RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN DE VACIADO EN POSTPARTO

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

La retención urinaria y la disfunción de vaciado postparto tienen como consecuencia directa la incapacidad de vaciar la vejiga espontáneamente y de forma adecuada tras el parto.

La incidencia exacta es incierta y varía considerablemente en la literatura, entre un 0,2% y 37% [1-4], dada a la gran variabilidad de definiciones utilizadas en los diferentes estudios.

El retraso o ausencia de diagnóstico de la retención urinaria y, consecuentemente, una intervención tardía o inexistente, originan una sobredistensión vesical que puede causar daños irreversibles en la contractilidad del detrusor y una disfunción de vaciado de larga duración[5, 6]. Sin embargo, el diagnóstico e intervención precoz permite una recuperación completa sin graves consecuencias a largo plazo[7,8], por lo que es importante identificar a las pacientes en riesgo.

2. DEFINICIONES

De acuerdo a la terminología de la *International Continence Society* (ICS)[9] definimos:

1. **Retención aguda orina** (RAO): incapacidad para orinar a pesar de un esfuerzo persistente. La RAO postparto se define como la ausencia de micción espontánea en las 6 horas siguientes al parto vaginal o tras retirar la sonda vesical permanente (SVP).
2. **RAO postparto persistente** es la RAO que persiste más de 72h postparto. Su prevalencia es del 0,18%[7].
3. **Disfunción de vaciado:** En las primeras 6 horas del parto o tras la retirada de la sonda vesical, la puérpera presenta una alteración en la sensación o función miccional normal, durante o después del acto de micción que se traduce en una micción anormalmente lenta y/o incompleta.

3. FACTORES DE RIESGO

La etiología exacta no se conoce, pero seguramente es multifactorial incluyendo factores fisiológicos, neurológicos y mecánicos que acontecen durante la gestación, el parto y el postparto.

3.1. Fisiológicos:

3.1.1. Niveles elevados de progesterona: reducen el tono de la musculatura lisa, provocando una dilatación de la vejiga, uréteres y pelvis renal.

3.1.2. Cambios en la presión intravesical: que aumenta durante el embarazo y disminuye de forma brusca después del parto, contribuyendo a una hipotonía vesical transitoria en el postparto inmediato.

3.2. Mecánicos y neurológicos:

3.2.1. Anestesia peridural y raquídea[11, 12]: se produce por inhibición del reflejo de la micción desde la vejiga al centro pontino de la micción. Consecuentemente, se puede producir una sobredistensión vesical que disminuye aún más la contractilidad vesical.

3.2.2. Segunda fase del parto prolongada[7, 11], partos instrumentados[7, 11] y peso neonatal[12]> 3800 gr: los 3 factores pueden provocar una compresión y / o estiramiento del nervio pudendo, lo que afectaría a los reflejos y al mecanismo voluntario de una micción normal. También se puede producir una sobredistensión vesical que puede lesionar la contractibilidad del músculo detrusor. Este hecho se puede ver agravado por una episiotomía[12] dolorosa o desgarro.

3.2.3. Primiparidad[11]: Por el mayor riesgo de prolongación de la segunda fase del parto, instrumentación o episiotomía.

3.2.4. Dolor perineal[11] , puede causar una hipertonía y falta de relajación de la musculatura del suelo pélvico durante la micción voluntaria, causando una dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva funcional.

3.2.5. Edema y / o hematoma local en la vulva pueden contribuir a la dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva mecánica.

4. SÍNTOMAS

- Dolor o molestia vesical (sensación de vaciado incompleto). La imposibilidad de micción espontánea (Retención aguda de orina) es un síntoma más frecuente.
- Chorro miccional débil
- Aumento de la frecuencia miccional con volúmenes evacuados muy bajos
- Urgencia miccional
- Incontinencia urinaria

5. PREVENCIÓN DISFUNCIÓN VACIADO Y RAO

Se recomendarán a todas las puérperas:

- Sondaje en el postparto inmediato (sobre todo en portadoras de anestesia regional)
- Tratar de forma precoz el edema vulvar: frío local, agua de Burow.
- Tratar de forma precoz el dolor perineal: analgésicos, antiinflamatorios pautados.
- Medidas de soporte para facilitar la micción: deambulación, evitar aglomeraciones de visitas (privacidad), correcta analgesia, manos en agua fría, ducha de agua caliente, evitar estreñimiento, ...
- Es importante asegurar que la puérpera está haciendo una correcta ingesta de líquidos.
- Recomendaciones sobre hábito miccional: micción sentada y concentrada en relajar la musculatura del suelo pélvico, esperar posible micción en dos tiempos.

5. CRIBADO DE DISFUNCIÓN DE VACIADO

Se realizará a todas las puérperas:

1. **Anamnesis** dirigida tras la realización de la 1ª micción espontánea:
   1.1. Sensación de llenado vesical (peso hipogástrico): presente/ausente
   1.2. Deseo miccional: presente/ausente
   1.3. Inicio del flujo urinario: normal-flujo continuo/dificultad flujo de orina durante la micción-flujo intermitente
   1.4. Sensación de vaciado incompleto: ausente/ presente

Si **puntúa mal en la mayoría de las preguntas** se realizará control de orina residual (**COR)** en siguiente micción espontánea (independientemente del volumen miccional de la 1º micción) con la sonda ecográfica inalámbrica.

2. Exploración física, con especial atención:

2.1. Exploración abdominal: palpación para descartar un globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en casos de cesárea. Nos podemos ayudar de la sonda ecográfica inalámbrica si es necesario.

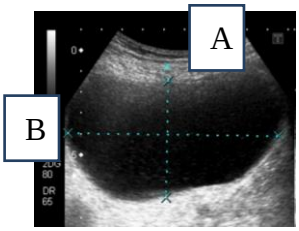
2.2. Exploración genital para descartar edema/hematoma vulvar.

2.3. Evaluación del grado de dolor perineal mediante escala visual analógica (EVA 0-10)

3. **Medición 1º micción espontánea (siempre):**
   - **3.1. Si volumen miccional < 200 ml:** asegurar correcta ingesta líquida y realizar nuevo control volumen miccional en siguiente micción espontánea.
   - **3.2. Si 200-700 ml:** volumen miccional correcto. No requiere más control.
   - **3.3. Si > 700 ml:** Se registrará el volumen miccional en siguiente micción espontánea (para descartar el globo vesical).

4. **Medición 2º micción** (sólo en caso de 1º micción volumen < 200 ml o > 700 ml o dudas en la clínica de disfunción vaciado (puntúa mal en alguna de las preguntas):
   - 4.1. **Si 200-700 ml y no clínica de disfunción vaciado:** No se realizará más control.
   - 4.2. **Si 200-700 ml pero persiste clínica de disfunción vaciado:** en siguiente micción espontánea se hará COR con la sonda ecográfica inalámbrica.
   - 4.3. **Si < 200 o > 700 ml:** en siguiente micción espontánea se hará COR con la sonda ecográfica inalámbrica.

5. **COR:** Es el volumen de residuo postmiccional durante los primeros 5 minutos tras la micción espontánea. Se considera un **COR patológico si el volumen de residuo postmiccional es >1/3 del volumen obtenido** en la micción espontánea. Se indicará la realización de COR ante: volumen < 200 o > 700 ml en 2º micción espontánea o clínica sugestiva disfunción vaciado (independientemente de volumen miccional espontáneo). Mediremos el COR por ecografía. Si no es posible realizar ecografía, se sondará a la paciente para medir el COR tras la micción espontánea. La fórmula que utilizaremos para calcular el volumen vesical por ecografía será la siguiente:



A (cm) x B (cm) x 5,6 = X mL

6. TRATAMIENTO DISFUNCIÓN VACIADO Y RAO

1. Ante **RAO,** se realizará vaciado vesical mediante **sondaje de descarga (CH 14).** En estos casos, haremos **profilaxis con fosfomicina 3g/72h** mientras persista la disfunción miccional (ya en primer sondaje).
2. Tanto en el caso de **RAO** como de **disfunción de vaciado con 1º COR patológico**, se **valorará la función miccional en las siguientes 3-4h**:
   - 2.1. Si **deseo miccional y micción espontánea,** se realizará COR:
     - 2.1.1. Si COR es normal y no presenta síntomas, se dará el alta a la paciente sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional.
     - 2.1.2. Si COR patológico, se mantendrá la misma actitud terapéutica (cada 3-4h) hasta que se normalice la función miccional (como máximo 72 horas).
     - 2.1.3. Si persiste COR patológico tras 72 horas, se diagnosticará de **RAO postparto persistente** y requerirá **SVP pinzada** en domicilio (ver seguimiento al alta).
   - 2.2. Si la paciente **no** presenta **deseo miccional** y es **incapaz de realizar la micción** en esas primeras 3-4h**,** se comprobará por ecografía el volumen vesical:
     - 2.2.1. Si el volumen tras sondaje es < 200ml insistir en hidratación (no valorable la función miccional en volúmenes tan bajos) y revaloración en 1h.
     - 2.2.2. Si volumen miccional 200-400 ml, demoraremos la valoración de la micción, pero máximo 1 h para evitar globo vesical posterior. Si, a la 1 h, no deseo miccional e incapaz de realizar micción se procederá a un sondaje intermitente. Si deseo miccional, esperaremos a micción espontánea (máximo 1 h más).
     - 2.2.3. Si volumen miccional > 400 mL y sigue sin sensación miccional incapaz de realizar micción, se realizará sondaje vesical intermitente.
   - 2.3. En RAO, si la paciente **no es candidata a sondaje vesical intermitente** (p.ej. trauma perineal importante), se optará por **SVP** pinzada (tipo sonda Foley, CH 16-18) desde el inicio de los sondajes.
   - 2.4. Aunque la sintomatología mejora más rápidamente con sondajes intermitentes en las primeras 72h, plantearemos el SVP pinzado cuando más de 24h de sondajes intermitentes y negativa de la paciente a seguir con sondajes intermitentes.
     - 2.4.1. Se debe despinzar la sonda cuando la paciente refiera deseo miccional, o en ausencia de este, cada 3-4 horas.
     - 2.4.2. Revaloración de la retirada de SVP a las 24 horas si la paciente tiene reflejo miccional. En este caso se evaluará el volumen miccional y COR en la micción tras la retirada de la sonda y en la siguiente micción espontánea (2 micciones consecutivas).
       - 2.4.2.1. Si COR normal en las 2 micciones, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional.

2.4.2.2. Si COR patológico, se recolocará la SVP y se mantendrá la misma actitud terapéutica 48 horas más.

2.4.2.3. Si persiste la clínica tras 72 horas (COR patológico), se diagnosticará a la paciente de **RAO postparto persistente** y requerirá sondajes en domicilio (ver seguimiento al alta).

7. SEGUIMIENTO AL ALTA

1. La visita de **control de cuarentena** de estas pacientes puede realizarse con su ginecólogo de referencia si no hay ninguna otra patología que justifique una visita en HCM/HSJD.
2. Instrucciones **al alta** de la paciente con **RAO postparto persistente*:***
   2.1. Las enfermeras de la sala explicarán el **manejo de la SVP pinzada** y cómo debe hacer el **registro del patrón miccional** (se le proporcionará diario miccional (**Anexo 1**) para que registre sus micciones)**:**
      2.1.1. **Despinzarán la sonda** vesical **cada vez que sienta la necesidad de orinar** y registrarán el volumen de vaciado orinado.
      2.1.2. **Si no tiene sensación miccional**, es importante que despince la sonda **cada tres horas aproximadamente** para vaciar la vejiga, con un descanso nocturno de 6 horas.
   2.2. Se prescribirá profilaxis antibiótica con **Fosfomicina trometamol 3g/72** horas.
   2.3. Con la documentación del alta hospitalaria, se le proporcionará la **citación para FLUJOMETRIA en la Unidad de Urodinámia del ICGON en Hospital Clínic Escalera 5 Planta 2 (en 48 -72 horas)**: Se indicará a la paciente la necesidad de que acuda con ganas de orinar, habiendo bebido 3 vasos de agua unas 2 horas antes de la visita. Además, deberá aportar registro de función miccional realizada en domicilio.
3. Manejo en la **Unidad de Urodinamia*:***
   3.1.1. **Evaluación síntomas** (sensación miccional, dolor, etc.)
   3.1.2. **Se revisará el registro miccional** que aporte la paciente (volúmenes miccionales, frecuencia, RPM)
   3.1.3. Se realizará **estudio función miccional**. Se realizarán 2 flujometrías: la primera tras llenado vesical y retirada de la sonda, y la segunda tras ingesta líquida y una micción espontánea.
   3.1.4. Según los parámetros observados, se dará el alta a la paciente si se ha producido la normalización de la función miccional, sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional.
   3.1.5. Si persiste la alteración de la función miccional, seguirá controles semanales hasta la normalización de la función miccional (se programarán como flujometrías). Ante esta situación, se le ofrecerá a la paciente 2 posibles opciones:

3.1.5.1. Continuar con SVP.

3.1.5.2. Enseñar el autosondaje para realizar el cateterismo intermitente en domicilio.

3.1.6. Una vez normalizada la función miccional, se citará a la paciente en la Consulta externa de Uroginecología a los 3 meses para revaloración.

4. Instrucciones para la paciente con **autosondajes**:

4.1. Se le informará a la paciente sobre la técnica de autosondaje y los cuidados necesarios de acuerdo a su situación. Se le proporcionará la prescripción de las sondas y una hoja para que registre su función miccional.

4.2. El entrenamiento lo llevará a cabo una enfermera especializada con experiencia en esta técnica, proporcionando las siguientes instrucciones a la paciente:

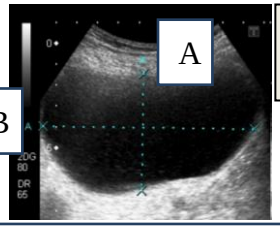
4.2.1. El autosondaje se realizará con sonda hidrofílica de baja fricción, CH 10-12

4.2.2. Cada 3-4 horas se autosondará si no ha habido micción espontánea. Si realiza micciones espontáneas deberá sondarse tras ellas para control del RPM (siempre que éste siga manteniéndose >1/3 del volumen vesical).

4.2.3. Se prescribirá profilaxis antibiótica con Fosfomicina trometamol 3g/72 horas

Responsables del protocolo:	S. Anglès, T. Cobo, M. López, L. López, L. Amat, C. Ros.
Fecha del protocolo y actualizaciones:	20/7/2020, 09/09/2020
Última actualización:	14/2/2024
Próxima actualización:	14/2/2028
Código Hospital Clínic:	MMF-32-2007
Código Sant Joan de Déu:	

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA RAO y DISFUNCIÓN VACIADO POSTPARTO



A (cm) x B (cm) x 5,6 = X mL

COR = Volumen vesical residual tras micción espontánea (medido por ecografía)

Realización 1º micción espontánea y **medición volumen (anotar HCO)**
Posterior anamnesis dirigida a síntomas disfunción vaciado y exploración física (descartar globo vesical)

Si micción normal (>200m y <700ml)

Si micción <200ml o >700ml o duda clínica

Si no micción espontánea

Retención urinaria sintomática (RAO)

Sondaje descarga* + fosfomicina 3g y valoración volumen siguiente micción

No deseo miccional. Incapacidad micción a las 3-4h

Medición volumen vesical x ecografia

< 200 ml

Hidratación y valoración 1h

200-400 ml

Valoración a la 1h. Si persiste sin deseo miccional

>400 ml

Sondaje descarga

Valoración 2º micción (importante hidratación, analgesia, movilización, edema)

No más control

Si micción normal (>200m y <700ml)

Si micción espontánea <200ml o >700ml o clínica disfunción

Esperar micción espontánea y hacer COR (mediante ecografia)

COR normal (< 1/3 micción espontánea)

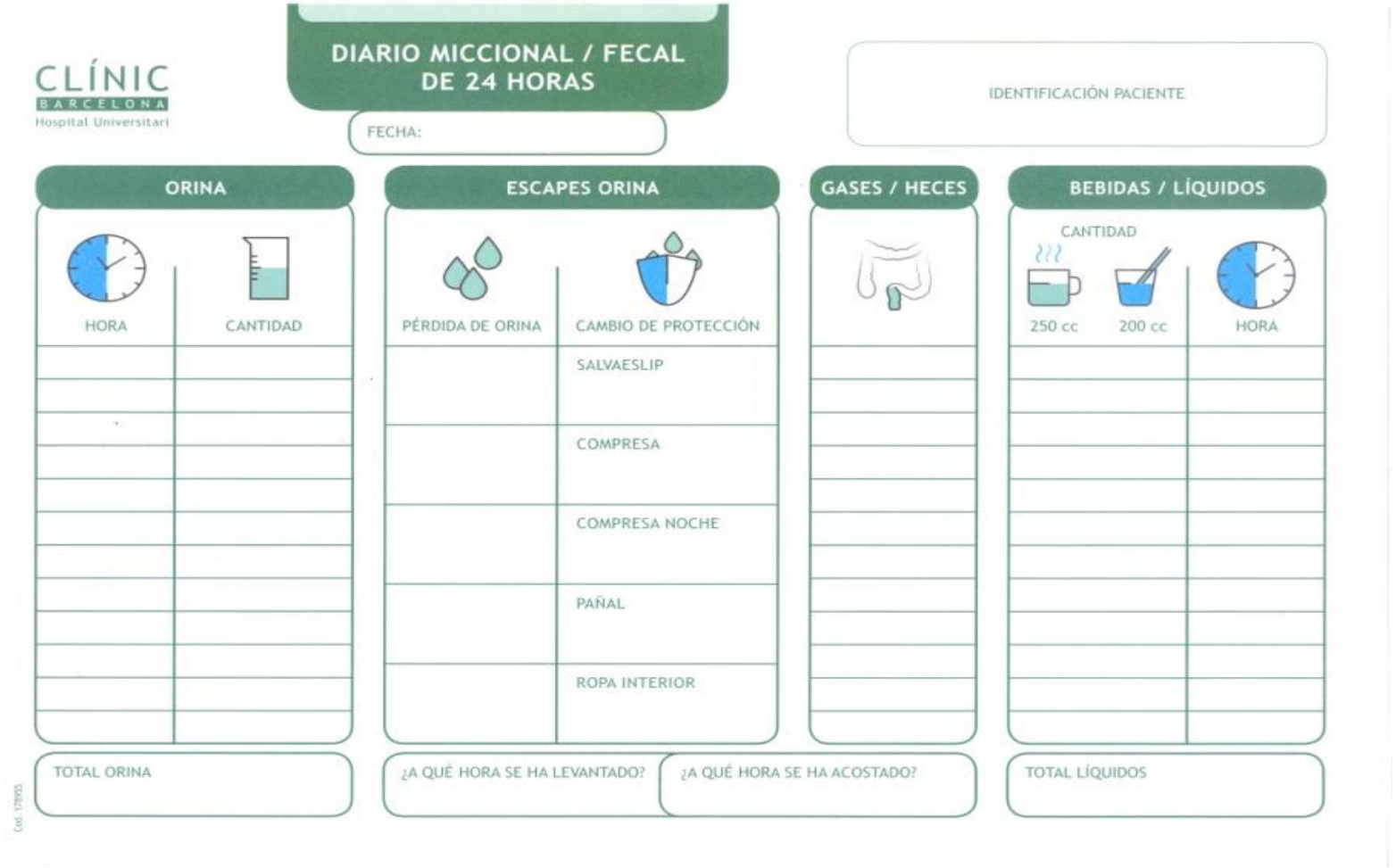
COR patológico

*Si sondaje descarga, iniciaremos fosfomicina 3g/72h mientras persista la disfunción miccional.
Si sondajes repetidos realizar lavados vaginales con rosalgin® como antiinflamatorio

REVALORAR FUNCIÓN MICCIONAL con COR mediante ecografía en siguiente micción. En el momento que COR normal, no más controles.
Individualizar frecuencia en la valoración (recomendable cada 3-4h sin sobrepasar un máximo de 6 h de la última micción)

Sondaje permanente com Foley pinzado a las 72h o a las 24h de sondajes intermitentes si la paciente expressa su negativa a más sondajes intermitentes
Antibioterapia: Fosfomicina 3g/72h en receta al alta
Explicar registro del patrón miccional
Visita a la Unidad de Urodinamia H. Clínic en 48-72 horas: Flujometría

Anexo 1. Diario miccional



CLÍNIC BARCELONA
Hospital Universitari

DIARIO MICCIONAL / FECAL DE 24 HORAS

FECHA:

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

ORINA		ESCAPES ORINA		GASES / HECES	BEBIDAS / LÍQUIDOS		
HORA	CANTIDAD	PÉRDIDA DE ORINA	CAMBIO DE PROTECCIÓN		CANTIDAD 250 cc	CANTIDAD 200 cc	HORA
			SALVAESLIP				
			COMPRESA				
			COMPRESA NOCHE				
			PAÑAL				
			ROPA INTERIOR				

TOTAL ORINA

¿A QUÉ HORA SE HA LEVANTADO?

¿A QUÉ HORA SE HA ACOSTADO?

TOTAL LÍQUIDOS