



10º Simposio de Ensino de Graduação

INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO, TRATADA COM ELETROESTIMULAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Autor(es)

CAMILA LEAL THOMAZELLA

Orientador(es)

CARLOS ALBERTO FORNASARI

1. Introdução

A fisioterapia uroginecológica se estabeleceu como uma alternativa cientificamente comprovada para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico, mantendo o bom funcionamento do períneo, prevenindo o aparecimento de possíveis alterações, aliviando dores e proporcionando controle muscular eficiente nos indivíduos com disfunções uroginecológicas (MORENO, 2009). A reeducação da musculatura do assoalho pélvico torna-se imperativo no programa de exercícios atribuídos para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa da patologia, além de melhorar a função sexual. Porém, os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária (IU) são obtidos nos casos leves ou moderados (MORENO et al., 2004). Palma (2006), afirma que a incontinência urinária por esforço (IUE) na mulher é definida, segundo a Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society), como a perda involuntária de urina pela uretra, secundária ao aumento da pressão abdominal na ausência de contração do detrusor, e que acarreta problemas sociais à paciente. Segundo Palma (2006) o diagnóstico fisioterapêutico de IUE é fundamentalmente clínico. Além da anamnese detalhada, inclui-se o Pad Teste, que demonstram objetivamente a perda urinária. O presente estudo baseia-se na análise do prontuário de uma paciente com diagnóstico de IUE, que segundo Burnett (1999) caracteriza-se geralmente por uma história clínica com os seguintes aspectos: perda de urina através da tosse, riso, espirro, durante a marcha, corrida ou outra atividade física. A perda de urina é breve, quase sempre por surtos, e corresponde exatamente ao período de pressão intra-abdominal aumentada. Um dos principais objetivos do tratamento fisioterapêutico é o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, pois a melhora da força e da função desta musculatura favorece a contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias (BALMFORTH et al., 2006). Também auxiliam positivamente na melhora do tônus e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária (AMARO et al., 2001). Entre os recursos fisioterápicos existentes no tratamento da incontinência urinária de esforço, o recurso utilizado nessa terapia foi o de eletroestimulação intracavitária, que estimula e fortalece os músculos enfraquecidos incentivando a recuperação funcional do assoalho pélvico. A estimulação elétrica é usada para produzir contração muscular e pode ser aplicada ao músculo durante o movimento ou sem que esteja ocorrendo movimento funcional (KITCHEN; BAZIN, 2003). A eletroestimulação é um dos componentes do trabalho global e suas modalidades dependem do diagnóstico e da evolução da paciente. Nesse contexto a estimulação se revelou um meio muito eficiente para a conscientização do assoalho pélvico, mesmo que sua finalidade principal seja a inibição do detrusor e o reforço muscular (GROSSE; SENGLER, 2002). A corrente elétrica deve ser regulada a um nível em que esta possa ser sentida, mas não ser incomodo para a paciente, assim sendo suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação (MARTINS, 2000). Este estudo torna-se importante, uma vez que sustenta a investigação da incontinência urinária por esforço, através da realização do Pad Teste, que é um recurso que ajuda a identificar e a quantificar a perda urinária, sendo, portanto, uma forma objetiva de avaliar a incontinência urinária por esforço (FELDNER, 2006). O objetivo geral deste estudo foi verificar através da análise do prontuário de uma paciente com IUE os efeitos do tratamento da eletroestimulação intracavitária e TENS intracavitário. Sendo assim, é fundamental o tratamento de incontinência urinária por esforço, objetivando a melhora funcional dos músculos do assoalho pélvico.

2. Objetivos

O objetivo deste estudo é fazer o relato de um caso e verificar a partir do prontuário de uma paciente, a aplicação dos métodos fisioterapêuticos, concomitante à revisão narrativa da literatura sobre o tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária por esforço.

3. Desenvolvimento

Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo retrospectivo, com descrição dos procedimentos, registrados em prontuário do setor de Fisioterapia em Alterações Posturais, Oro Facias e Uroginecologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Casuística: Foi analisado o prontuário de uma paciente, 29 anos, com diagnóstico clínico de incontinência urinária por esforço, a qual realizou tratamento na clínica de fisioterapia da UNIMEP. Foram realizadas 13 sessões de fisioterapia, sendo duas vezes por semanas com duração de 40 minutos de atendimento, no período de 10 de maio de 2011 a 28 de junho de 2011. Foi enfatizado no prontuário o protocolo, que contém os programas de tratamentos, o qual enfocou a eletroestimulação intracavitária e TENS intracavitário. O recurso de eletroestimulação intracavitária tem como objetivo aumentar a força da musculatura perineal e melhorar a sensibilidade intravaginal. Os parâmetros utilizados foram: 50hz de frequência, 250µs de largura de pulso, 3 segundos de tempo de subida e tempo de descida, 6 segundos de Ton, 6 segundos de Toff. Com aplicação de 20 minutos. O segundo recurso utilizado foi o TENS intracavitário, que tem como objetivo alívio da dor do abdômen. Os parâmetros utilizados foram: 100hz de frequência, 100µs de largura de pulso. Com aplicação de 20 minutos. Descrição dos protocolos adotados pelo setor: Este setor tem a rotina de utilizar para todos os seus pacientes, um protocolo de avaliação subjetiva, que consiste por meio de uma entrevista na primeira sessão, obter os dados do paciente como o nome, gênero, idade, data de nascimento, profissão, endereço, telefone, estado civil, indicação, nome do médico e especialidade, nome do responsável (se for menor idade), altura real, altura postural, peso, diagnóstico clínico e diagnóstico fisioterapêutico, nessa análise é realizado um questionário, que avalia as condições gerais do paciente, como, informações sobre parto, história clínica e/ou cirúrgica, manifestações urinárias, consumo diário de líquidos. As questões são respondidas com os termos, nunca, às vezes, frequentemente, sim, não e com a quantidade solicitada. Outros protocolos adotados pelo setor são: - Pad Teste: Avalia a quantidade de perda urinária. E a partir daí pode indicar a evolução e o prognóstico do tratamento. Para a realização do teste a paciente é orientada sobre os procedimentos exigidos antes de começar, os quais são ingestão de 500 ml de líquido em 15 minutos e permanecer em repouso por mais 15 minutos. O teste consiste na colocação de um protetor (absorvente ou fralda) com seu peso previamente aferido, e na realização de alguns exercícios como, caminhada por 30 minutos, subir e descer 20 degraus, sentar e levantar-se 10 vezes consecutivas, tossir 10 vezes, correr durante um minuto, pegar um objeto no chão e subir 5 vezes e lavar as mãos em água corrente por um minuto. O resultado é classificado como: incontinência urinária por esforço leve (1 a 10 gr), moderada (11 a 50 gr), severa (51 a 100 gr) e muito severa (maior que 100 gr). - Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA): Avalia o assoalho pélvico, empregando a palpação digital e graduando de 0 (sem função perineal objetiva) até 5 (função perineal adequada). A paciente, em posição ginecológica, é orientada a contrair os músculos perineais, e depois repetir a contração muscular com os dedos indicador e médio do examinador introduzidos na vagina. Assim, é possível averiguar a força muscular, e classificar a paciente em cinco categorias, que são, grau 0: sem função perineal objetiva; grau 1: função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação; grau 2: função perineal objetiva débil, contração fraca à palpação; grau 3: função perineal objetiva presente e resistência não opositora à palpação; grau 4: função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida à palpação; grau 5: função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação. - Ficha de Proposta de Tratamento: Consiste em nome do paciente, diagnóstico clínico, diagnóstico funcional, data de admissão, período de estágio, objetivo do tratamento, recurso, dose e séries utilizadas. - Ficha de Evolução Diária: Descreve a evolução do paciente com todos os dados de cada sessão. - Escala Visual Analógica (EVA): Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente. O terapeuta questiona o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente (Anexo 1).

4. Resultado e Discussão

No primeiro atendimento foi aplicado o Protocolo de Avaliação Subjetiva. O diagnóstico fisioterapêutico obteve como resultado fraqueza da musculatura perineal, déficit de sensibilidade intravaginal. Pela EVA foi classificado nível 10 de dor no abdômen e grau 2 pela AFA (função perineal objetiva débil, contração fraca à palpação). Durante a avaliação a paciente não teve perda urinária. O primeiro Pad Teste foi realizado no dia 10 de maio de 2011. O resultado obtido pela paciente foi perda urinária de 72,3 gramas, resultando em incontinência urinária por esforço severa. Na quarta sessão foi realizado um exame físico onde foi observado que a paciente não apresentava sensibilidade endovaginal. O tratamento com eletroestimulação intracavitária vaginal e TENS intracavitário teve o início no dia 17 de maio de 2011 e foi até o dia 16 de julho de 2011, foi observado na quinta sessão que quando o eletrodo não entrava em contato com a “parede vaginal” a paciente não sentia a corrente, sendo necessário deslocar levemente o eletrodo para baixo e para as laterais durante a eletroestimulação. Durante o tratamento não houve perda urinária. Assim, o tratamento com

eletroestimulação intracavitária tem como objetivo melhorar de forma significativa a contração dos músculos do assoalho pélvico, aumentando assim a sua funcionalidade. Desde modo, é uma técnica eficaz na conscientização, na inibição do detrusor e na ativação da musculatura do assoalho pélvico. Sua ação antálgica constitui um auxílio interessante em certas dores perineais (GROSSE; SENGLER, 2002). Já na oitava sessão foi observado que a vagina estava edemaciada, pois a paciente encontrava-se no período pré-menstrual. Na nona sessão fisioterapêutica foi solicitado que a paciente começasse a contrair a musculatura perineal (“como se fosse apertar o eletrodo”) durante o tratamento com eletroestimulação. Na décima primeira sessão realizada no dia 07 de julho de 2011 a paciente chegou relatando bastante dor na região abdominal, que foi classificada nível 10 de dor segundo a EVA, relatou também que de vez enquanto esta tentando urinar de 2 em 2 horas. Durante o restante do tratamento foi solicitado a paciente fazer uma contração perineal, quando estivesse realizando eletroestimulação intracavitária. No dia 09 julho 2011, na décima segunda sessão a paciente apresentava dores abdominais, e foi realizado o mesmo tratamento com eletroestimulação intracavitária e TENS intracavitário, a paciente relatou sentir a corrente mais forte durante as contrações, assim foi necessário reduzir a intensidade. Já no dia 16 de julho de 2011, a intensidade diminuiu bastante, assim a paciente referiu estar sentindo melhor a corrente da eletroestimulação. No dia 28 de julho de 2011 foi realizado novamente o Pad Teste, o qual obteve como resultado, perda urinária de 4,4 gramas, que caracteriza incontinência urinária por esforço leve. Comparando o Pad Teste realizado no início e ao final do tratamento, a paciente obteve 69,3 gramas de ausência de incontinência, mostrando uma evolução de 93,9% em relação ao Pad Teste inicial, passando de incontinência urinária por esforço severa, para, incontinência urinária por esforço leve (ANEXO 2). Falar sobre TENS dor. Em relação ao tratamento com TENS intracavitário houve uma leve melhora no nível da dor abdominal, segundo a EVA, de 10 para 8. O resultado não foi o esperado. Houve uma melhora significativa na musculatura do assoalho pélvico, através do tratamento com eletroestimulação intracavitária.

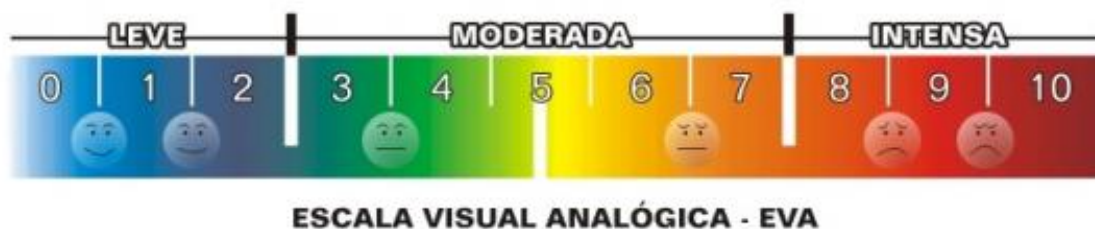
5. Considerações Finais

Este estudo permitiu indicar que o programa de tratamento com eletroestimulação intracavitária contribuiu para melhora na redução da perda urinária da paciente, confirmando o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico que quando bem direcionado, tornando-se eficaz para melhora do quadro clínico. Assim permitindo a melhora da sua funcionalidade.

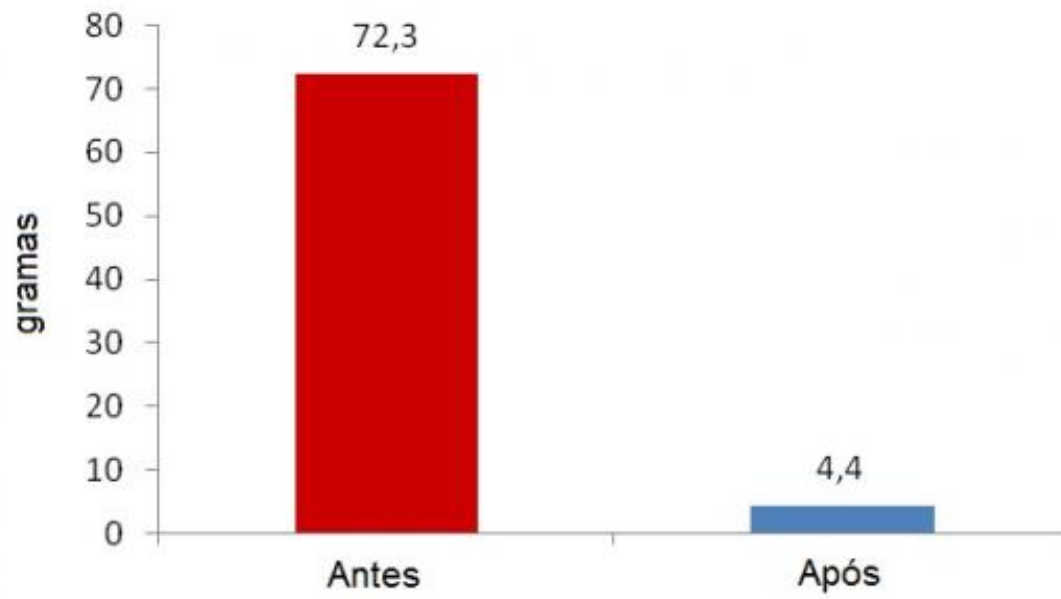
Referências Bibliográficas

AMARO, J.A.; GAMEIRO M.O.; MOREIRA E.H. Exercícios perineais. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA, editores. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca, 2001. p. 5-62. FELDNER, P.C.J, et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, vol.28, n.1, Jan. 2006. GROSSE, D.; SENGLER, J. Reeducação Perineal: Concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar. São Paulo: Manole, 2002. KITCHEN, S.; BAZIN, S. Eletroterapia: prática baseada em evidências. Tradução:Lilia Breternitz Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003. MARTINS, F.G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina. Urologia contemporânea. Órgão Oficial do Departamento de Urologia da Associação Paulista de Medicina. v. 6, n. 1, jan/mar 2000. MORENO, A.L. Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2004. MORENO, A.L. Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2009. PALMA, P.C.R. Incontinência urinária. In: Guia prático de urologia. cap. 48. p. 279-284, 2006.

Anexos



PAD TESTE



Médio obtida no PAD TESTE, antes e após tratamento