

Revisão: questões e testes clínicos simples são moderadamente eficazes para o diagnóstico de incontinência urinária

QUESTÕES

Quão precisos são os procedimentos e testes clínicos para diagnosticar incontinência urinária (IU) em adultos?

ESCOPO DA REVISÃO

Incluiu estudos que avaliaram o diagnóstico clínico de IU de esforço ou de urgência miccional em adultos e que utilizaram um padrão de referência de diagnóstico por um especialista (urologista ou uroginecologista) e/ou estudos urodinâmicos em todos os pacientes. Os *desfechos* foram razões de probabilidade positivas (RP+) e negativas (RP-) resumidas.

MÉTODOS DA REVISÃO

Procurou-se na Medline, EMBASE/Excerpta Medica (até julho de 2007) e nas listas de referência por estudos de coorte e caso-controle publicados em inglês. 40 estudos (faixa etária 16-98 anos, >99% mulheres) preencheram os critérios de seleção.

RESULTADOS PRINCIPAIS

Questões simples como “Você perde urina durante esforço físico repentino, levantando-se, ao tossir ou espirrar?” e “Você experimenta uma necessidade intensa e repentina de urinar a ponto da urina escapar antes de você chegar ao banheiro?” identificaram IU de esforço e de urgência, respectivamente (tabela). 13 estudos de 12 diferentes questionários de incontinência (n = 4325) mostraram uti-

lidade diagnóstica variável: RP+ variou de 1,0 a 10 para IU de esforço e de 1,4 a 24 para incontinência de urgência; RP- variou de 0,18 a 0,99 para IU de esforço e 0,14 a 0,68 para incontinência de urgência. O teste de esforço (o observador checa a perda urinária enquanto a mulher tosse) pode ser feito na clínica para ajudar no diagnóstico de IU de esforço, mas o teste do cotonete (o observador checa a movimentação de um cotonete introduzido na uretra durante manobra de Valsalva) não é tão útil (tabela). O teste do absorvente (a mulher coloca um absorvente durante suas atividades diárias, que é então pesado) confirma a IU (tabela), mas não distingue entre os tipos. Uma avaliação clínica global, envolvendo história, exame físico e testes clínicos (feitos por especialistas nos 4 estudos incluídos), foi útil para diagnosticar a IU de esforço, mas não a de urgência (tabela).

CONCLUSÃO

Perguntas, questionários, exames clínicos e avaliações clínicas globais simples são moderadamente úteis para diagnosticar incontinência urinária de esforço e de urgência em adultos. Este resumo aparece também no *Evidence-Based Nursing*

RESUMIDO DE

Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, et al. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA* 2008; **299**:1446–56.

Correspondência para: Dr J M Holroyd-Leduc, Foothills Medical Centre, Calgary, Alberta, Canada; jayna.holroyd-leduc@calgaryhealthregion.ca

Fontes de financiamento: sem financiamento externo.

► Escores de impacto clínico: CG/CF/Atenção primária 6/7; Geriatria 6/7; Cirurgia/Urologia 6/7

Testes clínicos para diagnosticar incontinência urinária (IU) em adultos*

Testes	Tipo de IU	Número de estudos (n)	RP+ (IC 95%)	RP- (IC)
História	Esforço	10 (2657)	2,2 (1,6 a 3,2)	0,39 (0,25 a 0,61)
	Urgência	10 (2068)	4,2 (2,3 a 7,6)	0,48 (0,36 a 0,62)
Teste de esforço	Esforço	5 (660)	3,1 (1,7 a 5,5)	0,36 (0,21 a 0,60)
Teste do cotonete	Esforço	2 (253)	1,4 (0,9 a 2,1)	0,41 (0,22 a 0,76)
Teste de absorvente	Qualquer	1 (105)	3,3 (2,0 a 5,4)	0,11 (0,05 a 0,27)
Avaliação clínica global	Esforço	4 (1494)	3,7 (2,6 a 5,2)	0,20 (0,08 a 0,51)
	Urgência	2 (485)	2,2 (0,6 a 8,7)	0,63 (0,34 a 1,2)

*Termos diagnósticos e IC definidos no glossário.

Holroyd-Leduc et al fizeram um esforço ambicioso para resumir a utilidade clínica da história, dos questionários, dos achados de exame físico e dos procedimentos para distinguir entre IU de esforço e de urgência em mulheres. A revisão da prevalência na linha de base de vários tipos de IU foi útil, assim como o esboço da anatomia do assoalho pélvico feminino.

Os pesquisadores encontraram que as perguntas que auxiliaram na elucidação de uma história de IU de esforço aumentavam modestamente a probabilidade deste diagnóstico caso fossem feitas de maneira afirmativa. Questões delineadas para detectar IU de urgência tiveram desempenho melhor. Perguntas negativas dos dois tipos de questões diminuíram substancialmente a probabilidade de cada diagnóstico. Um dos estudos de “história” utilizou um questionário de 3 itens com RP+ de 2,1 (IC 95% 1,7 a

2,7) para a classificação de IU de esforço e 3,3 (IC 2,4 a 4,5) para IU de urgência.¹ Este tipo de instrumento pode ser administrado rapidamente e parece promissor para utilização em uma visita de atenção básica com tempo limitado: as respostas do paciente podem orientar a terapia inicial.

Outra maneira de utilizar as razões de probabilidade calculadas nesta revisão é aplicá-las seqüencialmente, junto com a probabilidade de base (pré-teste) do paciente ter um tipo de IU. Os autores forneceram um exemplo muito claro deste processo. Entretanto, os questionários, achados de exame físico, teste urinários de esforço e avaliações clínicas globais parecem mais adequados para utilização em um serviço de cuidados especializados. Todos tomariam mais tempo para serem feitos do que as questões simples. Avaliações “positivas” aumentaram mo-

destamente a probabilidade do diagnóstico alvo. Achados negativos de teste urinário de esforço resultaram em uma diminuição substancial na probabilidade de IU de esforço.

Esta revisão ajuda o ocupado médico de atenção básica a posicionar os resultados do questionamento direto na gama que vai desde a avaliação primária até a mais especializada da IU em mulheres.

Margretta Diemer, MD, MPH

Walter Reed Army Medical Center
Washington, District of Columbia, USA

1. **Brown JS**, Bradley CS, Subak LL, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med* 2006;144:715–23.