

Sondagem vesical crónica

Algumas notas práticas

Chronic bladder catheterisation Some practical tips

Carlos Dias*

Resumo

A sondagem vesical é uma técnica muito utilizada, por vezes exageradamente e com indicações pouco precisas. O autor apresenta as indicações mais importantes e mais frequentes e os cuidados na técnica e na manutenção da sondagem vesical crónica, sobretudo no indivíduo do sexo masculino.

As complicações com esta técnica são muito frequentes, tanto imediatas, igualmente relacionadas com a técnica de algaliação, como mediatas, habitualmente dependentes da sondagem crónica, podendo ser reduzidas se forem tomadas algumas medidas preventivas. Por último e resumidamente, o autor apresenta como alternativa a cistostomia suprapúbica percutânea.

Palavras-chave: sondagem vesical, complicações, técnica, manutenção, cistostomia.

Abstract

Bladder catheterisation occurs frequently, often in an exaggerated fashion and with imprecise indications. The author presents the more relevant clinical situations, the current correct technique, and management indications of this intervention.

Complications occur very frequently, varying from immediate complications related to the catheterisation technique, to later complications, usually after chronic use. These can be reduced by certain preventive measures. Finally, the author presents suprapubic percutaneous cystostomy as an alternative.

Key Words: bladder, catheterisation, complications, technique, management, suprapubic percutaneous cystostomy

A sondagem vesical, usualmente algaliação, é uma das técnicas mais utilizadas, por vezes exageradamente e duma forma pouco cuidada.

Uma percentagem significativa de doentes é submetida a sondagem vesical, tanto no hospital, no serviço de urgência, ou no internamento, assim como em doentes no domicílio, mais vezes para uso limitado, mas muitas para uso crónico, em doentes acamados e idosos.

Indicações

As indicações mais importantes e frequentes para usar a sondagem vesical são:

1. como método de diagnóstico de estenoses uretrais e para medição de resíduos pós-miccionais;
2. em doentes com retenção urinária aguda, para diagnóstico e para esvaziar a bexiga;
3. para instilação de fármacos intravesicais, como citostáticos, no tratamento do cancro da bexiga;
4. em situações pós-operatórias, para reduzir a possibilidade de perdas de urina e para monitorizar a diurese;
5. na monitorização de doenças agudas, em que há necessidade de controlo do débito urinário;
6. no tratamento de úlceras de pressão, em que há obrigação absoluta de manter o doente seco;
7. em doentes com incontinência com obstrução, como nas hipertrofias da próstata
8. nas incontinências por disfunção do esfíncter, devendo considerar-se outras alternativas.

Técnica de algaliação

Os médicos, por vezes, duma forma pouco ponderada, colocam a indicação de sondagem vesical e os enfermeiros, viciados pela rotina e baseados na sua “longa experiência”, esquecem com facilidade pequenos pormenores que permitiriam um melhor uso, menos complicações e menor desconforto para o doente.

Ao algaliar um doente, sobretudo do sexo masculino, torna-se obrigatório seguir os seguintes passos: dar informação adequada ao doente com explicação pormenorizada da técnica que se lhe vai aplicar; preparar adequadamente o pessoal e a região perineal do doente, respeitando as regras de higiene e assépsia correctas (lavagem perineal, desinfecção, colocação de campos esterilizados); com uma seringa instilar cerca de 5-10 cc de lidocaína em gel a 2% no meato uretral, o que vai permitir ligeira anestesia de toda a uretra, na medida em que o gel vai caminhar na frente da sonda ao ser empurrado ao longo de todo o trajecto uretral; habitualmente lubrifica-se muito bem a sonda com o mesmo gel, mas, ao introduzir a sonda, o gel, se a aquela for do calibre da uretra, vai ficando na parte externa do meato uretral, não trazendo grande benefício para o doente e não cumprindo o objectivo de anestesiar a mucosa uretral;

*Assistente Graduado de Medicina Interna
Serviço de Medicina 1 do Hospital de São João, Porto
Recebido para publicação a 08.01.99

utilizar sondas de calibre adequado, que permitam a drenagem das glândulas periuretrais, que são importantes no controlo das infecções;
 exercer tracção peniana na perpendicular, sem comprimir a uretra;
 avançar lenta e suavemente a sonda ao longo da uretra, o que leva a menor desconforto e permite um reconhecimento minucioso da anatomia uretral;
 na uretra bolbar pode haver vantagem na tracção distal do pénis, para vencer o recesso bolbar;
 ao atingir o esfíncter sugerir ao doente para respirar fundo e avançar lentamente a sonda, tentando ultrapassar esse obstáculo; exercer pressão contínua e suave e evitar forçar com movimentos bruscos;
 introduzir a sonda totalmente até à válvula de segurança e, só então, encher o balão com 10 cc de soro fisiológico; em caso de dúvida, instilar soro fisiológico na bexiga, antes de encher o balão, permitindo assegurar-se da posição da sonda.

Cuidados de manutenção

Os cuidados de manutenção após a colocação da sonda são muito importantes e imprescindíveis, para evitar muitas das complicações habituais. A higiene perineal deve ser impecável e diária, com atenção especial ao ângulo peno-escrotal, local frequente de ulcerações e de infecções. É necessária lavagem diária da sonda e do meato uretral, de forma a permitir a drenagem glandular. Não deve ser exercida qualquer pressão sobre a sonda, o que ocorre frequentemente nos hospitais e no domicílio, controlando o peso do saco, a mobilização do doente e vigiando a tracção pelo doente desorientado. As sondas devem ser biocompatíveis, de preferência sondas de silicone, não devendo ultrapassar as 6 a 8 semanas. Em caso de anúria, verificar a patência da sonda com instilação/lavagem vesical de soro fisiológico. Para prevenir as infecções aconselha-se a acidificação da urina com comprimidos de ácido ascórbico, por via oral.

Complicações

Com frequência e por não serem cumpridas as regras de colocação e de manutenção duma sonda vesical crónica surgem complicações, tanto imediatas, que resultam de erros ou de má técnica na colocação de sonda, ou mediatas, por problemas que ocorrem a médio ou longo prazo.

As complicações imediatas ocorrem no momento da sondagem e dependem muito da técnica usada. São o falso trajecto uretral, a abertura do balão intra-uretral e a hematúria simples pós-sondagem.

O falso trajecto uretral é facilmente prevenível com o uso de técnica correcta, sobretudo a tracção peniana em sentido distal e pressão suave contínua. O doente, no momento da algaliação, queixa-se de uma dor uretral aguda com retracção e defesa, acompanhada de uretrorragia, sendo o diagnóstico fácil. A sonda deve ser retirada e

substituída por uma sonda de “bequille”, ou optar por uma cistostomia suprapúbica percutânea.

A abertura do balão intra-uretral pode ocorrer por introdução parcial da sonda. É importante verificar sempre a saída de urina, após a introdução total da sonda, com instilação de soro fisiológico intravesical, confirmando, em seguida, a saída de urina pela sonda. O doente queixa-se de uma dor aguda, fica agitado e não há saída de urina. O diagnóstico é frequentemente tardio, sobretudo em doentes com perturbações da consciência e em idosos acamados. Nesta situação torna-se necessária a recolocação da sonda e seguir correctamente a técnica recomendada.

A hematúria simples pós-sondagem é a complicação mais frequente, sobretudo em idosos com problemas prostáticos. É prevenível com o uso de uma técnica correcta, com introdução suave da sonda e adequada lubrificação. Surge uma hematúria imediata, na ausência de um falso trajecto ou abertura do balão na uretra, habitualmente sem dor ou desconforto do doente. Deve proceder-se a uma lavagem vesical com soro fisiológico, até clarear a urina, o que ocorre rapidamente. Não são necessários outros cuidados e muito menos retirar a sonda.

As complicações tardias são muito importantes, sobretudo nos doentes idosos acamados ou doentes com neuropatias crónicas. São as infecções, a erosão da uretra, a perda de urina peri-sonda, a litíase vesical, a impossibilidade em esvaziar o balão, a estenose uretral e a neoplasia epidermóide vesical, que iremos abordar mais detalhadamente em seguida.

As infecções associadas à algaliação podem variar desde a uretrite, a prostatite, a orquiepididimite, a cistite, a pielonefrite, a gangrena de Fournier, até à septicemia, conforme a extensão e a gravidade da situação. A prevenção consiste numa boa execução técnica, em minuciosos e regulares cuidados de manutenção e na acidificação da urina. O diagnóstico é essencialmente clínico, apoiado em sintomas manifestados pelo doente, de valorização difícil em doentes idosos acamados e com perturbações da consciência. Não devem ser tratadas bacteriúrias assintomáticas com ou sem piúria. As uroculturas devem ser efectuadas com urina recolhida após a colocação de nova sonda. O tratamento antibiótico, por vezes empírico, depende da situação clínica do doente.

A erosão da uretra é, igualmente, uma complicação frequente e, muitas vezes, diagnosticada tardiamente. Previene-se evitando a tracção sobre a uretra, pelo peso do saco, pela mobilização do doente na cama ou pela tracção exercida pelo doente desorientado, que pode mesmo arrancar a sonda, provocando traumatismo da uretra. É necessário reposicionar a sonda com frequência e usar sonda de calibre adequado. O diagnóstico é clínico, sendo necessário pensar nele e procurar a erosão. O tratamento consiste, geralmente, em medidas conservadoras, como higiene e cuidados de manutenção da sonda.

A perda de urina peri-sonda é muito frequente, erradamente atribuída a sonda demasiado estreita, o que leva a cometer o erro de substituição imediata da mesma. Deve, nesta circunstância, suspeitar-se de bexiga neurogénica, de infecção urinária ou obstrução da sonda. O diagnóstico do problema é clínico, nunca substituindo a sonda por uma maior, verificando a patência da sonda e o correcto preenchimento do balão e tratar a infecção ou a bexiga neurogénica.

A litíase vesical ocorre com frequência em doentes cronicamente algaliados e acamados, sobretudo associada a pouca ingestão de líquidos. Mudar a sonda atempadamente e tratar os processos infecciosos pode ser importante na prevenção desta complicação. O diagnóstico é fácil com o recurso a técnicas de imagem, como a ecografia vesical. Pode obrigar a cirurgia, devendo preferir-se a litotricia endovesical.

A impossibilidade de esvaziar o balão pode suceder quando se pretende retirar a sonda, sendo de solução fácil com o corte da válvula de segurança, com a instilação de éter ou punção percutânea sob controlo ecográfico. A prevenção assenta na mudança da sonda no devido tempo.

A estenose uretral, sobretudo em doentes cronicamente algaliados, ocorre com muita frequência, complicando as algaliações posteriores. Deve usar-se sempre sondas de calibre adequado e com técnica correcta, para evitar zonas de aderência e pequenas ulcerações intra-uretrais. Pode ser necessário o recurso à cirurgia, com uretrotomia ou uretroplastia. O método alternativo, se não houver incontinência, é a cistostomia.

A neoplasia epidermóide vesical é, sem dúvida, a complicação mais grave em doentes algaliados, razão pela qual deve ponderar-se muito bem a indicação para algaliar um doente, evitando a sondagem vesical crónica. O diagnóstico é clínico; contudo nestes doentes recomenda-se efectuar uma citologia da urina cada 6 meses. O tratamento é cirúrgico, com cistectomia radical nos casos mais avança-

dos, complementada pela radioterapia e quimioterapia sistémica ou intralesional.

Cistostomia suprapúbica percutânea

A cistostomia suprapúbica percutânea pode e deve, em alguma situações, ser usada como método alternativo à sondagem vesical crónica, sobretudo em doentes acamados e idosos. É um método pouco usado, mas seguro, com menor taxa de complicações, nomeadamente infecciosas, do que a sondagem vesical. Exige o apoio dum médico treinado para a sua execução e obriga a uma cirurgia com anestesia, pelo que necessita de ser executada em meio hospitalar e com um internamento curto. Está contra-indicada em doentes com incontinência urinária, por incompetência do esfíncter. O seu manuseamento é muito fácil, embora o pessoal de enfermagem não esteja, ainda, muito familiarizado com esta técnica. Após a cicatrização do trajecto percutâneo suprapúbico, é tão simples como mudar uma sonda num doente do sexo feminino.

Conclusões

Para finalizar e, como conclusões, podemos resumir:

- 1- A colocação de um doente em sondagem vesical crónica deve ser bem ponderada, devendo haver um diagnóstico e uma indicação precisos, considerando a possibilidade de métodos alternativos (colectores externos, fraldas ou similares, cateterização intermitente, derivação suprapúbica).
- 2- A execução da sondagem vesical com técnica correcta diminui o sofrimento do doente e previne complicações, quer agudas, quer crónicas, as quais têm, por vezes, consequências desastrosas.
- 3- Os cuidados de manutenção são simples e fáceis de observar, contribuindo, igualmente, na redução da morbilidade.
- 4- Sempre que possível, deve ser considerada a cistostomia suprapúbica como alternativa à sondagem por via uretral, particularmente se esta já motivou complicações.