

## NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión

## INDICE

1. Definición
2. Factores de riesgo
3. Sintomatología
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Prevención y recomendaciones
7. Bibliografía

## 1. DEFINICION

La retención urinaria posparto se define como la ausencia de micción espontánea en las 6 primeras horas tras el parto o en las 6 primeras horas tras la retirada del sondaje en cesáreas.

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

El retraso en el diagnóstico de la retención urinaria puede provocar una sobredistensión vesical así como una disfunción miccional prolongada, con secuelas como incontinencia e infecciones urinarias recurrentes.

La incontinencia posparto se ha relacionado con síntomas depresivos y tiene un impacto adverso en el bienestar psicológico de la mujer.

Podemos distinguir:

**Retención urinaria aguda:** incapacidad de iniciar la micción pese a tener la vejiga llena y, requiriendo sondaje para vaciado vesical, obteniéndose un volumen igual o mayor a la capacidad vesical normal (500-600 ml). Suele acompañarse de dolor en hipogastrio.

**Retención urinaria posparto persistente** es aquella que persiste más allá del tercer día pese al uso de sondaje intermitente.

**Disfunción del vaciado:** se produce por una alteración de la micción siendo esta anormalmente lenta o incompleta, suele implicar un residuo postmiccional elevado.

- Aumento de la frecuencia miccional con volúmenes bajos
- Chorro miccional débil o entrecortado
- Disuria o disconfort vesical
- Incontinencia urinaria

**Retención urinaria encubierta** se define como la presencia de un volumen residual vesical de 150 ml después de la micción espontánea, evidenciado por ecografía o sondaje.

## 2. FACTORES DE RIESGO

Se trata de una etiología multifactorial.

Factores neurológicos.

- Anestesia peridural y raquídea: se produce por inhibición del reflejo de la micción desde la vejiga al centro pontino de la micción. Pudiendo producir sobredistensión vesical y disminuyendo aún más su capacidad contractil.
- Infusión de oxitocina: efecto antidiurético de esta hormona

Factores mecánicos:

- Segunda fase del parto prolongada, partos operatorios y macrosomía: pueden provocar una compresión y/o estiramiento del nervio pudendo, lo que afectaría a los reflejos y al mecanismo voluntario de una micción. También se puede producir una sobredistensión vesical que puede lesionar la contractibilidad del músculo detrusor. Este hecho se puede ver agravado por una episiotomía dolorosa o desgarro.
- Primiparidad: Por el mayor riesgo de prolongación de la segunda fase del parto, instrumentación o episiotomía.
- Dolor perineal, puede causar una hipertonia y falta de relajación de la musculatura del suelo pélvico durante la micción voluntaria.
- Edema vulvar y/o hematoma local en la vulva pueden contribuir a la dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva mecánica.

## 3. CLÍNICA

- Dolor
- Imposibilidad para la micción.
- Síntomas de disfunción del vaciado: aumento de la frecuencia con volúmenes bajos, chorro miccional débil o entrecortado, disuria, disconfort miccional, pudiendo llegar a desarrollar incontinencia urinaria (derivada del rebosamiento vesical).

## 4. DIAGNÓSTICO

**Anamnesis:** Para el diagnóstico de esta patología cobra especial interés una buena anamnesis con un interrogatorio dirigido a realizar un diagnóstico precoz, haciendo especial énfasis en la micción.

**Exploración:**

- Detección de globo vesical por palpación abdominal.
- Detección de patología orgánica que pueda provocar distorsión u obstrucción uretral como edemas perineales o hematomas vulvares.

## 5. TRATAMIENTO

El tratamiento debe dirigirse al alivio sintomático, minimizar el riesgo de secuelas a largo plazo por la hiperdistensión vesical y el residuo elevado, como son las ITU recurrentes, afectación renal y lesión miogénica del detrusor, y el tratamiento etiológico.

**Retención aguda de orina:** Si a las 6 horas tras el parto no se ha realizado la primera micción, se realizará sondaje de descarga y se evaluará a las 4-6 horas la siguiente micción.

- Si tras el primer sondaje de descarga, no presenta deseo miccional y no es capaz de iniciar la micción, se realizará sondaje vesical permanente para evitar continuos sondajes.
- A la mañana siguiente, pinzaremos y despinzaremos (o preferiblemente sondas con tapón) cuando la paciente sienta deseo miccional o en ausencia del mismo, cada 3-4 horas. Cuando la paciente refiera deseo miccional en varias ocasiones, se procederá a la retirada de la sonda vesical.
- Si a las 72 horas no ha normalizado la función urinaria, se diagnosticará de una **RAO persistente**, marchando a casa con un sondaje vesical permanente e información sobre los cuidados del mismo.
- Este sondaje permanente debe ser retirado a los 5 días en su centro de salud; en caso de no resolución del cuadro valorar la derivación a urología.
- Se debe realizar sedimento orina en los casos en los que persista la clínica de disfunción del vaciado para descartar una infección urinaria.

También es importante la terapia conductual: Modificaciones estilo de vida y reeducación vesical. En los casos de detrusor hipocontráctil se debe realizar micciones a intervalos regulares para evitar la hiperdistensión vesical.

## 6. PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES

- Favorecer el vaciado vesical correcto durante el parto, ya sea de forma espontánea o mediante el uso de catéteres.
- Tratar de forma precoz el edema vulvar y el dolor perineal.
- Correcta ingesta hídrica.
- Favorecer la deambulaci3n precoz, apoyada por enfermería.
- Hacer hincapié en que la paciente debe realizar una micción espontánea en las primeras 6 horas del parto y/o retirada de la sonda vesical.

En la mayoría de mujeres la función vesical normal volverá en los primeros 4 días postparto.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

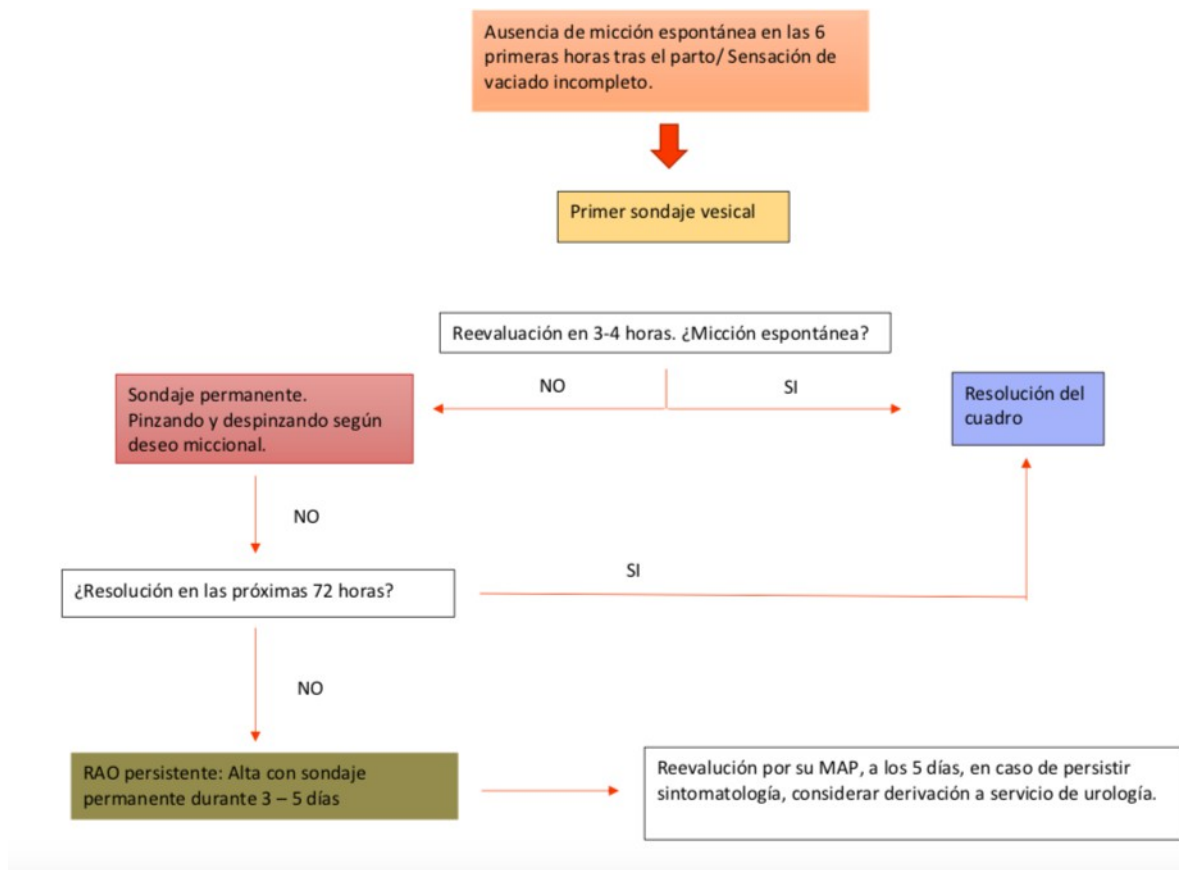
1. S. Anglès, M. López, T. Cobo, L. López, L. Amat, C. Ros. Retención aguda de orina y disfunción del vaciado postparto. Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 2020. Disponible en: [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org)
2. Royal Collegue of Physicians of Irland. Management of urinary retention in pregnancy, post-partum and after gynaecological surgery. Clinical practice guideline. 2019. Disponible en:

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/management-of-urinary-retention-in-pregnancy-post-partum-and-after-gynaecological-surgery.pdf>

3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disfunción del vaciado y retención aguda de orina. Guía de Asistencia Práctica. Progresos Obstetricia Ginecología. 2019; 62(2):187-193

4. Mulder FE, Hakvoort RA, Schoffelmeer MA, Limpens J, Van der Post JA, Roovers JP. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J*. 2014; 25: 1605–12.

ANEXO 1: Algoritmo de tratamiento RAO



Autores	Dr. Dra López Garrido, Dra Valverde Pareja		
Fecha elaboración	Fecha 20 abril 2024	Vigencia	20 abril 2027