

PROBLEMAS URINÁRIOS

Introdução

Os problemas urinários não são raros nos doentes em cuidados paliativos. A sua avaliação e o seu tratamento devem enquadrar-se no estado clínico dos doentes, no seu prognóstico e nos objectivos gerais de tratamento para cada doente. Alguns desses problemas podem ser potencialmente fatais, como as hemorragias ou a insuficiência renal obstrutiva, e podem agravar bruscamente o estado do doente e necessitar de reavaliação dos objectivos do tratamento. Algumas intervenções têm o potencial de prolongar a vida dos doentes, como colocar uma sonda de nefrostomia num doente com insuficiência renal obstrutiva, mas, por outro lado, isso pode prolongar um estado penoso que o doente pode não querer manter. Por isso, estas decisões devem envolver os doentes, sendo determinante a sua vontade depois de a sua situação, as opções disponíveis e as suas consequências terem sido discutidas e esclarecidas todas as dúvidas que cada doente possa ter.

Incontinência urinária

No cancro avançado a incontinência urinária ocorre por perda de urina pela uretra ou por fístula. A incontinência uretral pode ser total, por extravasamento, de urgência ou de esforço [1,2].

A incontinência uretral total está associada à incompetência do esfíncter. Tem como causas mais frequentes a invasão tumoral directa, intervenções cirúrgicas e perda da enervação por dano medular ou de raiz nervosa. A incontinência por défice neurológico diagnostica-se pela existência de outras anormalidades sugestivas de dano medular ou de raiz nervosa. As causas da incontinência uretral total são geralmente irreversíveis no cancro avançado, podendo ser necessário o uso definitivo de algália.

A incontinência por extravasamento é a perda involuntária de pequenas quantidades de urina associada a uma bexiga distendida. Associa-se muitas vezes a sintomas de retenção urinária. A bexiga é palpável excepto quando há grande obesidade, massas abdominais ou pélvicas, ascite de grande

volume ou linfedema envolvendo a parede abdominal inferior. As causas deste tipo de incontinência são as causas de retenção urinária (ver abaixo). O tratamento imediato é a algaliação e o definitivo depende da causa e do estado do doente.

A urgência com incontinência associa-se a uma musculatura da bexiga intacta, mas irritável, sendo a força do detrusor excessiva em relação à tonicidade do esfíncter uretral [1]. A urgência é súbita e há perda urinária, mas não total. As causas incluem tumores intrínsecos e extrínsecos que produzem irritação da parede da bexiga, particularmente na região do trígono e do colo vesical. Pode ser causada por inflamação devida a irradiação, fármacos (ex. ciclofosfamida) ou infecções. Pode ainda relacionar-se com alterações neurológicas. O tratamento, no caso das infecções, faz-se com antibióticos. Nas outras situações usam-se os anticolinérgicos como a oxibutinina 2.5 a 5.0 mg oral 3 a 4 x/d. As alternativas são os antidepressivos (ex. amitriptilina 25-50 mg à noite) ou antiespasmódicos (ex. flavoxato 100-200 mg, oral, 3 a 4x/d).

A incontinência de esforço consiste na perda involuntária de urina com o aumento da pressão intra-abdominal provocada pela tosse, pelo riso, etc. Associa-se a uma fraca resistência uretral. Podem tentar-se os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina. Se não resultarem, pode ser necessária a algaliação.

Insuficiência renal obstrutiva

A anúria implica geralmente obstrução do tracto urinário ao nível do colo da bexiga, da uretra, obstrução de ambos os ureteres ou de um uréter se o rim contralateral não estiver funcionando por qualquer motivo.

A maioria dos doentes que desenvolve retenção urinária aguda teve sintomas obstrutivos mais ligeiros e habitualmente progressivos como hesitação, diminuição do jacto de urina, incapacidade de esvaziar a bexiga satisfatoriamente, aumento da frequência urinária, nictúria, incontinência e infecção do tracto urinário. Uma história de instrumentação uretral, traumatismo ou infecção sugerem estenose uretral. Os

opióides na prática têm pouca influência na função vesical excepto quando combinados com outro problema [1]. Os anticolinérgicos, como as fenotiazinas, o haloperidol, anti-histamínicos e antidepressivos tricíclicos, usados com frequência em doentes com cancro avançado, podem causar ou contribuir para a retenção urinária. A bexiga é geralmente palpável, excepto nos casos referidos atrás, e o doente está geralmente com dor e inquieto; num doente com alterações cognitivas a agitação pode ser a única manifestação. Deve observar-se o meato urinário para excluir estenose e palpar todo o comprimento da uretra procurando cicatrizes, enduração ou tumor. O toque rectal deve fazer-se para excluir um possível aumento do tamanho da próstata e impacção de fezes. A retenção urinária resolve-se com algaliação ou, se esta não for possível, com a inserção de um cateter suprapúbico. Depois, a situação deve ser estudada e resolvida definitivamente se possível.

Quando a retenção se deve a anticolinérgicos, estes devem ser suspensos ou reduzidos. No entanto, muitas vezes não é possível fazê-lo e, neste caso, pode tratar-se farmacologicamente. As alternativas são os antagonistas- α ou anticolinesterases. Os antagonistas- α são: prazosina 0,5-1,0 mg 2 a 3x/d; tansulosina 0,4 mg 1x/d; ou terazosina 1-10mg à noite. Estes fármacos causam hipotensão. A alternativa a estes fármacos são as anticolinesterases como a distigmina 5mg oral de manhã [3]. Se a retenção é provocada pela hipertrofia benigna da próstata podem usar-se também os antagonistas- α .

A insuficiência renal aguda secundária a obstrução bilateral dos ureteres é um problema comum nos doentes com cancro avançado. Cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos são causados por tumores pélvicos: nas mulheres o mais comum é o do colo do útero, e no homem é o da próstata. O exame físico pode revelar massa ou dor no flanco, com uma bexiga não distendida. Os exames laboratoriais revelam geralmente elevação da creatinina e do potássio. A ecografia permite visualizar os rins e o grau de obstrução, pelo que é o primeiro exame a realizar. A solução da insuficiência renal obstrutiva depende em certa medida da doença subjacente e dos meios locais disponíveis. A nefrostomia percutânea com controlo ecográfico é provavelmente o método mais utilizado; havendo recuperação da função renal e se o doente regressar a uma vida razoavelmente activa pode considerar-se a internalização do tubo de

nefrostomia. Podem também utilizar-se próteses endoluminais introduzidas com controlo citoscópio. A decisão de intervir na insuficiência renal obstrutiva resultante da progressão da doença maligna subjacente depende do estado anterior do doente, estado mental, deterioração física e do seu desejo.

Após a desobstrução pode estabelecer-se uma diurese pós-obstrutiva (>200 mL/hora). Esta é geralmente autolimitada, mas os electrólitos e a função renal devem ser monitorizadas e se o doente não é capaz de repor as perdas hídricas entericamente, tem de se fazer suporte endovenoso.

Hematúria

A detecção do local de hemorragia pode muitas vezes ser determinado pela história. A hematúria deve ser diferenciada de hemorragia uretral que se manifesta geralmente por sangue no meato ou pintas de sangue nos lençóis ou na roupa interior. O sangue vivo tem geralmente origem na próstata ou na bexiga, enquanto o sangue mais escuro habitualmente provém do tracto urinário superior. A hematúria inicial (que é seguida de urina clara) indica que a hemorragia se origina distalmente ao colo da bexiga ou à próstata. A hematúria total implica que o sangue vem dos rins, ureteres ou bexiga. A hematúria terminal (sangue sobretudo no fim da micção) indica um processo na região do colo da bexiga ou da uretra prostática [4]. Como métodos de imagem para investigar a causa da hematúria pode usar-se a ecografia, a TAC, a pielografia IV e a cistoscopia. Em cuidados paliativos a ecografia é geralmente o método inicial. A pielografia IV permite avaliar a estrutura do tracto urinário superior e a função. A cistoscopia pode ser empregue em algumas situações e ser usada, eventualmente, no mesmo acto para o tratamento, porém, é um método invasivo e deve ser seleccionado cuidadosamente.

A hematúria macroscópica é assustadora para os doentes. Pode não causar sintomas ou, se envolver a produção de coágulos, pode causar retenção urinária aguda. Os doentes com hematúria devem ser aconselhados a evitar grandes esforços e a aumentar a ingestão de líquidos, se o estado do doente o permitir, para diluir o sangue e assim diminuir a probabilidade da formação de coágulos. Se houver retenção urinária por coágulos é necessário usar uma algália 22 ou 24 (as mais finas dificilmente

permitirão a drenagem dos coágulos) e fazer lavagem com soro fisiológico até não saírem mais coágulos. Depois pode usar-se uma algália de 3 vias com irrigação vesical contínua com 1 L cada 3 a 4 horas [5] para evitar a formação de novos coágulos; em alguns casos o débito de irrigação tem de ser maior.

Se a hematúria tem origem na bexiga, pode tentar-se o ácido ϵ -aminocapróico por via oral, parentérica (ver Urgências) ou intravesical. Por via intravesical adicionam-se 200 mg a cada litro de soro fisiológico e aplica-se como irrigação contínua da bexiga [4]. O ácido ϵ -aminocapróico pode formar coágulos grandes e duros que podem ser difíceis de expulsar e, se a hemorragia for do tracto urinário superior, pode provocar obstrução dos ureteres. Se a causa for tumoral, como um tumor vesical, a radioterapia pode controlar a hemorragia.

Fístulas

A maioria das fistulas vesicovaginais resultam de neoplasias ginecológicas ou do seu tratamento. O sintoma característico é a perda de urina pela vagina. A fistula pode ser identificada por exame pélvico quando é grande. Uma forma de confirmar a existência da fistula é colocar uma compressa na vagina e encher a bexiga com azul-de-metileno. Os tampões vaginais podem controlar as perdas de urina. Se houver doença pélvica extensa sem possibilidade de tratamento cirúrgico, pode ser necessária uma derivação urinária cirúrgica, mas mais frequentemente procede-se a nefrostomia percutânea bilateral.

Algálias

As algálias destinam-se habitualmente à drenagem contínua de urina em doentes com retenção ou incontinência urinária. Podem também ser usadas para avaliar o grau de esvaziamento da bexiga, irrigação da bexiga ou para medir o débito urinário horário.

A maioria das algálias são de látex ou de silicone. As de látex associam-se mais frequentemente a incrustações no seu interior e podem causar estenoses uretrais. As algálias de silicone não irritam a

uretra o que permite que permaneçam inseridas por mais tempo (2 a 3 meses). As algálias têm um canal para drenar a urina e outro para encher o balão que impede a sua deslocação. O balão deve ser preenchido com água estéril e não com soro fisiológico que cristaliza, podendo impedir o esvaziamento.

Um factor importante na escolha da algália é o tamanho. O sistema mais utilizado é a escala French (ou Charriere) em que cada número equivale a 0.33 mm. Na maioria das situações usam-se as algálias de 16 a 18 F. Algálias mais pequenas tendem a dobrar na uretra durante a introdução ou a obstruir.

Quando é impossível introduzir a algália para drenar uma bexiga distendida, pode usar-se um sistema de drenagem suprapúbica.

As perdas de urina entre a algália e o meato resultam de algálias demasiado largas ou com um balão muito grande, do bloqueio da algália ou de contracções involuntárias da bexiga [6]. Quando estas perdas acontecem não se deve substituir a algália por uma de maior calibre na tentativa de vedar as perdas porque isto pode agravá-las por aumentar o estímulo para os espasmos. Por vezes retirar parte do líquido do balão diminui as perdas. A imipramina pode também reduzir os espasmos vesicais e assim as perdas. Quando há bloqueio da algália, esta deve ser substituída.

As algálias não devem ser mudadas por rotina. No entanto, em alguns casos pode verificar-se o bloqueio da algália com regularidade, necessitando de substituição. Nestes casos é razoável substituir a algália com regularidade a intervalos individualizados tendo em conta as mudanças obrigatórias anteriores, para prevenir os bloqueios [7] Pode também considerar-se a mudança de rotina nos doentes que estão em casa para evitar as mudanças de urgência [7].

Cateteres suprapúbicos

Nos doentes que necessitam de drenagem da bexiga os cateteres suprapúbicos têm vantagens potenciais em relação às algálias que incluem menor risco de infecção, risco reduzido de traumatismo

uretral, capacidade de tentar micção normal sem necessidade de recateterização e menor interferência com a actividade sexual [8].

Colectores urinários

Os colectores urinários são uma alternativa em doentes com incontinência em alguns homens. A maioria dos estudos mostra uma menor incidência de bacteriúria, mas não todos [8]. Em doentes com demência não há diferença significativa. Os doentes referem que os colectores são mais confortáveis e menos dolorosos. Outra vantagem é a de causarem menos traumatismo uretral. No entanto, não são uma boa opção em homens com pénis pequenos ou com ulceração da pele. Os colectores urinários podem causar feridas e cicatrizes no pénis.

Actualmente não há sistemas de drenagem externa para mulheres.

Infecções associadas às algalias e aos cateteres suprapúbicos

As infecções associadas às algalias são as infecções associadas aos cuidados médicos mais frequentes. A melhor maneira de as evitar é reduzir ao mínimo o número de algaliações e retirar as algalias logo que seja possível [9].

Menos de $\frac{1}{4}$ dos doentes com bacteriúria associada à algália desenvolvem sintomas de infecção do tracto urinário [8]. O mau cheiro e a urina turva, muitas vezes interpretados como requerendo tratamento com antibióticos em doentes com bacteriúria, não devem ser usados por si sós para determinar a presença de infecção, mesmo que o seu aparecimento seja recente porque nem todos os doentes com infecção têm urina com mau cheiro e nem toda a urina com mau cheiro é indicativa de infecção.

A maioria dos sinais e sintomas de infecção em doentes cateterizados com bacteriúria são inespecíficos. Os sintomas que devem levar a obter uma cultura bacteriológica e iniciar antibióticos são a sensibilidade costovertebral, arrepios ou o início de delirium [8]. Nos doentes com lesões medulares

os sinais e sintomas sugestivos de infecção são desconforto ou dor ao nível dos rins ou bexiga, febre, aumento da espasticidade, hiperreflexia autonómica, mal-estar, letargia ou sensação de desconforto [10].

Quando os sinais e os sintomas indicados acima indicam um provável infecção é necessário colher uma amostra de urina para exame bacteriológico. O cateter deve ser substituído e a cultura de urina deve ser colhida de uma amostra do novo cateter antes do início do antibiótico [8]. O diagnóstico pode fazer-se quando as culturas revelam > 1000 colónias por mL e há mais de uma espécie bacteriana [9].

Recomenda-se que a duração do tratamento nos doentes em que a resolução de sintomas for rápida seja de 7 dias e de 10 a 14 dias nos doentes que tiverem uma resposta retardada, independentemente de o cateter se manter ou não [8].

Referências

1. Norman RW. Genitourinary disorders in palliative medicine. Em Doyle D, Hanks GW, Macdonald N eds. Oxford Textbook of Palliative Care. Oxford: Oxford University Press, 2ªed. 1998:667-676.
2. McGregor J. Genitourinary symptoms. In Palliative Medicine: a case-based manual. Neil MacDonald ed. Oxford: Oxford University Press. 1999:108-122.
3. Twycross R. Urinary symptoms. Em Symptom management in advanced cancer. Twycross R ed. Oxon: Radcliffe Medical Press 2ª ed. 1997:222-231.
4. Hirshberg SJ, Greenberg RE. Urologic issues of palliative care. Em Principles and Practice of Supportive Oncology. Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE eds. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers. 1998:371-383.
5. Twycross R. Hematological symptoms. Em Symptom management in advanced cancer. Twycross R ed. Oxon: Radcliffe Medical Press 2ª ed. 1997:232-245.
6. Belfield PW. Urinary catheters. BMJ 1988;296:836-837.
7. Brechtelsbauer DA. Care with an indwelling urinary catheter. Postg Med 1992;92:127-132.

8. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America.
9. Kumar S, Dave A, Wolf B, Lerma EV. Urinary tract infections. *Disease-a-Month* 2015;61:45–59.
10. National Institute on Disability and Rehabilitation Research Consensus Statement. The prevention and management of urinary tract infections among people with spinal cord injuries. *J Am Paraplegia Soc* 1992;15:194-207,