

Evidências científicas das práticas de diagnóstico da retenção urinária: *scoping review*

Scientific evidence of urinary retention diagnostic practices: scoping review

Evidencias científicas de las prácticas de diagnóstico de la retención urinaria: scoping review

Beatriz Maria Jorge^I; Alessandra Mazzo^{II}; Anamaria Alves Napoleão^{III}; Anaísa Bianchini^{IV}

RESUMO

Objetivo: identificar evidências científicas sobre as práticas para o diagnóstico da retenção urinária. **Método:** trata-se de uma *Scoping Review*. A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Web of Science*, *National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *The Cochrane Library* e SCOPUS. Das 2482 referências encontradas, 23 foram selecionadas. **Resultados:** os 23 artigos que foram agrupados de acordo com a clínica do paciente: clínica cirúrgica, clínica de reabilitação e clínica obstétrica. E as práticas utilizadas para o diagnóstico da retenção urinária: cateterismo urinário de alívio, por meio do ultrassom portátil de bexiga, com a associação do ultrassom portátil de bexiga e do cateterismo urinário e/ou com medidas não invasivas. **Conclusão:** o diagnóstico da retenção urinária é um assunto que vem sendo discutido há algum tempo, no entanto, ainda não há um consenso, e a sua prática é realizada muitas vezes sem eficácia.

Descritores: Enfermagem; retenção urinária; avaliação; diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: to identify scientific evidence on urinary retention diagnostic practices. **Method:** this scoping review searched the Latin American & Caribbean Health Sciences Literature, Web of Science, National Library of Medicine, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, The Cochrane Library and SCOPUS databases. Of the 2482 references found, 23 were selected. **Results:** the 23 articles were grouped by patient clinic (surgery, rehabilitation or obstetrics) and by urinary retention diagnostic practices (intermittent urinary catheterization, by portable bladder ultrasound, combination of portable bladder ultrasound and urinary catheterization and/or non-invasive measures). **Conclusion:** diagnosis of urinary retention is an issue that has been discussed for some time. However, there is still no consensus, and in practice it is often performed ineffectively.

Descriptors: Nursing; urinary retention; evaluation; diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: identificar evidencias científicas sobre las prácticas para el diagnóstico de la retención urinaria. **Método:** se trata de una *Scoping Review*. Se realizó la búsqueda en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Web of Science, National Library of Medicine, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, The Cochrane Library y SCOPUS. De las 2482 referencias encontradas, se seleccionaron 23. **Resultados:** los 23 artículos se agruparon según la clínica del paciente: clínica quirúrgica, clínica de rehabilitación y clínica de obstetricia. Y las prácticas utilizadas para el diagnóstico de retención urinaria: cateterismo urinario de alivio, a través de ecografía (portátil) de vejiga, con la combinación de ecografía de vejiga y del cateterismo urinario y/o con medidas no invasivas. **Conclusión:** el diagnóstico de la retención urinaria es un tema que está siendo discutido desde hace algún tiempo, sin embargo, todavía no existe un consenso y su práctica se realiza a menudo ineficazmente.

Descriptor: Enfermería; retención urinaria; evaluación; diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico da retenção urinária (RU) é comumente presente na prática assistencial dos enfermeiros. A RU pode ser definida como a incapacidade de eliminar completa ou parcialmente a urina acumulada na bexiga urinária¹.

Os sinais e sintomas de RU aguda são a incapacidade repentina de urinar, distensão vesical, dor e desconfortos intensos na região abdominal inferior. A RU crônica pode ser assintomática. Nela a bexiga hiper-

distendida não contrai eficazmente e o paciente não tem consciência de que ela não esvazia completamente².

Para a realização do diagnóstico de RU, é necessária a coleta de dados clínicos, através da entrevista e do exame físico da bexiga urinária. Durante a avaliação do paciente, o profissional deve considerar todos os elementos que irão determinar o diagnóstico. No caso do diagnóstico de RU, é preciso avaliar padrões

^IEnfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: beatrizjorge@usp.br

^{II}Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada I, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: amazzo@eerp.usp.br

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Associada, Universidade Federal de São Carlos. Brasil. E-mail: aa.napoleao@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Mestranda Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: anaisa.bianchi@usp.br

anteriores de micção, realizar a inspeção do abdômen, palpar a parte inferior distendida do abdômen; avaliar e registrar a quantidade de urina desprezada nos intervalos de tempo entre as micções; avaliar a quantidade, frequência e aspectos da urina; determinar o equilíbrio entre o consumo e a produção, a ingestão maior do que a produção pode indicar RU³.

Todavia, o diagnóstico de RU depende da incorporação de parâmetros clínicos de difícil mensuração pelo exame físico e que associa fatores desfavoráveis como o uso de medicamentos, alterações do sistema nervoso, entre outros.

O exame físico da bexiga urinária abrange a inspeção, palpação e percussão da área suprapúbica, todavia, na maioria das vezes, tais semiotécnicas não oferecem ao avaliador sensibilidade necessária para obter uma medida precisa do volume urinário retido no órgão. Quando a bexiga urinária apresenta-se cheia e pode ser palpada, ao nível da cicatriz umbilical, é estimado que esteja preenchida com cerca de 500 mililitros (mL) de urina, mas se estender-se acima dessa região o volume urinário retido pode variar num intervalo que alcança até cerca de 1000 mL².

Quando o paciente está consciente e em RU, é capaz de verbalizar a dor e o desconforto associados ao fato, todavia, pacientes com Doença de Alzheimer, com distúrbios psiquiátricos, comatosos, anestesiados, com lesão medular ou efeitos de outras drogas e/ou patologias do sistema neurológico podem ser incapazes de comunicar ou sentir os sinais e sintomas da RU³.

Na efetividade do diagnóstico de RU, deve ainda ser considerada a subjetividade do examinador, o que leva o profissional a superestimar ou subestimar o volume de urina na bexiga urinária, caracterizando de forma errônea a presença ou não de RU e acarretando em muitas ocasiões a realização do cateterismo urinário desnecessário, o que incide em riscos de trauma e infecção do trato urinário (ITU)⁴.

A assistência de enfermagem ao paciente em RU sem suporte teórico e padronização adequada, favorece o exercício profissional imperito, negligente e/ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe profissional pela sociedade⁵.

Nesse sentido, para melhor qualificar o cuidado promovido pelo enfermeiro, mediante um estudo de revisão, o objetivo deste trabalho foi identificar evidências científicas sobre as práticas para o diagnóstico da RU.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de *scoping review* elaborado conforme metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI)⁶.

Para a construção da pergunta da pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO: paciente, intervenção, comparação e *outcomes* ou desfecho⁷, P – pacientes em retenção uri-

nária; I – avaliação da retenção urinária; C – pacientes sem retenção urinária, O – diagnóstico da retenção urinária; o que resultou na seguinte questão norteadora: Quais as práticas utilizadas para o diagnóstico de pacientes em retenção urinária?

Para a busca utilizou-se os descritores e seus sinônimos de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): pacientes (*patients*) and retenção urinária (*urinary retention*) and avaliação (*evaluation*) and diagnóstico (*diagnosis*). Nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, *National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *The Cochrane Library*, SCOPUS.

Foram incluídas pesquisas realizadas com pacientes em RU; que abordassem o diagnóstico da retenção urinária; de enfoque quantitativo e/ou qualitativo, que respondessem a pergunta da busca estabelecida, independentemente da área de conhecimento a que estivesse vinculada. Foram excluídos os estudos secundários, os não científicos, as informações de *websites* e propagandas veiculadas em mídia e as pesquisas encontradas em duplicidade nas diferentes bases.

Após leitura dos títulos e resumos dos 2482 estudos encontrados, 47 foram selecionados para leitura na íntegra. Dentre os 47 estudos analisados, 14 foram excluídos por estarem publicados em mais de uma base de dados. Dentre os 33 artigos selecionados para análise de texto completo, 11 foram excluídos por não responderem a pergunta desta revisão e um estudo foi incluído após a avaliação das referências. Assim, 23 estudos foram selecionados.

Após, os dados dos artigos selecionados foram extraídos com auxílio de um instrumento construído pelos pesquisadores, conforme orientação do JBI⁸, em que foram identificados a base de dados de publicação da pesquisa, periódico, autoria, país, ano, área do estudo, objetivo, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, principais resultados e conclusões. Os estudos foram agrupados e os resultados apresentados na forma de figuras e relatório discursivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 23 (100,0%) artigos que compuseram a amostra⁹⁻³¹, 2 (8,7%) foram publicados em português e os 21 (91,3%) foram publicados em inglês. Entre eles, 7 (30,4%) foram publicados em periódicos de enfermagem, 16 (69,6%) em periódicos médicos.

A caracterização bibliográfica dos artigos examinados é apresentada na Figura 1.

Os artigos incluídos neste estudo são descritos quanto ao número e tipo de participantes, prática para diagnóstico da RU e principais resultados e conclusões, conforme mostra a Figura 2.

A assistência de enfermagem em RU pode ser encontrada em diversas clínicas e é prática rotineira da equipe de enfermagem. Para que ocorra com segurança e qualidade, necessita de diagnóstico preciso e intervenções apropriadas¹³.

Neste estudo, entre as 23 (100,0%) pesquisas analisadas, a maioria foi publicada na língua inglesa,

em periódicos médicos, destacando-se as áreas da clínica anestésica e de reabilitação e em países dos continentes americano, europeu e asiático, segundo a Figura 1. Embora o diagnóstico de RU³² faça parte da sistematização da assistência de enfermagem, ele ainda tem sido pouco discutido e difundido na prática da profissão, principalmente no Brasil.

Referência	Base de dados	Periódico/Ano	País de publicação	Área do estudo
Fernandes, Costa, Saraiva ⁹	BVS	Revista Latino Americana de Enfermagem/2007	Brasil	Enfermagem- Reabilitação
Mago, Helayel, Bianchini, Kozuki, Oliveira Filho ¹⁰	BVS	Revista Brasileira de Anestesiologia/2010	Brasil	Medicina- Anestesiologia
Kong, Young ¹¹	PUB	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation/2000	Singapura	Medicina- Reabilitação
Groutz, Levin, Gold, Pauzner, Lessing, Gordon ¹²	WEB	Neurourology and Urodynamics/2011	Israel	Medicina- Uroginecologia
Wu, Baguley ¹³	WEB	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation/2005	Austrália	Medicina- Reabilitação
Glavind, Bjork ¹⁴	WEB	International Urogynecology Journal/2003	Dinamarca	Medicina- Uroginecologia
Tobu, Noguchi, Hashikawa, Uozumi ¹⁵	SCOPUS	Geriatrics & Gerontology International/2014	Japão	Medicina- Urologia
Kin, Rhoads, Jalali, Shelton, Welton ¹⁶	SCOPUS	Diseases of the Colon and Rectum/2013	Estados Unidos da América	Medicina- Cirurgia Colorectal
Joelsson-Alm, Ulfvarson, Nyman, Divander, Svensén ¹⁷	SCOPUS	Scandinavian Journal of Urology and Nephrology/2012	Suécia	Medicina- Clínica Médica
Kim, Chun, Han, Yi, Kim ¹⁸	SCOPUS	Disability & Rehabilitation/2012	Coreia do Sul	Medicina- Reabilitação
Kreutziger, Frankenberger, Luger, Richard, Zbinden ¹⁹	SCOPUS	British Journal of Anaesthesia/2010	Suíça	Medicina- Anestesiologia
Shadle, Barbaro, Waxman, Connor, Von Dollen ²⁰	SCOPUS	The American Surgeon/2009	EUA	Medicina- Cirurgia Geral
Koomen, Bouman, Callewaardt, Vos, Prins, Anderson, et al ²¹	SCOPUS	Scandinavian Journal of Urology and Nephrology/2008	Nova Zelândia	Medicina- Anestesiologia
Teng, Huang, Kuo, Bih ²²	SCOPUS	Journal of Nursing Research/2005	Taiwan	Enfermagem- Reabilitação
Keita, Diouf, Tubach, Brouwer, Dahmani, Mantz, et al ²³	SCOPUS	Anesthesia and analgesia/2005	França	Medicina- Anestesiologia
Ladak, Katznelson, Muscat, Sawhney, Beattie, O'Leary ²⁴	CINAHL	Pain Management Nursing/2009	Canadá	Enfermagem- Anestesiologia
Palese, Buchini, Deroma, Barbone ²⁵	CINAHL	Journal of Clinical Nursing/2010	Itália	Enfermagem- Reabilitação
Johansson, Christensson ²⁶	CINAHL	Journal of Clinical Nursing/2010	Suécia	Enfermagem- Ciências da Enfermagem
Lee, Tsay, Lou, Dai ²⁷	CINAHL	Journal of Advanced Nursing/2007	Taiwan	Enfermagem- Neurocirurgia
Kirchhof, Fowler ²⁸	CINAHL	Spinal Cord/2000	Alemanha	Medicina- Uro-neurologia
Borrie, Campbell, Arcese, Bray, Hart, Labate, et al ²⁹	CINAHL	Rehabilitation Nursing/2001	Canadá	Enfermagem- Geriatria
Yip, Sahota, Chang, Chung ³⁰	CINAHL	American Journal of Obstetrics & Gynecology/2002	China	Medicina- Obstetrícia
Slappendel, Weber ³¹	CINAHL	European Journal of Anaesthesiology/1999	Holanda	Medicina- Anestesiologia

FIGURA 1: Descrição dos estudos segundo número da referência/ autores, base de dados, periódico/ano, país de publicação e área de estudo. 2016.

Participantes	Prática para diagnóstico da RU	Principais resultados e conclusões
594 pacientes em PO ⁹	Medidas não invasivas para micção espontânea, se insucesso cateterismo urinário.	Incidência de RU em 2,0% dos pacientes.
257 pacientes em PO ¹⁰	Ultrassonografia de bexiga, para pacientes com volume ≥ 360 ml na admissão da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).	Ocorreu RU em 7,39%.
80 pacientes em reabilitação ¹¹	Ultrassom portátil de bexiga, para avaliar volume residual com medidas > 100 ml.	A RU esteve presente em 29,0%.
165 puérperas ¹³	Cateterismo urinário de alívio.	Prevalência da RU no período pós-parto tardio encontrada foi 0,18%.
319 pacientes em reabilitação ¹⁴	Ultrassom portátil de bexiga nas primeiras 72h de admissão na unidade. RU se volume residual ≥ 150 ml.	Prevalência de RU ocorreu em 21,5%.
1649 puérperas ¹⁵	Ausência de micção espontânea após seis horas do parto normal ou remoção do cateterismo de demora em parto cesárea. Ultrassom portátil de bexiga. RU se volume ≥ 400 ml.	Protocolo utilizado possibilita acompanhar o paciente em RU e indicar o tratamento para uso no domicílio.
72 pacientes em PO ¹⁶	Cateterismo urinário de alívio.	Os fatores de risco para RU foram o tempo de uso do cateterismo urinário de demora.
143 pacientes em PO ¹⁷	Ultrassom de bexiga. RU volume de urina residual pós-micção > 200 ml.	A incidência de RU após cirurgia colorretal foi de 22,4%.
281 pacientes em PO ¹⁸	Ultrassom portátil de bexiga. RU se volume de urina ≥ 400 ml.	Protocolo de monitoração da bexiga dos pacientes desde o pré-operatório preveniu RU.
52 pacientes em reabilitação ¹⁹	Ultrassom portátil de bexiga. RU se volume de urina > 400 ml e pós-micção > 100 ml.	O protocolo de uso de ultrassom portátil de bexiga para a RU permitiu a correta indicação do cateterismo urinário.
86 pacientes em PO ²⁰	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume > 600 ml.	37,8% das mulheres e 12,2% dos homens necessitaram do cateterismo urinário de alívio.
176 adultos em PO ²¹	Ultrassom portátil de bexiga. Realizada três medidas: pré-operatório, na entrada e na alta da SRPA.	Os fatores de alto risco para RU identificados foram idade avançada e o volume de urina na bexiga na chegada na SRPA.
40 crianças em PO ²²	Ultrassom portátil de bexiga. Não define RU.	O volume de urina mensurado pelo ultrassom portátil de bexiga mostrou uma diferença entre os volumes injetados de SF 0,9% na bexiga.
71 pacientes em reabilitação ²³	Ultrassom portátil de bexiga. Não define RU.	O uso do ultrassom portátil de bexiga reduz a frequência de cateterismos desnecessários.
313 adultos em PO ²⁴	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume de urina > 600 ml.	A incidência de RU na SRPA foi de 16,0%.
49 pacientes em PO ²⁵	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume de urina > 600 ml.	A incidência de RU no PO de toracotomia foi 10,0%.
Três estudos quase-experimentais ²⁶	Ultrassom portátil de bexiga. 1) RU se volume de urina > 500 ml; 2) Não define parâmetros para RU; 3) RU volume de urina > 800 ml.	O uso do ultrassom portátil de bexiga é eficaz e reduz cateterismos urinários desnecessários.
48 pacientes em reabilitação ²⁷	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume de urina de 400 ml.	Dos pacientes idosos, 38,0% foram identificados com RU.
244 pacientes em PO ²⁸	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume de urina > 500 ml.	Foram maiores as taxas de cateterismo urinário desnecessário e RU no grupo controle.
40 pacientes com esclerose múltipla ²⁹	Ultrassom ALOKA. Definido RU para volume residual > 100 ml.	Nenhum dos pacientes que utilizaram as escalas necessitou de cateterismo urinário intermitente.
167 pacientes idosos ³⁰	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume residual pós-micção ≥ 150 ml.	O ultrassom portátil de bexiga fornece estimativas fidedignas e válidas.
691 puérperas ³¹	Ultrassom portátil de bexiga. RU volume residual pós-micção ≥ 150 ml.	Entre as mulheres que apresentaram RU no pós-parto não houve maior prevalência de incontinência urinária de esforço quando comparadas as que não tiveram RU.
4116 pacientes em PO ³² .	Ultrassom portátil de bexiga. RU > 800 ml.	O ultrassom portátil de bexiga reduziu o cateterismo urinário desnecessário.

FIGURA 2: Descrição dos artigos segundo número e tipo de participantes, prática para diagnóstico da RU e principais resultados e conclusões. 2016.

A prática baseada em evidências é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde, e intensifica o julgamento clínico. Porém, para que possa ser utilizada com eficiência cabe aos profissionais da saúde obter, interpretar e integrar os resultados já evidenciados aos dados clínicos do paciente. Quando essa abordagem norteia o cuidado, as intervenções são mais efetivas e os resultados proporcionam a melhoria da assistência³³.

Nos estudos analisados, a RU mostrou-se presente em pacientes adultos em pós-operatório (PO); em puérperas (imediate e mediato) e ainda em pacientes em unidade de reabilitação geral, reabilitação de acidente vascular cerebral isquêmico, esclerose múltipla e pacientes idosos, conforme a Figura 2. Para o diagnóstico da RU nessa clientela, foram considerados exclusivamente os volumes urinários. Não houve consenso entre a maior parte dos autores dos estudos analisados quanto ao valor de urina retido na bexiga para o diagnóstico de RU.

De acordo com as pesquisas da amostra examinada, a RU em pacientes adultos no pós-operatório (PO) está comumente associada ao uso de anestésias regionais, com bupivacaína pesada e isobárica associada à morfina, lidocaína sem vasoconstritor e ropivacaína; medicações frequentemente utilizadas em cirurgias ortopédicas³⁴. Entre os 23 (100,0%) estudos analisados, 13 (56,5%) tratavam da RU no PO de cirurgias ortopédicas^{9,10,15,17,19,23,31}, torácicas^{9,10,24}, abdominais^{10,16,23}, ginecológicas¹⁰, cabeça e pescoço¹⁰, vascular²³, urológicas²³ e neurocirurgias^{9,27}. Nesses pacientes, o parâmetro para o diagnóstico de RU foi atribuído pelos pesquisadores à dificuldade para a micção e considerados diferentes volumes de urina retidos na bexiga urinária. Os volumes considerados como RU variavam entre > 200 mL a > 800 mL de urina, sendo > 200 mL¹⁶, ≥ 360 mL¹⁰, ≥ 400 mL^{26,18}, > 500 mL^{25,27}, > 600 mL^{19,23,24} e > 800 mL^{25,31}.

Em puérperas, a RU pode estar associada ao período do parto, em decorrência da analgesia, edema e/ou trauma da bexiga urinária, edema e traumatismos dos tecidos em torno do meato urinário e/ou ainda pela sensibilidade diminuída à pressão exercida pela urina³⁰. A RU pós-parto é capaz de afetar qualquer paciente que vivencia o parto. Um atraso no diagnóstico da RU pós-parto ou no tratamento pode levar a uma subsequente complicação representada por infecções urinárias recorrentes, danos no trato urinário superior e dificuldades urinárias permanentes. No entanto, entre os principais problemas relacionados ao tratamento de RU pós-parto, estão listados a falta de protocolos de avaliação da RU³⁵.

Entre os estudos que trataram da RU associada à clínica obstétrica, foi considerado para o diagnóstico de RU volume de urina retido na bexiga ≥ 400 mL, associado à ausência de micção espontânea após 6 horas do parto normal ou da remoção do cateter de demora em parto cesárea¹⁴. Nos casos em que houve micção espontânea, foram ainda observados RU pós-micção. Nessas pacientes, para o diagnóstico de RU

pós-micção, foi considerado volume de urina retido na bexiga ≥ 150 mL³⁰.

Ainda de acordo com as pesquisas analisadas na amostra deste estudo, a incidência de RU em pacientes adultos em processo de reabilitação prevalece agregada à disfunção neurológica, que acomete o sistema excretor vesical. As disfunções miccionais decorrentes de lesões neurológicas estão relacionadas a alterações de função do músculo detrusor e esfíncter externo, causando RU pós-micção. O tratamento das disfunções miccionais neurogênicas tem como finalidade proteger o trato urinário superior e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo aplicados os princípios terapêuticos a diferentes padrões de disfunções miccionais³⁶.

Entre as pesquisas avaliadas na área de reabilitação, um único estudo indica, como parâmetro para RU em paciente que não apresenta micção espontânea, volume de urina retido na bexiga > 400 mL¹⁸. Os demais estudos analisados de pacientes em reabilitação apontam para o diagnóstico de RU pós-micção volume > 100 mL^{11,18,28} e/ou ≥ 150 mL^{13, 29}.

Na clínica de reabilitação, o pequeno volume de urina retido na bexiga (>100 mL a ≥ 150 mL), que caracteriza o diagnóstico de RU pós-micção, dificulta o processo de exame físico. Dessa forma, nessa clínica, é consenso para o diagnóstico de RU pós-micção de pacientes em reabilitação o uso do ultrassom portátil de bexiga^{11,13,18,22,26,28,29}.

Sobre esse assunto, estudo observacional, realizado em uma clínica de reabilitação, verificou que o uso exclusivo indicadores clínicos, não possibilitou diagnosticar a RU pós-micção em 20% dos pacientes. O estudo concluiu ainda que a prática clínica de rotina, que se baseia na identificação dos sinais e sintomas e exame físico do paciente, sem o uso do ultrassom portátil de bexiga, resultou em uma taxa significativa de subdiagnóstico de RU pós-micção¹³.

O ultrassom portátil de bexiga tem sido utilizado como um método não invasivo, conveniente para medir o volume urinário. A sua utilização é relativamente rápida, segura, indolor, requer pouca cooperação do paciente e não há a necessidade de profissionais especialmente treinados. Reduz o estresse e possíveis problemas físicos para os pacientes. O seu uso está se tornando rotina nos cuidados primários e os benefícios incluem menos cateterismo urinário e maior conforto e satisfação do paciente³⁷.

Para que se possa prestar uma assistência de enfermagem humanizada, de qualidade e diferenciada para a realização do diagnóstico de RU, o uso do ultrassom portátil de bexiga deve ser uma medida complementar ao exame clínico do paciente. É necessário associar ao uso da tecnologia medidas de avaliação clínica como o método de anamnese (como ouvir a queixa do paciente), inspeção, palpação e percussão da bexiga.

Foram ainda mencionados no diagnóstico da RU medidas não invasivas e não fidedignas, representadas

no PO pelo uso de compressas mornas na região suprapúbica, posicionamento ortostático e uso de ruído de água corrente⁹ induzindo a micção espontânea; além de medidas invasivas, através do cateterismo urinário de alívio em clínica de puérperas¹².

O cateterismo urinário de alívio é um procedimento invasivo que incorre em risco de ITU e trauma de uretra. Deve ser realizado, quando estritamente necessário, como forma de tratamento e não de diagnóstico da RU³⁸. Todos os estudos analisados indicam o uso do cateter urinário como a intervenção de escolha para o tratamento da RU.

Com a evolução do processo de enfermagem, a sistematização da assistência e atribuição dos diagnósticos de enfermagem requerem do enfermeiro um conhecimento mais aprofundado das necessidades humanas básicas, fundamentado em julgamento clínico e tomada de decisão³⁹. Um diagnóstico acurado reflete o real estado do paciente. A importância da acurácia das interpretações das respostas humanas fundamenta a seleção das intervenções, que contribuem para a obtenção dos resultados esperados. Quando as interpretações são de baixa acurácia podem levar à omissão de cuidados acarretando prejuízos ao paciente⁴⁰.

Para alcançar um cuidado mais seguro e com o mínimo de danos, é necessário identificar, analisar e gerenciar os riscos relacionados aos incidentes de segurança, uma vez que os profissionais são responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com a finalidade de manter a assistência segura, ou seja, é fundamental o desenvolvimento e a aplicação de estudos de assistência de enfermagem na RU.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta revisão apontam que a RU é um assunto que vem despertando interesse nos profissionais de saúde nos últimos anos.

Como parâmetro para diagnóstico de RU, nota-se que não existe um consenso, porém a maior parte das evidências encontradas neste estudo sugere que para a clínica pós-operatória, clínica obstétrica e clínica de reabilitação para paciente que não urina espontaneamente o valor de RU de ser ≥ 400 mL e para RU pós-micção, ≥ 150 mL.

Entretanto, a realização do diagnóstico assertivo de RU sem o auxílio do ultrassom portátil de bexiga é subjetivo, todavia a prática clínica nunca pode ser substituída e subestimada pelo uso de tecnologias.

Há necessidade de explicitar que este estudo apresentou limitações, visto que na busca foram utilizados somente cinco bases de dados eletrônicas para recuperar os artigos e isso pode ter contribuído para que muitos trabalhos não tenham sido identificados.

Considerando os achados, sugere-se a realização de novas pesquisas, principalmente no sentido de se

estabelecer protocolos que auxiliem a prática clínica no diagnóstico de RU.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz e Silva FA, Simões FA. Semiologia urológica. In: Zerati Filho M, Nardoza Júnior A, Reis RB. Urologia fundamental. São Paulo : Planmark; 2010. p. 37-46.
2. Newman DK, Willson MM. Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urol Nurs.* 2011; 31(1):12-28.
3. Timby BK, Smith NE. Enfermagem médico-cirúrgica. São Paulo : Manole, 2005.
4. Van Os AF, Van der Linden PJ. Reliability of an automatic ultrasound system in the post partum period in measuring urinary retention. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006; 85(5):604-7.
5. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP. São Paulo: COREN-SP; 2015.
6. Joanna Briggs Institute (JBI). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. New York (USA): JBI; 2015.
7. da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat-am enfermagem.* (Online) 2007; 15(3):508-11.
8. Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Reviewers' Manual 2014, New York (USA): JBI; 2014.
9. Fernandes MCBC, Costa VV, Saraiva RA. Postoperative urinary retention: evaluation of patients using opioids analgesic. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2007;15(2):318-22.
10. 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: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000400005>.
11. Kong KH, Young S. Incidence and outcome of poststroke urinary retention: a prospective study. *Arch Phys. Med. Rehabil.* 2000; 81(11):1464-7.
12. Groutz A, Levin I, Gold R, Puzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *NeuroUrol. Urodyn.* 2011; 30(1):83-6. doi: 10.1002/nau.20926.
13. Wu J, Baguley JJ. Urinary retention in a general rehabilitation unit: prevalence, clinical outcome, and the role of screening. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2005; 86(9):1772-7.
14. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14(2):119-21.
15. Tobu S, Noguchi M, Hashikawa T, Uozumi J. Risk factors of postoperative urinary retention after hip surgery for femoral neck fracture in elderly women. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(3):636-9. doi: 10.1111/ggi.12150.
16. Kin C, Rhoads KF, Jalali M, Shelton AA, Welton ML. Predictors of postoperative urinary retention after colorectal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2013; 56(6):738-46.
17. Joelsson-Alm E, Ulfvarson J, Nyman CR, Divander MB, Svensén C. Preoperative ultrasound monitoring can reduce postoperative bladder distension: a randomized study. *Scand.J.Urol .Nephrol.* 2012; 46(2):84-90.
18. Kim HJ, Chun MH, Han EY, Yi JH, Kim DK. The utility of a bladder scan protocol using a portable ultrasonographic device in subacute stroke patients. *Disabil. Rehabil.* 2012; 34(6):486-90.
19. Kreutziger J, Frankenberger B, Luger TJ, Richard S, Zbinden S. Urinary retention after spinal anaesthesia with hyperbaric prilocaine 2% in an ambulatory setting. *Br. J. Anaesth.* 2010; 104(5):582-6.
20. Shadle B, Barbaro C, Waxman K, Connor S, Von Dollen K. Predictors of postoperative urinary retention. *Am. Surg.* 2009; 75(10):922-4.
21. Koomen E, Bouman E, Callewaerd P, Vos GD, Prins MH, Anderson BJ, et al. Evaluation of a non-invasive bladder volume measurement in children. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 2008; 42(5):444-8. doi:

- 10.1080/00365590802054600.
22. Teng CH, Huang YH, Kuo BJ, Bih LI. Application of portable ultrasound scanners in the measurement of post-void residual urine. *J. Nurs. Res.* 2005; 13(3):216-24.
23. 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; 101(2):592-6.
24. Ladak SS, Katznelson R, Muscat M, Sawhney M, Beattie WS, O'Leary G. Incidence of urinary retention in patients with thoracic patient-controlled epidural analgesia (TPCEA) undergoing thoracotomy. *Pain Manag. Nurs.* 2009; 10(2):94-8.
25. Palese A, Buchini S, Deroma L, Barbone F. The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *J. Clin. Nurs.* 2010; 19(21-22):2970-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03281.x
26. Johansson RM, Christensson L. Urinary retention in older patients in connection with hip fracture surgery. *J. Clin. Nurs.* 2010; 19(15-16):2110-6.
27. Lee YY, Tsay WL, Lou MF, Dai YT. The effectiveness of implementing a bladder ultrasound programme in neurosurgical units. *J. Adv. Nurs.* 2007; 57(2):192-200.
28. Kirchhof K, Fowler CJ. The value of the Kurtzke Functional Systems Scales in predicting incomplete bladder emptying. *Spinal Cord.* 2000; 38(7):409-13.
29. Borrie MJ, Campbell K, Arcese ZA, Bray J, Hart P, Labate T, et al. Urinary retention in patients in a geriatric rehabilitation unit: prevalence, risk factors, and validity of bladder scan evaluation. *Rehabil. Nurs.* 2001; 26(5):187-91.
30. Yip SK, Sahota D, Chang AM, Chung TK. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187(3):648-52.
31. Slappendel R, Weber EW. Non-invasive measurement of bladder volume as an indication for bladder catheterization after orthopaedic surgery and its effect on urinary tract infections. *Eur. J. Anaesthesiol.* 1999; 16(8):503-6.
32. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2017. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
33. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008; 17(4):758-64.
34. Tanaka PP, Souza RO, Salvalaggio MFO, Tanaka MAA. Estudo Comparativo entre a bupivacaína a 0,5% e a mistura enantiomérica de bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em anestesia peridural em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2003; 53(3):331-7.
35. Leach S. 'Have you had a wee yet?' Postpartum urinary retention. *Pract Midwife.* 2011; 14(1):23-5.
36. Rocha FET, Gomes CM. Bexiga neurogênica. In: Zerati Filho M, Nardoza Júnior A, Reis RB. *Urologia Fundamental*. São Paulo : Planmark; 2010. p. 239-50.
37. Nusee Z, Ibrahim N, Rus RM, Ismail H. Is portable three-dimensional ultrasound a valid technique for measurement of postpartum urinary bladder volume? *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2014; 53(1):12-6. doi: 10.1016/j.tjog.2013.01.028.
38. Knoll BM, Wright D, Ellingson L, Kraemer L, Patire R, Kuskowski MA, et al. Reduction of inappropriate urinary catheter use at a Veterans Affairs hospital through a multifaceted quality improvement project. *Clin. Infect. Dis.* 2011; 52(11):1283-90. doi: 10.1093/cid/cir188.
39. Magalhães AM, Chiochetta FV. Diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de bexiga neurogênica. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2002; 23(1):6-18.
40. Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009; 43(Esp):1088-97.