

DIRETRIZES PARA INCONTINENCIA URINÁRIA

(Atualização completa em fevereiro de 2012)

M.G. Lucas (presidente), J.L.H.R. Bosch, F. Cruz
D.J.M.K de Rider, T.B. Madden, A. Nambiar, A. Neisius,
R.S. Pickard, A. Tubaro, W.H. Turner

Esta versão sintetiza importantes mensagens clínicas descritas no texto completo e se apresenta como um conjunto de "evidências sumarizadas" e graus de "ações com base em recomendações" e segue o padrão de níveis de evidência utilizados pela EAU (veja o capítulo introdutório).

Os graus de recomendação objetivam deixar evidente o que deveria e não deveria ser realizado na prática clínica, não apenas descrevendo o que deve ser feito.

Recomendações foram escritas como afirmações "com base em ações". As seguintes palavras ou frases são usadas constantemente ao longo das Diretrizes, por exemplo:

- **Considerar** uma ação. Esta frase é usada quando não há evidência suficiente para dizer se a ação causa benefício ou risco para o paciente. Entretanto, na opinião do Painel, a ação pode ser justificada em algumas circunstâncias. A ação é opcional.
- **Oferecer** uma ação. Esta frase é usada quando há boas evidências que sugerem que a ação é eficaz, ou, na opinião do Painel, é a melhor ação. A ação é aconselhada.

- **Conduzir** (realizar) uma ação. **Fazer** determinada ação. Esta frase é usada quando há fortes evidências de que esta é a única melhor ação em determinada situação clínica. A ação é obrigatória.
- **Evitar** uma ação. Esta frase é usada quando há alto nível de evidência de que a ação é tanto ineficaz quanto prejudicial ao paciente. A ação é contraindicada.

O Painel tentou evitar extensos textos narrativos. Ao invés disso, algoritmos são apresentados, tanto para as condutas iniciais, quanto para condutas especializadas em homens e mulheres com IU não neurogênica.

Cada tomada de decisão desses algoritmos está diretamente relacionada às evidências relevantes e recomendações.

ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO

História clínica e exame físico

Apesar de não haver evidências para dar suporte, há absoluto consenso de opinião dos especialistas de que este é um passo essencial.

Recomendações 1	GR
História clínica que inclua: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de incontinência (esforço, urgência ou mista) • Duração e intensidade • Sintomas urinários associados • História obstétrica e ginecológica • Comorbidades • Medicamentos em uso 	A*

<p>Fazer exame físico que inclua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame abdominal para detectar aumento de volume vesical ou massas abdominais/pélvicas • Exame perineal • Exame digital da vagina ou reto • Avaliar situação estrogênica da mulher • Avaliar contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico 	A*
<p>Considerar encaminhamento antecipado para especialista nos casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IU associada à dor • Hematúria • História de ITU recorrente • Cirurgia pélvica ou radioterapia prévias • Perdas urinárias constantes (suspeita de fístula) • Qualquer dificuldade miccional • Suspeita de doença neurológica 	A*

**Considerado Grau A porque, apesar de ausência de evidências, a opinião dos especialistas confirma a fundamental importância desses passos*

Questionários

Recomendações 2	GR
<p>Profissionais de saúde deveriam ser aconselhados sobre o fato de que a utilização de questionários e PROMs não demonstrou ter influenciado na evolução da IU devido à falta de pesquisas específicas nesta área</p>	C

Diários miccionais

Recomendações 3	GR
Diários miccionais deveriam ser utilizados na incontinência urinária para avaliar coexistência de disfunções de armazenamento e esvaziamento na prática clínica e pesquisa	A
Recomenda-se diário com duração de 3 a 7 dias	B

Urinálise e ITU

Recomendações 4	GR
Realizar urinálise como parte da avaliação inicial do paciente com incontinência urinária	A
Em paciente com incontinência urinária, tratar infecção do trato urinário sintomática adequadamente (veja "Diretrizes para Infecções Urinárias")	A
Não tratar bacteriúria assintomática em pacientes idosos para melhorar a incontinência urinária	B

Resíduo pós-miccional

Recomendações 5	GR
Resíduo pós-miccional deveria ser mensurado por ultrassonografia	A
Aferir o resíduo pós-miccional em pacientes com incontinência urinária com disfunção miccional	B
Aferir o resíduo pós-miccional quando avaliar pacientes com incontinência urinária complicada	C
Resíduo pós-miccional deveria se aferido em pacientes recebendo tratamentos que podem causar ou piorar disfunção miccional	B

Recomendações 6	
<i>(OBS: Referem-se apenas a adultos sem alteração neurológica com incontinência urinária)</i>	GR
Médicos que realizam avaliação urodinâmica em pacientes com incontinência urinária deveriam: - Certificar-se de que o exame reproduz os sintomas do paciente - Interpretar os resultados no contexto do problema clínico - Checar prontuários para controle de qualidade - Lembrar que pode haver variação fisiológica em um mesmo indivíduo	C
Explicar aos pacientes que os resultados urodinâmicos podem ser úteis na discussão das opções de terapêuticas, entretanto há limitações nas evidências de que a realização da avaliação urodinâmica irá alterar o tratamento da incontinência urinária	C
Não realizar avaliação urodinâmica rotineira quando oferecer tratamento conservador para incontinência urinária	B
Realizar avaliação urodinâmica caso os achados possam mudar a escolha do tratamento cirúrgico	C
Realizar avaliação urodinâmica antes de cirurgia para incontinência urinária, caso existam sintomas de bexiga hiperativa, história de cirurgia prévia ou suspeita de dificuldade miccional	C
Não realizar rotineiramente perfil pressórico uretral	C

Teste do absorvente

Um absorvente bem projetado é capaz de reter qualquer perda urinária em determinado período de tempo e isto poderá ser utilizado como uma maneira de quantificá-la. Apesar de a Sociedade Internacional de Continência ter tentado padronizar o teste do absorvente, permanecem diferenças na maneira pela qual os pacientes são orientados a realizar atividades durante o teste.

Recomendações 7	GR
Utilizar o teste do absorvente quando for necessário quantificar a incontinência urinária	C
Repetir o teste do absorvente caso a avaliação objetiva do tratamento seja necessária	C

Imagens

Recomendações 8	GR
Não realizar rotineiramente exames de imagem do trato urinário alto ou baixo como parte da avaliação da incontinência urinária de esforço não complicada em mulheres	A

TRATAMENTO CONSERVADOR

A prática médica encoraja a utilização de intervenções simples, com risco relativamente baixo, antes de partir para aquelas associadas a riscos maiores.

Intervenções médicas simples

Tratamento da doença de base/alteração cognitiva

Numerosas condições exacerbam ou predisõem à ocorrência da IU, e podem estar envolvidas na fisiopatologia da incontinência. Essas condições incluem:

- insuficiência cardíaca
- diabetes
- doença pulmonar obstrutiva crônica
- distúrbios neurológicos
- acidente vascular cerebral
- demência
- esclerose múltipla
- distúrbios cognitivos
- distúrbios do sono, como apneia do sono

Ajuste das medicações

Existem muito poucas evidências relacionadas ao benefício do ajuste de medicações. Há também um risco, pelo menos teórico, de que interromper ou alterar as medicações possam trazer consigo mais danos do que benefícios.

Recomendações 9	GR
Obter um histórico medicamentoso de todos os pacientes com incontinência urinária	A
Informar mulheres com incontinência urinária (que se inicia ou piora após terapia de reposição hormonal estrogênica sistêmica), de que a terapia de reposição por si só pode causar incontinência urinária	A
Reavaliar qualquer medicação associada com o início ou piora da incontinência urinária	C

Constipação

Inúmeros estudos demonstraram associação entre constipação, incontinência urinária e bexiga hiperativa. Constipação pode ser melhorada com terapia comportamental e medicamentosa.

Recomendações 10	GR
Em adultos com incontinência urinária, tratar constipação coexistente	C

Dispositivos anti-incontinência (absorventes, etc)

Recomendações 11	GR
Oferecer absorventes quando dispositivos anti-incontinência forem necessários	B
Adaptar a escolha do absorvente ao tipo e gravidade da incontinência urinária, bem como às necessidades do paciente	A
Oferecer a opção de sondagem para tratar a incontinência urinária quando nenhum outro tratamento puder ser considerado	B
Oferecer dispositivos tipo "condom" para homens com incontinência urinária sem resíduo urinário significativo	A
Oferecer o treinamento de cateterismo intermitente para tratar a incontinência associada à retenção urinária	A
Não oferecer rotineiramente dispositivos intravaginais para tratamento da incontinência	B
Não utilizar compressão peniana para controle da incontinência em homens	A

Mudanças no estilo de vida

Exemplos de fatores relacionados ao estilo de vida que podem estar associados à incontinência urinária incluem: obesidade, tabagismo, nível de atividade física e dieta. Desta maneira, torna-se possível a melhora da incontinência por meio de intervenções no estilo de vida, como perda de peso, restrição hídrica, restrição de cafeína ou álcool, limitação de atividades intensas e suspensão do cigarro.

Recomendações 12	GR
Estimular mulheres obesas com incontinência urinária a perder peso (>5%)	A
Orientar adultos com incontinência urinária de que a redução da ingestão de cafeína pode melhorar os sintomas de urgência e frequência, mas não de incontinência	B
Pacientes com ingestão hídrica anormalmente elevada ou reduzida deveriam ser orientados a modificá-las	C
Aconselhar atletas do sexo feminino (que estejam apresentando incontinência urinária relacionada à atividade física intensa) de que isso não irá predispor à incontinência em fases mais tardias da vida	C
Pacientes tabagistas com incontinência urinária deveriam ser orientadas a parar de fumar, de acordo com as boas práticas médicas, apesar de não haver efeito definido sobre a incontinência urinária	A

Terapias

Recomendações 13	GR
Oferecer exercícios supervisionados da musculatura do assoalho pélvico por pelo menos 3 meses, como primeira linha de tratamento, para mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista.	A
Programas de treinamento da musculatura do assoalho pélvico deveriam ser os mais intensos possíveis	A
Considerar a utilização do "biofeedback " como adjunto nas mulheres com incontinência urinária de esforço	A
Oferecer exercícios supervisionados da musculatura do assoalho pélvico para mulheres continentas na sua primeira gestação, para ajudar na prevenção da incontinência urinária no período pós-natal	A
Oferecer instrução em exercícios do assoalho pélvico para homens submetidos à prostatectomia radical, com o intuito de acelerar a recuperação do quadro de incontinência urinária	B
Oferecer treinamento vesical como primeira linha de tratamento para adultos com urgeincontinência ou incontinência urinária mista	A
Oferecer micção programada para adultos com incontinência urinária, os quais apresentam distúrbio cognitivo	A
Não oferecer estimulação elétrica com eletrodos de superfície (cutâneo, vaginal, anal) isoladamente para o tratamento da incontinência urinária de esforço	A
Não oferecer estimulação magnética para o tratamento da incontinência urinária ou bexiga hiperativa em mulheres adultas	B

Oferecer estimulação do nervo tibial posterior para mulheres com urgeincontinência que não toleram medicação anticolinérgica	A
--	---

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Antimuscarínicos

Recomendações 14	GR
Oferecer antimuscarínicos de liberação rápida ou lenta como terapia medicamentosa inicial para adultos com urgeincontinência	A
Em caso de insucesso com antimuscarínicos de liberação rápida, em adultos com urgeincontinência, oferecer formulações de liberação lenta ou ação prolongada	A
Considerar o uso de oxibutinina transdérmica, caso antimuscarínicos orais não sejam tolerados devido à boca seca	A
Oferecer e incentivar revisão precoce (de eficácia e efeitos colaterais) de pacientes em uso de antimuscarínicos para urgeincontinência (< 30 dias)	A
Quando prescrever antimuscarínicos para idosos, estar consciente do risco de efeitos colaterais cognitivos, especialmente naqueles recebendo inibidores da colinesterase	C
Evitar o uso de oxibutinina de liberação rápida em pacientes que têm risco de disfunção cognitiva	A
Considerar o uso de cloridrato de trospium em pacientes que têm disfunção cognitiva já conhecida	B

Utilizar com cuidado solifenacina, tolterodina e darifenacina em pacientes com disfunção cognitiva	B
Fazer uma avaliação objetiva da função mental antes de tratar pacientes cuja função cognitiva possa estar em risco	C
Fazer checagem da função mental em pacientes em terapia com antimuscarínicos, caso estejam em risco para disfunção cognitiva	C

Duloxetina

Recomendações 15	GR
Duloxetina não deveria ser oferecida para homens ou mulheres que estão à procura da cura para incontinência	A
Duloxetina pode ser oferecida para mulheres ou homens que estão à procura de melhora temporária para os sintomas de incontinência	A
Duloxetina deveria ser iniciada em doses tituladas devido às altas taxas de efeitos colaterais	A

Estrógenos Intravaginais

Recomendações 16	GR
Mulheres utilizando estrógenos sistêmicos deveriam ser orientadas de que há risco aumentado de desenvolver incontinência urinária ou piora da incontinência	A

Oferecer às mulheres menopausadas com incontinência urinária a terapia estrogênica tópica, apesar da duração ideal e melhor formulação serem indefinidas	A
Orientar mulheres menopausadas (que estejam em uso de estrogênos orais), de que há risco aumentado de desenvolver incontinência urinária ou piora da incontinência	B

Desmopressina

Recomendações 17	GR
Oferecer desmopressina para pacientes que ocasionalmente necessitem de alívio imediato da incontinência urinária, informando que esta medicação não está licenciada para essa finalidade	B
Não utilizar desmopressina para controle a longo prazo da incontinência urinária	A

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Princípios cirúrgicos gerais:

- Sempre discutir o propósito do tratamento cirúrgico, bem como os riscos e benefícios, com os pacientes e/ou seus cuidadores
- Explicar as escolhas alternativas, mesmo que não estejam disponíveis
- Cirurgiões deveriam ser adequadamente treinados para esses procedimentos e realizá-los em número suficiente para manter a técnica
- Cirurgiões deveriam estar aptos a relatar seus próprios resultados sobre qualquer operação que oferecem e compartilhar essas informações com os pacientes

<p>Recomendações 18 (Cirurgia para incontinência urinária não complicada em mulheres)</p>	GR
<p>Oferecer "sling" de uretra média para mulheres com incontinência urinária de esforço não complicada como intervenção cirúrgica preferencial, sempre que possível</p>	A
<p>Oferecer colpossuspensão (aberta ou laparoscópica) ou "sling" fascial autólogo para mulheres em que o "sling" de uretra média não pode ser considerado</p>	A
<p>Alertar as mulheres (às quais seja oferecido "sling" sintético por via retropúbica) sobre o maior risco relativo de complicações perioperatórias, quando comparados à via transobturatória</p>	A
<p>Alertar as mulheres (às quais seja oferecido "sling" sintético de uretra média por via transobturatória) sobre os maiores riscos de dor e dispareunia a longo prazo</p>	A
<p>Alertar as mulheres que se submeterem ao "sling" fascial de que há maior risco de dificuldade miccional e necessidade de realização de autocateterismo intermitente limpo. Assegurar-se de que elas estarão motivadas e realizarão o cateterismo, se necessário</p>	A
<p>Realizar cistoscopia na inserção de "sling" de uretra média por via retropúbica, ou caso haja dificuldade durante inserção por via transobturatória, ou se houver grande cistocele</p>	C

Mulheres às quais seja oferecido "sling" por incisão única ("mini-sling") deveriam ser alertadas de que a eficácia a curto prazo é inferior aos "sling" padrões de uretra média e de que a eficácia a longo prazo ainda se mantém incerta	C
Oferecer "sling" por incisão única ("mini-sling"), o qual não há nível 1 de evidência, apenas como parte do protocolo de pesquisa	A
Oferecer "sling" de uretra média ajustável como primeiro tratamento da incontinência urinária de esforço, apenas como parte de protocolo de pesquisa	C
Não oferecer agentes injetáveis para mulheres que procuram cura definitiva para a incontinência urinária de esforço	A

IU de esforço complicada em mulheres

Recomendações 19 (Cirurgia para incontinência urinária complicada em mulheres)	GR
A escolha do tipo de cirurgia para incontinência urinária de esforço recorrente deveria se basear na cuidadosa avaliação individual de cada paciente	C
Alertar as mulheres de que os resultados de procedimentos de segunda-linha mostram-se inferiores aos de primeira linha, tanto em termos de benefícios reduzidos quanto com relação a risco de prejuízo aumentado	C

Oferecer implante de EA ou ACT como opção para mulheres com incontinência urinária complicada caso haja disponibilidade e o seguimento adequado seja possível	C
Alertar as mulheres que receberem EA ou ACT de que há elevado risco de falha mecânica ou necessidade de retirada do dispositivo	C

EA: *Esfíncter Artificial*; ACT: *Terapia Compressiva Ajustável*

Homens com IU de Esforço

Recomendações 20 (Tratamento cirúrgico para homens com incontinência urinária de esforço)	GR
Oferecer agentes injetáveis apenas para homens com incontinência leve pós-prostatectomia, que desejam melhora temporária dos sintomas de IU	C
Não oferecer agentes injetáveis para homens com incontinência grave pós-prostatectomia	C
Oferecer "slings" fixáveis para homens com incontinência leve a moderada pós-prostatectomia	B
Alertar homens de que incontinência grave, radioterapia prévia e cirurgia para estenose uretral podem piorar os resultados da cirurgia de "sling" fixável masculino	C
Oferecer EA para homens com incontinência urinária moderada a grave persistente (mais de 6 meses) pós-prostatectomia, que não responderam ao tratamento conservador	B

Alertar sobre o risco de falha a longo prazo e necessidade de revisão quando aconselhar homens para inserção do EA	C
Oferecer o dispositivo de compressão não circunferencial (ProACT®) apenas para homens com incontinência pós-prostatectomia, caso haja possibilidade de seguimento adequado	C
Alertar os homens que estão considerando dispositivo de compressão não circunferencial (ProACT®) como opção terapêutica de que há elevado risco de falha e consequente necessidade de retirada do dispositivo	C

EA: Esfíncter Artificial; ACT: Terapia Compressiva Ajustável

Intervenções cirúrgicas para Hiperatividade Detrusora Refratária

Injeção Intravesical de Toxina Botulínica

Recomendações 21	GR
Oferecer injeção de toxina botulínica A intravesical para pacientes com urgeincontinência refratária à terapia antimuscarínica	A
Alertar pacientes sobre a possível necessidade de autocateterismo e o risco de infecção do trato urinário associado; assegurar-se de que estarão motivados e realizarão o cateterismo, se necessário	A
Pacientes deveriam ser alertados sobre a situação da licença para uso da Toxina Botulínica tipo A, e sobre os efeitos a longo prazo, que permanecem indeterminados	A

Estimulação de Nervos Sacrais (Neuromodulação)

Recomendações 22	GR
Oferecer, se disponível, para pacientes com urge-incontinência refratária a medidas conservadoras, a oportunidade de serem tratados com neuromodulação dos nervos sacrais, antes de ampliação vesical ou derivação urinária serem consideradas	A

Ampliação Vesical / Derivação Urinária

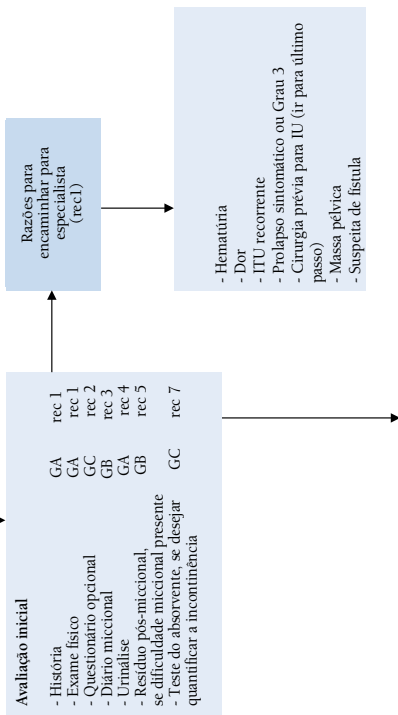
Recomendações 23	GR
Oferecer ampliação vesical apenas para pacientes com hiperatividade detrusora, nos quais houve falha da terapia conservadora e que a possibilidade de toxina botulínica e estimulação dos nervos sacrais foi discutida	C
Alertar pacientes que forem submetidos à ampliação vesical sobre o risco de terem que realizar autocateterismo intermitente limpo; assegurar-se de que estarão motivados e realizarão o cateterismo, se necessário	C
Não oferecer miotomia detrusora como tratamento para incontinência urinária	C
Oferecer derivação urinária apenas para pacientes que falharam a terapias menos invasivas para o tratamento da incontinência urinária e que aceitarão um estoma	C

Alertar pacientes que forem submetidos à ampliação vesical ou derivação urinária sobre os elevados riscos de complicações imediatas e tardias, e sobre o baixo risco de malignização	C
Seguimento ao longo de toda vida é recomendado para pacientes que forem submetidos à ampliação vesical ou derivação urinária	C

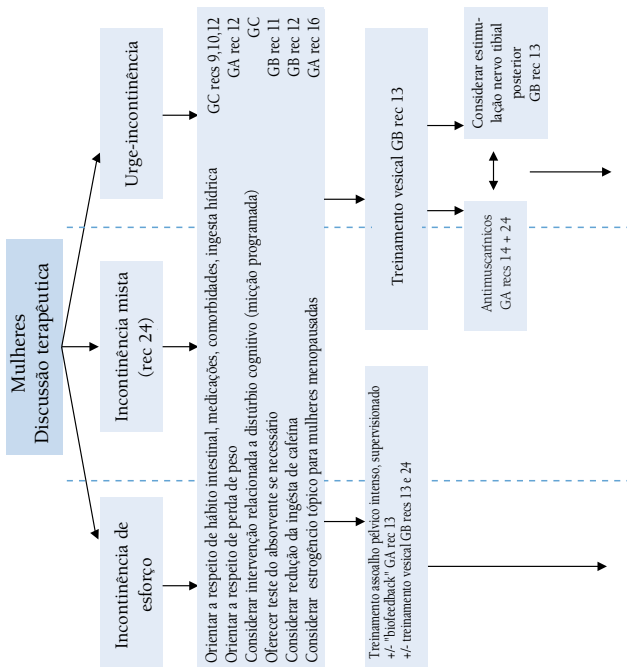
Tratamento da Incontinência Urinária Mista

Recomendações 24	GR
Tratar inicialmente o sintoma que mais incomoda o paciente com incontinência urinária mista	C
Alertar os pacientes com incontinência urinária mista de que a chance de sucesso de treinamento da musculatura do assoalho pélvico é menos satisfatória quando comparada à incontinência urinária de esforço isolada	B
Oferecer antimuscarínicos para pacientes com incontinência urinária mista, com predominância dos sintomas de urgência	A
Alertar pacientes com incontinência urinária mista de que o tratamento cirúrgico tem menos probabilidade de sucesso quando comparado a pacientes com incontinência urinária de esforço isolada	A

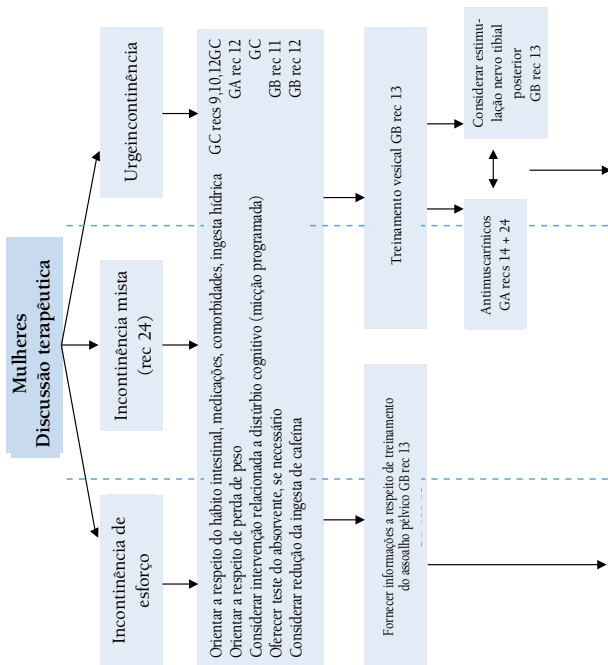
Mulher com incontinência urinária



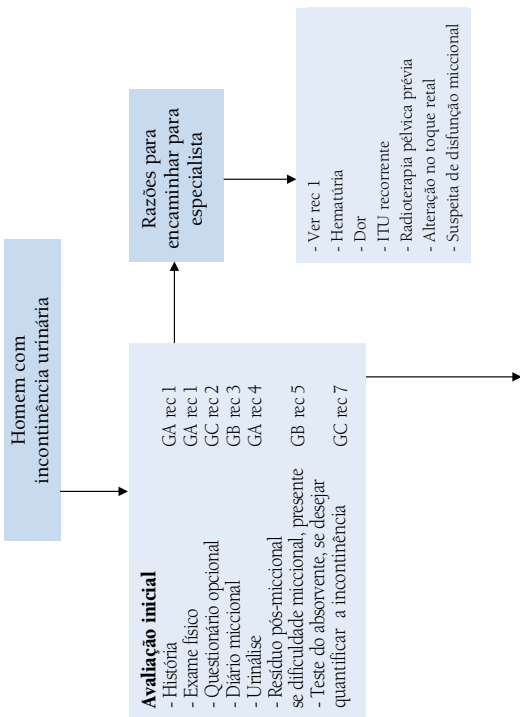
continua na página a seguir



continua na página a seguir

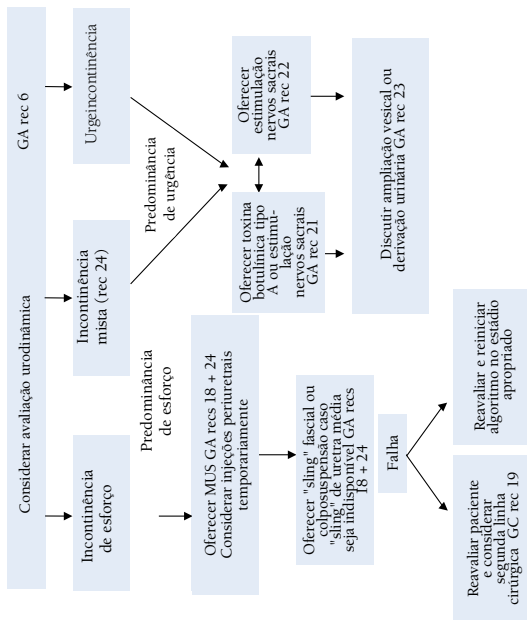


continua na página a seguir



continua na página a seguir

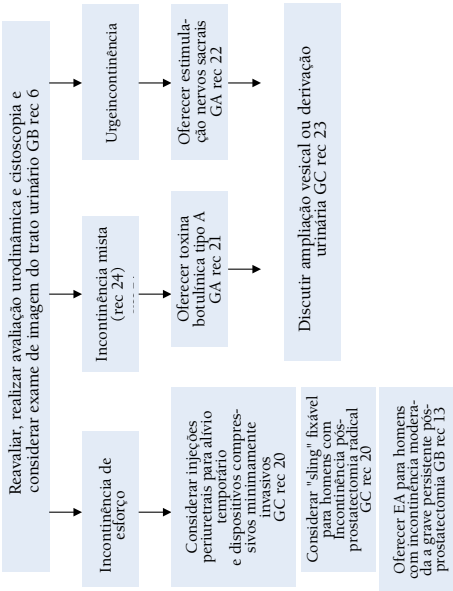
Mulher
Falha no tratamento inicial



continua na página a seguir

Homem

Falha no tratamento inicial



Tradução para o Português:

Dr. Daniel Carlos da Silva

Mestre em Urologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Assistente da Disciplina de Urologia da UNICAMP

Revisão:

Dr. Márcio Augusto Averbeck - TiSBU

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto resumido está baseado nas recomendações da EAU (ISBN 978-90-79754-96-0), disponíveis aos membros da Associação Europeia de Urologia no seu website, <http://www.uroweb.org>.