

Assistência de Enfermagem a Pessoas com Disfunção do Soalho Pélvico

Dayana Saboia
Enfermeira

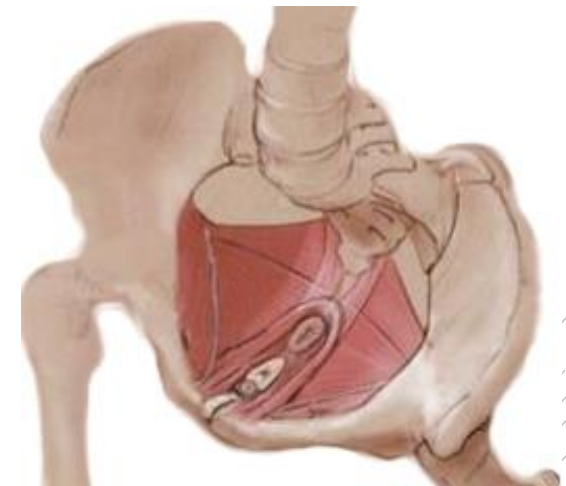
Especialista em Saúde da Mulher - UFC
Especializanda em Estomaterapia – UECE
Mestranda em Enfermagem - UFC

Objetivos

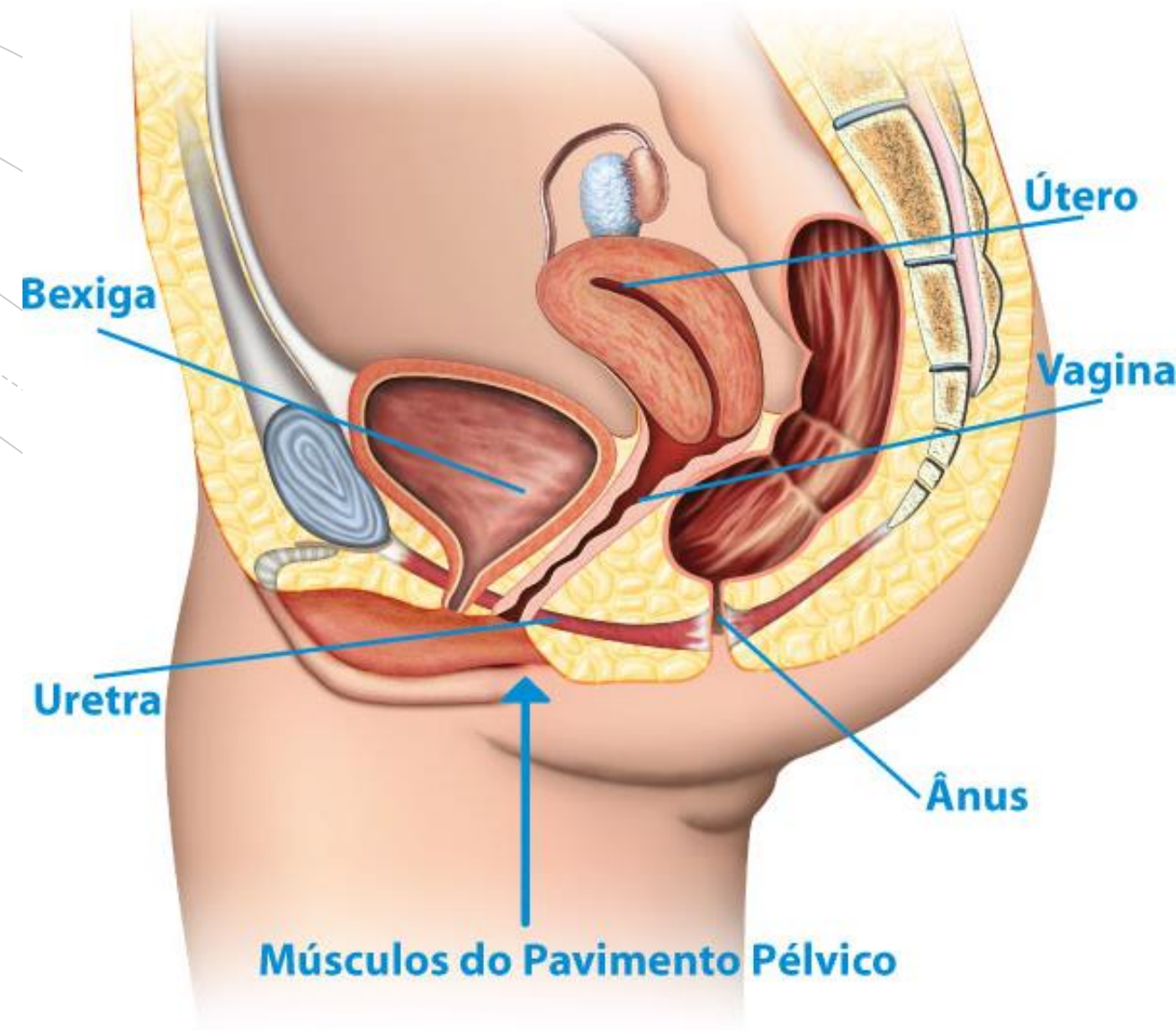
- **Caracterizar as principais Disfunções do Soalho Pélvico (DSP) na população feminina;**
- **Conhecer as principais intervenções de enfermagem a serem realizadas nessa população.**

SOALHO PÉLVICO

- **Pelve:** parte inferior do tronco (arcabouço ósseo);
- **Soalho pélvico:** aparelho de sustentação e contenção dos órgãos.

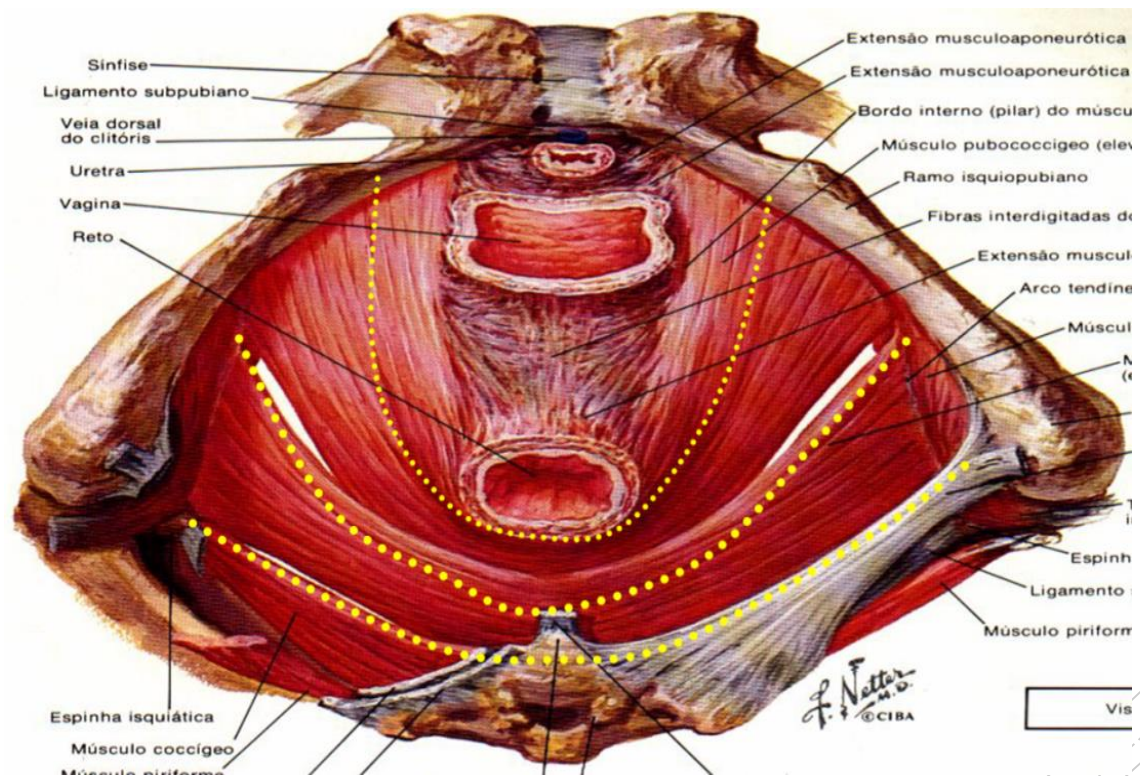


SOALHO PÉLVICO

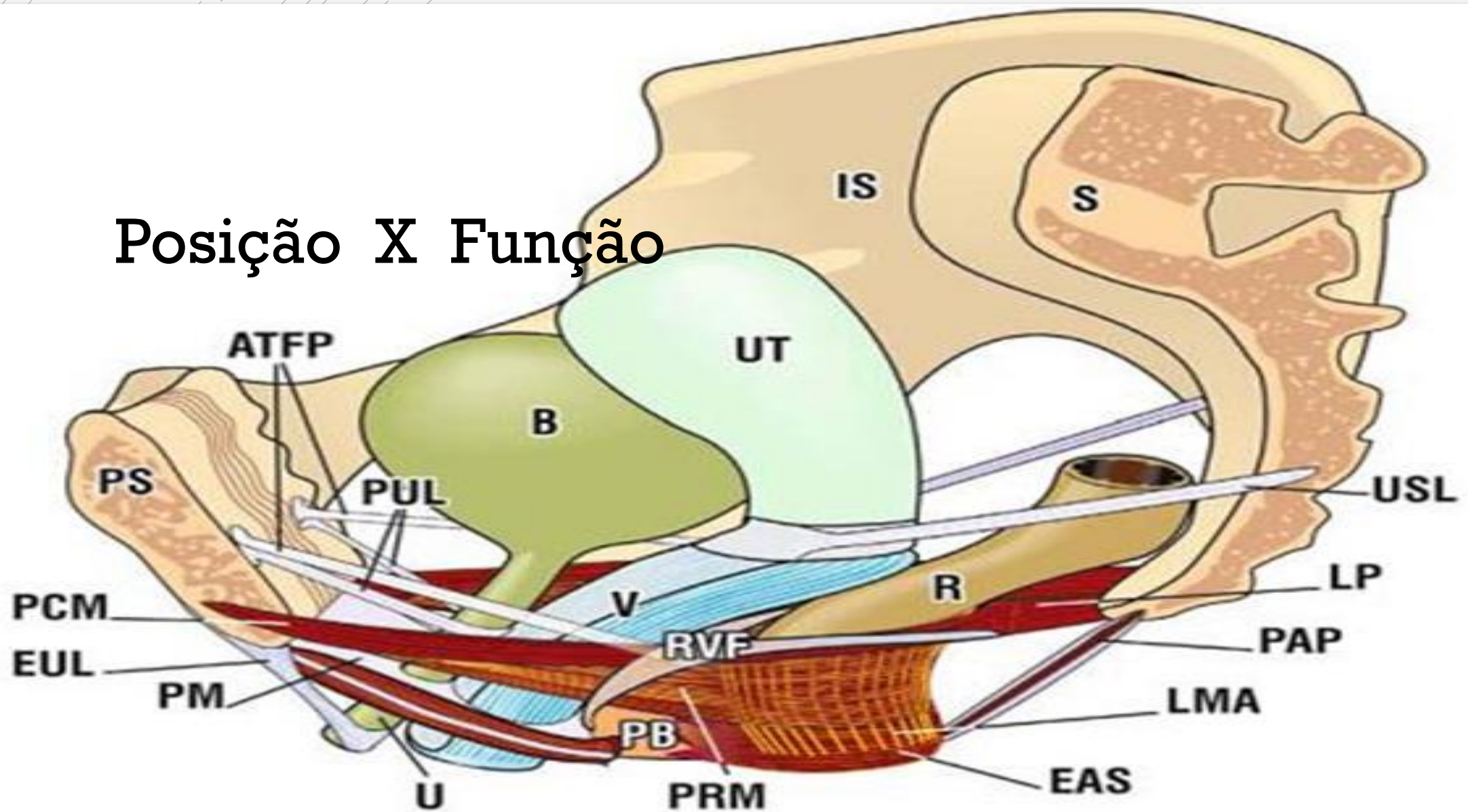


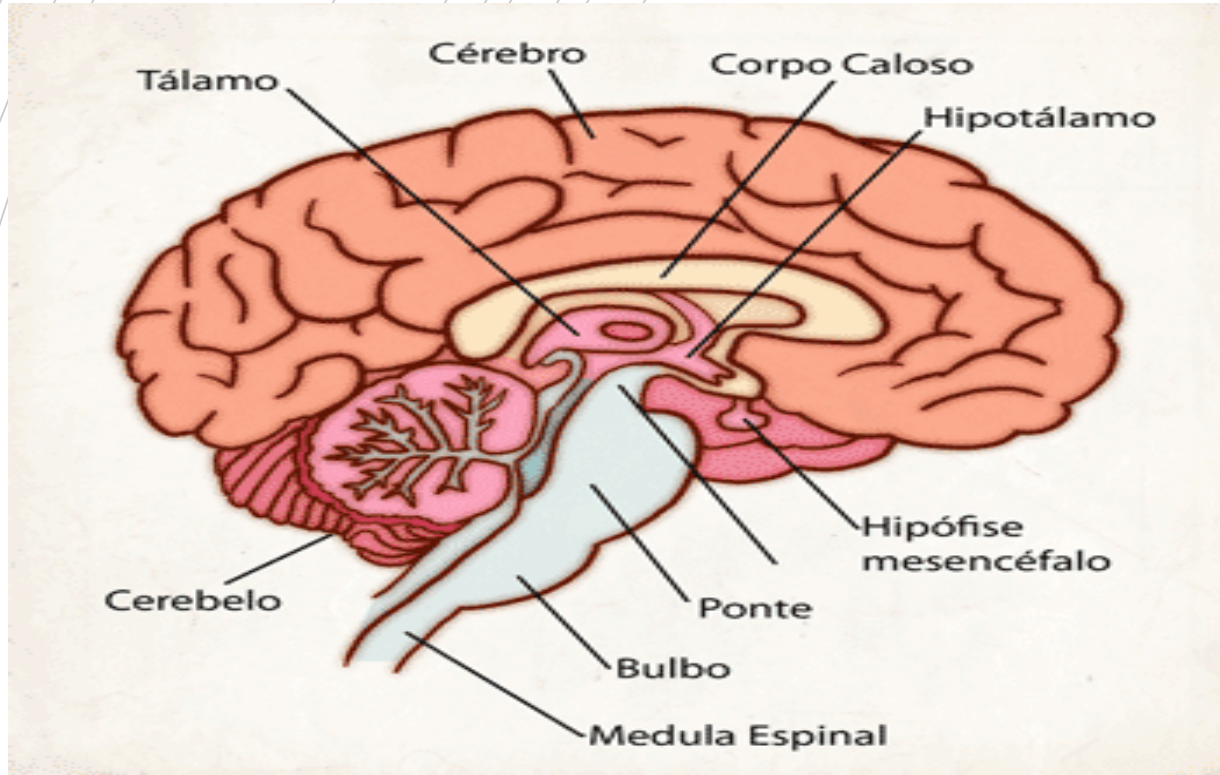
SOALHO PÉLVICO

- **Função:** suspensão, sustentação, esvaziamento vesical/retal e continência uretral/anal.



Posição X Função





NEUROFISIOLOGIA DA MICÇÃO



Simpático

Relaxamento detrusor
Tônus uretral

Nervos hipogástricos

Parassimpático

Contração detrusora

Nervos pudendos

Nervos pudendos

Somático

Contração da uretra e musc. pélvicos

DISFUNÇÃO DO SOALHO PÉLVICO

É uma condição ginecológica comum e responsável por significativa morbidade na população atingida;

11% das mulheres - procedimento cirúrgico para correção DAP.

EUA: 300.000 cirurgias/ano;
Custos: um bilhão de dólares/ano;
Brasil/Porto Alegre: 20% das cirurgias.

Introdução



Disfunções Miccionais

Armazenamento

- Polaciúria
- Noctúria
- Urgência
- Incontinência
- Bexiga Hiperativa

Esvaziamento

- Jato/fluxo lento
- Pulverização do fluxo urinário
- Intermitência
- Hesitância
- Disúria
- Esforço

Pós-miccionais

- Sensação de esvaziamento incompleto
- Perda pós-miccional
- Necessidade imediata de urinar novamente
- Micção dependente da posição
- Retenção

Sintomas sensoriais

- Aumento da sensação vesical
- Diminuição da sensação vesical
- Sensação vesical ausente

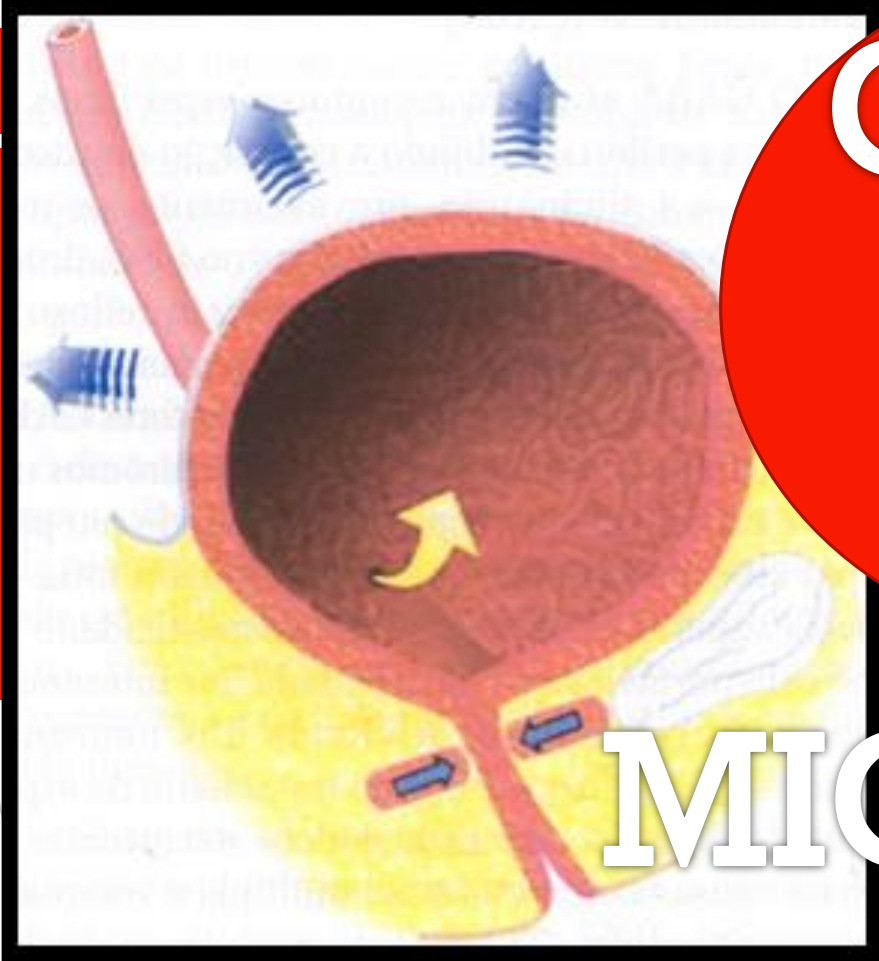
ZHANG *et al.* (2013)

Disfunções Miccionais

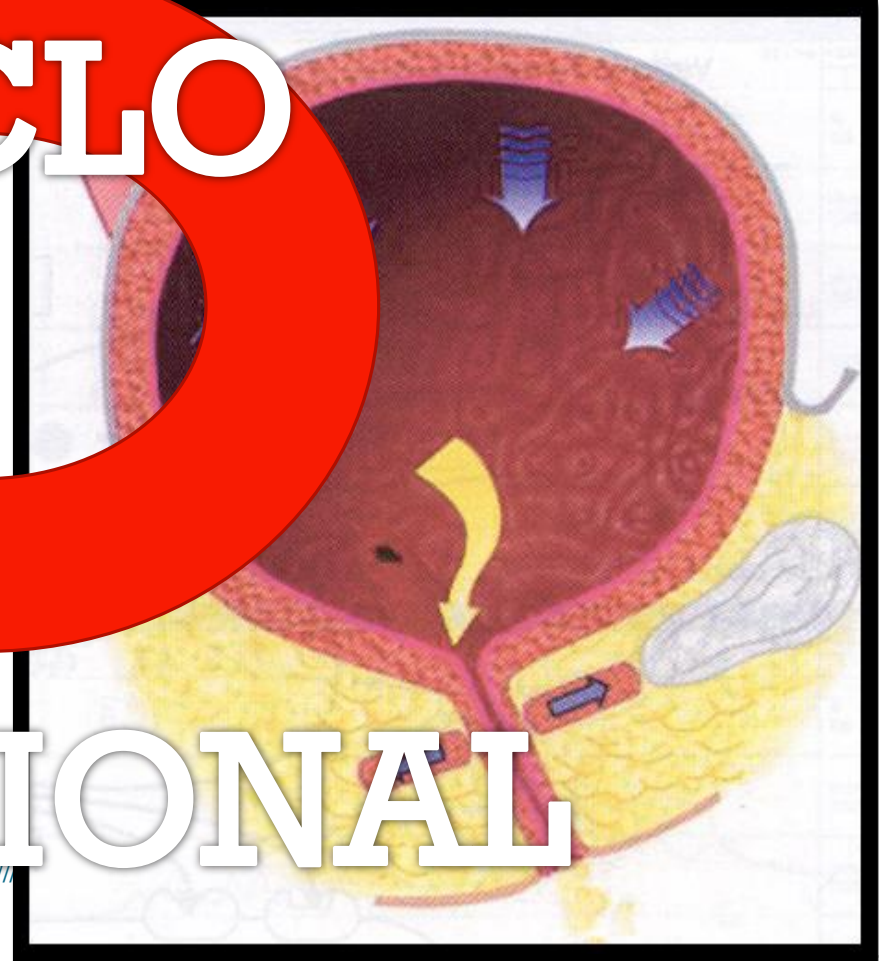
- **Acometem homens e mulheres;**
- **Maior prevalência em mulheres;**
- **Prevalência varia com a idade e população estudada.**

CICLO

MICCIONAL



ENCHIMENTO



ESVAZIAMENTO



Frequência e Noctúria

- Aumento da frequência urinária diurna: polaciúria.
- Noctúria: interrupção do sono 1 ou + vezes devido a necessidade de urinar. Cada micção é precedida e seguida de sono.



*Are you
urinating
frequently
at night?*

Urgência

- **Desejo súbito e imperioso de urinar, difícil de ser inibido.**



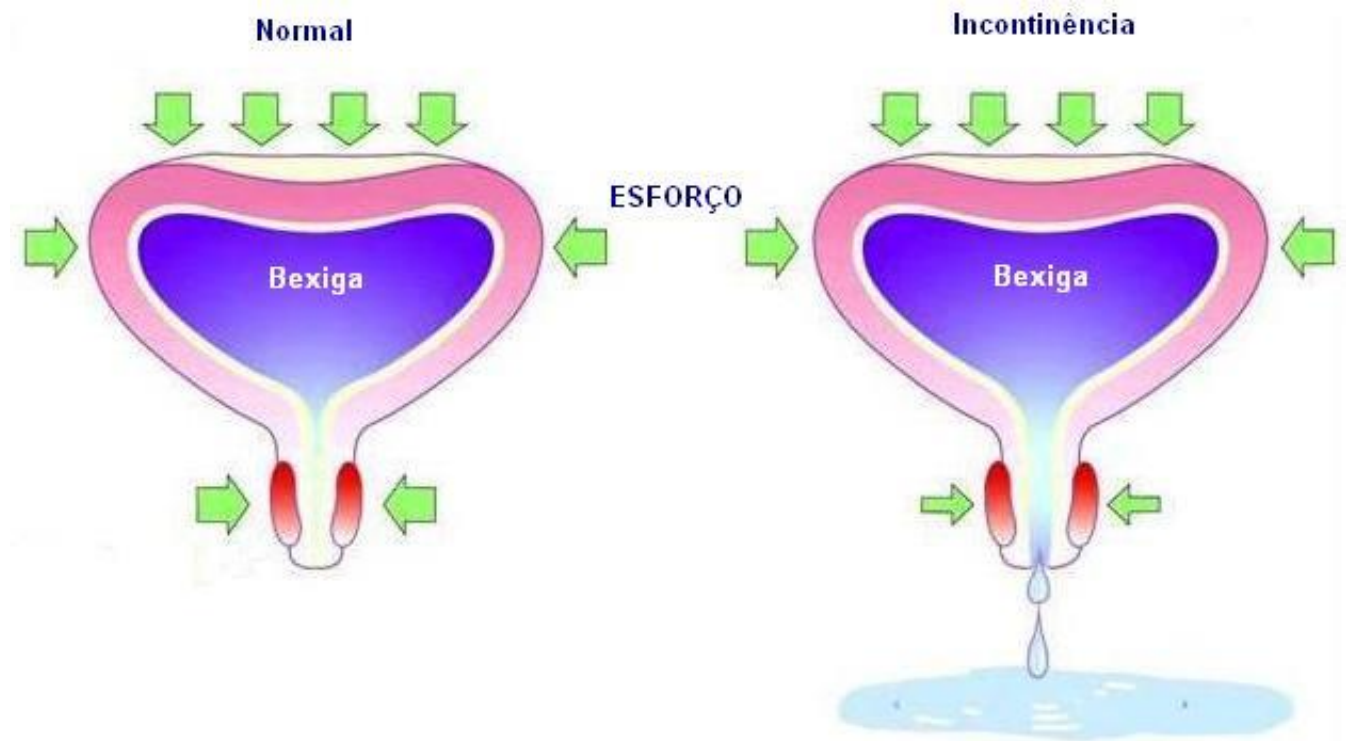
Incontinência Urinária



- **Perda involuntária de urina.**

Representa um problema social e higiênico com impacto na Qualidade de vida da mulher.

Incontinência Urinária de Esforço



- **Perda involuntária de urina sincrônica ao esforço (espirro ou tosse).**

Síndrome da bexiga hiperativa

Urgência urinária

(com ou sem incontinência)



Aumento da frequência miccional



Noctúria

(na ausência de infecção urinária ou
outra patologia aparente).

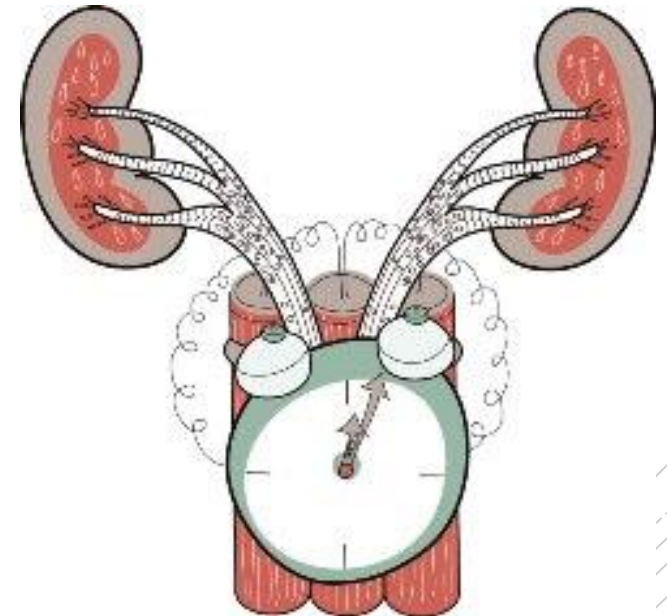
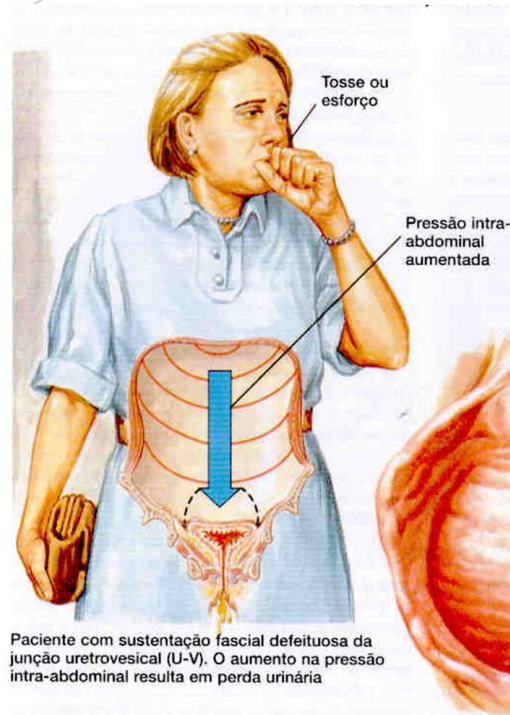
Incontinência Urinária de Urgência

- **Perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida de urgência miccional.**



Incontinência Urinária Mista

■ IUE + IUU



Diagnóstico

“É essencialmente clínico, baseado numa história bem colhida e por vezes, confirmado por meios auxiliares (BOTELHO, SILVA, CRUZ; 2007).”



Diagnóstico

- **Anamnese**
- **Diário urinário**
- **Exame físico**
- **Exame laboratorial de urina**
- **Estudo urodinâmico**

■ Anamnese

Diagnóstico

Sintomas relacionados

- Urgência
- Polaciúria/disúria
- Gotejamento

HPP

- DM/pneumopatias
- Paridade
- Cirurgias prévias

Medicações

- Diuréticos
- Adrenérgicos
- Colinérgicos

■ Diário miccional

| DIA | HORA | LÍQUIDOS | | MICÇÃO | | | |
|-----|------|-----------------------|-----------------|----------------|-------------------------|----------|-------------|
| | | Qual tipo de líquido? | Que quantidade? | Quantas vezes? | Quantidade urinada (mL) | | |
| | | | | | Pouca | Moderada | Abundante |
| | | | | | | | |
| DIA | HORA | Perdas urinárias | | | Urgência? | | Atividade ? |
| | | Pouca | Moderada | Abundante | Sim | Não | |
| | | | | | | | |

Diagnóstico

Diagnóstico

■ Exame físico



Exame geral

- As condições gerais da paciente
- Sua capacidade de locomoção



Exame neurológico

- Reflexos
- Sensibilidade da região perineal.



Exame ginecológico

- Presença de prolapsos;
- Mobilidade do colo vesical;
- Trofismo das mucosas.

Diagnóstico

- **Exame laboratorial de urina;**
- **Estudo urodinâmico.**

Tratamento

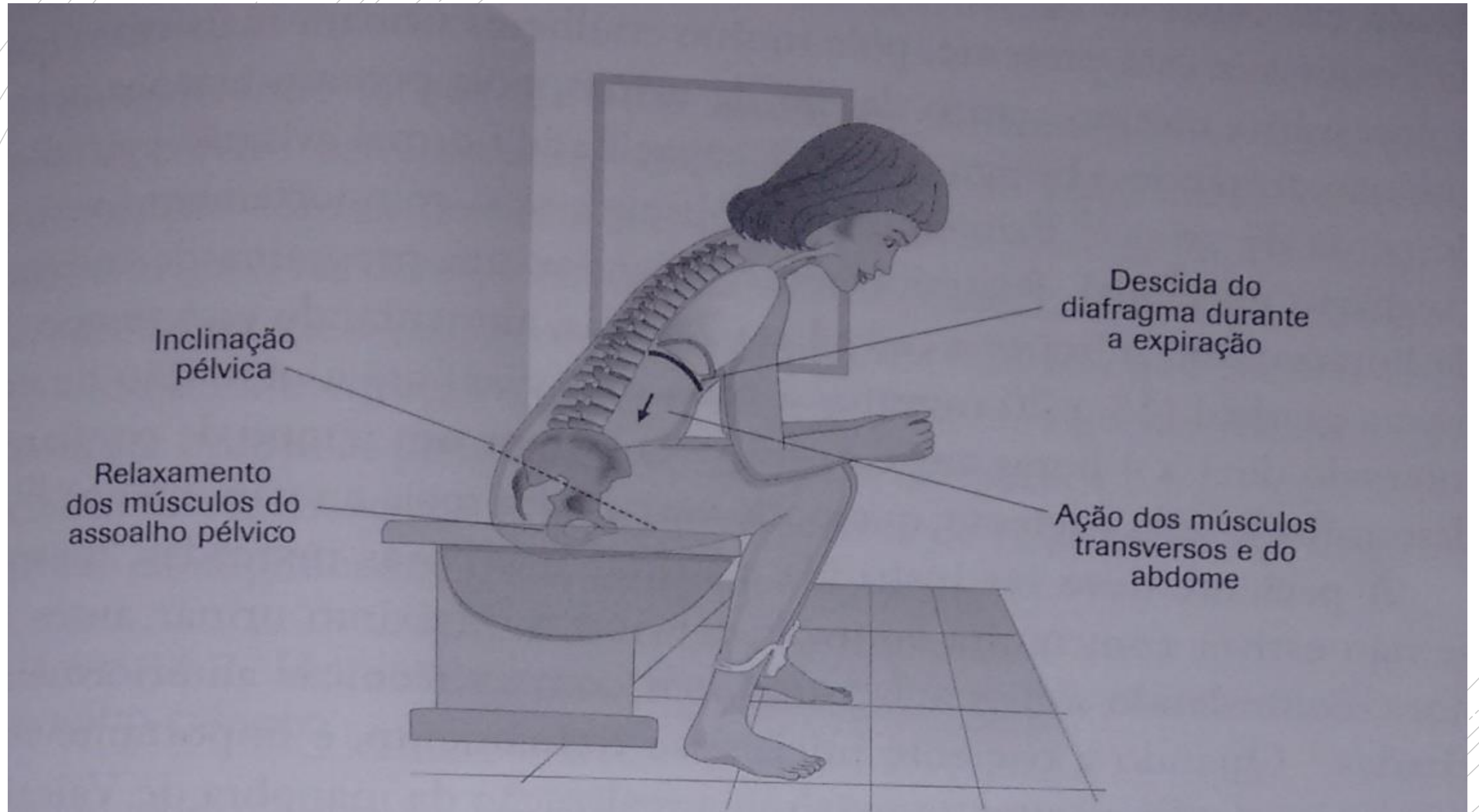
Clínico

Cirúrgico

**Condições adjacentes/
complicações**

Tratamento Clínico

- **Modificações comportamentais:**
 - **Perda de peso;**
 - **Mudanças alimentares;**
 - **Parar de fumar;**
 - **Mudanças posturais.**



Tratamento Clínico

■ Modificações

comportamentais:

■ Micção programada;

**5 a 7 VEZES POR
DIAS**

**INTERVALO DE
± 3 HORAS**

Tratamento Clínico

- **Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico:**
 - **Exercícios perineais;**
 - **Cones vaginais;**
 - **Eletroestimulação.**

Treinamento dos músculos

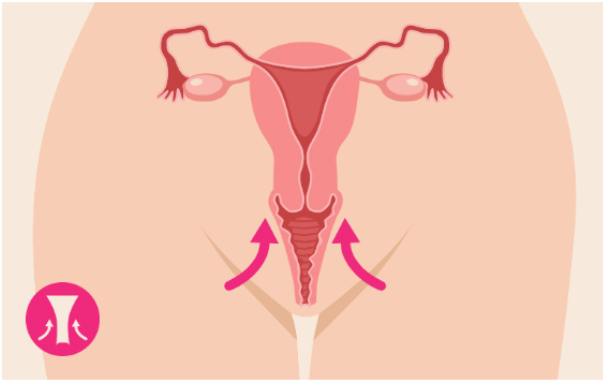
- **Pontos importantes:**
- **Princípios:**
especificidade, sobrecarga,
progressão e manutenção;
- **> 8 sem: hipertrofia.**



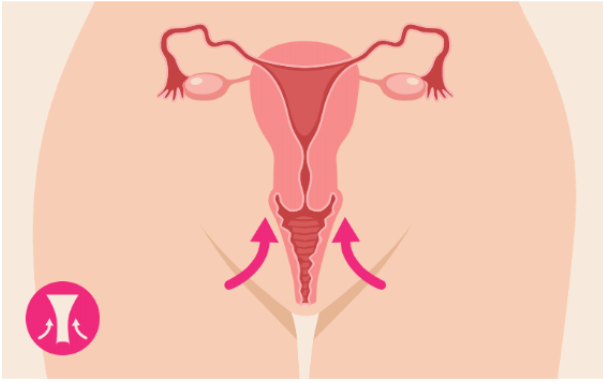
Dia 3

Vamos praticar essas contrações?

- Primeiro iremos tentar a contração rápida. Aperte os músculos da vagina por 2 segundos e solte (relaxe)



- Agora você irá tentar realizar a contração lenta. Aperte os músculos da vagina por 7 segundos e depois relaxe



Você pode treinar quantas vezes quiser e mesmo enquanto estiver fazendo atividades da vida diária.



Dia 4

Posições:

Deitada com as pernas fletidas



Decúbito lateral

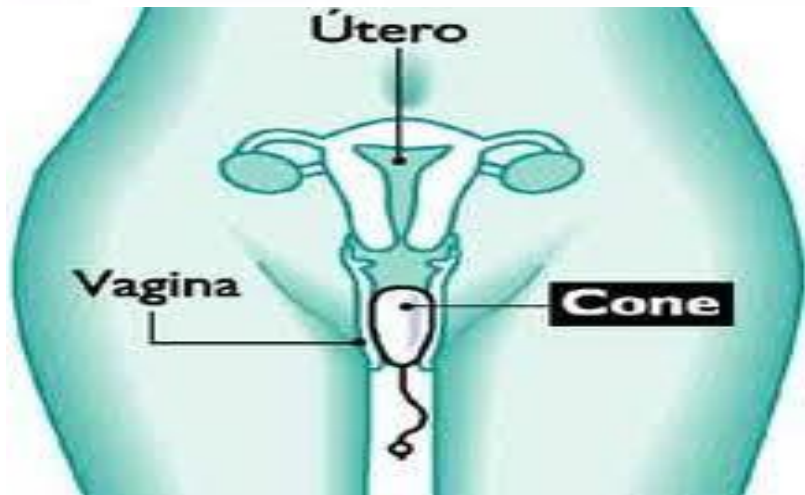
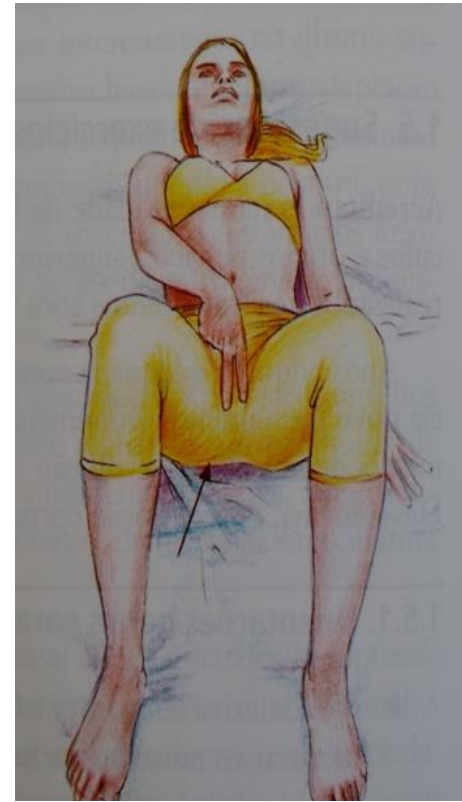


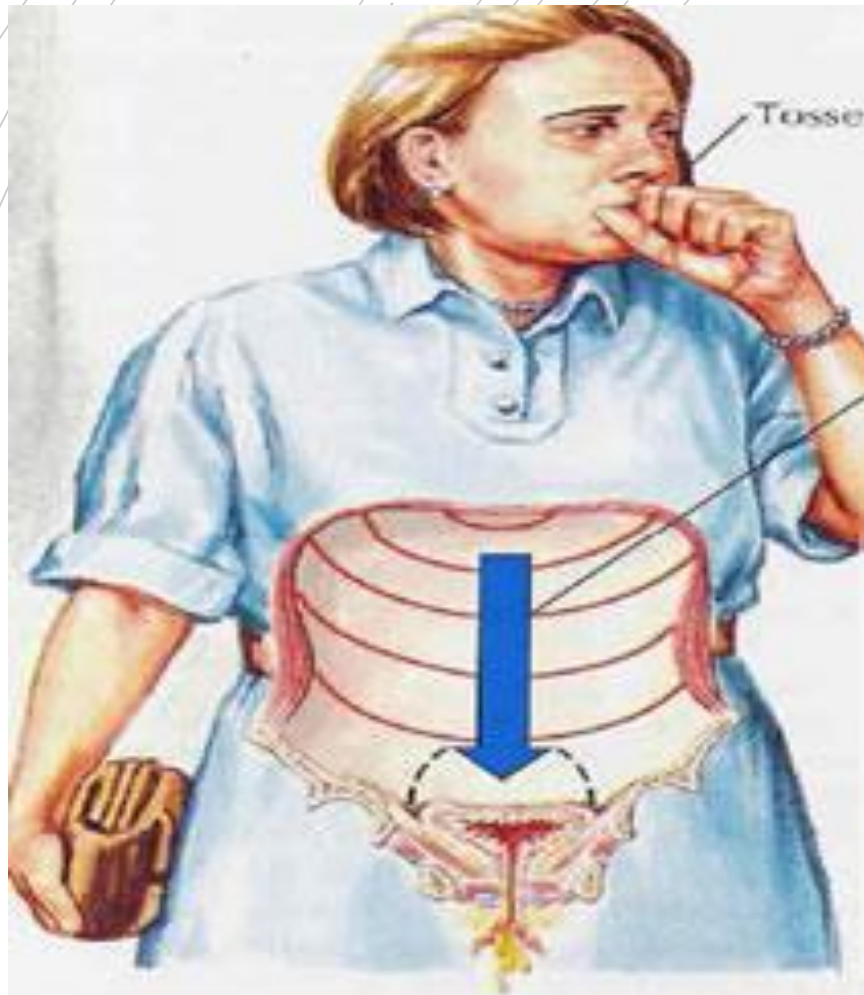
Posição de 4 apoios



Sentada com a bola entre os joelhos

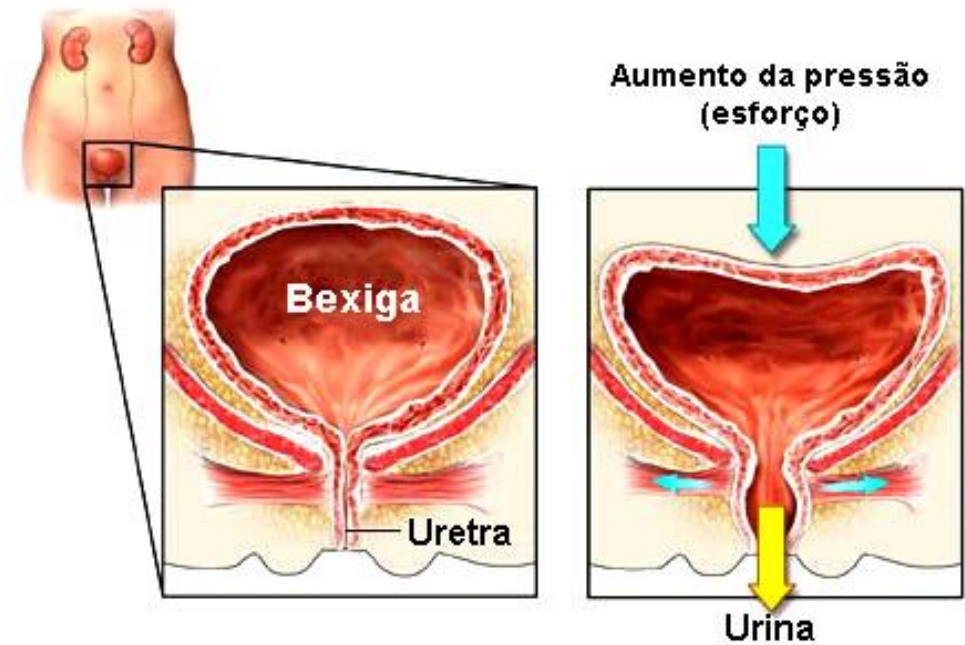






Durante o ato de tossir a paciente perde urina

CONTRAIR O ASSOALHO PÉLVICO ANTES DO ESFORÇO



■ Sensação de urgência:

Tratamento
Clínico

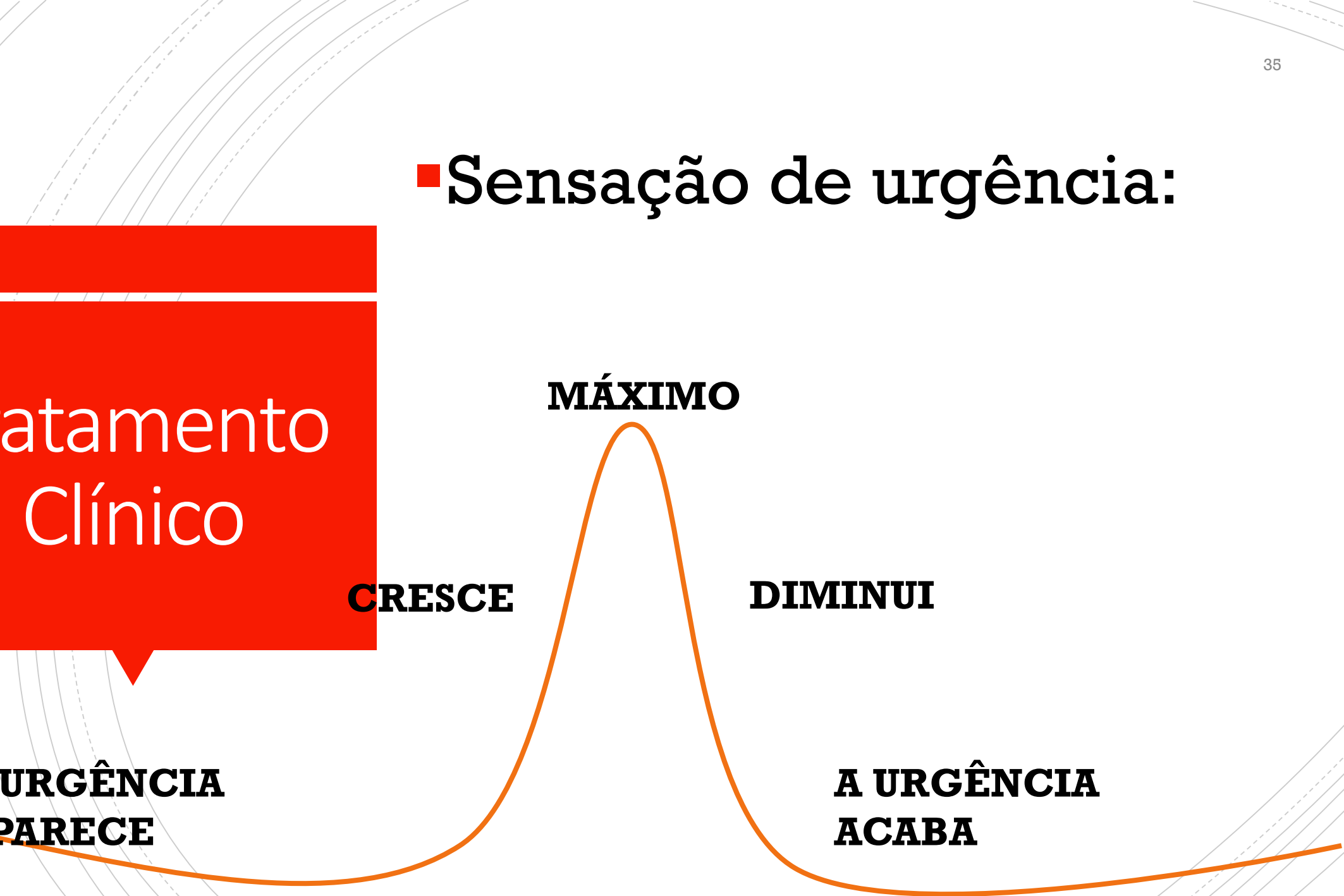
CRESCER

MÁXIMO

DIMINUIR

**A URGÊNCIA
APARECE**

**A URGÊNCIA
ACABA**



DISTRAIR-SE

**CONTRAIR OS
MÚSCULOS DO
ASSOALHO
PÉLVICO
RAPIDAMENTE
(5X)**

**ESPERAR
ALGUNS
MINUTOS**

**SENTAR E
FICAR QUIETO**

**IR COM CALMA
ATÉ O
BANHEIRO**

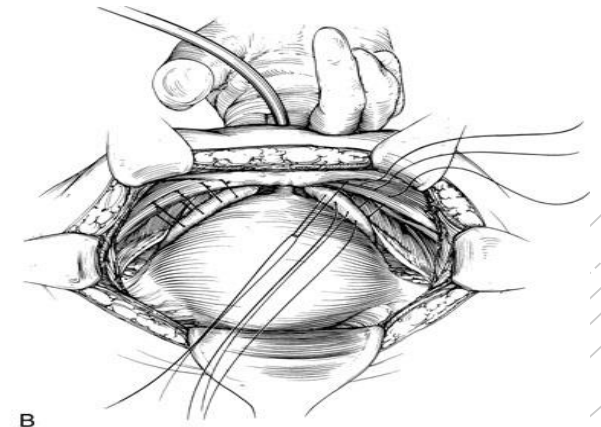
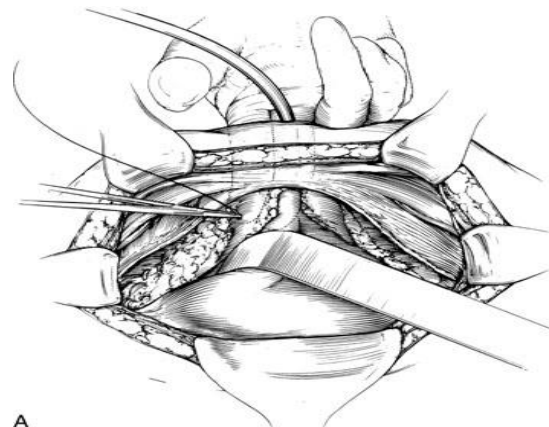
■ **Inibição da urgência:**

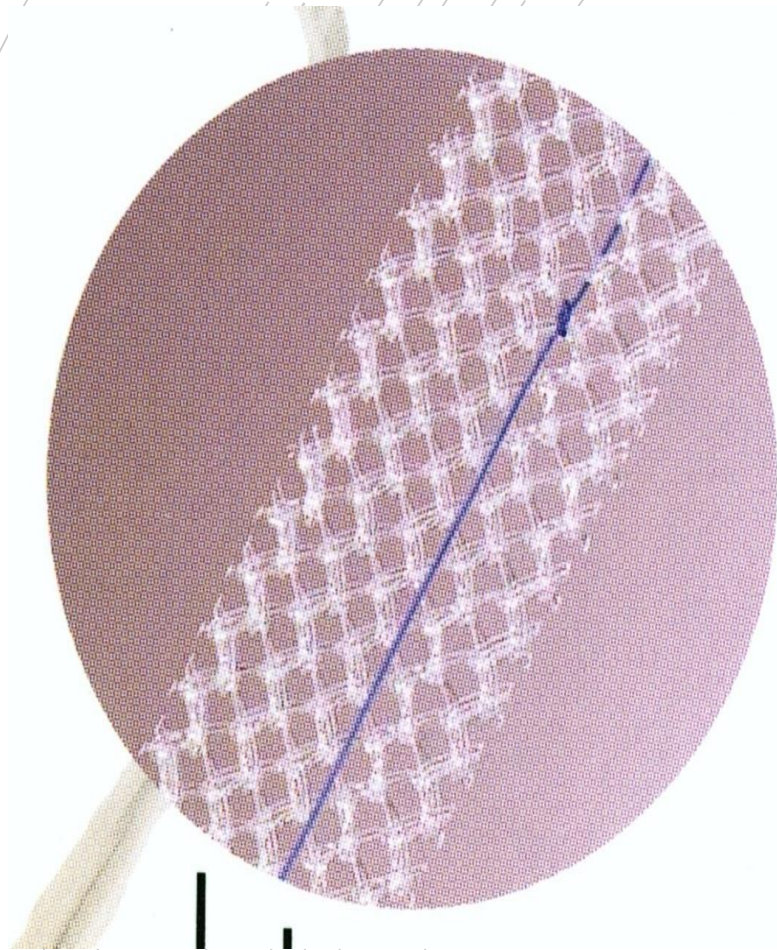
Tratamiento Clínico



Outros Tratamentos

- **Uso de fármacos**
 - Duloxetina 80mg/dia;
 - Anti-colinérgicos;
 - Reposição hormonal com estrogênios.
- **Cirurgias:**





Tratamento das complicações

- **Infeções do trato urinário;**
- **Dermatites Associadas a Incontinência;**
- **Disfunção sexual;**
- **Alteração no sono.**



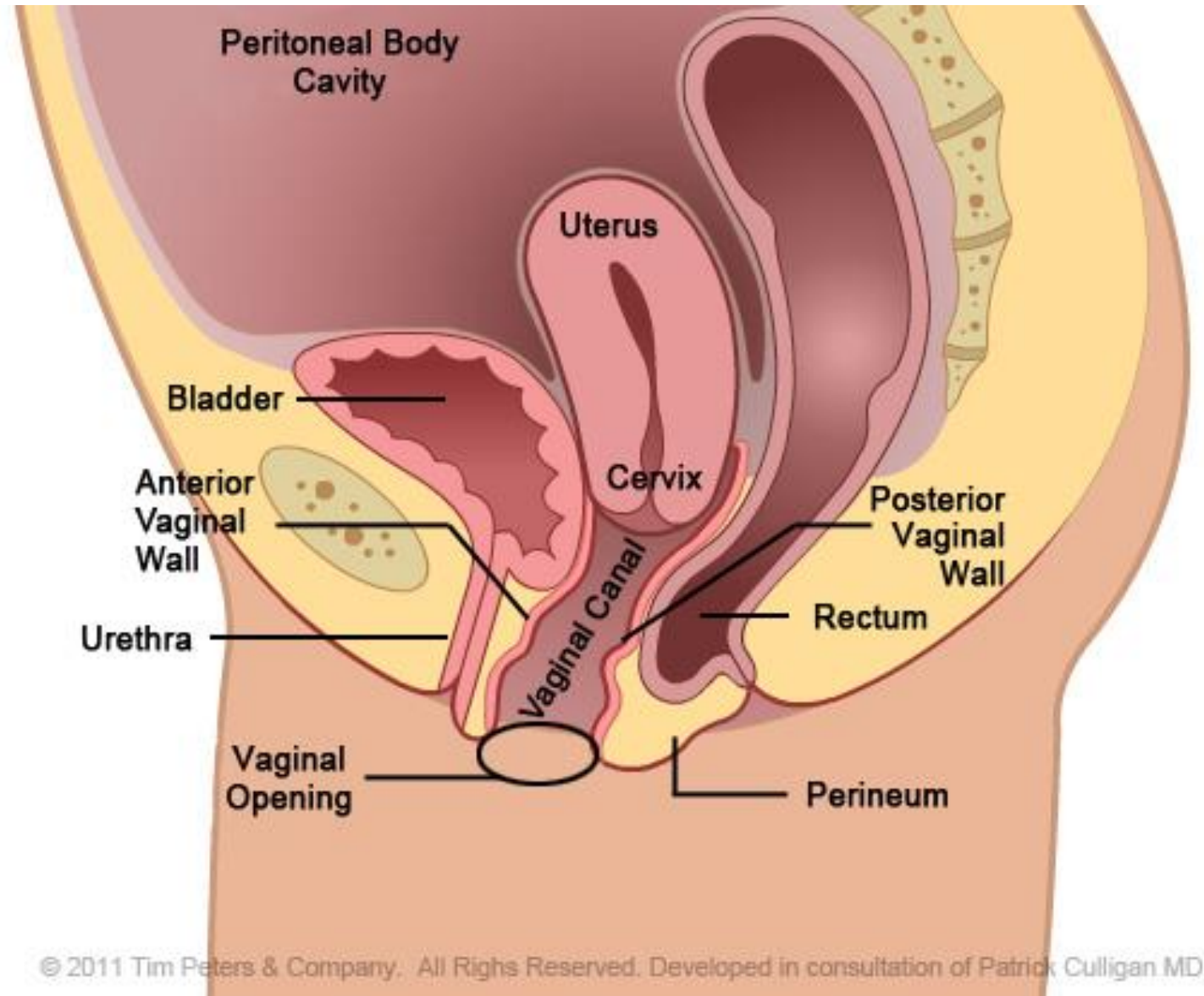
Orientações de enfermagem

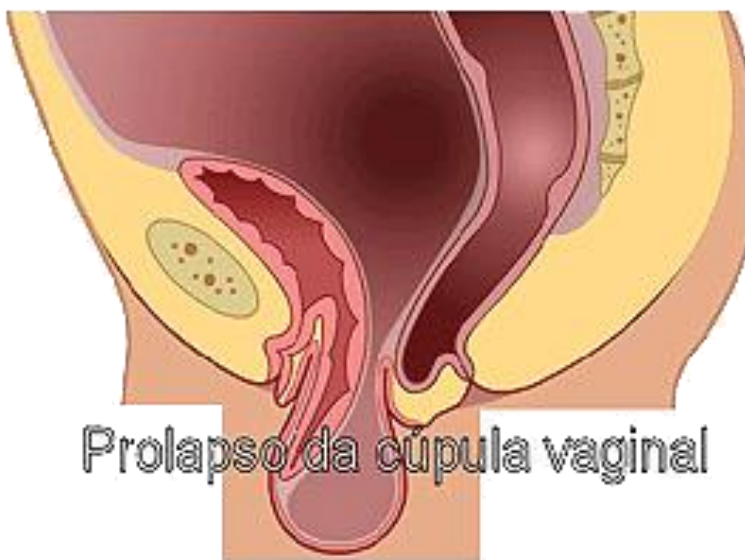
- **Ingesta de líquidos;**
- **Troca de forros/fralda;**
- **Esvaziar a bexiga antes da relação sexual;**
- **Diminuir ingestão hídrica 2 horas antes de dormir.**

TUDO
BEM????



Prolapso dos Órgãos Pélvico (POP)





Idade

- **Hipoestrogenismo**

**Fatores de
Risco**

**Gestação e
Parto vaginal**

- **Progesterona: ↓ colágeno, afrouxando os ligamentos;**
- **Peso do útero gravídico;**
- **Lesão dos ligamentos e músculos no parto.**

Fatores de risco

Doença do tecido conjuntivo

Traumas do assoalho pélvico

Macrossomia fetal;
Episiotomia;
Laceração do esfíncter anal;
Uso de fórceps ...

Pressão intra-abdominal cronicamente aumentada

Obesidade;
Tosse crônica;
Levantamento de peso;

Profissões



Área de lesão por pressão do órgão prolapsado.

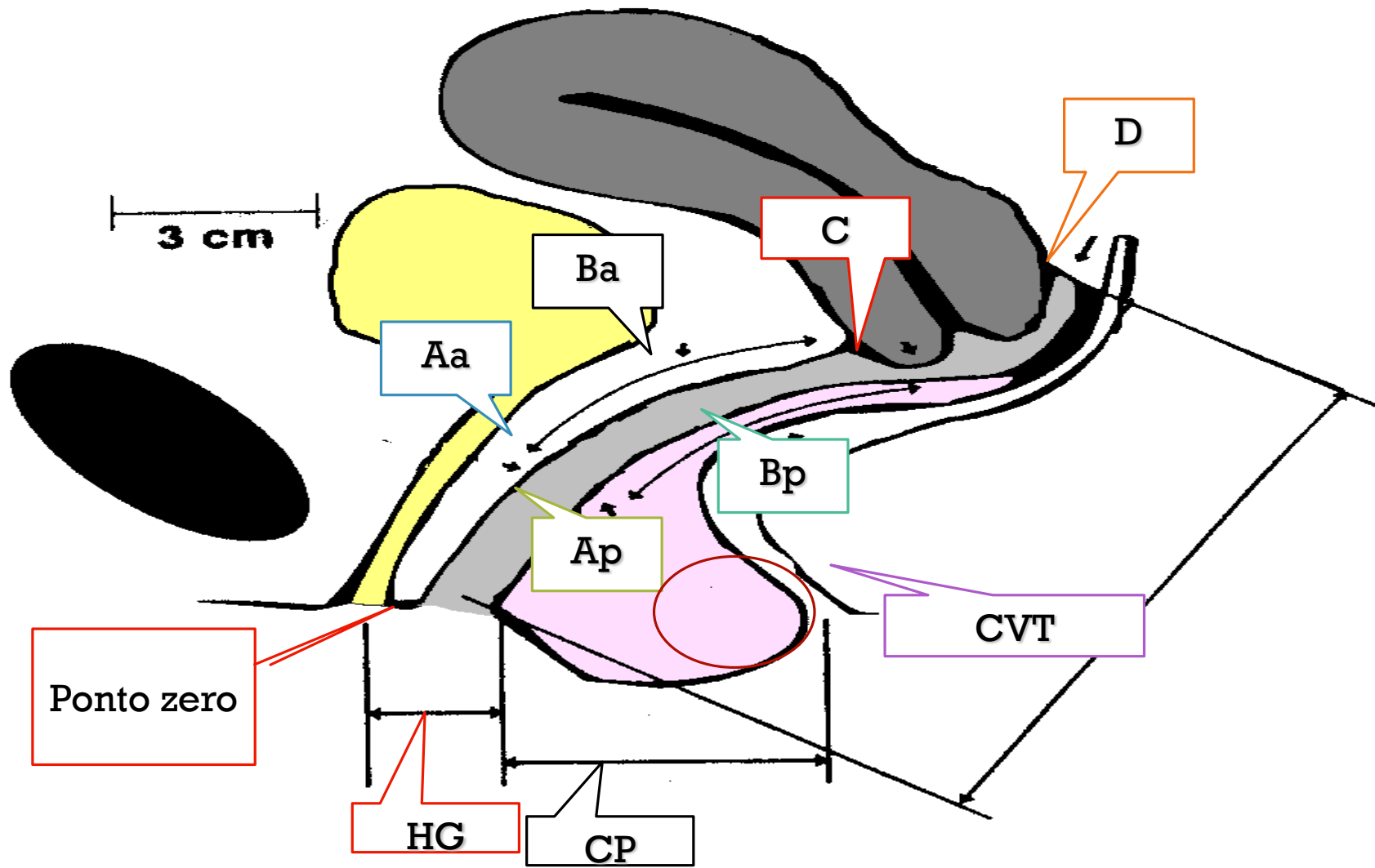


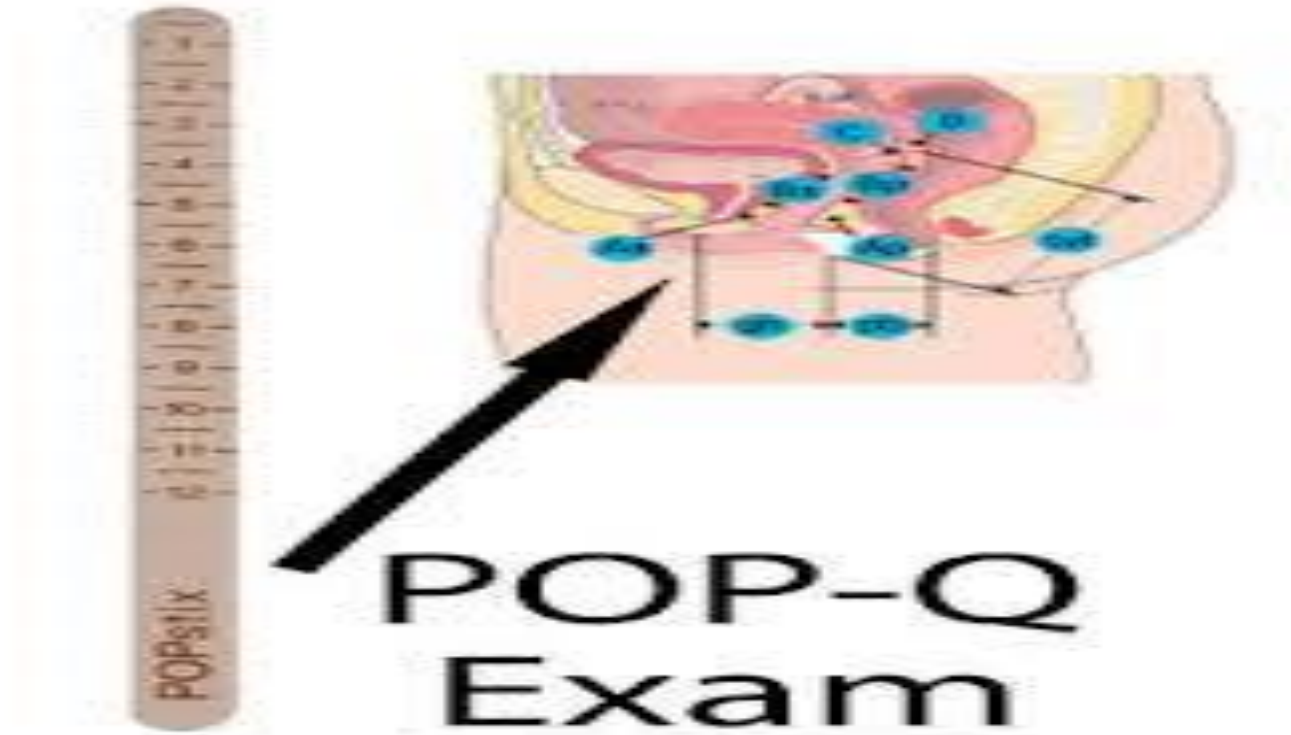
Sintomas
Associados ao
POP

- Abaulamento vaginal;
- Pressão ou dor pélvica;
- Sangramento, secreção, infecção, ulceração;
- Apoio/digitação;
- Dor na região lombar.

Diagnóstico

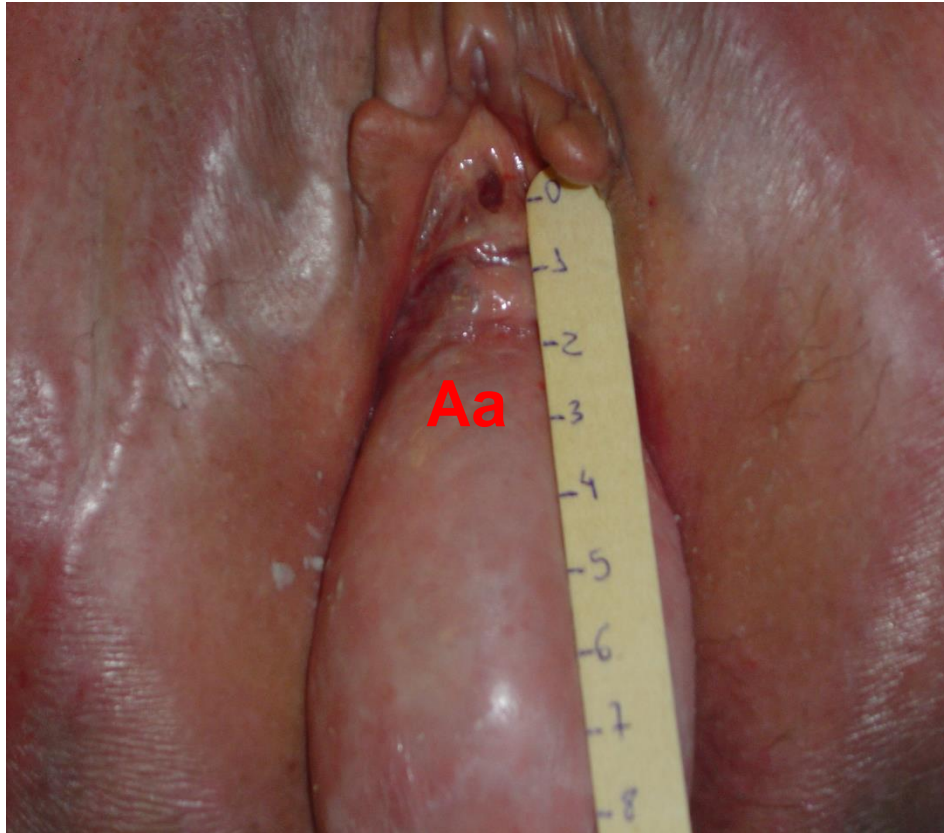
- **Exame físico:**
 - Posição de litotomia;
 - Bexiga vazia;
 - Usa-se um espécuro para isolar as paredes vaginais.
- **POP-Q** – método universalmente aceito e recomendado pelas sociedades internacionais.





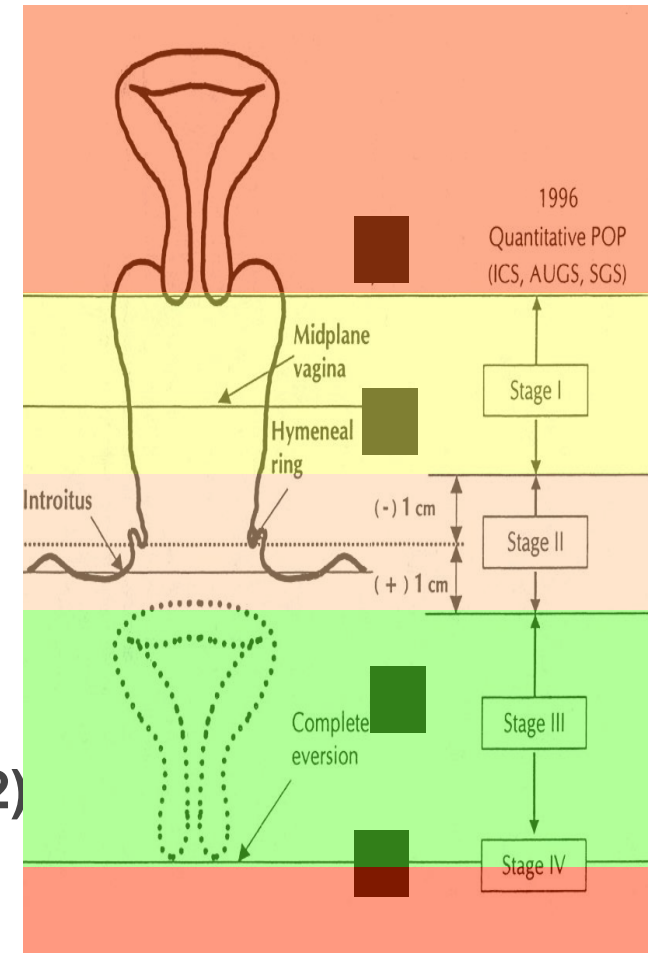
POP-Q Exam

| Aa -3 | Ba Ponto de maior POP | C Colo ou cúpula |
|--|---|---|
| HG Uretra até fúrcula vaginal | CP Fúrcula vaginal até ½ da abertura anal | CVT |
| Ap -3 | Bp Ponto de maior POP | D Fundo de saco de Douglas |





- **Estádio 0**
 - pontos Aa, Ap, Ba, Bp em -3 e C/D a (-CVT-2)
- **Estádio I**
 - ápice do prolapso a -1
- **Estádio II**
 - ápice do prolapso entre -1 e +1
- **Estádio III**
 - ápice do prolapso entre +1 e +(CVT-2)
- **Estádio IV**
 - ápice do prolapso no mínimo em +(CVT-2)
(IIBp, IIIBa, IVc...)



Bump et al, 1996

Interactive Prolapse Evaluation

Choose an Example

Exam Date: 3/5/2012

Uterus: Yes No

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| anterior wall 1 Aa | anterior wall 1 Ba | cervix or cuff 0 C |
| genital hiatus 4 gh | perineal body 5 pb | total vaginal length 10 tvL |
| posterior wall -3 Ap | posterior wall -3 Bp | posterior fornix -5 D |

Reset

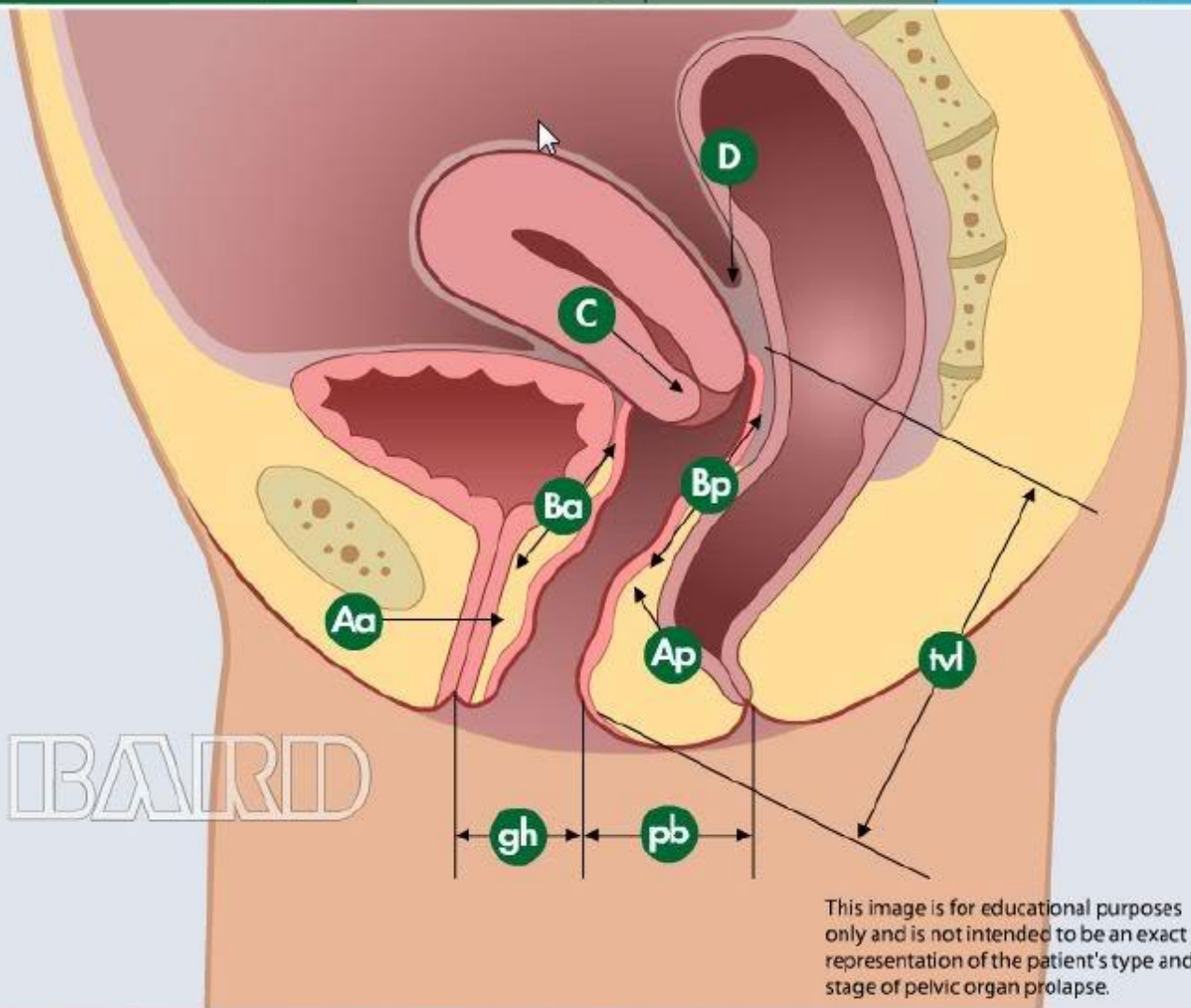
Edit

Stage 2

Leading Edge:

Anterior Wall

[Print Exam Report](#)



This image is for educational purposes only and is not intended to be an exact representation of the patient's type and stage of pelvic organ prolapse.

Tratamento

- Variedade de técnicas cirúrgicas;
- Correção sítio-específico;



Tratamento

- Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico;
- Prevenção da evolução do POP;



Tratamento

- **Tratamento conservador para POP.**



Pessários Vaginais

**Tratamento
não
invasivo**

1550 aC

Comorbidades

**2/3
preferem
pessário**

**Ter
filhos**

**Tratamento
provisório**



Pessários Vaginais

- **Silicone:**
 - flexibilidade;
 - maleabilidade;
 - longa duração;
 - não-absorventes (secreção);
 - não-alergênicos;
 - não-cancerígenos;
 - laváveis;
 - podem ser esterilizados.

Pessários Vaginais

**Alívio dos
sintomas**

**Programar a
cirurgia**

**Evitar
cirurgia**

**Diagnóstico
de IU oculta**

**Prevenção da
progressão
do POP**

CONTRA-INDICAÇÕES

Infecção vaginal ativa

Erosão vaginal

Ulceração

Atrofia grave

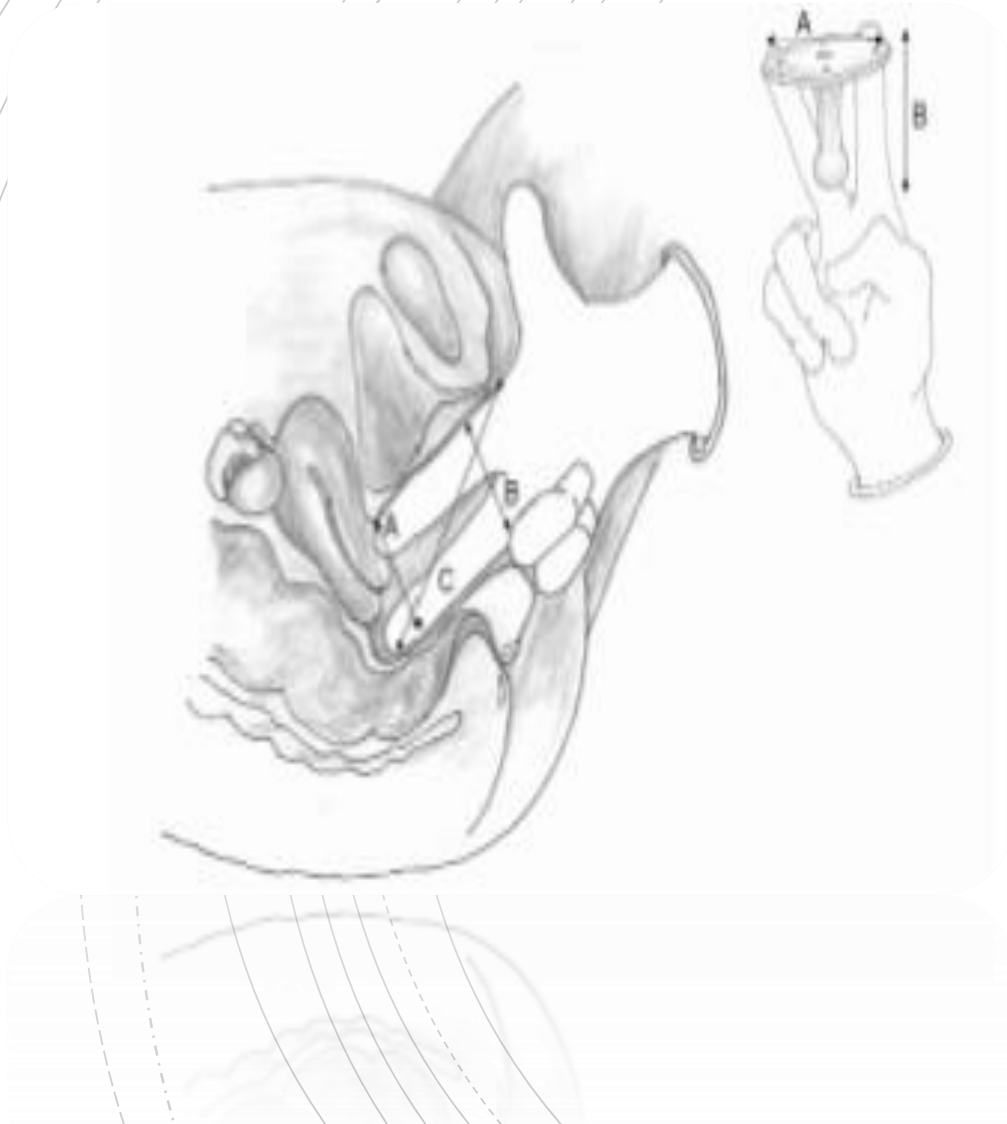
Déficit no auto-cuidado

Falta de apoio familiar



“Há dificuldades em se estabelecer parâmetros para predizer a escolha e aplicação bem sucedidas do pessário.”

| POSITIVOS | NEGATIVOS |
|------------------------------|---|
| Mulheres mais velhas; | Cirurgia prévia para correção de POP; |
| Sem cirurgia vaginal prévia; | Canal vaginal encurtado (≤ 6 cm); |
| Maior número de partos; | Hiato genital largo (8 cm) |
| Prolapso menos grave; | |
| Sem IU; | |
| Uso de estrogênio tópico. | |



- **Posição Semi-Fowler**
- **Reduzir o prolapso**
- **Avaliar digitalmente o tamanho, a forma e o suporte vaginal**

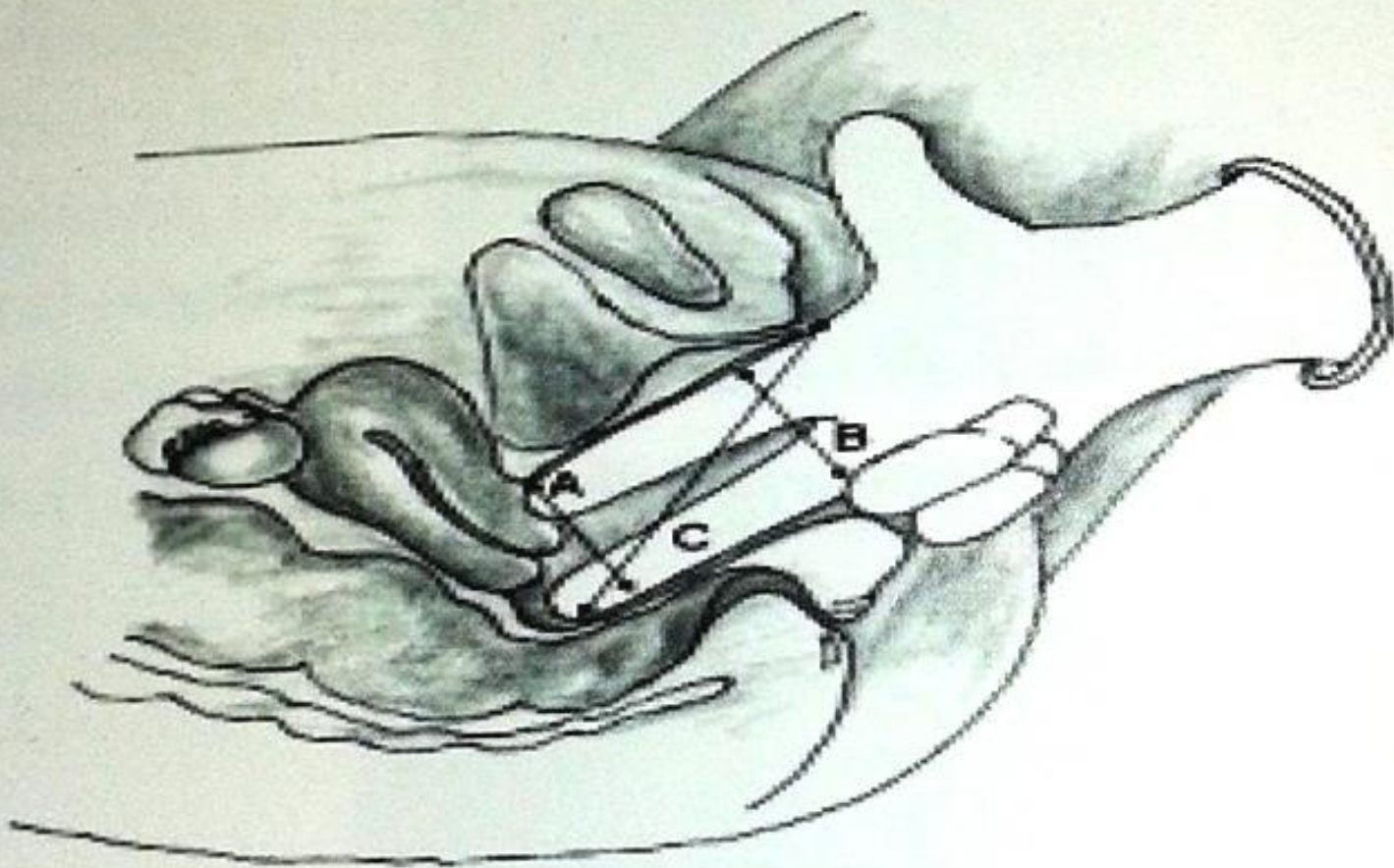
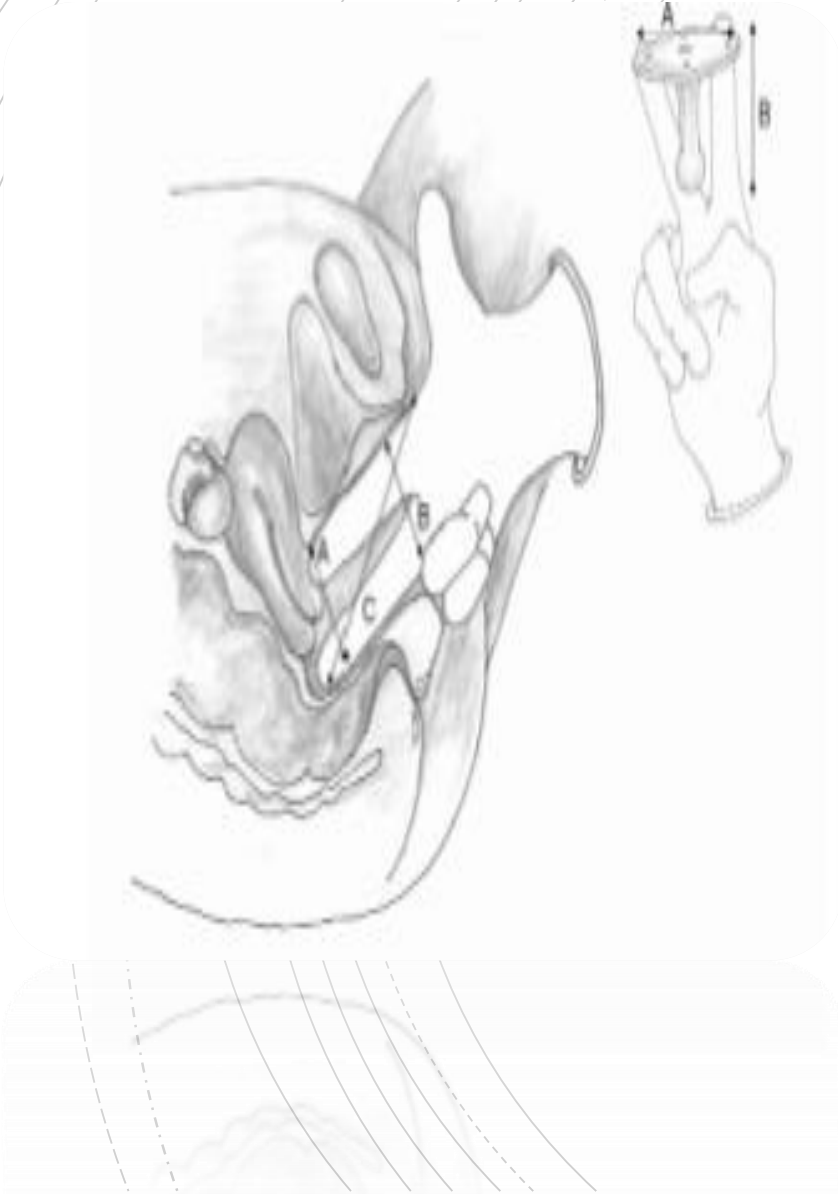


Figura 8 – Ilustração demonstrando medida digital da vagina para escolha do pessário (Retirado de O'Dell e Atnip, 2012)



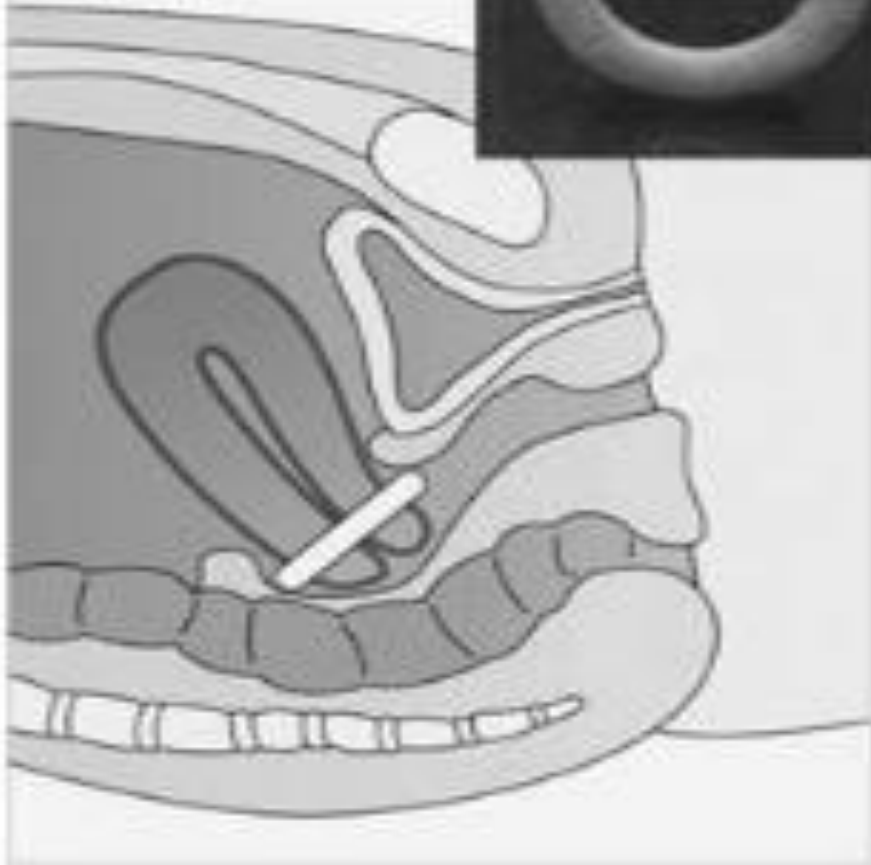
Colpômetro de RANIER: medição do diâmetro do fundo vaginal.

- **Selecionar o pessário apropriado**
- **Aplicar lubrificante adicional na borda do pessário**
- **Inserir o pessário, aplicando cuidadosamente pressão na parede vaginal posterior e/ou obliquamente, evitando pressionar a uretra**



Support pessaries

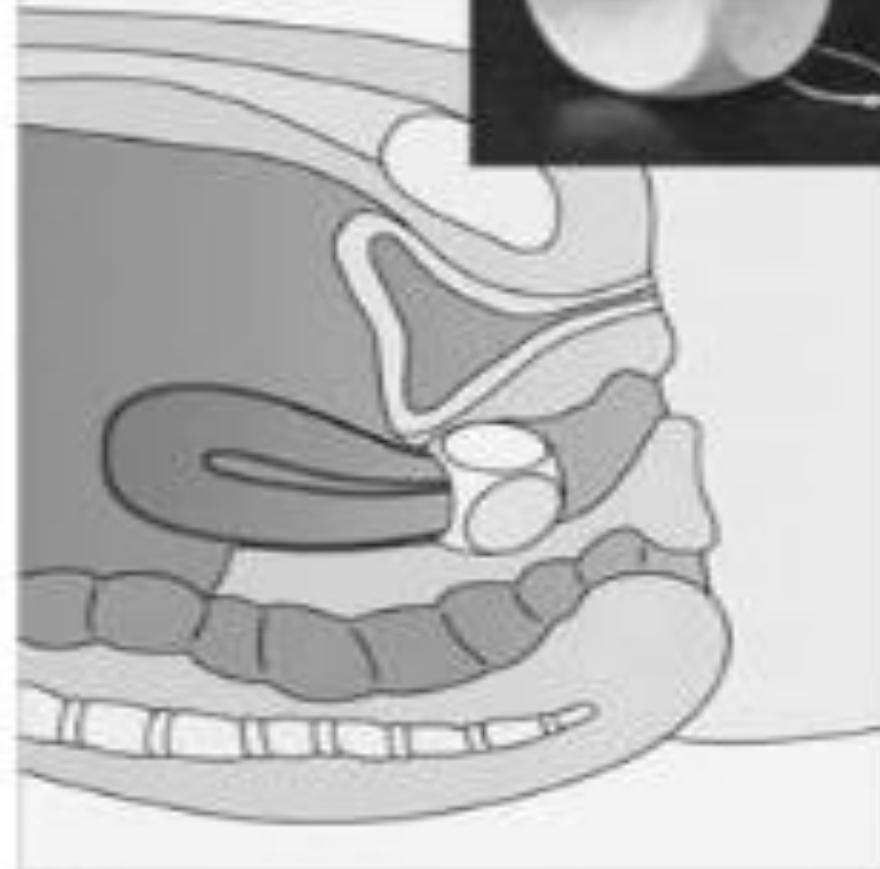
Ring pessary



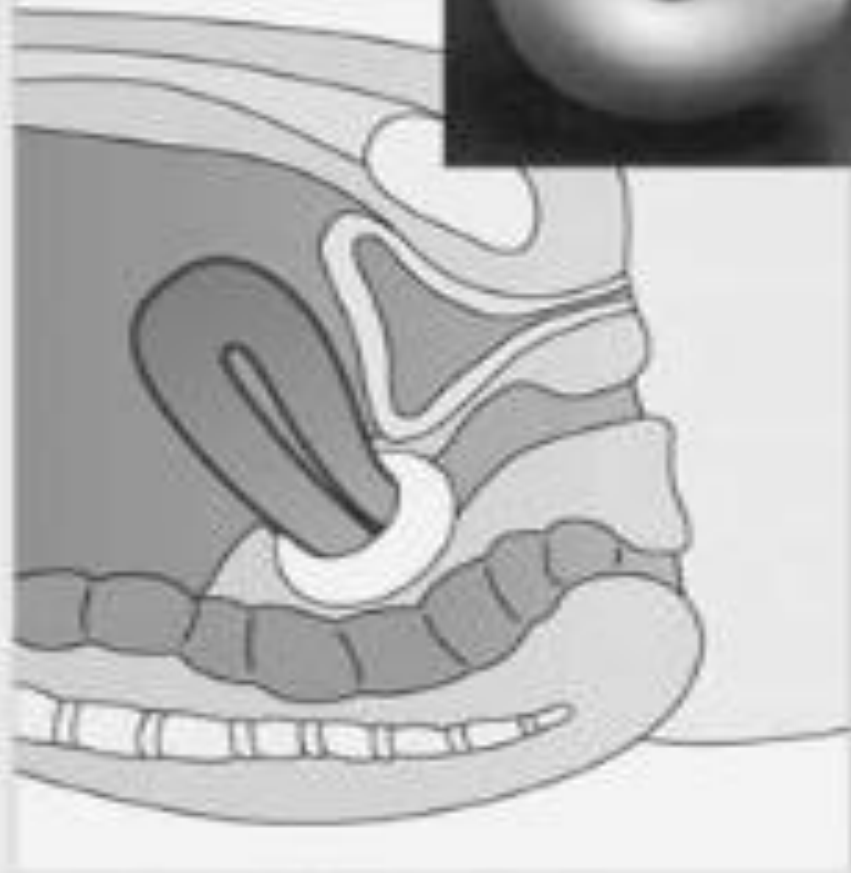
First and second degree uterovaginal prolapses
The most common pessary, and the easiest to use

Space occupying pessaries

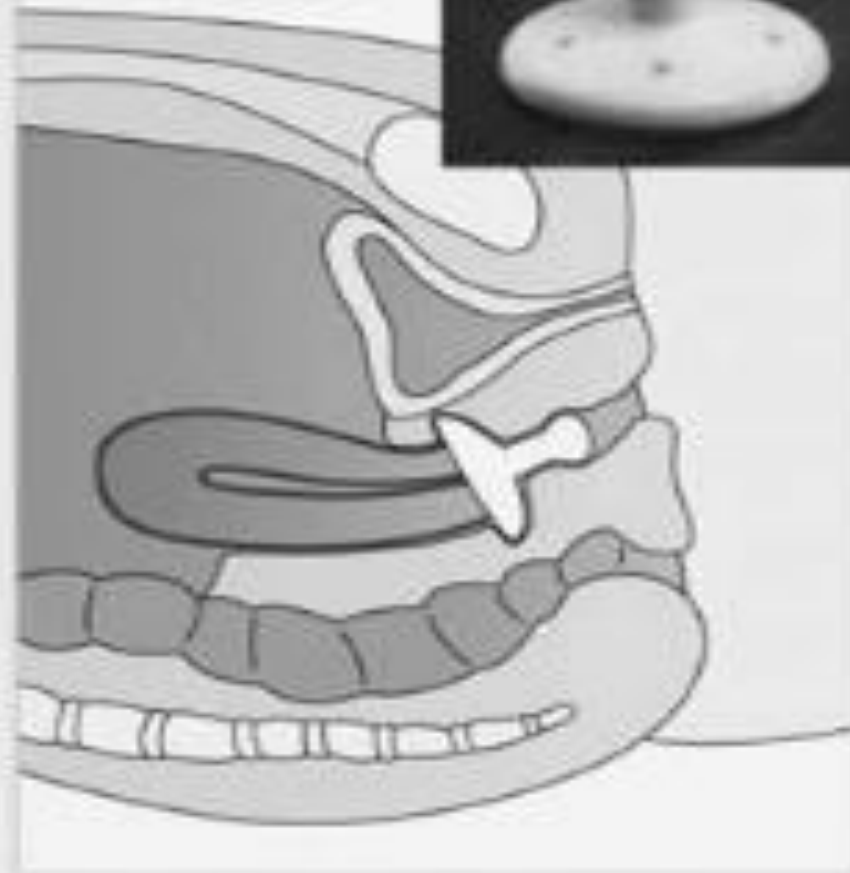
Cube pessary



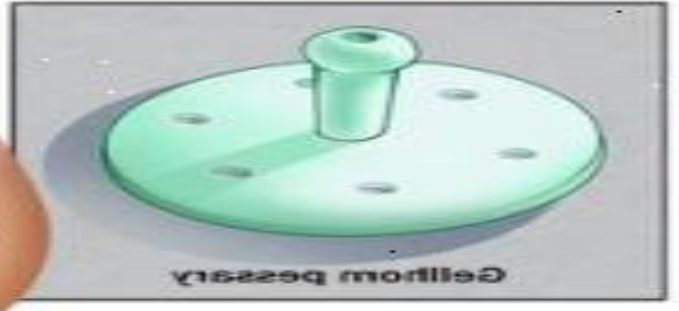
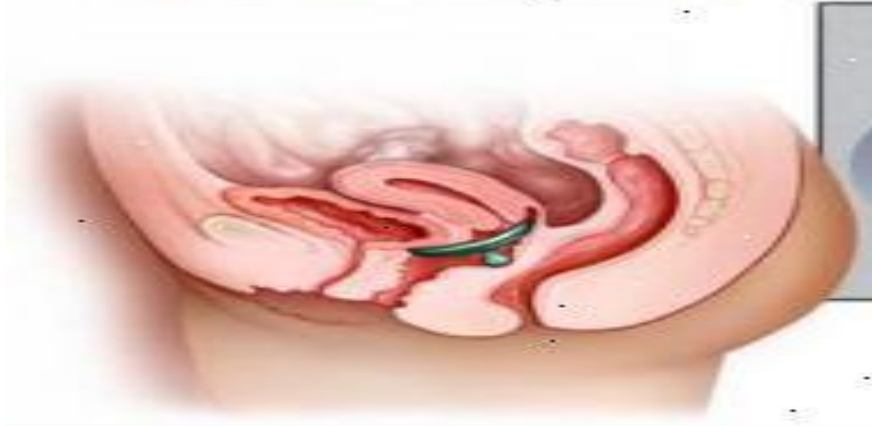
Third degree uterovaginal prolapse
Maintains its position by creating suction between itself and the vaginal wall. Has no area for drainage and has to be removed nightly

Donut pessary**Third degree uterovaginal prolapse**

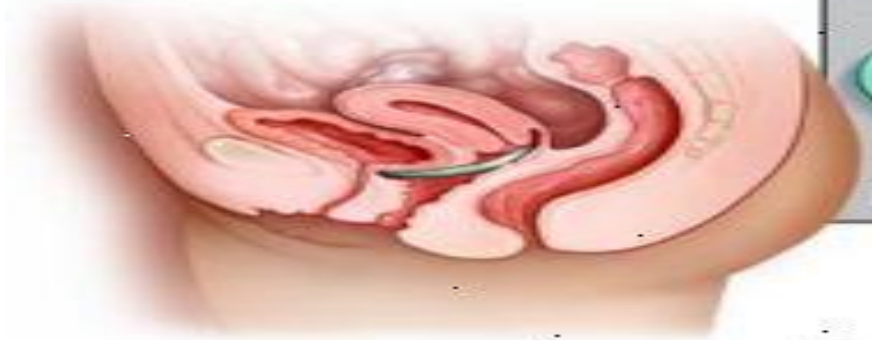
Remains in place by having a larger diameter than the genital hiatus. Usually latex, but an inflatable version allows for easy insertion and removal and an individualised fitting

Gelbom pessary**Third degree uterovaginal prolapse with decreased perineal support**

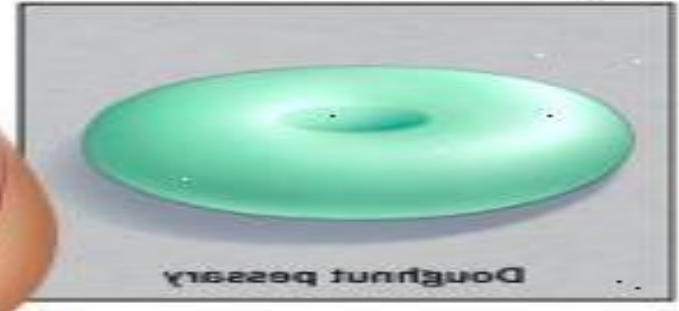
Concave surface fits against the cervix or vaginal cuff. Stem should be positioned just behind the introitus, so perineum must be intact



Gellhorn pessary



Ring pessary with support



Doughnut pessary

■ **Solicitar:**

- ✓ Valsava e tosse (tanto em posição litotômica como em pé)
- ✓ **ATENÇÃO: Conforto**
- ✓ O pessário pode avançar com pressão e recuar com relaxamento, contudo não pode ultrapassar o introito
- ✓ Caminhar
- ✓ Baixar-se para pegar objetos no chão
- ✓ Sentar-se
- ✓ Urinar

Cuidados

- **Seguimento ambulatorial de rotina:**
 - **Acompanhar adaptação;**
 - **Prevenir complicações;**
 - **Orientar quanto ao auto-cuidado;**

Cuidados

- **Seguimento ambulatorial de rotina:**
 - **Intervalo de remoção;**
 - **Limpeza do dispositivo;**
 - **Uso de estrogênio tópico.**

COMPLICAÇÕES

Corrimento vaginal

Erosão

Fístula



**Vamos
testar o
Pessário?**



Obrigada

day_saboia@yahoo.com.br