



Dirección Médica

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Fecha: 29 Octubre 2020

Edición: 02

Protocolo de diagnóstico y manejo de la retención urinaria postparto (RUPP)

Servicio de Obstetricia y Ginecología

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Beatriz Duplá Parugues	REVISORES	AUTORIZADO Dr. Jose Adanez
Fecha: 20 Marzo 2020	Fecha: 29 de Octubre de 2020	Fecha: Octubre 2020



Fecha: Octubre 2020

Edición: 02

OBJETIVO de PROTOCOLO:

Lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados de la retención urinaria y la dificultad miccional durante el postparto, fundamentales para recuperar el funcionamiento vesical normal de forma rápida.

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de RUPP manifiesta y encubierta es 4.9% y 9.7%, respectivamente.

Se considera una entidad multifactorial vinculada con procesos mecánicos, neurológicos y fisiológicos. Si bien no es posible predecir su aparición, existen factores de riesgo conocidos en partos con relativa desproporción pélvica donde se comprime la inervación vesical como primiparidad, analgesia epidural o raquídea, dilatación y/o expulsivo prolongado, parto instrumental y recién nacido macrosómico; o menos frecuentemente con expulsivos rápidos o explosivos que elongan las raíces nerviosas, todo ello favorecido por el efecto de los cambios fisiológicos durante el embarazo y parto (hipotonía de la musculatura lisa y modificación de la presión vesical).

El cuadro clínico de la RUPP incluye un espectro sintomático que oscila desde la dificultad miccional completa hasta la ausencia de síntomas en presencia de un volumen postmiccional elevado. El síntoma más frecuente es el dolor, seguido por el flujo urinario débil e intermitente, aunque también puede presentarse como incontinencia urinaria por rebosamiento.

El diagnóstico de **RUPP manifiesta** puede efectuarse ante la imposibilidad de evacuar la vejiga en un período de **6 horas tras el parto vaginal**, hecho que requiere la colocación de un catéter para drenar un volumen urinario mayor en comparación con la capacidad vesical normal.

Pero también puede presentarse también como **RUPP encubierta** o incontinencia urinaria por rebosamiento. Ante la sospecha de este tipo de RUPP, se medirá el **volumen de orina residual (OR)** de forma menos cruenta mediante ecografía, disponible en la planta de Obstetricia. Existen diferentes sencillas fórmulas para la medición de OR (Dicuo: $OR = A \times B \times C \times 0.52$ o Dietz: $OR = X \times Y \times 5.6$).

El diagnóstico de RUPP se realizará si la paciente no es capaz de evacuar más del 50% del volumen vesical normal o presenta un volumen de orina residual mayor de 150 cc, y se procederá como en el caso de RUPP completa o manifiesta.



Fecha: Octubre 2020

Edición: 02

MANEJO DE LA RUPP DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:

Con el fin de favorecer la micción se recomienda administrar un tratamiento analgésico adecuado, aplicar medidas locales (hielo) para disminuir el edema perineal, así como ayudar a la paciente a trasladarse hasta el cuarto de baño.

En las **primeras 6 horas postparto** vaginal debe producirse la primera micción espontánea, así como en las cesáreas sin complicaciones tras la retirada de la sonda urinaria, preferiblemente en el aseo. Si no es así, se optimizará el tratamiento analgésico-antinflamatorio cada 8 horas y se procederá de la siguiente forma:

- **Identificación de factores de riesgo de retención urinaria** (antecedentes de cirugía urológica, miomas pélvicos y otros) mediante revisión de historia clínica y exploración abdomino-vaginal para descartar obstrucción mecánicas al flujo urinario como hematoma, taponamiento o edema importante.
- **Sondaje evacuador** con las medidas de asepsia habituales, valorando el volumen de diuresis y ajustando la ingesta hídrica. El pronóstico es desfavorable en presencia de un volumen residual mayor de 700 a 750 ml en el momento del diagnóstico.
- Si tras ese primer sondaje la paciente no es capaz realizar micción espontánea en las siguientes **4 horas**, se realizará un **segundo sondaje, en este caso permanente**. Se colocaría sonda urinaria tipo Foley durante 24 horas (si primer residuo < 700 cc) ò 48 horas (si > 700 cc), educando a la paciente para pinzar **y despinzar la misma cada 3-4 horas**, respetando sueño nocturno.
- Sólo se administrará profilaxis antibiótica vía oral en pacientes con factores de riesgo como ITU de repetición, fiebre intraparto o EGB positivo.

MANEJO DE LA RUPP AL ALTA HOSPITALARIA:

- La **retirada del catéter urinario** se realizará a primera hora de la mañana el día del alta hospitalaria previsto (48-72 horas postparto o postcesárea). Si se consigue micción espontánea con **residuo miccional menor de 150 cc en ecografía** (ver página 2), la mujer podrá irse a su domicilio aconsejándole que realice micciones pautadas cada 3 horas durante el día, sentada en el aseo y ayudándose de prensa abdominal, si es necesario.



Fecha: Octubre 2020

Edición: 02

- Si aun así, no se logra un funcionamiento vesical normal y precisa un tercer sondaje previo al alta, el personal de enfermería de la planta deberá **instruir a la paciente en autosondajes urinarios**, de 2 a 4 al día, según se trate de retención urinaria parcial o completa. En estos casos se pautará **antibiótico profiláctico** hasta retirada de los autosondajes, bien con fosfomicina (3 gr/semana monodosis ó 500 mg/12 horas) o con cefalosporinas (cefuroxima 250 mg/12 horas). Las pacientes se pueden ir de alta a su domicilio, si no presentan otro problema intercurrente, tras ser asesoradas sobre los autosondajes:
 - Si orina residual > 600 cc, sondaje cada 4 horas.
 - Si orina residual entre 400-600 cc, sondaje cada 6 horas.
 - Si orina residual entre 300-400 cc, sondaje cada 8 horas.
 - Si orina residual entre 200-300 cc, sondaje cada 12 horas.
 - Si orina residual ≤ 100 cc en 2 ocasiones: no sondaje.
- Puede ser útil la **coadyudancia farmacológica en las RUPP persistentes** con alfa bloqueantes (Tamsulosina 0,2 mg/d, relajante de la musculatura lisa del esfínter uretral), con bajo riesgo de paso a la leche materna por su peso molecular, o con relajantes de músculo estriado (Baclofen 5 mg-25 mg/d o Diazepam 5-10 mg/d). En este último caso, sobre todo si se acompaña de un cuadro ansioso. Cualquiera de estos fármacos se debe prescribir tras consensuar con la lactante su utilización.
- Se forzará **cita de revisión telefónica en GIN SUP de 7-12 días tras el Alta hospitalaria**, para medición del volumen residual. Si éste es superior a 100 cc, se continuará con autosondajes 3 semanas más en número decreciente según volumen urinario con control desde esa misma consulta.

Además de los cuidados urinarios, la otra parte importante del proceso curativo de este problema consiste en **informar a la mujer, y tranquilizar sobre el cuidado y la evolución de la RUPP**. Esta labor correrá a cargo del personal de enfermería de las plantas de obstetricia.

El tratamiento adecuado generalmente permite la resolución completa del cuadro de RUPP en el momento del alta hospitalaria. En cambio, el manejo inadecuado puede resultar en la necesidad de cateterismo vesical de varias semanas de duración debido a la persistencia de síntomas, así como el desencadenamiento de una futura vejiga hiperactiva y/o hipocontráctil.



Dirección Médica

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Fecha: Octubre 2020

Edición: 02

Bibliografía

1. GAP SEGO. Guía práctica de asistencia: Disfunción e vaciado y retención urinaria aguda. 2019. https://sego.es/Guias_de_Asistencia_Practica#suelopelvico
2. Kidd, EA, Stewart F, Kassis NC, Hom E, & Omar MI. (2015). Urethral (indwelling or intermittent) or suprapubic routes for short-term catheterisation in hospitalised adults. The Cochrane Library.
PMID: 26661940 DOI: 10.1002/14651858.CD004203.pub3
3. Meyer, Laura E, and Jamie N. Brown. "Tamsulosin for voiding dysfunction in women". International. Urology and Nephrology 44.6 (2012):1649-56.
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-012-0275-0>
4. Haylen B, de Ridder D, Freeman R, et al. 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.
PMID: 19941278 DOI: 10.1002/nau.20798