

Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular

CLEAN INTERMITTENT SELF CATHETERIZATION IN SPINAL CORD INJURY

AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE EN LA LESIÓN MEDULAR

Gisela Maria Assis¹, Ana Cristina Mancussi e Faro²

RESUMO

O autocateterismo vesical intermitente-técnica limpa é uma técnica efetiva e segura para o tratamento e a prevenção das complicações vesico-urinárias decorrentes da lesão medular. Embora tenha sido descrita desde 1972, ainda existe resistência por parte dos profissionais de saúde em relação à sua utilização. Relataremos, no presente estudo, a metodologia utilizada no treinamento e na motivação dos pacientes para a utilização da técnica em um projeto de assistência de enfermagem clínica e voluntária, realizado em uma associação de caráter filantrópico, na cidade de Curitiba. Objetivamos divulgar a experiência adquirida a fim de que mais profissionais que atendem pessoas com lesão medular sejam motivados a indicar essa técnica.

DESCRIPTORIOS

Ferimentos e lesões.
Medula espinal.
Cateterismo urinário.
Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The clean intermittent self catheterization is an effective and safe technique for the treatment and prevention of urinary tract disease that result from spinal cord injuries. Although it has been described as of 1972, there is still resistance from health professionals for its utilization. The present study presents a report about the method used for training and encouraging of the patients towards using the technique, in a project of clinical and voluntary nursing care, performed in at a philanthropic association in the city of Curitiba. Our objective was to disseminate the experience that was learnt, to encourage professionals who assist people with spinal cord injuries towards recommending this technique.

KEY WORDS

Wounds and injuries.
Spinal cord.
Urinary catheterization.
Nursing care.

RESUMEN

El Autocateterismo vesical intermitente - técnica limpia, es una técnica efectiva y segura para el tratamiento y la prevención de las complicaciones vesico-urinarias derivadas de lesión medular. A pesar de haber sido descrita ya en 1972, aún existe resistencia por parte de los profesionales de la salud para su utilización. Relataremos, en este estudio, la metodología utilizada para entrenamiento y motivación de pacientes para el uso de la técnica, en un proyecto de atención de enfermería clínica voluntaria, realizado en una asociación de carácter filantrópico en la ciudad de Curitiba. Objetivamos divulgar la experiencia adquirida, a fin de que más profesionales que atienden pacientes con lesión medular sean motivados a indicar esta técnica.

DESCRIPTORIOS

Heridas y traumatismos.
Médula espinal.
Cateterismo urinario.
Atención de enfermería.

¹ Enfermeira. Voluntária na Associação dos Deficientes Físicos do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Reabilitação e Funcionalidade em Enfermagem Traumatológico-Ortopédica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Curitiba, PR, Brasil. giassis21@hotmail.com ² Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Reabilitação e Funcionalidade em Enfermagem Traumatológico-Ortopédica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rafacris@usp.br

INTRODUÇÃO

A lesão medular pode ser definida como uma agressão à medula espinhal, uma grave e incapacitante síndrome neurológica que pode resultar em danos relacionados às funções motora, sensitiva, visceral, sexual e trófica⁽¹⁾.

Trata-se de um grave problema social, pois atinge, principalmente, indivíduos jovens, em idade produtiva, que passam a depender de um dispendioso e complexo processo de reabilitação para manter uma melhor qualidade de vida.

As intervenções de enfermagem à pessoa com lesão medular são complexas e devem ser fundamentadas nas alterações decorrentes da lesão, sendo essas alterações transitórias ou permanentes⁽²⁾. Uma das alterações de grande relevância é a disfunção do aparelho vesicourinário, tendo em vista que podem resultar em complicações que, se não tratadas adequadamente, tendem a evoluir até a perda da função renal, considerando que esta, ainda hoje, é causa de morte entre as pessoas com lesão medular⁽³⁾.

A disfunção vesicourinária de origem neurológica é decorrente da interrupção na comunicação entre a bexiga e o centro da micção no cérebro, sendo que os principais pontos a serem considerados no tratamento desta disfunção incluem a preservação do trato urinário superior, controle e prevenção de infecções urinárias, reintegração social do paciente, melhora da qualidade de vida, promoção da regressão ou estabilização das lesões presentes, além de alterações anatômicas importantes, como o refluxo vesico-ureteral⁽⁴⁻⁷⁾. Dentre as intervenções pertinentes ao tratamento da disfunção vesico-urinária na pessoa com lesão medular, destacamos o cateterismo vesical intermitente técnica limpa (CVITL), que consiste na introdução de um cateter lubrificado na bexiga pela uretra, em períodos diários pré-estabelecidos e sua remoção após a drenagem urinária, sendo uma intervenção efetiva para prevenção e tratamento de complicações^(4,8-11). O CVITL foi sugerido em estudos de 1966 para pacientes com lesão medular traumática como alternativa ao esvaziamento vesical em casos de retenção urinária^(6,9-11). Desde 1972 foi comprovado que não há necessidade que esse procedimento seja realizado com técnica estéril, e sim com técnica limpa, considerando que, se evitada a hiperdistensão vesical, a resistência do hospedeiro é a maior barreira contra a infecção^(4,8-13). Além dos benefícios fisiológicos proporcionados pela realização do CVITL, deve-se considerar a promoção da autonomia envolvida no processo, pois esta contribui de maneira significativa para a reintrodução do indivíduo na vida familiar e social^(4,9-11).

Embora o CVITL tenha sido descrito há mais de três décadas, a técnica tem sido mais amplamente difundida na prática urológica e em pesquisas realizadas no Brasil, sobretudo por enfermeiras da área de reabilitação e urologia nos últimos quinze anos⁽⁹⁻¹¹⁾. No entanto, pode-se afirmar que se trata de um procedimento ainda pouco mencionado no conteúdo programático de cursos de graduação em Enfermagem. Isto posto, o presente relato se justifica pela necessidade de divulgação da experiência adquirida por meio da utilização do CVITL e pela divulgação dos resultados, os quais podem ser utilizados no ensino e ainda testados em outros estudos com vistas às melhores evidências para o cuidado urológico à pessoa com lesão medular⁽⁹⁻¹¹⁾.

Dentre as intervenções pertinentes ao tratamento da disfunção vesico-urinária na pessoa com lesão medular, destacamos o cateterismo vesical intermitente técnica limpa (CVITL), que consiste na introdução de um cateter lubrificado na bexiga pela uretra, em períodos diários pré-estabelecidos e sua remoção após a drenagem urinária, sendo uma intervenção efetiva para prevenção e tratamento de complicações.

OBJETIVOS

Relatar a experiência de assistência para a utilização do CVITL em pacientes com lesão medular na reeducação da bexiga neurogênica.

Descrever a sistematização para a capacitação do paciente com lesão medular na realização do autocateterismo vesical intermitente técnica limpa (ACVITL).

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização do CVITL para pacientes com lesão medular atendidos em um ambulatório vinculado a uma associação civil, de caráter filantrópico, localizada na cidade de Curitiba (PR). Esta instituição conta com uma equipe técnica multiprofissional que além da assistência de enfermagem voluntária e semanal, possui os serviços de Fisioterapia (convênio com a universidade), Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Odontologia e um médico que desenvolve um trabalho voluntário a cada 15 dias.

O presente relato é parte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem submetido ao Comitê de Ética da instituição sob o número 405/07 CEPPUCPR⁽¹⁴⁾.

A pesquisadora em conjunto com os demais profissionais procedeu à avaliação dos pacientes com base na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽¹⁵⁾, observando os diagnósticos que indicavam intervenções para a capacitação do paciente na realização do ACVITL. Para a avaliação holística dos pacientes foi utilizado o referencial teórico de Horta das Necessidades Humanas Básicas e o Processo de Enfermagem⁽¹⁶⁾. Assim será relatada e discutida a seguir a assistência implementada durante a experiência de ensino.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Relato de experiência.

Foram realizadas consultas de enfermagem aos pacientes com lesão medular e que compareciam ao serviço para as atividades agendadas. No total, para adultos, realizamos quatro consultas, no mínimo, para o ensino do procedimento ACVITL ou CVITL.

Para cada diagnóstico de enfermagem traçamos um plano de assistência com vistas à meta a ser alcançada.

Na reabilitação precoce da pessoa com lesão medular, desde a fase aguda, o ACVITL é a intervenção de enfermagem adequada para a resolução de problemas de saúde decorrentes da lesão medular e que respondam aos diagnósticos de enfermagem: Eliminação urinária prejudicada, Retenção urinária, Incontinência urinária total, Incontinência urinária reflexa, Incontinência urinária por transbordamento, Disposição para eliminação urinária melhorada, Atividades de recreação deficientes, Déficit no autocuidado, Disposição para aumento do autocuidado, Baixa auto-estima situacional, Tensão do papel de cuidador, Risco para disreflexia autonômica, Risco de infecção e Isolamento social. O ACVITL favorece o resgate do autocuidado, facilitando a ressocialização por se tratar de um método simples, fácil de ser realizado e aprendido tanto pelo paciente como pelo cuidador familiar. É seguro, efetivo e, quando bem indicado e realizado, poucas complicações são observadas^(9-13,17). Apresenta custo baixo e tempo para realização curto, podendo ser feito em diversos lugares, pelo próprio paciente ou por um cuidador. Para a capacitação do paciente utilizamos um diário já descrito em diversas pesquisas onde são registrados os horários de cateterização, volume urinário e características da urina. Esta prática promove alguns benefícios como continência funcional, independência, redução da estadia hospitalar, aceitação social, inclusão social, melhora da imagem corporal, diminuição do tempo de enfermagem e de infecções do trato urinário, redução das complicações renais em longo prazo^(6,9-18).

No presente relato de experiência junto às pessoas com lesão medular em ambulatório, preconizamos um número mínimo de quatro consultas de enfermagem a cada paciente que inicia o programa de ACVITL, sendo estas, semanais, resultando em um acompanhamento de, no mínimo, um mês. Se o paciente apresentar necessidades especiais referentes à habilidade psicomotora ou cognição, o número de consultas é aumentado para quantas sejam necessárias até que ele realize a técnica com destreza e segurança e com o acompanhamento de um cuidador familiar, se necessário.

A primeira consulta é, sem dúvida, a que exige maior tempo e dedicação por parte do enfermeiro. Preferimos agendá-la unicamente para o treinamento e motivação para a técnica, deixando para outro momento a realização de outras ações, tais como reeducação intestinal, tratamento de feridas e outras orientações. É recomendado que seja

um momento único para o início do treinamento do paciente e/ou cuidador.

Inicialmente, o paciente é orientado, considerando seu nível de entendimento, estilo de vida, condições sociais e econômicas, quanto à fisiologia miccional e alterações decorrentes da lesão medular, cuidados de higiene íntima e das mãos, manuseio de material estéril e limpo, passo a passo do procedimento, facilitando assim, a compreensão dos benefícios do cateterismo vesical intermitente, que são explicados na seqüência.

Em seguida, a técnica é explicada claramente, passo a passo, e são mostrados os materiais necessários e como utilizá-los e reprocessá-los no caso da técnica limpa. Utilizamos um manual ilustrado que descreve cada passo da técnica. Este manual é fornecido ao paciente e foi desenvolvido com base nos resultados da aplicação em um grupo de pacientes com lesão medular⁽¹⁴⁾.

As dúvidas do paciente são respondidas durante a aplicação da técnica e, na seqüência, o paciente realiza a técnica no consultório.

A realização da técnica na cadeira de rodas é na maioria das vezes a preferida, pois facilita sua realização em diversos locais, além de aumentar a autonomia do paciente. Para as mulheres iniciamos o treinamento na posição semi sentada, no tatame, que tem a altura da cama domiciliar, pois elas referem, com frequência, dificuldades para a localização do meato urinário no espelho. Neste caso, um jarro com água, e um recipiente para seu escoamento deve ser acrescentado ao material necessário, para que a lavagem das mãos seja realizada no local da técnica.

As facilidades e dificuldades do paciente são observadas durante a realização da técnica, e discutidas logo após. Quando necessário, podem ser realizadas adaptações, especialmente de posicionamento, desde que mantidos os princípios de limpeza da técnica. São reforçados cuidados relacionados à higiene íntima e das mãos com hábitos de vida.

O paciente que refere eliminação urinária espontânea e involuntária é orientado a realizar a técnica uma vez ao dia, logo após a micção espontânea e anotar o volume drenado, por sete dias, para avaliação de diurese residual. Um volume maior do que 50 ml de urina constitui indicação para autocateterismo intermitente^(9,10-11,13).

Se o paciente apresenta retenção urinária ou altas pressões à micção, documentadas por exame urodinâmico, o estudo da diurese residual não se faz necessário para indicação do ACVITL. Neste caso é iniciado com intervalos de quatro horas.

A segunda consulta é agendada para a semana seguinte. Nesta, o paciente apresenta as dificuldades e facilidades percebidas durante a semana. Caso ele tenha apresentado dificuldades na realização da técnica, na consulta anterior, ela é realizada novamente.

Ainda nesta consulta um diário miccional é fornecido ao paciente e o seu preenchimento é explicado. O diário miccional contém informações de volume e características da urina a cada cateterização, além de informações como perdas urinárias nos intervalos e ingestão hídrica.

A primeira orientação de aprazamento é de 4 horas, adaptado na consulta seguinte, baseando-se na avaliação do diário miccional. A ingestão hídrica de 1,5 a 2 litros de líquido por dia, deve ser estimulada, pois além de reduzir o risco de infecção urinária, sua redução pode induzir a interpretação errada do diário^(4,9-13).

Na terceira consulta, o diário miccional é avaliado, geralmente os pacientes se adaptam bem ao intervalo de quatro horas entre as cateterizações, porém há casos em que há a necessidade de readequação dos intervalos para mais ou para menos. No caso de adaptação de intervalo, um novo diário miccional é fornecido para reavaliação posterior.

Se o paciente apresentar perda urinária nos intervalos das cateterizações, ele é encaminhado a um médico urologista para avaliação da possibilidade de associação de anticolinérgicos, pois no caso de bexigas neurogênicas hiperreflexas, a bexiga se contrai a volumes pequenos, o que pode ser controlado pela medicação⁽⁴⁾.

A quarta consulta é reservada para avaliação das adaptações realizadas e discussão de dúvidas e dificuldades que ainda possam persistir.

Se o paciente relatar insegurança, ou não apresentar habilidade psicomotora, suficiente para receber alta do programa, consultas adicionais são agendadas para capacitação para a técnica e motivação para a mesma.

O sucesso da terapêutica inclui motivação, destreza e habilidade mental, concluindo que o CVITL é facilmente aprendido e aceito pela maioria dos pacientes de ambos os sexos, com ampla faixa etária mostrando-se efetivo e seguro⁽¹⁹⁾.

A respeito de infecções iatrogênicas na prática urológica, encontrou-se a antibióticoprofilaxia como não recomendada para o ACVITL ou o CVITL⁽²⁰⁾.

Em estudo comparativo entre a técnica limpa e estéril, foi verificado que 43% dos pacientes desenvolveram infecções do trato urinário (ITU), sendo que 37% deles eram do grupo de CVITL e 45% realizavam a técnica estéril⁽²¹⁾. Os microorganismos mais comuns encontrados nas culturas foram *Enterococcus species* e *Klebsiella*.

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem na reabilitação de pessoas com lesão raquimedular é uma experiência complexa e multifatorial, pois envolve o paciente, família, cuidador, vários profissionais entremeados por aspectos sócio-culturais, econômicos e financeiros. Os resultados das melhores práticas de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular, destacando o CVITL e a promoção do ACVITL, evidenciam visíveis benefícios, principalmente aos pacientes. Estudos sobre CVITL sejam no relato de experiência seja pesquisa direta ou indireta, são necessários para divulgar o procedimento considerado pelas evidências em pesquisas nacionais, considerando os problemas sociais e econômicos da nossa população usuária deste procedimento, o como o padrão ouro na reeducação da bexiga neurogênica⁽⁹⁻¹³⁾. Os objetivos fundamentais em sistematizar ações para a capacitação do paciente para o ACVITL são promover a inclusão social, facilitar o manejo das limitações, resgatar a auto-estima e a independência.

Esta experiência de assistência junto aos pacientes com lesão medular foi relevante para a formação inicial na enfermagem e principalmente pela possibilidade de divulgar uma intervenção de grande relevância para sedimentar as áreas do saber e do fazer da enfermagem, na assistência às pessoas com lesão medular.

REFERÊNCIAS

1. Lianza S. Medicina de reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
2. Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovanazzi R, Sá VG, Faro ACM. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):71-9.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1354-59.
4. Bruschini H. Dsfunção miccional de origem neurogênica. In: Wroclauski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz W. Guia prático de urologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia/Seguimento; 2003. p. 245-7.
5. D'Ancona CAL. Bexiga neurogênica no adulto. In: Rodrigues Netto NR, Wroclauski ER. *Urologia: fundamentos para o clínico*. São Paulo: Sarvier; 2000. p.129-31.
6. Oh SJ, Ku JH, Lim SH, Jeon HG, Son H. Effect of a 'centralized intensive education system' for clean intermittent self-catheterization in patients with voiding dysfunction who start catheterization for the first time. *Int J Urol*. 2006;13(7):905-9.
7. Truzzi JCCI. Bexiga neurogênica. In: Dall'Oglio M, Srougi M, Nesralla LJ, Ortiz W. *Guia de urologia*. Barueri: Manole; 2005. p.101-8.
8. Geng V, Emblem EL, Gratzl S, Incesu O, Jensen K. Urethral catheterization. In: European Association of Urology Nurses. *Good practices in health care* [Internet]. 2006. [cited 2008 Nov 19]. Available from: <http://www.uroweb.org/?id=188&act=showfull&aid=49>

-
9. Lelis MAS. Cateterismo vesical intermitente - técnica limpa: aspectos envolvidos na sua utilização como instrumento terapêutico em pacientes com disfunção vésico-esfincteriana [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
 10. Moróoka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(4):324-31.
 11. Faro ACM. Traumatismo raquimedular-bases teóricas e intervenções de enfermagem. In: Koizumi MS, Diccini S. *Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 233-50.
 12. Féra P. Cateteres uretrais lubrificados com lidocaína versus gentamicina na prática do cateterismo vesical intermitente técnica limpa: estudo preliminar [dissertação]. São Paulo: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
 13. Fera P, Lelis MAS, Glashan RG. Cateterismo vesical intermitente técnica limpa - aspectos práticos de enfermagem. *Prática Hosp*. 2000;212(1):11-7.
 14. Assis GM, Bail G, Moreschi T, Paula MRB, Pedroso JVM, Erzinger AR. Autocateterismo vesical intermitente - técnica limpa: da prevenção da infecção urinária ao resgate do autocuidado. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2008.
 15. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
 16. Horta WA, Castellanos BP. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
 17. Wilson MC. Clean intermittent catheterization and self-catheterization. *Br J Nurs*. 2008; 17(18):1140-6.
 18. Moore KN, Burt J, Voaklander DC. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: a comparison of clean and sterile technique. *Clin Rehabil*. 2006;20(6):461-8.
 19. Neal DE, Lawson AL, Webb RJ, Robertson AS. Clean intermittent self-catheterization. *Int Urogynecol J*. 1993;4(1):50-5.
 20. Shokeir AA, Al Ansari AA. Iatrogenic infections in urological practice: concepts of pathogenesis, prevention and management. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40(2):89-97.
 21. Moore KN, Kelm M, Sinclair O, Cadrain G. Bacteriuria in intermittent catheterizations users: effect of sterile clean reused catheters. *Rehabil Nurs*. 1993;18(5):306-9.