

RETENCIÓN URINARIA POST-OPERATORIA: EVALUACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANALGÉSICO CON OPIOIDES

Maria do Carmo Barretto de Carvalho Fernandes¹
Verônica Vieira da Costa²
Renato Ângelo Saraiva³

Los objetivos de este estudio fueron determinar la incidencia de retención urinaria post-operatoria en pacientes que se encontraban en uso de analgésicos opioides, así como describir el método utilizado en el vaciado vesical. Se trata de una serie prospectiva y consecutiva de 1.316 pacientes quirúrgicos, estudiados de septiembre de 1999 a abril de 2003. De ellos, 594 pacientes no usaron cateterismo de demora en el pre-operatorio. Así mismo, 128 pacientes de este grupo presentó retención urinaria, con una incidencia del 22% (128/594). Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la ocurrencia de retención urinaria y el uso de analgesia epidural continua ($p=0,009$). El 69% de los pacientes presentó una micción espontánea luego de haber realizado apenas un cateterismo. La incidencia de retención urinaria encontrada es semejante a la descrita en la literatura, siendo más frecuente en hombres, así como en aquellos pacientes sometidos a analgesia epidural continua. Se sugiere una orientación y vigilancia adecuadas por el equipo de enfermería, haciendo énfasis en el cateterismo vesical intermitente aséptico, durante el transcurso de la retención urinaria, para prevenir complicaciones del tracto urinario.

DESCRIPTORES: incidencia; retención urinaria; cateterismo urinario; analgesia controlada por el paciente; analgesia epidural; enfermería

POSTOPERATIVE URINARY RETENTION: EVALUATION OF PATIENTS USING OPIOIDS ANALGESIC

The study aimed to determine the occurrence of urinary retention in patients using opioid analgesic and to describe the method used for vesical relief. A prospective and consecutive series of 1,316 patients undergoing surgery from September 1999 to April 2003 and using opioids post surgery were studied. From the 1,136 patients, 594 did not use urinary catheters pre-surgery. From these 594 patients, 128 (22%) suffered post operative urinary retention. Urinary retention was significantly related to the use of continuous epidural analgesia ($p=0.009$). About 69% of patients experiencing urinary retention post surgery returned to spontaneous micturition following a single catheterization. The incidence found of urinary retention was similar to the literature, more frequent in men who received continuous epidural analgesia. The findings suggest orientation and careful nursing team observation of post operative micturition, emphasizing the intermittent aseptically catheterization for urinary retention in order to prevent potential complications of the urinary tract.

DESCRIPTORS: incidence; urinary retention; urinary catheterization; analgesia, patient-controlled; epidural analgesia; nursing

RETENÇÃO URINÁRIA PÓS-OPERATÓRIA: AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM USO DE ANALGESIA COM OPIÓIDES

Os objetivos deste estudo foram determinar a incidência de retenção urinária pós-operatória em pacientes que estavam em uso de analgesia com opióides e descrever o método utilizado para esvaziamento vesical. Trata-se de uma série prospectiva e consecutiva de 1.316 pacientes cirúrgicos de 9/1999 a 4/2003. Dos 1.316 pacientes, 594 não usaram cateterismo de demora no pré-operatório. Desses, 128 pacientes apresentaram retenção urinária, com incidência de 22% (128/594). Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de retenção urinária e uso da analgesia peridural contínua ($p=0,009$). Cerca de 69% dos pacientes apresentaram micção espontânea após a realização de apenas um cateterismo. A incidência de retenção urinária encontrada é semelhante à literatura, sendo mais freqüente em homens e naqueles submetidos à analgesia peridural contínua. Sugere-se orientação e vigilância adequada pela equipe de enfermagem, com ênfase no cateterismo vesical intermitente asséptico, na ocorrência de retenção urinária para prevenção de complicações do trato urinário.

DESCRIPTORES: incidência; retenção urinária; cateterismo urinário; analgesia controlada pelo paciente; analgesia epidural; enfermagem

¹ Enfermeira, Magister en Ciencias de la Rehabilitación, e-mail: 200079@sarah.br; ² Anestesiólogo, Magister en Ciencias de la Rehabilitación, e-mail: 201393@sarah.br; ³ Coordinador de Anestesiología, Doctor en Anestesiología, e-mail: 201577@sarah.br. Rede SARAH de Hospitales de Rehabilitación

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del dolor pos-operatorio persiste como un gran reto en la medicina actual, a pesar de los intensos esfuerzos que son realizados para su efectivo control.

El control eficaz del dolor pos-operatorio, depende de una prescripción individual y de factores como aspectos emocionales del paciente, alteraciones fisiológicas producto del procedimiento quirúrgico, técnicas y recursos disponibles en el servicio⁽¹⁾. Así mismo, la extensión, lugar y duración de la cirugía pueden influir en la intensidad del dolor pos-operatorio.

Actualmente varias técnicas son usadas para el tratamiento del dolor pos-operatorio⁽²⁻³⁾. La analgesia controlada por el paciente con opiáceos, constituye uno de los procedimientos más recientes, el cual ha sido objeto de diversas investigaciones relacionadas con dolor pos-operatorio^(2,4-5).

A pesar que el uso de opiáceos en la analgesia pos-operatoria sea segura, los efectos adversos de este tipo de analgésicos comprenden: depresión respiratoria, sedación, náuseas y vómitos, prurito, constipación y retención urinaria⁽²⁻³⁾.

La retención urinaria ha sido mencionada de forma frecuente en estudios que tratan sobre el asunto⁽⁶⁻⁹⁾. En la bibliografía internacional, resultados de diversos estudios afirman que la incidencia de retención urinaria puede variar de 3 a 40%^(2,5-11). En el Brasil, pocos son los estudios que tratan sobre el tema, principalmente con relación a las cirugías ortopédicas^(3,12-13).

La etiología de la retención urinaria en el pos-operatorio está relacionada al uso de drogas anti-colinérgicas o analgésicas, tipo de cirugía, terapia endovenosa, posición y pérdida de privacidad del paciente durante la micción⁽¹⁰⁾. En la fisiología de la retención urinaria, los opiáceos aumentan el tono e intensidad de la contracción del esfínter urinario y, por tanto, disminuyen las contracciones del uréter, dificultando de esta forma la micción espontánea⁽⁸⁾.

A pesar de que algunos pacientes sean asintomáticos, existen frecuentes manifestaciones como: incapacidad para orinar, dolor suprapúbico, distensión abdominal, vejiga llena, inquietud, necesidad de orinar, escalofríos, temblores, sudor y cefalea⁽⁶⁾.

El cateterismo intermitente aséptico ha sido indicado como el tratamiento de elección en este tipo

de situaciones clínicas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, como una forma de reducir el riesgo de complicaciones mecánicas e infecciosas, el dolor y la incomodidad⁽⁶⁾. No obstante, muchos en el área de enfermería se preguntan sobre el uso de cateterismo intermitente o por tiempo prolongado cuando existe retención urinaria pos-operatoria. El método epidemiológico utilizado para verificar la presencia de retención urinaria y el tratamiento, es el estudio de la incidencia. Frente a estas preguntas nos propusimos, determinar la incidencia de retención urinaria pos-operatoria en pacientes con uso de anestesia con opiáceos, de forma controlada y por vía endovenosa (ACP) o anestesia peridural continua, y describir el método utilizado para la eliminación vesical, antes de la primera micción espontánea, en pacientes que presentan retención urinaria.

MÉTODOS

Fueron evaluados, de modo prospectivo y consecutivo, 1316 pacientes, niños y adultos, sometidos a cirugía ortopédica, torácica y neuroquirúrgica, en un periodo que abarcó desde el 18/09/1999 a 28/04/2003. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital SARAH.

Todos los que utilizaron anestesia controlada por el paciente (ACP) o anestesia continua recibieron seguimiento por el equipo de anestesiología hasta la suspensión de la anestesia, siendo este equipo compuesto por quince anesthesiólogos y una enfermera; ninguno de los pacientes presentó problemas en el sistema nervioso de la vejiga. La indicación de anestesia fue determinada por los anesthesiólogos durante la consulta pre-anestésica.

Durante el pos-operatorio, los pacientes que tuvieron dificultad en la micción fueron estimulados para que, este sea de forma espontánea, sea por medio de uso de compresas tibias en la región suprapúbica o la posición sentada cuando era posible, el uso de caída de agua y proporcionar privacidad en el baño o en el propio cuarto. Luego de haber realizado todas estas medidas sin obtener resultados, y la presencia de dolor y distensión vesical, se optó por el cateterismo aséptico. Estos pacientes fueron evaluados, a través de un seguimiento del cateterismo vesical y su frecuencia antes de la primera micción espontánea.

Se utilizó un protocolo de evaluación, llenado por la enfermera del equipo de anestesiología, siendo

consideradas las variables: sexo, edad, tipo de cirugía, clasificación del estado físico establecido por la ASA (*American Society of Anesthesiology*); la anestesia y opiáceos usados, efectos adversos, conducta de enfermería en el tipo de cateterismo realizado (intermitente o por tiempo prolongado). Así mismo, se verificó la satisfacción del paciente con el esquema terapéutico analgésico empleado, a través de una pregunta, la cual todos estuvieron de acuerdo en responder.

Los datos fueron compilados y analizados en el *Epi Info* versión 6.04. Las variables paramétricas fueron expresadas por la media y la desviación Standard. Las variables categóricas fueron colocadas de forma porcentual y analizadas por el test de chi-cuadrado exacto. El nivel significativo utilizado fue de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

De los 1316 pacientes evaluados, 594 no usaron en el trans-operatorio cateterismo vesical por tiempo prolongado. De estos, 128 (22%) presentaron retención urinaria, siendo 126 pacientes sometidos a cirugía ortopédica y dos pacientes sometidos a cirugía torácica, requiriendo de cateterismo vesical intermitente o por tiempo prolongado, para el alivio de la sintomatología (Figura 1).

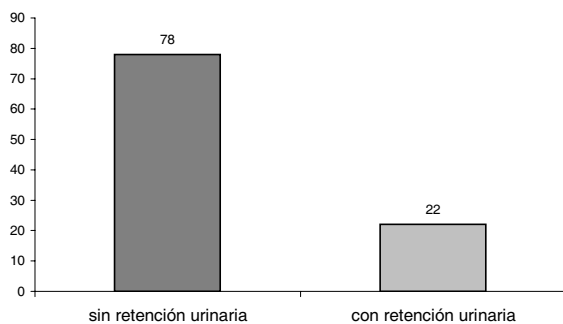


Figura 1 - Distribución de la frecuencia de retención urinaria entre los 594 pacientes no cateterizados en el pre o trans-operatorio. Brasília - DF, 2003

De los pacientes con retención urinaria, verificamos que 79 (62%) pacientes eran del sexo masculino y 49 (38%) del sexo femenino, con un nivel significativo de $p=0,04$.

La edad media de los pacientes fue de $32,4 \pm 18,2$ años, con edad mínima de 6 años y máxima de 80 años.

Con relación al análisis del estado físico pre-quirúrgico, evaluado según el criterio de la ASA (*American Society of Anesthesiology*), fue verificado que 49% fueron clasificados con un estado físico II (ASA); 48% como ASA I y, 3% con estado físico III (ASA).

Con relación a la anestesia, cerca del 75% de los pacientes recibieron anestesia combinada (general + bloqueo peridural), seguida de 21% del bloqueo regional y 4% de anestesia general.

Con relación al tipo de procedimiento quirúrgico realizado, 126 (98%) fueron ortopédicos y dos (2%) torácicos. No hubieron casos de retención pos-operatoria en los pacientes sometidos a neurocirugía, pues todos fueron sometidos a cateterismos por tiempo prolongado, durante el trans-operatorio. Las cirugías ortopédicas con mayor frecuencia para la retención urinaria fueron de forma decreciente: artroplastía total de cuádril y artroplastía total de rodilla, artrodesis triple de pie, amputación de miembros inferiores, osteotomía de miembros inferiores y resección de tumor, entre otras.

En relación a la analgesia pos-operatoria utilizada en los pacientes que presentaron retención urinaria, 115 (24%) pacientes recibieron analgesia peridural continua y 13 (12%) recibieron analgesia endovenosa controlada por el paciente (ACP). Fue encontrada asociación estadísticamente significativa entre la retención urinaria y el uso de analgesia peridural continua, es decir hubo mayor frecuencia de retención urinaria en pacientes que recibieron analgesia peridural continua ($p=0,009$) (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de pacientes con retención urinaria según la técnica de analgesia usada. Brasília - DF, 2003

Analgesia	Con retención urinarian(%)**	Sin retención urinaría n(%)**	Total n(%)
Peridural continuada	115* (24)	372 (76)	487 (100)
Analgesia endovenosa (ACP)	13 (12)	94 (88)	107 (100)
Total	128 (22)	466 (78)	594 (100)

* $p=0,009$: asociación significativa entre la técnica de analgesia y la presencia de retención urinaria.

** n: n° de individuos; %: proporción en relación al total

Para el alivio de síntomas de los 128 pacientes con retención urinaria, 79 (62%) fueron sometidos a cateterismo intermitente, 26 (20%) a cateterismo por tiempo prolongado y 23 (18%) usaron los dos tipos de cateterismo, es decir inicialmente el intermitente seguido del por tiempo prolongado (Figura 2).

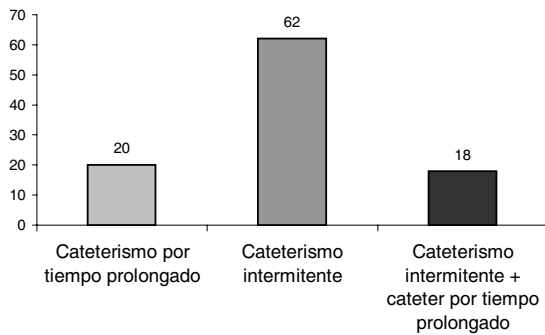


Figura 2 - Distribución por frecuencia del tipo de cateterismo realizado en pacientes con retención urinaria. Brasília - DF, 2003

De los 102 pacientes que fueron cateterizados de forma intermitente o mixta, en 71 (69%) de ellos fue necesario realizar un cateterismo antes de la micción espontánea; en 21 (21%) fueron necesarios 2 cateterismos, en 8 pacientes (8%) fueron 3 cateterismo y en 2 (2%) fueron realizados 4 cateterismo (Figura 3).

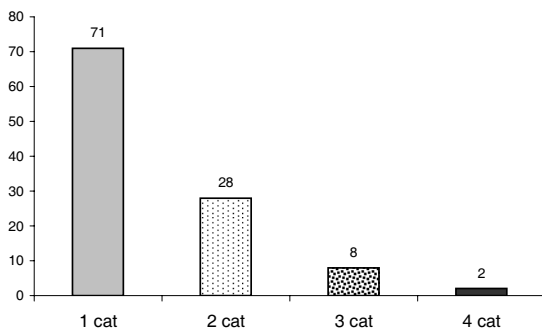


Figura 3 - Distribución por número de cateterismos(cat) realizados antes de la micción espontánea en pacientes con retención urinaria. Brasília - DF, 2003

Con relación al grado de satisfacción del paciente sobre la analgesia peridural continuada o endovenosa controlada por el paciente, se verificó que el 98% de los pacientes estuvieron satisfechos con la técnica terapéutica usada para el control del dolor.

DISCUSIÓN

La tasa de incidencia para la retención urinaria encontrada fue de 22%, en pacientes con analgesia pos-operatoria, resultados similares con relación a la bibliografía investigada^(2-3,5-11). La

incidencia de retención urinaria, asociada al número de cateterismo encontrados en el presente estudio, indican que existe necesidad por parte del equipo de enfermería, de un entrenamiento para detectar el problema e intervenir adecuadamente en la reducción de complicaciones posteriores para el paciente^(3,10).

La superioridad del sexo masculino para presentar retención urinaria es semejante a los resultados encontrados en otros estudios^(3,7,10). Esto puede ser justificado, debido a que la posición supina, puede inhibir la micción espontánea de los pacientes, principalmente los hombres en cirugías ortopédicas, cuyo tiempo de permanencia en cama y la dependencia de los cuidados de enfermería es mayor^(6,10).

Algunos estudios demostraron la relación entre la retención urinaria y la edad avanzada^(7,10). En uno de estos estudios con análisis de regresión logística fueron descritos, además de otros factores, antecedentes de retención urinaria y presencia de síntomas de obstrucción del tracto urinario. Este estudio concluyó que el género masculino, la edad avanzada y el uso de analgesia controlada por el paciente, fueron los factores determinantes para la retención urinaria, pues fue encontrada una tasa de 18%. Es importante mencionar que el envejecimiento, en el género masculino, aumenta de forma significativa la presencia de estenosis uretral e hiperplasia prostática con una consecuente dificultad para la micción^(8,16). En el presente estudio, estos síntomas de obstrucción no fueron investigados.

Los resultados de este estudio mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la técnica de analgesia peridural continuada con citrato de fentanilo, y la presencia de retención urinaria. El citrato de fentanilo es un opiáceo que tiene elevada liposolubilidad provocando un contacto más rápido con el tejido nervioso espinal, siendo absorbida por los vasos sanguíneos del espacio peridural. Este efecto podría provocar la dificultad de micción espontánea, principalmente porque esta droga inhibe los reflejos debajo de la punción peridural lumbar. Así este hecho puede explicar la presencia de retención urinaria presente y es compatible con los datos encontrados en la literatura^(3,10-11).

Muchos estudios mencionan que el cateterismo vesical intermitente debe ser un procedimiento de elección, para el tratamiento de retención urinaria, con la finalidad de reducir, principalmente, la bacteriuria asintomática y la

infección del tracto urinario^(1,5,8), lo que es frecuente en pacientes con cateterismo por tiempo prolongado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Pocos estudios abordan la cantidad de cateterismo realizados antes de la micción espontánea. No obstante, fueron encontrados dos estudios que usaron otra metodología, y cuyos resultados mencionan, que fue realizado un cateterismo antes de la micción⁽¹⁰⁻¹¹⁾. En el presente estudio, 71 (69%) pacientes, con retención urinario, presentaron micción espontánea posterior a un único cateterismo vesical. Este resultado muestra que es posible, en la mayoría de veces, la atención del paciente con solo un cateterismo vesical.

CONCLUSIÓN

La incidencia de retención urinaria encontrada en el estudio (22%) esta de acuerdo con la poca bibliografía encontrada, considerando que es un efecto adverso incómodo, pero no considerado como grave. El cateterismo vesical intermitente aséptico es el procedimiento de elección, frente a la presencia de retención urinaria con el objetivo de prevenir complicaciones en el tracto urinario.

Estudios controlados y randomizados son necesarios para evaluar la retención urinaria en el pos-operatorio cuando son utilizados opiaseos, especialmente en cirugías ortopédicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sinatra RS, Torres J, Bustos AM. Pain management after major orthopaedic surgery: current strategies and new concepts. *J Am Acad Orthop Surg* 2002; 10(2):117-29.
2. Ballantyne JC, Carr DB, Chalmers TC, Dear KBG, Angelillo IF, Mosteller F. Postoperative patient-controlled analgesia: meta-analyses of initial randomized control trials. *J Clin Anesth* 1993; 5:182-93.
3. Duarte LTD, Fernandes MCBC, Fernandes MJ, Saraiva RA. Analgesia peridural continua: análise da eficácia, efeitos adversos e fatores de risco para ocorrência de complicações. *Rev Bras Anestesiologia* 2004; 54(3):371-89.
4. Dauri M, Polzoni M, Fabbi E, Sidiropoulou T, Servetti S, Coniglione F, et al. Comparison of epidural, continuous femoral block and intraarticular analgesia after anterior cruciate ligament reconstruction. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47(1):20-5.
5. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 março-abril; 11(2):215-9.
6. Jolley S. Intermittent catheterisation for post-operative urine retention. *Nurs Times* 1997; 93(33):46-7.
7. O'Riordan JA, Hopkins PM, Ravenscroft A, Stevens JD. Patient-controlled analgesia and urinary retention following lower limb joint replacement: prospective audit and logistic regression analysis. *Eur J Anaesthesiol* 2000; 17:431-5.
8. Rocha LCA. Retenção urinária aguda. *Rev Assoc Med Bras* 1990; 36(1):26-8.
9. Smith NKG, Marrant JD. Post-operative urinary retention in women: management by intermittent catheterization. *Age and Ageing* 2001; 5:337-40.
10. Tammela T, Kontturi M, Lukkarinen O. Postoperative urinary retention: Incidence and predisposing factors. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20(3):197-201.
11. Silvasti M, Pitkänen M. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous epidural analgesia after total knee arthroplasty. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45:471-6.
12. Lutti MN, Simoni RF, Cangiani LM, Vieira JL, Silva LA. Analgesia controlada pelo paciente com morfina ou fentanil no pós-operatório de reconstrução de ligamentos do joelho: estudo comparativo. *Rev Bras Anestesiologia* 2000; 50(1):8-13.
13. Valverde J Filho, Ruiz-Neto PP, Freire RCMC, Garcia DM. Análise descritiva de serviço de dor aguda pós-operatória em hospital terciário. *Rev Bras Anestesiologia* 2000; 50(5):386-90.
14. Britton PM, Wright ES. Nursing care of catheterised patients. *Professional Nurse* 2001; 5(5):231-4.
15. van den Brand IC, Castelein RM. Total joint arthroplasty and incidence of postoperative bacteriuria with an indwelling catheter or intermittent catheterization with one-dose antibiotic prophylaxis: a prospective randomized trial. *J Arthroplasty* 2001; 16(7):850-5.
16. Marangoni DV, Soares CR, Moreira BM. Infecções do trato urinário. In: Marangoni DV, Schechter M, organizadoras. *Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998. p. 425-55.