UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 6
Dona Margarida

Fundamentação Teórica: Infecção do trato urinário

Incontinência urinária

Ivaldo Silva

Definição

Incontinência é a perda involuntária de urina da bexiga. Uma avaliação mais completa pode determinar a sua causa.

A incidência de incontinência urinária na mulher aumenta com a idade, atingindo 25% após a menopausa.

Hoje em dia, incontinência urinária é uma condição que pode ser curada, tratada ou conduzida de forma que os problemas de controle vesical não interfiram em um estilo de vida saudável, produtivo e ativo. Muitas vezes, pequenas mudanças comportamentais possibilitam melhora significativa na qualidade de vida.

A incontinência pode afetar pessoas de todas as idades, ambos os sexos, em todos os níveis sociais e econômicos. Mulheres têm mais probabilidade que os homens de apresentar essa condição. O número exato de pessoas afetadas pode ser muito maior do que as estimativas atuais, pois se acredita que grande parte dessas pessoas não procura ajuda por vergonha ou por achar que o problema é consequência normal do envelhecimento e que não existe tratamento.

Quais são as causas?

A perda de urina pode ocorrer de forma transitória, geralmente associada ao uso de fármacos, a infecções (infecção urinária, vaginites), a constipação ou problemas de deficiência hormonal, desaparecendo após o tratamento da causa subjacente; ou pode ser persistente ou definitiva, com instalação e piora progressiva.

Muitas mulheres tornam-se incontinentes após o parto, a histerectomia (cirurgia para retirada do útero) ou mesmo outros traumas na região pélvica.

Entre os tipos mais comuns de perda de urina, existe a incontinência urinária de esforço ou estresse: a perda de urina ocorre quando há um aumento repentino da pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar, rir, pular, correr ou realizar algum esforço.

Resumidamente, a incontinência urinária é tratável e geralmente não requer cirurgia. Algumas causas possíveis de incontinência são:

- Infecção urinária ou vaginal
- Efeito colateral de medicamentos
- Constipação
- Fraqueza de certos músculos da região pélvica
- Obstrução da uretra por aumento da próstata
- Doenças envolvendo nervos e/ou músculos
- Consequência de algumas cirurgias

Como devemos fazer para realizar o diagnóstico?

O diagnóstico é clínico, baseado em uma história detalhada. Devemos investigar o início dos sintomas, descartando a presença de infecção urinária, cálculos, tumores, doenças associadas como DM, neuropatias e uso de medicamentos. Durante o exame físico pede-se para a paciente tossir, tentando reproduzir a perda urinária. Também pode ser realizado um teste em que um cotonete é inserido na uretra para determinar sua posição e mobilidade. Um exame de análise da urina deve ser realizado. Um teste urodinâmico vai determinar se existem outras alterações da bexiga e da uretra.

Assim, quando o paciente for a um especialista, deve levar:

1) medicações que está tomando;
2) resultados de exames e cirurgias relacionados com a bexiga e um diário miccional.

Na avaliação inicial será realizado o exame físico pelo médico e, dependendo do tipo de incontinência, alguns exames serão solicitados para decidir qual o melhor tratamento para o caso. Dentre esses exames estão: exames de urina; medida de resíduo pós-miccional; ultrassonografia; cistoscopia; teste de esforço; raios x da bexiga; e estudo urodinâmico.

Tipos mais comuns de incontinência urinária

A Incontinência Urinária de Esforço ocorre devido à deficiência no suporte vesical e uretral realizada pelos músculos do assoalho pélvico ou por uma fraqueza ou lesão do esfíncter uretral, evoluindo para perda de urina ao se fazer esforços com o abdômen, tais como tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso, levantar ou até mesmo andar.

A Incontinência Urinária por Urgência acontece quando a bexiga está hiperativa, ou seja, contrai inconscientemente. Pode haver desejo de urinar que pode ou não ser controlado ou mesmo se perder sem aviso. Existem várias causas para essa condição, como infecção urinária que irrita a mucosa da bexiga, ou por alterações nos nervos que normalmente controlam a bexiga; em muitos casos, a causa pode não ser detectada.

A Incontinência Urinária Mista é uma combinação das duas condições anteriores.

Qual é o tratamento?

O tratamento vai depender do tipo e das causas da incontinência urinária:

1) Inclui medidas gerais identificando as possíveis causas da perda de urina, e alívio dos sintomas pode ser conseguido com alguns medicamentos específicos.
2) Com a fisioterapia de exercícios para o assoalho pélvico, chamados Exercícios de Kegel (pode melhorar até 75% dos sintomas).
3) Com o uso de cones vaginais com pesos diferentes.
4) Técnicas atuais incluem o uso de eletroestimuladores.

Também podem ser usadas técnicas que injetam colágeno ao redor da uretra e até mesmo cirurgias para corrigir o problema específico.

As formas de tratamento podem variar desde uma simples mudança nos hábitos até cirurgias complexas:

1) Terapia comportamental e tratamentos conservadores: exercícios visam fortalecer o esfíncter uretral para diminuir as perdas. Podem ser usados eletroestimulação para agir nos nervos do assoalho pélvico, podendo ajudar pacientes com bexiga hiperativa, fisioterapia com exercícios para o assoalho pélvico (chamados Exercícios de Kegel, que podem melhorar até 75% dos sintomas) e cones vaginais com pesos diferentes.
2) Medicamentos: existem medicamentos para relaxar a musculatura da bexiga (diminuir a hiperatividade) ou para aumentar o tônus dos esfíncteres.
3) Cirurgias: existem várias cirurgias para o tratamento da incontinência urinária, sendo individualizadas para cada caso.
4) Outras opções: alguns materiais podem ser injetados na uretra para aumentar a resistência uretral à urina.

Bibliografia consultada

GIRÃO, M. J. B. C. et. **Alterações urogenitais no climatério**: aspectos práticos Compacta Ginecológica, n. 8, p. 8-10, 1995a.

_____. **Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço**: aspectos práticos. Compacta Ginecológica, n. 8, p. 11-14, 1995b.

SARTORI, M. G. F. et al. **Incontinência urinária não verdadeira**. Compacta Ginecológica, n. 8, p. 15-18, 1995a.

_____. Propedêutica básica em uroginecologia. Compacta Ginecológica, n. 8, p. 4-7, 1995b.

Infecção do trato urinário (ITU)

O que é ITU?

É a inflamação superficial da mucosa da bexiga (mucosa vesical). É uma infecção muito frequente nas mulheres. A prevalência de ITU nas mulheres é diretamente proporcional ao avanço da idade, com a ocorrência de bacteriúria em 10% a 15% das mulheres com idade entre 65-70 anos e em 15% a 20% acima de 80 anos. Em geral, são as bactérias gram-negativas aeróbias presentes na flora intestinal que causam as ITUs. A *Escherichia coli* é responsável por 85% a 90% das infecções não complicadas em pacientes hígidas não hospitalizadas.

Nas mulheres sexualmente ativas, dois agentes tornam-se mais prevalentes: o *Staphylococus saprophyticus*, que parece ser responsável por 5% a 20% das cistites agudas, e o *Clamydia trachomatis*.

Mulheres na pós-menopausa têm diminuição do nível de estrogênio circulante, o que promove atrofia vaginal, resultando em flacidez dos ligamentos uterinos, do assoalho pélvico e da bexiga.

Como ocorre a infecção urinária?

A contaminação do trato urinário em mulheres se dá por via ascendente a partir de germes que colonizam o introito vaginal. As bactérias entram pela uretra e se localizam na bexiga. Elas podem permanecer e crescer na bexiga ou atingir outras partes do trato urinário, como os ureteres e os rins, causando uma infecção do trato urinário superior.

Vários são os fatores predisponentes para ITU, como anormalidades anatômicas e funcionais, inflamações das glândulas periuretrais, processos infecciosos da vulva e/ou vagina (por adenovírus, herpes simples e zóster, cândida), tumores de bexiga, uso de quimioterápicos, irradiação pélvica, presença de corpo estranho no trato urinário, doenças autoimunes (lupus eritematoso sistêmico) e manipulação do trato urinário.

O diabetes está associado com alto risco de ITU sintomática na pós-menopausa. Essa doença determina várias anormalidades, incluindo debilidade imunológica e complicações locais relacionadas a neuropatia com esvaziamento prejudicado da bexiga. A alta concentração de glicose na urina também é meio de cultura para micro-organismos patogênicos.

Quais são os sintomas?

Os principais sintomas são:

- Disúria: sensação de ardência, dificuldade ou dor ao urinar.
- Polaciúria: micções frequentes, mesmo com pequeno volume de urina na bexiga.
- Urgência miccional: sensação exagerada de vontade de urinar.
- Desconforto suprapúbico.
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
- Hematúria: presença de sangue na urina.

Como se faz o diagnóstico?

O diagnóstico baseia-se fundamentalmente no quadro clínico, mas devem ser realizadas coleta da urina e cultura com antibiograma antes de iniciar o tratamento, com o objetivo de confirmar o diagnóstico e

prescrever o antibiótico adequado. Devem ser excluídas as vaginites, as doenças sexualmente transmissíveis e os divertículos na uretra, que podem simular uma cistite.

Como se trata?

Apesar de a maioria das infecções urinárias baixas ser autolimitada, o tratamento medicamentoso elimina rapidamente o germe causador e os sintomas.

Nas ITUs não complicadas pode-se utilizar grande variedade de antimicrobianos. Os tratamentos de curta duração com dose única ou de três dias apresentaram eficácia comparável ao tratamento convencional de 7 a 14 dias nas ITUs não complicadas.

Pode-se dispensar a urocultura pré-tratamento nas ITUs baixas não complicadas, com sintomatologia característica e sem fatores de risco associados.

Deve-se ter o cuidado de escolher antimicrobianos que tenham excreção urinária prolongada, com menos efeitos colaterais e menor chance de resistência aos germes habituais. As drogas mais adequadas são as penicilinas sintéticas, sulfas, nitrofurantoínas, cefalosporinas, quinolonas e fosfomicina-trometamol. Na presença de falha do tratamento após 2 a 3 dias do fim da antibioticoterapia, a investigação por imagem é necessária para descartar anomalias anatômicas.

A terapia estrogênica diminui o risco de ITU recorrente na pós-menopausa, podendo-se optar por terapêutica sistemica ou local a depender de cada caso.

Bibliografia consultada

BAILEY, R. **Commentary**: the management of grades I and II (nondilating) vesicoureteral reflux. J Urol, n.148, p.1693-1695, 1992.

FINER, G.; LANDAU, D. **Pathogenesis of urinary tract infections with normal female anatomy**. The Lancet Inf Dis, n. 4, p. 631-635, 2004.

KINANE, D.F. A**BO blood group, secretor state, and susceptibility torecurrent urinary tract infection in women**. Br Med J (Clin Res Ed), n. 285, p. 7-9, 1982.

KOCH, V. H.; ZUCCOLOTTO, S. M. C. **Urinary tract infection**: a search for evidence. Jornal de Pediatria, v. 79, n. 1, p. S97-S106, 2003.

RAZ, R. **Asymptomatic bacteriuria.** Clinical significance and management. Int J Antimicrob Agents, n. 22, p. S45-S47, 2003.

SCHOLES, D. et al. **Risk factors for recurrent urinary tract infections in young women**. J Infect Dis, n. 182, p. 1177-1182, 2000.