

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

TAINÁ TORRES PEDRO
VICTOR HUGO DE FRANÇA BARBOSA

Retenção Urinária no Idoso

MACEIÓ
2023

TAINÁ TORRES PEDRO
VICTOR HUGO DE FRANÇA BARBOSA

Retenção Urinária no Idoso

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Tainá Torres Pedro (matrícula número: 19211503) e Victor Hugo de França Barbosa (matrícula número: 19211505), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de Julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 18/08/2023, intitula-se: “Retenção Urinária no Idoso”, que faz parte do livro “Urgências e Emergências Médicas”.

Maceió, 22 de Agosto de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 30/10/2023 15:52:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Retenção Urinária no Idoso

- Victor Hugo de França Barbosa
- Tainá Torres Pedro

► INTRODUÇÃO

A retenção urinária (RU) é a incapacidade total ou parcial de, voluntariamente, esvaziar a bexiga, podendo ser atribuída a etiologias agudas ou crônicas. A retenção urinária aguda, por ser uma emergência urológica, será nosso foco, sendo definida pela incapacidade súbita de urinar somada ao quadro de dor suprapúbica, inchaço, urgência, angústia, ou, ocasionalmente, incontinência leve. O objetivo deste capítulo será des-trinchar o tema, trazendo atualizações em relação a suas possíveis etiologias, diagnóstico e tratamento dessa condição, com ênfase na população idosa, visto que são os mais afetados.

► EPIDEMIOLOGIA

A incidência geral de retenção urinária é muito maior nos homens do que nas mulheres e tende a aumentar drasticamente com o avanço da idade dos homens. As estimativas para homens variam de 4,5 a 6,8 por 1.000 pessoas-ano, aumentando até 300 por 1.000 pessoas-ano para aqueles na faixa dos 80 anos, enquanto a incidência em mulheres é de apenas 7 por 100.000 por ano (SERLIN, 2018).

► ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

As causas de retenção urinária podem ser de natureza obstrutiva, infecciosa/inflamatória, iatrogênica ou neurológica, sendo as obstrutivas as mais comuns. Dentro das etiologias obstrutivas mais relevantes no sexo masculino, temos Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), representando aproximadamente 53% dos casos, câncer de próstata, fimose e parafimose (SERLIN, 2018). Já no sexo feminino, a retenção pode ocorrer devido a prolapso de órgão pélvico da bexiga, reto ou útero. Ao passo que, obstrução física direta atribuível a cálculo impactado na uretra, estenoses uretrais, obstrução por coágulo relacionada à hematúria e câncer de bexiga são causas atribuíveis a ambos os sexos.

Em relação as demais etiologias, sabe-se que infecções, como vulvovaginite aguda e prostatite, podem levar a edema da uretra ou bexiga, resultando na retenção urinária aguda, ao passo que as principais causas advindas de iatrogenias são efeitos colaterais pós-operatórios ou de natureza farmacológica.

Por fim, há diversas etiologias neurológicas, desde lesões medulares até cistopatia diabética, que pode levar à hipoatividade do detrusor e retenção urinária

► QUADRO CLÍNICO

A retenção urinária aguda provoca dor severa na região suprapúbica, com irradiação para o períneo, região interna das coxas e região lombar. O paciente geralmente se apresenta agitado, sudoreico, com desejo miccional intenso e pode, eventualmente, perder urina em virtude do grande enchimento vesical (incontinência por transbordamento). Vale ressaltar que, segundo CERATTI (2021) as queixas urinárias mais frequentes dos pacientes na emergência são de “ficar muito tempo sem urinar” (56,6%), seguido da queixa de incapacidade em “esvaziar a bexiga” (35,1%).

Porém, como relatado acima, nota-se que existem inúmeras etiologias relacionadas à retenção urinária, portanto, o quadro clínico pode ser diverso a depender da causa base, ou seja, é importante se atentar a todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, para facilitar a definição da causa. Entre as informações importantes, destacam-se: padrão miccional, antecedente de cirurgias endoscópicas, patologias prostáticas, urolitíase, tumores do trato urinário, episódios prévios de retenção, uso de sondas uretrais, doenças neurológicas e diabetes. As medicações utilizadas pelo paciente também devem ser pesquisadas, ressaltando-se drogas que diminuem a contratilidade vesical (anticolinérgicos) e aquelas que aumentam a resistência ao fluxo urinário (alfa-agonistas).

No caso específico de idosos do sexo masculino é válido se atentar a fatores como como perda de peso, que pode ser indicativo de câncer de próstata, bem como quadros de retenção urinária prévia, podendo indicar HPB, a qual pode também apresentar sintomas obstrutivos como jato urinário fraco, hesitação, gotejamento terminal e intermitência, e sintomas irritativos, que compreendem noctúria, urgência, disúria e frequência. Nesses casos, pode ser usado o Escore internacional de sintomas prostáticos – IPSS para avaliar a severidade dos sintomas.

► DIAGNÓSTICO NA EMERGÊNCIA

O diagnóstico de Retenção Urinária pode ser realizado por meio da anamnese, pela detecção dos sinais e sintomas sugestivos de retenção urinária, além da confirmação com os exames físico e de imagem, em especial a ultrassonografia. Além disso, caso os estudos de imagem não estejam disponíveis ou sejam inconclusivos quanto ao grau de retenção, o cateterismo vesical pode funcionar tanto como meio diagnóstico como terapêutico.

Conforme mencionado, no contexto da emergência, a RU é caracterizada pela incapacidade súbita de urinar, dor suprapúbica, distensão abdominal, urgência, angústia ou, por vezes, incontinência leve. Em pacientes que cheguem na emergência apresen-

tando esse quadro, é importante, para o diagnóstico de RU, confirmar a distensão da bexiga e retenção da urina por meio do exame físico, pela palpação da bexiga, ou pela visualização em exames de imagem, como a ultrassonografia renal e vesical, sendo essa uma medida simples e não invasiva que demonstra o volume excessivo de urina na bexiga e confirma o quadro.

Após a resolução do quadro de emergência, é essencial colher a anamnese de forma detalhada para investigar a causa que levou à RU e proceder para o devido tratamento.

► COMPLICAÇÃO

A retenção urinária de alto volume pode causar obstrução ureteral e, por isso, pode levar a uma lesão renal aguda. A retenção urinária aguda pode inclusive ser fatal se não receber tratamento adequado.

Além disso, no momento sondagem vesical, pode ocorrer uma diurese pós-obstrutiva, infecção e hematúria. Sendo assim, é essencial monitorar os pacientes quanto a anormalidades eletrolíticas, desidratação e hipotensão.

► CONDUTA

O manejo na emergência em casos de retenção urinária é a sondagem vesical. No entanto, antes de inserir a sonda no paciente, é importante avaliar o acesso uretral, perguntando ao paciente se ele possui histórico de estenose uretral, lesão, cirurgia vesical ou uretral ou algum trauma que possa ter causado algum tipo de alteração em sua anatomia uretral (SERLIN, 2018).

Caso o acesso seja possível, segue-se para a sondagem vesical, com a colocação de sonda Folley na uretra em direção à bexiga até ser estabelecido o fluxo de urina. Então, insere-se mais alguns centímetros para evitar iatrogenia por inflar o balonete no canal uretral. Outras opções são a sonda com ponta coudé, cateter endoscópico via cistoscopia ou cateter suprapúbico.

Após a colocação do cateter, a bexiga deve drenar continuamente por pelo menos três dias. Uma tentativa de micção deve ser realizada após a presença do cateter por três a sete dias, tendo em vista que esse período deve ser suficiente para a resolução de uma condição iatrogênica ou temporária.

No entanto, quando a sondagem não for possível, a cistostomia suprapúbica é a técnica de escolha, pois evita trauma uretral pelas tentativas de cateterização uretral. Posteriormente, é realizada a investigação para se definir a natureza da obstrução.

O manejo adicional é decidido pela determinação da causa e cronicidade da retenção urinária e pode incluir o início de bloqueadores alfa com tentativas de micção, pois os alfa-bloqueadores aumentam a probabilidade de uma tentativa bem-sucedida de micção. Pacientes com retenção urinária devido a causa neurológica devem ser monitorados em conjunto com a neurologia e urologia. Demais causas como hiperplasia prostática, litíase ou prolapsos dos músculos pélvicos devem receber os tratamentos adequados, conforme necessidade.

► INVESTIGAÇÃO DA CAUSA

Na investigação da causa da Retenção Urinária, a anamnese é instrumento essencial, pois uma história detalhada do paciente é capaz de direcionar quanto à causa da RU, que pode ser tanto obstrutiva, quanto infecciosa, inflamatória, iatrogênica ou neurológica. É importante também listar todos os medicamentos usados pelo paciente, tendo em vista que alguns medicamentos podem apresentar relação causal com a RU.

No exame físico é vital avaliar o abdome do paciente quanto à rigidez, além de palpar e percudir os órgãos pélvicos e abdominais, inclusive a bexiga.

Nos homens, é importante realizar o toque retal, para avaliar quanto ao tamanho da próstata e presença de nódulos, tendo em vista que as causas mais comuns de RU são de origem obstrutiva, sendo a principal a Hiperplasia Prostática Benigna, especialmente ao se tratar de homens idosos. Dessa forma, no momento do exame físico, muitas vezes a próstata se encontrará aumentada, firme, indolor, não nodular ou mesmo sem alterações, indicando outras causas.

É importante também realizar uma avaliação neurológica focada, para descartar possíveis causas neurológicas.

► CONCLUSÃO

Por se tratar de uma patologia com diversas etiologias, é vital atentar-se a todos os sinais e sintomas que o paciente apresenta para otimizar a identificação da causa base e orientar o tratamento mais adequado em tempo hábil.

Para o diagnóstico, as ferramentas utilizadas são a anamnese, o exame físico direcionado e o exame de imagem, com a ultrassonografia sendo o mais utilizado. Após a confirmação do quadro de RU, é importante dar início ao tratamento para evitar as possíveis complicações, que vão desde uma lesão renal aguda até o óbito.

A conduta de primeira linha então indicada é a sondagem vesical, com o objetivo de restabelecer o fluxo de urina; quando a sondagem não é resolutive, a cistostomia suprapúbica é a principal técnica de escolha. Posteriormente à identificação da etiologia da RU, cada uma dessas causas receberá seu respectivo tratamento.

Diante do exposto, nota-se que a Retenção Urinária no Idoso é um tema de extrema relevância, tanto por se tratar de uma condição cuja incidência aumenta conforme o avançar da idade, principalmente no sexo masculino, quanto por ser uma emergência que pode ser manejada a partir dos conhecimentos acerca da conduta adequada.

► REFERÊNCIAS

SERLIN, DAVID C. *et al.* Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. **American Family Physician**, [S. l.], v. 98, n. 8, p. 496-503, 15 out. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277739/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

Perry AG, Potter PA, Desmarais PL. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. 8th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015

- JÚNIOR, Archimedes Nardoza; FILHO, Miguel Zerati; REIS, Rodolfo Borges dos. **Urologia Fundamental**. [S. l.]: Planmark, 2010. 422 p.
- BILLET, Michael *et al.* Urinary Retention. **Emergency Medicine Clinics of North America**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 649-660, nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563200/>. Acesso em: 3 dez. 2022.
- CERATTI, Rodrigo do Nascimento; BEGHETTO, Mariur Gomes. Incidence of urinary retention and relations between patient's complaint, physical examination, and bladder ultrasound. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 42, n. 1, p. 1-8, 10 fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200014>.
- ARAP, Marco Antonio. Dificuldade Miccional: Retenção Urinária. **Medicina Net**, S.I., v. 4, n. 1, p. 35-43, 30 jul. 2010. Disponível em: https://www2.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3491/dificuldade_miccional_retencao_urinaria.htm. Acesso em: 08 dez. 2022.