

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Manejo de la retención urinaria posparto

S. Anglès Acedo, S. Escura, C. Ros Cerro, L. Amat Tardiu, E. Bataller Sánchez, M. Espuña Pons

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona

Introducción

La retención urinaria y la disfunción de vaciado posparto consisten en la incapacidad de vaciar la vejiga espontáneamente o de forma adecuada tras el parto. La incidencia exacta es incierta y varía considerablemente en la literatura entre un 0,2 y un 37%¹⁻⁴, dada la gran variabilidad de definiciones utilizadas en los diferentes estudios.

El retraso o ausencia del diagnóstico de la retención urinaria y, consecuentemente, una intervención tardía o inexistente, originarían una sobredistensión vesical que podría causar daños irreversibles en la contractilidad del detrusor y una disfunción de vaciado de larga duración^{5,6}.

Sin embargo, con el diagnóstico precoz y la intervención oportuna requerida, se espera una recuperación completa sin graves consecuencias a largo plazo^{7,8}, por lo que es importante identificar a las pacientes en riesgo.

Clasificación y terminología

¿Cómo deben clasificarse los diferentes tipos de retención urinaria posparto?

De acuerdo con la terminología de la International Continence Society (ICS)⁹, entendemos por «retención urinaria» la incapacidad para orinar a pesar de un esfuerzo persistente, y por «disfunción de vaciado» la alteración de la sensación o función normal, durante o después del acto de micción, que conlleva una micción anormalmente lenta y/o incompleta. Además de los síntomas, su diagnóstico también se puede basar en el estudio funcional (flujometría, urodinámica).

En cuanto a la retención urinaria posparto, si nos basamos en la literatura publicada, se define como la ausencia de micción espontánea a las 4-6 horas después del parto vaginal o tras retirar la sonda vesical permanente. Se considera una retención urinaria posparto persistente

la que persiste más de 3 días posparto, cuya prevalencia es del 0,18%⁷.

Otra forma de clasificar la retención urinaria posparto según la terminología propuesta por Yip et al.¹⁰ es ésta:

- Retención urinaria «descubierta», o sintomática: mujeres que son incapaces de orinar de forma espontánea dentro de las 6 horas tras un parto vaginal o dentro de las 6 horas tras retirarse una sonda vesical.
- Retención urinaria «encubierta», o asintomática: mujeres que no refieren sintomatología pero que dejan un residuo posmiccional (RPM) mediante ecografía o sondaje vesical >150 mL.

Etiopatogenia, factores de riesgo y clínica

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de la retención urinaria posparto?

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

Fisiológicos

- Niveles elevados de progesterona: reducen el tono de la musculatura lisa, provocando una dilatación de la vejiga, los uréteres y la pelvis renal.
- Cambios en la presión intravesical, que aumenta durante el embarazo y disminuye de forma brusca después del parto, contribuyendo a la aparición de una hipotonía vesical transitoria en el posparto inmediato.

Mecánicos y neurológicos

- Anestesia peridural y raquídea¹¹⁻¹³. 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.
- Segunda fase del parto prolongada^{7,11}, partos instrumentados^{7,11,13} y peso neonatal >3.800 g^{12,13}. Estos 3 facto-

Correspondencia: Sònia Anglès Acedo. Unidad de Suelo Pélvico. Institut Clínic de Ginecologia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Villarroel 170. 08036 Barcelona. Correo electrónico: sangles@clinic.cat.

res 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 podría producirse una sobredistensión vesical que afectaría a la contractibilidad del músculo detrusor. Este hecho se puede ver agravado por una episiotomía¹² dolorosa o un desgarro.

- Primiparidad^{11,13}. Por el mayor riesgo de prolongación de la segunda fase del parto, instrumentación o episiotomía.
- El dolor perineal¹¹ puede provocar una hipertonia y falta de relajación de la musculatura del suelo pélvico durante la micción voluntaria, causando una dificultad de vaciado vesical de origen obstructivo funcional.
- La presencia de edema y/o hematoma local en la vulva puede contribuir a la dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva mecánica.

¿Cuáles son los síntomas de la retención urinaria posparto?

- 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.

Diagnóstico de la retención urinaria posparto

Evaluación inicial

Se ha de realizar durante las primeras 4 horas posparto a todas las púerperas:

- Identificación de factores de riesgo en la historia clínica:
 - Historia pregestacional de patología uroginecológica.
 - Primiparidad.
 - Expulsivo prolongado.
 - Parto instrumentado.
 - Anestesia peridural y raquídea.
- Anamnesis dirigida para valorar la función miccional*:
 - Sensación de llenado vesical: presente/ausente.
 - Deseo miccional: presente/ausente.
 - Urgencia miccional: presente/ausente.
 - Inicio del flujo urinario: normal/dificultad de flujo de orina durante la micción: continuo/intermitente.

- Disuria: ausente/presente.
- Sensación de vaciado incompleto: ausente/presente.
- Incontinencia urinaria: ausente/presente (tipo).
- Exploración física:
 - Exploración abdominal: palpación para descartar un globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en casos de cesárea.
 - Exploración genital para descartar edema/hematoma vulvar.
 - Evaluación del grado de dolor perineal.

Controles de orina residual

- Registro en la historia clínica de la primera micción tras el parto o tras la retirada de la sonda vesical, midiendo el volumen de vaciado, así como el RPM mediante ecografía (durante los primeros 5 min tras la micción).
- Si la primera micción no es valorable (no se ha conseguido medir, volumen <200 mL o >700 mL¹⁴), también se registrará la segunda micción tras el parto.

Situaciones clínicas

¿Cuáles son las principales situaciones clínicas que nos podemos encontrar en una retención urinaria posparto?

- Retención urinaria asintomática. Entre las primeras 4-6 horas del parto o de la retirada de la sonda vesical, la púerpera está asintomática, pero presenta un RPM >1/3% del volumen vesical al realizar la primera micción. En este caso, debería llevarse a cabo una evaluación periódica cada 2 horas, para valorar la evolución; durante la noche, se podría aprovechar el momento en que la mujer esté despierta.
- Retención urinaria sintomática (retención aguda de orina). Entre las primeras 4-6 horas del parto o de la retirada de la sonda vesical, la púerpera presenta un deseo miccional sin capacidad de realizar la micción, un dolor hipogástrico, o se comprueba la presencia de un globo vesical.

Tratamiento de la retención urinaria asintomática y sintomática

¿Qué medidas preventivas existen para evitar la retención urinaria?

- Sondaje en el posparto inmediato (sobre todo en portadoras de anestesia regional).

*Es importante asegurar que la púerpera está haciendo una correcta ingesta de líquidos.

- Tratar de forma precoz el edema vulvar: frío local, agua de Burow, etc.
- Tratar de forma precoz el dolor perineal: analgésicos, antiinflamatorios pautados, etc.
- Medidas de soporte para facilitar la micción: deambulación, evitar aglomeraciones de visitas (privacidad), correcta analgesia, manos en agua fría, baño de agua caliente, evitar estreñimiento, etc.

¿Qué pacientes son candidatas a recibir un sondaje vesical intermitente?

Si durante el ingreso se diagnostica a la paciente una retención urinaria sintomática o asintomática:

- Realizar un sondaje vesical puntual con sonda desechable (sonda de descarga, CH 14) y cuantificar el volumen evacuado.
- Mientras persista la clínica de retención, se realizará un cateterismo intermitente¹⁴ cada 3-4 horas:
 - Si la paciente recupera la función miccional, se registrará en la historia clínica la micción, midiendo el volumen de vaciado, así como el RPM mediante ecografía^{11,15,16} (la medición del RPM no se debe demorar más de 5 min desde la micción).
 - Cuando se registre un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se realizará el control de la siguiente micción del mismo modo. Si se confirma RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.
 - Si el RPM es $>1/3\%$ del volumen vesical, se mantendrá la misma actitud terapéutica durante 72 horas. Se prolongará el ingreso de la paciente en sala durante 72 horas.
- Si a las 72 horas se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.

¿Qué pacientes son candidatas a recibir un sondaje vesical permanente?

Si durante el ingreso la paciente no es candidata a la realización de un cateterismo intermitente (p. ej., tras un trauma perineal importante), se optará por una sonda vesical permanente (tipo Foley, CH 16-18) y pinzada.

- Se debe despinzar la sonda cuando la paciente refiera deseo miccional o, en ausencia del mismo, cada 3-4 horas.

- En las pacientes que han precisado la colocación de una sonda permanente, se revalorará a las 24 horas si tienen reflejo miccional, retirando la sonda vesical y evaluando el volumen miccional y el RPM en la micción tras la retirada de la sonda y en la siguiente micción espontánea.
- Si se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.
- En pacientes con un RPM $>1/3\%$ del volumen vesical, se recolocará la sonda vesical permanente y se mantendrá la misma actitud terapéutica 48 horas más.
- Si a las 72 horas se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.

¿Cuál es la actitud terapéutica ante una retención urinaria posparto persistente?

- Si persiste la clínica tras 72 horas (RPM $>1/3\%$), se diagnosticará a la paciente una retención urinaria posparto persistente y requerirá sondajes en su domicilio, con dos posibles opciones:
 - Continuar con la sonda vesical permanente pinzada (si no hay posibilidad de entrenamiento de autosondaje por parte de personal especializado, o bien la paciente lo rechaza).
 - Enseñar el autosondaje para realizar el cateterismo intermitente en el domicilio (si hay posibilidad de entrenamiento de autosondaje por parte de personal especializado y la paciente lo acepta).

¿Qué instrucciones debemos dar a la paciente con cateterismo permanente?

- Se le explicarán los cuidados necesarios de acuerdo con su situación (manejo de la sonda vesical permanente y registro del patrón miccional):
 - Despinzar la sonda vesical cada vez que sienta la necesidad de orinar y registrar el volumen de vaciado orinado.
 - Si no tiene esa sensación, es importante que despinze la sonda cada 3 horas aproximadamente para vaciar la vejiga, con un descanso nocturno de 6 horas.
- Se le proporcionará un cuaderno para que registre su función miccional.
- Instrucciones para acudir a visita en una unidad especializada en suelo pélvico en 48-72 horas:

- Derivación e información de la visita en la consulta especializada.
- Acudir con ganas de orinar, habiendo bebido 3 vasos de agua unas 2 horas antes de la visita.
- Aportar el registro de la función miccional en el domicilio, en la medida de lo posible.
- Profilaxis antibiótica con fosfomicina 3 g/72 h.

¿Qué instrucciones debemos dar a la paciente con autosondajes (cateterismo intermitente)?

- Se le explicarán los cuidados necesarios de acuerdo con su situación, por parte del personal especializado en entrenamiento del autosondaje:
 - Uso de sonda hidrofílica de baja fricción, CH 10-12.
 - Autosondajes cada 3-4 horas en ausencia de micción, o bien tras las micciones espontáneas para el control del RPM, siempre que éste siga manteniéndose >1/3% del volumen vesical.
- Se le proporcionará un cuaderno para que registre su función miccional.
- Instrucciones para acudir a la Unidad de Uroginecología en 48-72 horas:
 - Derivación e información de la visita en la consulta especializada.
 - Acudir con ganas de orinar, habiendo bebido 3 vasos de agua unas 2 horas antes de la visita.
 - Aportar un registro de la función miccional en el domicilio, en la medida de lo posible.
 - Profilaxis antibiótica con fosfomicina 3 g/72 h.

Seguimiento

¿Qué manejo debe realizarse en la Unidad de Uroginecología?

- Se revisará el registro miccional que aporte la paciente (volúmenes miccionales, frecuencia, RPM).
- Se realizará una flujometría de control. En las pacientes que acudan con sonda vesical permanente se realizarán 2 flujometrías: la primera tras el llenado vesical y la retirada de la sonda, y la segunda tras la ingesta líquida y una micción espontánea.
- Según los parámetros observados, se dará el alta a la paciente si se ha producido la normalización de la fun-

ción 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavkaytar S, Kokanali MK, Baylas A, Topçu HO, Laleli B, Taşçı Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014; 15(3): 140-143.
2. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112(2): 112-115.
3. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010; 50(6): 502-505.
4. Ismail SI, Emery SJ. The prevalence of silent postpartum retention of urine in a heterogeneous cohort. *J Obstet Gynaecol.* 2008; 28(5): 504-507.
5. Buchanan J, Beckmann M. Postpartum voiding dysfunction: identifying the risk factors. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014; 54(1): 41-45.
6. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 91(1): 71-72.
7. Groutz A, Levin I, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn.* 2011; 30(1): 83-86.
8. Mulder FEM, Hakvoort RA, De Bruin JP, Janszen EW, Van der Post JAM, Roovers JWR. Long-term micturition problems of asymptomatic postpartum urinary retention: a prospective case-control study. *Int Urogynecol J.* 2018; 29(4): 481-488.
9. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.
10. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76(7): 667-672.
11. Choe WS, Kwang Ng B, Atan IK, Lim PS. Acceptable postvoid residual urine volume after vaginal delivery and its association with various obstetric parameters. *Obstet Gynecol Int.* 2018; 2018: 5971795.
12. Mulder FE, Oude Rengerink K, Van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JP. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1): 55-60.
13. Perú Biurrun G, González-Díaz E, Fernández-Fernández C, Fernández-Corona A. Post partum urinary retention and related risk factors. *Urology.* 2020; 143: 97-102. doi: 10.1016/j.urology.2020.03.061. Epub 2020 May 19. PMID: 32439549.
14. Beaumont T. Prevalence and outcome of postpartum urinary retention at an Australian hospital. *Midwifery.* 2019; 70: 92-99.
15. Mulder FEM, Hakvoort RA, De Bruin JP, Van der Post JAM, Roovers JWR. Comparison of clean intermittent and transurethral indwelling catheterization for the treatment of overt urinary retention after vaginal delivery: a multicentre randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2018; 29(9): 1.281-1.287.
16. Asimakopoulos AD, De Nunzio C, Kocjancic E, Tubaro A, Rosier PF, Finazzi-Agrò E. Measurement of post-void residual urine. *Neurourol Urodyn.* 2016; 35(1): 55-57.