

# RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POSTPARTO

## 1. DEFINICIONES Y EPIDEMIOLOGÍA

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Helena Millán Cantero	María Isabel Valdivia Jiménez	Febrero 2024
Guadalupe Quintana Coronado	José M <sup>a</sup> Sánchez Jordán	<b>Fecha revisión</b>
		<b>27 Febrero 2024</b>

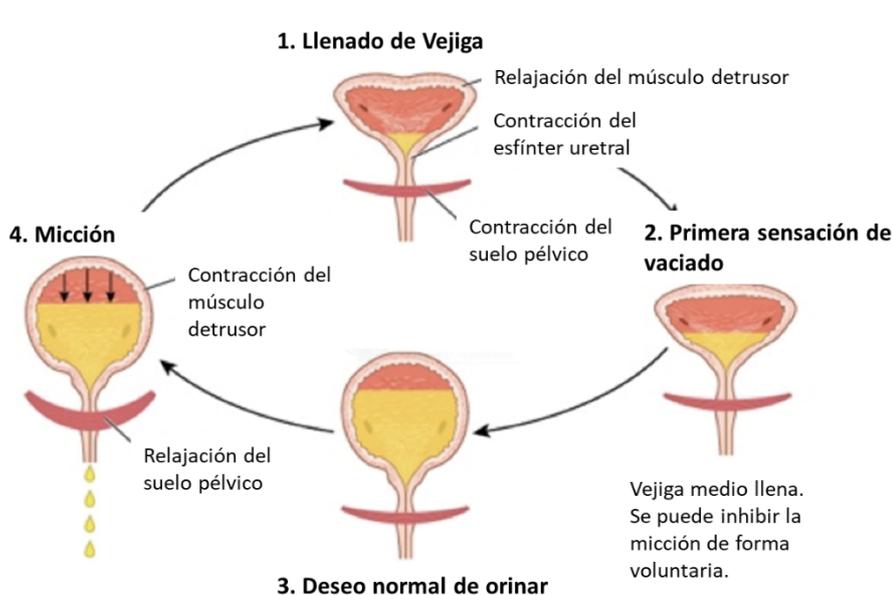
### 1.1 RETENCIÓN DE ORINA

La sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) define la **retención de orina** como una condición clínica secundaria al vaciamiento incompleto de la vejiga durante la micción (disfunción de vaciado) y que implica la existencia de un residuo postmiccional patológico.

Para entender esta definición, es necesario atender a los dos conceptos principales: la disfunción del vaciado y el residuo postmiccional patológico.

En primer lugar, el proceso normal de la **micción**, según la International Continence Society (ICS), implica “una contracción continua del detrusor, iniciada voluntariamente, que conduce al vaciado completo de la vejiga en un periodo de tiempo normal y en ausencia de obstrucción”. Este proceso se encuentra representado en la figura 1.

**Figura 1. Proceso normal de micción.**



Una alteración en cualquiera de los elementos implicados en la micción, conlleva a la **disfunción de vaciado**, que la ICS define como “la micción anormalmente lenta y/o incompleta, basándose tanto en los síntomas como en los hallazgos urodinámicos”. La retención de orina es considerada una condición clínica secundaria a esta disfunción.

La definición de **residuo miccional patológico** es más difícil de establecer, ya que algunos autores fijan el corte en un residuo superior a 150-200ml tras la micción; mientras otros lo calculan en función al porcentaje del volumen miccional, considerándose el umbral patológico en un residuo superior a 1/3 de dicho volumen. La fórmula de elección para medir el residuo miccional es la fórmula Dietz:  $A \times B \times 5.6$  en plano sagital y en cm. Figura 2.

**Figura 2. Cálculo del Residuo postmiccional.**



La retención de orina se puede clasificar en aguda o crónica, según el tiempo que tarde en establecerse el cuadro. La **retención aguda de orina (RAO)** puede presentarse como una reagudización de un proceso crónico urinario o de forma transitoria en patología aguda y postoperatorios.

## 1.2 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POSTPARTO

La **retención aguda de orina (RAO) postparto** se define como la incapacidad para vaciar la vejiga espontáneamente y de forma adecuada tras las primeras 6 horas del parto o tras la retirada de una sonda vesical permanente después de una cesárea. Puede clasificarse en: **descubierta** según si el diagnóstico se establece por ausencia de micción espontánea; o **encubierta** si, a pesar de existir micción, el residuo miccional es patológico. Esta última a menudo pasa desapercibida.

Es importante saber que, en ocasiones, cuando no se realiza sondajes transitorios postparto en pacientes con analgesia epidural, puede producirse una incontinencia por rebosamiento por el aumento de la presión vesical que interpretamos erróneamente como una micción, tratándose realmente de una retención urinaria no diagnosticada.

La incidencia de RAO postparto es variable en la literatura, oscilando entre un 0,2 y un 37%, debido a la falta de consenso en su definición en los diferentes estudios, que se basan principalmente en la opinión de expertos. De la misma manera, la prevalencia de RAO postparto en los artículos revisados varía entre 0.03-45%.

La **RAO persistente** se diagnostica cuando la incapacidad de micción espontánea persiste más allá de 72 horas. Al ser más fácil de establecer su definición, se estima una prevalencia más precisa, del 0,18%.

## 2. ETIOLOGIA Y FISIOPATOGENIA

A día de hoy, la etiología de la RAO postparto se considera desconocida. No obstante, la teoría más aceptada es que hay una suma de factores predisponentes, tanto fisiológicos, del proceso del parto, como mecánicos y neurológicos, que pueden estar implicados en su fisiopatogenia. Tabla 1.

**Tabla 1. Factores predisponentes RAO postparto.**

FACTORES FISIOLÓGICOS	
<b>Progesterona</b>	La progesterona disminuye el tono del músculo liso vesical del detrusor y aumenta la presión máxima de cierre del esfínter uretral.
<b>Cambios en la presión intravesical</b>	La presión intravesical disminuye bruscamente tras el parto y puede producir una hipotonía transitoria.
FACTORES MECÁNICOS Y NEUROLÓGICOS	
<b>Oxitocina</b>	La oxitocina tiene efecto antidiurético.
<b>Anestesia peridural</b>	La analgesia epidural puede inhibir el reflejo de la micción desde la vejiga al centro pontino, produciendo una sobredistensión vesical y una disminución de la contractilidad del detrusor.
<b>Primiparidad</b> <b>Segunda fase del parto prolongada</b> <b>Parto instrumentado</b> <b>Peso neonatal mayor de 3800 gr</b>	Esta suma de factores, habitualmente relacionadas entre sí, puede conllevar a una sobredistensión del nervio pudiendo, lo que afecta a los reflejos y al mecanismo voluntario de la micción.
<b>Desgarro o episiotomía dolorosa</b> <b>Edema o Hematoma local</b>	El dolor perineal produce una hipertonia y una falta de relajación de la musculatura del suelo pélvico durante la micción voluntaria

### 3. SINTOMATOLOGÍA

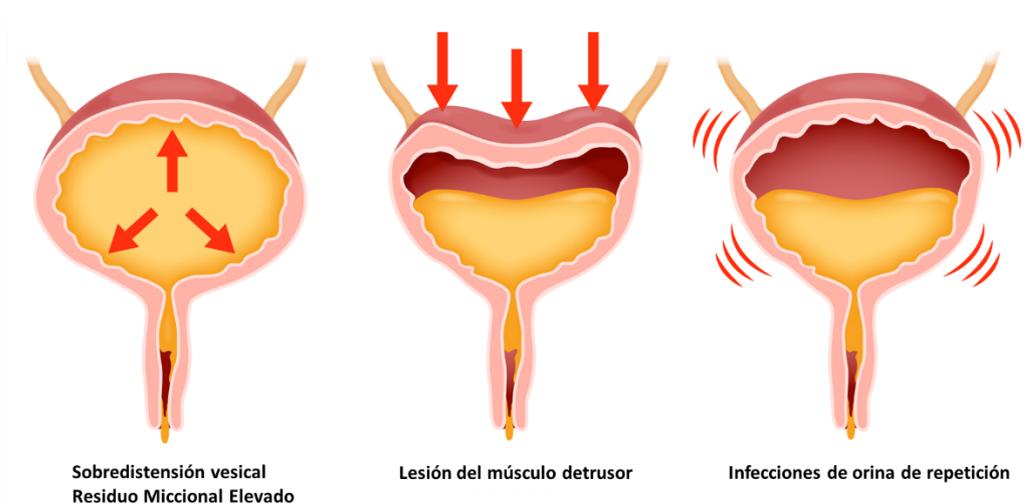
#### 3.1 CLINICA AGUDA

La clínica aguda de la retención de orina se caracteriza por la imposibilidad de realizar una micción espontánea o la sensación de vaciado incompleto, a menudo asociada a dolor hipogástrico. También puede cursar con sintomatología de disfunción vesical, con aumento de la frecuencia miccional con volúmenes disminuidos, urgencia miccional, chorro miccional débil o entrecortado, e incluso incontinencia urinaria por rebosamiento.

#### 3.2 CLINICA A LARGO PLAZO

La importancia del diagnóstico de la RAO postparto reside en sus implicaciones a largo plazo. La clínica, aunque infrecuente, se ha relacionado con secuelas asociadas a la sobredistensión vesical y el residuo elevado, como son las infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes, la afectación renal y la lesión miogénica del musculo detrusor. Figura 3.

**Figura 3. Clínica de RAO a largo plazo.**



### 4. DIAGNÓSTICO

Como explicamos en la definición, el diagnóstico de RAO postparto se establece con la incapacidad para realizar la micción adecuada tras las primeras 6 horas postparto o después de haber retirado una sonda vesical tras cesárea.

En un primer momento, se recomienda identificar aquellas pacientes con **factores de riesgo** en la historia clínica (primíparas, expulsivo prolongado, parto instrumentado o analgesia regional, entre otros).

#### 4.1 ANAMNESIS

La evaluación inicial parte de la **anamnesis** de las púerperas a las 4 horas postparto. En las primeras horas se debe valorar:

- Sensación o no de peso en hipogastrio.
- Deseo miccional presente o ausente.
- Inicio del flujo y la continuidad del mismo.
- Sensación o no de vaciado incompleto.

#### 4.2 EXPLORACIÓN

La exploración de signos de RAO incluye:

- **Exploración abdominal:** palpación para descartar globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en caso de cesárea.
- **Exploración genital:** para descartar edema/hematoma vulvar o vaginal o cuerpo extraño en vagina.
- **Evaluación del dolor perineal:** mediante una escala EVA.

#### 4.3 RESIDUO POSTMICCIONAL

Llegados a este punto, recordamos que la RAO encubierta es aquella en la que, a pesar de existir micción, el residuo miccional es patológico. Es por ello que algunos autores recomiendan registrar en la historia clínica la primera micción tras el parto o retirada de sonda, midiendo el volumen de vaciado así como el residuo postmiccional, bien por métodos invasivos como el **sondaje vesical transitorio**, o no invasivos como la **ecografía**, siendo este último de elección porque presenta una menor morbilidad. La orina residual no debe superar los 150 ml o más de un tercio del volumen vesical.

### 5. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

#### 5.1 PREVENCIÓN

La **educación** de las pacientes en salud vesical e higiene miccional previa al parto, así como la detección temprana de los **factores de riesgo** asociados a RAO, pueden ayudar a tomar medidas preventivas en el manejo de esta entidad.

Algunas de las medidas más aceptadas se dan en pacientes que reciben analgesia epidural. En un primer momento, durante el trabajo de parto, se recomienda realizar sondaje vesical intermitente en estas pacientes, al menos cada 3-4 horas, o más frecuentemente si las diuresis son superiores a 500ml. Así mismo, se aconseja realizar un sondaje vesical en el postparto inmediato.

Por otro lado, siempre será importante un buen manejo del trabajo de parto, evitando dilataciones prolongadas o realizar episiotomía de no ser necesaria.

Se recomienda, además, tratar de forma precoz el edema de vulva y el dolor perineal, para evitar una eventual hipertonía o contracción de la musculatura del suelo pélvico.

## 5.2. TRATAMIENTO

El tratamiento de la RAO postparto en un primer momento está orientado al alivio sintomático y a minimizar las secuelas a largo plazo. El primer paso consiste en la **identificación** del cuadro. Figura 4.

Si a las 6 horas postparto, o tras retirada de sonda vesical, la paciente no ha realizado una micción espontánea, está indicado un **sondaje vesical de descarga** y cuantificar el volumen evacuado.

- Si con esta primera intervención se consigue **micción espontánea**, el cuadro se considerará **resuelto** sin precisar controles ni seguimiento al alta.

Si tras este sondaje de descarga, la paciente continua sin micción en las siguientes 3 o 4 horas, se indicará un **sondaje vesical permanente** hasta el día siguiente. En este punto, se tomarán sedimento y urocultivo para descartar infección.

Posteriormente, se aconseja pinzar y despinzar la sonda si presenta deseo miccional, o cada 3 ó 4 horas en caso de que esto no suceda.

- Si la paciente refiere deseo miccional en varias ocasiones se puede **retirar** la sonda vesical.

En caso contrario, si persiste más de 72 horas, se diagnosticará a la paciente de **RAO persistente** y requerirá **sondaje permanente en domicilio** al menos durante 5 días más.

Al alta se explicarán a la puérpera los cuidados necesarios de acuerdo con su situación (manejo de sondaje vesical permanente y registro de patrón miccional). Se indicará pinzar la sonda y despinzar cada vez que sienta la necesidad de orinar, y registrar el volumen vaciado. Si no tuviera deseo miccional, deberá despinzar la sonda cada 3-4 horas para vaciar la vejiga, con un descanso nocturno de 6 horas.

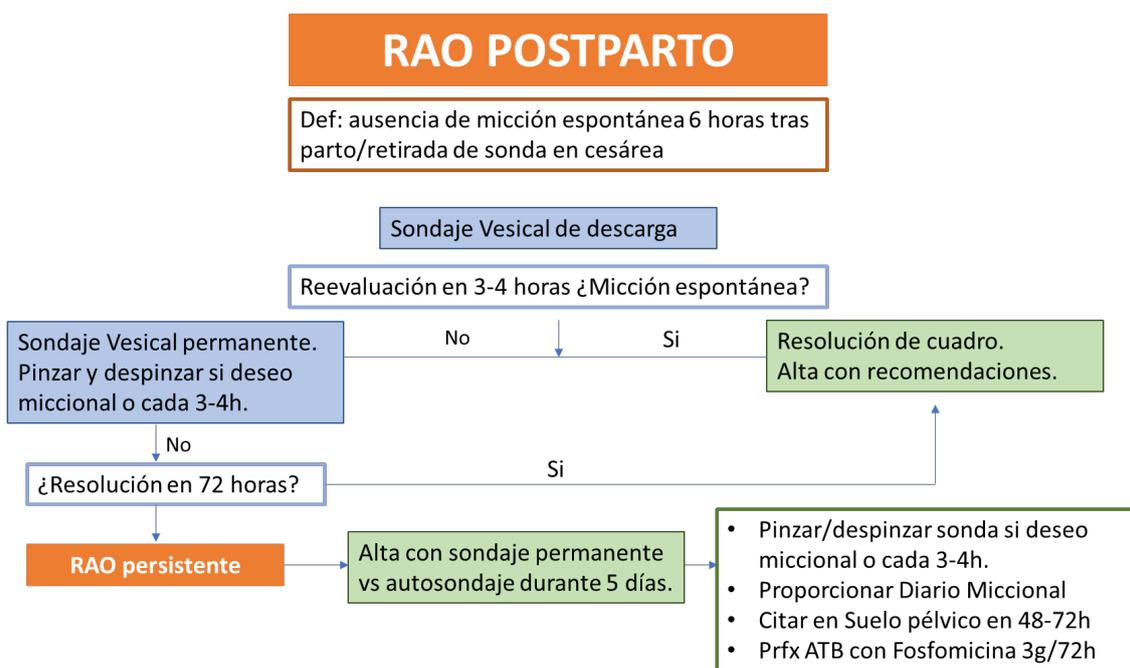
En algunos estudios, se valora la posibilidad de **sondaje vesical intermitente** al alta, sin evidencia en la literatura de claras ventajas respecto al sondaje permanente. De optar por esta medida, un personal experimentado debería entrenar a la paciente en la técnica del autosondaje, que se realizaría cada 3-4 horas en ausencia de micción, o tras micción espontánea si el volumen residual es superior a un tercio.

En ambos casos se proporcionará a la paciente un **Diario Miccional**, citaremos en consultas especializadas de **suelo pélvico** en 48-72 horas y se pautará profilaxis antibiótica con **fosfomicina** 3gr/72h.

\*\*\*) *Nota de interés:* Los tratamientos farmacológicos para la prevención de otras RAO, como el betanecol, de efecto colinérgico muscarínico, y la tamsulosina, con efecto antagonista alfa adrenérgico,

no han demostrado ser efectivos en la RAO postparto, además de desconocerse su paso a la leche materna en el caso de madres lactantes.

**Figura 4. Protocolo manejo RAO postparto**



## 6. SEGUIMIENTO

En relación con el seguimiento de la paciente con RAO persistente postparto, se aconsejará acudir a la cita en suelo pélvico con el registro y diario miccional completado, y con ganas de orinar.

En la consulta se realizarán los siguientes procedimientos:

- Revisar el registro miccional que aporte la paciente (volúmenes miccionales, frecuencia, RPM).
- Realizar una flujometría de control.

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 de su función miccional.

Si persiste la alteración de la función miccional, seguirá **controles semanales** hasta su normalización.

Una vez normalizada la función miccional, se citará a estas pacientes en la Unidad de Uroginecología a los 3 meses para una nueva valoración de dicha función.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Akari Yoshida, Mikako Yoshida, Maiko Kawajiri. Prevalence of urinary retention after vaginal delivery : a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal (2022) 33 :3307-3323
- Alexandra C , Nutaitis Do, Nicole A, Meckes MD, Annetta M Madsen MD, Coralee T.Toal MD. Postpartum urinary retention: an expert review. American Journal of 4. Obstetrics and Gynecology. Olume 228, Issue 1, January 2023. Pages 14-21
- Anglés Acedo S, Escura S, Ros Cerro C. Manejo de la retención urinaria postparto. Suelo Pélvico 2021; 14(1): 22-25
- Anglès,S, López M, Cobo et all. Retención aguda de orina y disfunción del vaciado postparto. Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 2020. Disponible en: [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org)
- López Garrido, Valverde Pareja. Protocolo Asistencial: Retención urinaria postparto. Hospital Virgen de las Nieves,Granada.2021. Disponible en: [https://www.huvn.es/asistencia\\_sanitaria/ginecologia\\_y\\_obstetricia](https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia)
- Palacios-Galicia JL, Muñoz-Toscano A, Pérez-Martínez C, Cruz-Gómez Y. Retención urinaria postparto: conducta clínica y modelos experimentales para su estudio. Ginecol Obstet Mex.2017 julio;85(7):457-465
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Disfunción del vaciado y retención aguda de orina. Prog Obstet Ginecol 2019;62(2):187-193
- Stefan Mohr, Luigi Raio, Ursula Gobrecht-keller. Postpartum urinary retention : what are the sequelae ? A long term study and review of the literature. International Urogynecology Journal (2022) 33 :1601-1608