

	FISIOTERAPIA - ENTREGA SEMANAL 1
	Projeto: Plano Terapêutico Uroginecológico e Obstétrico Professores: Colegiado de Fisioterapia
Nome: Carolina Beatriz dos Santos e Najla Younes	
Atividade: Casos clínicos - Incontinência urinária e fecal	
<u>OBS: Entrega em dupla</u> Atividade CASO CLÍNICO 1 Paciente 45 anos, sexo feminino, do lar, compareceu ao serviço de fisioterapia pélvica encaminhada pela sua ginecologista por perdas urinárias. Tem como queixa principal perdas de xixi quando tosse, espirra e quando agacha para pegar alguma coisa no chão. Essas perdas não acontecem todos os dias. Na inspeção, apresentou capacidade de contração. Na palpação, foi verificado dor as 5 (6 na EVA) e 7 (4 na EVA) horas, reflexo de tosse ausente, coordenação inadequada e faz uso do músculo abdominal. Força muscular grau 4 na Escala de Oxford Modificada, tempo de sustentação de 3 segundos, número de repetições 3 e capacidade de relaxamento parcial / lento. Com base no caso clínico acima, responda: a) Qual seria a sua primeira conduta com essa paciente? Realizar exame físico: Isso pode incluir um exame pélvico, um exame neurológico e um exame geral para identificar quaisquer problemas médicos subjacentes que possam contribuir para a incontinência, realizar diário miccional, para identificar padrões e gatilhos que podem estar contribuindo para a incontinência. E já nesse caso a conduta chefe seria a diminuição de dor dessa paciente podendo envolver uma massagem perianal para analgesia. b) Trace objetivos e condutas a curto e longo prazo. CURTO PRAZO ● OBJETIVO: Fortalecer os músculos do assoalho pélvico. ● CONDUTA: realizar exercícios de Kegel regularmente para fortalecer os músculos do assoalho pélvico e melhorar o controle da bexiga. ● OBJETIVO: Modificação na ingestão de líquidos. ● CONDUTA: ajustar a ingestão de líquidos, reduzindo o consumo de bebidas que irritam a bexiga e aumentam a frequência urinária. ● OBJETIVOS: Reduzir episódios de dor. ● CONDUTAS: O objetivo pode se ajustar por um protocolo de eletroestimulação. LONGO PRAZO ● OBJETIVO: Melhorar significativamente o controle da bexiga.	

- **CONDUTA:** alcançar um maior controle da bexiga, reduzindo ou eliminando a ocorrência de perda de urina e aumentando o intervalo entre as micções.
- **OBJETIVO:** Fortalecimento contínuo do assoalho pélvico.
- **CONDUTA:** O objetivo pode ser manter e aprimorar continuamente a força e a resistência dos músculos do assoalho pélvico por meio de exercícios regulares, contribuindo para um controle mais eficaz da bexiga a longo prazo.
- **OBJETIVO:** Manutenção de um estilo de vida saudável.
- **CONDUTA:** manter um peso saudável, adotar uma dieta equilibrada, praticar atividades físicas regularmente e implementar estratégias de gerenciamento do estresse, tudo isso para promover a saúde geral e o bem-estar, o que pode ter um impacto positivo na saúde da bexiga.
- **OBJETIVO:** Melhoria da qualidade de vida
- **CONDUTA:** O objetivo final pode ser alcançar uma melhoria significativa na qualidade de vida, reduzindo os efeitos negativos da incontinência urinária e promovendo uma maior confiança e bem-estar emocional e físico.

CASO CLÍNICO 2

P.S.G, sexo feminino, 73 anos, mede 1,70 m e pesa 72 kg. Profissão: empresária. Sofre de hipertensão arterial sistêmica (há 6 anos, controla com alimentação e medicação – anti-hipertensivo e diurético), teve AVE isquêmico (há 1 ano) e, como sequela, tem hemiplegia (leve) à D. Faz fisioterapia motora 2 vezes/semana.

Queixa-se de perda urinária imediatamente após sentir o desejo súbito de urinar (não percebe a bexiga enchendo de urina, apenas quando está muito cheia). Início dos sintomas: há 1 ano.

O estudo urodinâmico evidenciou contração não inibida do detrusor de alta amplitude. Evacua diariamente.

Faz uso de 3 fraldas/dia e 1 fralda/noite (dependendo do que beba antes de dormir; às vezes, molha o colchão mesmo com o uso da fralda).

Diário miccional (24 h). Ingera 3,5 l de líquido por dia (água, 2 xícaras de café, suco de limão, acerola e laranja); hábitos miccionais – 8 vezes/dia, 2 vezes/noite (acorda para urinar); apresentou 8 perdas/dia (1 não foi percebida).

Exame físico. Abdome normotônico; não foi observada perda urinária à manobra de Valsalva. Sensibilidade normal, reflexo anocutâneo positivo.

Teste muscular manual do AP (pela escala de Oxford). Elevadores do ânus fibras lentas = grau 3; elevadores do ânus fibras rápidas = grau 4; bulboesponjoso fibras lentas = grau 3; bulboesponjoso fibras rápidas = grau 4; faz contração de glúteos durante a contração do AP; reflexo de tosse presente. Esforço evacuatório normal.

- a) Em ordem, quais condutas terapêuticas adotaria para essa paciente?

Modificação na ingestão de líquidos: Ajustar a ingestão de líquidos, especialmente antes de atividades que possam desencadear a incontinência, pode ajudar a minimizar os episódios de perda de urina.

Treinamento muscular do assoalho pélvico

O treinamento muscular do assoalho pélvico, mais conhecido como exercícios de Kegel é considerado como tratamento de primeira escolha para incontinência urinária e é definido

como um programa de contrações voluntárias seletivas e repetitivas. O programa de treinamento muscular do assoalho pélvico é prescrito individualmente, baseado na avaliação funcional do assoalho pélvico e será elaborado de acordo com o grau de força, propriocepção e tolerância do paciente. Durante o processo de treinamento é necessário realizar a progressão dos exercícios, iniciando posições a favor da gravidade, anti gravidade e por fim com base instável. O quanto antes conduzir os exercícios para um trabalho funcional e para mulheres atletas, direcionar o treino para as suas atividades físicas.

Os cones vaginais são utensílios de aço inoxidável revestido de plástico, incluindo um fio de nylon em seu ápice para facilitar sua remoção, suas formas e volumes são semelhantes, enumeradas de 1 a 5, com variação de peso 20g a 70g. A utilização do cone envia informação sensorial motora e induz a contração dos músculos do assoalho pélvico, o aumento gradual dos pesos representa a melhora da força e motiva o seu uso. O ideal é sua utilização de maneira mais funcional possível. A indicação do uso, bem como a orientação deve ser realizada por um profissional especializado para ser reproduzida em casa de acordo com a necessidade de cada paciente.

Eletroestimulação

A eletroestimulação é uma técnica utilizada na reabilitação do assoalho pélvico como forma de tratamento na incontinência urinária, poder ser realizada com eletrodos vaginais ou de superfície. A eletroestimulação intracavitária é prioridade principalmente para pacientes que não conseguem realizar a contração do assoalho pélvico e tem como objetivo reestabelecer conexões neuromusculares e melhora a função das fibras musculares, consequentemente melhora o mecanismo de contração muscular, além de inibir as contrações involuntárias do detrusor, diminuir os números de micções e aumentar a capacidade vesical.

Biofeedback

O biofeedback é mais uma modalidade de tratamento que nos auxilia no acompanhamento conservador em programa de reabilitação do assoalho pélvico. Utiliza-se de sensores intravaginal ou perianal capaz de captar a contração muscular perineal realizada, e transformá-la em estímulos visuais e auditivos. É uma estratégia prática para mulheres que tem dificuldade de compreender como contrair ou precisam ser ensinadas a maneira correta de como contrair o assoalho pélvico, evitando o emprego de musculaturas acessória, objetivando a melhora da propriocepção, força e inibição por mecanismo de hiperatividade detrusora.

- b) Com base no diário miccional, quais orientações comportamentais daria a essa paciente?

O treinamento vesical, também conhecido como reeducação vesical, o qual consiste em educação do paciente sobre seus hábitos miccionais associado a regime de micção programada com aumentos graduais do intervalo entre as micções. É um tratamento que ajuda o paciente a “segurar mais urina”, de forma que consiga urinar com menor frequência e com menos episódios de urgência e incontinência. O treinamento vesical é frequentemente realizado em conjunto aos exercícios da musculatura do assoalho pélvico (exercícios de Kegel).

Treinamento e controle:

Comprima com força os músculos do períneo e durante o máximo tempo possível, até que a sensação de urgência urinária desapareça (contração lenta, forte e mantida). Ao contrair os músculos do períneo ajuda a manter a uretra fechada e consequentemente previne a perda de urina. Tente contrair rapidamente e com força os músculos do períneo e a seguir relaxar. Repita as contrações várias vezes, até controlar a urgência urinária. Para algumas pessoas, várias contrações rápidas e fortes funcionam melhor do que uma contração mantida.

- Tente manter a região do períneo sob pressão. Pode conseguir este efeito cruzando as pernas ou

sentando-se numa superfície dura. O cérebro vai interpretar que a saída da bexiga está fechada e que o esvaziamento deve ser adiado.

- Tente distrair a sua mente contando, por exemplo, de 100 a zero.
- Tente mudar de posição; em alguns casos, inclinar-se para frente diminui a sensação de urgência.
- Procure não caminhar, mantenha-se no mesmo lugar, até passar a urgência urinária.
- Procure não realizar movimentos bruscos, que podem fazer piorar a urgência urinária.

CASO CLÍNICO 3

Paciente com incontinência fecal e constipação intestinal há 2 anos relata permanecer até 1 semana sem evacuar, o que só é alcançado com esforço excessivo. Apresenta fezes ressecadas e grandes e histórico de hemorroidas e fissuras anais refratárias ao tratamento medicamentoso. Faz uso regular de laxante. Refere percepção do desejo evacuatório, mas, quando sente vontade de evacuar, não consegue impedir perda. Relata que deixou de frequentar a hidroginástica por causa das perdas ocorridas durante atividade física dentro da piscina. Também perde gases quando dá risadas ou carrega peso. Informa que algumas vezes acha que está com gases e, ao liberá-los, perde fezes na roupa.

História clínica: Paciente diabética e hipertensa, com condições controladas por medicamentos. Obesa, tem 6 filhos nascidos de parto normal (todos com mais de 3 kg). Não mantém vida sexual ativa.

Exame físico: Na inspeção, observam-se hemorroidas externas sem sangramento, cicatriz lateral ao centro tendíneo do períneo e assimetria dos canais anal e vaginal. Atrofia dos grandes lábios e palidez da vulva. Na palpação nota-se aderência na cicatriz, hipotonia e força muscular de grau 2 (escala de Oxford modificada) dos músculos elevadores do ânus. A contração é sustentada por 3 s. O reflexo anal está presente e não há alterações neurológicas nos pés. Apresenta deficiência na ativação do músculo transversal abdominal.

Exames complementares: Apresenta ultrassom anal que mostra lesão parcial do esfíncter externo da uretra e do esfíncter externo do ânus. Manometria anorretal mostra fraqueza do esfíncter externo e puborretal, e redução da sensação anal.

a) Por que a massagem abdominal seria indicada para essa paciente?

Seria indicada para ajudar a aliviar a incontinência fecal, tendo objetivo de melhorar a função muscular, promover a circulação sanguínea e ajudar na coordenação dos movimentos intestinais, ajudando também a estimular o sistema digestivo, promovendo a movimentação do conteúdo intestinal.

b) Descreva e ilustre (fotos) como faria a massagem abdominal nessa paciente.

Movimentos Circulares:

Realizar movimentos circulares suaves no sentido horário ao redor do umbigo pode ajudar a estimular o intestino grosso.

Pressão Leve no Abdômen:

Aplicar uma pressão leve no abdômen, seguindo a direção do cólon, pode ajudar a estimular os movimentos intestinais.



c) Que outras condutas você prescreveria para essa paciente?

Treinamento muscular do assoalho pélvico como tratamento conservador para melhora da incontinência fecal, com exercícios que aumentem a força, resistência e coordenação. Exercícios de contração muscular isolada, relaxamento, exercícios em cadeias musculares funcionais e integradas às atividades diárias, contrações repetidas da musculatura do assoalho pélvico e esfíncter, utilizando exercícios de Kegel, com contrações voluntárias máximas sustentadas.

Biofeedback com monitoramento por aparelhos das respostas musculares que o paciente é incapaz de reproduzir sozinho, oferecendo uma melhor consciência e compreensão, aumentando a força, resistência do assoalho pélvico, isolamento de contração da musculatura do assoalho pélvico, contração voluntária do esfíncter anal externo.

Eletroestimulação reeducando os músculos do assoalho pélvico, fornecendo consciência proprioceptiva, melhorando a função muscular, resistência de contração do músculo estriado, com foco no esfíncter anal externo e facilitando o recrutamento de fibras musculares.

Referências:

LIU, Bruno Manliang et al. Incontinência urinária na mulher: classificação, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. Brazilian Journal of Development, v. 9, n. 3, p. 9622-9638, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57841> Acesso em 09 de novembro de 2023.

BARROSO, Aline Maria Francia et al. Abordagem fisioterapêutica na incontinência fecal: **revisão de literatura**. Disponível em: <https://www.perineo.net/pub/barroso2019.pdf> Acesso em 09 de novembro de 2023.

OLIVEIRA, Camila; GOMES, Bruno; FREIRE, Rosimari. EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA INCONTINÊNCIA FECAL NO IDOSO: **REVISÃO SISTEMÁTICA**. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 7, n. 1, p. 129-129, 2021. Disponível em: <https://periodicos.grupotiradentes.com/fitsbiosauade/article/view/8948> Acesso em 09 de novembro de 2023.