

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIELLE DE OLIVEIRA MACHADO

PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTONIO MORAES

VITÓRIA, ES
2021

DANIELLE DE OLIVEIRA MACHADO

**PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTONIO MORAES**

Dissertação apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo – HUCAM-UFES, como requisito parcial para obtenção do título de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Dra Neide Aparecida Tosato Boldrini

**VITÓRIA, ES
2021**

DANIELLE DE OLIVEIRA MACHADO

**PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTONIO MORAES**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Ginecologista e Obstetra.

Apresentado em 25 de Janeiro de 2021.

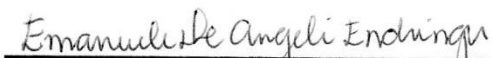
COMISSÃO EXAMINADORA



**Profa. Dr^a Neide Aparecida Tosato Boldrini.
ORIENTADORA**



Prof. Dr^o Luiz Alberto Sobral Vieira Junior



Dr^o Emanuele de Angeli Endringer

AGRADECIMENTOS

Pela conclusão desse trabalho, agradeço primeiramente a Deus por ter me dado força, determinação e persistência ao longo desses três anos.

Agradeço imensamente à essa instituição, por ter me proporcionado uma experiência incrível nesse campo de estágio.

Agradeço de coração a todos os Mestres, professores, por todos os ensinamentos e pelo carinho com a nossa profissão.

Agradeço em especial a Dra Neide, por toda a dedicação e empenho com o nosso programa de residência. Foi mais que uma Chefe ou professora, foi uma amiga e sempre será lembrada com carinho.

Agradeço a todos os residentes, por terem compartilhado comigo momentos árduos e também momentos de glória, meus “Rs iguais” pela amizade e irmandade que levarei para sempre no meu coração.

Finalmente, agradeço a minha família por ter entendido a minha ausência e por me apoiar sempre e ser meu porto seguro, amo muito vocês.

A todos que me acompanharam durante essa jornada, sou eternamente grata por ter vocês na minha vida.

“Sabemos que Deus age em todas as coisas para o bem daqueles que o amam, dos que foram chamados de acordo com o seu propósito”.

Romanos 8:28

RESUMO

A Incontinência Urinária de Urgência (IUE) é definida como a perda de urina ao esforço físico, como pular, correr e tossir. Pode acometer até 50% das mulheres, e está relacionada à hiper mobilidade uretral ou à deficiência do esfíncter uretral. O diagnóstico é clínico, com investigação dos hábitos urinários e documentação da perda urinária ao exame de esforço, podendo ser complementado com teste do resíduo pós-miccional e estudo urodinâmico. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo o primeiro indicado para mulheres com desejo de gestar ou quando apresentam comorbidades que contraindiquem o tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico evoluiu ao longo das décadas, com melhora dos resultados e com melhor risco de complicações, atualmente as técnicas mais utilizadas são a Colposuspensão de Burch e os Slings de uretra média.

Objetivo: padronizar o pré-operatório e o tratamento cirúrgico de Incontinência Urinária de Esforço, delineando as técnicas operatórias utilizadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

Metodologia: Pesquisa para revisão bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais como SciElo, Pubmed e UpToDate.

ABSTRACT

Urinary Urinary Incontinence (SUI) is defined as the loss of urine to physical effort, such as jumping, running and coughing. It can affect up to 50% of women, and is related to urethral hypermobility or urethral sphincter deficiency. The diagnosis is clinical, with investigation of urinary habits and documents of urinary loss on exercise examination, which can be complemented with post-voiding residue test and urodynamic study. Treatment can be conservative or surgical, the first being indicated for women with a desire to gestate or when they have comorbidities that contraindicate surgical treatment. Surgical treatment has evolved over the decades, with improved results and with a better risk of complications, currently the most used techniques are Burch's Colposuspension and medium urethral Slings.

Objective: to standardize the preoperative and surgical treatment of Stress Urinary Incontinence, outlining the operative techniques used at Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

Methodology: Research for bibliographic review in national and international databases such as SciELO, Pubmed and UpToDate.

LISTA DE SIGLAS

AUA- American Urological Association

AUGS - Sociedade Americana de Uroginecologia

FDA- Food and Drug Administration

ICS - Sociedade Internacional de Continência

IUE – incontinência urinária de esforço

SUFU - Sociedade de Urodinâmica, Medicina Pélvica Feminina e Reconstrução Urogenital

TOT – Fita vaginal transobturadora

TVT- Fita vaginal livre de tensão

VRP - Volume residual pós-miccional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Deslocamento medial da bexiga para colocação da sutura (colpossuspensão de Burch)	25
Figura 2: Colocação da sutura através do ligamento de Cooper (colpossuspensão de Burch)	25
Figura 3: Colocação da sutura na fáscia endopelvica (colpossuspensão de Burch)	26
Figura 4: Técnica do Sling Retopúbico	30
Figura 5: Localização da incisão do Sling Transobturatório	34
Figura 6: Técnica do Sling Transobturatório	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Colpossuspensão de Burch (Uretropexia Retopúbica).....	23
Tabela 2: Sling Retopúbico	28
Tabela 3: Sling Transobturatório	32

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 DEFINIÇÃO	12
2.2 FISIOPATOLOGIA	12
2.3 DIAGNÓSTICO	13
2.4 TRATAMENTO	14
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA	18
5. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO	19
5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	19
5.2 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	19
5.3 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	19
5.4 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	20
5.5 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	21
5.6 INDICAÇÕES CIRÚRGICA	23
5.7 ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS	23
6. PROTOCOLO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO	24
6.1 COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH	24
6.2 SLING RETROPÚBICO	28
6.3 SLING TRANSOBTURATÓRIO	33
7. DISCUSSÃO	39
8. REFERÊNCIAS	42
9. ANEXOS	45
9.1 TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	45
9.2 DIÁRIO MICCIONAL	48
9.3 SOLICITAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE	49

1. APRESENTAÇÃO:

A incontinência urinária é uma comorbidade vivenciada por aproximadamente 50% das mulheres, não está associado a um aumento da mortalidade, porém afetada substancialmente a qualidade de vida da mulher, predispondo a distúrbios sexuais, depressão, ansiedade, além de afetar diretamente as atividades da vida diária e aumentar a carga do cuidador (JELOVSEK, 2020).

A prevalência e a gravidade da IU aumentam com a idade, além da idade, outros fatores de risco como obesidade, paridade, via de parto, história família e etnia (mulheres brancas tem maior risco quanto comparada com as afro-americanas), estão relacionados com a incontinência urinária. A incontinência de esforço também está relacionada com atividades física de impacto, como corridas e saltos, um estudo com 423 mulheres demonstrou que as participantes do CrossFit apresentavam taxas mais altas de incontinência urinária (84%) do que aquelas que participavam de aulas de ginástica (48%) (ELKS, 2020).

Os principais tipos de incontinência são classificados em incontinência de esforço, incontinência de urgência, incontinência por transbordamento e incontinência mista, este último quando há associação de um componente de urgência e de esforço (HADDAD, 2015). Nesse trabalho iremos abordar apenas a incontinência de esforço.

A IUE é um distúrbio de armazenamento, cujo o sintoma característico é a perda urinária ao realizar algum esforço, espirrar ou tossir. Ocorre quando um aumento na pressão intra-abdominal excede a pressão de fechamento da uretra, resultando no vazamento involuntário de urina, e está relacionada à hiper mobilidade da uretra ou à deficiência do esfíncter uretral (CASTRO, 2018). Essa comorbidade afeta de 4 a 35% das mulheres. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O Tratamento conservador consiste em mudanças de hábitos de vida, fisioterapia pélvica e pessários. Dentre o tratamento cirúrgico as técnicas mais utilizadas são a colpofixações retropúbica (Burch ou Marshall–Marchetti–Krantz) e os slings, sendo o sling de uretra média a cirurgia com maior evidência e maior taxa de sucesso no tratamento de IUE (CASTRO, 2018).

Tendo em vista a importância do tratamento desse sintoma para melhor qualidade de vida dessas mulheres, esse protocolo tem como objetivo principal unificar o tratamento da IUE no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes,

facilitando o diagnóstico, bem como a escolha do tratamento, individualizando cada paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO

A incontinência urinária de esforço (IUE) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como um sinal ou um sintoma de perda involuntária de urina ao esforço, incluindo atividades esportivas, espirros ou tosse (D'ANCONA, 2019).

2.2 FISIOPATOLOGIA

A continência urinária envolve um equilíbrio entre as estruturas que constituem o assoalho pélvico, o sistema simpático e parassimpático e as fibras motoras dos nervos pudendos. A alteração em um dos fatores pode levar a um desequilíbrio entre a pressão abdominal e a capacidade da uretra se manter fechada durante aumentos na pressão abdominal, conseqüentemente, perda involuntária de urina (CAPOBIANCO, 2018)

A fisiopatologia da IUE, envolvem dois mecanismos principais, que incluem:

2.1.1 Hiper mobilidade uretral, quando ocorre um suporte insuficiente da musculatura do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo vaginal para uretra e colo da bexiga. Essa teoria, também conhecida como “Teoria da Rede”, descrita por DeLancey em 1994. A teoria descreve que quando há uma perda desse suporte, a uretra e o colo da bexiga perde a capacidade de se fechar completamente contra a parede vaginal anterior durante o aumento da pressão intra-abdominal, causando a incontinência urinária (CASTRO, 2018; LUKACZ, 2020). O enfraquecimento do tecido conjuntivo e da musculatura do assoalho pélvico, pode estar relacionado a pressão crônica, como atividades de impacto, obesidade ou traumas decorrentes do parto vaginal (LUKACZ, 2020).

2.1.2 Deficiência esfinteriana intrínseca, decorre da perda da mucosa uretral intrínseca, tônus muscular (musculo liso e estriado) e do coxim vascular periuretral, que normalmente mantém a uretra fechada. Essa deficiência resulta de dano neuromuscular, encontrado em mulheres submetidas a cirurgias pélvicas ou de incontinência (CASTRO, 2018; LUKACZ, 2020).

2.3 DIAGNOSTICO

O diagnóstico requer uma história clínica detalhada, podendo lançar mão do diário miccional (Anexo 2), onde será registrado dado como a ingesta hídrica, número micções e de absorventes utilizados, horário das micções, volume e circunstâncias que ocorram as perdas urinárias (ao esforço? Involuntária? Sensação de urgência?). A história pregressa também deve ser documentada, dados como medicamento de uso crônico, uso de álcool, número de partos, via de parto e cirurgias pélvicas, podem estar relacionadas ao diagnóstico (HOFFMAN, 2014).

O exame físico tem como objetivo caracterizar a perda urinária, deve ser realizado com a bexiga cheia, inicia-se com a inspeção, para avaliar sinais de hipostrogenismo, como atrofia vaginal e posteriormente realiza-se manobras que simulam aumento da pressão intra-abdominal, pedir para a paciente tossir ou realizar Valsalva e manobra para avaliar a mobilidade uretral, como o teste do cotonete. O exame físico deve incluir também a avaliação neurológica detalhada do períneo, para excluir déficit neurológico central ou periférico. Na presença de distopias é importante reduzir o prolapso para avaliar a incontinência urinária oculta, se refere à IUE que se desenvolve após a cirurgia reconstrutiva pélvica em mulheres com prolapso de órgão pélvico avançado e pode ser diagnosticada reduzindo o prolapso e repetindo o teste do esforço ou manobra de Valsalva. (HOFFMAN, 2014; CASTRO, 2018).

O diagnóstico laboratorial deve incluir exame simples de urina e urocultura para afastar infecções do trato urinário.

A ultrassonografia de vias urinárias pode ser útil para avaliar a mobilidade uretral e o volume residual pós-miccional (VRP), um volume menor que 1/3 do volume total esvaziado ou <150ml, é considerada esvaziamento adequado. Um VRP superior a 200mL, sugere disfunção miccional ou fraqueza do detrusor. A avaliação do volume residual não é obrigatória para a terapia inicial de IU, porém ela pode ser útil quando o diagnóstico é incerto ou quando o paciente não responde ao tratamento inicial (JELOVSEK, 2020; LUKACZ, 2020).

A avaliação urodinâmica destaca-se na propedêutica complementar, por permitir identificar dentre os distúrbios urinários, contrações involuntárias do detrusor

e alterações de esvaziamento vesical. Entretanto, não é necessário para o tratamento inicial de paciente com IUE não complicada, pois esse exame não melhora o resultado final do tratamento nesse grupo, mesmo que melhore a previsão dos riscos de desenvolver incontinência urinária de urgência e eventos adversos. Ele é útil e sempre deve ser solicitado para pacientes que não apresenta sintomas consistentes ou para aquelas como IUE complicada, que incluem (JELOVSEK, 2020; LUKACZ, 2020):

- Paciente com cirurgia de incontinência anterior
- Radiação pélvica anterior
- Disfunção neurogênica do trato urinário inferior (ex: lesão da medula espinhal, esclerose múltipla)
- Suspeita de outras etiologias de incontinência urinária que não a de esforço.

A incontinência urinária mista não é considerada IUE complicada, portando não sendo necessário a avaliação urodinâmica para o seu diagnóstico e tratamento inicial (JELOVSEK, 2020).

A Sociedade de Urodinâmica realiza rotineiramente o estudo urodinâmico no pré-operatório, visto que ele pode indicar o tratamento específico para paciente com defeito do esfíncter uretral. No Brasil, no campo da saúde suplementar, é obrigatória e realização do estudo urodinâmico no pré-operatório de pacientes com IUE (CASTRO, 2018).

2.4 Tratamento

O tratamento inicial da incontinência urinária de esforço envolve mudanças gerais do estilo de vida, como perda de peso, sessar tabagismo. Inclui também os exercícios do assoalho pélvico (Kegel), biofeedback e estimulação elétrica dos músculos do assoalho pélvico.

Os pessários são dispositivos de suporte e podem ser usados por mulheres com incontinência de esforço como um complemento ou substituto dos exercícios para os músculos pélvicos. Apresentam taxa de satisfação de 50%. A paciente deve ser examinada pelo ginecologista para selecionar o tamanho adequado do dispositivo. Geralmente são úteis para pacientes com incontinência de esforço que ocorre com

atividades ou situações específicas, por exemplo, exercícios ou infecção respiratória superior com incontinência relacionada à tosse (LUKACZ, 2020).

A terapia estrogênica pode contribuir para o tratamento da incontinência urinária, principalmente nas mulheres na peri e pós-menopausa apresentando atrofia genital decorrente da Síndrome Genitourinária da Menopausa (LUKACZ, 2020).

A duloxetina é uma droga inibidora da recaptção da serotonina norepinefrina e demonstrou ser eficaz para a IUE em mulheres, com redução de > 50% nos episódios de incontinência, entretanto devido seus efeitos adversos, não deve ser usada rotineiramente (LUKACZ, 2020; CAPOBIANCO, 2018).

A terapia a laser é considerada um tratamento não invasivo e utilizado no tratamento de distúrbios vaginais associados a menopausa e atrofia vaginal. Pode ser utilizado no tratamento IUE leves e moderada. O mecanismo de ação é decorrente da remodelação que ocorre devido a um efeito termogênico estimulando a produção de colágeno do assoalho pélvico e também aumenta a espessura epitelial e o glicogênio celular, garantindo maior suporte para a uretra. Os efeitos do tratamento dura em torno de seis meses (CAPOBIANCO, 2018).

Segundo nota emitida pela IUGA em 2018 e pela AUGS em 2020, em relação a terapia a laser no tratamento da IUE, ainda faltam estudos a longo prazo, comparando placebo e grupo controle para analisar a segurança do laser, até o momento existem apenas estudos observacionais e que demonstram benefícios da terapia no tratamento da Síndrome geniturinária da menopausa, portanto ainda faltam evidências para indicar a terapia a laser (ALSHIEK, 2020).

O tratamento cirúrgico é a opção para mulheres com IUE que falaram ao tratamento conservador. As técnicas mais utilizadas no tratamento da IUE são as colpofixações retropúbicas (Burch ou Marshall–Marchetti–Krantz) e os slings de uretra média, esses últimos apresentando resultados superiores a colpofixação retropúbica. Diversas técnicas cirúrgicas foram descritas utilizando os slings de uretra média, sempre com o objetivo de alcançar melhores resultados, reduzir complicações e cirurgias e o tempo operatório. (CASTRO, 2018; FUSCO, 2017)

O sling de uretra média utilizando-se da via retropúbica, o TVT (Tension-Free Vaginal Tape), foi descrito em 1996, por Ulmsten et al, posteriormente, em 2001,

Delorme desenvolveu os slings de uretra média pela via transobturatória (TOT). Nos últimos anos vem sendo descrito uma nova técnica, o sling de incisão única, possibilitando o uso de menor quantidade de material sintético e na ausência de orifícios cutâneos, minimizando taxas de infecções e traumas viscerais. (CASTRO, 2018)

Uma revisão sistemática, comparando a eficácia da colpofixação de Burch e os Slings de uretra média utilizando as técnicas TVT e TOT, observou uma superioridade na técnica do sling de uretra média em relação a colpofixação. Quando comparado as técnicas de TVT e TOT, observou maiores taxas de cura com o TVT, porém com maior risco de complicação no trato urinário inferior quando comparado ao TOT. (FUSCO, 2017)

O Sling de uretra média, consiste em uma faixa sintética de polipropileno, com o objetivo dar suporte a uretra, fornecendo estabilidade ao assoalho pélvico e promovendo o fechamento adequado da uretra (HADDAD, 2015).

Uma nova técnica de Sling de uretra média, os Mini Slings, conhecidos também como Sling de Incisão única, são implantes inseridos por uma única incisão vaginal, com uma abordagem semelhante a transobturadora, porém sem a passagem das agulhas através da membrana transobturada. A fixação ocorre ao músculo obturador interno, ou à membrana obturadora. Com o objetivo de reduzir complicações e tempo operatório e permitindo uma abordagem ambulatorial e com anestésico local (JELOVSEK, 2020).

Em 2011 a Food and Drug Administration (FDA) emitiu um documento questionando a eficácia da inserção de telas vaginais para correção de prolapsos pélvicos, o que levou um equívoco por parte da mídia citando também o uso o Sling, porém a nota emitida pela FDA se referia apenas a telas para correção de prolapso pélvicos e não para correção de IUE, visto o grande número de estudos que comprovam a segurança e a eficácia do Sling de uretra média para correção a IUE. Em 2014 a Sociedade Americana de Uroginecologia (AUGS) e a Sociedade de Urodinâmica, Medicina Pélvica Feminina e Reconstrução Urogenital (SUFU), com o apoio de outras Sociedades, emitiu um posicionamento, declarando a importância do Sling no tratamento da IUE e reafirmando a sua segurança. (AUGS/SUFU, 2018)

As injeções com agentes de preenchimento na submucosa é um método minimamente invasivo e está indicada em situações em que houve falha do procedimento cirúrgico ou em mulheres que apresentem alto risco cirúrgico. A taxa de sucesso varia de 48 a 75%, entretanto o alívio dos sintomas é de curta duração e as injeções precisam ser repetidas a cada um ou dois anos. (JELOVSEK, 2020)

3. OBJETIVO

Padronizar o tratamento pré, intra e pós-operatório das pacientes indicadas para o Tratamento Cirúrgico Incontinência Urinária de Esforço (IUE), bem como o tratamento conservador da IUE no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

4. METODOLOGIA

Revisão bibliográfica em bases de dados eletrônicos nacionais e internacionais, incluindo SciELO, PUBMED, Up to Date.

5. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

CONSULTA INICIAL

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem quadro de IU e IUE, encaminhadas para avaliação, tratamento e indicação cirúrgica.

5.2 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Ambulatório de cirurgia ginecológica que tem como responsáveis, o médico preceptor, médicos residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da residência médica de ginecologia e obstetrícia e da enfermeira assistencial responsável pela classificação de prioridades de risco.

5.3 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

5.3.1 História clínica:

Os elementos a serem observados no diagnóstico de IUE na mulher incluem:

- Frequência de episódios de perda e hábitos miccionais;
- Grau de incômodo;
- Condição de perda (esforço ou urgência);
- Necessidade de utilizar proteção (absorventes, fraldas);
- Horário que ocorrem as perdas;
- Associação com medicamentos;
- Ingestão hídrica;
- Cirurgias pélvicas;
- Número e tipo de partos;
- Complicações ginecológicas.

5.3.2 Exame Físico:

Deve ser direcionado para os sistemas que poderiam estar relacionados com a IU, incluindo;

- Exame geral para mobilidade, estado cognitivo e edema periférico
- Avaliação neurológica para patologias como esclerose múltipla, Parkinson, compressão de raiz nervosa (hérnia de disco), parestesias e distrofismo muscular.
 - ✓ **Reflexo bulbocavernoso** – tocando um dos grandes lábios com o cotonete e ambos devem contrair da mesma forma, caso não ocorra pode indicar déficit neurológico central ou periférico.
 - ✓ **Reflexo anorretal** – tocando a pele perianal com um cotonete e deverá ocorrer uma contração circunferencial do esfíncter anal. Se o reflexo não ocorrer pode indicar lesão entre S2-S4.
- Determinar o índice de massa corporal (IMC) da paciente.
- Exame abdominal para massas pélvicas
- Avaliar presença de prolapso de órgãos pélvicos e atrofia vaginal.
- Avaliar força e tônus da musculatura pélvica (elevador dos anus) e a sensibilidade perineal também devem ser avaliados.
 - Realizar manobras de esforço em posição supina e ortostática para observação da perda e sua intensidade.

5.3.2 Diário miccional

O diário miccional permite avaliar o número de micções, número de episódios de IU e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas, podendo ser realizado por um período de 3 a 7 dias. (Anexo 2)

5.4 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

- EAS
- Urocultura
- Avaliação do resíduo pós-miccional – USG
- Teste do absorvente ou pad-test – consiste na colocação do absorvente pesado junto ao meato uretral externo por um período determinado, durante o qual a paciente execute atividades normais do seu dia ou exercícios que simulem,

posteriormente o absorvente é pesado e comparado, o peso maior 1g caracteriza perda involuntária. É utilizado nos casos em que a perda não é visualizada ao exame físico.

- Teste do cotonete ou Q-Tip test – avalia a mobilidade uretral. Consiste na inserção de um cotonete pelo meato uretral até junção uretrovesical e pede para paciente realizar a manobra de Valsalva, uma variação de 30 graus acima do plano horizontal indica hiper mobilidade uretral.

- Estudo urodinâmico* – permite identificar, entre outros distúrbios urinários, eventuais contrações involuntárias do detrusor e alterações do esvaziamento vesical.

*NÃO ESTÁ INDICADO NA AVALIAÇÃO INICIAL DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, porém, no pré-operatório a Sociedade de Urodinâmica recomenda a sua realização, visto que ele pode indicar tratamentos específicos para pacientes com defeito esfinteriano uretral.

5.5 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

5.5.1 TRATAMENTO CONSERVADOR DA IUE

5.5.1.1 Terapia comportamental:

Objetiva promover mudanças nos hábitos da paciente e que influenciam os sintomas das disfunções do assoalho pélvico, a fim de minimizá-los ou eliminá-los.

Incluem:

- Redução da ingestão hídrica;
- Perda de peso
- Sessar tabagismo
- Evitar o consumo de café, chá preto, refrigerantes a base de cola;
- Diminuir consumo de frutas cítricas, de vinagre e de bebidas alcoólicas;
- Treinamento vesical (controle sobre o reflexo da micção), deixando de experimentar episódios de urgência e de urge incontinência, horários fixos para micções.

5.5.1.2 Fisioterapia:

Primeira linha de tratamento, juntamente com as medidas comportamentais, para mulheres com IU de esforço, de urgência e mista. A fisioterapia dispõe de diversos recursos para a reabilitação do assoalho pélvico como o TMAP com biofeedback (BF), eletroestimulação (EE) e cones vaginais. As taxas de sucesso estão ao redor de 50%, mas estes índices de cura são altamente influenciados pela motivação das pacientes.

5.5.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

5.5.2.1 Estrogênio tópico

O trato urinário baixo e a musculatura pélvica, principalmente a musculatura da bexiga e peri-uretral, apresentam receptores hormonais sensíveis ao estrogênio. Sabendo que principais determinantes da pressão intra uretral são a mucosa da uretra, a vascularização, a musculatura e o tecido conjuntivo peri-uretrais, com isso estrogênio pode influenciar nesses determinantes e o seu uso pode ser benéfico no tratamento da incontinência urinária em pacientes pós menopausada e com IUE, portando a estrogênioterapia tópica deve ser utilizada como tratamento adjuvante e nunca de forma isolada no tratamento dessas mulheres.

Não é recomendado a terapia estrogênica sistêmica em pacientes com incontinência urinária, pois pode piorar os sintomas. Pode ser feito o uso do estriol 1g ou o promestrieno 10mg, creme administrado por via intravaginal diariamente durante 1 ou 2 semanas, depois reduzir para duas vezes por semana (LUKACZ, 2020).

5.5.2.2 Inibidores da receptação da serotonina e noradrenalina (IRSN)

O mais utilizado é a duloxetina. O mecanismo de ação refere-se à maior disponibilidade destes neurotransmissores no núcleo de Onuf, causando aumento na pressão de resistência uretral, na pressão máxima de fechamento uretral e na espessura do esfíncter uretral estriado.

- Recomenda a dosagem de 80mg/dia, por 12 semanas.

5.6 INDICAÇÕES CIRURGICA

A cirurgia pode ser realizada em todos os pacientes que apresentam IUE, pós excluir outras etiologias de incontinência urinária, e/ou que não aceitam realizar tratamento conservador ou as que apresentam sintomas persistentes mesmo após terapia conservadora.

O tipo de cirurgia a ser realizado deve ser discutido individualmente com cada paciente.

5.7 ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Consulta pré-operatória para risco anestésico;
- Avaliação cardiológica em pacientes com comorbidades ou acima de 60 anos;
- Exames básicos pré-operatórios;
- Orientações sobre doadores de sangue;
- Orientações sobre tratamentos alternativos.

5.7.1 EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS INDICADOS

- Anamnese e diário miccional (Anexo 2)
- Exame físico detalhado, avaliação de prolapso, avaliação da mobilidade uretral (teste do cotonete) e determinação do resíduo miccional.
 - Documentar ausência de gravidez
 - Estudo Urodinâmico
 - EAS
 - Cultura de urina
 - Função renal: ureia, creatinina
 - Hemograma
 - Coagulograma: TAP, PTTK

- Glicemia de jejum
- Sorologias para HIV, Hepatite C, Hepatite B e VDRL

6. PROTOCOLO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

6.1 COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH (URETROPEXIA RETOPÚBICA)

6.1.2 OBJETIVO (S)

Padronizar o tratamento pré, intra e pós-operatório das pacientes indicadas para o Procedimento Cirúrgico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) - COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH (URETROPEXIA RETOPÚBICA), no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

Utiliza a força do ligamento iliopectíneo (ligamento de Cooper) para estabilizar a parede anterior da vagina e fixá-la à estrutura musculoesquelética da pelve.

Indicado para o tratamento da IUE quando não for possível realizar o sling de uretra média, ou quando paciente tiver indicação de cirurgia abdominal (ex: hisrectomia) em que o procedimento poderá ser realizado no mesmo tempo cirúrgico.

6.1.3 MATERIAL

- Caixa básica contendo:
 - pinça para assepsia,
 - cuba para assepsia,
 - pinça Kelly curva,
 - pinça Kelly reta,
 - pinça Allis,
 - tesoura de Metzenbaum curva,
 - tesoura de Metzenbaum reta,
 - pinça anatômica,
 - pinça dente de rato,
 - porta agulha.
- Sonda Foley
- Fios: Vicryl 2.0, Vicryl 0, Categut 2.0, Nylon 3.0

6.1.4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH	
Responsável	Tarefa
Ginecologista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar a paciente - posição supina com os membros inferiores apoiados em estribos de Allen em posição de litotomia baixa; 2. Realizar assepsia e antissepsia de abdome e vagina; 3. Realizar cateterismo vesical de demora com sonda Foley; 4. Fazer incisão abdominal Pfannenstiel ou Chernney; 5. Entrar no espaço de Retzius - próximo do fechamento do peritônio, o plano avascular entre o osso púbico e o tecido areolar frouxo; 6. Utilizar os dedos de uma das mãos para realizar a divulsão delicada em direção a região cefálica do osso púbico; 7. Tracionar a bexiga e uretra para baixo e para fora do osso púbico - em paciente com cirurgias prévias o uso de lâminas pode ser necessário para a dissecação; 8. Identificar o ligamento de ileopectíneo (Cooper) após a abertura do espaço); 9. Expor a parede anterior da vagina; 10. Introduzir o dedo indicador e médio na vagina, com um dedo de cada lado, e destacar a uretra com as polpas digitais, empurrando a vagina no sentido ventral, ao mesmo tempo com uma gaze e uma pressão para baixo e para os lados, divulsionando o tecido adiposo e revelando a parede anterior da vagina; 11. Identificar a junção uretrovesical - localiza-se o cateter balão de Foley no colo vesical com a mão, sem tracionar o cateter (Fig. 1); 12. Realizar duas suturas com ponto em 8, com o fio não absorvível 2.0 lateralmente de ambos os lados da uretra;

	<p>13. Aplicar a primeira sutura a 2 cm lateral da junção uretrovesical e posicionar a segunda sutura a 2 cm lateralmente ao terço proximal da uretra;</p> <p>14. Passar as extremidades de cada fio pelo ponto mais próximo do ligamento ileopectíneo do mesmo lado e apertar o nó acima do ligamento; (Figs. 2 e 3)</p> <p>15. Manter cateterização vesical de demora;</p> <p>16. Fechar a incisão.</p>
--	---

Tabela 1: tabela com descrição passo a passo da Técnica de Colpossuspensão de Burch. Fonte: Acervo próprio.

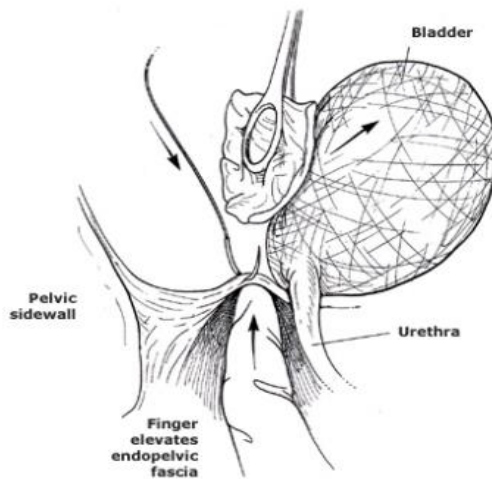


Figura 1: Colpossuspensão de Bruch - Deslocamento medial da bexiga para colocação de sutura. Fonte: Adaptado de Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a primary surgical procedure. UpToDate, maio/2020

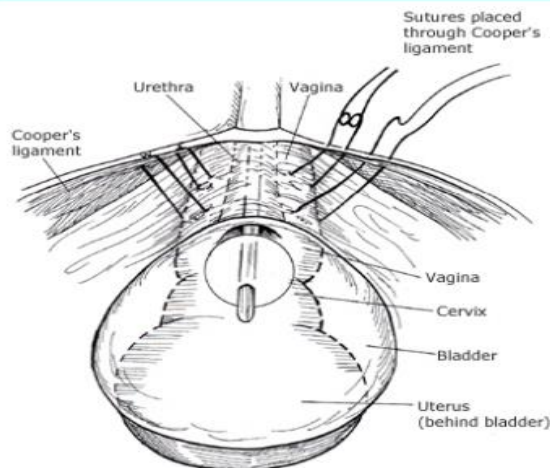


Figura 2: Colpossuspensão de Burch - colocação da sutura através do ligamento de Cooper. Fonte: Adaptado de Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a primary surgical procedure. UpToDate, maio/2020

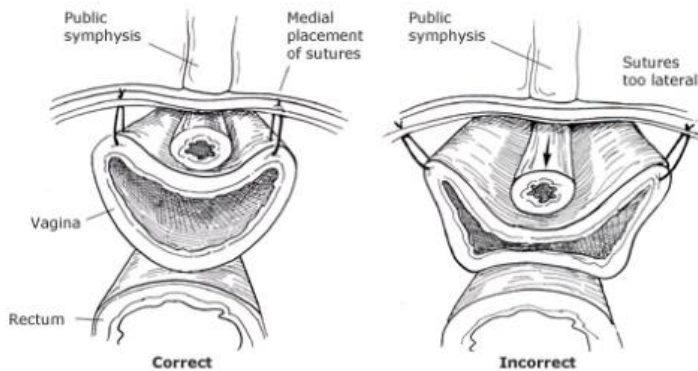


Figura 3: Colpossuspensão de Burch - Colocação da sutura na fáscia endopélvica. Fonte: Adaptado de Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a primary surgical procedure. UpToDate, maio/2020

6.1.5 ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Consulta pré-operatória para risco anestésico
- Avaliação cardiológica em pacientes com comorbidades ou acima de 60 anos
- Exames básicos pré-operatórios
- Orientações sobre doadores de sangue
- Orientações sobre tratamentos alternativos

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 1)
- Cefazolina 2g antes da indução anestésica

6.1.6 ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIA:

- Dieta oral normal pode ser retomada no primeiro dia pós-operatório
- Antes da alta realizar teste de micção ativa, manter sonda vesical de demora ou autocateterização de alívio se residuo miccional maior 100ml.
- Atividade sexual só poderá ser liberada após cicatrização da incisão vaginal
- Atividade física só poderá ser liberada após 2 meses após a cirurgia.

6.1.7 COMPLICAÇÕES:

Intraoperatórias: lesão uretral, perfuração de bexiga e hemorragia.

Pós-operatória: infecções urinárias ou de ferida operatória, disfunção miccional, urgência urinária de novo, prolapso de órgão pélvico e formações primais de enterocele.

6.1.8 CUIDADOS ESPECIAIS/AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

A cirurgia poderá ser suspensa em caso de:

- Pré-operatório incompleto
- Urocultura contaminada
- Diagnóstico duvidoso de IUE
- Paciente apresentando sintomas respiratórios e/ou contato prévio com familiares positivo ou suspeito para COVID-19 em até 14 dias.

6.2 SLING RETROPÚBICO (FITA VAGINAL LIVRE DE TENSÃO TVT)

6.2.1 OBJETIVO (S)

Padronizar o tratamento pré, intra e pós-operatório das pacientes indicadas para o Procedimento Cirúrgico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) - SLING RETROPÚBICO (FITA VAGINAL LIVRE DE TENSÃO TVT), no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

É um sling de uretra média utilizando-se da via retropúbica para ancoragem, passível de realização ambulatorial. A base dessa cirurgia é a Teoria Integral da Continência, segundo a qual a correção do inadequado suporte uretral, por meio do reparo dos ligamentos pubouretrais e da parede vaginal suburetral, é essencial para a resolução dos sintomas de perda urinária.

Indicado em casos de incontinência urinária de esforço (IUE) secundária a hipermobolidade de uretra ou a deficiência intrínseca do esfíncter. Pode ser usado para casos primários ou para casos que se tenha realizado outro procedimento anti-incontinência. Nesse protocolo recomendamos que será indicado apenas em casos de recorrência após cirurgia prévia de correção da IUE e tratamento conservador.

6.2.2 MATERIAL

- Caixa básica contendo:
 - pinça para assepsia,
 - cuba para assepsia,
 - pinça Kelly curva,
 - pinça Kelly reta,
 - pinça Allis,
 - tesoura de Metzenbaum curva,
 - tesoura de Metzenbaum reta,
 - pinça anatômica,
 - pinça dente de rato,
 - porta agulha.
- - Sonda Foley
- - Fita de Sling
- - Introdutor e agulha de sling retropúbico
- - Fios: Categut 2.0, Nylon 3.0

6.2.3 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

SLING RETROPÚBICO (FITA VAGINAL LIVRE DE TENSÃO TVT)

Responsável	Tarefa
Ginecologista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar a paciente em litotomia alta; 2. Realizar assepsia e antisepsia de abdome e vagina; 3. Realizar cateterismo vesical de demora com sonda Foley; 4. Fazer incisões abdominais - realizar duas incisões cutâneas de 0,5 a 1,0 cm acima da sínfise pubiana e 1 cm lateralmente a linha média. 5. Realizar uma incisão vaginal - com início há 1cm do meato uretral no sentido proximal, entendendo-se por 2 cm no sentido cefálico. 6. Aplicar uma pinça de Allis em cada borda da incisão 7. Criar túneis submucosos bilateralmente abaixo do epitélio vaginal e de ambos os lados da uretra com a uma tesoura de Metzenbaum, estendendo-os em direção ao púbis). (Fig. 4.a) 8. Instalar o cateter guia – inserir um guia rígido através do cateter de Foley, para orientar a deflexão da uretra durante a passagem das agulhas. 9. Aplicar a fita: (Fig. 4.b) <ul style="list-style-type: none"> ○ fixar a agulha e a fita ao introdutor; ○ passar a agulha por um dos túneis submucosos de modo que a ponta toque a superfície frontal do ramo púbico do mesmo lado; ○ posicionar a mão do cirurgião na vagina e direcionar com cuidado a agulha para trás do ramo e para cima na direção da incisão abdominal ipsilateral; ○ aplicar pressão ao cabo do introdutor com a outra mão, enquanto a mão na vagina controla a direção. ○ Avaliar a pressão correta afim de evitar a perfuração da bexiga. 10. Retirar o cateter de Foley e fio guia e proceder a cistocopia com a bexiga distendida com 200 a 300 ml de líquido;

	<ol style="list-style-type: none">11. Observar a presença de alguma perfuração e se evidente a agulha será vista entrando e saindo na bexiga - nesses casos ela deve ser removida e reposicionada;12. Desconectar o introdutor da agulha e aplicar no lado contralateral – trazer a agulha através da parede abdominal e cortar a fita que é mantida segura por uma pinça. Conectar a outra agulha ao introdutor e posicionar do outro lado da uretra, da mesma forma e repetir a cistosopia (Fig. 4.c);13. Ajustar a tensão da fita – posicionar uma pinça de hemostasia abrir entre a uretra e a fita para atuar como espaçador entre elas (Fig.4.d);14. Remover a bainha - o cirurgião assistente remove a cobertura plástica da fita, enquanto o cirurgião, com a ajuda da pinça, mantém a distância desejada até a uretra. Cortar a fita na altura das incisões abdominais;15. Fechar as incisões.
--	---

Tabela 2: Tabela com descrição passo a passo da técnica de Sling Retropúbico. Fonte: Acervo próprio

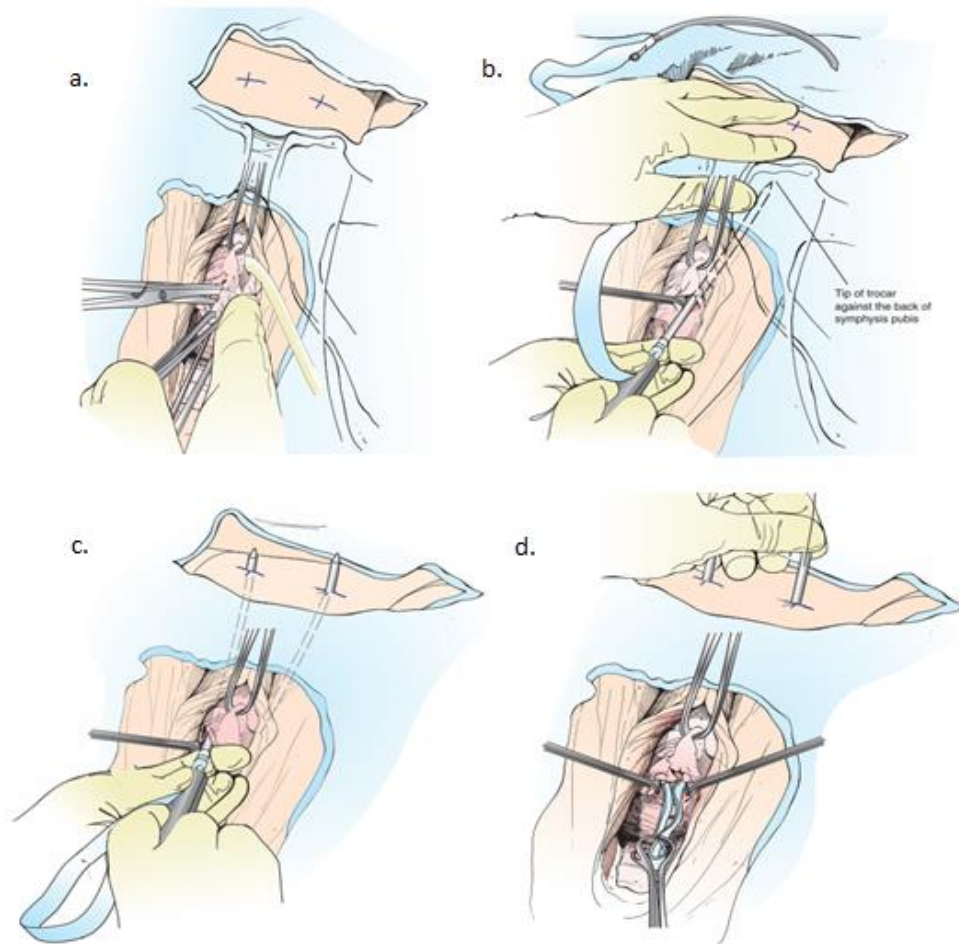


Figura 4: Técnica do Sling Retropúbico. A: incisão mediana na parede vaginal anterior distal, imediatamente a abaixo do meato uretral externo. B: introdução do trocater, girando a ponta em 90° ao plano da fáscia pubocervical e perfurando-a. C: a ponta do trocater é introduzida através da incisão da parede abdominal ipsilateral. D: após inserção dos slings bilateralmente, realiza a tração dos mesmos. Fonte: Adaptado de Te Linde's Atlas de Cirurgia Ginecológica, 2015

6.2.4 ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Consulta pré-operatória para risco anestésico;
- Avaliação cardiológica em pacientes com comorbidades ou acima de 60 anos;
- Exames básicos pré-operatórios;
- Orientações sobre doadores de sangue;
- Orientações sobre tratamentos alternativos;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 1);
- Cefazolina 2g antes da indução anestésica.

6.2.5 ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

- Dieta oral normal pode ser retomada no primeiro dia pós-operatório
- Antes da alta realizar teste de micção ativa, manter sonda vesical de demora ou autocateterização de alívio se residuo miccional maior 100ml.
- Atividade sexual só poderá ser liberada após cicatrização da incisão vaginal
- Atividade física só poderá ser liberada após 2 meses após a cirurgia.

6.2.6 COMPLICAÇÕES:

Intraoperatórias: lesão uretral, perfuração de bexiga, lesão intestinal e hemorragia.

Pós-operatória: infecções urinárias ou de ferida operatória, disfunção miccional, retenção urinária.

6.2.7 CUIDADOS ESPECIAIS/AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

A cirurgia poderá ser suspensa em caso de:

- Tela de Sling inadequada
- Pré-operatório incompleto
- Urocultura contaminada
- Diagnóstico duvidoso de IUE
- Paciente apresentando sintomas respiratórios e/ou contato prévio com familiares positivo ou suspeito para COVID-19 em até 14 dias.

6.3 SLING TRANSOBTURATÓRIO

6.3.2 OBJETIVO (S)

Padronizar o tratamento pré, intra e pós-operatório das pacientes indicadas para o Procedimento Cirúrgico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) - SILING TRANSOBTURATÓRIO, no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

É uma variação do sling retropúbico. Indicado para tratamento de IUE por hiper mobilidade uretral, não está claro o valor na deficiência intrínseca do esfíncter, porém estudos demonstram bons resultados nesse grupo de paciente.

Recomendamos nesse protocolo que seja a primeira escolha no tratamento cirúrgico da IUE devido ao seu menor risco de complicações.

6.3.3 MATERIAL

- Caixa básica contendo:
 - pinça para assepsia;
 - cuba para assepsia;
 - pinça Kelly curva;
 - pinça Kelly reta;
 - pinça Allis;
 - tesoura de Metzenbaum curva;
 - tesoura de Metzenbaum reta;
 - pinça anatômica;
 - pinça dente de rato;
 - porta agulha.
- Sonda Foley
- Fita de Sling
- Agulha de sling transobturatório
- Fios: Categut 2.0, Nylon 3.0

6.3.4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

SLING TRANSOBTURATÓRIO	
Responsável	Tarefa
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar a paciente em litotomia alta; 2. Realizar assepsia e antisepsia de abdome e vagina; 3. Realizar cateterismo vesical de demora com sonda Foley; 4. Fazer uma incisão vaginal (com início há 1cm do meato uretral no sentido proximal, entendendo-se por 2 cm no sentido cefálico;

<p>Ginecologista</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Aplicar uma pinça de Allis em cada borda da incisão e com a uma tesoura de Metzenbaum, criar túneis submucosos bilateralmente abaixo do epitélio vaginal e de ambos os lados da uretra e são estendê-los em direção ao púbis). (Fig. 5.a); 6. Fazer uma incisão na coxa, de 0,5 a 1,0 cm bilateralmente na pele do sulco genitocrural, e há 04 a 06 cm lateralmente ao clitóris, onde é palpada a inserção do musculo adutor longo. (Fig. 5.b e 5.c); 7. Posicionar a fita - a ponta da agulha deve ser posicionada em uma das incisões da coxa e pressionada em sentido cefálico até que a membrana do obturatório seja perfurada, percebendo um “estalo”; 8. Colocar um dedo no túnel da vagina ipsilateral direcionando acima e atrás dos ramos iliopúbicos. Com a curvatura, direcionar a ponta da agulha para o seu dedo e passar até a vagina (Fig. 6.a); 9. Fixar a fita à extremidade da agulha e tracionar de volta na incisão da coxa. 10. Retirar a fita agulha e repetir o procedimento do outro lado (Fig. 6.b); 11. Ajustar a tensão da fita - posicionar e abrir uma pinça de hemostasia entre a uretra e a fita para atuar como espaçador entre elas, evitando elevação excessiva da uretra (Fig. 6.c); 12. Remover a bainha - o cirurgião assistente remove a cobertura plástica da fita, através da incisão da coxa, enquanto o cirurgião, com a ajuda da pinça, mantém a distância desejada até a uretra. Cortar a fita altura das incisões da coxa (Fig. 6.c); 13. Fechar as incisões.
-----------------------------	---

Tabela 3: Tabela com a descrição passo a passo da técnica de Sling Transobturatório. Fonte: acervo próprio

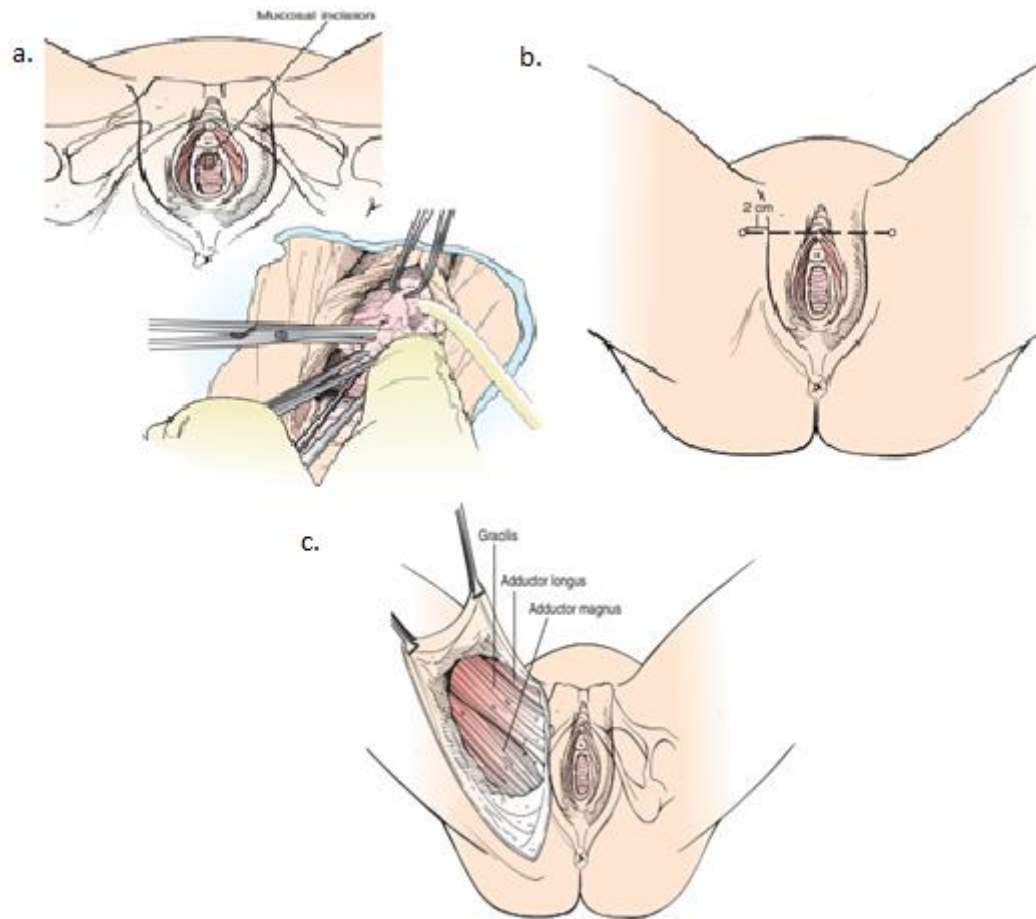


Figura 5 Figura mostrando o local de incisão do Sling Transobturatório. A: incisão mediana em mucosa vaginal anterior distal, logo abaixo do meato uretral externo. B: As incisões da coxa são feitas sobre a face medial do forame obturador no nível do clitóris. C: anatomia do forame obturador, o trocater atravessa os músculos adutores da coxa, em seguida atravessa a membrana obturadora que recobre o forame e perfura o obturador interno, passando medialmente ao ramo púbico inferior até que emerge pela incisão da vagina. Fonte: Adaptado de Te Linde's Atlas de Cirurgia Ginecológica, 2015

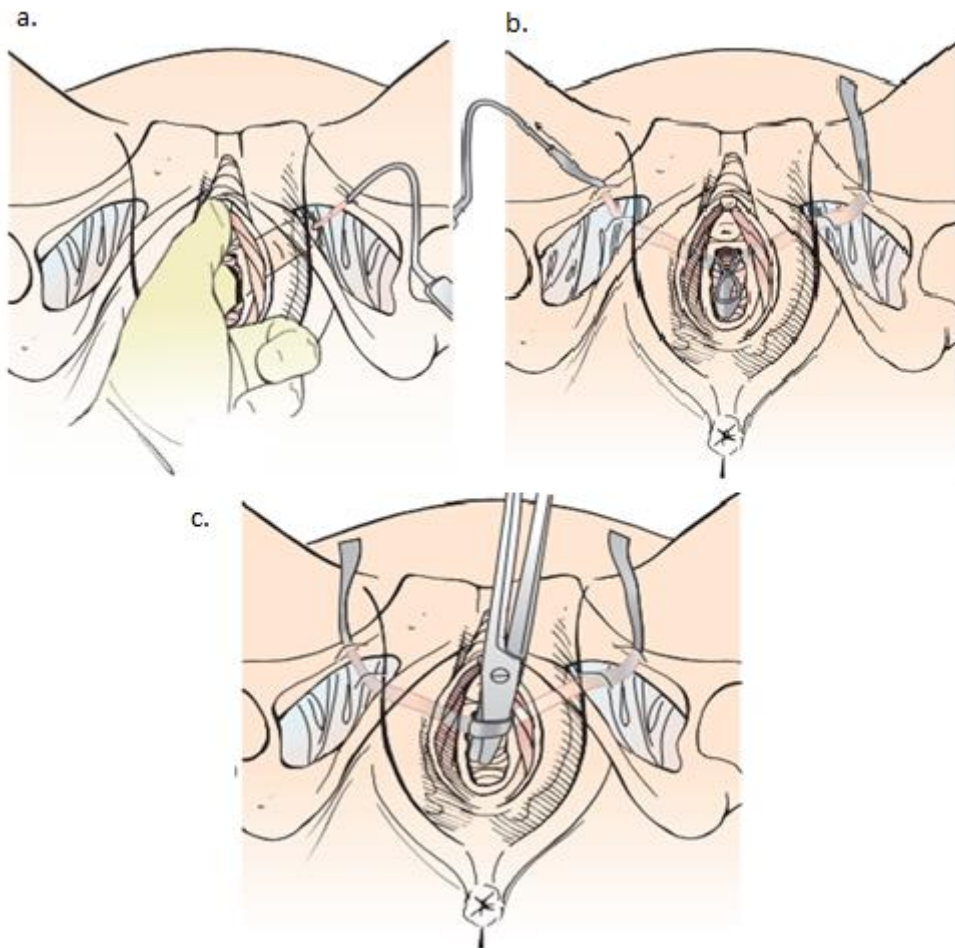


Figura 6 Técnica do Sling Transobturatório. A: inserção da agulha helicoidal, o cabo é mantido paralelo ao ramo púbico inferior e no mesmo ângulo do ramo e relação ao chão. Após uma sensação de estalo através da membrana obturadora, a alça é virada para cima mais horizontalmente ao chão e a ponta da agulha é direcionada para incisão vaginal. B: a fita é puxada através do campo vaginal e para fora da incisão da coxa após ser presa à ponta da agulha. C: a tensão da tela é avaliada colocando uma tesoura de Mayo entre a uretra e a tela de sling, quando devidamente tensionada a membrana da tela de sling é removida. Fonte: Adaptado de Te Linde's Atlas de Cirurgia Ginecológica, 2015

6.3.5 ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Consulta pré-operatória para risco anestésico;
- Avaliação cardiológica em pacientes com comorbidades ou acima de 60 anos;
- Exames básicos pré-operatórios;
- Orientações sobre doadores de sangue;
- Orientações sobre tratamentos alternativos;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

- Cefazolina 2g antes da indução anestésica.

6.3.6 ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

- Dieta oral normal pode ser retomada no primeiro dia pós-operatório
- Antes da alta realizar teste de micção ativa, manter sonda vesical de demora ou autocateterização de alívio se residuo miccional maior 100ml.
- Atividade sexual só poderá ser liberada após cicatrização da incisão vaginal
- Atividade física só poderá ser liberada após 2 meses após a cirurgia.

6.3.7 COMPLICAÇÕES:

Intraoperatórias: lesão uretral, perfuração de bexiga e hemorragia.

Pós-operatória: infecções urinárias ou de ferida operatória, disfunção miccional, urgência urinária de novo, retenção urinária, dor inguinal.

6.3.8 CUIDADOS ESPECIAIS/AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

A cirurgia poderá ser suspensa em caso de:

- Tela de Sling inadequada
- Pré-operatório incompleto
- Urocultura contaminada
- Diagnóstico duvidoso de IUE
- Paciente apresentando sintomas respiratórios e/ou contato prévio com familiares positivo ou suspeito para COVID-19 em até 14 dias.

7. DISCUSSÃO

A Incontinência Urinária de Esforço é uma comorbidade vivenciada por muitas mulheres, com uma prevalência em torno de 50%, afetando negativamente na qualidade de vida dessas pacientes, por isso a importância do diagnóstico e tratamento precoce (JELOVSEK, 2020).

O diagnóstico é clínico, analisando a história de hábitos miccionais, bem como por meio do exame físico, onde pode ser observado a perda urinária a manobra de valsalva ou ao esforço da tosse. Alguns exames complementares são importantes, principalmente quando a paciente é candidata a um procedimento cirúrgico, dentre eles destaca-se o exame simples de urina e urocultura para afastar causas infecciosas (CASTRO, 2018; JELOVSEK, 2020).

O diário miccional (Anexo 2) será um item obrigatório no prontuário dessas pacientes, sendo necessário apresentar no momento da internação para a cirurgia.

O estudo urodinâmico é um exame complementar que e por meio dele é possível o diagnóstico de defeito intrínseco ao esfíncter do ureter, porém sabe-se que para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço o exame não altera os resultados e nem a escolha do procedimento cirúrgico. Portanto não existe um consenso entre as Sociedades em realizar ou não o estudo urodinâmico no pré-operatório de pacientes com IUE não complicada (definida como resíduo pós-miccional <150ml; teste de esforço positivo; primeira cirurgia; ausência de prolapso genital de ultrapassem o introito vaginal; ausência de doença neurológica). Pacientes com IUE complicada, ou quando existe dúvida quanto o diagnóstico, é obrigatório a realização do estudo urodinâmico. (JELOVSEK, 2020; LUKACZ, 2020) A diretriz das sociedades American Urological Association (AUA) e Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU), publicada em 2017, não recomenda o estudo urodinâmico no pré-operatório em paciente com IUE não complicada, o mesmo é recomentado no UpToDate. No Brasil, a FEBRASGO, recomenda sempre solicitar o estudo urodinâmico previamente ao tratamento cirúrgico (KOBASHI, 2017; CASTRO, 2018).

Um estudo realizado comparando dois grupos de pacientes com IUE para tratamento com TVT, um apresentando deficiência esfinteriana intrínseca (31 pacientes) e o outro sem deficiência esfinteriana intrínseca (80 pacientes), ao final do primeiro mês apresentaram uma taxa de cura de 87 e 100% respectivamente, porém essa diferença não foi observada após 3, 6 e 12 meses de acompanhamento

(BAI, 2007). Esse estudo demonstra que independente se o paciente apresenta defeito esfinteriano ou não, a resposta ao tratamento cirúrgico da IUE será o mesmo, reafirmando que o resultado do estudo urodinâmico não altera o desfecho do tratamento em paciente com IUE não complicada. O nosso protocolo segue as orientações da FEBRASGO e recomenda a solicitação, sempre que possível, do estudo urodinâmico no pré-operatório para fins de documentação da incontinência urinária de esforço.

O tratamento conservador deve ser o tratamento de escolha para aquelas mulheres que planejam uma gestação no futuro ou quando apresentam comorbidades que impossibilitam o tratamento cirúrgico. A fisioterapia pélvica, como exercício de Kegel, biofeedback, eletroestimulação e os cones vaginais, sempre deve ser considerado, pois apresentam bons resultados e poucos efeitos colaterais (LUKACZ, 2020). No HUCAM está disponível o serviço de fisioterapia pélvica, portanto de acordo com o esse protocolo, todas as pacientes com diagnóstico de IUE será encaminhada a fisioterapia pélvica.

O estrogênio tópico deve ser optado, principalmente quando a paciente apresenta atrofia vaginal decorrente da síndrome geniturinária da menopausa. O laser vaginal tem ganhado espaço nos últimos anos, também apresentando excelentes resultados na atrofia genital e pode ser indicado para pacientes que desejam tratamento conservador e principalmente para aquelas com contraindicação ao uso do estrogênio. (CAPOBIANCO, 2018). O tratamento a laser, apesar de ser inovador, não foi citado no nosso protocolo, uma vez que o nosso serviço não dispõe dos equipamentos necessário para esse tratamento e ainda faltam evidências científicas para a sua indicação.

A duloxetina na dosagem de 80mg/dia é uma opção para o tratamento dessas mulheres, porém por apresentar efeitos colaterais, seu uso deve ser avaliado com cautela (CASTRO, 2018).

O tratamento cirúrgico é optado sempre em paciente que não obtiveram resposta ou não se adaptaram ao tratamento conservador. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas, incluem colpopexia retropúbica (Burch) e os Slings de uretra média (Sling retropúbico e Sling transobturatório), sendo que o Sling é a técnica mais utilizada, apresentando os melhores resultados e com evidências científicas (FUSCO, 2017).

Quando comparado os dois tipos mais comuns de Slings, o retropúbico foi associado a mais complicações vasculares, perfurações na bexiga e/ou uretra e retenção urinária em comparação ao transobturatório. O Transobturatório foi associado a taxas mais altas de recidiva e dor na virilha (FUSCO, 2017).

Pacientes IUE e com prolapso de órgãos pélvico em que for optado pela correção do prolapso via abdominal, pode ser preferível a colpofixação de Burch, realizando a correção da IUE com a mesma incisão e no mesmo tempo cirúrgico (JELOVSEK, 2020).

Em pacientes que não tiveram sucesso com tratamento conservador e que não pode ser submetida ao tratamento cirúrgico, está indicado o tratamento com agentes de preenchimento (JELOVSEK, 2020; CASTRO, 2018).

Esse protocolo é baseado apenas nos tratamentos disponíveis no nosso serviço, por isso algumas opções terapêuticas disponíveis na literatura não estão descritas nesse protocolo, como por exemplo o laser vaginal, mini Sling e os agentes de preenchimentos.

Diante disso, nesse protocolo vamos adotar como primeira escolha no tratamento cirúrgico o Sling Transobturatório, devido ao seu menor risco de complicações intra-operatória. O Sling Retopúbico fica reservado para os casos de recidiva da incontinência, mesmo após a cirurgia primária. A Colpossuspensão de Burch poderá ser realizada em pacientes que irá submeter a uma abordagem inicial, ou quando não houver tela de sling disponível.

8. REFERÊNCIAS

- 1) AUGS/SUFU. Position Statement: Mesh Midurethral Slings for Stress Urinary Incontinence. 2018 https://www.augs.org/assets/1/6/AUGS-SUFU_MUS_Position_Statement.pdf
- 2) Alshiek J. et al. AUGS Clinical Consensus Statement: Vaginal Energy-Based Devices (Female Pelvic Med Reconstr Surg 2020;26: 287–298)
- 3) Capobianco G, Madonia M, Morelli S, Dessole F, De Vita D, Cherchi PL, Dessole S. Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update. *Maturitas*. 2018 Mar; 109:32-38. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.12.008. Epub 2017 Dec 9. PMID: 29452779.
- 4) Castro RA, Arruda RM, Souza RC. Protocolo Incontinência urinária de esforço. *Ginecologia nº4*. São Paulo, FEBRASGO. 2018.
- 5) CUNDIFF, Geoffrey W. et al. *Te Linde's Atlas de Cirurgia Ginecológica*. Wolters Kluwer. 2015.
- 6) D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, de Wachter S. An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019 DOI: 10.1002/nau.23897
- 7) Delorme E. La bandelette trans-obturatrice: un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Prog Urol*. 2001;11(6):1306–13.
- 8) Elks W, Jaramillo-Huff A, Barnes KL, Petersen TR, Komesu YM. The Stress Urinary Incontinence in CrossFit (SUCCeSS) Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2020 Feb;26(2):101-106. doi: 10.1097/SPV.0000000000000815. PMID: 31990796.
- 9) Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, Novara G. Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2017 Oct;72(4):567-591. doi: 10.1016/j.eururo.2017.04.026. Epub 2017 May 4. PMID: 28479203.
- 10) HADDAD, Jorge Milhem. *Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal*. São Paulo, FEBRASGO. 2015.

- 11) HOFFMAN, Barbara L. et al. Ginecologia de WILLIAMS. 2 ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.
- 12) JELOVSEK, Eric J. et al. Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a primary surgical procedure. UpToDate, maio/2020. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-stress-urinary-incontinence-in-women-choosing-a-primary-surgical-procedure?search=incontinencia%20urin%C3%A1ria%20de%20esfor%C3%A7o&source=search_result&selectedTitle=1~73&usage_type=default&display_rank=1> Acesso em 19 de junho de 2020
- 13) JELOVSEK, Eric J. et al. Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a type of midurethral sling. UpToDate, abril/2020. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-stress-urinary-incontinence-in-women-choosing-a-type-of-midurethral-sling?sectionName=Mixed%20urinary%20incontinence&topicRef=8070&anchor=H68522039&source=see_link#H68522039>
- 14) Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR et al: Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. J Urol 2017; 198: 875.
- 15) Lukacz ES, et al. Evaluation of females with urinary incontinence. UpToDate, maio/2020. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-females-with-urinary-incontinence?search=stress%20urinary%20incontinence&source=search_result&selectedTitle=6~84&usage_type=default&display_rank=6>
- 16) Lukacz ES, et al. Treatment of urinary incontinence in females. UpToDate outubro/2020. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-females?topicRef=8070&source=see_link>
- 17) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica. Brasília, CONITEC. Agosto, 2019.
- 18) Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1996;7(2):81–5. 20.
- 19) Bai, S.W., Jung, Y., Jeon, M. et al. Treatment outcome of tension-free vaginal tape in stress urinary incontinence: comparison of intrinsic sphincter deficiency and nonintrinsic sphincter deficiency patients. Int Urogynecol J **18**, 1431–1434 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0378-9>

20) Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Obstetrics and Gynecology*. 2014 Jun;123(6):1403-1407. DOI: 10.1097/01.aog.0000450759.34453.31.

9. ANEXOS

ANEXO 1

NOME:..		NOME SOCIAL:..	
SEXO:..	DATA DE NASCIMENTO:..	PRONTUÁRIO:..	ENFERMARIA:..

<p>TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA</p>
--

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- ES sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A cirurgia visa corrigir a perda involuntária de urina, podendo ser utilizada tela de polipropileno e outros materiais afins. Nesse contexto podem ser utilizadas para correção de incontinência urinária como para correção de defeito pára - vaginal, retocele e alguns casos de prolapso de cúpula vaginal.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós operatório, podendo nestes casos, necessitar reintervenção cirúrgica.
2. Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino.
3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória.

4. Trombose venosa profunda.
5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito).
6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal).
7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica)
8. Prolapso da cúpula vaginal
9. Retenção Urinária pós-cirúrgica.
10. Insucesso no tratamento da incontinência urinária.
11. Expulsão da tela (necessitando retirada da mesma).
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertróficagrosseira).

CBHPM – 3.11.03.33-2

CID – N81.9

Infecção relacionada à assistência à saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- 1- Cirurgias limpas: até 4%
- 2- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- 3 - Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso,

fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Vitória (ES), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável


RG / CPF

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

ANEXO 2

							
Hospital Cassiano Antonio de Moraes							
DIÁRIO MICCIONAL							
NOME:				IDADE:		PRONTUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:							
Anote nos espaços:							
Quanto bebeu de líquido: 1 xícara, 1 copo, 1 garrafa							
Quanto urinou no banheiro ou perdeu: Um pouquinho +							
Quantidade normal ++							
Muito ++++							
DATA:	BEBIDAS		URINA		PERDA DE URINA		
HORÁRIO	O QUE VOCÊ BEBEU?	QUANTO VOCÊ BEBEU ?	QUANTAS VEZES FOI URINAR ?	QUANTIDADE QUE SAIU NO VASO	PERDEU URINA ?	QUANTO ?	O QUE ESTAVA FAZENDO QUANDO PERDEU URINA?
6-7H							
7-8H							
8-9H							
9-10H							
10-11H							
11-12H							
12-13H							
13-14H							
14-15H							
15-16H							
16-17H							
17-18H							
18-19H							
19-20H							
20-21H							
21-22H							
22-23H							
23-00H							
0-3H							
3-6H							

ANEXO 3

SOLICITAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

SOLICITAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Solicitamos o comparecimento de ___ pessoas interessadas pelo paciente _____, que necessitará de transfusão ou reserva de sangue para cirurgia no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, para doar sangue.

É necessário

- Ter boa saúde;
- Ter idade entre 16 à 69 anos; (16 e 17 anos necessitará de autorização do responsável legal emitida pelo HEMOES. Acima de 61 anos se já houver doado antes dos 60 anos).
- Pesar acima de 50 Kg;
- Apresentar **documento oficial de identificação com foto**;
- Dormir bem à noite e evitar bebida alcoólica por 12 horas;
- Não estar em jejum, mas evitar alimentos gordurosos;
- Após almoço aguardar intervalo de 03h.

Intervalo de Doação

- Homens: 60 dias
- Mulheres: 90 dias

Locais de Doação

HEMOES: Av. Marechal Campos n 1468 - Maruípe Tel.: 3636 – 7925 ou 3636 - 7920.

Horário de Doação: Segunda a sexta 7 as 17:30 hrs e Sábado 7 às 17 hrs.

HEMOES (Hospital Dório Silva) Av Euder Scherrer de Souza, Bairro Laranjeiras,

Serra Tel.:(27)3338 - 7373. Horário de Doação: Segunda a Sexta 7 às 15 hrs.

Comprovante de Doação
Data: ____ / ____ / ____
Assinatura (legível) ou Carimbo
Doadores: Aptos: ____
Inaptos: ____
DEVOLVER AO DOADOR