

Efeitos da reabilitação do soalho pélvico na incontinência urinária

Effects of pelvic floor rehabilitation in urinary incontinence

Maria João Azevedo⁽¹⁾ | Horácio Azevedo⁽²⁾ | Carla Alves⁽¹⁾ | José Vivas⁽³⁾
| Bárbara M. Cruz⁽⁴⁾

Resumo

Objetivos: A incontinência urinária (IU) consiste na perda involuntária de urina. Pode ser classificada como IU de esforço, de urgência ou mista e possui vários graus de gravidade, repercutindo-se na qualidade de vida (QV) dos doentes. Os objetivos deste trabalho são avaliar os efeitos do tratamento fisiátrico na IU.

Material e Métodos: Análise retrospectiva baseada nos processos clínicos das doentes do sexo feminino enviadas da consulta de Ginecologia e submetidas a tratamento fisiátrico por IU de Janeiro de 2009 a Junho de 2010. Foram analisadas as variáveis através do SPSS® 17.0.

Resultados: Os 84 casos válidos (5 excluídos por abandono - 8,2%) apresentavam idade média de 53 anos. Destes, 59,5% tinham IU de esforço, 39,3% mista e 1,2% de urgência. A duração média da IU anteriormente à referência para Fisiatria foi 10 anos. Já haviam efetuado cirurgia para IU mas mantinham perdas urinárias 11,9%. Realizaram-se em média 22 sessões de fisioterapia. No final do tratamento 53,6% encontravam-se sem perdas urinárias, 23,8% consideravam-se subjetivamente melhor e 22,6% mantinham as mesmas queixas. Das doentes com cirurgia prévia, 70% melhoraram. A EVA (Escala Visual Analógica) média para impacto da IU na QV reduziu 50% após o tratamento. Retomaram o tratamento 14,3% por recidiva e 10,7% necessitaram de tratamento cirúrgico.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma análise retrospectiva, com todas as limitações implícitas, este trabalho vem reforçar a importância de uma abordagem multidisciplinar nos casos de IU. Consideramos que a reabilitação tem efeitos benéficos na perceção (subjetiva) da redução das perdas urinárias e no aumento da QV das doentes, constituindo uma mais-valia inclusivamente após o tratamento cirúrgico falhado.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Qualidade de vida; Reabilitação; Soalho pélvico.

Abstract

Objectives: Urinary incontinence (UI) is the involuntary leakage of urine. It is classified as stress UI, urgency UI or mixed UI and has different degree of severity affecting patients' quality of life (QOL). The aim of this study is to evaluate the effects of rehabilitation in UI.

Methods: Retrospective analysis based on clinical files of female patients sent by Gynecology and undergoing rehabilitation treatment for UI from January 2009 to June 2010. Variables were analyzed using SPSS® 17.0.

Results: Total of 84 valid cases (5 excluded due to noncompliance - 8.2%) with an age average of 53 years. Of these, 59.5% had stress urinary incontinence, 39.3% mixed and 1.2% urgency. The average duration of

(1) Interna da Formação Específica, Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

(2) Assistente Hospitalar, Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

(3) Assistente Hospitalar Graduado, Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

(4) Assistente Hospitalar, Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

E-mail: mjazevedo@net.sapo.pt

Data de receção - Março de 2012

Data de aprovação para publicação - Dezembro de 2012

UI prior to referral to Physical Medicine and Rehabilitation was 10 years. Surgery had previously been performed without success in 11.9%. Each person had on average 22 sessions of physiotherapy. At the end of treatment 53.6% didn't have urinary incontinence, 23.8% considered themselves subjectively improved and 22.6% had the same complaints. Patients with previous surgical treatment reported improvement in 70% of cases. The VAS (Visual Analogue Scale) average for impact on QOL after treatment reduced 50%. Treatment was reinstated in 14.3% due to relapse of symptoms and 10.7% required surgical treatment.

Conclusion: *Although this is a retrospective analysis, with all its limitations, this study reinforces the importance of a multidisciplinary approach in cases of UI. We believe that rehabilitation has beneficial effects in perception of leakage and improving QOL of patients, even when surgical treatment has failed.*

Keywords: *Urinary incontinence; Quality of life; Exercise Therapy; Pelvic Floor.*

Introdução

A incontinência urinária (IU) foi definida pela Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) em 2002 como a queixa de qualquer perda involuntária de urina.¹ Trata-se de um sintoma descrito pelo doente e que afeta os dois géneros e todos os grupos etários, com vários graus de gravidade e com repercussão na qualidade de vida (QV) do indivíduo.²

Pode ser subclassificada de acordo com as circunstâncias em que ocorre a perda urinária:

- Incontinência Urinária de Esforço (IUE): quando a perda ocorre com o exercício, tosse, espirro ou riso.
- Incontinência Urinária de Urgência (IUU): perda acompanhada ou imediatamente precedida de urgência urinária (desejo súbito e imperioso de urinar). A bexiga hiperativa refere-se à presença de urgência urinária, com ou sem incontinência, geralmente associada a frequência e noctúria, na ausência de outras causas para a sintomatologia (como infeção urinária).
- Incontinência Urinária Mista (IUM): ocorre quando está patente sintomatologia compatível com IUE e IUU.²

Há uma grande variabilidade nas publicações relativamente à prevalência da IU, dependendo da definição utilizada, características demográficas da população estudada e metodologia epidemiológica.³ Alguns estudos sugerem que a IUE é a mais prevalente, seguida da IUM e da IUU, outros, sugerem uma prevalência semelhante entre elas.² Além disso, é necessária prudência no cálculo da estimativa dos subtipos de IU uma vez que a sintomatologia dos doentes possui uma fraca correlação com o resultado dos estudos urodinâmicos (EUD).⁴

Estima-se que nos Estados Unidos 17 milhões de mulheres sofram de IU², estando a incidência anual

cifrada em 2 a 11%³ (sobretudo durante a gravidez) e a taxa de remissão em 0 a 13%.³

Os fatores de risco documentados na mulher além da idade, incluem a gravidez e o parto vaginal. Embora seja difícil discernir a influência de cada um destes fatores no desenvolvimento da IU, conjectura-se que o parto vaginal podendo causar lesão do nervo pudendo, redução do suporte dos músculos pélvicos por estiramento ou rutura e diminuição da competência do esfíncter externo, possa contribuir para este fenómeno, nomeadamente a longo prazo.¹ Verificou-se que mulheres submetidas a parto vaginal tinham risco superior de IU que nos partos por cesarianas e que estas tinham risco acrescido comparativamente às nulíparas.¹

A terapia hormonal de substituição (THS) e o índice de massa corporal (IMC) constituem também importantes fatores de risco modificáveis, juntamente com a Diabetes Mellitus que incorpora igualmente os fatores de risco na maioria dos estudos.¹

A menopausa não parece constituir um maior risco de IU, existindo também resultados contraditórios relativamente à histerectomia. Não foi possível demonstrar que o tabaco, dieta, depressão, exercício e infeções urinárias sejam fatores de risco. Por seu turno, o défice cognitivo, embora não constituía um fator de risco para a IU, está correlacionado com um maior impacto desta. Alguns estudos sugerem que pode mesmo haver um componente genético associado à IU, especialmente nos casos de IUE.³

No homem os fatores de risco incluem o aumento da idade, sintomas do trato urinário baixo, infeções urinárias, défice cognitivo, distúrbios neurológicos e prostatectomia³, estando o aparecimento de bexiga hiperativa fortemente correlacionado com a depressão, obstipação, patologia neurológica e disfunção erétil.³

A IU condiciona um importante impacto económico, quer nas rotinas diárias (higiene, pensos, medicação)

e no défice de produtividade, quer nas suas consequências indiretas como infeções, quedas e fraturas².

A QV dos doentes está severamente comprometida, parecendo haver um maior impacto nos doentes com sintomas de IUU.² Há um aumento de sintomatologia depressiva e ansiosa, que condicionam o comportamento físico, social e emocional dos doentes, podendo restringir a atividade física e relacionamento afetivo e sexual, já que em muitos casos podem ocorrer perdas urinárias durante o ato sexual.²

A abordagem inicial da IU na mulher deve incluir uma história e avaliação clínica de forma a estratificar as doentes em 3 grupos distintos: IUE, IUM e Bexiga hiperativa com ou sem IUU.¹

Caso não seja detetada uma IU complicada (incontinência recorrente ou associada a dor, hematúria, infeções de repetição, sintomatologia urinária, suspeita de fístula, volume residual importante, prolapso ou massa pélvica, irradiação pélvica e cirurgia pélvica radical), em que o doente deve ser orientado para consulta especializada, os 3 grupos de doentes devem ser alvo de intervenções para modificação do estilo de vida, reabilitação dos músculos do soalho pélvico, terapia comportamental ou farmacológica se indicado. Apenas no caso de falha desta abordagem devem ser orientadas as doentes para tratamento invasivo¹.

Assim, os objetivos deste estudo são analisar e caracterizar a população feminina com IU da consulta de Reabilitação do Pavimento Pélvico do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – Guimarães, quantificar o impacto da IU na QV das doentes, avaliar os efeitos do programa de reeducação do soalho pélvico na IU e determinar a taxa de recidiva e de necessidade de intervenção cirúrgica um ano após o tratamento de reabilitação.

Material e Métodos

A amostra foi constituída por doentes do sexo feminino de um Hospital Distrital, enviadas pelo Serviço de Ginecologia à consulta de Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) por IU e submetidas a programa de reabilitação dos músculos pubo-cocígeos de Janeiro de 2009 a Junho de 2010. Foi efetuado seguimento durante o período de um ano após conclusão do respetivo tratamento e excluídos os abandonos.

Efetou-se uma análise retrospectiva dos dados dos processos clínicos das doentes, registando a idade, tipo e duração da IU, antecedentes patológicos e cirúrgicos, exame objetivo, programa de reabilitação

instituído, resultados obtidos, impacto na QV e recidivas.

O programa de reabilitação estabelecido englobava uma intervenção para mudança de estilo de vida, com enfoque na perda de peso, eram ensinados exercícios para realização no domicílio (ED), incluindo STOP teste, exercícios de Kegel e Automatismo. Nos casos em que havia indicação eram também utilizados fármacos adjuvantes.

O programa de reeducação dos músculos do pavimento pélvico incluía:

- Consciencialização dos músculos do soalho pélvico e ganho de automatismo;
- Electroestimulação muscular (EEM);
- Reforço muscular manual (RMM);
- Exercícios dos músculos do soalho pélvico (EMSP) supervisionados, com *biofeedback* (BFB) e em classes (normal e hipopressiva - no caso de concomitância com prolapso dos órgãos pélvicos);

A qualificação da perceção das perdas foi obtida subjetivamente através de autorreferência, com uma escala de Likert de 5 pontos⁵, sem validação para a língua portuguesa, adaptada e traduzida pelos autores, em que 1 corresponde a “estou muito pior”, 2 “estou ligeiramente pior”, 3 “estou igual”, 4 “estou melhor” e 5 “estou curada/sem perdas”. Não foi utilizada a quantificação de perdas urinárias através do *PAD-Test* (avaliação quantitativa das perdas urinárias através da pesagem de penso absorvente utilizado pelas doentes) por não ser utilizado por rotina neste serviço, uma vez que os autores consideraram baseados na literatura¹ que a avaliação de 1 hora teria pouca correlação com as perdas diárias da mulher e com a sua perceção de melhoria e a realização da avaliação de 24 horas, embora mais fiável, era incómoda e pouco exequível na rotina diária das doentes.

A avaliação da força muscular (FM) dos músculos do soalho pélvico (FM de 0 a 5 graus) foi obtida através da realização do exame objetivo.

O impacto na QV foi avaliado através da Escala Visual Analógica (EVA) social e sexual¹, assim denominada por analogia à EVA da dor e baseada no questionário ICIQ- *short form* (*International Consultation on Incontinence modular Questionnaire – short form*) para avaliação da QV que possui grau A de recomendação^{1,6,7}. Era utilizada uma régua de 10cm, traduzida pelos autores, em que 0 correspondia a “a IU não me afeta” e 10 “a IU afeta-me severamente”, sendo quantificado o atingimento das relações sociais e sexuais.

A análise estatística foi elaborada através do programa SPSSO versão 17.0. Foi efetuada estatística descritiva e distribuição de frequências para variáveis nominais e média, máximo e mínimo para variáveis numéricas.

Resultados

Durante o período analisado foram submetidas 89 doentes do sexo feminino ao programa de reabilitação do soalho pélvico por IU. Destas, 5 (8,2%) foram excluídas por abandono do tratamento ou do seguimento, permanecendo 84 casos válidos, com uma idade média de 53 anos (mínimo 37 e máximo 75 anos).

A duração média da IU antes da referência à Fisiatria foi de 10 anos (mínimo 1 ano, máximo 35 anos; moda 2 anos) e em 10 casos (11,9%) as doentes já haviam sido submetidas a cirurgia prévia para correção da IU, mas mantinham perdas urinárias.

Cinquenta doentes (59,5%) apresentavam sintomatologia compatível com IUE, 33 (39,3%) IUM e 1 (1,2%) IUU. Setenta e nove doentes (94,0%) tinham história de gravidez prévia, sendo que destas, 56 (70,9%) tiveram partos vaginais. Das mulheres em menopausa (37 casos – 44,0%) foram submetidas a terapia hormonal de substituição 9 doentes (24,3%). Oito doentes (9,5%) tinham antecedentes de Diabetes Mellitus e 18 (21,4%) estavam medicadas para síndrome depressivo.

Das doentes incluídas no estudo, 35 (41,7%) realizaram EUD.

Após avaliação, intervenção para mudança de estilo de vida, ensino de ED e instituição de medicação, se indicado, era iniciado o programa de reeducação dos músculos do pavimento pélvico. Este era realizado no serviço de Medicina Física e de Reabilitação, com uma periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, sendo as doentes avaliadas após 15 sessões de tratamento, altura em que era decidida a eventual necessidade de continuação do tratamento. Foram efetuadas em média 22 sessões de tratamento.

O número de doentes submetidas a cada uma das intervenções encontra-se documentado na Fig. 1. Os fármacos utilizados concomitantemente com o tratamento fisiátrico eram do grupo anticolinérgico

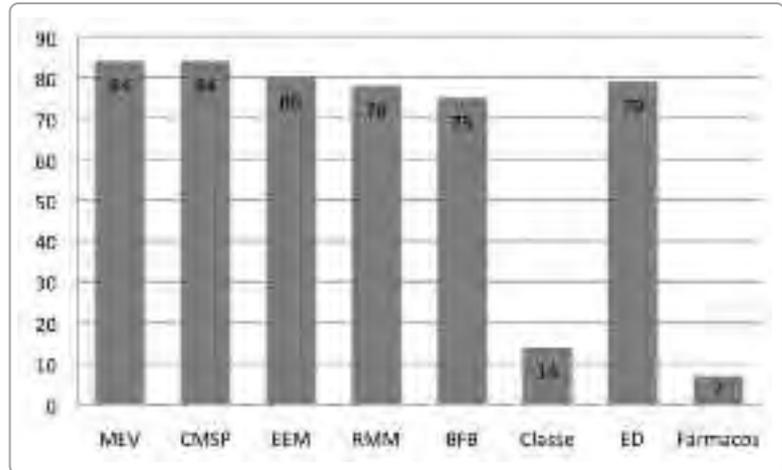


Figura 1 - Distribuição das intervenções efetuadas no programa de reabilitação.

MEV: Modificação do estilo de vida; CMSP: Consciencialização dos músculos do soalho pélvico; EEM: Electroestimulação muscular; RMM: Reforço muscular manual; BFB: Biofeedback; ED: Exercícios para o domicílio.

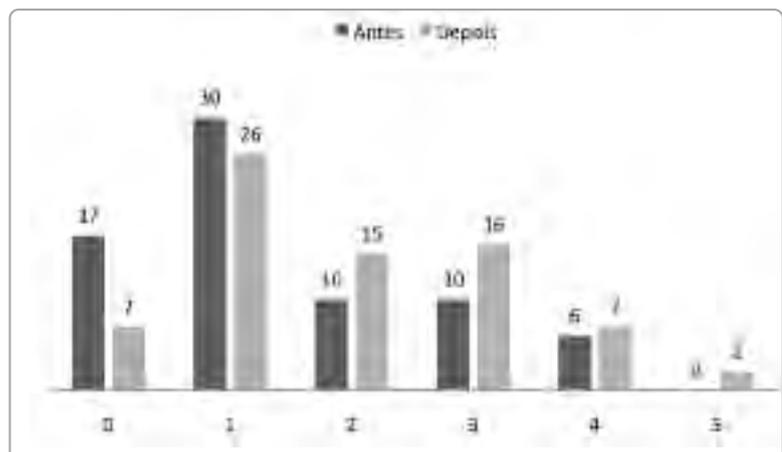


Figura 2 - Avaliação da FM (força muscular) antes e após o programa de reabilitação do soalho pélvico. N=73..

e foram em todos os casos administrados a doentes com queixas de IUM ou IUU.

Após o programa de reabilitação 45 doentes (53,6%) consideravam-se curadas (sem perdas), 20 (23,8%) melhoradas e 19 (22,6%) iguais. A avaliação da FM dos músculos do soalho pélvico antes e após o tratamento pode ser visualizada na Fig. 2.

A EVA social média antes do tratamento foi de 6,4 pontos e após 3,6 pontos. A EVA sexual média foi de 5,2 pontos antes e 3,3 pontos após o programa de reabilitação.

Das doentes que haviam previamente sido submetidas a tratamento cirúrgico por IU, perfazendo 11,9% dos casos, 70,0% (7 doentes) concluíram que estavam melhores ou mesmo curadas/sem perdas (Fig. 3).

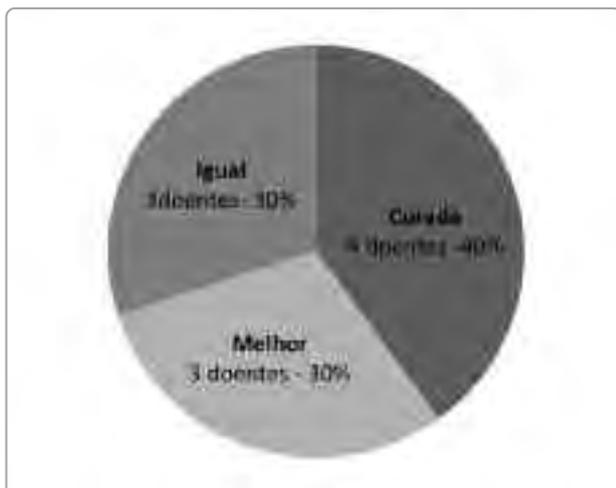


Figura 3 - Autoavaliação dos resultados do programa de reabilitação pélvica das doentes previamente submetidas a tratamento cirúrgico por IU. N= 10.

Durante o período de seguimento 14, 3% (12 casos) retomaram o programa de reeducação muscular por recidiva sintomática, enquanto 10,7% das mulheres (9 casos) foram orientadas e submetidas a tratamento cirúrgico por manterem os sintomas prévios.

Discussão

Segundo a ICS¹ a abordagem inicial da IU na mulher deve centrar-se em modificações do estilo de vida, fisioterapia e terapia comportamental e farmacológica se indicado.

Os níveis de evidência das intervenções relativas a estes parâmetros encontram-se documentados no Quadro 1.

Os EMSP são efetivos na redução dos sintomas de IU, tendo uma taxa de cura que abrange 28 a 84%.⁷ Os fatores preditivos do seu sucesso são o tipo de programa instituído, a motivação e adesão das doentes, a gravidade da IU, a supervisão do programa, duração do tratamento e integridade anátomo-nervosa.⁸

Desconhece-se ainda os seus mecanismos de atuação, mas conjectura-se que estarão relacionados com o aumento da pressão de encerramento uretral, aumento da capacidade de coordenação, recrutamento motor, força-resistência, tônus muscular em repouso e fundamentalmente a integração da ação reflexa (fibras tipo II), para a

qual contribuem com particular interesse os exercícios de automatismo.⁸

Os resultados obtidos neste trabalho, embora condicionados pelo tamanho da amostra e pelo facto de se tratar de uma amostra de conveniência, estão em consonância com as séries internacionais no que respeita ao atingimento de diferentes faixas etárias e à prevalência dos subtipos da IU. Estes valores devem porém ser analisados com prudência uma vez que a sintomatologia das doentes poderá condicionar o valor real dos subtipos de IU, já que somente 41,7% realizaram EUD.

Os fatores de risco encontrados são comuns aos registados na literatura, destacando-se uma considerável fração de gravidezes e partos vaginais.

Apesar de reconhecidamente se tratar de um fator de risco importante e potencialmente modificável, não foi possível determinar o IMC por falta de dados nos processos relativos à estatura das doentes. Esta era uma limitação expectável, uma vez que se trata de um estudo retrospectivo e apesar disto, todas as doentes eram aconselhadas a promover um estilo de vida saudável com redução do peso, estando em fase de projeto a ligação com a consulta de nutrição, com vista a uma orientação nutricional especializada.

Destacam-se o valor superior a 75% de doentes que com o tratamento de reabilitação melhorou ou ficou mesmo curada, com um número médio de 22 sessões de tratamento. Detetou-se uma redução dos sintomas e melhoria da qualidade de vida, com redução inclusive da perceção da quantidade de perdas urinárias relatada pelas doentes com IU de longa duração e daquelas previamente submetidas a tratamento cirúrgico. A maioria das mulheres apresentava inicialmente uma FM pautada entre 0 a 2, tendo-se verificado um incremento destes valores com o tratamento, embora se saiba que esta melhoria nem sempre se traduz funcionalmente numa melhoria das queixas ou na aquisição de respostas musculares automáticas.

No final do primeiro ano 85,7% das doentes que obtiveram melhoria/cura com o programa de tratamento instituído mantinham-se sobreponíveis ao final do tratamento.

Apesar disto, o tratamento fisiátrico não se mostrou 100% eficaz, tendo ocorrido uma taxa de recidiva sintomática no primeiro ano de 14,3%.

Quadro 1 - Graus de recomendação (Modificados por Phillips et al⁵ e descritos por Abrams et al⁶) da abordagem inicial da IU na mulher, segundo a ICS¹ e EAU (Associação Europeia de Urologia)³. *GRec: Grau de Recomendação.*

Tratamento	GRec
Intervenções de estilo de vida <ul style="list-style-type: none"> Nas doentes obesas, a perda de peso ajuda a reduzir sintomas de IU Redução de consumo de cafeína pode melhorar os sintomas de IU A diminuição na ingestão de líquidos só deve ser tentada em doentes com alta ingestão de líquidos (diminuição nos fluidos pode levar a infeções do trato urinário, obstipação e desidratação) Cruzar as pernas e inclinar para frente podem ajudar a reduzir as perdas durante a tosse ou outros esforços 	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>C</p>
Exercícios dos Músculos do Soalho Pélvico (EMSP): considerações gerais <ul style="list-style-type: none"> Os EMSP devem ser oferecidos como terapia conservadora de primeira linha a mulheres com IUE, IUU e IUM O programa de EMSP deve ser o mais intensivo possível (quantidade de exercício e de supervisão de profissionais de saúde) no serviço, já que os programas supervisionados são mais eficazes do que os autodirigidos A adição de <i>biofeedback</i> para o programa EMSP não parece ser do benefício: <ul style="list-style-type: none"> - A clínica de <i>biofeedback</i> - <i>Biofeedback</i> no domicílio 	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>B</p>
Estimulação elétrica <ul style="list-style-type: none"> Pode ser oferecida a mulheres com IUE, IUU e IUM Para o tratamento da IUE, 6 meses de Estimulação a 50 Hz duas vezes por dia em casa, pode ser melhor do que nenhum tratamento Não parece acrescentar benefícios a um programa de EMSP assistido com <i>biofeedback</i> Pode ter utilidade limitada porque algumas mulheres não podem usá-la (contraindicações), têm dificuldade em usá-la ou não a toleram 	<p>C</p> <p>C</p> <p>C</p> <p>NR</p>
Estimulação magnética <ul style="list-style-type: none"> Só deve ser utilizada em ensaios clínicos. O seu benefício não foi estabelecido 	NR
Treino vesical (TV) <ul style="list-style-type: none"> Tratamento de primeira linha para IUU em mulheres Pode ser tão eficaz como medicamentos anti-muscarínicos para a IUU Para mulheres com sintomas de IUE ou IUM, uma combinação de EMSP e TV pode ser melhor a curto prazo do que EMSP isoladamente Os médicos devem fazer intensa supervisão do TV 	<p>A</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p>
Tempo de esvaziamento <ul style="list-style-type: none"> Um intervalo de esvaziamento de 2 horas pode ser benéfico como única medida em mulheres com IU ligeira e hábitos miccionais pouco frequentes 	C
Fármacos <ul style="list-style-type: none"> Anti-muscarínicos: Bexiga hiperativa com ou sem perdas Duloxetina pode ser considerada para a IUE 	<p>A</p> <p>B</p>

Conclusões

Os autores reforçam a importância das modificações do estilo de vida e da manutenção a longo prazo dos exercícios do domicílio, bem como a abordagem multidisciplinar da IU e consideram que o programa de reabilitação dos músculos do soalho pélvico, devidamente orientado e supervisionado tem efeitos benéficos na redução das perdas urinárias, avaliada subjetivamente e na melhoria da qualidade

de vida das doentes, constituindo ainda uma mais-valia após o tratamento cirúrgico falhado.

Não obstante estes resultados animadores, a literatura é ainda controversa em relação ao papel da reabilitação do soalho pélvico no tratamento da IU.

Estudos bem desenhados, com especificação da duração, do tipo e parâmetros das técnicas fisiátricas utilizadas são necessários.

Agradecimentos

A todos aqueles que de algum modo tornaram possível este trabalho.

Referências / References:

1. Abrams P, Cardozo L, Wein A, Khoury S. Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. Paris: Health Publications; 2009.
2. Shaban A, Drake MJ, Hashim H. The medical management of urinary incontinence. *Auton Neurosci*. 2010;152(1-2):4-10
3. Thuroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR et al. *EAU Guidelines on Urinary Incontinence*. *Europ Urol*. 2011(59): 387-400.
4. Hashim H, Abrams P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol*. 2006. 175 (1): 191-5 .
5. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Arch Psychol*. 1932; 140: 1 55.
6. Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine levels of evidence. [consultado Dez 2011]. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine; 2009. Disponível em URL: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>
7. Abrams P, Khoury S, Grant A. Evidence-based medicine overview of the main steps for developing and grading guideline recommendations. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence*. Paris: Health Publications; 2005. p. 10-1.
8. Ferreira M, Santos P. Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico. *Acta Med Port*. 2011; 24: 309-18.