

Diagnóstico de Incontinência Urinária Feminina

Autor: Pedro Nunes, Assistente Hospitalar de Urologia - Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Assistente Estagiário de Urologia - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Secretário-geral Adjunto da APNUG (Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia), FEBU, Fellow do European Board of Urology

Actualizado em: Julho de 2010

A Incontinência urinária (IU) é definida como qualquer **perda involuntária de urina**. Todos as pessoas com perdas involuntárias de urina devem consultar o seu médico para um esclarecimento adicional da situação – **a incontinência urinária é sempre anormal, interfere grandemente com a qualidade de vida e tem solução na grande maioria dos casos**. Pode ser sinal de outros problemas mais graves subjacentes e predispor ou agravar outras doenças.

O **diagnóstico** é em regra bastante fácil e dado pelos próprios doentes. Mais difícil pode ser a distinção entre os diversos tipos de IU, particularmente em doentes mais idosos ou com capacidade de expressão limitada.

O primeiro passo que o seu médico dará para um diagnóstico correcto de incontinência urinária será uma conversa (**história clínica**) consigo em que tentará caracterizar o mais correctamente possível as suas perdas urinárias: tempo e modo de evolução (dias, meses, anos, agravamento, estabilização, melhoria), circunstâncias de aparecimento (após uma cirurgia, por exemplo ao útero ou à apóstata; após um parto), gravidade (qual o volume aproximado de cada perda urinária? se utiliza algum tipo de protecção? quantos pensos ou fraldas por dia?), se interfere com as suas actividades diárias (deixa de fazer a sua vida normal? Evita locais públicos?). A correcta caracterização da forma como se perde a urina é fundamental para distinguir os dois grandes grupos de incontinência urinária.

Na **IU de esforço** as queixas de perda de urina ocorrem quando existe um aumento de pressão dentro do abdómen (esforços mais ou menos violentos, tossir, espirrar, rir, baixar-se, pegar em pesos e nos casos mais graves mesmo o simples caminhar). Os doentes não perdem urina se estiverem quietos ou não realizarem esforços. Habitualmente têm um número normal de micções e não têm incontinência enquanto dormem. Este tipo de incontinência é mais comum nas mulheres. Nos homens acontece raramente, mas quase exclusivamente após cirurgias pélvicas (próstata, recto).

Na **IU urgência** os doentes referem uma súbita vontade de urinar, muito intensa, que podem ou não ser capazes de contrariar. Conforme essa reacção de contrariar a contracção da bexiga, assim pode não haver qualquer perda de

urina, haver apenas algumas pequenas perdas ou então ocorrer um total esvaziamento da bexiga, como se de uma normal micção voluntária se tratasse. Ao contrário da IU de esforço, em que as perdas são previsíveis e as doentes podem defender-se, evitando determinados gestos ou manobras quando têm alguma urina na bexiga, na IU urgência os episódios de urgência são, muitas vezes, imprevisíveis, ocorrendo quando menos se espera e não havendo qualquer possibilidade de defesa, podendo condicionar situações muito desagradáveis e um enorme rebate na qualidade de vida dos doentes. Alguns doentes relacionam os episódios de urgência com situações específicas como introduzir a chave na fechadura ao chegar a casa, lavar as mãos, ouvir água a correr, entre outros.

Na **IU mista** existem perdas com o aumento da pressão abdominal e também se verifica urgência e incontinência de urgência. Geralmente existe um padrão dominante.

Os **antecedentes pessoais** são, também, de suma importância, desde a história ginecológica/obstétrica - aumento de risco de IU esforço com o nº de partos vaginais, particularmente em partos difíceis, bem como nascimentos por cesariana de urgência. Antecedentes cirúrgicos, traumáticos, infecções e patologia neurológica associada são, também, importantes elementos que o seu médico deverá obter.

A **história medicamentosa** deve ser exaustiva – existe um elevado número de medicamentos que podem influenciar a incontinência urinária.

O seu médico terá necessidade de fazer um exame físico detalhado.

Exame geral - obesidade está associada a um risco aumentado de IU pelo que a determinação do índice de massa corporal (relação entre o peso e altura) é obrigatório. Será pesquisado o grau de mobilidade, patologia neurológica, hérnias, distensão da zona da bexiga e sinais de cirurgias anteriores.

Exame pélvico - o exame pélvico é o pilar fundamental da avaliação da IU. Pode haver necessidade de um toque rectal na mulher e no homem (entre outros motivos para avaliar a próstata)

É importante realizar este exame com a bexiga vazia e com a bexiga cheia, de forma a avaliar devidamente as vísceras pélvicas, a existência de prolapsos (exteriorização de órgãos através da vagina), a uretra e a existência de perdas urinárias com o esforço. Por vezes é necessário realizar o exame com o doente em pé, simulando de uma forma adequada as situações em que ocorre perda de urina.

O médico poderá pedir-lhe para tossir ou fazer uma tentativa de esforço com o abdómen (como se estivesse a tentar defecar), para ter uma ideia correcta das perdas e tentar prever a eficácia de uma eventual cirurgia. Não deve sentir-se

embaraçado nestas circunstâncias, nem tentar evitar as perdas, a menos que o médico lhe peça para o fazer.

Nas mulheres poderá ser necessário introduzir um cotonete na uretra para se avaliar se existem movimentos anormais desta estrutura.

Pode lhe ser pedido que elabore um **diário miccional** - os mais simples são diários de 24h em que se registam o número, hora e volume das micções, episódios de incontinência e eventuais factores desencadeantes. Podem ser acrescentados o número de fraldas/pensos, os episódios de urgência e a alimentação. Fornece ao médico uma ideia sobre o tipo e gravidade do quadro e pode orientar o estudo subsequente.

Posteriormente o seu médico poderá ter necessidade de lhe solicitar alguns **exames**. Além de exames de rotina à urina e ao sangue para um estudo geral e exclusão de algumas doenças que podem provocar incontinência urinária.

Um teste simples que por vezes é utilizado para quantificar a gravidade das perdas é o **pad-test** – em que lhe é solicitado que caminhe durante algum tempo com um penso higiénico que é pesado no final.

A **ecografia dos rins e da bexiga** é um exame simples, acessível, inócuo e que nos pode dar algumas informações. Exames de imagem mais elaborados (por exemplo uma ressonância magnética só raramente são necessários).

Quando subsistem dúvidas diagnósticas e antes de qualquer tratamento que envolva cirurgia, deve ser realizado um **estudo urodinâmico**, mais ou menos complexo. Este exame permite estudar de uma forma muito precisa a forma como se comporta o seu aparelho urinário inferior e consiste na introdução de uma sonda no recto e outra na bexiga que medem as pressões que aí ocorrem durante o enchimento da bexiga com água, durante algumas manobras que lhe podem ser solicitadas (por exemplo tossir) e durante o esvaziamento (micção).

A **vídeo-urodinâmica** consiste na realização de estudo urodinâmico e simultaneamente a obtenção de imagens radiológicas do aparelho urinário baixo.

O diagnóstico de incontinência urinária e sua correcta caracterização são hoje em dia fáceis, mas fundamentais para uma terapêutica posterior bem sucedida.