



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Erica Kirsthine Valentin

Abordagem simplificada na avaliação da incontinência urinária não complicada na mulher

Rio de Janeiro

2014

Ericka Kirsthine Valentin

**Abordagem simplificada na avaliação da incontinência urinária não complicada na
mulher**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador : Prof. Dr. Ronaldo Damião
Coorientador: Prof. Dr. Fabrício Borges Carrerette

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

V156 Valentin, Ericka Kirsthine
Abordagem simplificada na avaliação da incontinência urinária não complicada na mulher / Ericka Kirsthine Valentin - 2014.
45 f.

Orientador: Ronaldo Damião.
Coorientador: Fabrício Borges Carrerette.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Incontinência urinária - Teses. 2. Incontinência urinária - Diagnóstico. 3. Incontinência urinária - Etiologia. 4. Urodinâmica - Teses. 5. Questionários - Utilização. 6. Sensibilidade e Especificidade. I. Damião, Ronaldo. II. Carrerette, Fabrício Borges. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 616.62-008.222-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ericka Kirsthine Valentin

**Abordagem simplificada na avaliação da incontinência urinária não complicada na
mulher**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
graduação em Ciências Médicas, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 31 de março de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Damião
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Coorientador : Prof. Dr. Fabrício Borges Carrerette
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Eloísio Alexsandro da Silva
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Dr. Rui de Teófilo e Figueiredo Filho
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

Prof. Dr. Jorge Sabaneeff
Hospital Federal Cardoso Fontes

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Ao meu companheiro, melhor amigo, amor da minha vida e marido Dércio Santiago Jr. que sempre me apoia, ajuda e tenta entender minhas dificuldades e aponta minhas falhas sempre que necessário, dividindo a vida e os sonhos comigo.

A minha mãe pela sua capacidade de superação, amor a vida e vontade de viver nos momentos mais difíceis em que muitos desistiriam. Não conheço ninguém tão corajosa quando tudo parece perdido. Obrigada pelo exemplo!

Ao meu pai (in memoriam) que durante nossos anos me ensinou valores e verdades mesmo quando não tinha idéia de que o fazia, que me mostrou que somos defeituosos mas que podemos aprender com nossos defeitos e tentar melhorar; que consertar o passado não é possível, mas que é possível se esforçar em não repeti-lo...

AGRADECIMENTOS

Agradecer nunca é tão fácil como parece ou deveria ser, as palavras nunca são suficientes para exprimir todo sentimento de gratidão e sempre parece faltar as palavras certas...

Agradeço ao professor Dr. Ronaldo Damião ter aceito a orientação de minha dissertação, na esperança de retribuir, com meu trabalho, a confiança em mim depositada.

Agradeço ao professor Dr. Fabrício Borges Carrerette meu coorientador na construção desta dissertação, que trabalhou intensamente comigo na elaboração da idéia e tema. Sempre muito atencioso, disponível e companheiro nesta jornada.

A Dércio Santiago Jr. que me apoiou e incentivou neste trabalho, participou ativamente calculando, revisando e criticando cuidadosa e pacientemente, me aturando principalmente nas horas de resmungação.

A Adalgisa Maiworm minha chefe e amiga que sempre apoiou e incentivou nossas iniciativas, amiga e parceira nas decisões sem deixar de ser exigente.

Aos médicos residentes que me ajudaram e participaram deste trabalho, pois cooperaram ativamente e nunca me negaram ajuda quando precisei. Agradeço muito a vocês não só pela ajuda profissional, mas pela amizade.

A equipe da endoscopia urológica, que me recebeu como parte da equipe, e que me ajudaram em muitos momentos.

A todos os pacientes que participaram voluntariamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Espero ter contribuído no processo de diagnóstico e tratamento, visto que muitos foram meus pacientes posteriormente.

Por fim, agradeço a todos os amigos que participaram direta e indiretamente com idéias e apoio, umas com palavras, outros com tolerância me fazendo encontrar a direção certa.

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar...

Gonzaguinha.

...Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui?

Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato.

Preocupa-me pouco aonde ir - disse Alice.

Nesse caso, pouco importa o caminho que sigas - replicou o gato.

Lewis Carroll

RESUMO

VALENTIN, Ericka Kirsthine. **Abordagem simplificada na avaliação da incontinência urinária não complicada na mulher.** 2014. 45 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Este é um estudo transversal feito com pacientes mulheres que compareceram ao Setor de Endoscopia Urológica e Urodinâmica do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE entre dezembro de 2009 e dezembro de 2012, para a realização de estudo urodinâmico, com encaminhamento médico e agendamento prévio para investigação de queixa de incontinência urinária. O estudo foi realizado nas pacientes do sexo feminino, com idade entre 23 e 86 anos e com queixa de incontinência urinária não complicada. Os dados utilizados nesse estudo têm três origens: (1) a avaliação primária formada pelo conjunto dos questionário de perda por esforço e ou urgência e International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) e história padronizada; (2) avaliação médica, realizada pelo médico residente; e (3) avaliação urodinâmica, resultado do estudo urodinâmico conduzido por médico residente, com supervisão e laudos feitos por um dos professores do serviço. O objetivo do trabalho foi analisar se o uso de métodos mais simples poderia diagnosticar incontinência urinária não complicada sem a necessidade de realizar a avaliação urodinâmica. Os nossos achados mostraram que entre a avaliação primária e a médica há elevada sensibilidade e especificidade além de forte concordância. O estudo urodinâmico tem menor probabilidade de fazer o diagnóstico de IUM e maior frequência de falso negativo. Os nossos achados fortalecem a indicação de uma abordagem primária antes de intervenções mais invasivas e dispendiosas como a avaliação urodinâmica. A realização de uma avaliação simplificada pode fornecer informações suficientes para começar um tratamento medicamentoso e fisioterapêutico.

Palavras-chave: Incontinência urinária feminina. Urodinâmica. Avaliação clínica. Diagnóstico. Questionários. International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (ICIQ-SF).

ABSTRACT

VALENTIN, Ericka Kirsthine. **Simplified approach in the evaluation of uncomplicated urinary incontinence in women.** 2014. 45 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This cross-sectional study of female patients who attended the Department of Urology and Urodynamic of the Endoscopy Department of Urology, Pedro Ernesto University Hospital – HUPE/UERJ between December 2009 and December 2012, for performing urodynamic study with medical referral and scheduling prior to investigation of stress urinary incontinence. The study was conducted in female patients, aged between 23 and 86 years with complaints of urinary uncomplicated incontinence. The data used in this study have three origins: (1) the primary assessment formed by the set of questionnaire and loss effort or urgency and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and standardized history; (2) medical evaluation performed by a resident physician; and (3) urodynamic evaluation, results of urodynamic study conducted by resident physician, with supervision and reports made by one of the Professors of the service. The objective was to analyze whether the use of simpler methods could diagnose uncomplicated urinary incontinence without the need for urodynamic evaluation. Our findings showed that between primary medical evaluation and there is high sensitivity and specificity in addition to strong agreement. The urodynamic study is less likely to make the diagnosis of MUI and higher frequency of false negative. Our findings strengthen the indication of a primary approach before more invasive and costly interventions such as urodynamic evaluation. The realization of a simplified assessment can provide enough to get a drug and physical therapy information.

Keywords: Female urinary incontinence. Urodynamics. Clinical evaluation. Diagnosis. Questionnaires. International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (ICIQ-SF).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultado das Avaliações	20
Gráfico 2 – Representação da tabela 4	21
Gráfico 3 – Representação da tabela 5	22
Gráfico 4 – Representação da tabela 6	23
Gráfico 5 – Representação da tabela 7	24
Gráfico 6 – Representação da tabela 8	25
Gráfico 7 – Representação da tabela 9	26
Gráfico 8 – Distribuição de Frequências do ICIQ-SF	27
Gráfico 9 – Representação da Categorização de Severidade do ICIQ-SF	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes excluídas e as razões da exclusão.	19
Tabela 2 – Características e ocorrência.	19
Tabela 3 – Resultados das Avaliações 1, 2 e 3.	20
Tabela 4 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 1 X Avaliação 2.....	21
Tabela 5 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 2 X Avaliação 1.....	22
Tabela 6 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 1 X Avaliação 3.....	23
Tabela 7 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 3 X Avaliação 1.....	24
Tabela 8 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 2 X Avaliação 3.....	25
Tabela 9 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação 3 X Avaliação 2.....	26
Tabela 10 – Categorização de Severidade do ICIQ-SF.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sens.	Sensibilidade
ICS	International Continence Society
IU	Incontinência urinária
ICUD	International Consultation on Urological Diseases
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUU	Incontinência urinária de urgência
IUM	Incontinência urinária mista
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short
ICI	International Consultation on Incontinence
OMS	Organização Mundial de Saúde
POP	Pelvic Organ Prolapse
POPQ	Pelvic Organ Prolapse Quantification
Sens.	Sensibilidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Tx	Taxa
VPP	Valor preditivo positivo
VPN	Valor preditivo negativo
X ²	Qui-quadrado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 MATERIAL E MÉTODOS	17
2 RESULTADOS	19
3 DISCUSSÃO	29
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE – Termo de consentimento livre e esclarecido	39
ANEXO A – Questionário de incontinência e esforço/urgência	42
ANEXO B – ICIQ-SF	43
ANEXO C – Protocolo de Incontinência Urinária /Anamnese	44
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética.....	45

INTRODUÇÃO

Segundo a International Continence Society (ICS) a incontinência urinária (IU) é definida como “*qualquer perda involuntária de urina*”. Ela causa graves implicações sociais, higiênicas, desconforto físico e problemas psicogênicos como perda de autoconfiança, além de interferir negativamente na qualidade de vida das mulheres atingidas pelo problema. (ABRAMS et al., 2003)

Conforme Martin et al. (2006), a incontinência urinária não apresenta risco de vida. Apesar disso, ela pode ter enormes custos tanto para indivíduos quanto para os serviços de saúde e leva há uma significativa perda de qualidade de vida.

A realização de um diagnóstico rápido e preciso é importante, se não é correto ou se demora a ser realizado, o tratamento pode não ser eficiente e o paciente aguarda em desconforto pela intervenção efetiva, podendo agravar o quadro ou pior, provocar intervenções inadequadas ou desnecessárias aumentando os custos. (MARTIN et al., 2006)

Uma parcela considerável da população feminina é afetada por algum tipo de incontinência urinária. (FLISSER; BLAIVAS, 2002) A prevalência de qualquer tipo de incontinência urinária (IU) a partir dos 40 anos é de 34% (MARTIN et al., 2006) e a incontinência urinária de esforço (IUE) afeta até 35% da população feminina acima dos 30 anos. (GROTH; GURALNICK; O’CONNOR, 2007; HUNSKAAR et al., 2003; REKERS et al., 1992)

Os estudos de prevalência da IU vêm sendo desenvolvidos de forma pouco homogênea, apresentando evidências de difícil comparação. Sandvik aponta que os valores de prevalência apurados em diversos locais e períodos não são facilmente comparáveis. (SANDVIK, [s.d.]) Os focos dividem-se entre a menopausa e a terceira idade e os critérios para definição de incontinência não são homogêneos, variando de acordo com a forma como se qualificou ou quantificou as perdas em variados períodos. (SANDVIK et al., 2000) A incontinência urinária em mulheres jovens tem uma prevalência baixa, que vai aumentando próximo da menopausa e atinge o pico na senilidade com grande impacto social e econômico. (BLANES; PINTO; SANTOS, 2001; NITTI, 2001; SMITH et al., 2013)

Nos próximos 30 anos é esperado um aumento da incidência de incontinência urinária na mulher, agravando o impacto social, econômico e na qualidade de vida desta população. (ABREU et al., 2007; BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007; MCLENNAN; LEONG; STEELE, 2007)

Quanto ao impacto da IU na qualidade de vida uma pesquisa realizada por Segedi et al, corrobora a posição de Nitti (2001) mostrou que quase todas as mulheres do estudo afirmaram que a incontinência urinária afetava sua qualidade de vida, 70% afirmavam possuir dificuldade para fazer um percurso de carro ou ônibus por mais de 30 minutos, 88% evitavam atividades de lazer e a metade apresentava dificuldades na realização das tarefas domésticas. Além de queixas de frustração e ansiedade. (SEGEDI; SEGEDI; ILIĆ, 2011)

A incontinência urinária pode ser classificada em vários tipos, porém os três tipos principais e mais frequentes são: incontinência urinária de esforço (IUE) que é a queixa de perda involuntária de urina aos esforços como espirrar, tossir ou atividade física; incontinência urinária de urgência (IUU) que é a queixa de perda involuntária de urina associada a presença de urgência e incontinência urinária mista (IUM) que é a queixa de perda involuntária de urina associada tanto a urgência como aos esforços. (ABRAMS et al., 2003; HOLROYD-LEDUC et al., 2008; SMITH et al., 2013)

Quanto as formas de avaliação da IU temos questionários que abordam os principais quesitos relacionados a este problema, incluindo o impacto na qualidade de vida.

O questionário de incontinência por esforço e urgência, composto por duas perguntas sobre as condições e a frequência da perda é simples e de fácil entendimento, conseguindo classificar e quantificar a IU nos três tipos principais (Anexo A).

O International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) (anexo B) é o questionário mais usado em todo o mundo para avaliação da incontinência. Ele é também o instrumento indicado pela ICS com grau de recomendação A (validade, confiabilidade e capacidade de resposta). (ABRAMS et al., 2010; AVERY et al., 2004; TAMANINI et al., 2004)

Foi proposta, durante o International Consultation on Incontinence (ICI) de 1998, promovido e organizado pelo International Continence Society (ICS), pelo International Consultation on Urological Diseases (ICUD) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a criação de um questionário modular para ser utilizado em pesquisa e prática clínica e tornar os resultados de diversos estudos comparáveis. (ABRAMS et al., 2006)

O ICIQ-SF é auto-administrável, simples e breve, quantificando e qualificando a perda urinária e avaliando também o impacto na qualidade de vida. Ele pode ser utilizado tanto nos cuidados primários como secundários de saúde para identificar causa, percepção e impacto dos sintomas. O questionário é composto de 4 questões que abrangem aspectos de frequência de IU, quantidade de urina perdida e impacto global da IU. O resultado é apresentado em um

Score que varia entre 0 e 21, onde valores maiores indicam maior gravidade. (AVERY et al., 2004) (<http://www.iciq.net/>)

Klovning, em seu trabalho, sugere uma divisão do score do ICIQ-SF segundo uma escala de severidade onde estabelece quatro categorias: leve (1-5), moderada (6-12), severa (13-18) e muito severa (19-21). (KLOVNING, 2010; KLOVNING et al., 2009)

O diagnóstico de incontinência urinária geralmente começa com a história e avaliação dos sintomas específicos tais como, duração, gravidade e impactos na qualidade de vida, questões que são muito bem condensadas nos questionários que descrevemos acima, além de um exame físico direcionado para região uro genital. Também são registrados fatores associados, como a dieta, ingestão hídrica e medicamentos em uso. Frequentemente esta avaliação inicial já é suficiente para indicar intervenções de tratamento não invasivo, que, se não produzirem efeito, ensejarão uma reavaliação com outra metodologia diagnóstica mais complexa e dispendiosa, como o estudo urodinâmico. (MARTIN et al., 2006)

O estudo urodinâmico é definido como uma série de testes utilizados isoladamente ou em conjunto para avaliar a qualidade da função e as eventuais disfunções do trato urinário inferior. Este estudo pode envolver a medida do fluxo urinário, cistometria, estudo fluxo pressão e avaliação da pressão de fechamento uretral e pressão de perda por esforço. (ROSIER et al., 2010)

As indicações clássicas para realização de estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária (ABRAMS et al., 2010) são:

- a) Quando os resultados podem mudar o tratamento, antes de tratamentos mais invasivos para a IU e POP;
- b) Após falha do tratamento, se for necessária mais informação para planejar terapia adicional;
- c) Como parte dos programas de vigilância da disfunção de bexiga neurogênica;
- d) E nas incontinências complicadas.

Ainda segundo Abrams et al, o estudo urodinâmico objetiva reproduzir, avaliar e analisar aspectos mais específicos no diagnóstico das disfunções miccionais como:

- a) Reproduzir os sintomas do paciente e correlacionar com os achados urodinâmico;
- b) Avaliar a sensibilidade da bexiga;
- c) Detectar a hiperatividade do detrusor;
- d) Avaliar a competência uretral durante o enchimento;

- e) Avaliar a função do detrusor durante a micção;
- f) Avaliar a fluxo urinário durante a micção;
- g) Avaliar resíduo urinário.

Segundo o Guideline da European Association of Urology (LUCAS et al., 2013), incontinência urinária complicada é aquela que apresenta um ou mais dos seguintes fatores:

- a) falha cirúrgica prévia para incontinência urinária;
- b) hematúria;
- c) infecção do trato urinário recorrente;
- d) sintomas miccionais;
- e) radioterapia pélvica;
- f) cirurgia radical prévia;
- g) incontinência urinária paradoxal (obstrução infravesical);
- h) bexiga neurogênica;
- i) suspeita de fistula;
- j) incontinência urinária com dor.

Vale lembrar que o estudo urodinâmico visa também, frequentemente, atender a aspectos legais, criando registros formais e dirimindo dúvidas quanto a aspectos da incontinência urinária objetivamente mensuráveis.

Estudos mostram que tratamentos de primeira linha ou de atenção primária tais como a terapia comportamental e a fisioterapia, são intervenções de rápida implementação, baixo custo e risco, abordando o problema de maneira simples e objetiva, podendo ser reavaliadas e alteradas em qualquer momento do tratamento, auxiliando também nas outras formas de tratamento como medicamentoso e cirúrgico. (BERGHMANS et al., 2000; MARTIN et al., 2006)

Espuna-Pons et al, 2007, sugerem que o uso do ICIQ-SF combinado com o teste simples de perda pode ajudar na caracterização do tipo de incontinência e favorecer o tratamento. (ESPUÑA-PONS et al., 2007)

Assim, partindo do pressuposto que o uso de métodos mais simples podem diagnosticar grande parte das pacientes acometidas de incontinência urinária não complicada, sem a necessidade de submetê-las a exames mais invasivos e dispendiosos como o estudo urodinâmico, propusemos a combinação de dois questionários, Esforço/Urgência e ICIQ-SF

como avaliação primária da incontinência urinária não complicada, comparando o resultado com a história médica mais exame físico e com o estudo urodinâmico.

Nosso trabalho visa analisar a eficácia destas avaliações simplificadas com o estudo urodinâmico, invertendo o padrão entre eles, calculando a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, concordância, taxa de acerto e taxa de erro.

Caso uma parte expressiva das pacientes referidas para estudo urodinâmico pudessem ser diagnosticadas por um teste simplificado e rápido, haveria significativa economia de tempo e recursos, tornando o estudo urodinâmico mais acessível para os casos em que realmente exista indicação imprescindível, como por exemplo, nas incontinências complicadas.

1 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal realizado no setor de Endoscopia Urológica e Urodinâmica do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, entre dezembro de 2009 e dezembro de 2012.

Foram selecionadas pacientes do sexo feminino, com idade acima de 18 anos e com queixa de incontinência urinária não complicada, as pacientes compareceram no setor de Endoscopia Urológica e Urodinâmica para a realização de estudo urodinâmico, com indicação médica e agendamento prévio para investigação de queixa de incontinência urinária.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética do HUPE (2582-CEP/HUPE – CAAE: 0041.0.228.000-10), onde o estudo foi realizado.

Foi estabelecido uma amostra necessária de 185 pacientes, considerando um erro amostral de 6% e confiabilidade de 90%.

As pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram, antes de qualquer outro procedimento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice) e iniciaram o protocolo.

Os dados utilizados nesse estudo têm três origens:

- a) avaliação primária (avaliação 1) formada pelo conjunto de questionários: Esforço/Urgência e ICIQ-SF;
- b) avaliação médica (avaliação 2) realizada pelo médico residente e
- c) avaliação urodinâmica (avaliação 3) resultado do estudo urodinâmico conduzido por médico residente, com supervisão e laudos feitos por um dos professores do serviço. Registre-se que o médico residente não foi sempre o mesmo, uma vez que há um rodízio trimestral no setor de endoscopia urológica.

Após assinatura do TCLE inicia-se a fase da avaliação primária e todas as pacientes recebem os questionários de perda por esforço e urgência, composto por duas perguntas sobre as condições e frequência da perda (anexo A), e o ICIQ-SF (anexo B) para preenchimento.

Os questionários deveriam ser autoaplicáveis. Entretanto, algumas pacientes tiveram dificuldade de respondê-los e foram auxiliadas pela investigadora, que lia para elas o questionário sem, no entanto interferir nas respostas. Uma vez lido em voz alta, o texto se tornava claro para as pacientes, que registravam suas próprias respostas.

Depois do preenchimento dos questionários as pacientes foram cadastradas pela investigadora com uma ficha onde além dos dados de identificação e da queixa principal da paciente constam os resultados das avaliações, na forma do anexo C.

O médico residente e o professor que confeccionava os laudos urodinâmicos não tiveram conhecimento dos dados obtidos pela investigadora na avaliação primária para não interferir no seu diagnóstico.

Em seguida a paciente foi avaliada pelo médico residente em urologia com uma breve história e um exame físico sucinto com avaliação e classificação de distopias genitais conforme a graduação Pelvic Organ Prolapse Quantification - POPQ. O diagnóstico oriundo desta avaliação é denominado avaliação médica (avaliação 2).

Por fim as pacientes foram submetidas ao estudo urodinâmico de acordo com a padronização das normas técnicas pela International Continence Society (ICS) (avaliação 3). (ABRAMS et al., 2003) O laudo com diagnóstico dos achados urodinâmicos foi realizado pelos professores sem prévio conhecimento das avaliações anteriores.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio de uma planilha eletrônica. A análise estatística avaliou: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, taxa de acerto, taxa de erro e o índice kappa de concordância, comparado, a avaliação primária (avaliação 1) realizado por meio do questionário, avaliação médica (avaliação 2) realizado pelo residente de urologia e diagnóstico urodinâmico (avaliação 3) com laudo do professor de urologia responsável. Foram tomados como padrão cada uma das avaliações, tendo sido analisadas as três avaliações. De forma a garantir a independência entre as avaliações em foco foram calculados p-valor que consideramos estatisticamente significativo um valor menor que 0,05 e X^2 (qui-quadrado) maior que 5 para cada par de avaliações em foco.

2 RESULTADOS

No período em análise houve 187 avaliações. Foram eliminadas 103 de acordo com os critérios de exclusão (tabela 1).

Tabela 1 – Pacientes excluídas e as razões da exclusão

Critério de Exclusão	Excluídas
Tuberculose/BK	2
Dor Pélvica Crônica/Cistite Intersticial	3
Retenção Urinária/ Obstrução Infra-Vesical	4
Cirurgia previa para tratamento de IU (Sling/Botox)	24
Não quiseram realizar o exame urodinâmico	2
Infecção do Trato Urinário ativa/ITU	18
Bexiga Neurogênica/Cadeirante	15
Não quiseram participar	35
Total de exclusões	103

A média de idade foi de 56,9 anos (desvio padrão de 11,4), sendo a mais jovem com 23 anos e a mais idosa com 86 anos. Quanto a cor autorrelatada, 54% eram brancas 21% negras e 25% pardas. Entre as 187 pacientes avaliadas 182 engravidaram e houve 694 gestações com uma média de 3,5 gestações (desvio padrão de 2,8). A média de partos foi de 2,5 (desvio padrão de 2,0) e a de abortos foi de 1,0 (desvio padrão de 1,6), tabela 2.

Tabela 2 – Características e ocorrência

Característica	Ocorrência
Idade	23 - 86 anos (56,9)
Cor autorrelatada	
Branca	54,0% (101)
Negra	21,0% (40)
Parda	25,0% (46)
Nº e média de gestações	694 (3,5)
Nº e média de partos	501 (2,5)
Nº e média de partos normal	394 (2,0)
Nº e média de partos cesáreos	90 (0,5)
Nº e média de partos a fórceps	17 (0,1)
Nº e média de abortos	193 (1,0)

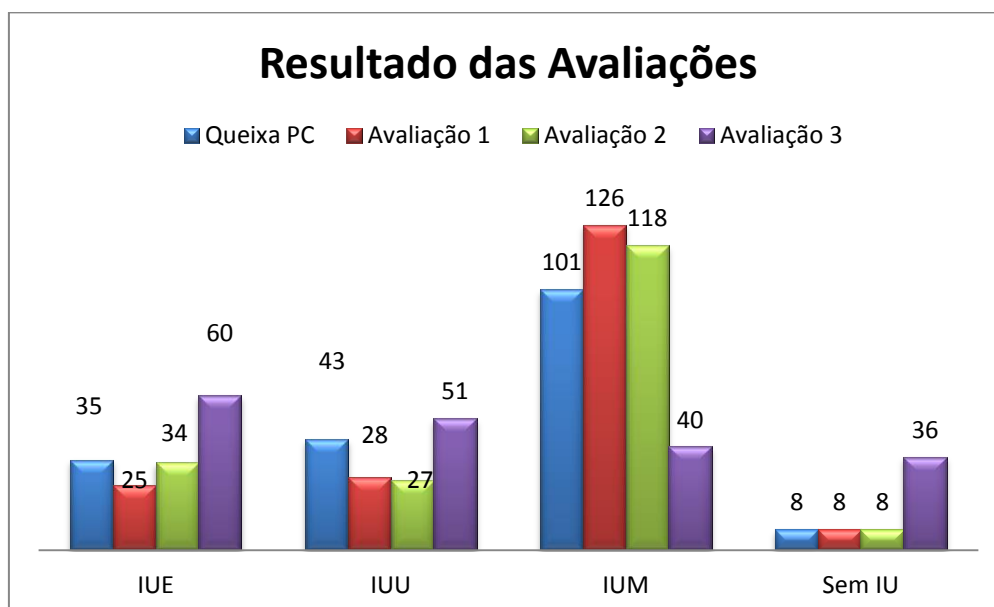
Depois de realizadas todas as avaliações, encontramos como resultado da avaliação primária (1) 25 pacientes com incontinência urinária de esforço, 28 com incontinência urinária de urgência, 126 com incontinência urinária mista e 8 casos com ausência de incontinência. Resultado muito semelhante a Avaliação médica (2) em que observou-se 34 casos de incontinência urinária de esforço, 27 com incontinência de urgência, 118 com incontinência urinária mista e 8 casos com ausência de incontinência urinária.

Nos resultados do diagnóstico urodinâmico, Avaliação urodinâmica (3), encontramos 60 pacientes com incontinência urinária de esforço, 51 com incontinência urinária de urgência, 40 com incontinência urinária mista e 36 casos com ausência de incontinência urinária, tabela 3 e Gráfico 1.

Tabela 3 – Resultados das Avaliações 1, 2 e 3

Tipo de Incontinência	Queixa	Avaliação primária (1)	Avaliação médica (2)	Avaliação urodinâmica (3)
IUE	35	25	34	60
IUU	43	28	27	51
IUM	101	126	118	40
IU ausente	3	8	8	36
Urgência	5			
Total de Avaliações	187	187	187	187

Gráfico 1 – Resultado das Avaliações



A observação entre a avaliação primária (1) e a avaliação médica (2), (tabela 4 e 5, Gráfico 2 e 4) mostra uma semelhança grande entre todos os parâmetros exceto uma sensibilidade menor (0,65) da avaliação 1 para diagnóstico da IUE.

Tabela 4 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação primária (1) X Avaliação médica (2)

Avaliação 1 – primário	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,65	0,98	0,88	0,93	<0,001	94,6	0,70	92%	8%
IUU	0,89	0,98	0,86	0,98	<0,001	135,4	0,85	96%	4%
IUM	0,94	0,78	0,88	0,89	<0,001	103,6	0,74	88%	12%
IU Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00	<0,001	187	1,00	100%	0%

Gráfico 2 – Representação da tabela 4

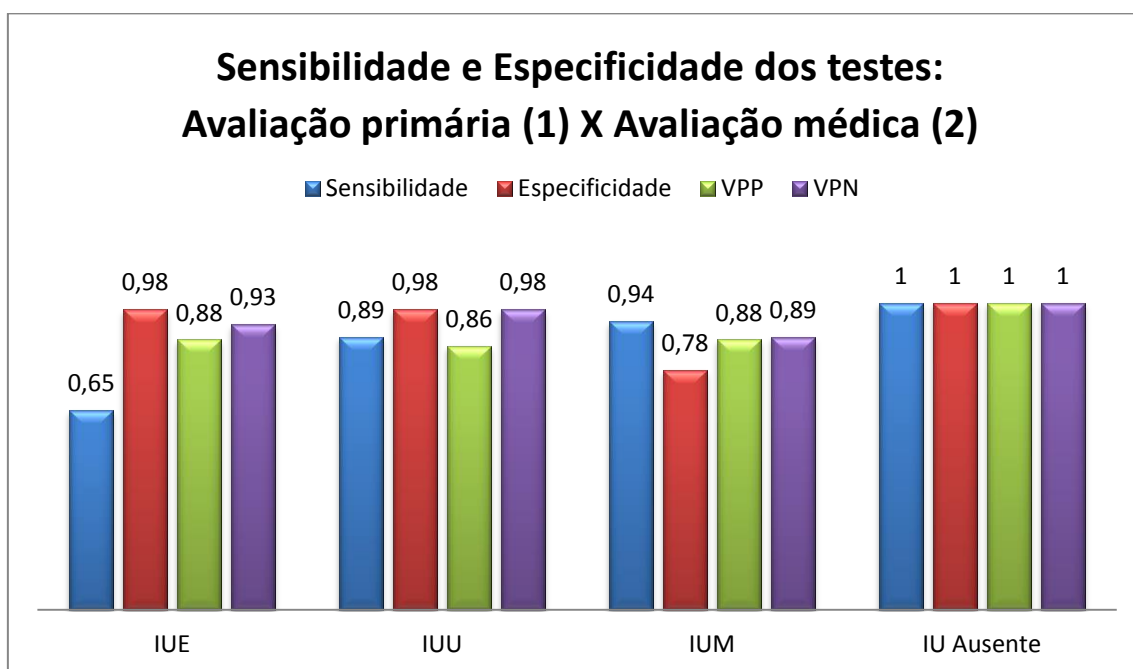
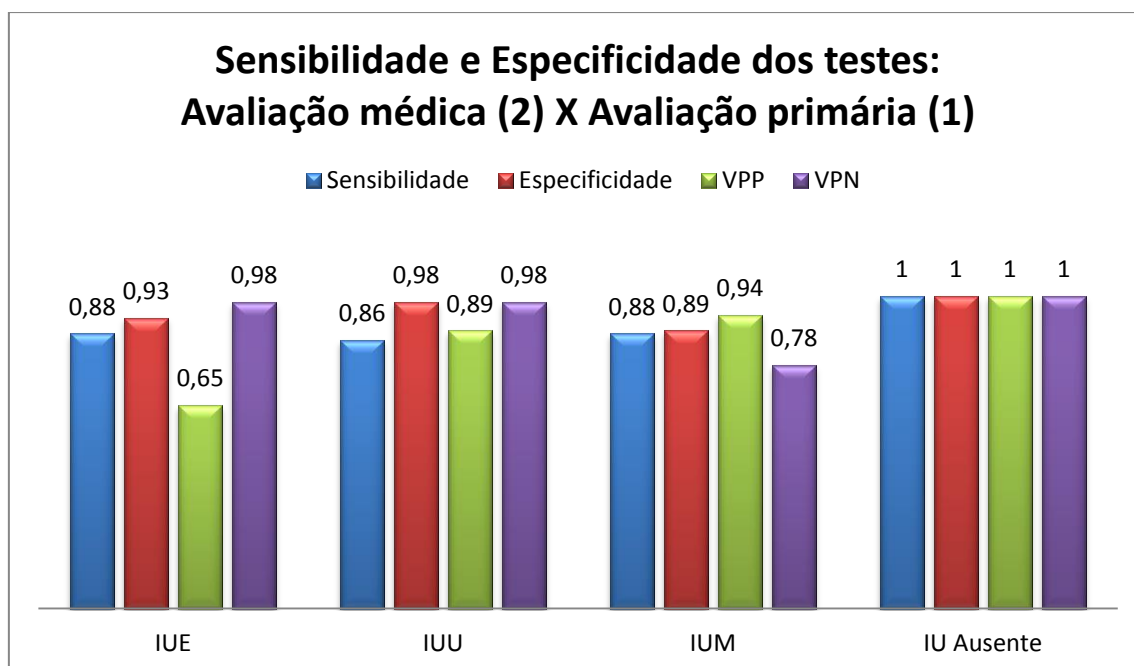


Tabela 5 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação médica (2) X Avaliação primária (1)

Avaliação 2 – médico	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,88	0,93	0,65	0,98	<0,001	94,6	0,70	92%	8%
IUU	0,86	0,98	0,89	0,98	<0,001	135,4	0,85	96%	4%
IUM	0,88	0,89	0,94	0,78	<0,001	103,6	0,74	88%	12%
IU Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00	<0,001	187,0	1,00	100%	0%

Gráfico 3 – Representação da tabela 5



Seguindo com os resultados, quando consideramos a avaliação 3 como padrão ouro podemos notar uma queda significativa da sensibilidade da avaliação 1 no diagnóstico da IUE (0,32) e IUU (0,35) e de especificidade na IUM (0,37) e na ausência de IU (0,19). Invertendo os papéis encontramos uma perda na sensibilidade da avaliação 3 no diagnóstico da IUM (0,27) muito grande, tabelas 6 e 7 e gráficos 5 e 6.

Encontramos resultados muito semelhantes quando aplicamos o mesmo modelo na avaliação 2, tomando como padrão ouro o estudo urodinamico, a sensibilidade do teste para IUE foi de 0,38 e IUU 0,33. Quanto a especificidade para IUM foi de 0,40 e para ausência de IU 0,19. Na inversão houve perda expressiva na sensibilidade da avaliação 3 no diagnóstico da IUM (0,25), tabelas 8 e 9 gráficos 7 e 8.

Tabela 6 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação primária (1) X Avaliação urodinâmica (3)

Avaliação 1 – primário	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,32	0,95	0,76	0,75	<0,001	25,5	0,32	75%	25%
IUU	0,35	0,93	0,64	0,79	<0,001	22,7	0,32	77%	23%
IUM	0,85	0,37	0,27	0,90	0,007	7,2	0,13	48%	52%
IU Ausente	0,99	0,19	0,84	0,88	<0,001	25,0	0,27	84%	16%

Gráfico 4 – Representação da tabela 6

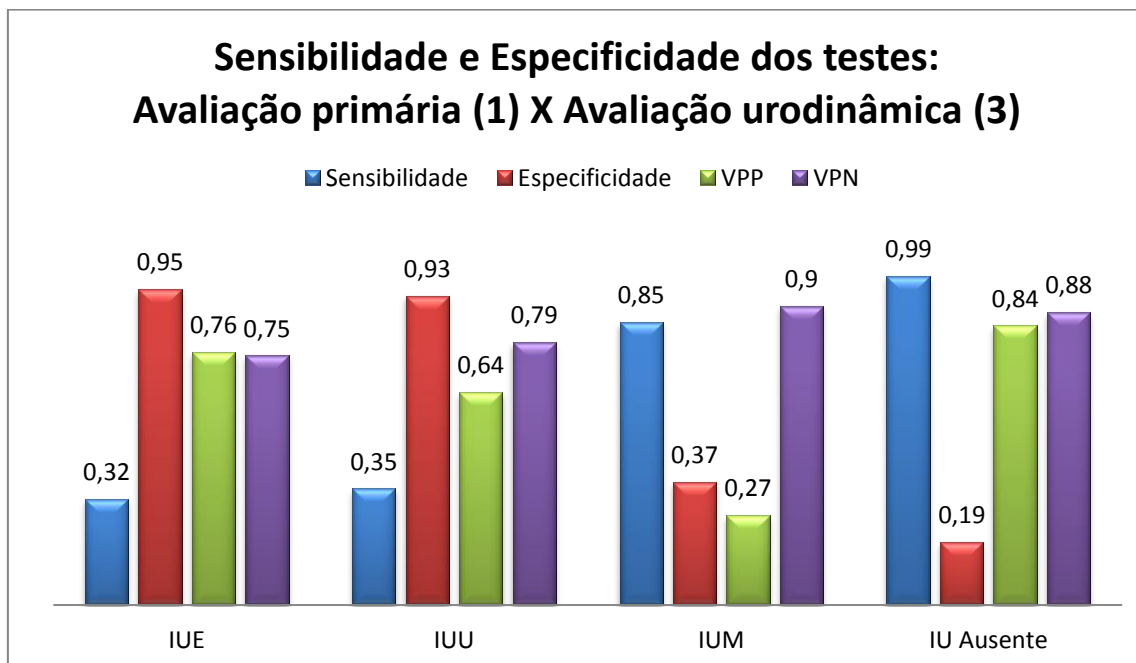


Tabela 7 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação urodinâmica (3) X Avaliação primária (1)

Avaliação 3 - urodinâmico	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,76	0,75	0,32	0,95	<0,001	25,5	0,32	75%	25%
IUU	0,64	0,79	0,35	0,93	<0,001	22,7	0,32	77%	23%
IUM	0,27	0,90	0,85	0,37	0,007	7,2	0,13	48%	52%
IU Ausente	0,84	0,88	0,99	0,19	<0,001	25,0	0,27	84%	16%

Gráfico 5 – Representação da tabela 7

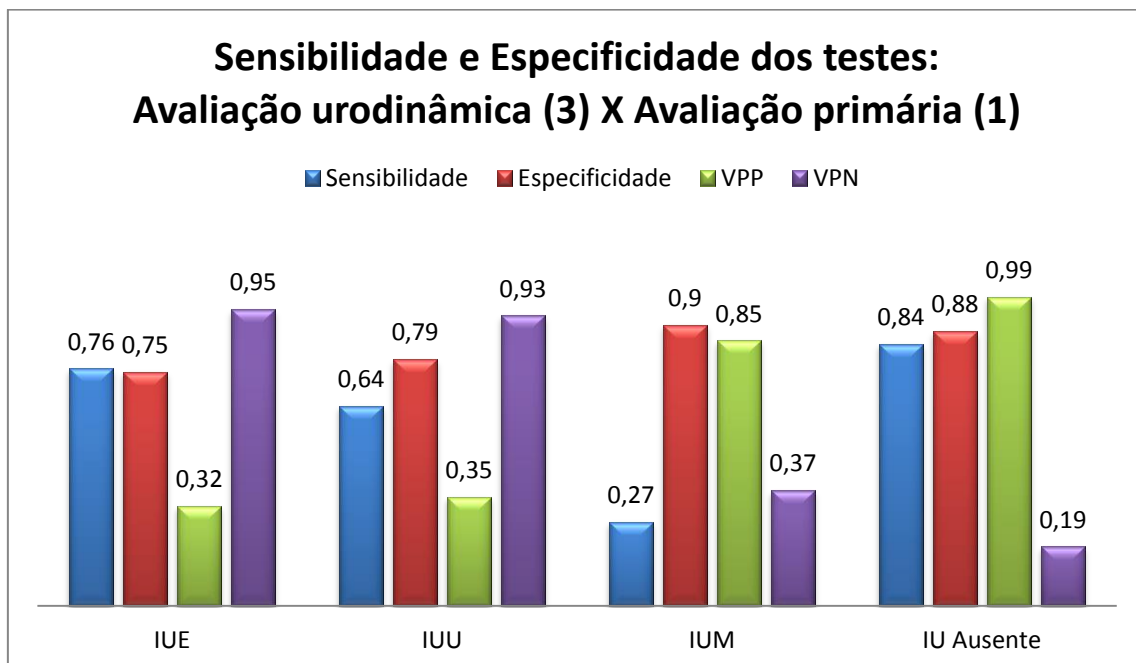


Tabela 8 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação médica (2) X Avaliação urodinâmica (3)

Avaliação 2 – médico	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,38	0,91	0,68	0,76	<0,001	24,1	0,33	74%	26%
IUU	0,33	0,93	0,63	0,79	<0,001	20,3	0,30	76%	24%
IUM	0,75	0,40	0,25	0,86	0,078	3,1	0,09	48%	52%
IU Ausente	0,99	0,19	0,84	0,88	<0,001	25,0	0,27	84%	16%

Gráfico 6 – Representação da tabela 8

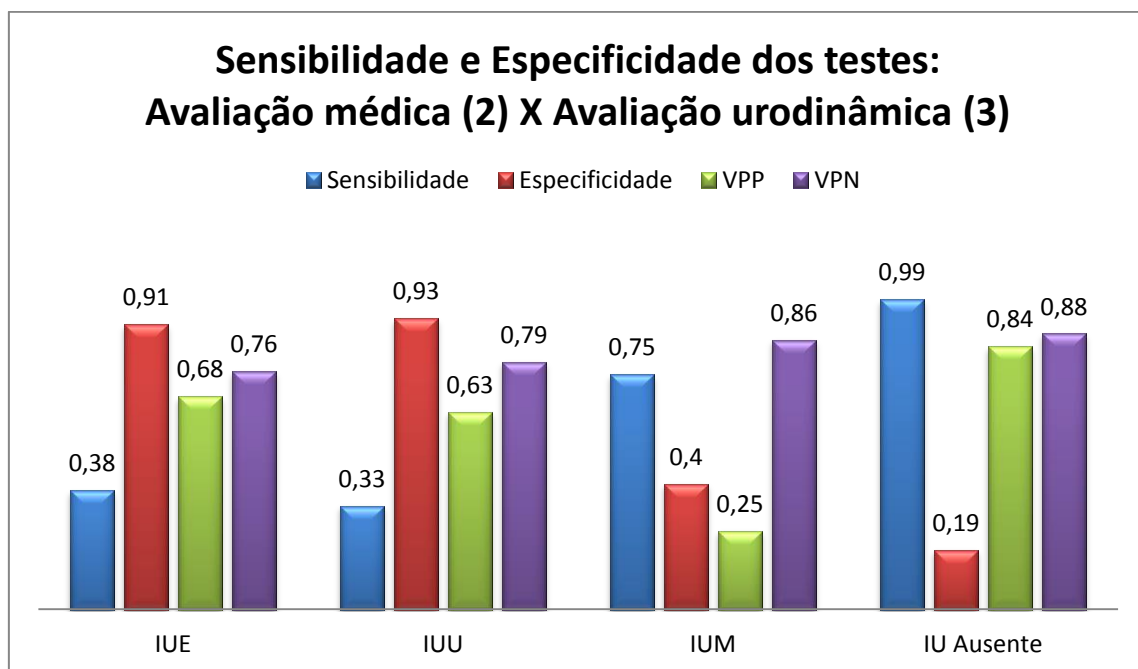
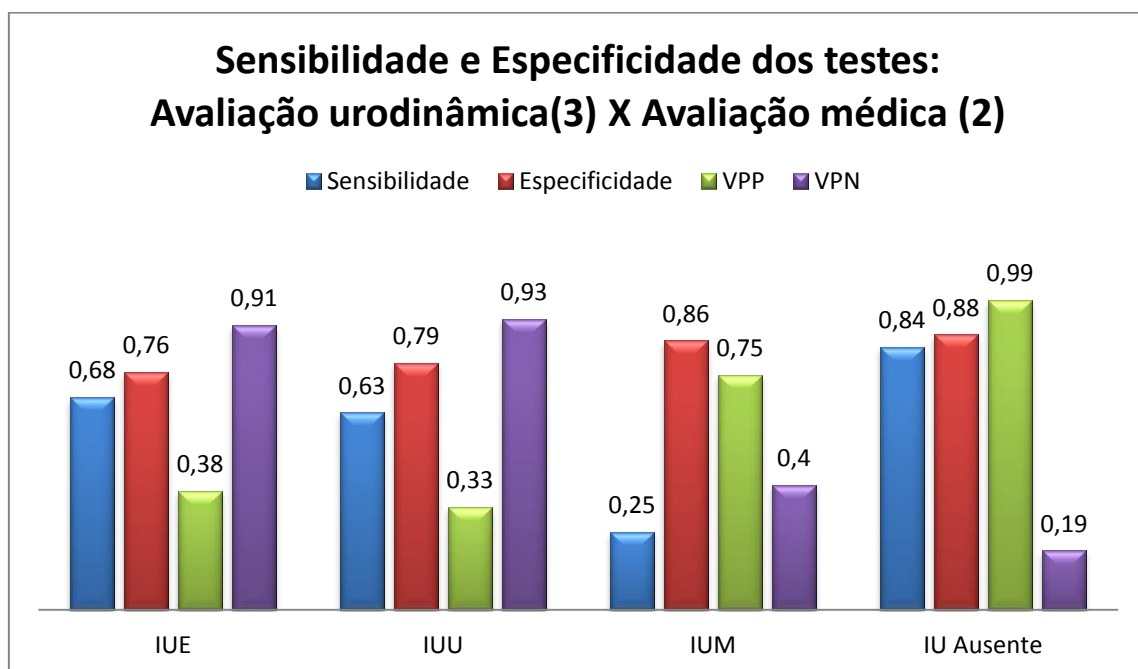


Tabela 9 – Sensibilidade e Especificidade dos testes: Avaliação urodinâmica (3) X Avaliação médica (2)

Avaliação 3 – urodinâmico	Sens	Esp	VPP	VPN	p-valor	χ^2	Kappa	Tx Acerto	Tx Erro
IUE	0,68	0,76	0,38	0,91	<0,001	24,1	0,33	74%	26%
IUU	0,63	0,79	0,33	0,93	<0,001	20,3	0,30	76%	24%
IUM	0,25	0,86	0,75	0,40	0,078	3,1	0,09	48%	52%
IU Ausente	0,84	0,88	0,99	0,19	<0,001	25,0	0,27	84%	16%

Gráfico 7 – Representação da tabela 9



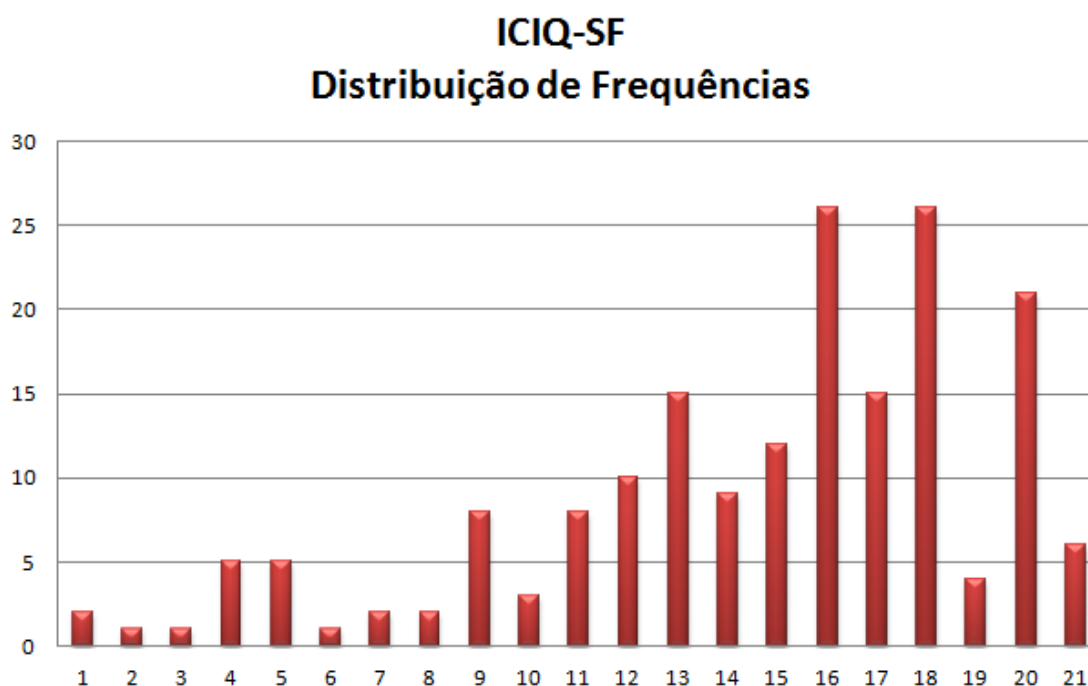
A análise estatística da significância dos resultados obtidos em nosso estudo foi muito alta, encontrando o valor de p menor que 0,001 para quase todas as variáveis, com exceção dos valores encontrados na relação entre a avaliação médica (2) e avaliação urodinâmica (3) para IUM (tabelas 8 e 9, Gráfico 6 e 8) com valor de p 0,078.

Na análise do X^2 encontramos valores muito acima de 5, valores considerados muito bom, mas novamente apontando na relação entre a avaliação médica (2) e avaliação urodinâmica (3) para IUM (tabelas 8 e 9, Gráfico 6 e 8) um valor de X^2 de 3,1 que se mostra abaixo do valor desejado (não significativo).

A análise de concordância kappa, positiva, variando entre 0,09 e 0,33, revelou uma alinhamento entre as avaliações 1 (questionários), 2 (médico) e avaliação 3 (urodinâmica) no diagnóstico das incontinências de esforço (IUE) de urgência (IUU) e até na ausência de incontinência (S/IU), porém aponta menor concordância na avaliação da incontinência urinária mista (IUM) entre o diagnóstico da avaliação médica (2) com a avaliação urodinâmica (3), com valor de p de 0,078, X^2 de 3,1 e análise de concordância Kappa de 0,09.

No questionário (ICIQ-SF) a média das nossas pacientes foi 14,6 e a moda foi 16 cujo escore de gravidade varia de 0 a 21 pontos. Com a distribuição de frequências observada no Gráfico 8. Convém registrar que encontramos 4 pacientes com escore 0 indicativo de ausência de incontinência.

Gráfico 8 – Distribuição de Frequências do ICIQ-SF

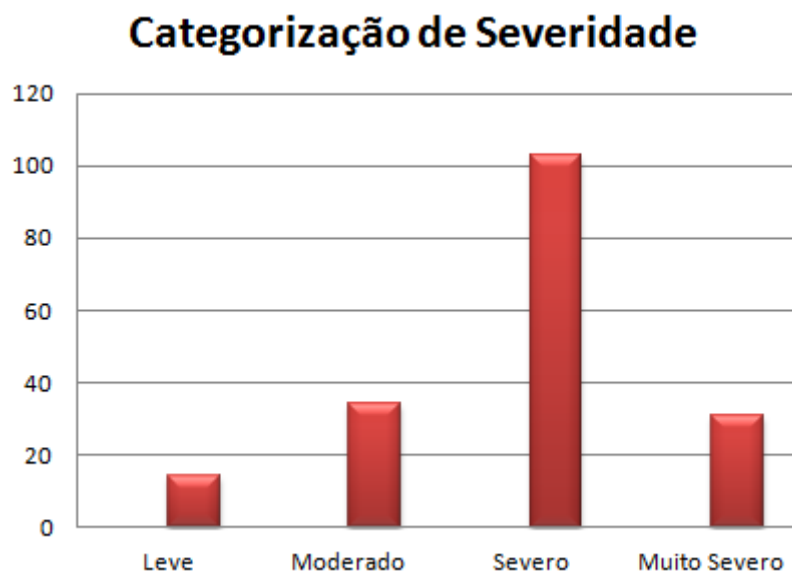


Agregando os dados de distribuição de frequência do ICIQ-SF conforme a categorização de severidade proposta Klovning, 2009, observamos incontinência urinária leve em 14 pacientes, moderada em 34, severa em 103 e muito severa em 31, tabela 10 e Gráfico 9.

Tabela 10 – Categorização de Severidade do ICIQ-SF

Severidade	Quantidade de pacientes
Leve (1-5)	14
Moderada (6-12)	34
Severa (13-18)	103
Muito Severa (19-21)	31

Gráfico 9 – Representação da Categorização de Severidade do ICIQ-SF



3 DISCUSSÃO

Ao avaliar uma mulher com incontinência urinária, é importante observar vários aspectos como por exemplo o tipo, a intensidade e impacto da perda urinária na qualidade de vida para que se permita realizar um diagnóstico mais preciso e programar um tratamento adequado. (HOYLE et al., 2008; NITTI, 2001; PINTO, 2000)

O estudo urodinâmico é considerado o método capaz de realizar o diagnóstico específico da incontinência urinária e, embora não existe evidências científicas que confirme que este método seja superior à avaliação clínica no diagnóstico da incontinência urinária na mulher, entretanto muitos ainda o consideram como padrão ouro. (BROEKHUIS et al., 2010; BROSTROM; JENNUM; LOSE, 2002; GUPTA; DEFREITAS; LEMACK, 2004; HOMMA et al., 2000; MARTIN et al., 2006; MORTENSEN; LOSE; THYSSEN, 2002)

Na antiga definição da ICS , a incontinência urinária tinha que ser objetivamente demonstrada, o que nos remetia ao estudo urodinâmico, pois só ele poderia realizar tal diagnóstico. Assim, o padrão ouro para o diagnóstico da incontinência urinária na mulher era o estudo urodinâmico. (ABRAMS et al., 2003) Atualmente, como a nova definição (2009) é baseada na queixa de qualquer perda involuntária de urina, existe uma discrepância entre a definição do problema e o método considerado como padrão ouro de diagnóstico. Este padrão deveria ser uma avaliação primária como uma história detalhada complementada com o exame físico direcionado ou então questionários validados. (ABRAMS; ANDERSSON; BIRDER, 2009)

As indicações clássicas para realização de estudo urodinâmico não contemplam a incontinência urinária de esforço não complicada na mulher. (ABRAMS et al., 2010; HOLROYD-LEDUC et al., 2008; LUCAS et al., 2013; MARTIN et al., 2006; OPTIONS et al., 2013) Entretanto, muitas das pacientes com encaminhamento médico para realização do estudo urodinâmico queixavam de IUE não complicada.

O nosso estudo mostrou que uma avaliação simplificada e padronizada com questionários tem uma boa correlação com a avaliação médica (história e exame físico) para o diagnóstico dos principais tipos de incontinência urinária não complicada e também para o diagnóstico da ausência de incontinência. Já a avaliação urodinâmica mostrou uma tendência a superdiagnosticar a incontinência urinária de esforço (IUE) e subdiagnosticar a incontinência urinária mista (IUM), podendo ocasionar alteração na indicação do tratamento

inicial como por exemplo privilegiar a intervenção cirúrgica em detrimento ao um tratamento conservador com menos morbidade.

Uma revisão comparando os resultados de sling transobturador com o retropúbico mostrou que quanto maior a intensidade da urgência pre operatória em pacientes com IUM maior a chance de falha do tratamento. (RICHTER et al., 2011)

Observamos também que a avaliação urodinâmica é menos específica para diagnosticar ausência de incontinência urinária gerando um diagnóstico falso negativo, o que pode retardar o tratamento de pacientes com incontinência urinária.

Nager et al, em recente estudo multicêntrico e randomizado, observaram 630 mulheres divididas em 2 grupo, para comparar o resultado de cirurgia para incontinência urinária de esforço não complicada. Um grupo foi submetido exclusivamente a uma avaliação clínica e o outro complementado pelo estudo urodinâmico. A taxa de sucesso dos dois grupos foi de 76,9% para o grupo que realizou o estudo urodinâmico e 77,2% para o grupo de avaliação clínica exclusiva. (NAGER et al., 2012)

Este resultado mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre realização de estudo urodinâmico e avaliação clínica no diagnóstico e no resultado da cirurgia para incontinência urinária de esforço não complicada. No nosso estudo o diagnóstico realizado pelas avaliações primária (1) e médica (2) tiveram um desempenho superior ao estudo urodinâmico na reprodução da queixa das pacientes comprovando a superioridade das avaliações mais simples.

A incontinência urinária, mesmo a de esforço e principalmente a de urgência, pode ser um fenômeno episódico, não diária, o que poderia gerar uma janela de falso negativo no estudo urodinâmico. Por exemplo, a paciente poderia perder urina no dia anterior ao exame, ou mesmo num ciclo miccional anterior no mesmo dia, e não perder no momento do estudo urodinâmico diminuindo a sensibilidade e especificidade deste método quando tomado como padrão ouro a avaliação simplificada ou médica. Os questionários e a história avaliam um período muito maior do que um ciclo miccional. Isto foi observado em nosso estudo que mostrou falha na avaliação urodinâmica em diagnosticar IUM e ausência de incontinência.

O International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) (anexo B) é o questionário auto-administrável mais utilizado em todo o mundo para avaliação da incontinência. Ele é também o instrumento indicado pela ICS com grau de recomendação A. (ABRAMS et al., 2010; TAMANINI et al., 2004) Ele classifica e quantifica a perda urinária e também avalia o impacto na qualidade de vida, com um *score* que varia entre 0 e

21, onde valores maiores indicam maior gravidade. (ABRAMS et al., 2006) (<http://www.iciq.net/>)

Podemos afirmar que a moda 16 encontrada no score do ICIQ-SF em nosso estudo indica a gravidade da incontinência urinária que observamos, isto pode estar relacionado a um predomínio da IUM encontrada em nossa população através da avaliação primária (1) e médica (2).

Levando em consideração a categorização de Klovning, em seu artigo de 2009, nossos resultados (tabela 10 e Gráfico 9) apontaram para a preponderância de incontinência urinária severa 103 ocorrências, seguida da moderada (34), muito severa (31) e leve (14), onde podemos observar mais uma vez a indicação da gravidade do problema. (KLOVNING et al., 2009)

Na aplicação dos questionários observamos certa dificuldade de nossas pacientes em responder sozinhas, provavelmente devido ao nível de instrução formal das mesmas, contudo não houve dificuldade quando auxiliado (leitura) pela investigadora, sem interferência com as respostas. Portanto nosso estudo mostrou uma boa correlação dos questionários aplicados com a queixa e a avaliação médica.

A análise da sensibilidade e especificidade usando a avaliação médica (2) como padrão ouro e avaliando o desempenho da avaliação primária (1), tabela 4 e Gráfico 2, mostrou uma baixa sensibilidade (0,65) para o diagnóstico de IUE e uma alta sensibilidade (0,94) para o diagnóstico de IUM. Nós entendemos que este fato decorre de que muitas das mulheres que não se queixavam de urgência para o médico informavam este sintoma nos questionários, portanto estes últimos foram mais sensíveis na detecção de incontinência de urgência. Os valores da especificidade nos mesmos diagnósticos sustentam esta hipótese (respectivamente 0,98 e 0,78).

Também é possível observar que, na inversão do paradigma (testando a avaliação médica e usando como padrão ouro a avaliação primária) o diagnóstico de IUE tem maior sensibilidade 0,88, a custo de perda de especificidade 0,93, enquanto o grupo IUM faz o movimento inverso, ganhando especificidade pela perda de sensibilidade, respectivamente 0,89 e 0,88. Corroboramos com a hipótese acima, tabelas 4 e 5 e gráficos 3 e 4.

No nosso estudo a sensibilidade da avaliação primária e médica em relação ao estudo urodinâmico foi muito baixa para IUE 0,32 e 0,38 e para IUU 0,35 e 0,33, dando a entender que muitos pacientes que se queixavam destes tipos de incontinência não apresentavam o problema durante o estudo urodinâmico. Como o estudo urodinâmico avalia apenas um curto

período, apenas um ciclo miccional artificialmente provocado, consideramos esta discrepância como provável resultado falso negativo.

Segundo trabalho de (RAHMANOU et al., 2008), resultados urodinâmicos variáveis num mesmo indivíduo podem ocorrer refletindo as variações no comportamento do trato urinário em ciclos miccionais diferentes.

Quando consideramos a avaliação urodinâmica como teste padrão a sensibilidade da avaliação primária (1) se mostrar baixa (0,32 e 0,35) para identificar as pacientes com diagnóstico de IUE e IUU, entretanto mostra uma alta especificidade (0,95 e 0,93) para apontar as que não possuem IUE e IUU. Este fato se deve a baixa sensibilidade (0,27) da avaliação urodinâmica para diagnosticar IUM, diagnosticando uma grande parcela das pacientes que queixam de IUM como IUE e IUU, tabelas 6 e 7, gráficos 5 e 6.

A análise dos resultados obtidos na comparação da avaliação médica (2) e avaliação urodinâmica (3) mostra padrão assemelhado à comparação feita entre a avaliação primária (1) e a avaliação urodinâmica (3). Aqui, como lá, observamos baixa sensibilidade e elevada especificidade para IUE e IUU quando o padrão é o estudo urodinâmico, tabelas 6, 7, 8 e 9 e gráficos 5, 6, 7 e 8.

A maioria dos estudos avalia testes diagnósticos isolados como, por exemplo, a história, questionário ou exame físico em comparação com o estudo urodinâmico, considerado como o padrão, encontrando frequentemente uma alta sensibilidade e baixa especificidade para diagnóstico de incontinência urinária de esforço não complicada na mulher. (MARTIN et al., 2006)

No nosso estudo a comparação da avaliação primária (1), que compreende os questionários, com a avaliação urodinâmica teve a sensibilidade de 0,32 e especificidade de 0,95, resultado muito diferente dos estudos que avaliaram apenas testes isolados como a história clínica. Em nossa opinião esta baixa sensibilidade significa a alta taxa de falso negativo da avaliação urodinâmica para IUM encontrado no nosso estudo.

Não encontramos nenhum estudo na literatura que invertesse o papel de teste padrão do estudo urodinâmico para o diagnóstico de IU.

Quando aplicamos este método, inversão do teste padrão para avaliação primária (1) ou médica (2), tabela 7 e 9 e Gráfico 5 e 8, encontramos uma sensibilidade de 0,76 e 0,68 e uma especificidade de 0,75 e 0,76 para IUE. Nos casos de IUU a sensibilidade foi mais baixa 0,64 e 0,63 com especificidade de 0,79 e 0,79. A maior discrepância foi encontrada nos casos de IUM onde ocorreu uma perda expressiva da sensibilidade 0,27 e 0,25 com especificidade

de 0,90 e 0,86. Interpretamos este achado como anteriormente descrito ou seja baixa capacidade da avaliação urodinâmica em detectar IUM.

Segundo Martin et al (2006), a relação de acertos entre história clínica e avaliação urodinâmica foi de 50% para resultados de ausência de incontinência urinária. (MARTIN et al., 2006)

Nosso estudo mostrou uma relação diferente entre avaliação primária (1) e médica (2) e a urodinâmica, nos casos de ausência de incontinência urinária que foi a queixa de apenas 8 pacientes, as avaliações 1 e 2 tiveram 100% de acerto enquanto a avaliação urodinâmica sobrestimou este número para 36 pacientes, aumento maior do que 4 vezes. Isto demonstra mais uma vez que o estudo urodinâmico tem uma força razoável para comprovar a ausência do problema quando este realmente não existe (verdadeiro negativo) mas é fraco na identificação do problema, tabela 3 e Gráfico 1.

Nos próximos 30 anos é esperado um aumento na incidência de incontinência urinária na mulher, agravando o impacto social, econômico e na qualidade de vida desta população. Este cenário torna muito importante a realização de avaliações mais simples, rápidas e menos invasivas que nos permitam formular um diagnóstico rápido e plano de intervenção mais ágil e preciso, para uma demanda cada vez maior de pacientes que pressionarão o sistema de saúde. (ABREU et al., 2007; BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007; MCLENNAN; LEONG; STEELE, 2007)

A análise de concordância kappa revelou alinhamento muito grande entre as avaliações primária (1) e médica (2) o mesmo acontecendo com a taxas de acerto e de erro. Estes achados corroboram com o que já foi discutido anteriormente, reforçando o alto desempenho de métodos simplificados para o diagnóstico de incontinência urinária não complicada na mulher. A urodinâmica teve um desempenho inferior a estes testes principalmente no diz respeito a IUM, o que parece sugerir a dificuldade do teste urodinâmico em diagnosticar o tipo de incontinência urinária, provavelmente este fato se deve a ausência da ocorrência de hiperatividade detrusora no momento da realização do exame, mas relatado pelas pacientes como sintoma nos questionários e na avaliação médica.

Os nossos resultados mostram uma grande capacidade das avaliações simplificadas, como questionários ou história médica com exame físico, de fazerem diagnóstico dos principais tipos de IU não complicada na mulher, podendo reduzir a demanda para o estudo urodinâmico reservando este método para os caso de real necessidade.

Propomos então a utilização do protocolo deste estudo no Ambulatório de Urologia Feminina e no setor de Endoscopia Urológica do Serviço de Urologia do Hospital

Universitário Pedro Ernesto – HUPE – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ como triagem para as pacientes com encaminhamento médico para realização do estudo urodinâmico para diagnóstico da incontinência urinária.

Com este escopo, gostaríamos de propor um protocolo de avaliação da incontinência urinária na mulher que pudesse ser aplicado antes da avaliação médica e, principalmente, antes do estudo urodinâmico. A aplicação deste protocolo poderia encaminhar as pacientes para o tratamento conservador ainda na primeira consulta médica sendo o estudo urodinâmico realizado no momento em que for realmente necessário.

CONCLUSÃO

Avaliação simplificada, como questionários (perda por esforço e urgência e ICIQ-SF) ou história médica mais exame físico, foi eficaz para diagnosticar os principais tipos de incontinência urinária não complicada na mulher.

Os nossos achados fortalecem a indicação de uma avaliação simplificada antes de intervenções mais invasivas e dispendiosas como a avaliação urodinâmica.

A inversão de padrão entre a avaliação urodinâmica e as avaliações primária e médica mostrou uma tendência da primeira em superdiagnosticar IUE e IUU, subdiagnosticando IUM e ausência de incontinência urinária.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37–49, jan. 2003.
- ABRAMS, P. et al. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: www.iciq.net. **The Journal of urology**, v. 175, n. 3 Pt 1, p. 1063–6; discussion 1066, mar. 2006.
- ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence , Pelvic Organ Prolapse , and Fecal Incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, n. 1, p. 213–240, jan. 2010.
- ABRAMS, P.; ANDERSSON, K.; BIRDER, L. International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. **Health Publication Ltd, Paris ...**, 2009.
- ABREU, N. et al. Qualidade de Vida na Perspectiva de Idosas com Incontinência Urinária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 6, p. 429–436, 2007.
- AVERY, K. et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 23, n. 4, p. 322–30, jan. 2004.
- BERGHMANS, L. C. et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. **BJU international**, v. 85, n. 3, p. 254–63, fev. 2000.
- BLANES, L.; PINTO, R. D. C.; SANTOS, V. L. Urinary incontinence knowledge and attitudes in São Paulo. **Ostomy/wound management**, v. 47, n. 12, p. 43–51, dez. 2001.
- BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. **Acta Urológica**, v. 24, n. 1, p. 79–82, 2007.
- BROEKHUIS, S. R. et al. Reproducibility of same session repeated cystometry and pressure-flow studies in women with symptoms of urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 29, n. 3, p. 428–31, mar. 2010.
- BROSTROM, S.; JENNUM, P.; LOSE, G. Short-term reproducibility of cystometry and pressure-flow micturition studies in healthy women. **Neurourology and urodynamics**, v. 21, n. 5, p. 457–60, jan. 2002.
- ESPUÑA-PONS, M. et al. Analysis of the value of the ICIQ-UI SF questionnaire and stress test in the differential diagnosis of the type of urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 26, n. 6, p. 836–41, jan. 2007.

FLISSER, A. J.; BLAIVAS, J. G. Evaluating incontinence in women. In: **Urologic clinics of North America**. [s.l: s.n.]. p. 515–526.

GROTH, T.; GURALNICK, M. L.; O'CONNOR, R. C. Review of female stress urinary incontinence. **Minerva medica**, v. 98, n. 3, p. 203–9, jun. 2007.

GUPTA, A.; DEFREITAS, G.; LEMACK, G. E. The reproducibility of urodynamic findings in healthy female volunteers: Results of repeated studies in the same setting and after short-term follow-up. **Neurourology and Urodynamics**, v. 23, n. 4, p. 311–316, 2004.

HOLROYD-LEDUC, J. M. et al. What type of urinary incontinence does this woman have? **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 299, n. 12, p. 1446–56, 26 mar. 2008.

HOMMA, Y. et al. Reproducibility of cystometry in overactive detrusor. **European urology**, v. 38, n. 6, p. 681–5, dez. 2000.

HOYLE, V. et al. Current issues in the management of female urinary incontinence. **British journal of hospital medicine (London, England : 2005)**, v. 69, n. 5, p. 279–83, maio 2008.

HUNSKAAR, S. et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. In: **ics.org**. [s.l: s.n.]. v. 62p. 16–23.

KLOVNING, A. et al. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. **Neurourology and urodynamics**, v. 28, n. 5, p. 411–5, jan. 2009.

KLOVNING, A. **Validations of research methods for urinary incontinence in women- Scored questionnaires in clinical practice and epidemiological research**. [s.l.] University of Bergen, Norway, 2010.

LUCAS, M. G. et al. Guidelines on Urinary Incontinence. 2013.

LUCIA, R. L. DE. **Viabilidade de teste do papel no diagnóstico da incontinência urinária de esforço feminino**. [s.l.] Universidade de Brasília, 2009.

MARTIN, J. L. et al. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. **Health technology assessment (Winchester, England)**, v. 10, n. 6, p. 1–132, iii–iv, fev. 2006.

MCLENNAN, M. T.; LEONG, F. C.; STEELE, A. C. Evaluation of urinary incontinence and voiding dysfunction in women. **Missouri medicine**, v. 104, n. 1, p. 77–81, 2007.

MORTENSEN, S.; LOSE, G.; THYSSEN, H. Repeatability of cystometry and pressure-flow parameters in female patients. **International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction**, v. 13, n. 2, p. 72–5, jan. 2002.

NAGER, C. W. et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. **The New England journal of medicine**, v. 366, n. 21, p. 1987–97, 24 maio 2012.

NITTI, V. W. The prevalence of urinary incontinence. **Reviews in urology**, v. 3 Suppl 1, n. 1, p. S2–6, jan. 2001.

OPTIONS, N. et al. Urinary Incontinence in Women Guideline Prevalence Risk factors Types of incontinence Screening. p. 1–9, 2013.

PINTO, A. C. Associação entre História Clínica e Achados Urodinâmicos em Mulheres com Incontinência Urinária Transuretral. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 8, p. 529, set. 2000.

RAHMANOU, P. et al. Reliability testing of urodynamics, pressure flow studies and cough leak point pressure in women with urodynamic stress incontinence with and without detrusor overactivity. **International Urogynecology Journal**, v. 19, n. 7, p. 933–938, 2008.

REKERS, H. et al. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 43, n. 3, p. 229–234, fev. 1992.

RICHTER, H. E. et al. Demographic and clinical predictors of treatment failure one year after midurethral sling surgery. **Obstetrics and gynecology**, v. 117, n. 4, p. 913–21, abr. 2011.

ROSIER, P. F. W. M. et al. Executive Summary : The International Consultation on Incontinence 2008 — Committee on : ““ Dynamic Testing ””; for Urinary Incontinence and for Fecal Incontinence . Part 1 : Innovations in Urodynamic Techniques and Urodynamic Testing for Signs and Sympto. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, p. 140–145, 2010.

SANDVIK, H. **The epidemiology of female urinary incontinence**. Disponível em: <www.uib.no/isf/people/doc/epidem.htm>. Acesso em: 18 jun. 2013.

SANDVIK, H. et al. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighting tests. **Neurourology and urodynamics**, v. 19, n. 2, p. 137–45, 1 jan. 2000.

SEGEDI, L. M.; SEGEDI, D.; ILIĆ, K. P. Quality of life of women with urinary incontinence. **Medicinski Glasnik**, v. 8, n. 2, p. 237–242, 2011.

SMITH, A. et al. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 347, n. sep10_6, p. f5170, 10 jan. 2013.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. **Revista de saúde pública**, v. 38, n. 3, p. 438–44, jun. 2004.

APÊNDICE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um termo de consentimento livre e esclarecido, que está sendo fornecido para verificar se você tem interesse em participar de uma pesquisa médica/fisioterapêutica. Após ter lido e ter tido suas dúvidas retiradas pelo médico/fisioterapeuta, você poderá decidir participar ou não desta pesquisa. Se você decidir participar, você deve assinar este termo. Se você decidir não participar, o médico dará continuidade aos seus exames e tratamento da maneira usual, sem prejuízo.

Nome do estudo:

AVALIAÇÃO DE UMA ABORDAGEM SIMPLIFICADA NO DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER

Informações ao paciente:

Você está sendo convidada a participar deste estudo porque você apresenta alguma queixa urinária (incontinência urinária), e foi encaminhada por um médico para a realização de estudo urodinâmico com a finalidade de diagnosticar alguma forma de incontinência urinária se houver. O diagnóstico atualmente é obtido através de anamnese (as perguntas que o médico faz na consulta), exame físico e estudo urodinâmico. O tratamento atualmente utilizado é medicamentoso, comportamental e cirúrgico dependendo do caso e da avaliação médica. O objetivo desta pesquisa é investigar se os questionários (IU por esforço e urgência e ICIQ-SF), a história e o exame físico seriam compatíveis com o diagnóstico urodinâmico.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Se você aceitar participar deste estudo, você integrará um grupo de estudo formado por pessoas que procuraram esta unidade com encaminhamento médico para realização de estudo urodinâmico para investigação de queixa urinária.

Riscos:

Esta pesquisa não causa nenhuma dor ou risco à saúde, somente algum eventual desconforto causado pelo estudo urodinâmico, que será realizado por um médico, e o que foi o motivo de sua vinda a este hospital.

Modelo do Estudo:**Visita Única:**

Nesta visita você será informado a respeito deste estudo e terá acesso a este termo de consentimento livre e esclarecido. Se você quiser participar do estudo, será realizado a aplicação de um questionário, história e exame físico além do já programado estudo urodinâmico.

Da condução e Remuneração do estudo:

O estudo será conduzido pelo setor de urologia em conjunto com o setor de fisioterapia do Hospital Universitário Pedro Ernesto e não haverá nenhuma forma de remuneração aos pacientes, nem aos médicos e nem aos fisioterapeutas participantes do presente estudo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura e nome completo do paciente/representante legal

Data

Assinatura e nome completo da testemunha

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura e nome completo do entrevistador

Data

_____/_____/_____

ANEXO A – Questionário de incontinência e esforço/urgência

Data: ____/____/____ Tel.: _____

Bairro: _____

RG

HUPE: _____ SUS: _____

Nome: _____

Data nascimento: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE INCONTINÊNCIA E ESFORÇO/URGÊNCIA

1 – Quantas vezes nos últimos sete dias (uma semana) você teve perda involuntária de urina que chegou a molhar sua roupa, calcinha ou absorvente durante uma atividade tal como tossir, espirrar, rir, correr, fazer exercícios ou levantar alguma coisa?

2 – Quantas vezes nos últimos sete dias (uma semana) você teve perda involuntária de urina que chegou a molhar sua roupa, calcinha ou absorvente quando sentiu uma necessidade forte e repentina de urinar e não conseguiu chegar ao banheiro a tempo?

ANEXO B – ICIQ-SF

Este questionário não vai mudar nossa forma de tratá-la e também não vai trazer qualquer privilégio como antecipação de marcação de exames ou de cirurgias. Entretanto se você responde-lo com honestidade e precisão vai ajudar muito no seu tratamento.

Data de hoje:_____/_____/_____. Tel.:_____

Nome:_____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (UM MÊS).

1 - Data nascimento:_____/_____/_____. 2 - Sexo: Feminino (___) Masculino (___)

3 – Com que frequência você perde urina? (Assinale uma resposta)

- 0 () Nunca
- 1 () Uma vez por semana ou menos
- 2 () Duas ou três vezes por semana
- 3 () Uma vez ao dia
- 4 () Diversas vezes ao dia
- 5 () O tempo todo

4 – Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (Assinale uma resposta)

- 0 () Nenhuma
- 2 () Uma pequena quantidade
- 4 () Uma moderada quantidade
- 6 () Uma grande quantidade

5 – Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária?

Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

- 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
 Não Interfere Interfere Muito

ICIQ-SF Score: soma dos resultados 3, 4 e 5=_____

6 – Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- 1 () Nunca
- 2 () Perco antes de chegar ao banheiro
- 3 () Perco quando tusso ou espirro
- 4 () Perco quando estou dormindo
- 5 () Perco quando estou fazendo atividades físicas
- 6 () Perco quando eu terminei de urinar e estou me vestindo
- 7 () Perco quando sem razão óbvia
- 8 () Perco o tempo todo

Obrigado!

ANEXO C – Protocolo de incontinência urinária /Anamnese

Nome: _____ Data nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino Masculino Idade:.....Cor: Branca Negra Parda Outras

Gestações:.....Partos Normais:.....Cesareana:.....Abortos:.....Fórceps:.....

Cirurgias pélvicas prévias:.....

Reposição hormonal: não sim.....

Medicamentos:.....

.....

Comorbidades:.....

.....

Queixa principal:

Incontinência de esforço Incontinência de urgência Incontinência mista **História:**.....

.....

Perda por: esforço por urgência perda noturna outras:.....

Queixas:

polaciúria nictúria disúria hematúria prolapso dispareunia dismenorreia **Exame Físico:****Teste simples de perda:** positivo estimativa.....mL hiper mobilidade uretral uretraaberta Prolapso estagio POPQ: 0 I II Ba II Bp III Ba III Bp IV gh.....pb.....**Questionários:**

Incontinência de Stress e urgência: 1 (____) 2 (____)_____

ICIQ-SF Score: ____ 6 (_____)**Diagnóstico (1) Primário:** IUE IUUrg IMista predomina E Urg **Diagnóstico (2) Médico:** IUE IUUrg IMista predomina E Urg **Diagnóstico (3) Urodinamico:** IUE IUUrg IMista predomina E Urg CI vol: ____ ml /PP: ____ cmH₂O / tosse Valsalva / CCM: ____ mL complac: ____

OBS: _____

*Diagnóstico Primário 1: questionários colhidos pela fisioterapeuta e/ou investigadora.

ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Ericka Kirsthine Valentin
Orient. Prof. Ronaldo Damião

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2582-CEP/HUPE – CAAE: 0041.0.228.000-10) "AS NOSSAS PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA QUE SÃO ENCAMINHADAS PARA AVALIAÇÃO URODINÂMICA EM NOSSA INSTITUIÇÃO PODERIAM TER O DIAGNÓSTICO REALIZADA DE FORMA MAIS SIMPLES?" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ