



experiência
CONNECTAg^o

Conectando gerações da Ginecologia e Obstetrícia

CASO CLÍNICO: INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Realização:

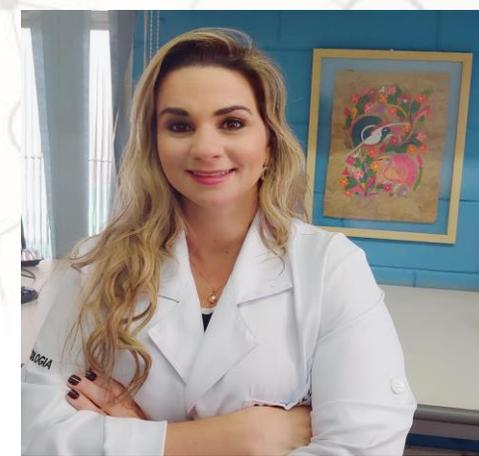
febrasg^o
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



PARTICIPANTES



Prof. Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito
Preceptor da Residência Ginecologia e Obstetrícia
Coordenador Residência de Endoscopia Ginecológica
DTG/FCM-UNICAMP



Profa. Dra. Cassia Raquel Teatin Juliato
Responsável Ambulatório de Uroginecologia e Urodinâmica
Coordenadora Curso Disfunção Assoalho Pélvico DTG/FCM-UNICAMP



Dr. Luis Henrique Alves S.M. Ferreira Leão
R4 Uroginecologia DTG/CAISM/UNICAMP
Residência Ginecologia e Obstetrícia DTG/FCM-UNICAMP



Profa. Dra. Marair Gracio Ferreira Sartori
Chefe Depto Ginecologia UNIFESP
Presidente CNE Uroginecologia/Cirurgia Vaginal FEBRASGO



Profa. Dra. Maria Laura Costa do Nascimento
Coordenadora Residência em GO - DTG/FCM-UNICAMP



Profa. Dra. Adriana Gomes Luz
Vice-Coodenadora Residência em GO - DTG/FCM-UNICAMP



Dr. Edilson Benedito de Castro
Doutor em Tocoginecologia e Médico Assistente Uroginecologia - DTG/FCM-UNICAMP



Hospital da Mulher – CAISM - UNICAMP

SOBRE A ELABORAÇÃO DO CASO CLÍNICO, ele foi elaborado a partir:

- Do eixo **6** da **Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (Atenção à Saúde e Cuidados nas Desordens do Assolho Pélvico)**
- Das **Normas para Publicação – Programa de capacitação em Competências Clínicas**

EIXO 6: ATENÇÃO À SAÚDE E CUIDADOS NAS DESORDENS DO ASSOALHO PÉLVICO

Objetivo geral: Aquisição de Competências relacionadas ao atendimento à mulher com afecções do assoalho pélvico.

| NÍVEL | COMPETÊNCIAS | COMPONENTES |
|-------|--|-------------|
| R1 | - Demonstra conhecimento básico sobre fisiologia e anatomia funcional do assoalho pélvico; | C |
| | - Demonstra conhecimento sobre a fisiopatologia das desordens do assoalho pélvico, seus sinais, sintomas e fatores de risco; | C |
| | - Formula o diagnóstico diferencial das desordens do assoalho pélvico. | C / H |
| R2 | - Avalia e interpreta adequadamente os resultados dos exames de investigação das desordens do assoalho pélvico tais como exames de imagem em uroginecologia, manometrias, estudo urodinâmico e uretrrocistoscopia; | C / H |
| | - Estabelece planos iniciais de tratamento clínico para pacientes com desordens não complicadas do assoalho pélvico. | C / H |
| R3 | - Realiza adequadamente exames de investigação das desordens do assoalho pélvico tais como estudo urodinâmico e uretrrocistoscopia; | H |
| | - Estabelece planos iniciais de tratamento para pacientes com desordens complexas do assoalho pélvico; | C / H |
| | - Identifica novos planos de cuidado para as condições de insucesso terapêutico nas desordens do assoalho pélvico; | C / H |
| | - Identifica as necessidades de tratamento multiprofissional nas desordens do assoalho pélvico e mobiliza a equipe multiprofissional envolvida; | C / H / A |
| | - Aplica e adota novas tecnologias baseando-se em evidências científicas. | C / H / A |

Objetivos

Ao final da atividade, esperamos que o(a)s participantes sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da incontinência urinária como problema de saúde pública feminina
- Identificar os subtipos de incontinência urinária
- Estabelecer o diagnóstico e a investigação com base nos protocolos disponíveis
- Elaborar planos compartilhados de tratamento e seguimento

Caso clínico

- 52 anos, G2P2A0C0, DUM há 3 anos
- Refere perda de urina há 4 anos, relacionada aos esforços. Urgência miccional frequente e incontinência de urgência ocasional. Tem medo de sair para lazer e perder medo da urina. Refere que com a quarentena piorou a sua ansiedade, e passou a ter noctúria (3x/noite)
- HP: Refere incontinência durante o início da fase adulta jovem, durante atividade física (ex-maratonista). Agora com obesidade grau II (IMC 36 kg/m²). Hipertensa controlada com captopril.

Caso clínico

- HGO: Dois partos vaginais sem intercorrências. Lembra que o período expulsivo do segundo parto foi demorado. Teve incontinência pós-parto, que regrediu com 3 meses de forma espontânea
- HF: Tia falecida por DM tipo 2 – cetoacidose diabética
- Hábitos: tabagismo 4 cigarros/dia – aumentou durante a quarentena
- Exame físico:
 - Vulva sem sinais de hipotrofia
 - AFA = 2 (escala Oxford modificada)
 - Perda urinária em grande quantidade a manobra de Valsalva
 - Mobilidade uretral presente ao teste do cotonete
 - POP-Q estadio 0 para prolapso genital

Caso clínico

- Exame urodinâmico
 - Urofluxometria normal, com Q_{max} – 20 ml/seg, volume de 220 ml, RPM= 10 ml
 - Cistometria = presença de contrações involuntárias do detrusor. PPE de 41 cmH₂O com 100 ml de enchimento e 50 ml com 200 ml de enchimento. Capacidade cistométrica máxima = 450 ml
 - Estudo fluxo-pressão = Q_{max} = 22 ml/seg, P_{det} = 8 cmH₂O, volume de 400 ml, PM = 0 ml

Questões de múltipla escolha

1. Qual o diagnóstico dessa paciente?
 - a) Incontinência Urinária de Esforço
 - b) Síndrome da Bexiga Hiperativa
 - c) Incontinência Urinária Mista
 - d) Síndrome da Bexiga Dolorosa

Questões de múltipla escolha

1. Qual o diagnóstico dessa paciente?
 - a) Incontinência Urinária de Esforço
 - b) Síndrome da Bexiga Hiperativa
 - c) Incontinência Urinária Mista**
 - d) Síndrome da Bexiga Dolorosa

Questões de múltipla escolha

2. Como podemos iniciar o tratamento dessa paciente?

- a) Fisioterapia
- b) Perda de peso
- c) Avaliar o pior componente da IU
- d) A+B+C

Questões de múltipla escolha

2. Como podemos iniciar o tratamento dessa paciente?

- a) Fisioterapia
- b) Perda de peso
- c) Avaliar o pior componente da IU
- d) A+B+C**

Questões de múltipla escolha

3. Qual dessas opções é bastante considerada para indicação de exame urodinâmico?

- a) IUE com anamnese e clínica positivos para perda urinária
- b) Síndrome da Bexiga Hiperativa
- c) Perda urinária de esforço com sintoma de esvaziamento miccional incompleto
- d) Síndrome da Bexiga Dolorosa

Questões de múltipla escolha

3. Qual dessas opções é bastante considerada para indicação de exame urodinâmico?

- a) IUE com anamnese e clínica positivos para perda urinária
- b) Síndrome da Bexiga Hiperativa
- c) Perda urinária de esforço com sintoma de esvaziamento miccional incompleto**
- d) Síndrome da Bexiga Dolorosa

Questões de múltipla escolha

4. A perda de peso em 5-10% do valor inicial consegue reduzir em quanto o número de episódios de incontinência urinária?

- a) 10%
- b) 20%
- c) 25%
- d) 40-50%

Questões de múltipla escolha

4. A perda de peso em 5-10% do valor inicial consegue reduzir em quanto o número de episódios de incontinência urinária?

- a) 10%
- b) 20%
- c) 25%
- d) 40-50%**

Questões de múltipla escolha

5. Dentre os anticolinérgicos para o tratamento da urgência miccional, qual é aquele que apresenta maior persistência no uso após 6-12 meses de tratamento?

- a) Oxibutinina
- b) Solifenacina
- c) Mirabegron
- d) Darifenacina

Questões de múltipla escolha

5. Dentre os anticolinérgicos para o tratamento da urgência miccional, qual é aquele que apresenta maior persistência no uso após 6-12 meses de tratamento?

- a) Oxibutinina
- b) Solifenacina**
- c) Mirabegron
- d) Darifenacina

Questões de múltipla escolha

6. Além de reeducação miccional, tratamento comportamental, fisioterapia, qual a melhor opção de tratamento cirúrgico para o componente de esforço da IU a longo prazo?

- a) Sling transobturatório
- b) Sling retropúbico
- c) Minisling
- d) Injeção periuretral

Questões de múltipla escolha

6. Além de reeducação miccional, tratamento comportamental, fisioterapia, qual a melhor opção de tratamento cirúrgico para o componente de esforço da IU a longo prazo?

- a) Sling transobturatório
- b) Sling retropúbico**
- c) Minisling
- d) Injeção periuretral

Questões de múltipla escolha

7. Correlacione o tratamento cirúrgico com seu mecanismo de ação
- a) Sling transobturatório – ligamento pubouretral - Enhoring
 - b) Sling retropúbico – ligamento pubouretral – Teoria Integral
 - c) Minisling – fáscia suburetral – Teoria hammock DeLancey
 - d) Burch – colpossuspensão no ligamento sacroespinhoso

Questões de múltipla escolha

7. Correlacione o tratamento cirúrgico com seu mecanismo de ação

- a) Sling transobturatório – ligamento pubouretral - Enhoring
- b) Sling retropúbico – ligamento pubouretral – Teoria Integral**
- c) Minisling – fáscia suburetral – Teoria hammock DeLancey
- d) Burch – colpossuspensão no ligamento sacroespinhoso

Caso clínico

- Diagnóstico – Incontinência Urinária Mista
- Conduta – Reeducação Miccional, Tratamento Comportamental, Fisioterapia, Início de anticolinérgico seletivo (solifenacina)
- Retorno em 2 meses – Melhora importante da urgência e incontinência de urgência. AFA=4. Ainda com perda aos esforços.
- Conduta – Sling retropúbico com cistoscopia.

Questões abertas para a discussão

1. Existe correlação entre a incontinência urinária atual e a incontinência atlética na paciente do caso clínico?
2. Existe definição sobre o subtipo de incontinência urinária de esforço?
3. Qual o papel do minisling no tratamento da IUE?
4. Como tratar a bexiga hiperativa refratária?
5. A urodinâmica é um exame que deve ou não ser pedido em todas as situações?
6. Quais as complicações mais comuns na cirurgia de sling?



experiência
CONECTAgo♀
Conectando gerações da Ginecologia e Obstetrícia