

BMJ Best Practice

Incontinência urinária em mulheres

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 04, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	17
Diagnóstico diferencial	19
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	23
Opções de tratamento	25
Acompanhamento	35
Recomendações	35
Complicações	35
Prognóstico	36
Diretrizes	37
Diretrizes de diagnóstico	37
Diretrizes de tratamento	38
Recursos online	39
Nível de evidência	40
Referências	42
Aviso legal	52

Resumo

- ◇ Perda de urina espontânea e involuntária que ocorre com atividade física extenuante (incontinência de esforço) ou está associada a um senso de urgência incontrolável (incontinência de urgência) ou ambos (incontinência mista).
- ◇ Pode ser causada por alterações no suporte anatômico e/ou na função neuromuscular do assoalho pélvico ou ser idiopática.
- ◇ Os fatores de risco são multifatoriais. Maior prevalência no período puerperal e em mulheres idosas, obesas com condições neurológicas.
- ◇ A abordagem de tratamento depende do tipo de incontinência, mas pode incluir biofeedback, farmacoterapia, neuromodulação ou cirurgia.

Definição

A incontinência urinária é uma queixa de eliminação involuntária de urina.[1] Ela pode ter efeitos devastadores nas pacientes, afetando adversamente seu nível de atividade e seu estado psicossocial, ocasionando depressão e a supressão de ambientes sociais. A caracterização do tipo de incontinência pode auxiliar a elucidar a etiologia subjacente e orientar o manejo.

Epidemiologia

Existem muitos estudos populacionais, com variações consideráveis quanto à estimativa de incidência e prevalência. Entretanto, 1 estudo que investigou a prevalência entre mulheres em instituições de cuidados prolongados em vários países revelou taxas de prevalência similares, variando de 43% a 65%, em 7 países na Europa e nos EUA.[2] Os estudos revelaram prevalência mais baixa em mulheres negras (9% a 50%), hispânicas (10% a 42%) e asiáticas (13% a 52%) em comparação com mulheres brancas (17% a 66%), dependendo da definição usada.[3] [4] [5] A prevalência tende a aumentar gradualmente durante a vida adulta (afeta 10% das mulheres com idade entre 20 e 24 anos), estabilizando-se entre 50 e 70 anos e então voltando a aumentar novamente de forma constante após os 70 anos de idade.[6] [7]

Nos EUA, afeta 5% a 69% das mulheres na comunidade e até 78% das mulheres que residem em casas de repouso.[8] A estimativa do custo direto anual nos EUA em todas as idades é de mais de US\$ 16 bilhões, mais que os custos diretos anuais para os cânceres de mama, ovário, colo uterino e uterino combinados.[9] O custo estimado de cuidados de rotina para mulheres com incontinência urinária de esforço alcança \$900 por pessoa por ano.[10] Além disso, há um declínio significativo da qualidade de vida relacionada à saúde, similar ao impacto de afecções clínicas crônicas como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), osteoartrite e acidente vascular cerebral (AVC). A disposição entre as mulheres para pagar pelo tratamento da incontinência aumenta conforme a renda e quanto maior for o benefício.[10] Em média, 1 em cada 4 mulheres com esta condição consulta um profissional de saúde. À medida que a intensidade dos sintomas aumenta, cresce a probabilidade de as mulheres buscarem ajuda.

Etiologia

Maior paridade, parto natural e episiotomia estão associadas à incontinência urinária de esforço. Ela decorre de enfraquecimento e distensão dos músculos e do tecido conjuntivo durante o parto, bem como de danos aos nervos pudendo e pélvico.[11] [12] [13] [14] [15] O excesso de peso aumenta a pressão nos tecidos pélvicos, causando distensão crônica, alongamento e enfraquecimento de músculos, nervos e outras estruturas pélvicas.[16] [17] Ardência ao urinar, problemas para iniciar a micção, incapacidade de cessar o fluxo urinário, necessidade de fazer esforço e pressão ao urinar, vontade de urinar mais de uma vez para esvaziar a bexiga e noctúria são precursores potenciais da incontinência urinária.[13] [18] A demência pode estar associada com maior incidência de incontinência urinária em mulheres idosas.[19] Esforços defecatórios prolongados, repetidos e crônicos contribuem para neuropatia e disfunção progressivas.[13] [14] A incontinência urinária concomitante à constipação crônica em mulheres jovens com história duradoura de incontinência urinária pode indicar espinha bífida oculta. A incontinência fecal comumente coexiste com a incontinência urinária, em particular em idosos e pessoas que residem em instituições asilares. Atividades extenuantes, como levantamento de peso, aumentam o estresse nas estruturas pélvicas de apoio, o que leva à distensão e ao enfraquecimento de músculos, nervos e outras estruturas pélvicas, resultando em incontinência urinária.[20] [21] A posição anormal do colo vesical pode impedir a transmissão normal de

pressão durante o aumento da pressão intra-abdominal. A frouxidão da musculatura e da fáscia do assoalho pélvico pode impedir a compressão da uretra contra uma barreira normal.[22]

Se tiver ocorrido um acidente vascular cerebral, a interrupção das vias inibitórias do sistema nervoso central estará associada à incontinência urinária de estresse, de urgência e por transbordamento.[4] [5] [23] [24] [25] [26] [27] A hiperatividade do músculo detrusor em decorrência de lesões do neurônio motor superior após o AVC pode se manifestar como urgência urinária e incontinência de urgência. A incontinência urinária pode ser consequência direta do dano neurológico causado pela doença de Parkinson ou ter uma causa indireta, resultante das limitações físicas impostas pela doença. Além disso, lesões no neurônio motor superior, como observadas na doença de Parkinson e na esclerose múltipla, que afetam as vias descendentes do cérebro, podem levar a retardo da sensação, retenção urinária e, conseqüentemente, incontinência por transbordamento.[28] [29] O uso de diuréticos pode causar poliúria, polaciúria e urgência urinária. Além disso, o consumo de cafeína pode causar aumento da frequência e urgência.[13] [30] [31] [32]

Outros fatores de risco menos significativos para a incontinência urinária incluem pós-menopausa, comprometimento funcional, história familiar de incontinência, enurese na infância e tosse crônica. Além disso, afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência (por exemplo, diabetes mellitus, depressão, insuficiência cardíaca crônica).[4] [5] [23] [24] [25] [26] Cirurgias genitourinárias e pélvicas, bem como exposição a radiação, consumo de bebidas alcoólicas, uso de analgésicos narcóticos e de vários agentes farmacológicos (por exemplo, anti-histamínicos, sedativos, hipnóticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, agonistas alfa-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio), podem atuar na etiologia da incontinência urinária.

Fisiopatologia

A micção é um ato voluntário controlado pelo sistema nervoso central.[33] Os sinais são coordenados pelo centro pontino da micção. O armazenamento da urina requer a contração dos esfíncteres uretrais internos e externos e o relaxamento da bexiga. Os nervos somáticos medeiam a contração do esfíncter uretral externo, ao passo que os nervos simpáticos deflagram a contração do esfíncter uretral interno. O nervo pudendo estimula o esfíncter uretral externo, que é sustentado pela parede vaginal lateral em ambos os lados, especificamente pelo músculo elevador do ânus, pela fáscia e pelos anexos ligamentosos. Os estímulos voluntários e involuntários de entrada recebidos por essas estruturas resultam em um aumento da resistência de saída, o que ajuda a manter a continência urinária. Além disso, o plexo vascular da submucosa contribui para manter o turgor uretral e, portanto, está envolvido no fechamento sustentado do esfíncter uretral.

A micção requer o relaxamento coordenado do esfíncter uretral e a contração da bexiga. O início desse processo está sob o controle do sistema nervoso parassimpático e é deflagrado por sinais que se originam em S2-S4 da medula espinhal e viajam ao longo dos nervos hipogástricos. Uma vez estimuladas, as terminações desses nervos liberam o neurotransmissor acetilcolina, que por sua vez se liga aos receptores muscarínicos localizados na bexiga. Os subtipos de receptores presentes são, principalmente, M2 e M3. Ocorre a contração do músculo liso da bexiga (o músculo detrusor), resultando no fluxo urinário através da uretra relaxada.

A inibição da micção é controlada pelo centro pontino de armazenamento, que recebe sinais aferentes da bexiga distendida. Depois, esses sinais são mediados por um ramo do sistema nervoso simpático que se origina em T11-L2 da medula espinhal. Esses nervos liberam noradrenalina, a qual se liga aos receptores beta na parede da bexiga e aos receptores alfa no colo vesical e uretra. A ligação da noradrenalina deflagra

o relaxamento do músculo liso no nível da bexiga, inibindo a contração do músculo detrusor. Ao mesmo tempo, a estimulação simpática nos receptores alfa provoca contração muscular. Esse evento coordenado inibe a micção. Ambos os tipos de sistema nervoso autônomo contêm estímulos de entrada aferentes que reconhecem o preenchimento da bexiga, os quais são fibras A-delta e C contidas tanto nas vias parassimpáticas quanto simpáticas.

Acredita-se que a incontinência de urgência seja causada por qualquer ruptura nesse processo bem coordenado de micção. As teorias atuais propõem uma origem neurogênica ou miogênica. Um esquema de tratamento comumente usado se concentra nos receptores muscarínicos da bexiga. Por outro lado, a incontinência urinária de esforço tende a ser causada por uma anormalidade anatômica, como cistocele ou hiper mobilidade uretral. As estruturas de suporte da bexiga e/ou da uretra podem alterar o sistema de tal modo que a pressão de fechamento uretral não é mais mantida ou não excede mais a pressão intra-abdominal durante a atividade de esforço, criando assim um gradiente de pressão que favorece a perda de urina, ainda que involuntariamente.[33] Por outro lado, as estruturas de suporte podem estar intactas, mas a uretra pode ser fraca. Essa ocorrência é denominada deficiência intrínseca do esfíncter.

Classificação

Terminologia padronizada da função do trato urinário inferior[1]

A classificação clínica dos diferentes tipos de incontinência é a seguinte:

- Incontinência urinária de esforço – perda involuntária motivada por esforço, atividade física, espirros ou tosse
- Incontinência de urgência – perda involuntária acompanhada ou imediatamente precedida por urgência
- Bexiga hiperativa (hiperatividade do músculo detrusor) - urgência com ou sem incontinência de urgência; geralmente com polaciúria e noctúria, na ausência de uma afecção metabólica ou patológica subjacente.
- Incontinência mista – combinação dos sintomas de incontinência urinária de esforço e de urgência
- Enurese noturna – eliminação involuntária de urina durante o sono
- Incontinência contínua – perda contínua de urina
- Incontinência por transbordamento – perda de urina de uma bexiga superdistendida; essa terminologia não é mais amplamente usada
- Outra - perda involuntária em situações não contempladas por outras classificações (ou seja, durante a atividade sexual ou mudança na posição do corpo).

Prevenção primária

As mulheres que fazem exercícios para os músculos do assoalho pélvico durante a gestação têm um risco menor de incontinência urinária no final da gestação e no período pós-parto imediato.^[47] Os benefícios em longo prazo não são conhecidos.

Rastreamento

Nenhum programa formal de rastreamento é atualmente recomendado.

Em 2018, a Women's Preventive Services Initiative (WPSI), uma coalizão de organizações de mulheres profissionais da saúde dos Estados Unidos, sugeriu que o rastreamento de mulheres para incontinência urinária seja realizada anualmente, com a justificativa de que muitas mulheres não apresentam sintomas, mas podem se beneficiar de avaliação e tratamento adequados.^[57] No entanto, a opinião de especialistas aconselha cautela na implementação do rastreamento até que uma avaliação mais aprofundada dos benefícios e danos do rastreamento de incontinência urinária esteja disponível.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher multipara de 40 anos de idade apresenta-se ao seu clínico geral com uma história de 10 anos de perda de urina associada com tosse ou espirros. A perda de urina começou pouco tempo depois de seu terceiro parto natural e se tornou gradualmente mais frequente. Também ocorre quando realiza esforço físico e durante relações sexuais. Ela se sente muito constrangida com esse problema, o qual tem restringido suas atividades sociais. A história médica e a revisão dos medicamentos foram inúteis.

Caso clínico #2

Uma mulher de 66 anos de idade (grávida 3, para 2) apresenta urgência e aumento da frequência urinária. Ela relata necessidade de urinar até 12 vezes ao dia e 2 a 3 vezes durante a noite. Ultimamente, a urgência surge de maneira tão forte e repentina que ela não consegue chegar ao banheiro, ocorrendo a perda de urina. Isso geralmente acontece assim que ela chega em casa e sai do carro ou ao levantar da cama pela manhã.

Outras apresentações

A incontinência urinária associada tanto à urgência incontrolável quanto à ocorrência durante atividade de esforço é denominada incontinência urinária mista. A perda involuntária de urina também pode decorrer de alterações nos divertículos uretrais e anomalias urológicas congênitas, como ureteres ectópicos e fístulas geniturinárias. A incontinência associada aos divertículos uretrais frequentemente é descrita como gotejamento após a micção ou como perda de uma quantidade adicional de urina ao final da micção. Ureteres ectópicos e fístulas geniturinárias (ou seja, vesicovaginais ou vesicocervicais) são tratos anômalos entre a bexiga e os órgãos genitais, por intermédio dos quais a urina se desvia do mecanismo esfinteriano normal da uretra e, por conseguinte, extravasa continuamente. São condições incomuns. Em países com recursos limitados, as fístulas geniturinárias podem ser observadas após parto natural prolongado ou obstruído. Em países ricos, essas fístulas ocorrem com maior frequência após cirurgia, malignidade ou irradiação pélvica.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O objetivo da avaliação é identificar o tipo de incontinência (ou seja, urinária de esforço, de urgência ou mista) e excluir a presença de uma afecção subjacente complexa ou que ofereça potencial risco de vida (por exemplo, compressão da medula espinhal ou esclerose múltipla), o que justifica a avaliação e o tratamento por um especialista.

Avaliação clínica

Atenção especial à história obstétrica e ginecológica é importante para determinar qualquer fator de risco predisponente, incluindo o número de gestações, bem como o tipo de parto e a história de partos assistidos, além de trauma obstétrico e cirurgia pélvica.

Outros fatores e sintomas urinários que devem ser eliciados incluem:

- Perda involuntária de urina por esforço, atividade física, espirros ou tosse (o que sugere incontinência urinária de esforço)
- Perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência (o que sugere incontinência de urgência)
- Ingestão de cafeína e líquidos
- Consumo de bebidas alcoólicas
- História de constipação crônica
- História de tabagismo
- Noctúria
- Disúria, hematúria ou história conhecida de infecções do trato urinário (ITUs)
- Gotejamento após a micção
- Aumento da frequência urinária
- Incontinência fecal
- História familiar de incontinência
- História de enurese na infância
- O estado mental também é avaliado, particularmente em pacientes mais idosas. Demência, depressão e comprometimento cognitivo causados, por exemplo, por acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, doença de Parkinson e síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), foram associadas à incontinência. Um número significativo de mulheres com incontinência urinária de esforço pode ser diagnosticado com base somente na história[48]
- História de lesão nas costas/quedas
- Estado hormonal
- Prolapso vaginal
- Idade
- Peso
- Etnia branca
- Permanência prolongada em unidade de cuidados
- Envolvimento em atividades ou hábitos do estilo de vida, incluindo atividades físicas de alto impacto, que aumentam a pressão intra-abdominal.

Uma revisão completa dos medicamentos também é fundamental, já que alguns podem apresentar efeitos colaterais significativos no sistema urogenital – em particular aqueles com efeitos anticolinérgicos, como os anti-histamínicos, os antidepressivos e os antipsicóticos. Bloqueadores dos canais de cálcio e agonistas alfa-adrenérgicos também foram associados à retenção urinária e à dificuldade de micção. Algumas afecções clínicas crônicas, como tosse crônica, esclerose múltipla, insuficiência cardíaca crônica e diabetes mellitus, podem estar associadas à incontinência. Portanto, uma história médica detalhada deve ser eliciada.

O preenchimento de um diário miccional irá auxiliar na análise da ingestão de líquidos e no padrão de micções com precisão.[49] Ele é registrado ao longo de 1 a 3 dias. Questionários padronizados, como o Urinary Distress Inventory [Urogenital Distress Inventory: UDI-6] ou o Questionário de Impacto de Incontinência [Incontinence Impact Questionnaire: short form IIQ-7] também são úteis para a classificação do tipo de incontinência e para a determinação da gravidade e de seu impacto na qualidade de vida.[50] [51]

Exame físico

O exame físico identificará qualquer alteração anatômica ou neurológica que possa contribuir para os sintomas da paciente.

- O abdome e as costas são examinados em busca de massas e sensibilidade. Reflexos bulbocavernosos e superficiais anais indicam que as vias do nervo sacral, que são fundamentais para a função normal da bexiga, estão prejudicadas.
- O exame retal é importante para verificar a sensação perineal e o tônus do esfíncter, impactação fecal ou massa retal.
- O exame especular para avaliar a parede vaginal anterior e a uretra pode revelar secreção ou sensibilidade uretral, que sugerem divertículo uretral, carcinoma ou inflamação. O acúmulo de urina na vagina estabelece a necessidade de um exame detalhado para identificar a presença de qualquer trato fistuloso, particularmente em pacientes já submetidas a cirurgia ou irradiação pélvica.
- Sinais de atrofia urogenital, como palidez das mucosas ou eritema, indicam deficiência de estrogênio circulante nos órgãos urogenitais. Isso pode causar urgência, aumento da frequência e/ou incontinência urinária.
- A presença de uma protuberância vaginal causada por prolapso do órgão pélvico, como cistocele, pode indicar fraqueza das estruturas de suporte da uretra/bexiga, ocasionando diversas alterações, como acotovelamento uretral, esvaziamento incompleto da bexiga ou retenção urinária.
- Um exame bimanual também fornece informações importantes sobre o tamanho e a conformação dos órgãos pélvicos, caso estejam presentes. A compressão mecânica da bexiga decorrente de um útero aumentado e volumoso pode provocar urgência e aumento da frequência urinária devido à restrição da capacidade de distensão da bexiga na pelve já ocupada.

Investigações

O teste de esforço com a bexiga vazia em posição supina é realizado na primeira visita. É demonstrado pela perda de urina observada com tosse ou com a manobra de Valsalva imediatamente após a micção e pode indicar formas graves de incontinência urinária de esforço ou deficiência intrínseca do esfíncter. O teste de esforço por tosse também pode ser realizado durante os exames de rotina.

Medição do resíduo pós-miccional e urinálise são os primeiros testes a serem solicitados. Eles podem ser realizados durante a primeira consulta, sem uma ordem sequencial ou até mesmo simultaneamente. A medição do resíduo pós-miccional permite avaliar o volume de urina na bexiga após a micção. Essa medição é feita por meio de cateterismo estéril ou ultrassonografia de boa precisão, e pode diferenciar entre o esvaziamento adequado da bexiga e a retenção urinária.[52] A urinálise pode ajudar a identificar as afecções subjacentes que possam contribuir para a incontinência urinária. Por exemplo, as ITUs e a poliúria induzida por glicosúria, como observado no diabetes mellitus, podem produzir sintomas de bexiga hiperativa. A falha de medidas conservadoras para a incontinência urinária indica a necessidade de encaminhamento a um especialista em incontinência para uma avaliação mais detalhada. Uma avaliação urodinâmica pode ajudar a diferenciar os tipos de incontinência, se não estiverem claros, especialmente se os resultados de exames menos invasivos forem inconclusivos. Pode ser útil em casos complicados (insucesso em cirurgia anti-incontinência, história de cirurgia pélvica ou irradiação pélvica).[53] O teste do cotonete (Q-tip test) ou ultrassonografia para avaliar o grau de mobilidade uretral e o teste do absorvente (pad test) (realizado quando a incontinência urinária não é evidente ou para confirmar uma fonte urinária) também podem ser usados para diferenciar os tipos de incontinência.[50] Por fim, na avaliação de pacientes complexos, incluindo aqueles com hematúria ou incontinência de urgência refratária, a cistoureteroscopia é útil para excluir outras patologias (ou seja, fístula, corpo estranho, tumor, cistite intersticial).

Fatores de risco

Fortes

idade mais avançada

- A incidência e a prevalência aumentam com a idade.[7]

gestação

- Maior paridade, parto natural e episiotomia estão associadas à incontinência urinária de esforço. Ela decorre de enfraquecimento e distensão dos músculos e do tecido conjuntivo durante o parto, bem como de danos aos nervos pudendo e pélvico.[11] [12] [13] [14] [15]

obesidade

- O excesso de peso aumenta a pressão nos tecidos pélvicos, causando distensão crônica, alongamento e enfraquecimento de músculos, nervos e outras estruturas pélvicas.[16] [17]

sintomas do trato urinário inferior

- Ardência ao urinar, problemas para iniciar a micção, incapacidade de cessar o fluxo urinário, necessidade de fazer esforço e pressão ao urinar, vontade de urinar mais de uma vez para esvaziar a bexiga e noctúria são precursores potenciais da incontinência urinária.[13] [18]

permanência prolongada em unidade de cuidados

- Observou-se alta correlação com a taxa de comorbidades clínicas crônicas (por exemplo, tosse crônica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca crônica) que podem estar associadas à incontinência. Também está correlacionada com o aumento da gravidade da incontinência, requerendo cuidados mais diretos.[37] [38]

demência

- Associada com o aumento da incidência em mulheres idosas.[19]

constipação

- Esforços defecatórios prolongados, repetidos e crônicos contribuem para neuropatia e disfunção progressivas.[13] [14] A incontinência urinária concomitante à constipação crônica em mulheres jovens com história duradoura de incontinência urinária pode indicar espinha bífida oculta.

incontinência fecal

- A condição comumente coexiste com a incontinência urinária, particularmente em idosos e pessoas que residem em instituições asilares.

atividade física de alto impacto

- Atividades extenuantes, como levantamento de peso, aumentam o estresse nas estruturas pélvicas de apoio, o que leva à distensão e ao enfraquecimento de músculos, nervos e outras estruturas pélvicas, resultando em incontinência urinária.[20] [21]

prolapso de órgão pélvico

- A posição anormal do colo vesical pode impedir a transmissão normal de pressão durante o aumento da pressão intra-abdominal. A frouxidão da musculatura e da fáscia do assoalho pélvico pode impedir a compressão da uretra contra uma barreira normal.[\[22\]](#)

acidente vascular cerebral (AVC)

- Interrupção das vias inibitórias do sistema nervoso central estará associada à incontinência urinária de estresse, de urgência e por transbordamento.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) A hiper-reflexia do músculo detrusor em decorrência de lesões do neurônio motor superior após o AVC pode se manifestar como urgência urinária e incontinência de urgência.

Doença de Parkinson

- A incontinência pode ser uma consequência direta do dano neurológico causado pela doença de Parkinson ou ter uma causa indireta, resultante das limitações físicas impostas pela doença. A doença de Parkinson também pode levar à bradicinesia do esfíncter externo, que pode contribuir para a obstrução urinária. As lesões no neurônio motor superior, como observadas na doença de Parkinson e na esclerose múltipla, que afetam as vias descendentes do cérebro, podem levar a retardo da sensação, retenção urinária e, conseqüentemente, incontinência por transbordamento.[\[28\]](#) [\[29\]](#)

esclerose múltipla

- As lesões no neurônio motor superior, como observadas na doença de Parkinson e na esclerose múltipla, que afetam as vias descendentes do cérebro, podem levar a retardo da sensação, retenção urinária e, conseqüentemente, incontinência por transbordamento.[\[28\]](#) [\[29\]](#)

uso de diuréticos

- Pode causar poliúria, aumento da frequência e urgência.[\[13\]](#) [\[30\]](#) [\[31\]](#) [\[32\]](#)

consumo de cafeína

- Pode causar aumento da frequência e urgência.[\[13\]](#) [\[30\]](#) [\[31\]](#) [\[32\]](#)

Fracos

etnia branca

- Estudos sugerem prevalência mais alta de incontinência em mulheres brancas em comparação com mulheres negras, asiáticas e hispânicas.[\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#)

pós-menopausa

- A depleção de estrogênio resulta na atrofia das camadas superficiais e intermediárias do epitélio da mucosa uretral. Isso provoca uretrite atrófica, diminuição do selante da mucosa uretral, perda de complacência e irritação, possivelmente ocasionando incontinência urinária de esforço ou de urgência.

comprometimento funcional

- A deficiência de mobilidade ou as deficiências sensoriais (ou seja, visão prejudicada) que contribuem para a limitação da mobilidade estão associadas à incontinência urinária de esforço.[\[34\]](#) [\[35\]](#) [\[36\]](#) A relação entre o comprometimento funcional e a condição não é bem compreendida. As possibilidades

incluem a dificuldade de chegar ao banheiro e tirar a roupa; além disso, a condição pode ser consequência de uma fragilidade geral em pacientes idosas ou de uma doença sistêmica subjacente, como um acidente vascular cerebral.

história familiar de incontinência

- Aumento do risco de incontinência urinária e de sintomas graves se parentes de primeiro grau forem afetados.[39] [40] [41]

enurese na infância

- Observou-se correlação com incontinência urinária em adultos.[42] [43]

tosse crônica

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[4] [5] [23] [24] [25] [26]

diabetes mellitus

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[4] [5] [23] [24] [25] [26] O diabetes comumente resulta em bexiga neurogênica sensorial, que predispõe à incontinência por transbordamento.

depressão

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[4] [5] [23] [24] [25] [26]

insuficiência cardíaca crônica

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[4] [5] [23] [24] [25] [26]

tabagismo

- Pode contribuir para a tosse crônica e interferir na síntese de colágeno.[4] [44]

cirurgias geniturinárias e pélvicas

- Os anexos musculofasciais da bexiga que se fixam na parede pélvica circundante podem ser rompidos durante o procedimento. Também podem ocorrer danos aos nervos em alguns procedimentos (por exemplo, histerectomia).[45] Além disso, a cirurgia abdominopélvica está associada a um risco inerente de lesão direta do trato urinário, o que pode ocasionar fístula urinária.

exposição à radiação

- Pode causar lesão no tecido conjuntivo, resultando em elasticidade e mobilidade reduzidas (uretra "em cano de ferro" – lead pipe), o que pode ocasionar incontinência urinária de esforço. A diminuição da complacência da bexiga em decorrência de radiação pode ocasionar baixa capacidade da bexiga e irritação da mucosa, resultando em sintomas irritativos da bexiga e em urgência urinária.[46] Fístulas urinárias também podem se formar após a irradiação da pelve.

consumo de bebidas alcoólicas

- Pode causar sedação, mobilidade prejudicada e diurese.[13] [30] [31] [32] A combinação de mobilidade prejudicada, confusão associada ao consumo de bebidas alcoólicas e sedação, juntamente com a diurese intensificada, pode contribuir para a doença.

uso de anti-histamínicos

- Aqueles com efeitos anticolinérgicos foram associados à xerostomia, que, por sua vez, leva a uma maior ingestão de líquidos e ao potencial para retenção urinária por meio da inibição da atividade contrátil da bexiga, ocasionando a incontinência por transbordamento. Também pode causar sedação.[13] [30] [31] [32]

uso de sedativos

- Causa sedação, relaxamento muscular e confusão.[13] [30] [31] [32]

uso de hipnóticos

- Causa sedação, relaxamento muscular e confusão.[13] [30] [31] [32]

uso de analgésicos narcóticos

- Foi associado a retenção urinária, impactação fecal, sedação e delirium. Pode levar à incontinência por transbordamento.

uso de anticolinérgicos

- Foi associado à xerostomia, que, por sua vez, leva a uma maior ingestão de líquidos e ao potencial para retenção urinária através da inibição da atividade contrátil da bexiga, ocasionando a incontinência por transbordamento. Também causa sedação.[13] [30] [31] [32]

uso de antidepressivos

- A ação anticolinérgica de alguns antidepressivos provoca supressão da contração da bexiga e aumento do tônus do colo vesical mediado por alfa-adrenérgicos. O consequente aumento da resistência de saída da bexiga manifesta-se por retenção urinária, urgência urinária, aumento da frequência e incontinência por transbordamento.

uso de antipsicóticos

- A ação anticolinérgica de alguns antipsicóticos provoca supressão da contração da bexiga e aumento do tônus do colo vesical mediado por receptores alfa-adrenérgicos. O consequente aumento da resistência de saída da bexiga manifesta-se por retenção urinária, urgência urinária, aumento da frequência e incontinência por transbordamento. Também causa sedação.

uso de agonistas alfa-adrenérgicos

- Foi associado à retenção urinária e à dificuldade de micção, o que pode levar à incontinência por transbordamento.

uso de bloqueadores dos canais de cálcio

- Foi associado à retenção urinária e à dificuldade de micção, o que pode levar à incontinência por transbordamento.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem idade avançada, gestação, obesidade, sintomas do trato urinário inferior, residência de longo prazo em unidade de cuidados, demência, constipação, incontinência fecal, atividade física de alto impacto, prolapso de órgão pélvico, acidente vascular cerebral (AVC), doença de Parkinson, esclerose múltipla, uso de diuréticos e consumo de cafeína.

perda involuntária de urina por esforço, atividade física, espirros ou tosse (comum)

- Sugere incontinência urinária de esforço.

perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência (comum)

- Sugere incontinência de urgência.

aumento da frequência urinária (comum)

- Ajuda a diferenciar o tipo de incontinência.

diário miccional sugestivo (comum)

- Um diário de 3 dias registra cada micção e a ingestão de líquidos ao longo do dia. Documentação dos eventos de incontinência, dos horários em que ocorrem e de qualquer sintoma associado ou eventos precedendo a perda de urina (ou seja, urgência ou espirros).

protuberância vaginal/pressão (comum)

- O prolapso de órgão pélvico indica falta de tecidos de suporte da vagina e dos órgãos adjacentes, como a bexiga. Um útero aumentado pode causar micção anormal ou incontinência urinária de esforço.

atrofia urogenital (comum)

- Tecido urogenital fino, pálido e pouco vascularizado.

história de comprometimento cognitivo (incomum)

- Doenças neurológicas, como acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, doença de Parkinson e síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), podem afetar as vias neuronais do sistema geniturinário, provocando urgência ou incontinência urinária.

lesão nas costas (incomum)

- Sugere possível déficit neurológico.

disúria (incomum)

- Sugestiva de infecção do trato urinário

estado mental anormal (incomum)

- Anormalidades (por exemplo, déficits de memória) podem sugerir demência, que é comum em indivíduos idosos.

acúmulo de urina no trato vaginal (incomum)

- Sugere uma fístula geniturinária.

secreção ou sensibilidade uretral (incomum)

- Pode sugerir divertículo uretral, carcinoma ou inflamação.

Outros fatores de diagnóstico

noctúria (comum)

- Ocorre na bexiga hiperativa

reflexos bulbocavernosos e de piscamento anormais (comum)

- O reflexo anal é realizado tocando-se suavemente a pele na lateral do ânus. Em circunstâncias normais, visualiza-se reflexo superficial anal ou contração do ânus. De maneira similar, o reflexo pudendo-anal, que envolve a estimulação do clitóris, provoca a contração do esfíncter anal e dos músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos. Reflexos anormais sugerem a interrupção do reflexo sacral.

tônus enfraquecido do esfíncter (comum)

- Reflete um suporte muscular precário do esfíncter uretral. Teste de esforço positivo com a bexiga vazia em posição supina pode indicar tônus enfraquecido do esfíncter.

insuficiência cardíaca crônica (incomum)

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#)

diabetes mellitus (incomum)

- Afecções clínicas crônicas podem estar associadas à incontinência.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) O diabetes comumente resulta em bexiga neurogênica sensorial, que predispõe à incontinência por transbordamento.

excesso de ingestão de líquidos (incomum)

- Pode ser associado ao aumento do débito urinário.

gotejamento após a micção (incomum)

- Em geral, é observado com divertículos uretrais.

hematúria (incomum)

- Sugere infecção do trato urinário (ITU), que pode contribuir para a urgência urinária, polaciúria e incontinência de urgência. É importante ressaltar que a presença de hematúria sem etiologia identificável indica a necessidade de uma investigação de câncer de bexiga, especialmente em mulheres com fatores de risco aumentados, como idade >40 anos, uso de tabaco, exposição ocupacional ou sintomas urinários irritativos persistentes (urgência, polaciúria, disúria e incontinência).

história de infecções recorrentes do trato urinário (incomum)

- Sugestiva de infecção do trato urinário

útero aumentado (incomum)

- Provoca a compressão mecânica da bexiga, causando urgência e aumento da frequência urinária.

impactação fecal (incomum)

- Sinal de disfunção do assoalho pélvico, manifestada por alterações anorretais.

perda da sensação do períneo (incomum)

- Sugere interrupção da entrada de estímulos neurológicos no períneo.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
teste de esforço com a bexiga vazia em posição supina <ul style="list-style-type: none"> • A paciente deve realizar a manobra de Valsalva enquanto está na posição de litotomia dorsal, imediatamente após a micção espontânea. Se for observado vazamento do meato uretral, o teste é positivo. 	perda de urina
urinálise <ul style="list-style-type: none"> • A infecção do trato urinário pode causar urgência, polaciúria e/ou incontinência urinária. Se os resultados sugerirem infecção do trato urinário, pode-se solicitar cultura de urina para confirmação. • Pode indicar malignidade subjacente. O exame é repetido para confirmação, e neste ponto mais avaliações para determinar a etiologia estão justificadas. 	normal ou pode exibir leucócitos, nitritos, eritrócitos com infecção subjacente ou malignidade
medição do resíduo pós-miccional (RPM) <ul style="list-style-type: none"> • Isso é feito após uma micção espontânea. • Pode confirmar retenção urinária, se houver suspeita de incontinência por transbordamento. • Determinada por ultrassonografia ou cateterismo estéril. • O RPM ≥ 100 mL pode ser considerado indicador de retenção urinária. Entretanto, não há uma definição estabelecida para RPM elevado. Pode ser indicativo de disfunção miccional ou obstrução de saída. 	elevada se for ≥ 100 mL ou $\geq 50\%$ de volume miccional
teste de esforço por tosse <ul style="list-style-type: none"> • Realizado durante avaliação de rotina em uma paciente incontinente. A bexiga é enchida com 300 mL de fluido estéril e a paciente realiza a manobra de Valsalva enquanto está na posição de litotomia dorsal. Se for observado vazamento do meato uretral, o teste é positivo. Se não, a paciente realiza o teste na posição ortostática. Se for observado vazamento, o teste é positivo. 	perda de urina

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
teste do absorvente (pad test) <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser realizado quando a incontinência urinária não é evidente ou para confirmar uma fonte urinária. • Pode ser feito após 1 hora de atividade com a bexiga cheia ou durante um período de 24 a 48 horas. • Se os resultados não forem claros, pode-se administrar fenazopiridina oral para diferenciar entre perda urinária e secreções vaginais: teste do absorvente (pad test) com Pyridium (fenazopiridina). 	positivo se o peso do absorvente for >1 g em 1 hora ou >4 g em 24 horas

Exame	Resultado
teste urodinâmico <ul style="list-style-type: none"> • Pode ajudar a diferenciar os tipos de incontinência, se não estiverem claros, especialmente se os resultados de exames menos invasivos forem inconclusivos. Útil em casos complicados (insucesso em cirurgia anti-incontinência, história de cirurgia pélvica, prolapso dos órgãos pélvicos avançado ou irradiação pélvica).^[53] • A bexiga é enchida com fluido estéril. Alterações como primeira sensação, vontade de urinar e capacidade da bexiga são registradas eletronicamente durante a fase de enchimento e armazenamento. A perda de urina pela uretra durante manobras provocativas, como a tosse, é registrada. • O teste urodinâmico não é necessário antes da cirurgia para incontinência urinária de esforço não complicada se testes clínicos, como teste de esforço por tosse ou testes de esforço com a bexiga vazia em posição supina, forem positivos.^[54] 	a perda de urina é reproduzida durante o teste
teste do cotonete (Q-tip test) <ul style="list-style-type: none"> • O teste pode ser realizado no momento do teste urodinâmico ou no exame pélvico de acompanhamento para esclarecer o tipo da doença. Um cotonete lubrificado é inserido na uretra até o colo vesical. A manobra de Valsalva na posição de litotomia dorsal provoca a deflexão do ângulo do cotonete em relação à linha basal (eixo horizontal). Os resultados podem impactar o manejo cirúrgico. • A hipermobilidade uretral (>30 graus) pode levar o médico a realizar um procedimento cirúrgico corretivo (ou seja, cirurgia de sling), enquanto a falta de mobilidade pode levar o médico a tratar uma anormalidade esfíncteriana com um procedimento alternativo, como injeções periuretrais de materiais. Entretanto, a aplicabilidade deste teste varia significativamente entre os profissionais.^[55] 	alteração ≥30 graus
ultrassonografia transperineal <ul style="list-style-type: none"> • A mobilidade uretral é um fator associado à incontinência de esforço. A ultrassonografia transperineal pode identificar anormalidades estruturais e funcionais do colo vesical e uretra. O colo vesical anormal (hipermóvel) descendente é usado como um marcador de mobilidade uretral.^[56] 	dor no colo vesical descendente ≥25 cm
cistoureteroscopia <ul style="list-style-type: none"> • Pode auxiliar no diagnóstico de pacientes complexos, incluindo aqueles que apresentam hematúria ou história de cirurgia pélvica, ou aqueles que não obtiveram sucesso nos tratamentos tradicionais. • O exame pode ser realizado na clínica. Primeiro um cistoscópio de grau zero é usado para visualizar a uretra. Depois, um cistoscópio de 70 graus é colocado na bexiga para avaliar a anatomia normal ou a presença de patologia, incluindo fístula vesicovaginal ou uretrovaginal, corpo estranho, tumor/massa ou cistite intersticial. 	pode revelar fístula, corpo estranho, tumor ou cistite intersticial

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fístula urogenital (fístula uretrovaginal, ureterovaginal e vesicovaginal)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda contínua de urina sem associação a outros sintomas ou ao tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após a realização do exame pélvico, bem como do exame especular para a visualização direta do acúmulo vaginal e/ou de trato fistuloso, pode-se realizar uma cistoscopia, uma cistouretrografia miccional, um pielograma intravenoso (IV) ou retrógrado para avaliar e identificar o local de suspeita da fístula urogenital.
Ureter ectópico	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil de diferenciar clinicamente. • A apresentação é variável, dependendo da localização do orifício ureteral. 	<ul style="list-style-type: none"> • A incontinência total decorrente de ureter ectópico ou uretrocele pode ser visualizada durante exame físico ou cistouretroscopia. Um pielograma IV pode mostrar anatomia anormal.
Infecção do trato urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Polaciúria e queimação com micção. Pode haver hematúria. 	<ul style="list-style-type: none"> • A urinálise pode mostrar leucócitos, eritrócitos e nitritos. • A cultura de urina pode ser positiva.
Uretrite/vaginite atrófica	<ul style="list-style-type: none"> • Polaciúria e irritação na micção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança no índice de maturação celular da mucosa, de células superficiais para uma predominância de células parabasais. • Pode haver aumento do pH vaginal.
Gestação	<ul style="list-style-type: none"> • Polaciúria sem irritação ou incontinência. • Baixo volume percebido da bexiga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonadotrofina coriônica humana (hCG) na urina positiva.

Abordagem passo a passo do tratamento

Abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida constituem o tratamento inicial preferido para esta condição. A redução do peso e da ingestão de cafeína e líquidos pode melhorar os sintomas.[58] [59] [60] A melhora da função muscular pélvica e o treinamento vesical, quando apropriados, também podem ser úteis.[61]

A farmacoterapia e a cirurgia para a incontinência urinária de esforço podem ser consideradas em casos graves. Para a incontinência de urgência, o tratamento adicional pode incluir farmacoterapia, neuromodulação ou toxina botulínica tipo A. O tratamento da incontinência mista deve ser determinado pelos sintomas predominantes ou de acordo com os resultados do teste urodinâmico. Ou seja, se os sintomas sugerirem principalmente incontinência urinária de esforço (por exemplo, perda involuntária de urina por esforço, atividade física, espirros ou tosse) ou se o teste urodinâmico revelar um diagnóstico de incontinência urinária de esforço, as pacientes devem ser tratadas para essa condição. Se os sintomas sugerirem principalmente incontinência de urgência (por exemplo, perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência) ou se o teste urodinâmico revelar um diagnóstico de hiperatividade do músculo detrusor, as pacientes devem ser tratadas para incontinência de urgência.

Técnicas comportamentais e mudanças de estilo de vida

Podem ser usadas para tratar incontinência urinária de esforço e de urgência, e são os tratamentos iniciais de primeira escolha. Elas devem ser oferecidas para pacientes motivadas que não desejam submeter-se à cirurgia ou não querem depender de medicamentos ou dispositivos externos. As intervenções no estilo de vida englobam perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, trabalho e exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62] [63]

As abordagens comportamentais podem melhorar o controle do detrusor e a função muscular da pelve.[64] [65] [66] Quando usada em combinação com terapia medicamentosa, a terapia comportamental mostrou melhora dos resultados por meio da diminuição da frequência de eventos urgentes de incontinência.[61] [67] Os tratamentos adequados para pacientes com incontinência de urgência incluem treinamento vesical e micção programada.[68]

- A micção programada/imediata é usada para ensinar as pacientes a iniciarem a micção por si próprias. Pode ser usada em todas as pacientes, mas em geral é utilizada em pacientes com demência ou comprometimento cognitivo e naquelas que residem em instituições asilares.[64] [65] É recomendada para pacientes que podem aprender a reconhecer a bexiga cheia ou que podem pedir ajuda quando for necessário.
- O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distender a bexiga (por exemplo, ajustando a ingestão de líquidos) ou atrasar a micção.[66] [68] [69]

Os tratamentos comportamentais para a incontinência urinária de esforço incluem exercícios para a musculatura pélvica (exercícios de Kegel) e dispositivos vaginais.[68] [70]

- Reabilitação da musculatura pélvica: os exercícios para a musculatura pélvica (exercícios de Kegel ou dos músculos do assoalho pélvico) fortalecem os músculos voluntários periuretrais e paravaginais.[61] 1[B]Evidence Eles podem ser combinados com treinamento vesical, biofeedback ou estimulação elétrica funcional.

- Os dispositivos vaginais (por exemplo, pessários contra incontinência) dão suporte mecânico ao colo vesical sem prejudicar a função do assoalho pélvico. Mostrou-se que eles são eficazes em um número significativo de mulheres com incontinência urinária de esforço e de urgência.[72] 2[A]Evidence
- O biofeedback é um método educativo que usa instrumentos eletrônicos ou mecânicos para transmitir informações às pacientes sobre os processos fisiológicos. As informações são transmitidas às pacientes por meios visuais, auditivos ou táteis.[74] Pode ser usado como adjuvante aos exercícios para o assoalho pélvico.[75] [76]

Recomenda-se o treinamento do músculo do assoalho pélvico (TMAP) com treinamento vesical em mulheres com incontinência urinária mista.[68] Além disso, o TMAP pode ser usado como um programa de tratamento conservador de primeira linha para mulheres com incontinência, embora a eficácia em longo prazo ainda deva ser determinada.[61]

O estímulo elétrico funcional (FES) é uma técnica para estimular eletricamente o nervo pudendo e os músculos do assoalho pélvico e é administrado por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A técnica mostrou melhora significativa dos sintomas de incontinência urinária de esforço e de urgência.[77] 3[B]Evidence A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78] A terapia anticolinérgica em combinação com FES ou treinamento da bexiga pode reduzir significativamente a frequência de micção.[79]

Agentes farmacológicos para incontinência de urgência

Os agentes farmacológicos podem melhorar a hiperatividade do músculo detrusor, inibindo a atividade contrátil da bexiga. Os medicamentos usados incluem anticolinérgicos, agonistas do receptor beta-3 adrenérgico, antidepressivos tricíclicos e medicamentos musculotrópicos. Para a incontinência de urgência com hiperatividade do músculo detrusor, a oxibutinina e a tolterodina são o tratamento de escolha.[66] Se esses tratamentos forem ineficazes, a mirabegrona, a solifenacina, o tróspio, a darifenacina, a fesoterodina e a propantelina podem ser usados.[70] [80] [81] Dados de um ensaio clínico randomizado e controlado sugerem que a terapia combinada com solifenacina e mirabegrona é mais efetiva que monoterapia e placebo na melhora dos sintomas relacionados à incontinência de urgência, incluindo melhora no volume miccional e redução da frequência miccional e episódios de urgência.[82]

Agentes farmacológicos para incontinência urinária de esforço

Na incontinência urinária de esforço causada por insuficiência do esfíncter uretral, a terapia farmacológica de primeira linha consiste em pseudoefedrina, caso não haja contraindicações. Ela também é útil em pacientes consideradas de alto risco para a cirurgia.[70] A imipramina é recomendada se os medicamentos de primeira linha não forem eficazes.[83] A duloxetina, embora não seja aprovada pela Food and Drug Administration para a terapia de incontinência urinária de esforço nos EUA, tem sido amplamente estudada e usada em outros países.[84] Pode-se adicionar estrogênio local se a paciente for menopausada.4[C]Evidence Pode-se usar estrogênio na forma de creme, comprimidos vaginais ou anel para fornecer estrogênio local ao tecido vaginal e uretral com baixas concentrações deste hormônio.[55] [70] [85]

Tratamento cirúrgico

Recomendado para incontinência urinária de esforço. A cirurgia é indicada se o tratamento conservador falhar ou se a paciente solicitar uma terapia mais definitiva.[63] Os fatores associados à falha cirúrgica incluem hiperatividade sintomática do músculo detrusor, cirurgia prévia, obesidade, tosse crônica,

hipoestrogenismo, idade avançada, radioterapia prévia, atividade física intensa e desnutrição.[83] Se o defeito primário for hipermobilidade ou deslocamento uretral, pode-se realizar procedimentos tipo sling, incluindo slings retropúbicos, transobturadores ou mini-slings e suspensão retropúbica (por exemplo, colpossuspensão de Burch). Com o uso da técnica de colpossuspensão retropúbica pode haver um ressurgimento, visto que novos dados mostram que, 5 anos após colpossuspensão retropúbica aberta, 70% das mulheres podem esperar a eliminação do defeito[86] e está associada a menor disfunção miccional e uso de cateter no pós-operatório do que o procedimento de sling.[87] Suspensão do colo vesical com agulha e reparos vaginais anteriores não são recomendados como opções cirúrgicas para incontinência urinária de esforço por conta das baixas taxas de sucesso demonstradas.[88]

Nos procedimentos de implantação de slings sob uretra média, coloca-se uma fina tira de rede de polipropileno na uretra média para compensar a ineficiência dos ligamentos pubouretrais. O uso de uma tension-free vaginal tape baseia-se na teoria de que a fisiopatologia da incontinência urinária de esforço é decorrente de uma deficiência dos ligamentos pubouretrais.5[C]Evidence Um estudo com 90 mulheres operadas nas quais foi colocada a tension-free vaginal tape demonstrou 90% de continência 17 anos após a operação.[89] Modificações da abordagem na colocação do sling, incluindo a posição "top-down" e um transobturador, foram desenvolvidas e atualmente estão sendo usadas. A abordagem com o transobturador tem o benefício adicional de evitar o espaço retropúbico e, portanto, diminuiu o risco de causar perfuração da bexiga.[90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] Em 12 meses após a operação, os slings retropúbicos e transobturadores de uretra média parecem ter eficácia equivalente.[94] [98] No entanto, independentemente da via, slings transobturadores ou retropúbicos médio-uretrais mostraram ser eficazes em médio e longo prazos, com dados de longo prazo cada vez mais favoráveis.[94] [99] Há alguma evidência de que os slings retropúbicos têm uma taxa de cura subjetiva mais alta e menor necessidade de repetir a cirurgia após 5 anos.[100] O avanço mais recente do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço é a introdução de um mini-sling.[101] Embora estes mini-slings sejam menos invasivos, sem incisões externas na pele, sua eficácia e durabilidade em longo prazo são desconhecidas. O mini-sling é comparável à tension-free vaginal tape em um ano, mas apresenta taxas de incontinência pós-operatória mais elevadas: 16% versus 5%.[101] [102]

A colocação de slings médio-uretrais em mulheres com incontinência urinária de esforço e prolapso concomitantes também é importante. Essas mulheres têm menos incontinência urinária de esforço sintomática após reparo do prolapso quando se realiza implantação de sling sob uretra média. Por exemplo, um estudo revelou que 17% das mulheres submetidas a reparo do prolapso precisaram de sling adicional.[103]

Os procedimentos cirúrgicos para a incontinência urinária de esforço com deficiência intrínseca do esfíncter incluem procedimentos com sling, injeções periuretrais de materiais e colocação de esfíncteres artificiais.[66] [83] 6[A]Evidence Entretanto, estudos mostraram que, embora a abordagem com o transobturador tenha diminuído o risco de perfuração da bexiga e de disfunção miccional, as taxas de cura para mulheres com deficiência intrínseca do esfíncter são mais baixas que para mulheres com slings retropúbicos. Portanto, os slings transobturadores e os novos mini-slings não são recomendados para essa população.[104] [105] [106] O uso de malha/adeseivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo.[107]

A injeção periuretral de materiais é usada quando existe incontinência urinária de esforço na ausência de hiperomobilidade uretral, como terapia de segunda linha após falha de cirurgia anti-incontinência

ou em pacientes que não são boas candidatas para cirurgias. Vários materiais estão disponíveis. O Macroplastique é um polímero de silicone que tem apresentado resultados muito promissores, com 64% de melhora em 18 meses.[108] [109] O Coaptite, uma hidroxiapatita cálcica em um meio de gel, também pode ser usado. Esferas de carbono Durasphere também estão disponíveis. Não foram publicadas comparações entre os agentes de preenchimento, embora o ácido hialurônico dextranômero tenha sido retirado do mercado nos EUA devido a efeitos colaterais locais.[110]

Outras considerações

A neuromodulação é uma nova opção terapêutica que tem sido usada no manejo da bexiga hiperativa (hiperatividade do músculo detrusor) refratária à farmacoterapia.[111] Ela pode ser administrada por via percutânea para atingir a entrada aferente do nervo tibial posterior ou diretamente via nervo sacral (InterStim). A neuromodulação do nervo tibial demonstrou taxas de sucesso que atingiram 71% em pacientes que completaram a terapia de 12 semanas.[112] [113] Uma melhora de 56% a 71% nos sintomas de bexiga hiperativa (urgência, polaciúria e incontinência) foi mantida após 5 anos após a terapia com InterStim.[114]

A injeção de toxina botulínica tipo A na parede da bexiga também se mostrou eficaz para a hiperatividade do músculo detrusor.[115] [116] [117] Esse recurso pode ser considerado uma alternativa à neuromodulação caso a farmacoterapia não obtenha êxito. Pacientes que não responderam a terapia com um ou mais anticolinérgicos foram tratados com êxito com toxina botulínica do tipo A.[118] Este procedimento reduz significativamente a incontinência de urgência neurogênica e melhora a capacidade cistométrica em 6 semanas pós-tratamento.[119]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Em curso		(resumo)
Incontinência urinária de esforço		
<ul style="list-style-type: none"> com insuficiência do esfíncter uretral 	1a	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	mais	farmacoterapia
	adjunto	estrogênio
	adjunto	procedimento de sling ou injeção periuretrais de materiais
<ul style="list-style-type: none"> com hipermobilidade ou deslocamento uretral 	adjunto	cirurgia
Incontinência de urgência		
	1a	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	2a	farmacoterapia

Em curso		(resumo)
	mais	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	3a	neuromodulação
	mais	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	3a	toxina botulínica A
	mais	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
incontinência mista		
■ incontinência urinária de esforço predominante	1a	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	adjunto	farmacoterapia ou procedimento cirúrgico
■ incontinência de urgência predominante	1a	abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida
	adjunto	farmacoterapia ou neuromodulação ou toxina botulínica tipo A

Opções de tratamento

Em curso

Incontinência urinária de esforço

incontinência urinária de esforço

1a

abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

» As técnicas comportamentais são oferecidas para pacientes motivadas que não desejam submeter-se à cirurgia ou não querem depender de medicamentos ou dispositivos externos. Intervenções no estilo de vida, exercícios para a musculatura pélvica (exercícios de Kegel), [68] dispositivos vaginais, biofeedback e estímulo elétrico funcional podem ser usados.

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica. [58] [59] [60] [62]

» Os dispositivos vaginais dão suporte mecânico ao colo vesical sem prejudicar a função do assoalho pélvico. No entanto, os dados para dar suporte a dispositivos mecânicos são inconclusivos. [73] [120] 7[A]Evidence

» Os exercícios para a musculatura pélvica fortalecem os músculos voluntários periuretrais e paravaginais. [61] 1[B]Evidence

» A complementação dos exercícios para a musculatura pélvica inclui biofeedback e estímulo elétrico funcional. [75] 3[B]Evidence

■ **com insuficiência do esfíncter uretral**

mais

farmacoterapia

Opções primárias

» **pseudoefedrina**: 15-50 mg por via oral três vezes ao dia

Opções secundárias

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **duloxetina**: 40 mg por via oral duas vezes ao dia

» A terapia de primeira linha é a pseudoefedrina.

» Caso não seja eficaz, pode-se usar imipramina.

Em curso

» A duloxetina, embora não seja aprovada pela Food and Drug Administration para a terapia de incontinência urinária de esforço nos EUA, tem sido amplamente estudada e usada em outros países.[84]

adjunto estrogênio**Opções primárias**

» **estrogênios conjugados**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **estradiol vaginal**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Pode-se adicionar estrogênio local se a paciente for menopausada.^{4[C]}^{Evidence} Pode-se usar estrogênio na forma de creme, comprimidos vaginais ou anel para fornecer estrogênio local ao tecido vaginal e uretral com baixas concentrações deste hormônio.[70] [85]

adjunto procedimento de sling ou injeção periuretrais de materiais

» Indicado se o tratamento conservador falhar ou se a paciente solicitar uma terapia mais definitiva.[63]

» Na injeção uretral, micropartículas de silicone, esferas revestidas de carbono ou Coaptite (hidroxiapatita cálcica em um meio de gel) são injetadas por via transuretral ou periuretral no tecido periuretral no colo vesical e na uretra proximal. É uma intervenção de segunda linha em pacientes com falha em cirurgia anti-incontinência prévia ou destinada àquelas que não são boas candidatas para a cirurgia. Excipientes periuretrais são usados para tratar uma uretra com suporte esfíncteriano precário. O Macroplastique mostrou taxas de melhora de 75% em 6 meses e de 64% em 18 meses.[108]

» O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo.[107]

com hipermobilidade ou deslocamento uretral**adjunto cirurgia**

» Pode-se realizar suspensão retropúbica (procedimentos de Burch ou Marshall-Marchetti-

Em curso

Krantz).[121] 8[A]Evidence Um procedimento de sling também é considerado.

» A colpossuspensão retropúbica (colpossuspensão de Burch) estabiliza a parede vaginal anterior, o colo vesical e a uretra proximal em uma posição retropúbica. Isso previne sua descida e permite a compressão uretral contra uma camada suburetral estável. Pode haver um ressurgimento nesse procedimento. Novos dados mostram que, 5 anos após colpossuspensão retropúbica aberta, 70% das mulheres podem esperar a eliminação do defeito.[86]

» Nos procedimentos de implantação de slings sob uretra média, coloca-se uma fina tira de rede de polipropileno na uretra média para compensar a ineficiência dos ligamentos pubouretrais.6[A]EvidenceO uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [107]

» Existem vários tipos de sling no mercado, inclusive slings retropúbicos e transobturadores médio-uretrais e o mini-sling. Em 12 meses após a operação, os slings retropúbicos e transobturadores de uretra média parecem ter eficácia equivalente.[98] Os slings transobturadores, no entanto, devem ser usados com cautela em mulheres com deficiência intrínseca do esfíncter.[106]

» Um estudo com 90 mulheres operadas nas quais foi colocada a tension-free vaginal tape demonstrou 90% de continência em 17 anos após a operação.[89] O mini-sling é comparável à tension-free vaginal tape, mas apresenta incontinência pós-operatória mais elevada, de 16% versus 5%.[101]

» As taxas de cura subjetivas do uso de um sling sob uretra média após fracasso em uma cirurgia anterior de incontinência urinária de esforço são de 62% a 100%.[122] Os slings foram considerados mais eficazes que os agentes de colpossuspensão e de preenchimento.[87]

» A colocação de slings médio-uretrais em mulheres com incontinência urinária de esforço e prolapso concomitantes também é importante. Essas mulheres têm menos incontinência urinária de esforço sintomática após reparo

Em curso

do prolapso quando se realiza implantação de sling sob uretra média. Por exemplo, um estudo revelou que 17% das mulheres submetidas a reparo do prolapso precisaram de sling adicional.[103]

incontinência de urgência

1a **abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida**

» Os tratamentos comportamentais incluem treinamento vesical e micção programada.[68] Os exercícios para a musculatura pélvica podem ser combinados com treinamento vesical.[61] [68] O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distensão vesical (por exemplo, ajustar a ingestão de líquidos) ou de atrasar a micção.[69] A micção programada ensina as pacientes a iniciarem a micção por si próprias.[64]

» Estímulo elétrico funcional (FES) pode ser usado em conjunto com os exercícios para o assoalho pélvico.3[B]Evidence Essa técnica é realizada duas vezes ao dia, por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78]

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62]

2a **farmacoterapia****Opções primárias**

» **oxibutinina**: 2.5 a 5 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia; 5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 30 mg/dia

OU

» **tolterodina**: 1-2 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia; 2-4 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia

Opções secundárias

Em curso

» **mirabegron**: 25-50 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **solifenacina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **tróspio**: 20 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia; 60 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia

OU

» **darifenacina**: 7.5 a 15 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia

OU

» **fesoterodina**: 4-8 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia

OU

» **oxibutinina transdérmica**: aplicar 1 adesivo (3.9 mg/dia) duas vezes por semana

OU

» **oxibutinina tópica**: gel (3%): aplicar 3 bombas (84 mg) na pele uma vez ao dia; gel (10%): aplicar 1 embalagem (100 mg) na pele uma vez ao dia

OU

» **solifenacina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

-e-

» **mirabegron**: 25-50 mg por via oral uma vez ao dia

Opções terciárias

» **propantelina**: 15-30 mg por via oral uma a três vezes ao dia

» Agentes anticolinérgicos são os medicamentos prescritos com maior frequência para a incontinência de urgência. Eles atuam bloqueando os receptores muscarínicos no músculo detrusor, que são estimulados pela acetilcolina.

Em curso

» Oxibutinina e tolterodina por via oral são o tratamento de escolha. Se a oxibutinina ou a tolterodina falharem, a solifenacina, o tróspio, a fesoterodina, a darifenacina, a oxibutinina transdérmica ou a propantelina podem ser usados.[70] [80] [123]

» A mirabegrona, um agonista do receptor beta-3 adrenérgico, demonstrou reduções significativas na incontinência e nas micções em comparação com o placebo, sem efeitos colaterais anticolinérgicos.[81] Dados de um ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC) sugerem que a terapia combinada com solifenacina e mirabegrona é mais efetiva que monoterapia e placebo na melhora dos sintomas relacionados à incontinência de urgência, incluindo melhora no volume miccional e redução da frequência miccional e episódios de urgência.[82]

» Os antidepressivos tricíclicos não devem ser usados em pacientes mais idosos.[70]

mais

abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

» Os tratamentos comportamentais incluem treinamento vesical e micção programada.[68] Os exercícios para a musculatura pélvica podem ser combinados com treinamento vesical.[61] [68] O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distensão vesical (por exemplo, ajustar a ingestão de líquidos) ou de atrasar a micção.[69] A micção programada ensina as pacientes a iniciarem a micção por si próprias.[64]

» Estímulo elétrico funcional (FES) pode ser usado em conjunto com os exercícios para o assoalho pélvico.3[B]Evidence Essa técnica é realizada duas vezes ao dia, por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78]

» A terapia anticolinérgica em combinação com FES ou treinamento da bexiga pode reduzir significativamente a frequência de micção.[79]

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62]

Em curso

3a neuromodulação

» Uma nova opção de manejo que tem sido usada no tratamento da bexiga hiperativa (hiperatividade do músculo detrusor) refratária à farmacoterapia. Ela pode ser administrada por via percutânea para atingir a entrada aferente do nervo tibial posterior ou diretamente via nervo sacral (InterStim).

» Uma melhora de 56% a 71% nos sintomas (urgência, aumento da frequência, incontinência) foi mantida por 5 anos após a neuromodulação do nervo sacral.[114]

» A neuromodulação do nervo tibial teve taxa de êxito de 71% em pacientes que completaram 12 semanas de terapia.[112] [113] [124]

mais abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

» Os tratamentos comportamentais incluem treinamento vesical e micção programada.[68] Os exercícios para a musculatura pélvica podem ser combinados com treinamento vesical.[61] [68] O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distensão vesical (por exemplo, ajustar a ingestão de líquidos) ou de atrasar a micção.[69] A micção programada ensina as pacientes a iniciarem a micção por si próprias.[64]

» Estímulo elétrico funcional (FES) pode ser usado em conjunto com os exercícios para o assoalho pélvico.3[B]Evidence Essa técnica é realizada duas vezes ao dia, por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78]

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62]

3a toxina botulínica A**Opções primárias**

» **toxina botulínica do tipo A:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Em curso

» A injeção de toxina botulínica tipo A na parede da bexiga também se mostrou eficaz para a hiperatividade do músculo detrusor.[115] [116] [117] Este procedimento reduz significativamente a incontinência de urgência neurogênica e melhora a capacidade cistométrica em 6 semanas pós-tratamento.[119] Estudos mostram que ela é mais eficaz que o placebo, com continência completa em 22.9% versus 6.5% no placebo.[81] Esse tratamento pode ser considerado para pessoas que não conseguem tolerar a xerostomia decorrente de anticolinérgicos, mas que tenham taxas mais elevadas de retenção urinária.[125] A toxina botulínica tipo A pode ser considerada uma alternativa à neuromodulação caso a farmacoterapia não obtenha êxito. Pacientes que não responderam a terapia com um ou mais anticolinérgicos foram tratados com êxito com toxina botulínica A.[118]

mais

abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

» Os tratamentos comportamentais incluem treinamento vesical e micção programada.[68] Os exercícios para a musculatura pélvica podem ser combinados com treinamento vesical.[61] [68] O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distensão vesical (por exemplo, ajustar a ingestão de líquidos) ou de atrasar a micção.[69] A micção programada ensina as pacientes a iniciarem a micção por si próprias.[64]

» Estímulo elétrico funcional (FES) pode ser usado em conjunto com os exercícios para o assoalho pélvico.3[B]Evidence Essa técnica é realizada duas vezes ao dia, por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78]

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62]

incontinência mista

■ **incontinência urinária de esforço predominante**

1a

abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

Em curso

» As técnicas comportamentais são oferecidas para pacientes motivadas que não desejam submeter-se à cirurgia ou não querem depender de medicamentos ou dispositivos externos. Intervenções no estilo de vida, exercícios para a musculatura pélvica (exercícios de Kegel), [68] dispositivos vaginais, biofeedback e estímulo elétrico funcional podem ser usados.

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica. [58] [59] [60] [62]

» Os dispositivos vaginais dão suporte mecânico ao colo vesical sem prejudicar a função do assoalho pélvico. [73] 7[A]Evidence

» Os exercícios para a musculatura pélvica fortalecem os músculos voluntários periuretrais e paravaginais. [61] 1[B]Evidence

» A complementação dos exercícios para a musculatura pélvica inclui biofeedback e estímulo elétrico funcional. [75] 3[B]Evidence

adjunto farmacoterapia ou procedimento cirúrgico

» Para pacientes com incontinência mista, o tratamento deve ser determinado pelos sintomas predominantes ou de acordo com os resultados do teste urodinâmico. Ou seja, se os sintomas sugerirem principalmente incontinência urinária de esforço (por exemplo, perda involuntária de urina por esforço, exercícios, espirros ou tosse) ou se o teste urodinâmico revelar um diagnóstico de incontinência urinária de esforço, as pacientes devem ser tratadas para essa condição. [126]

■ **incontinência de urgência predominante**

1a

abordagens comportamentais e mudanças de estilo de vida

» Os tratamentos comportamentais incluem treinamento vesical e micção programada. [68] Os exercícios para a musculatura pélvica podem ser combinados com treinamento vesical. [61] [68] O treinamento vesical (condicionamento da bexiga/micção programada) envolve técnicas de distensão vesical (por exemplo, ajustar a ingestão de líquidos) ou de atrasar a micção. [69] A micção programada ensina as pacientes a iniciarem a micção por si próprias. [64]

» Estímulo elétrico funcional (FES) pode ser usado em conjunto com os exercícios para o assoalho pélvico. 3[B]Evidence Essa técnica

Em curso

é realizada duas vezes ao dia, por meio de uma sonda colocada na vagina ou no reto. A FES pode ser tão benéfica quanto a terapia do assoalho pélvico e algumas farmacoterapias, e pode ser usada em conjunto com outras terapias.[78]

» As intervenções no estilo de vida incluem perda de peso, redução de cafeína, manejo hídrico, redução do esforço físico (por exemplo, exercícios), abandono do hábito de fumar e resolução da constipação crônica.[58] [59] [60] [62]

adjunto farmacoterapia ou neuromodulação ou toxina botulínica tipo A

» Para pacientes com incontinência mista, o tratamento deve ser determinado pelos sintomas predominantes ou de acordo com os resultados do teste urodinâmico. Ou seja, se os sintomas sugerirem, principalmente, incontinência de urgência (por exemplo, perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência) ou se o teste urodinâmico revelar um diagnóstico de hiperatividade do músculo detrusor, as pacientes devem ser tratadas para incontinência de urgência.

Recomendações

Monitoramento

As pacientes devem ser acompanhadas por seus médicos anualmente para identificar qualquer alteração na sintomatologia e obter instruções sobre os exercícios do músculo do assoalho pélvico (exercícios de Kegel) e mudanças de comportamento. Foram desenvolvidos diversos métodos para o monitoramento objetivo e subjetivo da incontinência urinária persistente. Os métodos recomendados incluem diários miccionais, testes de esforço por tosse, questionários do paciente e avaliação urodinâmica para diferenciar a incontinência persistente e os sintomas miccionais irritativos.

Instruções ao paciente

As pacientes devem ser aconselhadas sobre a perda de peso (se apropriado), sobre a redução da ingestão de cafeína e sobre como evitar a constipação. As fumantes também devem receber apoio para interromper o uso de tabaco.

As pacientes podem se beneficiar da realização regular dos exercícios de Kegel para atenuar a perda de urina ao rir, tossir ou espirrar. O principal aspecto para bons resultados com os exercícios de Kegel é a prática. As pacientes devem ser instruídas a realizar esses exercícios da seguinte forma:

- Localizar o grupo muscular correto colocando 2 dedos dentro da vagina e apertando ao redor, ou tentar interromper o fluxo de urina no momento da micção.
- Os músculos do estômago, das pernas e dos glúteos devem permanecer relaxados ao contrair os músculos do assoalho pélvico.
- Contrair os músculos do assoalho pélvico o mais forte possível e contar até 5, depois relaxar contando novamente até 5. Repetir esse procedimento 30 vezes ao dia (3 séries de 10).
- Contrair os músculos do assoalho pélvico o mais forte possível e depois relaxar em uma rápida sequência. Repetir de 25 a 50 vezes ao dia (5 séries de 10).

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
retenção urinária relacionada à cirurgia	curto prazo	média
O tratamento envolve drenagem prolongada da bexiga seguida de teste de esvaziamento ou autocateterismo intermitente para limpeza.		
infecção do trato urinário relacionada à cirurgia	curto prazo	média
O tratamento consiste em um ciclo de antibióticos, com escolha orientada pelas sensibilidades.		
perfuração da bexiga relacionada à cirurgia	curto prazo	baixa
Reconhecimento imediato por cistoscopia e correção de forma intraoperatória. Pode exigir drenagem prolongada da bexiga.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
hemorragia relacionada à cirurgia	curto prazo	baixa
Transusão de hemoderivados, se indicado. Raramente necessita de exploração.		
lesão intestinal relacionada à cirurgia	curto prazo	baixa
Exige reconhecimento clínico ou estudos radiológicos. Exploração e reparo de enterotomia.		
erosão de materiais cirúrgicos	curto prazo	baixa
Ocorre em <5%. ^[129]		
revisão ou remoção do sling relacionada à cirurgia	longo prazo	média
Entre 5% a 35% dos slings precisam de revisão ou remoção.		
doenças miccionais relacionadas à cirurgia	variável	média
Ocorre em 2% a 37% dos procedimentos de slings e em 4% a 11% das fitas sem tensão. ^[130]		
complicações de feridas operatórias	variável	baixa
Fechamento tardio da deiscência da parede vaginal se houver sinais de infecção e tratamento com apropriado esquema de antibioticoterapia.		

Prognóstico

Essa doença tem impacto significativo na qualidade de vida das pacientes, incluindo perda da autoestima e redução da capacidade de se exercitarem, socializarem e se manterem independentes. À medida que a condição piora, a dependência de cuidadores aumenta, levando à restrição da interação social.^{[127] [128]} O tratamento é direcionado à melhora da qualidade de vida e deve ser individualizado de acordo com a gravidade do impacto. Nenhum tratamento é totalmente curativo, e terapia combinada pode ser benéfica.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Urinary incontinence

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

Urinary incontinence in women: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Internacional

Joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction

Publicado por: International Urogynecological Association; International Continence Society

Última publicação em:
2017

Incontinence: Fifth International Consultation on Incontinence, Paris

Publicado por: European Association of Urology; International Consultation on Urological Diseases

Última publicação em:
2013

Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guideline for research and clinical practice

Publicado por: International Urogynecological Association

Última publicação em:
2008

América do Norte

Urinary incontinence in women

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2015

Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment

Publicado por: American Urogynecologic Society; American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2014 (re-affirmed 2017)

Diretrizes de tratamento

Europa

Urinary incontinence

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

Urinary incontinence in women: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Internacional

Incontinence: Fifth International Consultation on Incontinence, Paris

Publicado por: European Association of Urology; International Consultation on Urological Diseases

Última publicação em:
2013

América do Norte

Surgical treatment of female stress urinary incontinence

Publicado por: American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction

Última publicação em:
2017

Urinary incontinence in women

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2015

Nonsurgical management of urinary incontinence in women

Publicado por: American College of Physicians

Última publicação em:
2014

Recursos online

1. [Urogenital Distress Inventory: UDI-6](#) (*external link*)
2. [Incontinence Impact Questionnaire: short form IIQ-7](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Melhora da incontinência: há evidências de qualidade moderada de que os exercícios para os músculos do assoalho pélvico são mais eficazes que a ausência de tratamento, placebo, tratamento ineficaz ou suplementos de estrogênio no aumento da cura percebida pela paciente ou na melhora da incontinência.^[71]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Melhora dos sintomas: há evidências de alta qualidade sob a forma de ensaio clínico de tratamentos ambulatoriais para a perda de urina associada ao esforço (ambulatory treatments for leakage associated with stress - ATLAS), um estudo randomizado que avalia o uso de pessários, terapia comportamental e uma combinação de ambos.^[73] O ensaio clínico mostrou que, após 12 meses, tanto a terapia comportamental quanto os pessários foram efetivos na redução dos sintomas de incontinência e que a terapia combinada não resultou em melhoras significativas em relação a nenhuma das duas terapias isoladas.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
3. Redução da frequência de episódios de incontinência: há evidências de qualidade moderada de que o estímulo elétrico do assoalho pélvico é mais eficaz que a ausência de tratamento ou que a simulação do estímulo elétrico do assoalho pélvico, e pode ser tão eficaz quanto os cones vaginais na redução da frequência de episódios de incontinência.^[71] Entretanto, o estímulo elétrico do assoalho pélvico está associado com taxas mais altas de sensibilidade e sangramento vaginal que os cones vaginais.
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
4. Melhora da incontinência: há evidências de baixa qualidade de que os suplementos de estrogênios usados em curto prazo possam ser mais eficazes que o placebo para a melhora ou cura da incontinência.^[71] Há evidências de qualidade moderada de que os suplementos de estrogênio são menos eficazes que os exercícios para os músculos do assoalho pélvico, mas tão eficazes quanto os agonistas de adrenoceptores e o estímulo elétrico do assoalho pélvico para a melhora ou cura da incontinência. Entretanto, há preocupações quanto à segurança do uso prolongado de estrogênio. Os suplementos orais de estrogênio podem aumentar o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de câncer de mama em mulheres menopausadas sem útero, e o estrogênio sem oposição em mulheres com útero foi associado a aumento do risco de câncer de endométrio.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
5. Cura da incontinência: há evidências de baixa qualidade de que as tension-free vaginal tape e os slings suburetrais possam ser igualmente eficazes na cura da incontinência dentro de 6 meses.^[71]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

6. Cura da incontinência: há evidências de alta qualidade de que os slings suburetrais são tão eficazes quanto a colpossuspensão retropúbica aberta na cura da incontinência.[71] Há evidências de baixa qualidade de que os slings suburetrais parecem ser tão eficazes quanto a suspensão com agulhas na cura da incontinência em 1 ano, mas têm maior probabilidade de aumento nas complicações perioperatórias.

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

7. Melhora da incontinência: há evidências de alta qualidade de que os cones vaginais são mais eficazes que a ausência de tratamento ou que o aconselhamento para o uso de uma proteção de continência no aumento de cura autorrelatada ou nas taxas de melhora em 6 a 12 meses, e tão eficazes quanto os exercícios para os músculos do assoalho pélvico ou quanto o estímulo elétrico do assoalho pélvico na melhora ou cura da incontinência.[71] Os cones vaginais foram associados à vaginite e à dor abdominal, e a desvantagem é a dificuldade de manter a motivação para o uso.

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

8. Cura da incontinência: há evidências de alta qualidade de que a colpossuspensão retropúbica aberta tem maior probabilidade de levar à cura da incontinência em comparação com o reparo vaginal anterior, e parece ser tão eficaz quanto os slings suburetrais para a cura da incontinência.[71] A colpossuspensão retropúbica aberta está associada a um maior número de efeitos adversos se comparada com o tratamento não cirúrgico, mas apresenta menos complicações cirúrgicas que a suspensão com agulhas.

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2017 Feb;36(2):221-44.
- Rachaneni S, Latthe P. Does preoperative urodynamics improve outcomes for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015 Jan;122(1):8-16. [Texto completo](#)
- Ford AA, Rogerson L, Cody JD, et al. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 31;(7):CD006375. [Texto completo](#)
- Ford AA, Ogah JA. Retropubic or transobturator mid-urethral slings for intrinsic sphincter deficiency-related stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2016 Jan;27(1):19-28.

Referências

1. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2017 Feb;36(2):221-44.
2. Sgadari A, Topinkovaa E, Bjornson J, et al. Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 (Suppl 2):49-54.
3. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, et al. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Aug;189(2):428-34.
4. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, et al. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2002 Dec;100(6):1230-8.
5. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, et al. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol*. 2003 Jan;101(1):149-56.
6. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS, et al. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol*. 2006 Feb;175(2):601-4.
7. Hannestad YS, Rortveit G, Sadvik H, et al. A community-based epidemiologic survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT Study. *J Clin Epidemiol*. 2000 Nov;53(11):1150-7.

8. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds); European Association of Urology; International Consultation on Urological Diseases. Incontinence. Fifth International Consultation on Incontinence, Paris. February 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
9. Wilson L, Park GE, Luc KO, et al. Annual direct costs of urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2001 Sep;98(3):398-406.
10. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, et al. The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol.* 2006 Apr;107(4):908-16. [Texto completo](#)
11. Burgio KL, Locher JL, Zycznski H, et al. Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: characteristics and predisposing factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7(2):69-73.
12. Viktrup L, Lose G, Rolff M, et al. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol.* 1992 Jun;79(6):945-9.
13. Alling Moller L, Lose G, Jergensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000 Sep;96(3):446-51.
14. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 1996 Sep;88(3):470-8.
15. Deffieux X. Urinary incontinence and pregnancy [in French]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2009 Dec;38(8 Suppl):S212-31.
16. Burgio KL, Mathews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol.* 1991 Nov;146(5):1255-9.
17. Dwyer PL, Lee ET, Hat DM. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988 Jan;95(1):91-6.
18. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, et al. Prevalence of urinary incontinence and other urologic symptoms in the non-institutionalized elderly. *J Urol.* 1986 Nov;136(5):1022-5.
19. Skelly J, Flint AJ. Urinary incontinence associated dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Mar;43(3):286-94.
20. Nygaard IE, Thompson FL, Svegalis SL, et al. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstet Gynecol.* 1994 Aug;84(2):183-7.
21. Nygaard I, Delancy JO, Arnsdorf L, et al. Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol.* 1990 May;75(5):848-51.
22. Bent AE, Ostergard DR, Cundiff GW, et al. *Urogynecology and pelvic floor dysfunction: pathophysiology.* Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
23. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn.* 1999;18(6):567-77.

24. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, et al. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Jan;56(1):M14-8.
25. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol*. 2002 Aug;100(2):226-9.
26. Thom DH, Haan MN, Van den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risk of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing*. 1997 Sep;26(5):367-74.
27. Shin DC, Shin SH, Lee MM, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in female stroke patients: a randomized, controlled and blinded trial. *Clin Rehabil*. 2016 Mar;30(3):259-67.
28. Swash M, Snooks SJ, Chalmes DH. Parity as a factor in incontinence in multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 1987 May;44(5):504-8.
29. Andrews J, Nathan P. Lesions of the anterior frontal lobes and disturbances of micturition and defecation. *Brain*. 1964 Jun;87:233-62.
30. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol*. 2000 Jul;96(1):85-9.
31. Montella J, Wordell CJ. The effects of drugs on the lower urinary tract. In: Ostergard D, Bent A, eds. *Urogynecology and urodynamics*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1996.
32. Movig KL, Leufkens HG, Belitser SV, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced urinary incontinence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002 Jun;11(4):271-9.
33. Huggins ME, Ostergard DR. Pathophysiology of urinary incontinence. In: Ghoneim G, Davila GW, eds. *Practical guide to female pelvic medicine*. Oxford, UK: Taylor & Francis; 2006.
34. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc*. 1996 Sep;44(9):1049-54.
35. Landi F, Cesari M, Russo A, et al. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age Ageing*. 2003 Mar;32(2):194-9.
36. Nelson R, Furner S, Jesudason V. Urinary incontinence in Wisconsin skilled nursing facilities: prevalence and association in common with fecal incontinence. *J Aging Health*. 2001 Nov;13(4):539-47.
37. Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995 Mar 15;122(6):438-49.
38. Palmer MH, German PS, Ouslander JG. Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission. *Res Nurs Health*. 1991 Dec;14(6):405-12.
39. Rohr G, Kragstrup J, Gaist D, et al. Genetic and environmental influences on urinary incontinence: a Danish population-based twin study of middle-aged and elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Oct;83(10):978-82.

40. Mushkat Y, Bukovsky I, Langer R. Female urinary stress incontinence: does it have familial prevalence? *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Feb;174(2):617-9.
41. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, et al. Familial risk of urinary incontinence in women: population-based cross sectional study. *BMJ.* 2004 Oct 16;329(7471):889-91. [Texto completo](#)
42. Swithinkbank LV, Brookes ST, Shepherd RB, et al. The natural history of urinary symptoms during adolescence. *Br J Urol.* 1998 May;81(suppl 3):90-3.
43. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health.* 1999 Aug;53(8):453-8. [Texto completo](#)
44. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Nov;167(5):1213-8.
45. Brown JS, Sawaya G, Thom DH, et al. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet.* 2000 Aug 12;356(9229):535-9.
46. Parkin DE, Davis JA, Symonds RP. Urodynamic findings following radiotherapy for cervical carcinoma. *Br J Urol.* 1988 Mar;61(3):213-7.
47. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Dec 22;(12):CD007471. [Texto completo](#)
48. Martin JL, Williams KS, Sutton AJ, et al. Systematic review and meta-analysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(7):674-83.
49. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al. The urinary diary in evaluation of urinary incontinence in women: a test retest analysis. *Obstet Gynecol.* 1988 Jun;71(6 Pt 1):812-7.
50. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Jan;19(1):5-33. [Texto completo](#)
51. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (eds). Symptom and quality of life assessment. Incontinence volume 1: basics and evaluation. Third International Consultation on Incontinence, June 26-29, 2004. International Continence Society/Société Internationale d'Urologie. Paris: Editions 21; 2005.
52. Borrie MJ, Campbell K, Arcese ZA, et al. Urinary retention in patients in a geriatric rehabilitation unit; prevalence, risk factors and validity of bladder scan. *Rehabil Nurs.* 2001 Sep-Oct;26(5):187-91.
53. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med.* 2012 May 24;366(21):1987-97. [Texto completo](#)
54. Rachaneni S, Latthe P. Does preoperative urodynamics improve outcomes for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2015 Jan;122(1):8-16. [Texto completo](#)

55. Committee on Practice Bulletins - Gynecology and the American Urogynecologic Society. ACOG Practice Bulletin no. 155: urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol.* 2015 Nov;126(5):e66-81.
56. Naranjo-Ortiz C, Shek KL, Martin AJ, et al. What is normal bladder neck anatomy? *Int Urogynecol J.* 2016 Jun;27(6):945-50.
57. O'Reilly N, Nelson HD, Conry JM, et al; Women's Preventive Services Initiative. Screening for urinary incontinence in women: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med.* 2018 Aug 14 [Epub ahead of print]. [Texto completo](#)
58. Subak LL, Wing R, West DS, et al; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med.* 2009 Jan 29;360(5):481-90. [Texto completo](#)
59. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol.* 2009 Dec;182(6 Suppl):S2-7. [Texto completo](#)
60. Wing RR, Creasman JM, West DS, et al. Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):284-92. [Texto completo](#)
61. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 May 14;(5):CD005654. [Texto completo](#)
62. Wilson PD, Bo K, Hay-Smith J, et al. Conservative treatment in women. *Incontinence.* Plymouth, UK: Plymbridge Distributors Ltd; 2002:571-624.
63. Thakar R, Stanton S. Regular review; management of urinary incontinence in women. *BMJ.* 2000 Nov 25;321(7272):1326-31. [Texto completo](#)
64. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA.* 1991 Feb 6;265(5):609-13.
65. Fantl JA, Hurt WG, Dunn LJ. Detrusor instability syndrome: the use of bladder retraining drills with and without anticholinergics. *Am J Obstet Gynecol.* 1981 Aug 15;140(8):885-90.
66. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence in women: management. November 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
67. Burgio KL, Kraus SR, Menefee S, et al; Urinary Incontinence Treatment Network. Behavioral therapy to enable women with urge incontinence to discontinue drug treatment: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2008 Aug 5;149(3):161-9. [Texto completo](#)
68. Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, et al. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014 Sep 16;161(6):429-40. [Texto completo](#)
69. Keating JC, Schulte EA, Miller E. Conservative care of urinary incontinence in the elderly. *J Manipulative Physiol Ther.* 1988 Aug;11(4):300-8.

70. Nygaard I, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2004 Sep;104(3):607-20.
71. Onwude JL. Stress incontinence. *BMJ Clin Evid.* 2009 Apr 14;2009. pii: 0808. [Texto completo](#)
72. Robert M, Mainprize TC. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13(5):326-9.
73. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010 Mar;115(3):609-17. [Texto completo](#)
74. Cardozo LD. Biofeedback in overactive bladder. *Urology.* 2000 May;55(5A Suppl):24-8.
75. Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison GP, et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6; (7):CD009252. [Texto completo](#)
76. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002 Nov 13;288(18):2293-9. [Texto completo](#)
77. Barroso JC, Ramos JG, Martins-Costa S, et al. Transvaginal electrical stimulation in the treatment of urinary incontinence. *BJU Int.* 2004 Feb;93(3):319-23.
78. Stewart F, Gameiro LF, El Dib R, et al. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 9;(12):CD010098. [Texto completo](#)
79. Cao Y, Lv J, Zhao C, et al. Cholinergic antagonists combined with electrical stimulation or bladder training treatments for overactive bladder in female adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Drug Investig.* 2016 Oct;36(10):801-8.
80. Hartmann KE, McPheeters ML, Biller DH, et al. Treatment of overactive bladder in women. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2009 Aug;(187):1-120.
81. Nitti VW, Dmochowski R, Herschorn S, et al. OnabotulinumtoxinA for the treatment of patients with overactive bladder and urinary incontinence: results of a phase 3, randomized, placebo controlled trial. *J Urol.* 2013 Jun;189(6):2186-93.
82. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, et al. Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: efficacy and safety results from a randomised, double-blind, dose-ranging, phase 2 study (Symphony). *Eur Urol.* 2015 Mar;67(3):577-88.
83. Agency for Healthcare Policy and Research. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR); 1996. [Texto completo](#)
84. Cardozo L, Lange R, Voss S, et al. Short- and long-term efficacy and safety of duloxetine in women with predominant stress urinary incontinence. *Curr Med Res Opin.* 2010 Feb;26(2):253-61.

85. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;(10):CD001405. [Texto completo](#)
86. Lapitan MCM, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 25;(7):CD002912. [Texto completo](#)
87. Rehman H, Bezerra CA, Bruschini H, et al. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 26;(7):CD001754. [Texto completo](#)
88. Glazener CM, Cooper K, Mashayekhi A. Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 25;(7):CD003636. [Texto completo](#)
89. Nilsson CG, Palva K, Aarnio R, et al. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2013 Aug;24(8):1265-9.
90. Amrute KV, Badlani GH. Female incontinence: a review of biomaterials and minimally invasive techniques. *Curr Opin Urol*. 2006 Mar;16(2):54-9.
91. Ho MH, Lin LL, Haessler AL, et al. Tension-free transobturator tape procedure for stress urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006 Oct;18(5):567-74.
92. Latthe PM. Review of transobturator and retropubic tape procedures for stress urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008 Aug;20(4):331-6.
93. Latthe PM, Foon R, Tooze-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG*. 2007 May;114(5):522-31. [Texto completo](#)
94. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, et al. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 31;(7):CD006375. [Texto completo](#)
95. Palva KR, Rinne K, Aukee P, et al. A randomized trial comparing tension-free vaginal tape with tension-free vaginal tape-obturator: 36-month results. *Int Urogynecol J*. 2010 Sep;21(9):1049-55.
96. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med*. 2010 Jun 3;362(22):2066-76. [Texto completo](#)
97. Nilsson CG, Palva K, Rezapour M, et al. Eleven years prospective follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Aug;19(8):1043-7.
98. Albo ME, Litman HJ, Richter HE, et al. Treatment success of retropubic and transobturator mid urethral slings at 24 months. *J Urol*. 2012 Dec;188(6):2281-7. [Texto completo](#)
99. Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, et al; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jul;211(1):71. [Texto completo](#)

100. Ford AA, Ogah JA. Retropubic or transobturator mid-urethral slings for intrinsic sphincter deficiency-related stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2016 Jan;27(1):19-28.
101. Barber MD, Weidner AC, Sokol AI, et al. Single-incision mini-sling compared with tension-free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):328-37.
102. Lee JK, Rosamilia A, Dwyer PL, et al. Randomized trial of a single incision versus an outside-in transobturator midurethral sling in women with stress urinary incontinence: 12 month results. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jul;213(1):35. [Texto completo](#)
103. van der Ploeg JM, Oude Rengerink K, van der Steen A, et al; Dutch Urogynaecology Consortium. Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial. *BJOG*. 2015 Jun;122(7):1022-30. [Texto completo](#)
104. Long CY, Hsu CS, Wu MP, et al. Comparison of tension-free vaginal tape and transobturator tape procedure for the treatment of stress urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009 Aug;21(4):342-7.
105. Latthe PM, Singh P, Foon R, et al. Two routes of transobturator tape procedures in stress urinary incontinence: a meta-analysis with direct and indirect comparison of randomized trials. *BJU Int*. 2010 Jul;106(1):68-76. [Texto completo](#)
106. Guerette NL, Bena JF, Davila GW. Transobturator slings for stress incontinence: using urodynamic parameters to predict outcomes. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Jan;19(1):97-102.
107. NHS Improvement and NHS England. Provider bulletin: 11 July 2018. Vaginal mesh: high vigilance reconstruction period. July 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
108. Ghoniem GM, Miller CJ. A systematic review and meta-analysis of Macroplastique for treating female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2013 Jan;24(1):27-36. [Texto completo](#)
109. Ghoniem G, Corcos J, Comiter C, et al. Cross-linked polydimethylsiloxane injection for female stress urinary incontinence: results of a multicenter, randomized, controlled, single-blind study. *J Urol*. 2009 Jan;181(1):204-10.
110. Kirchin V, Page T, Keegan PE, et al. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 25;(7):CD003881. [Texto completo](#)
111. Olivera CK, Meriwether K, El-Nashar S, et al; Systematic Review Group for the Society of Gynecological Surgeons. Nonantimuscarinic treatment for overactive bladder: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):34-57.
112. Govier FE, Litwiller S, Nitti V, et al. Percutaneous afferent neuromodulation for the refractory overactive bladder: results of a multicenter study. *J Urol*. 2001 Apr;165(4):1193-8.

113. Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUmiT trial. *J Urol*. 2010 Apr;183(4):1438-43.
114. van Kerrebroeck PE, van Voskuilen AC, Heesakkers JP, et al. Results of sacral neuromodulation therapy for urinary voiding dysfunction: outcomes of a prospective, worldwide clinical study. *J Urol*. 2007 Nov;178(5):2029-34. [Texto completo](#)
115. Sahai A, Khan MS, Dasgupta P. Efficacy of botulinum toxin-A for treating idiopathic detrusor overactivity: results from a single centre, randomized double blind placebo controlled trial. *J Urol*. 2007 Jun;177(6):2231-6.
116. Werner M, Schmid DM, Schuller B. Efficacy of botulinum-A toxin in the treatment of detrusor overactivity incontinence: a prospective non-randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May;192(5):1735-40.
117. Cruz F, Herschorn S, Aliotta P, et al. Efficacy and safety of onabotulinumtoxinA in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*. 2011 Oct;60(4):742-50.
118. Sievert KD, Chapple C, Herschorn S, et al. OnabotulinumtoxinA 100U provides significant improvements in overactive bladder symptoms in patients with urinary incontinence regardless of the number of anticholinergic therapies used or reason for inadequate management of overactive bladder. *Int J Clin Pract*. 2014 Oct;68(10):1246-56. [Texto completo](#)
119. Cheng T, Shuang WB, Jia DD, et al. Efficacy and safety of onabotulinumtoxina in patients with neurogenic detrusor overactivity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2016 Jul 27;11(7):e0159307. [Texto completo](#)
120. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD001756. [Texto completo](#)
121. Abdel-fattah M, Mostafa A, Young D, et al. Evaluation of transobturator tension-free vaginal tapes in the management of women with mixed urinary incontinence: one-year outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Aug;205(2):150.
122. Pradhan A, Jain P, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in recurrent stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2012 Jul;23(7):831-41.
123. Sand PK, Davila GW, Lucente VR, et al. Efficacy and safety of oxybutynin chloride topical gel for women with overactive bladder syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Feb;206(2):168.e1-6.
124. Peters KM, Carrico DJ, Wooldridge LS, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation for the long-term treatment of overactive bladder: 3-year results of the STEP study. *J Urol*. 2013 Jun;189(6):2194-201. [Texto completo](#)
125. Visco AG, Brubaker L, Richter HE, et al. Anticholinergic therapy vs. onabotulinumtoxina for urgency urinary incontinence. *N Engl J Med*. 2012 Nov 8;367(19):1803-13. [Texto completo](#)

126. Jain P, Jirschele K, Botros SM, et al. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2011 Aug;22(8):923-32.
127. Grimby A, Milson I, Molander U, et al. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing*. 1993 Mar;22(2):82-9.
128. Noelker LS. Incontinence in elderly cared for by family. *Gerontologist*. 1987 Apr;27(2):194-200.
129. Walters MD, Daneshgari F. Surgical management of stress urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol*. 2004 Mar;47(1):93-103.
130. Sung VW, Schleinitz MD, Rardin CR, et al. Comparison of retropubic vs transobturator approach to midurethral slings: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jul;197(1):3-11. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

G. Willy Davila, MD

Chairman

Department of Gynecology, Head, Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Cleveland Clinic Florida, Weston, FL

DIVULGAÇÕES: GWD has received research consultant grants from Pfizer, Cook Medical, and Alma Lasers paid to the Cleveland Clinic, and has received speaker honorarium from Allergan and Cogentix.

Laura Martin, DO

Clinical Fellow

Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Cleveland Clinic Florida, Weston, FL

DIVULGAÇÕES: LM declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr G. Willy Davila and Dr Laura Martin would like to gratefully acknowledge Dr Alexandriah N. Alas, Dr Aimee Lynn Smith, Dr Marjorie Jean-Michel, and Dr Peter A. Castillo, the previous contributors to this topic. ANA, ALS, MJM, and PAC declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

James Kuan, MD, FRSC, FACS

Department of Urology

University of Washington, School of Medicine, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: JK declares that he has no competing interests.

Mohamed Y. Hammadeh, MSc (Urol), FEBU, FRCS (Eng. Urol), Diploma ME (UCL)

Consultant Urological Surgeon

Foundation Training Programme Director, South London Healthcare NHS Trust, Queen Elizabeth Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: MYH declares that he has no competing interests.