

Sintomas urinários

Ferraz Gonçalves

2026

Incontinência urinária

- Perda de urina pela uretra ou por fístula.
- A incontinência uretral pode ser:
 - Total
 - Extravasamento
 - Urgência
 - Esforço

Incontinência urinária

- Total - está associada à incompetência do esfíncter.
- Pode dever-se a invasão tumoral directa, intervenções cirúrgicas e perda da enervação por dano medular ou de raiz nervosa.
- A incontinência por défice neurológico associa-se a outras anormalidades sugestivas de dano medular ou de raiz nervosa.
- As causas são geralmente irreversíveis, podendo ser necessário o uso definitivo de algália.

Incontinência urinária

- Extravasamento - é a perda involuntária de pequenas quantidades de urina associada a uma bexiga distendida por acumulação de urina.
- A bexiga é geralmente palpável.
- As causas deste tipo de incontinência são as causas de retenção urinária.
- O tratamento imediato é a algaliação e o definitivo depende da causa e do estado do doente.

Incontinência urinária

- Urgência - é súbita e há perda urinária, mas não total.
- As causas incluem:
 - tumores intrínsecos e extrínsecos
 - inflamação devida a irradiação, fármacos (ex. ciclofosfamida) ou infecções.
 - Alterações neurológicas.
- Tratamento:
 - 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, antidepressivos (ex. amitriptilina 25-50 mg à noite) ou antiespasmódicos (ex. flavoxato 100-200 mg, oral, 3 a 4x/d).

Incontinência urinária

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

Retenção urinária

- A anúria implica geralmente obstrução do tracto urinário ao nível do colo da bexiga ou da uretra, ou de ambos os ureteres, ou de um uréter, se o rim contralateral não estiver funcionando por qualquer motivo.
- Nos doentes com retenção urinária, uma história de instrumentação uretral, traumatismo ou infecção sugere estenose uretral.

Retenção urinária

- Os opióides, na prática, têm pouca influência na função vesical, excepto quando combinados com outro problema.
- Os anticolinérgicos, como as fenotiazinas, os anti-histamínicos e os antidepressivos tricíclicos, podem causar ou contribuir para a retenção urinária.

Retenção urinária

- A bexiga é geralmente palpável, quando a obstrução não é acima desta, e o doente está geralmente com dor e inquieto;
 - Num doente com alterações cognitivas, a agitação pode ser a única manifestação.
- Deve-se observar o meato urinário para excluir estenose e palpar todo o comprimento da uretra, procurando cicatrizes, enduração ou tumor.
- O toque rectal deve ser realizado para excluir um possível aumento do tamanho da próstata e impacção de fezes.

Retenção urinária

- A retenção urinária resolve-se com algaliação ou, se esta não for possível, com a inserção de um cateter suprapúbico. Quando a retenção se deve a anticolinérgicos, estes devem ser suspensos ou reduzidos, se possível.
- Uma opção são os antagonistas- α : prazosina 0,5-1,0 mg 2 a 3x/d; tansulosina 0,4 mg 1x/d; ou terazosina 1-10mg à noite; podem causar hipotensão.
- A alternativa a estes fármacos são as anticolinesterases, como a distigmina, 5mg oral de manhã.

Retenção urinária

- A insuficiência renal aguda secundária a obstrução bilateral dos ureteres é causada, em cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos, por tumores pélvicos: nas mulheres, o mais comum é o do colo do útero, e no homem é o da próstata.
- A ecografia permite visualizar os rins e o grau de obstrução, sendo, por isso, o primeiro exame a realizar.

Retenção urinária

- A nefrostomia percutânea com controlo ecográfico é provavelmente o método mais utilizado.
- Podem também utilizar-se próteses endoluminais introduzidas sob controlo cistoscópico.
- Estes métodos podem causar várias complicações, nomeadamente infecções.

Retenção urinária

- 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 monitorizados, e, se o doente não é capaz de repor as perdas hídricas entericamente, tem de se fazer suporte endovenoso.

Hematúria

- Em cuidados paliativos, para investigar a causa da hematúria, a ecografia é geralmente o método inicial.
- A cistoscopia pode ser empregada em algumas situações e, eventualmente, no mesmo acto para o tratamento.
- A hematúria macroscópica pode não causar sintomas ou, se envolver a produção de coágulos, pode causar retenção urinária aguda.

Hematúria

- Os doentes com hematúria devem ser aconselhados a evitar grandes esforços e a aumentar a ingestão de líquidos.
- Se houver retenção urinária por coágulos, é necessário usar uma algália 22 ou 24 e lavar com soro fisiológico até que os coágulos não saiam mais.
- Depois, pode-se usar uma algália de 3 vias, com irrigação vesical contínua, com 1 L cada 3 a 4 horas, para evitar a formação de novos coágulos; em alguns casos, o débito de irrigação tem de ser maior.

Hematúria

- Se a hematúria tem origem na bexiga, pode tentar-se o ácido ϵ -aminocapróico por via oral, parentérica ou intravesical.
- Por via intravesical, adicionam-se 200 mg a cada litro de soro fisiológico e aplica-se como irrigação contínua da bexiga.
- Se a causa for tumoral, como um tumor vesical, a radioterapia pode controlar a hemorragia.