
PROCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

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.

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

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 neonatal¹² > 3800 gr: los 3 factores pueden provocar una compresión y / o estiramiento del nervio pudiendo, 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 episiotomía¹² dolorosa o desgarro.

3.2.3. Primiparidad¹¹: Por el mayor riesgo de prolongación de la segunda fase del parto, instrumentación o episiotomía.

3.2.4. Dolor perineal¹¹, 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
-

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

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 preguntas** se realizará control de orina residual (**COR**) en siguiente micción espontánea (independientemente del volumen miccional de la 1ª micción).

2. **Exploración física**, con especial atención:
 - 2.1. Exploración abdominal: palpación para descartar un globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en casos de cesárea.
 - 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 1ª 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.

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

- 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.
- 4.3. **Si < 200 o > 700 ml:** en siguiente micción espontánea se hará COR.
5. **Sedimento urinario y/o urinocultivo** para descartar infección urinaria en los casos que persista clínica de disfunción vaciado y/o 2º micción < 200 ml o > 700 ml.
6. **COR:** Consiste en la evaluación del volumen de vaciado obtenido en la micción espontánea y el volumen de residuo postmiccional medido mediante sondaje (sonda de descarga, CH 14) o, si fuera posible, mediante ecografía¹⁴(durante los primeros 5 minutos tras la micción). Se considera un **COR patológico si el volumen de residuo postmiccional medido tras sondaje/ecografía 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).

6. TRATAMIENTO DISFUNCIÓN VACIADO Y RAO

1. En los casos que se haga **sondaje de descarga** o **COR**, haremos **profilaxis con fosfomicina 3g/72h** mientras persista la disfunción miccional.
2. Ante **RAO**, se realizará vaciado vesical mediante **sondaje de descarga (CH 14)**.
3. 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:**
- 3.1. Si **deseo miccional y micción espontánea**, se realizará COR:
- 3.1.1. Si COR es normal y no presenta síntomas, se dará el alta a la paciente sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional.
- 3.1.2. Si COR patológico, se mantendrá la misma actitud terapéutica (cada 3-4h) hasta que se normalice la función miccional (como máximo 72 horas).
- 3.1.3. Si persiste COR patológico tras 72 horas, se diagnosticará de **RAO postparto persistente** y requerirá **SVP pinzada** en domicilio (ver seguimiento al alta).

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

- 3.2. Si la paciente **no** presenta **deseo miccional** y es **incapaz de realizar la micción** en esas primeras 3-4h, se realizará **sondaje vesical intermitente**¹⁵ para determinar el volumen vesical:
 - 3.2.1. Si el volumen tras sondaje es < 200ml insistir en hidratación (no valorable la función miccional en volúmenes tan bajos).
 - 3.2.2. Si volumen miccional > 200 ml: se mantendrá la misma actitud terapéutica que en punto 3.
- 3.3. Si durante el ingreso, 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).
 - 3.3.1. Se debe despinzar la sonda cuando la paciente refiera deseo miccional, o en ausencia del mismo, cada 3-4 horas.
 - 3.3.2. Revaloración de la retirada de SVP a las 24 horas. Sólo si tienen reflejo miccional se retirará la SVP y 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).
 - 3.3.2.1. Si COR normal en las 2 micciones, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional.
 - 3.3.2.2. Si COR patológico, se recolocará la SVP y se mantendrá la misma actitud terapéutica 48 horas más.
 - 3.3.2.3. 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 Urodinámica 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

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

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

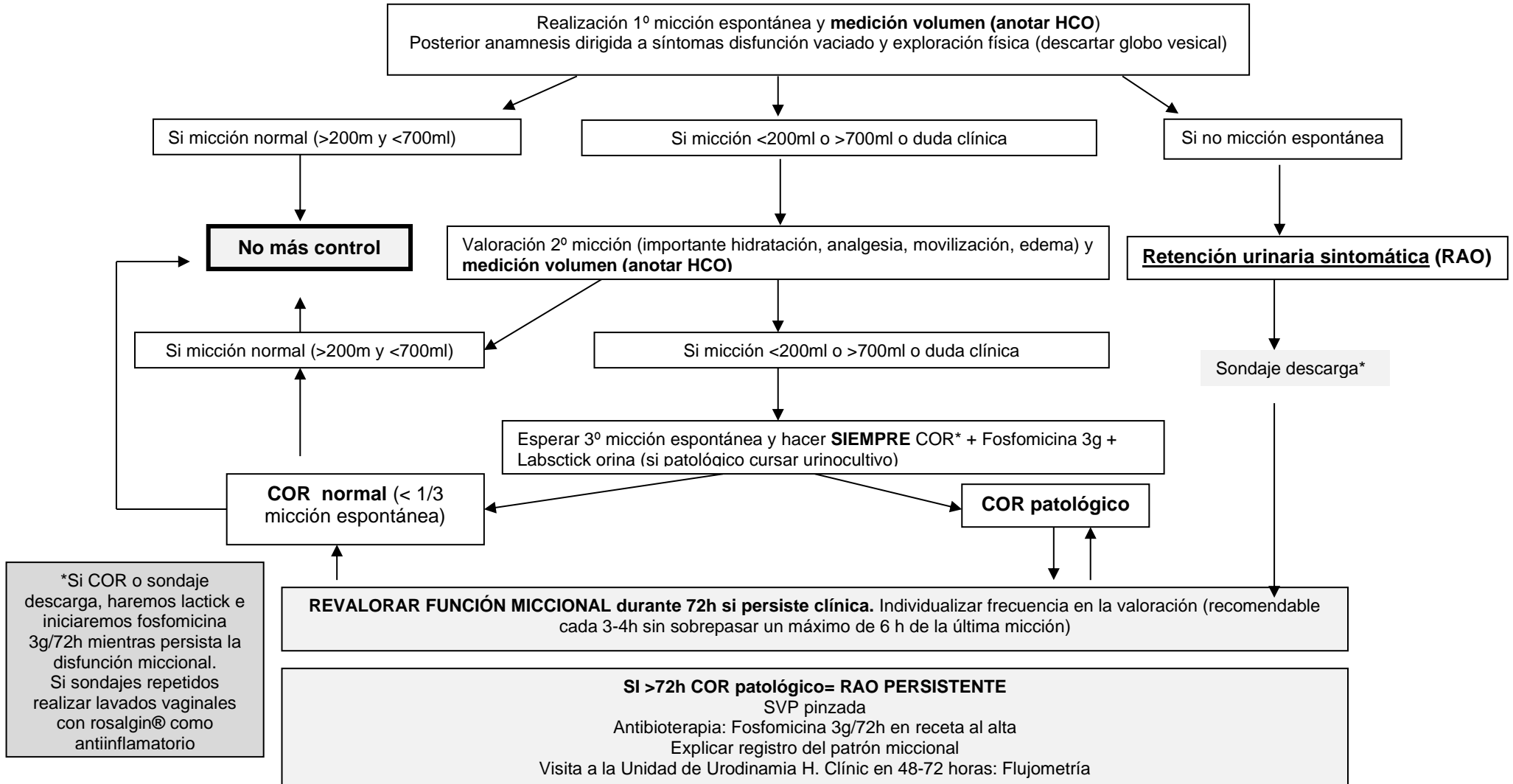
4.2.2. Cada 3-4 horas se autosondará si no ha habido micción espontánea. Si realiza micciones espontáneas deberá sondarse tras ellas para control del RPM (siempre que éste siga manteniéndose >1/3 del volumen vesical).

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

Responsables del protocolo:	S. Anglès, M. López, T. Cobo, L. López, L. Amat, C. Ros.
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/01/2007, 01/06/2014, 20/7/2020
Última actualización:	09/09/2020
Próxima actualización:	09/09/2024
Código Hospital Clínic:	MMF-32-2007

PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA RAO y DISFUNCIÓN VACIADO POSTPARTO



PROTOCOLO: RETENCIÓN AGUDA ORINA Y DISFUNCIÓN VACIADO EN POSTPARTO

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	 GASES / HECES	 250 cc	 200 cc	 HORA
TOTAL ORINA		¿A QUÉ HORA SE HA LEVANTADO?		¿A QUÉ HORA SE HA ACOSTADO?			TOTAL LÍQUIDOS

Cod: 179905