecaloma. |

| EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS NOS IDOSOS | |
|--|---|
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA | Anticolinérgicos; Derivados da morfina (codeína); Bloqueador do Canal de Ca; Agonistas α -adrenérgicos e β -adrenérgicos: IU Transbordamento. Bloqueadores α -adrenérgicos: IU Esforço Diuréticos: IU Urgência; Benzodiazepínicos; Hipnóticos; hipnóticos: IU Funcional. |
| CONFUSÃO MENTAL | Anticolinérgicos: Antipsicóticos (haloperidol); Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina > imipramina > nortriptilina); Antiparkinsonianos; Bloqueadores H ₂ (cimetidina, ranitidina), Narcóticos; Corticóides; Digitálicos; Fenitoína; Benzodiazepínicos. |
| CONSTIPAÇÃO INTESTINAL | Anticolinérgicos, Bloqueadores do Canal de Ca, Antiácidos com Alumínio, Derivados de Morfina, Diuréticos, Carbonato de Ca, Ferro, AINES. |
| RETENÇÃO URINÁRIA | Anticolinérgicos, Derivados de Morfina, agonistas α -adrenérgico, Bloqueadores de Canal de Ca, Agonistas β -Adrenérgico. |
| PARKINSONISMO | Antagonista dopaminérgico (cinarizina, flunarizina), Antipsicóticos: (Haloperidol > Risperidona > Olanzapina > Quetiapina > Clozapina); Metoclopramida; Fluoxetina. |

Adaptado de Principais Síndromes Geriátricas. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-66.



INCONTINÊNCIA TRANSITÓRIA

Tome nota desta dica:

Na Incontinência urinária transitória podemos usar um termo mnemônico para lembrarmos as causas mais comuns. Veja!

D E L I R I U M
I N F E C Ç Ã O
U R E T R I T E
R E S T R I Ç Ã O D A M O B I L I D A D E
A U M E N T O D O D É B I T O C A R D Í A C O
M E D I C A Ç Õ E S
I M P A C T A Ç Ã O F E C A L
D I S T Ú R B I O S P S Í Q U I C O S

(Revista Geriatria & Gerontologia, Vol.4; Nº 2; pag.85; Abr./Mai-2010.)

Saiba mais!

É importante ainda, entendermos sobre a Noctúria, que é o aumento da diurese noturna (duas ou mais micções durante o sono, segundo a Sociedade Internacional de Continência), que pode ter várias causas. Entre as mais comuns encontramos o aumento ou potencialização da ação da Vasopressina (hormônio natriurético), comum entre os idosos. Outra causa comum é a reabsorção dos edemas de membros inferiores decorrentes de insuficiência venosa, cardíaca ou renal, quando tratadas. Nos casos de noctúria deve-se limitar a ingestão hídrica após certa hora da tarde. Mas é importante que o paciente compense esta diminuição da ingestão à noite, aumentando o volume de líquidos ingeridos durante o dia, para evitar desidratação.



INCONTINÊNCIA ESTABELECIDA

Este tipo de incontinência persiste ao longo do tempo e não pode ser curada com a remoção de um fator desencadeante identificável. Pode ser consequência de causas externas, também referidas como funcionais, e causas internas.

Causas externas ou Funcionais (Incontinência Funcional):

Geralmente não há comprometimento dos mecanismos controladores da micção.

Causas:

Demência avançada, restrição da locomoção, limitação do ambiente, síndrome de Imobilidade, demora em atender o paciente acamado. Ocorre em pacientes gravemente doentes ou frágeis, Parkinson; AVE; Neoplasia cerebral; Lesão Medular; Hidrocefalia de pressão normal e com o uso de sedativos e hipnóticos.

Tratamento ou Controle da Incontinência Funcional:

Abordagem da doença de base; fisioterapia para melhorar a locomoção; uso de órteses; diminuir a distância até o banheiro; adaptação do ambiente; urinol próximo à cama ou poltrona.

Causas Internas

Relacionadas a três grandes mecanismos: Hiperatividade do músculo detrusor, disfunção do esfíncter uretral e bexiga distendida (transbordamento).

A seguir, analisaremos os quatro tipos de incontinência estabelecida:

- Incontinência de urgência e bexiga hiperativa
- Incontinência de esforço ou estresse
- Incontinência por transbordamento
- Incontinência mista



INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA E BEXIGA HIPERATIVA:

É a incontinência mais comum entre os idosos, representa 50 a 75% dos casos. Mais frequente nos homens.

"Dá uma vontade tão forte que tenho que correr e mesmo assim a urina escapa antes de chegar ao banheiro..."

Mecanismo relacionado

Fechar ✕

- Perda de habilidade de controlar ou inibir as contrações do detrusor. Quando há distúrbio neurológico chama-se hiperreflexia, se não há, chama-se de instabilidade do detrusor;
- Diminuição da complacência vesical.

Sintomas

Fechar ✕

- Desejo súbito de urinar (não dá tempo para chegar ao banheiro);
- Polaciúria / Noctúria;
- -Sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga;
- -Perda de volume moderada a grande (>100 ml);
- -Resíduo vesical é pequeno;
- - Pode ocorrer alguns segundos após espirrar ou tossir, mas não imediatamente.

Causas transitórias que contribuem para IU de urgência

Medicamentos (diuréticos, café, sedativos, álcool); delirium; Diabetes e Hiperglicemia; Hipercalcemia; ITU; Vaginite atrófica, e imobilidade ou diminuição da locomoção transitória (fratura de fêmur, pós-operatório).

INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO OU ESTRESSE:

É o segundo tipo mais comum nas mulheres idosas. Pouco comum nos homens.

"Se eu espirrar ou tossir, escapa um pouquinho de urina. Preciso andar sempre de absorvente..."



Mecanismo relacionado

Fechar ✕

- Disfunção ou deficiência do esfíncter uretral associada ou não a hipermotilidade do colo vesical;
- Perda de urina associada ao aumento da pressão intra-abdominal que cessa quando a pressão volta ao normal;
- Não há contração ou hiperdistensão da bexiga.

Sintomas

Fechar ✕

- Perda de urina durante a tosse, espirro, subir escadas ou qualquer esforço (queixa mais comum);
- Ocorre comumente durante o dia, em ortostatismo e com a bexiga cheia, raramente durante o sono ou tardiamente após esforço;
- Não persiste após o término do esforço;
- Perda de pequeno volume de urina e interrompida voluntariamente;
- Volume residual pequeno.

Causas

Multiparidade; hipoposterogenismo decorrente da menopausa (diminui a vascularização); atrofia da mucosa da uretra, vagina e bexiga; obesidade; tabagismo; cistocele; retocele; prolapso uterino; radioterapia e neoplasia.

Nos homens, esse tipo de incontinência se restringe aos submetidos à prostatectomia e radioterapia. Uso de medicamentos de ação adrenérgica como bloqueador alfa-adrenérgico (doxazosina, prazosina) e agonistas beta-adrenérgicos, pois ambos relaxam o esfíncter uretral.

INCONTINÊNCIA POR TRANSBORDAMENTO:

Mais comum entre os homens.

Mecanismo relacionado

Fechar ✕

- Retenção urinária por obstrução do fluxo da urina;
- Perda da contratilidade do detrusor;
- Distensão da bexiga ultrapassa sua capacidade máxima de armazenamento levando ao extravasamento de urina.

Sintomas

Fechar ✕

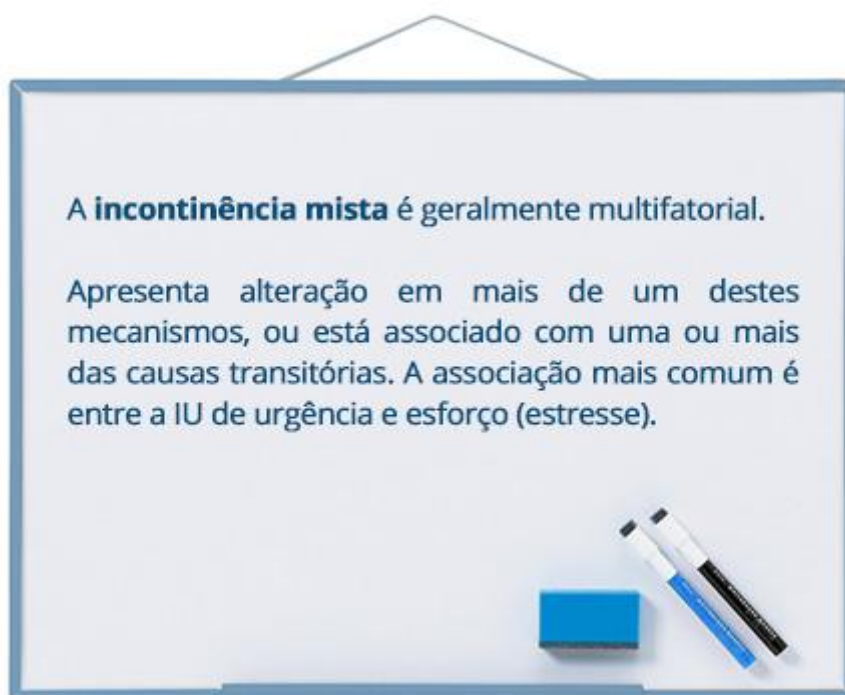
- Perda quase contínua de urina (gotejamento);
- Pequenas quantidades ou esvaziamento incompleto da bexiga;
- Volume residual grande;
- Jato fraco;
- Frequência miccional aumentada / Noctúria;
- Sensação vesical diminuída, isto é, a bexiga está cheia, mas o indivíduo não percebe a necessidade de urinar;
- Pode estar associado à incontinência fecal por diminuição dos reflexos da região sacra.



Causas

- Hiperplasia benigna da próstata (mais comum)
- Câncer de próstata, vulva e colo uterino,
- Cistocele, lesão traumática da uretra,
- Neuropatia diabética, hipotireoidismo, sífilis, uremia,
- Fecaloma – impactação fecal
- Medicamentos: antialérgicos antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, antiespasmódicos, bloqueador canal de Ca, AINEs, estimulantes alfa-receptores.

Incontinência Mista:



Avaliação Clínica



SUFICIENTE PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA MAIORIA DAS INCONTINÊNCIAS



Anamnese

- Deve ser dirigida e insistir no questionamento quanto à continência.
- Deve constar as características da perda, fatores precipitantes, função intestinal, doenças neurológicas e clínicas, ingesta hídrica, cirurgias, Radioterapia e medicamentos usados.

Diário Miccional

- Preenchido no período de 3 a 7 dias.
- Deve constar o volume urinado, medido em qualquer recipiente; as perdas referidas em cruzes de acordo com a intensidade e o fator desencadeante da perda.

| HORÁRIO | VOLUME URINADO | PERDAS | FATOR DESENCADEANTE |
|-----------|----------------|--------|---------------------|
| 0h – 3h | | | |
| 3h – 6h | | | |
| 6h – 9h | | | |
| 9h – 12h | | | |
| 12h – 15h | | | |
| 15h – 18h | | | |
| 18h – 21h | | | |
| 21h – 24h | | | |
| Total 24h | | | |

Exame físico

Observar edemas e mobilidade, ocorrência de tumoração no hipogástrico (bexiga distendida) e avaliação de todos os sistemas.

Exame retal

Tumorações, impactação fecal, avaliação da próstata.

Exame Ginecológico

Atrofia genital, cistocele, retocele, atrofia muscular.

Exame Neurológico

Pesquisa da sensibilidade na região sacral (sensibilidade perineal, contratilidade esfínteriana voluntária - tônus do esfíncter anal), reflexos dos membros inferiores.



Avaliação Clínica

Avaliação cognitiva, funcional e a presença de depressão.

Exames complementares que deverão ser incluídos na avaliação médica:

EAS e Urinocultura

Obrigatório para todos os pacientes portadores de incontinência.

Bioquímica

Uréia, creatinina e clearance são indicados em caso de retenção, proteinúria ou hematúria. Glicemia e calcemia em caso de poliúria ou suspeita de hiperparatireoidismo. Citologia urinária em casos específicos.

Teste do esforço (estresse)

Indicado em mulheres com sintomas compatíveis com incontinência de esforço. Pede-se à paciente para levantar, relaxar e tossir vigorosamente. Observar perda de urina: se instantânea é compatível com IU de esforço. Perda retardada e volumosa sugere hiperatividade do detrusor.

Medida do volume residual pós miccional

Pode ser medida por cateterização ou ultrassonografia.

Indicação: Homens com urgência urinária, previamente ao início de medicação anticolinérgica. Para incontinência recorrente em mulheres operadas para incontinência. Para pacientes com obstrução da via de saída ou hipoatividade do detrusor. Resultado:

- < 100 ml indica boa função vesical
- > 100 ml retenção urinária

Urodinâmica

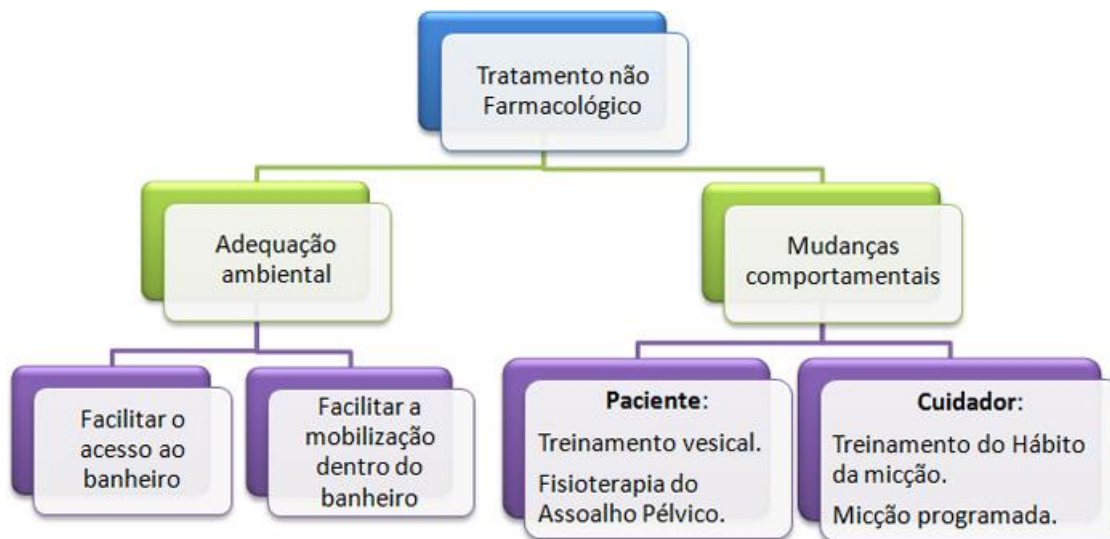
Pesquisa da sensibilidade na região sacral (sensibilidade perineal, contratilidade esfíncteriana voluntária - tônus do esfíncter anal), reflexos dos membros inferiores.

- **Indicação em homens:** excluir obstruções de via de saída de urina
- **Indicação em homens e mulheres:** suspeita de hiperatividade do detrusor com redução da contratilidade.



Tratamento

O tratamento para a incontinência urinária pode ser de três tipos: não farmacológico, farmacológico e cirúrgico. O Tratamento não farmacológico abrange as seguintes indicações:



- **Mudanças do estilo de vida:** redução do peso, supressão do álcool, reajuste da ingesta hídrica, diminuição da cafeína e do tabagismo.
- **Treinamento Vesical:** para aumentar o intervalo entre as micções e a capacidade vesical. Indicado na Incontinência Urinária de Urgência
- **Fisioterapia do Assoalho Pélvico:** Exercícios de Kegel, Cones vaginais, o Biofeedback, e a eletroestimulação. Indicada na Incontinência de Urgência, Esforço e mista.

Exercícios de Kegel: fortalecimento dos mecanismos de pressão uretral pela realização de contrações musculares isométricas, realizada em 3 séries de 8 a 12 contrações com duração de 6 a 8 segundos cada. 3 a 4 vezes por semana, durante 15 a 20 semanas.

Cones Vaginais: introdução de cones de pesos variados no canal vaginal com a paciente em posição ortostática. Nesta posição, o cone tende a deslizar induzindo a contração reflexa da musculatura do assoalho pélvico para o cone não cair. Complementares aos exercícios de Kegel.

Biofeedback: amplifica, através de aparelhos, as respostas fisiológicas e convertem em informações visuais e auditivas, facilitando a percepção, pela paciente, da ação da musculatura pélvica. Treina a coordenação para manter a contração da musculatura pélvica enquanto os músculos abdominais, das nádegas e coxas se mantêm relaxados. Melhora o controle voluntário destas estruturas.

Eletroestimulação: complementar à cinesioterapia. Tem o objetivo de provocar contração da musculatura pélvica e/ou modular as contrações do músculo detrusor. Indicado para incontinências refratárias. Inclui Estimulação intravaginal e intra-anal não invasiva; Estimulação sacral; Estimulação percutânea do nervo tibial; Estimulação intravesical.



- **Micção Programada:** cuidador estimula a micção num intervalo de 2/2 horas e aumenta o intervalo progressivamente até 4 horas.
- **Incontinência por transbordamento:** cateterismo vesical intermitente três vezes ao dia de acordo com o volume residual. Se o resíduo for maior que 100 ml aumentar o número de cateterizações.
- **Cateterismo permanente:** indicado quando há incontinência por transbordamento associado à Síndrome de Imobilidade ou a obstruções sem condições cirúrgicas.

O tratamento farmacológico contempla:

Antimuscarínicos (anticolinérgicos)

Bloqueiam os receptores Muscarínicos no músculo detrusor, diminuindo a contratilidade vesical, aumentando a capacidade da bexiga e amenizando a sensação de urgência.

A ação aumenta progressivamente até a quarta semana.

- Efeitos adversos: xerostomia e xerostose cutânea, taquicardia, borramento visual, constipação intestinal, piora da função cognitiva que pode levar até o delirium, retenção urinária.
- Fármacos: Oxibutinina, Tolterodina, Fesoterodina, Trospium, Solifenacina, Darifenacina.

Antagonistas alfa-adrenérgicos

Indicados para bexiga hiperativa associada a hiperplasia prostática benigna, para obstrução vesical neurogênica decorrente de lesão medular. Menos eficazes nas mulheres.

- Efeitos adversos: hipotensão postural e tontura
- Fármacos: Terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina, silodosina.

Tome Nota:

Os antagonistas alfa-adrenérgicos devem ser usados com cuidado no idoso, pois podem causar hipotensão postural.

Deve-se ter cuidado especial quando associado a anti-hipertensivos.



| ANTAGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|
| TERAZOSINA | Dias 1 a 3 1 mg | Dias 4 a 14 2 mg | Semanas 2 a 6 5 mg | Após 7 semanas 10 mg |
| DOXAZOSINA LIBERAÇÃO IMEDIATA | Dias 1 a 3 1 mg | Dias 4 a 14 2 mg | Semanas 2 a 6 4 mg | Após 7 semanas 8 mg |
| DOXAZOSINA LIBERAÇÃO LENTA | Dias 1 a 21 4mg | A partir da 4semanas 8 mg | | |
| ALFUZOSINA | Dose inicial 10 mg | Dose manutenção 10 mg | | |
| TAMSULOSINA | Dose inicial 0,4 mg | Dose manutenção 0,4 mg | Resposta inadequada em 2 – 4 semanas 0,8 mg | |
| SILODOSINA | Dose inicial 8 mg | Dose manutenção 8 mg | | |

Antidepressivo

Inibe a recaptação da serotonina e norepinefrina. Aumenta a atividade neural do esfíncter externo, aumenta a capacidade vesical. Reduz episódios de incontinência e melhora a qualidade de vida na incontinência de esforço

- Efeitos adversos: náuseas
- Fármaco: Duloxetina

Estrógenos tópicos

Teoricamente aumentam a vasculatura uretral, sensibilizam os receptores uretrais o colo vesical. Eficácia controversa.

Toxina botulínica

Injetada diretamente no músculo detrusor através de cistoscopia, parece eficaz na incontinência de urgência refratária em pacientes neuropáticos. Necessita de mais estudos.



| ANTIMUSCARÍNICOS | |
|-------------------------|--|
| OXIBUTININA | Metabolizada Citocromo P450 |
| | Comprimidos de ação rápida e lenta |
| | Formulação transdermica |
| | Boa tolerância gástrica |
| | Dose: Liberação rápida: 2,5 mg 2 a 3 x ao dia até 20 mg/dia em doses divididas Liberação lenta: 5 a 30mg – 1 x ao dia Transdermica: 1 adesivo (3,9 mg) 2 x semana |
| TOLTERODINA | Atividade maior sobre os receptores Muscarínicos vesicais que os salivares |
| | Metabolizada pelo Citocromo P450 |
| | Efeito semelhante a Oxibutinina, menor secura na boca |
| | Dose: Liberação imediata: 1 a 2 mg 2 x ao dia Liberação lenta: 2 a 4 mg ao dia |
| FESOTERODINA | Metabólito ativo quimicamente idêntico a Tolterodina |
| | Bom efeito sobre a Bexiga hiperativa |
| | Dose: 4 a 8 mg/ dia em dose única |
| TROSPIUM | Composto de amônio metabolizado pelo P450 |
| | Eliminado pela urina |
| | Efeitos semelhantes o Oxibutinina |
| | Dose inicial: 20 mg/dia Deve ser ingerido de estomago vazio |
| SOLIFENACINA | Seletivo para receptores Muscarínicos vesicais (M3) |
| | Dose: 5 a 10 mg/dia |
| | Indicado na bexiga hiperativa com urgência e frequência urinária |
| DARIFENACINA | Seletivo para receptores Muscarínicos vesicais (M3) |
| | Dose: 7,5 a 15 mg/dia |
| | Indicado na bexiga hiperativa com urgência e frequência urinária |

O tratamento cirúrgico para incontinência urinária inclui:

- Injeção periuretral de colágeno
- Suspensão transvaginal por agulha
- Colposuspensão retropúbica (suspender o útero) – IU estresse
- Colocação de faixas pubovaginais de suporte (slings) que elevam a uretra restaurando seu ângulo com a bexiga – IU estresse
- Prótese esfinteriana
- Cateterização supra-púbica – impedimento da passagem do cateter (neoplasia)



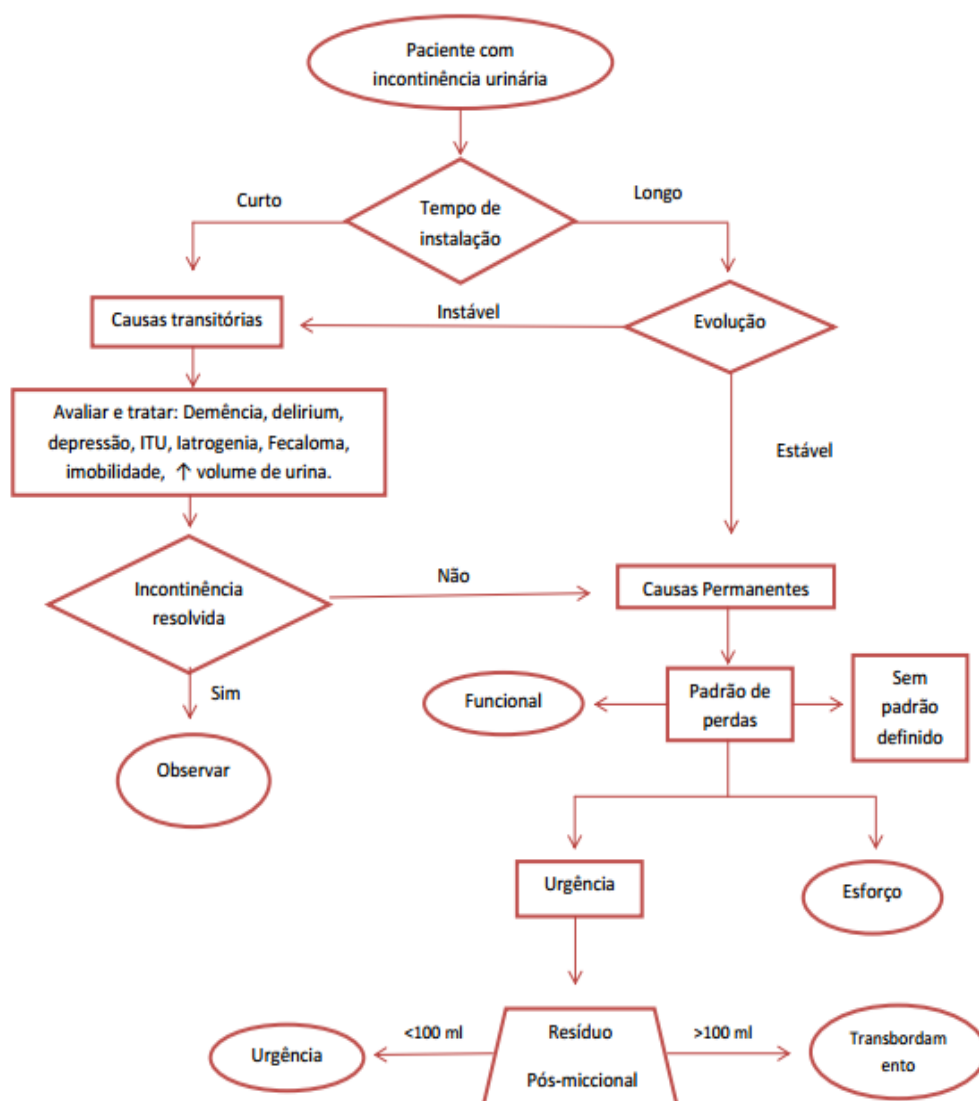
| TIPO | TRATAMENTO |
|---|---|
| INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA | <ul style="list-style-type: none">• Mudanças do estilo de vida• Terapias comportamentais• Antimuscarínicos• Casos refratários: eletroestimulação e toxina botulínica |
| INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO NA MULHER | <ul style="list-style-type: none">• Perda de peso• Reforço da musculatura pélvica• Treinamento vesical / Estimulação elétrica• Duloxetina• Estrógenos tópicos – vaginites atrófica• Cirurgia |
| INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO NO HOMEM | <ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia do assoalho pélvico• Cirurgia |
| INCONTINÊNCIA POR TRANSBORDAMENTO | <ul style="list-style-type: none">• Cirúrgico para obstrução mecânica do fluxo urinário• Cateterização intermitente ou Cateterização permanente• Antagonista alfa-adrenérgicos – se não houver retenção urinária• Estimulação sacra para hipoatividade do detrusor por alteração neuropática |
| INCONTINÊNCIA MISTA | <ul style="list-style-type: none">• Associação da incontinência de esforço e urgência• Exercícios do assoalho pélvico• Antimuscarínicos |
| INCONTINÊNCIA FUNCIONAL | <ul style="list-style-type: none">• Medidas ambientais e comportamentais• Reabilitação física• Controle dos distúrbios psiquiátricos• Apoio social |

Para todos os casos:

- Controle da ingestão hídrica especialmente a noite
- Controle da ingestão de álcool e cafeína
- Avaliar a medicação em uso
- Tratar possível ITU
- Tratar doenças de base



Organograma de Avaliação da Incontinência Urinária



Adaptado de Espírito Santo, Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa. Secretaria da Saúde. ES

Lição 03

Incontinência Fecal

Trata-se de condição limitadora e constrangedora, que causa impacto muito negativo na qualidade de vida do idoso, levando ao isolamento social e depressão que podem ser mais importantes do que ocorre na incontinência urinária.



Prevalência

Fechar ✕

Incide mais em idosos. Condição de mais difícil mensuração que a incontinência urinária por trazer um maior constrangimento e, por isto, ser mais omitida. Na faixa etária acima dos 65 anos, a prevalência estimada é de 109 por 10.000 homens e 133 por 10.000 mulheres. A prevalência é maior em idosos institucionalizados e hospitalizados. Com frequência esta associado à incontinência urinária.

Fisiopatologia

Fechar ✕

A defecação, como a micção é um processo fisiológico que envolve músculos lisos e estriados, inervação periférica e central, coordenação de respostas reflexas e necessita de cognição relativamente preservada para coordenação reflexa e capacidade física para mobilização até o banheiro. No envelhecimento, ocorre diminuição da complacência retal o que contribui para a sensação de urgência para evacuar e alteração da inervação e da musculatura, propiciando hipotonia levando a perda involuntária de fezes. A principal estrutura envolvida é o esfíncter anal externo.

Causas

- Impactação fecal

Incontinência fecal em decorrência da impactação das fezes

Nesta condição ocorre saída de muco pelo ânus, muitas vezes confundido com fezes líquidas. Este muco é produzido pelo intestino na tentativa de "empurrar" as fezes impactadas, este fenômeno de "evacuação líquida" é chamado de diarreia paradoxal. Quando esta situação não é reconhecida faz com que o paciente seja tratado, erroneamente, para um quadro diarreico. O que piora ainda o quadro clínico.

Causas: alterações da motilidade intestinal e do esfíncter anal acrescidos de imobilidade, dieta incorreta, pouco ingesta hídrica, uso de drogas anticolinérgicas aumentam e muito o risco de constipação intestinal e subsequente impactação.

Tratamento: uso de enemas, catárticos e outros laxativos, dieta rica em fibras e a ingestão adequada de líquidos.

- Alimentação enteral hiperósmicas;
- Constipação intestinal;
- Uso excessivo de laxantes ou abuso;
- Alterações esfínterianas: traumatismo no parto, episiotomias mal reparadas;
- Traumatismo perineal;
- Síndrome do colo irritável;
- Neoplasia intestinal, lesões do esfíncter em cirurgias de hemorroidas, fístula e fissura anal;
- Lesão do esfíncter por radioterapia;
- Distúrbios Neurológicos;
- Declínio cognitivo, alterações psiquiátricas;
- AVE;
- Doenças da Medula espinhal;
- Distúrbios colorretal;
- Diarréia / Doença intestinal inflamatória;
- Neuropatia diabética;
- Danos no esfíncter anal;
- Prolapso retal crônico.

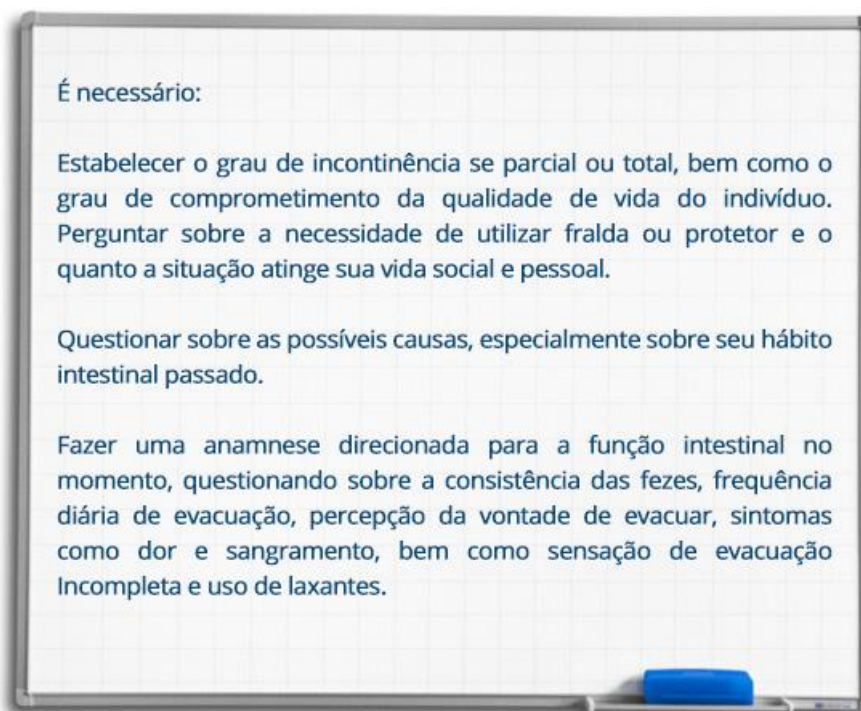


| O que é necessário para manter a continência fecal |
|---|
| <input type="checkbox"/> Estruturas anatômicas preservadas |
| <input type="checkbox"/> Capacidade de dilatação do reto para armazenamento das fezes |
| <input type="checkbox"/> Assoalho pélvico com musculatura estriada preservada para manter contração |
| <input type="checkbox"/> Função normal do esfíncter anal interno |
| <input type="checkbox"/> Reflexo inibitório reto-anal conservado |
| <input type="checkbox"/> Preservação da automação dos reflexos espinhais e do tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Propriocepção dos músculos estriados do assoalho pélvico preservada |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidade na mucosa do canal anal preservada |
| <input type="checkbox"/> Fezes suficientemente consistentes |

O fracasso de um desses fatores compromete a continência fecal. A associação de dois ou mais fatores leva a incontinência fecal.
Muñoz-Duyos A, et al. Incontinência fecal: neurofisiologia e neuromodulação

Diagnóstico

Geralmente, é necessário o questionamento médico direto para evidenciar a queixa de incontinência fecal. Estas informações auxiliam a esclarecer o grau e as causas da incontinência.





Avaliação Médica

Para realizar a avaliação clínica, dispomos de:

Inspeção anal e do períneo

Para identificar fezes ou vestígios nas roupas, cicatriz perineal ou anorretal, lesão esfínteriana prévia de natureza cirúrgica, traumática ou obstétrica. As fístulas anorretais, hemorroidas, podem produzir sintomas similares aos da incontinência fecal, tais como a eliminação fecal de muco. Prolapso do reto pode ser evidenciado com o paciente agachado, com flexão do quadril e dos joelhos. A presença de prolapso genital, cistocele e retocele, fornece ideia sobre o grau de fraqueza /denervação do assoalho pélvico.

Toque retal

Permite a avaliação da capacidade do esfíncter para segurar as fezes. Pode ser associado quando necessário à retossigmoidoscopia, que permite diagnosticar afecções que podem causar incontinência.

Avaliação fisiológica

Necessita de arsenal geralmente disponível apenas em ambulatórios de especialidade dos centros médicos terciários. No entanto, a impossibilidade de realizá-la não deve constituir empecilho para o diagnóstico e tratamento do paciente com incontinência fecal.

Como tratar a incontinência fecal?

O tratamento pode incluir:

Clínico

Tem mais indicação para o alívio sintomático que para a cura. Constitui-se de orientação dietética evitando refeições gordurosas ou excessivamente ricas em fibras. Incentivar exercícios de contração voluntária da musculatura anal com o objetivo de hipertrofiar o esfíncter externo e melhorar a musculatura do assoalho pélvico.

Fármacos

Antiperistálticos como a loperamida.

Pacientes com demência avançada

Laxantes ou enemas três vezes por semana.



Pacientes com dependência funcional

Podem ser encaminhados ao banheiro regularmente após uma refeição na tentativa de aproveitar o reflexo gastrocólico.

Pacientes lúcidos e ativos podem ser orientados a fazer enemas evacuatórios ou lavagem intestinal em situações de risco de perda fecal como em viagens ou eventos sociais.

Cirúrgico

Quando bem indicado, resulta em significativa melhora da continência fecal. Os melhores resultados estão associados à correção de defeitos do esfíncter de etiologia traumática obstétrica ou pós-cirúrgica.

Biofeedback

O objetivo é melhorar a percepção da distensão retal e otimizar a capacidade de contração voluntária dos esfíncteres anais em resposta a essa distensão. Utilização de equipamento de eletromanometria e com um cateter posicionado no interior do reto e dos esfíncteres anais. Proporciona coordenação entre a distensão de um balão no reto (que simula um conteúdo fecal) e a resposta consciente de contração anal confirmada pela impressão visual. A frequência é duas vezes por semana e necessita de competência cognitiva por parte do paciente. Resultados positivos de até 80%. O método pode ser empregado isoladamente, antes do tratamento cirúrgico ou na eventualidade de insucesso deste.

Conclusão

Nesta unidade, vimos que pela dificuldade em se diagnosticar as incontinências, é necessário realizar um questionário insistente e objetivo nas consultas, bem como identificar os fatores relacionados ao envelhecimento que as desencadeiam.

Além disso, abordamos alguns medicamentos que podem causar ou agravar as incontinências urinárias e que para tratar a maioria delas, basta conciliar uma análise histórica do paciente ao seu exame físico e o de urina.

Sobre a incontinência fecal, vimos como realizar um questionário objetivo para diagnosticar a síndrome, os mecanismos existentes para a avaliação clínica e os tratamentos possíveis.

Agora, chegou a vez de você testar seus conhecimentos efetuando os exercícios a seguir. Boa Sorte!



Glossário

- A

- **Abulia:** Ausência ou diminuição da vontade de realizar diferentes ações, do interesse, ausência de desejos e decisões, com o desinteresse afetivo e apagamento do pensamento volitivo
- **Apatia:** condição psicológica designada por um estado emocional de indiferença. É a falta de emoção ou motivação de um indivíduo perante algo ou alguma situação, tendo como algumas das suas características o desgaste físico, a inércia, a fraqueza muscular e a falta de energia (letargia). Falta de emoção e de sensibilidade afetiva.

- D

- **Dismnésia:** perturbação da memória. Pode ser amnésia para certas recordações, como nomes, números etc..
- **Disforia:** mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como sentimentos de tristeza, pena, angústia. É um mal estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, tristeza, melancolia e pessimismo.

- S

- **Sundowning(Síndrome do pôr do sol):** fenômeno que ocorre em indivíduos com demência, ainda sem etiologia e definições claras. Em geral, a síndrome do pôr do sol é caracterizada pelo aparecimento ou aumento de sintomas neuropsiquiátricos, tais como agitação, confusão, ansiedade, agressividade, no final da tarde, durante a noite

- V

- **Volição:** aquilo que determina ou expressa vontade.



Créditos

Coordenação

Luciana Branco da Motta
Célia Pereira Caldas

Equipe Pedagógica

Coordenadora Pedagógica

Marcia Taborda

Assistente Pedagógico

Carla Cristina Dias

Produção técnica

Autora

Ana Luiza Flores Saenger

Equipe técnica

Coordenador Técnico

Felipe Docek

Analista de Projetos

Marcelo Prates

Assistente de Comunicação

Matheus Manzano

Desenhistas Gráficos

José Martins

João Paulo Neves

Desenhistas Instrucionais

Michelle Trancoso

Ilustradora

Joana Carneiro Peixinho

Desenvolvedor

Marcus Vinicius Penha da Silva

Luiz Paulo Baçal Vasconcelos

Secretárias

Manuela Marco

Adriana Costa



Reitor

Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-Reitor

Paulo Roberto Volpato Dias

Sub-Reitora de Graduação

Lená Medeiros de Menezes

Sub-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Monica da Costa Pereira Lavalle Heilbron

Sub-Reitora de Extensão e Cultura

Regina Lúcia Monteiro Henriques

Coordenação Geral UnASUS UERJ

Paulo Roberto Volpato Dias

Coordenação Executiva UnASUS UERJ

Márcia Maria Rendeiro



Referências

- ❖ Adelman, AM; Daly,MP. 20 Common Problems in Geriatrics,2004.
- ❖ Beers MH; Fick, D;Cooper, JW; Updating The Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.Arth Intern Med/vol 163, dec 8/22,2003
- ❖ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; International Psychogeriatric Association in www.ipa-online.org, 2010.
- ❖ Caixeta, L. Demências. SP, 2004
- ❖ D'Ancona CAL, Castro N, Sabaneff J, Querne FAO. Incontinência Urinária, Projeto Diretrizes; AMB/CFM, 2006
- ❖ DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4.ed.rev. Artmed, 2002
- ❖ Freitas, EV; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ed.RJ, 2011.
- ❖ Gulistan, B; Fatih, T, Sibel; A et col. Rational Drug Use in the Elderly. Gerontol Geriatric Res, 2012
- ❖ Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME e col. Hazzard's Geriatric Medicine e Gerontology, 16 ed.USA, 2009
- ❖ Moraes, EN. Atenção a Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana de saúde, 2012
- ❖ SILVA, André Luís dos Santos et al. Vertigem Posicional Paroxística Benigna: comparação de duas recentes diretrizes internacionais. Braz. j. Otorhinolaryngol. 2011; vol.77, n.2, pp 191-200.