



FISIOTERAPIA - ENTREGA SEMANAL 1

Projeto: Plano Terapêutico Uroginecológico e Obstétrico

Professores: Colegiado de Fisioterapia

Nome: Eric Dias e Shirley Nobili

Atividade: Casos clínicos - Incontinência urinária e fecal

OBS: Entrega em dupla

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 verificada dor as 5 (6 na EVA) e 7 (4 na EVA) horas, reflexo de tosse ausente, coordenação inadequada e 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?

Anamnese detalhada: Realizar uma entrevista detalhada com a paciente para entender a história clínica, a frequência e a gravidade das perdas urinárias, os fatores desencadeantes, a duração dos sintomas e outros sintomas associados, como dor pélvica. explicar a paciente o que é uma incontinência urinária, como cuidar e como tratar a incontinência urinária.

b) Trace objetivos e condutas a curto e longo prazo.

curto prazo

objetivos	condutas
Redução das perdas urinárias	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico: Desenvolver um programa de exercícios específico para fortalecer os

	músculos do assoalho pélvico e melhorar a coordenação. Isso pode incluir exercícios de Kegel, biofeedback e eletroestimulação
melhorar alívio da dor	Utilizar técnicas de fisioterapia, como massagem, liberação miofascial ou terapia manual, para ajudar a aliviar a dor no assoalho pélvico.
promover a conscientização	Ensinar a paciente a reconhecer os sinais de alerta que indicam a necessidade de ativar os músculos do assoalho pélvico durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.

longo prazo

objetivos	condutas
treinamento do assoalho pélvico	O treinamento do assoalho pélvico envolve exercícios específicos projetados para

		fortalecer e melhorar a função dessa musculatura exercícios kegel, elevador do assoalho pélvico, ponte, e respiração diafragmática
	Prevenção das perdas urinárias	Exercícios de resistência, Exercícios funcionais, Exercícios de respiração diafragmática, Treinamento proprioceptivo, Biofeedback,
	técnicas de respiração e coordenação	Integrar técnicas de respiração que favoreçam a coordenação entre a musculatura abdominal e do assoalho pélvico. Ensinar estratégias para evitar a contração involuntária durante a tosse e espirro.

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 seqüela, 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). Ingere 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 valsava. 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?

Avaliação detalhada do assoalho pélvico: Iniciar uma avaliação específica do assoalho pélvico para identificar a força, resistência e coordenação muscular. Isso pode incluir a palpação interna para avaliar a tonicidade e possíveis pontos de desencadeamento da contração não inibida do detrusor.

Biofeedback eletromiográfico: Utilizar técnicas de biofeedback eletromiográfico para fornecer à paciente informações em tempo real sobre a atividade muscular do assoalho pélvico. Isso pode ajudar na conscientização e no aprimoramento do controle muscular.

Educação sobre higiene vesical: Orientar a paciente sobre técnicas de esvaziamento adequado da bexiga, garantindo que ela esteja esvaziando completamente durante as micções.

Exercícios específicos do assoalho pélvico: Desenvolver um programa personalizado de exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, incluindo contrações isométricas e exercícios de relaxamento. O objetivo é melhorar o controle vesical e reduzir as perdas urinárias.

Treino vesical e agendamento miccional: Implementar estratégias de treino vesical, como agendamento miccional regular, para ajudar a normalizar os padrões miccionais e reduzir a urgência.

Instruções sobre o uso adequado de fraldas: Fornecer orientações sobre o uso adequado de fraldas, incluindo técnicas para evitar vazamentos e a importância de trocas frequentes.

Integração com a fisioterapia motora: Coordenar as intervenções com a fisioterapia motora que a paciente já está recebendo para garantir uma abordagem integrada ao tratamento.

Revisão periódica e ajustes no plano de tratamento: Realizar avaliações regulares para monitorar o progresso e ajustar o plano de tratamento conforme necessário, levando em consideração a complexidade do quadro clínico.

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

Agendamento miccional regular: Estabelecer um horário regular para realizar micções, mesmo quando não há sensação de urgência, para ajudar a treinar a bexiga e reduzir a frequência das perdas.

Técnica de duplo esvaziamento: Incentivar a paciente a realizar um duplo esvaziamento da bexiga, ou seja, tentar urinar novamente alguns minutos após a primeira micção para garantir o esvaziamento completo.

Monitoramento da ingestão de líquidos: Observar e registrar os momentos em que ocorrem as perdas urinárias em relação à ingestão de líquidos. Pode ser útil ajustar a quantidade ou o tipo de líquidos consumidos, especialmente à noite.

Redução de líquidos antes de dormir: Sugerir a redução da ingestão de líquidos algumas horas antes de dormir para minimizar a necessidade de acordar durante a noite para urinar.

Registro detalhado das perdas urinárias: Manter um registro preciso das situações em que ocorrem as perdas urinárias, incluindo atividades específicas, para identificar padrões e ajustar o plano de tratamento conforme necessário.

Autoavaliação da urgência miccional: Instruir a paciente a avaliar a urgência miccional em uma escala de 0 a 10 antes de cada micção, ajudando-a a reconhecer os sinais precoces e agir antes da urgência extrema.

Treino vesical progressivo: Implementar técnicas de treino vesical, como aumentar gradualmente o intervalo entre as micções, para aumentar a capacidade da bexiga e melhorar o controle.

Atividade física regular: Incentivar a prática regular de atividades físicas, como caminhadas leves, para promover a saúde geral e contribuir para o controle vesical.

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 hemorróidas 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 a 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?

- A massagem abdominal pode ser indicada para essa paciente devido à sua condição de incontinência fecal, constipação intestinal crônica e à presença de vários fatores que contribuem para esses problemas, incluindo atrofia dos músculos do assoalho pélvico, histórico de hemorroidas e fissuras anais, aderências cicatriciais, lesões parciais no esfíncter anal externo, fraqueza do esfíncter anal externo e puborretal, e redução da sensação anal. A massagem abdominal pode desempenhar um papel importante no tratamento dessa paciente como por exemplo melhora da circulação sanguínea, relaxamento dos músculos abdominais, melhora a função do assoalho pélvico.

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

- Preparação da paciente: Explique o procedimento à paciente para garantir sua compreensão e consentimento. Assegure um ambiente confortável e tranquilo. E começar primeiramente uma respiração, pedir ao paciente realizar uma inspiração e uma expiração 10 vezes.
- Posicionamento da paciente: paciente em decúbito dorsal em uma posição relaxada. Mantenha a privacidade da paciente durante o procedimento.



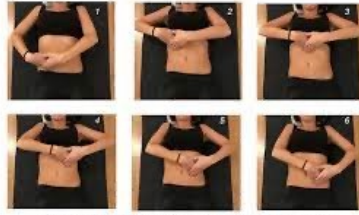
- Aquecimento: Comece com uma técnica de aquecimento, utilizando as mãos aquecidas para suavizar a área abdominal. Pode-se utilizar um óleo ou creme de massagem para reduzir o atrito.



- Movimentos circulares suaves: Com as pontas dos dedos, inicie movimentos circulares suaves no sentido horário, começando na parte inferior do abdômen e movendo-se gradualmente para cima. Esses movimentos podem ajudar a estimular o peristaltismo intestinal e aliviar a constipação.

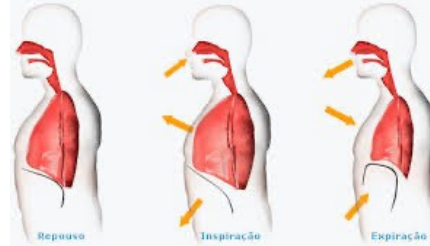


- Massagem profunda e suave nos quadrantes abdominais: Divida o abdômen em quadrantes e realize massagens suaves e profundas em cada um deles. Isso pode ajudar na mobilização de gases e fezes, promovendo o alívio da constipação.



Fases de la estimulación del colon ascendente, transverso y descendente

- Finalização: Termine a massagem com movimentos suaves e circulares, e a respiração.



- c) Que outras condutas você prescreverá para essa paciente?

Fisioterapia do assoalho pélvico: Desenvolver um programa de fisioterapia focado na reabilitação dos músculos do assoalho pélvico, incluindo exercícios para fortalecimento, coordenação e relaxamento desses músculos.

Treino do músculo transverso abdominal: Incorporar exercícios específicos para ativar e fortalecer o músculo transverso abdominal, visando melhorar a estabilidade da região abdominal e do assoalho pélvico.

Biofeedback anorretal: Utilizar técnicas de biofeedback para ajudar a paciente a conscientizar-se e aprimorar o controle sobre os músculos anorretais, especialmente os esfíncteres externos e puborretal.

Treino vesical e agendamento intestinal: Implementar estratégias de treino vesical e intestinal, estabelecendo horários regulares para tentativas de evacuação, visando normalizar os padrões intestinais.

Educação sobre hábitos intestinais saudáveis: Orientar a paciente sobre a importância de hábitos intestinais regulares, incluindo uma dieta rica em fibras, ingestão adequada de líquidos e a prática de atividade física para promover o bom funcionamento do intestino.

Instruções sobre o uso de laxantes: Revisar e otimizar o uso de laxantes, ajustando a dose conforme necessário para evitar constipação excessiva e ressecamento fecal.

Avaliação e tratamento de lesões anorretais: Colaborar com o médico para avaliação e tratamento específico de lesões anorretais, como hemorroidas e fissuras, que possam contribuir para a incontinência fecal.

Acompanhamento psicológico: Considerar encaminhamento para apoio psicológico, pois a incontinência fecal pode ter impactos significativos na qualidade de vida, e a paciente pode se beneficiar do suporte emocional.

Avaliação e ajuste de medicações: Revisar as medicações da paciente, especialmente aquelas para controle do diabetes e hipertensão, para garantir que não estejam contribuindo para os problemas intestinais.

Referências:

SILVA, Joice Carolina da. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico e os impactos negativos na vida das mulheres. 2021. Disponível em:

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/17878>

DE MENEZES, Mylena et al. Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. Revista Cathedral, v. 3, n. 2, p. 48-55, 2021. Disponível em:

<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/301>

DA SILVA PAZINE, Alinny Storch; CAMPAGNOLI, Carolina Perez. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA FECAL NO IDOSO: REVISÃO DA LITERATURA. Disponível em:

<https://unisales.br/wp-content/uploads/2023/06/ATUACAO-DA-FISIOTERAPIA-NA-INCONTINENCIA-FECAL-NO-IDOSO-REVISAO-DA-LITERATURA.pdf>

DANTAS, Aline de Almeida et al. Exercícios de fortalecimento muscular na função muscular em puérperas com disfunções do assoalho pélvico: uma revisão narrativa em 2022. Disponível em:

<https://www.riu.ufam.edu.br/handle/prefix/6478>

ENRIQUEZ, Eusebio Mario Amador. Efetividade dos exercícios dos músculos do assoalho pélvico sobre a disfunção muscular e incontinência urinária específica da gestação em mulheres com e sem diabetes mellitus gestacional ou hiperglicemia gestacional: revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. 2023. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/items/c412e866-1378-416d-adf1-a86c3852a029>

RODRIGUES, Raquel Souza et al. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal infantil: estudo de caso. 2021. Disponível em:

<https://repositorio.fsg.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3248/1/DIANA%20PEREIRA%20CARTAXO.pdf>