

Incidência de retenção urinária e relações entre queixa do paciente, exame físico e ultrassonografia vesical

Incidence of urinary retention and relations between patient's complaint, physical examination, and bladder ultrasound

Incidencia de la retención urinaria y relaciones entre queja del paciente, examen físico y ultrasonografía vesical

Rodrigo do Nascimento Ceratti^a 
Mariur Gomes Beghetto^b 

Como citar este artigo:

Ceratti RN, Beghetto MG. Incidência de retenção urinária e relações entre queixa do paciente, exame físico e ultrassonografia vesical. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200014. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200014>

RESUMO

Objetivos: Descrever frequência de queixas urinárias, globo vesical e necessidade de cateterismo vesical de alívio a partir da realização da ultrassonografia; verificar relação entre volume urinário estimado pela ultrassonografia e drenado no cateterismo e descrever relação entre queixas dos pacientes e detecção de globo vesical com o diagnóstico de retenção urinária.

Método: Estudo transversal com pacientes clínicos com suspeita de retenção urinária, no período de fevereiro a setembro de 2018, em um hospital terciário. Volume urinário ≥ 500 mL na ultrassonografia foi considerado retenção urinária.

Resultados: Realizaram-se 205 avaliações, em 44 pacientes. Detectou-se retenção urinária pela ultrassonografia em 33,2% das avaliações. Houve forte correlação entre ultrassonografia e cateterismo vesical. Verificou-se maior frequência de identificação de globo vesical em volumes urinários ≥ 300 mL.

Conclusão: Incidência de retenção urinária foi maior quando a ultrassonografia foi empregada para o diagnóstico, quando comparado à queixa do paciente e exame físico. Ultrassonografia mostrou-se precisa em determinar volume urinário.

Palavras-chave: Retenção urinária. Ultrassonografia. Enfermagem. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of urinary complaints, bladder globe, and need for bladder relief catheterization according to ultrasound; to investigate the relationship between the urinary volume estimated by ultrasound and the one drained in catheterization; and to describe the relationship of patient's complaints and detection of bladder globe with the diagnosis of urinary retention.

Method: A cross-sectional study with clinical patients with suspected urinary retention in a tertiary hospital, conducted from February to September 2018. Urinary volume ≥ 500 mL in ultrasound was considered urinary retention.

Results: Two hundred and five evaluations were performed in 44 patients. Urinary retention was detected by ultrasound in 33.2% of the evaluations. There was a strong correlation between ultrasound and bladder catheterization. There was a higher frequency of identification of bladder globe in urinary volumes ≥ 300 mL.

Conclusion: The incidence of urinary retention was higher when ultrasound was used for the diagnosis, when compared to patient's complaint and physical examination. Ultrasound showed to be accurate in establishing urinary volume.

Keywords: Urinary retention. Ultrasonography. Nursing. Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de las quejas urinarias, el globo vesical y la necesidad del cateterismo de la vejiga por ultrasonido; verificar la relación entre el volumen urinario estimado por ultrasonido y drenado en el cateterismo y describir la relación entre las quejas de los pacientes y la detección de globo vesical y el diagnóstico de retención urinaria.

Método: Estudio transversal con pacientes clínicos con sospecha de retención urinaria, realizado entre febrero y septiembre de 2018 en un hospital de nivel terciario. El volumen urinario ≥ 500 mL en el ultrasonido se consideró retención urinaria.

Resultados: Se realizaron 205 evaluaciones en 44 pacientes. La retención urinaria se detectó por ultrasonido en el 33,2% de las evaluaciones. Hubo una fuerte correlación entre el ultrasonido y el cateterismo vesical. Se registró una mayor frecuencia de identificación de globo vesical en volúmenes urinarios superiores a 300 mL.

Conclusión: La incidencia de la RU fue mayor cuando se empleó ultrasonografía para el diagnóstico, comparado con la queja del paciente y el examen físico. La ultrasonografía se mostró precisa en determinar el volumen urinario.

Palabras-claves: Retención urinaria. Ultrasonografía. Enfermería. Seguridad del paciente.

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Em média, um adulto produz cerca de 1.200mL de urina por dia. A capacidade usual da bexiga é de 300 a 500mL, mas ao atingir volumes entre 200 e 300mL, neuroceptores responsáveis pelo reflexo de micção são estimulados, desencadeando a sensação da necessidade de urinar⁽¹⁾. Por diferentes motivos, alguns pacientes experimentam um quadro de incapacidade total ou parcial de esvaziamento da bexiga, chamado de Retenção Urinária (RU)⁽¹⁻²⁾.

Não há consenso na literatura sobre o volume urinário que caracterize a RU⁽³⁻⁴⁾. Enquanto alguns autores sugerem valores entre 300 e 500mL⁽⁵⁻⁶⁾, um volume residual persistente superior a 300mL também pode ser definidor de RU⁽⁴⁾.

A falta de critérios claros que determinem o quadro de RU contribui para que se encontre grande variabilidade na descrição das taxas de incidência desse evento. A literatura sobre o tema restringe-se, quase que exclusivamente, a estudos em pacientes cirúrgicos, principalmente no período pós-anestésico imediato. Nesse contexto, a incidência de RU varia entre 2% a 60% e relaciona-se, especialmente, ao tipo de cirurgia realizada, ao tipo de anestesia empregado e o uso de drogas anticolinérgicas ou analgésicas⁽⁷⁻⁹⁾.

Diferentes testes diagnósticos são empregados para identificar o quadro de RU. O primeiro deles é a avaliação da queixa do paciente. Sensação de bexiga cheia, dor na região supra púbica e incapacidade de esvaziar a bexiga podem ser indícios de RU⁽¹⁰⁾. Complementar à queixa do paciente, o exame físico da bexiga é uma parte importante na detecção da RU. Contudo, tanto a palpação quanto a percussão apresentam grandes limitações. Estudo aponta que a utilização de sinais e sintomas clínicos de maneira isolada pode prejudicar no diagnóstico de RU, uma vez que são subjetivos e dependentes da experiência do examinador, o que pode acarretar volumes urinários super ou subestimados, ao momento do cateterismo vesical⁽¹¹⁾.

Mais recentemente, a identificação do volume urinário por meio da ultrassonografia (US) vem sendo testada, mostrando-se como um método diagnóstico útil para a detecção de RU à beira do leito⁽¹²⁾. Ainda, uma pesquisa verificou forte correlação entre o volume urinário estimado por meio da US e o drenado no cateterismo urinário⁽¹¹⁾. Outro estudo, conduzido em ambiente de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), corrobora esse achado, mostrando relação entre os valores de diurese estimados pela US e o volume urinário drenado por cateterismo vesical⁽¹⁴⁾.

Apesar do uso da US à beira do leito mostrar-se uma ferramenta útil como método de estimativa do volume urinário para se evitar cateterismos desnecessários^(13,15), na maior parte dos locais de assistência, a detecção de retenção

urinária é baseada exclusivamente nas queixas dos pacientes e na avaliação clínica, o que pode comprometer a segurança do paciente expondo-o a procedimentos invasivos sem necessidade⁽¹⁵⁾. Neste contexto, o diagnóstico de RU é retrospectivo, sendo determinado, somente, após a realização do cateterismo urinário.

Apesar dos estudos sobre o tema limitarem-se ao cenário de pós-operatório, demonstram que uso da US à beira do leito pelo enfermeiro configura-se como uma maneira rápida, não-invasiva e confiável para detectar RU⁽⁷⁾. Além disso, legislação específica versa sobre a normatização desta prática por enfermeiros, desde que estejam devidamente habilitados⁽¹⁶⁾.

No entanto, no cenário brasileiro, poucas áreas de assistência ao paciente clínico dispõem de equipamento e de enfermeiros capacitados para uso dessa tecnologia. Mesmo em áreas assistenciais onde esses recursos estão disponíveis, a prática dos enfermeiros ainda sustenta-se em um modelo empírico de decisão clínica, comprometendo o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a eficácia do trabalho do enfermeiro⁽¹²⁾.

Frente à carente literatura sobre sinais e sintomas de RU em pacientes clínicos e a diversidade de práticas assistenciais para o diagnóstico de RU, o presente estudo objetiva: (1) descrever com que frequência os pacientes apresentam queixas urinárias, os enfermeiros identificam a presença de globo vesical e determinam necessidade de realização de cateterismo vesical de alívio (CVA) a partir da realização da US; (2) verificar a relação entre o volume urinário estimado pela US e o drenado no CVA e (3) descrever a relação entre as queixas dos pacientes e a detecção de globo vesical com o diagnóstico de RU, definido por dois diferentes critérios (volumes de urina: 300 a 499mL e $\geq$ 500mL).

■ MÉTODO

Em 2018, foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa dos dados, em uma unidade clínica de um hospital terciário público e universitário da região sul do Brasil, onde internam idosos (idade > 60 anos) e adultos sob cuidados paliativos. Foram elegíveis todos os pacientes que demandaram avaliação pela suspeita de RU, com exceção daqueles que, concomitantemente, fizessem uso de cateter de cistostomia, urostomia ou nefrostomia, ou, ainda, que apresentassem qualquer alteração anatômica que impossibilitasse a realização do exame de US ou do cateterismo vesical de alívio, seguindo-se o procedimento padrão (pacientes que necessitem de cateterismo vesical com guia ou realizada pela equipe da Urologia).

Os pesquisadores elaboraram um instrumento de pesquisa e um manual para o seu preenchimento. A coleta dos

dados foi procedida pelos enfermeiros ($n = 9$), de todos os turnos de trabalho, que executam o exame de US rotineiramente na sua prática assistencial. Todos os enfermeiros participantes já eram devidamente capacitados por meio de treinamentos teórico-práticos desde 2014 e considerados aptos por profissionais especialistas em US. A capacitação da equipe de enfermeiros e a implementação dessa rotina ocorreu em virtude de diversos pacientes serem submetidos a cateterismos urinários de modo desnecessário.

Antes do início da coleta dos dados, foi avaliada a concordância entre avaliadores identificando-se Kappa 0,783 (IC95%: 0,703 – 0,996) (dados não apresentados) e todos os enfermeiros foram capacitados quanto aos procedimentos e instrumento de pesquisa; o mesmo protocolo foi empregado por todos enfermeiros, em todos os pacientes. Um mesmo paciente pode ter sido avaliado por diferentes enfermeiros, em diferentes momentos, mas nenhum paciente foi avaliado mais de uma vez pelo mesmo enfermeiro. Utilizou-se um formulário para cada avaliação, mesmo em casos de mais de uma avaliação em um mesmo paciente, determinando o cegamento dos enfermeiros para as demais avaliações.

A amostra foi calculada por meio de dois *softwares* (Epi Info v.7 e Winpepi), aceitando-se um erro de 5% e um poder amostral superior a 90%, esperando-se encontrar uma incidência de 30%. A inclusão dos pacientes para compor a amostra se deu por meio não probabilístico consecutivo, durante o período entre fevereiro e setembro de 2018.

À medida que apresentavam alguma suspeita de RU, como tempo prolongado sem urinar (ausência de diurese num período de 6 horas), dor supra púbica, incapacidade de esvaziar a bexiga. Isso constituiu o “gatilho” para que as avaliações fossem realizadas.

Todas as avaliações seguiram a mesma rotina, respeitando a mesma ordem de procedimentos: (1) foram ouvidas as “queixas do paciente” relacionadas à RU e o paciente foi questionado sobre sua percepção de necessidade de urinar. Se o paciente não apresentasse condições de relatar suas queixas sobre a impressão de RU e sobre a necessidade de urinar, em função de alguma desordem neurológica ou por qualquer outro motivo, as indagações eram direcionadas ao seu acompanhante. Diante da impossibilidade do paciente em relatar sintomas, o acompanhante era indagado acerca do tempo em que o paciente estava sem urinar ou se percebia no paciente algum tipo de desconforto que pudesse sugerir dificuldade para urinar; (2) o enfermeiro procedeu o exame clínico (palpação da região supra púbica em busca de globo vesical e outros sinais de RU) e emitiu pareceres para as questões: “paciente apresenta sinais de RU?” e “paciente necessita de CVA?”; (3) foi executada a US, utilizando-se o aparelho Fujifilm SonoSite M-Turbo®, com

transdutor curvilíneo de 5-2MHz. A execução do exame de US, para todos os casos, foi de acordo com os padrões estabelecidos e documentados pela instituição sede do estudo. O valor estimado do conteúdo vesical foi calculado e fornecido pelo equipamento. A partir dos dados fornecidos pelo teste de US, o enfermeiro registrou no formulário de pesquisa o volume urinário estimado e emitiu o parecer para a questão: “pelo volume da US, realizaria CVA?”.

Após cada uma das avaliações, o enfermeiro tomou a decisão de realizar ou não o cateterismo vesical. Todas os cateterismos vesicais foram realizados de acordo com os padrões da instituição sede do estudo, utilizando-se cateter uretral 10, 12 ou 14 French. O volume urinário obtido foi mensurado utilizando-se uma jarra medidora transparente, graduada em mililitros, com marcações a cada 10mL.

Considerando que o volume usual da bexiga varia em torno de 300 a 500mL⁽¹⁾ e seguindo parâmetro adotado anteriormente em outra pesquisa⁽¹⁵⁾, para fins do presente estudo foram considerados volumes urinários ≥ 500 mL (estimado pela US e drenado por cateterismo vesical) como “Retenção Urinária (RU)”. Adicionalmente, volumes entre 300 e 499mL também são considerados por autores como volumes definidores do quadro de RU⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, para fins de análise de incidências, levou-se em consideração esses dois critérios.

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0. Inicialmente, foi realizado teste de Shapiro-Wilk para determinar a normalidade na distribuição de variáveis contínuas. A seguir, foi realizada uma análise descritiva, sendo que os resultados foram expressos por meio de média $\pm$ DP, mediana (P25 – P75) ou por meio da frequência absoluta e frequência relativa, conforme características e distribuição das variáveis. Proporções foram comparadas por meio de teste de qui-quadrado, empregando-se correção de Yates quando indicado, ou teste Exato de Fisher. Para avaliar a correlação entre a estimativa de volume obtida por meio da US e o volume de urina drenado no cateterismo vesical foi aplicado teste de Correlação de Spearman e plotado Gráfico de Bland & Altman. Valores- $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significativos. Para fins desta análise, os volumes de urina identificados pela US foram considerados como padrão de referência.

Seguiu-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012) e complementares ao Conselho Nacional de Saúde, e o estudo foi aprovado quanto a seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo (CAE: 73406017.4.0000.5327). Os pacientes que participaram do estudo expressaram sua concordância mediante TCLE específico.

■ RESULTADOS

Dos pacientes que internaram na unidade e foram elegíveis para o estudo, somente 44 apresentaram algumas das condições consideradas como “gatilho” para suspeita de RU e foram efetivamente incluídos. A média de idade dos pacientes foi de $67,7 \pm 12,9$ anos, eles eram predominantemente mulheres (56,8%), internaram por infecção do trato urinário (ITU) (22,7%), eram portadores de uma ou mais doenças crônicas, sendo neoplasia a mais prevalente (68,2%), seguido de hipertensão arterial (56,0%) e diabetes mellitus (30,0%).

Cada paciente incluído no estudo foi avaliado pelo menos uma vez. Nenhum paciente foi avaliado mais de uma vez pelo mesmo enfermeiro. O número de vezes que cada paciente foi avaliado por um dos enfermeiros está sumarizado na Tabela 1, totalizando 205 avaliações, as quais, a partir de agora os resultados se referem.

Queixas sugestivas de RU ocorreram em 30,2% das 205 avaliações. As queixas mais frequentes referiram-se ao fato de que o paciente estava há muito tempo sem urinar (56,6%), seguida pela queixa de incapacidade de esvaziar completamente a bexiga (35,1%) e de sensação de bexiga cheia e que, portanto, deveriam ser submetidos à cateterismo vesical de alívio (20,5%). Em 21,0% das avaliações os enfermeiros detectaram a presença de globo vesical. Já embasados nos resultados da ultrassonografia, os enfermeiros indicariam a realização de cateterismo vesical em 33,2% das 205 avaliações. Estes dados encontram-se sumarizados na Tabela 2.

Somente 68 avaliações resultaram em cateterismo vesical de alívio (CVA). Destas, 61,2% ocorreram em vigência de queixas urinárias, 48,5% em presença de globo vesical e 100% das vezes em que a US sugeria aos enfermeiros o CVA (a partir dos volumes encontrados pela US).

Houve forte correlação ($r = 0,997$; $p < 0,005$) entre o volume urinário estimado pela US ($493,1 \pm 185,4$ mL) e o volume

urinário drenado, quando realizado CVA ($501,9 \pm 184,7$ mL). A média da diferença entre o volume obtido no CVA e o volume estimado na US foi de $9,02 \text{ mL} \pm 13,99 \text{ mL}$. Corroborando com isso, o gráfico de Bland-Altman mostra o detalhamento dessa comparação entre as duas variáveis (Gráficos 1 e 2). Utilizou-se o volume urinário estimado na US para identificar as incidências de RU (volume urinário ≥ 500 mL), de acordo com cada método de diagnóstico.

Comparando-se a frequência de queixas dos pacientes e de detecção de globo vesical, de acordo com as diferentes

Tabela 1 – Número de avaliações realizadas em cada um dos 44 pacientes incluídos no estudo, dados expressos por meio de números absolutos e proporção entre parênteses. Brasil, 2018

Número de avaliações	n (%)	Frequência
1	1 (2,2)	1
2	3 (6,9)	6
3	7 (16,0)	21
4	13 (29,5)	52
5	8 (18,2)	40
6	6 (13,6)	36
7	2 (4,5)	14
8	1 (2,2)	8
9	3 (6,9)	27
Total	44 (100)	205

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2 – Queixas sugestivas de retenção urinária, detecção de globo vesical e achados da US (n = 205). Brasil, 2018

Crítérios de avaliação	(%)
Disúria	0,5
Incapacidade de esvaziar a bexiga	35,1
Muito tempo sem urinar	56,6
Dor ou desconforto na bexiga	12,7
Sensação de bexiga cheia	20,5
Impressão do enfermeiro de presença de globo vesical	21,0
Decisão de CVA pela avaliação da US	33,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

faixas de volume urinário descritos na literatura para diagnóstico de RU (< 300mL, 300 a 399mL e > 500mL), verificou-se que a presença de globo vesical foi mais frequente quando os volumes urinários estimados pela US foram maiores que 300mL ($p < 0,001$). Nenhuma queixa urinária referida pelo paciente foi mais frequente em alguma das três faixas de

volume urinário avaliado ($p > 0,005$ para todas as comparações). Entretanto, salienta-se que a proporção de sensação de bexiga cheia foi mais frequente (33,3% vs 19,6% vs 18,5%) na categoria de maior volume urinário (≥ 500 mL). Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

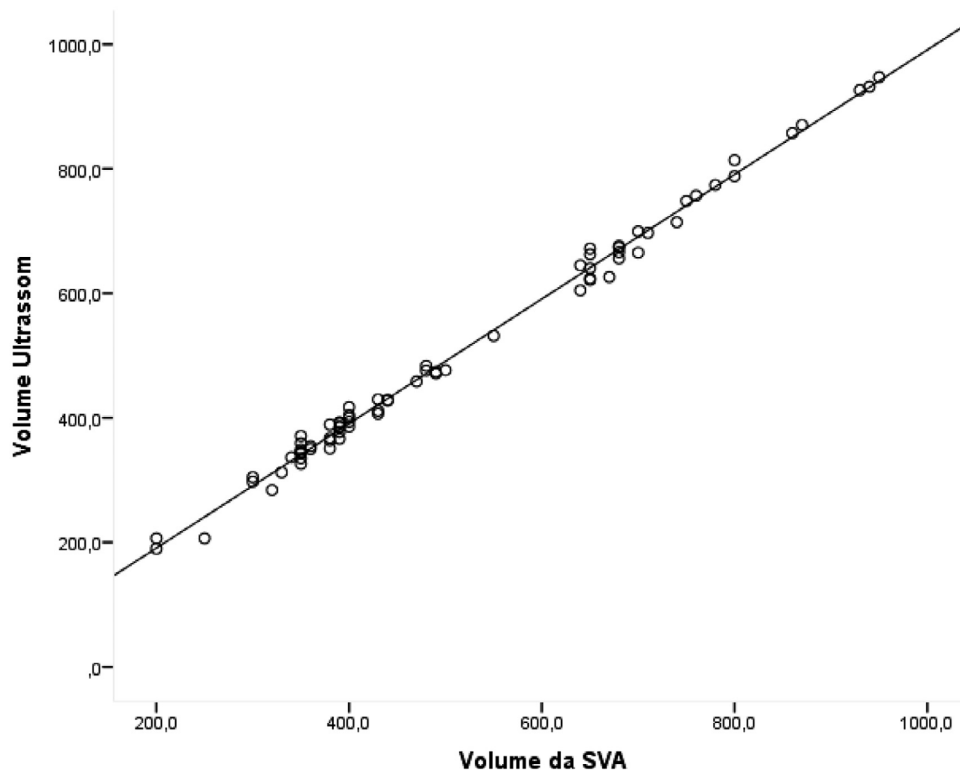


Gráfico 1 – Correlação entre o volume (em mL) estimado pela US e o volume (em mL) drenado no cateterismo vesical de alívio ($n = 68$) ($r = 0,997$; $p < 0,001$). Brasil, 2018

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 3 – Comparação das variáveis para diagnóstico de RU nos estratos de volumes definidores do quadro ($n = 205$). Brasil, 2018

Variável	< 300 mL $n = 135$ (65,9)	300 – 499mL $n = 46$ (22,4)	≥ 500 mL $n = 24$ (11,7)	p
Disúria	1 (0,7)	0	0	0,650
Incapacidade em esvaziar a bexiga	48 (35,6)	14 (30,4)	10 (41,7)	0,636
Muito tempo sem urinar	74 (54,8)	26 (56,5)	16 (66,7)	0,558
Dor/desconforto na bexiga	17 (12,6)	7 (15,2)	2 (8,3)	0,713
Sensação de bexiga cheia	25 (18,5)	9 (19,6)	8 (33,3)	0,250
Presença de globo vesical (avaliação do enfermeiro)	12 (8,9)	16 (34,8)	15 (62,5)	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

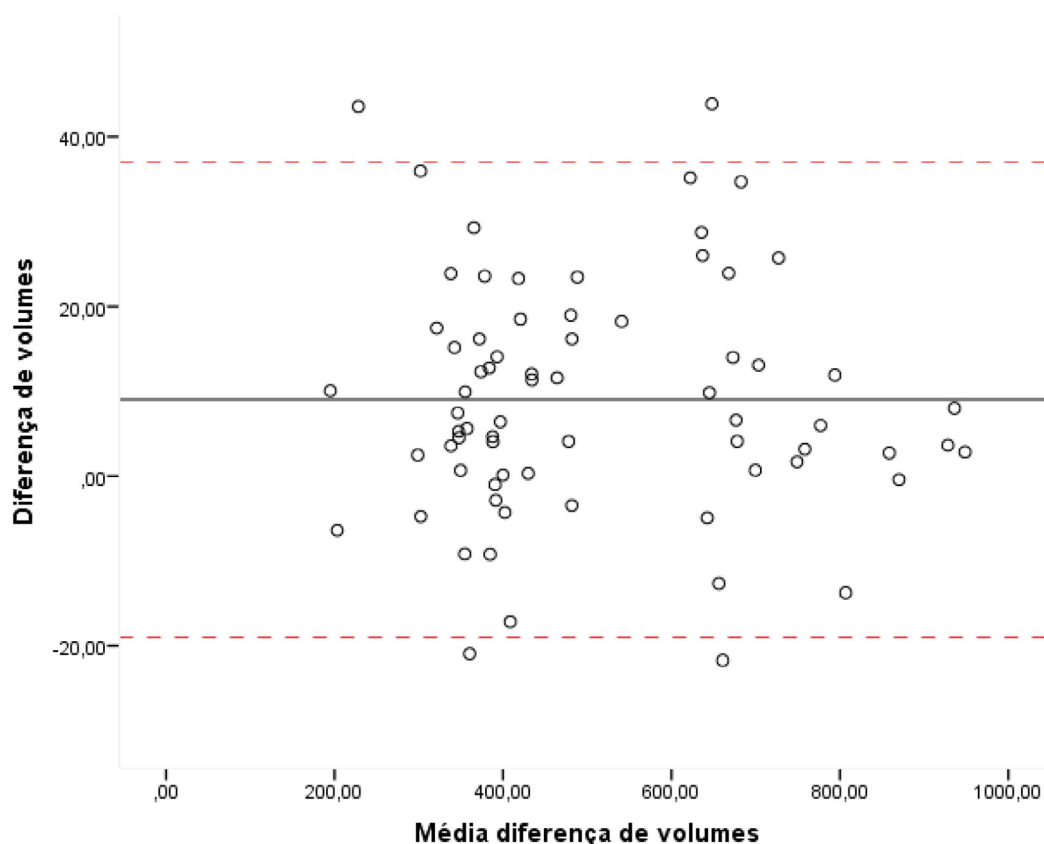


Gráfico 2 – Relação entre a média da diferença e a diferença média entre os valores estimados por meio da realização da US à beira do leito e os volumes drenados no cateterismo vesical de alívio (Gráfico de Bland & Altman). A linha contínua representa os valores médios, enquanto as linhas pontilhadas representam ± 2 desvios padrão. Dados expressos em mL (n = 68). Brasil, 2018
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

■ DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram variabilidade na incidência das diferentes queixas sugestivas de RU, sendo a queixa “muito tempo sem urinar” a mais frequente (56,6%) e que a presença de globo vesical foi incidente em cerca de 1/5 das avaliações. Houve forte correlação entre o volume urinário estimado pela US e o volume urinário drenado no CVA, permitindo que os valores de diurese estimados pela US passassem a ser utilizados como referência para as comparações. As queixas dos pacientes não se mostraram associadas a maiores volumes urinários, mas a presença de globo vesical sim.

Apesar de a US mostrar-se como um recurso diagnóstico útil em identificar o volume urinário, uma melhor compreensão sobre RU carece do estabelecimento de parâmetros (valores urinários) que claramente definam o quadro de RU, o que ainda não é consensual na literatura^(4,17). Ainda assim,

percebe-se que métodos empregados na identificação da RU que envolvem maior caráter de subjetividade podem discordar entre si, em ausência de parâmetros objetivos, não contribuindo com os enfermeiros na tomada de decisão sobre realizar, ou não, o CVA⁽¹²⁾.

Essa ausência de um critério diagnóstico para RU e, por conseguinte, para a indicação da realização de CVA, contribui para a enorme variabilidade de taxas de incidência de RU descritas na literatura. Diversos estudos^(7-9,18-20) apontam incidências que variam entre 2% e 60%, taxas compatíveis com as encontradas por nós, quando avaliamos a incidência nos estratos sugeridos pela literatura (< 300mL, 300 a 499mL e $\geq$ 500mL). No entanto, as incidências encontradas na literatura são de estudos eminentemente realizados com paciente em pós-operatório imediato ou unidade pós-cirúrgicas.

Em um estudo que avaliou prospectivamente 174 pacientes no pós-operatório de artroplastia de quadril, 43,7% desenvolveram quadro de RU, necessitando de CVA. Para os

autores, RU foi monitorada a partir da queixa do paciente de desconforto suprapúbico ou incapacidade de urinar. A partir da US da bexiga, pacientes com volume urinário superior a 400mL eram caracterizados com RU e então submetidos a CVA. Não foi realizado a comparação entre os volumes obtidos a partir da US e do CVA⁽²⁰⁾.

A queixa do paciente, seja ele clínico ou cirúrgico, é de fundamental importância para avaliações subsequentes, a fim de se identificar precocemente quadros de RU. De maneira complementar, o exame da US vem para auxiliar o profissional quanto à decisão de realizar ou não o CVA, de acordo com o volume urinário estipulado como característico de RU.

O uso da US como tem-se mostrado útil na detecção de volumes urinários bastante próximos àqueles obtidos a partir do CVA. Pacientes com volume urinário superior a 400mL apresentaram diferença média entre volume identificado pela US e volume drenado no CVA de 21,8mL±59,9mL numa coorte de 105 pacientes cirúrgicos⁽²¹⁾.

A forte correlação entre volumes urinários identificados a partir da US e volumes obtidos a partir do CVA estão documentadas em outras pesquisas⁽¹³⁻¹⁴⁾. Eles mostram que valores de urina estimados pela US podem ser utilizados como padrão para a caracterização, em termos de volume, do quadro de RU, desde que haja um ponto de corte para se tomar a decisão de cateterismo. Isso seria de grande utilidade para a prática assistencial, pois evitaria a realização de CVA desnecessários, em ausência de RU, prevenindo desconforto ao paciente, traumatismo de uretra e infecção urinária, bem como reduzindo os custos relacionados⁽¹⁹⁾. O oposto também é verdade. Mediante a um padrão de diagnóstico, a US da bexiga pode sinalizar a demanda por esvaziamento da bexiga (CVA), evitando distensão do órgão e outros desconfortos.

O enfermeiro tem papel fundamental na determinação do quadro de RU, porém a assertividade do diagnóstico envolve diversos aspectos como a experiência do examinador, a habilidade na realização do exame físico, além do emprego de recursos adicionais, como a US, por exemplo. O uso dessa tecnologia contribui para que o enfermeiro possa estabelecer um diagnóstico de RU mais assertivo, diminuindo o caráter subjetivo da avaliação, que pode ocasionar um diagnóstico errôneo e alcançando um cuidado mais seguro ao paciente⁽²²⁾.

■ CONCLUSÃO

As queixas urinárias mais frequentes foram de ficarem muito tempo sem urinar (56,6%), seguido da queixa de incapacidade em esvaziar a bexiga (35,1%). Os enfermeiros

identificaram RU em 21% das avaliações. A incidência de RU foi maior quando empregado o uso da US no diagnóstico. O exame de US à beira do leito, realizado por enfermeiros, mostrou-se preciso em estimar o volume de diurese quando comparado ao volume obtido a partir do CVA. Além disso, volumes maiores de urina estimados pela US ($\geq 500\text{mL}$) têm maior relação com a identificação de RU por enfermeiros a partir da palpação de globo vesical.

Vale ressaltar que o presente estudo tem limitações. Apesar do número de observações realizadas ter sido igual ou superior aos outros estudos aqui apresentados, deve-se considerar que o poder amostral seja insuficiente para se proceder análises em estratos e avaliar as propriedades diagnósticas e a acurácia dos métodos de estimação de RU (sensação de bexiga cheia, impressão clínica do enfermeiro e impressão após a US).

Por fim, salienta-se que esse estudo se debruçou sobre as semelhanças e diferenças entre os métodos para identificação de RU à beira do leito em pacientes clínicos, diferentemente da maioria dos estudos anteriores, que se ocuparam em analisar pacientes cirúrgicos. Além disso, o presente estudo abre portas para se determinar, no futuro, qual o volume de diurese discriminaria a condição de RU em pacientes clínicos, além de protocolos que auxiliem os enfermeiros no diagnóstico mais acurado, promovendo um cuidado mais seguro e qualificado.

■ REFERÊNCIAS

1. Mindardi D. Urinary retention. Bristol: ICS Committees, 2018 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/urinaryretention>
2. Royal College of Nursing, Australia. Adult urinary obstruction, retention and bladder scanning: a self directed resource package. Sydney; 2011.
3. Negro CL, Muir GH. Chronic urinary retention in men: how we define it, and how does it affect treatment outcome. *BJU Int.* 2012 Dec;110(11):1590-4. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11101.x>
4. Stoffel JT, Peterson AC, Sandhu JS, Suskind AM, Wei JT, Lightner DJ. AUA White paper on nonneurogenic chronic urinary retention: consensus definition, treatment algorithm, and outcome end points. *J Urol.* 2017 July;198(1):153-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.01.075>
5. Wareing M. Urinary retention: issues of management and care. *Emerg Nurse.* 2013 Dec;11(8):24-7. doi: <https://doi.org/10.7748/en2003.12.11.8.24.c1139>
6. Bala KG, Chou Y. Ultrasonography of the urinary bladder. *J Med Ultrasound.* 2010;18(3):105-14. doi: [https://doi.org/10.1016/S0929-6441\(10\)60015-X](https://doi.org/10.1016/S0929-6441(10)60015-X)
7. Mago AJD, Helayel PE, Bianchini E, Kozuki H, Oliveira Filho GR. Prevalência e fatores preditivos de retenção urinária diagnosticada por ultrassonografia no período pós-anestésico imediato. *Rev Bras Anestesiol.* 2010;60(4):387-90. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942010000400005>

8. Bjerregaard LS, Bogo S, Raaschou S, Trolborg C, Hornum U, Poulsen AM, et al. Incidence of and risk factors for postoperative urinary retention in fast-track hip and knee arthroplasty: a prospective, observational study. *Acta Orthop*. 2015 Apr;86(2):183-8. doi: <https://doi.org/10.3109/17453674.2014.972262>
9. Niazi AAA, Taha MAA. Postoperative urinary retention after general and spinal anesthesia in orthopedic surgical patients. *Egypt J Anaesth*. 2015;31(1):65-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.egja.2014.12.002>
10. Keita H, Diouf E, Tubach F, Brouwer T, Dahmani S, Mantz J, et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg*. 2005 Aug;101(2):592-6. doi: <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000159165.90094.40>
11. Lamonerie L, Marret E, Deleuze A, Lember N, Dupont M, Bonnet F. Prevalence of postoperative bladder distension and urinary retention detected by ultrasound measurement. *Br J Anaesth*. 2004 Apr;92(4):544-6. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/ae099>
12. Carnaval, BM, Teixeira, AM, Carvalho, R. Use of portable ultrasound to detect urinary retention by nurses in anesthesia recovery. *Rev SOBECC*. 2019;24(2):91-8. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020007>
13. Meska MHG, Mazzo A, Jorge BM, Souza-Junior VD, Negri EC, Chayamiti EMPC. Urinary retention: implications of low-fidelity simulation training on the self-confidence of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):833-9. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600017>
14. Ozturk NK, Kavakli AS. Use of bladder volume measurement assessed with ultrasound to predict postoperative urinary retention. *North Clin Istanb*. 2017 Jan;3(3):209-16. doi: <https://doi.org/10.14744/nci.2016.03164>
15. Lee YY, Tsay WL, Lou MF, Dai YT. The effectiveness of implementing a bladder ultrasound programme in neurosurgical units. *J Adv Nurs*. 2007 Jan;57(2):192-200. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04080.x>
16. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo (BR). Parecer COREN-SP 029/2014 - CT. PRCI nº 1530/2014. Uso do ultrassom pelo enfermeiro para cálculo de volume em retenção urinária. São Paulo; 2014 [citado 2020 jan 10]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/parecer_coren_sp_2014_029.pdf
17. Justo D, Schwartz N, Dvorkin E, Gringauz I, Groutz A. Asymptomatic urinary retention in elderly women upon admission to the Internal Medicine department: a prospective study. *Neurourol Urodyn*. 2017 Mar;36(3):794-7. doi: <https://doi.org/10.1002/nau.23029>
18. Daurat A, Choquet O, Bringuiet S, Charbit J, Egan M, Capdevila X. Diagnosis of postoperative urinary retention using a simplified ultrasound bladder measurement. *Anesth Analg*. 2015 May;120(5):1033-8. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000595>
19. Thanagumtorn K. Accuracy of post-void residual urine volume measurement using an ultrasound bladder scanner among postoperative radical hysterectomy patients. *J Med Assoc Thai*. 2016 Oct [cited 2020 Jan 10];99(10):1061-6. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/7658>
20. Lawrie CM, Ong AC, Hernandez VH, Rosas S, Post ZD, Orozco FR. Incidence and risk factors for postoperative urinary retention in total hip arthroplasty performed under spinal anesthesia. *J Arthroplasty*. 2017 Dec;32(12):3748-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.07.009>
21. Brouwer TA, Van den Boogaard C, Van Roon EN, Kalkman CJ, Veeger N. Non-invasive bladder volume measurement for the prevention of postoperative urinary retention: validation of two ultrasound devices in a clinical setting. *J Clin Monit Comput*. 2018 Dec;32(6):1117-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s10877-018-0123-6>
22. Jorge, BM, Mazzo, A, Napoleão, AA, Bianchini, A. Scientific evidence of urinary retention diagnostic practices: scoping review. *Rev Enferm UERJ*. 2018 Set;26:e25840. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.25840>

■ Autor correspondente:

Rodrigo do Nascimento Ceratti
E-mail: rcertti@hcpa.edu.br

Recebido: 05.02.2020
Aprovado: 04.08.2020

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti