

DISFUNCIÓN DE VACIADO Y RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO

Elena Serrano Pérez de Ávila

23/03/2023

INTRODUCCIÓN

La disfunción de vaciado y la retención urinaria postparto tienen como consecuencia directa la incapacidad de vaciar la vejiga espontáneamente y de forma adecuada tras el parto o cesárea. La incidencia exacta es incierta. 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. Sin embargo, el diagnóstico e intervención precoz permite una recuperación completa sin graves consecuencias a largo plazo, por lo que es importante identificar a las pacientes en riesgo.

DEFINICIONES

Es importante diferenciar entre una retención de orina sintomática (“overt urinary retention”), cuyo diagnóstico suele ser precoz dado que se manifiesta con la ausencia de una micción espontánea pasadas las 6 horas postparto; de la retención de orina asintomática (“covert urinary retention”), la cual suele pasar inadvertida y está infradiagnosticada debido a que se manifiesta con micciones espontáneas de bajos volúmenes/incompletas, residuos postmiccionales mayores a 150 ml y ausencia de clínica/síntomas.

De acuerdo a la terminología de la International Continence Society (ICS) definimos:

-Disfunción de vaciado: se produce cuando en las primeras 6 horas del parto o tras la retirada de la sonda vesical permanente, la puérpera presenta una alteración en la sensación o función miccional, durante o después del acto de micción que se traduce en una micción anormalmente lenta y/o incompleta. Se acompaña de un residuo postmiccional elevado.

-Retención aguda de orina: se define como la ausencia de micción espontánea en las 6 horas siguientes al parto vaginal o tras retirar la sonda vesical permanente a pesar de un esfuerzo persistente.

-Retención de orina persistente: es la retención de orina que persiste más de 72 horas postparto.

INCIDENCIA

La incidencia exacta de la retención urinaria postparto es incierta. La incidencia estimada varía desde un 0.05% hasta un 37%. Este intervalo tan amplio puede deberse a las múltiples definiciones utilizadas en los estudios para definir esta patología. Otro problema es la variedad de criterios de inclusión y exclusión que utilizan en la literatura, puesto que en muchas ocasiones no se incluyen aquellas pacientes cuyo parto tiene lugar mediante cesárea, teniendo solamente en cuenta la vía vaginal. En definitiva, la literatura existente presenta criterios heterogéneos, no solo por las pacientes seleccionadas según la vía del parto, sino también por cuándo y cómo se mide el residuo y qué cantidad de residuo se considera patológico

Si se analiza de forma individual cada entidad, los estudios recogen que la retención urinaria asintomática o disfunción de vaciado oscila entre un 0.2% y un 4.9%, la retención urinaria sintomática entre un 9.7% y un 37% y la retención urinaria persistente entre un 0.05% y un 0.07%.

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.

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

-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.

-Uso de oxitocina (estimulación/inducción): esta hormona tiene efecto antidiurético, pudiendo favorecer la retención urinaria.

-Anestesia peridural y raquídea: 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, partos instrumentados y peso neonatal > 3800 gr: los tres 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 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, causando una dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva funcional.

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

-Alumbramiento manual.

-Distocia de hombros.

PREVENCIÓN: MEDIDAS CONSERVADORAS

Cuidados durante el parto:

Una vejiga distendida durante el parto puede interferir con el descenso de la presentación fetal, dar lugar a un alumbramiento difícil o bien desplazar el útero, siendo necesario un vaciado mediante cateterismo. Hay que alentar a las mujeres a vaciar la vejiga cada 3-4 horas. De no ser posible el vaciado vesical durante el parto (ej: anestesia epidural), es preciso utilizar catéteres de forma intermitente o permanente una vez iniciada la segunda fase del parto. En caso de haber utilizado un catéter permanente se debe retirar durante los pujos activos maternos para evitar traumatismos en la uretra.

El balance hídrico ha de ser correcto, teniendo en cuenta lo que entra y lo que sale. Por ello, hay que registrar y prestar atención a todos los fluidos que se aportan de manera oral y/o intravenosa, así como los vaciados vesicales, ya

sean espontáneos o mediante sondajes. Sin olvidar el uso de la oxitocina durante el parto dada su acción antidiurética.

Cuidados durante el puerperio inmediato y clínico:

En las dos primeras horas postparto (puerperio inmediato) se debe realizar un sondaje vesical, sobre todo en portadoras de analgesia regional.

Durante la hospitalización puerperal (puerperio clínico) hay que iniciar las medidas de soporte para facilitar la micción espontánea como la deambulación precoz, evitar aglomeraciones de visitas para garantizar privacidad, poner las manos en agua fría y darse una ducha de agua caliente. Se recomienda orinar sentada y concentrada en relajar la musculatura del suelo pélvico o incluso orinar en dos tiempos. También se debe tratar de forma precoz el edema vulvar mediante frío local (hielo), agua de Burow y/o antiinflamatorios. Así como el dolor perineal, que se aborda de forma precoz mediante analgésicos y antiinflamatorios pautados. Por otro lado, no olvidar una correcta hidratación y evitar el estreñimiento.

DIAGNÓSTICO

Para llevar a cabo un diagnóstico precoz es de vital importancia saber reconocer los factores de riesgo implicados en esta patología, así como realizar una buena anamnesis y exploración física que permita identificar los síntomas y signos que la caracterizan.

Tras la primera micción espontánea, además de medir siempre el volumen de la misma y anotar la hora a la que se produce, hay que preguntar por la sensación de llenado vesical o peso hipogástrico, el inicio de flujo urinario y la sensación de vaciado incompleto. Esto debe acompañarse de una exploración abdominal que descarte un globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en casos de cesáreas. También valorar un posible desplazamiento uterino y/o altura uterina anormal. A su vez, realizar una exploración genital que valore el grado de edema y/o hematoma vulvar. Esto va a permitir hacer un cribado inicial de disfunción de vaciado postparto.

**DIAGNÓSTICO DURANTE PUERPERIO CLÍNICO:
ANAMNESIS DIRIGIDA + MEDICIÓN DE VOLUMEN DE PRIMERA MICCIÓN
+ EXPLORACIÓN FÍSICA**

Los volúmenes miccionales obtenidos son de gran importancia, pues según cómo sean, la actuación será una u otra:

1) Primera micción espontánea:

-Si <200 ml: bajo volumen miccional. Requiere medición de una segunda micción. Insistir en la hidratación adecuada.

-Si 200-700 ml: volumen miccional correcto. No requiere medidas adicionales. Si presenta volúmenes normales pero clínica de disfunción de vaciado se realiza directamente control de orina residual en siguiente micción.

-Si >700 ml: elevado volumen miccional. Se registrará el volumen miccional en segunda micción espontánea. Descartar globo vesical.

2) Segunda micción espontánea:

-Si <200 ml o >700 ml o clínica de disfunción de vaciado: control de orina residual en tercera micción espontánea.

El control de orina residual consiste en la evaluación del volumen de vaciado en la micción espontánea y el volumen del residuo postmiccional medido mediante sondaje de descarga o, si fuera posible, mediante ecografía (preferiblemente mediante ecografía durante los primeros 5 min tras la micción). Un control de orina residual se considera patológico si el volumen de residuo postmiccional medido tras sondaje/ecografía es >1/3 del volumen obtenido en la micción espontánea.

CONTROL DE ORINA RESIDUAL: VOLUMEN DE VACIADO + RESIDUO POSTMICCIONAL

La determinación ecográfica del residuo postmiccional se realiza midiendo los diámetros vesicales y se aplican diferentes fórmulas en función de la vía de abordaje:

-Vía abdominal (Dicuio): $A \times B \times C \times 0,52$

-Vía transperineal (Haylen): $(A \times B \times 5,9) - 14,6$

-Vía vaginal (Dietz): $A \times B \times 5,6$

A,B: longitudinal, centímetros.

C: transversal, centímetros.

Además, siempre hay que descartar una infección de orina mediante sedimento urinario y/o urocultivo en los casos que persista clínica de disfunción vaciado y/o 2º micción < 200 ml o > 700 ml.

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.

El protocolo de retención urinaria postparto del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves recoge lo siguiente en cuanto al manejo en la práctica clínica de la retención urinaria aguda (>6h) y persistente (>72 h) :

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 retención de orina 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 de orina en los casos en los que persista la clínica de disfunción del vaciado para descartar una infección urinaria.

La guía de práctica clínica de retención urinaria postparto del Royal College of Physicians of Ireland de 2018 contempla lo siguiente:

Se miden los volúmenes de las dos primeras micciones postparto. Si ambos son >200 ml y la paciente no refiere síntomas de disfunción de vaciado no se aplican medidas adicionales, observando a la paciente. En aquellas pacientes que no orinen pasadas 4 horas postparto se lleva a cabo una exploración abdominal y genital en busca de globo vesical, edema y/o hematoma vulvar; además de aplicar las medidas conservadoras necesarias ya comentadas en un apartado previo: correcta analgesia pautada, aporte hídrico adecuado, hielo local, deambulación precoz, privacidad, etc. Si transcurren 2 horas más tras dichas medidas, llegando a las 6 horas postparto, y no se produce una micción espontánea se debe colocar un catéter vesical. También hay que hacer uso del mismo en aquellos casos en los que aunque la paciente sí haya orinado antes de las 6 horas postparto los volúmenes miccionales obtenidos sean <200 ml o bien presente clínica de disfunción de vaciado.

Una vez colocado el catéter vesical se evalúa el volumen obtenido. Si es <150 ml se retira el catéter, continuando con medidas conservadoras hasta obtener dos micciones >200 ml. Si el volumen es >150 ml pero <500 ml, se deja el catéter durante 24 horas en drenaje continuo. Si bien es >500 ml pero <1000ml, se deja durante 48 horas. Si es >1000 ml se mantiene durante 3-5 días. Es preferible retirar el catéter después de las 6 am para garantizar el descanso nocturno de la paciente. Hay que recoger una muestra de orina para realizar un sedimento. Si tras la retirada del catéter se consiguen 2 micciones >200 ml con residuo postmiccional <150 ml no se precisan más medidas. Si por el contrario, los volúmenes son <200 ml y el residuo >150 ml, se realizan sondajes vesicales intermitentes cada 3-4 horas, siendo preciso enseñar a la paciente a realizar los mismos. Si la paciente no es capaz de realizarlos o se opone a ello, es preciso colocar de nuevo un catéter permanente y repetir el manejo ya comentado previamente. Aquellas mujeres que accedan a realizar de forma autónoma cateterismos intermitentes se dan de alta cuando sientan la suficiente confianza para realizarlos por sí solas sin problemas cada 3-4 horas. Al igual que en el resto de situaciones, cuando se obtengan 2 micciones >200 ml y residuo <150 ml no es preciso continuar con el cateterismo intermitente. Se prescriben al alta las sondas de descarga para que puedan hacer uso de ellas en el domicilio. Se deben explicar los signos o síntomas de alarma por los que consultar de nuevo, realizándose una revisión a las dos semanas en Urología o Ginecología.

Por otro lado, el Hospital Universitario Clínic de Barcelona refleja lo siguiente en su protocolo de retención aguda de orina y disfunción de vaciado postparto de 2020:

Tanto en el caso de retención aguda de orina como de control de orina residual patológico, se valora la función miccional en las siguientes 3-4h. Si presenta deseo miccional y micción espontánea, se realizará control de orina residual. Si es normal y no presenta síntomas, se da el alta a la paciente sin precisar controles ni seguimiento sobre su función miccional. Si es patológico, se mantiene la misma actitud terapéutica (cada 3-4h) hasta que se normalice la función miccional (como máximo 72 horas). Si este continúa siendo patológico tras 72 horas, se diagnostica de retención urinaria persistente y se coloca una sonda vesical permanente pinzada en domicilio.

La paciente tiene que despinzar la sonda vesical cada vez que sienta la necesidad de orinar, así como registrar el volumen de vaciado. 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. Se realiza una revisión a las 48-72 horas tras el alta en la unidad de urodinamia, donde se revisa el registro miccional y se realiza un estudio de la función miccional mediante flujometría. Si persiste la alteración de la función

miccional, seguirá controles semanales hasta la normalización de la función miccional. Ante esta situación, se le ofrecerá a la paciente dos posibles opciones, bien continuar con sonda vesical permanente o bien enseñarle a autosondarse para realizar el cateterismo intermitente en domicilio.

Dentro del manejo es interesante destacar el ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico que realizan Mulder et al. en Holanda en 2017, donde comparan el sondaje intermitente frente al sondaje permanente.

Este estudio cuenta con un total de 85 pacientes con retención urinaria sintomática que se reparten de forma aleatoria en dos grupos según el manejo asignado. El primer grupo lo forman 45 pacientes tratadas mediante catéter transuretral permanente y el segundo grupo 40 pacientes que realizaron cateterismo limpio intermitente. Finalmente solo pudieron analizarse los datos de 68 pacientes (34 pacientes de cada grupo), pues el resto no completó el cuestionario a los 3 meses postparto. El cuestionario recoge seis ítems para identificar síntomas miccionales asociados una vez resuelto el cuadro.

El estudio tiene como principal objetivo obtener resultados acerca de la mayor o menor presencia de síntomas miccionales según el método utilizado. Secundariamente, analiza las preferencias de la paciente, duración de la cateterización hasta resolución del cuadro y la presencia o no de bacteriuria.

El protocolo de actuación fue el siguiente:

En las pacientes asignadas al grupo de catéter transuretral permanente, se retiraba el mismo a las 24 horas para proceder al entrenamiento vesical. Si se producía una micción espontánea, el residuo postmiccional se medía mediante ecografía. Si este era <150 ml no era necesario un tratamiento adicional. Si el residuo era >150 ml o bien no ocurría micción espontánea, se insertaba de nuevo un catéter permanente otras 48 horas. Tras la retirada se volvía a medir el residuo. Si no se conseguía micción espontánea o el residuo continuaba siendo patológico, se instruía a la paciente para realizar cateterismos intermitentes. La paciente debía registrar los mismos: hora y volumen residual.

En las pacientes pertenecientes al grupo de cateterismo limpio intermitente, la frecuencia de sondaje dependía del volumen vesical residual. Se realizaba dos veces diarias si el residuo era >200ml, tres veces si >300ml y cuatro si >400 ml. Siempre que el residuo continuase por encima de 150 ml, se realizaban nuevos sondajes intermitentes hasta resolución del cuadro, bien por personal sanitario o por la propia paciente.

La prevalencia de síntomas relacionados con la micción a los 3 meses postparto no difirió según el método empleado. Los tiempos medios de cateterización fueron significativamente diferentes entre los dos grupos: 24 horas para catéter permanente y 12 horas para los cateterismos intermitentes ($p < 0,01$). Esto supone una recuperación más temprana mediante el sondaje intermitente. Los resultados referentes a las preferencias de la paciente no fueron significativos ($p > 0,09$).

Sonda permanente en caída libre	Sondaje intermitente
No es necesario enseñar ninguna técnica.	Necesario enseñar la técnica.
Reposo completo de la vejiga.	Mayor consumo de recursos.
Mayor riesgo de infección urinaria.	Menor riesgo de infección de orina.
Menos directrices.	Mayor autonomía.
Dificultad para monitorizar el proceso.	Monitorización continua de la sensación vesical, volúmenes miccionales y residuales.
Necesidad de pruebas de vaciado en consulta.	Menor tiempo de recuperación p <0.01 (Mulder et al 2018).

La solución intermedia es la sonda permanente pinzada, que no se analiza en este estudio. En cuanto a este manejo, hay que destacar lo siguiente:

- Despinzar cuando la paciente sienta deseo miccional o cada 3-4 horas.
- Despinzar durante el descanso nocturno.
- Registrar volúmenes evacuados en cada despinzado de la sonda.
- Una vez recuperada la sensibilidad vesical adecuada, retirar sonda.
- Comprobar ausencia de RPM tras micción espontánea.

PUNTOS CLAVE/CONCLUSIONES

- Es importante saber identificar los factores de riesgo implicados en esta patología.
- Realizar un diagnóstico precoz es fundamental para poder llevar a cabo un correcto manejo a tiempo.
- La medición del volumen de la primera micción espontánea es interesante para enfocar el diagnóstico y las medidas terapéuticas iniciales. También hay que tener en cuenta el residuo postmiccional para valorar la resolución o no del cuadro.
- Es esencial una correcta prevención mediante medidas conservadoras desde el principio en todas las puérperas.

-Los sondajes intermitentes son una opción novedosa dentro del tratamiento.

-Al alta es importante hacer una revisión en Urología y/o Ginecología para valorar la evolución de aquellas pacientes con retención de orina persistente. Consensuar un seguimiento posterior es necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1.Retención aguda de orina y disfunción de vaciado posparto. Protocolo hospital Clinic. 2020.

2.Lim J. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2010; 50: 502–505.

3.Mulder FE. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2012 Nov;119(12):1440-6.

4.Cusack C et al. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland. Clinical Practice Guideline: Management of Urinary Retention in Pregnancy, Post-partum and After Gynaecological Surgery. Version 1.0, Guideline No. 41. May 2018.

5.Nutaitis AC et al. Postpartum urinary retention: an expert review. Am J Obstet Gynecol. 2023 Jan;228(1):14-21.

6.Mulder et al. 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) 29:1281–1287.

7.Tiberon et al. Risk factors and management of persistent postpartum urinary retention. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2018;47:437–41.