

Dra. Alejandra Díaz de León De Luna<sup>1</sup>, Peña-Tapia A<sup>1</sup>, Bañuelos-Ramírez D<sup>1</sup>, Magdaleno-Cordero A<sup>1</sup>, Sandoval-Gómez R<sup>2</sup>.

1. Médicos residentes de segundo año de Urología Ginecológica UMAE HGO 4 "Luis Castelazo Ayala".
2. Médico adscrito al servicio de Urología Ginecológica, UMAR HGO 4 "Luis Castelazo Ayala".

**Antecedentes:** La retención urinaria es un fenómeno común en el posparto inmediato. El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de esta afección es de importancia para el retorno de la función normal de la vejiga.<sup>1</sup> Aunque no existe una definición estándar, pero se caracteriza por la aparición repentina de incapacidad dolorosa o indolora para orinar durante más de 6 horas después del parto, que requiere cateterismo.<sup>1,2</sup> Clínicamente se presenta como "vejiga dolorosa, palpable o percutable, cuando el paciente no puede orinar".<sup>2</sup> A menudo asintomático, suele estar infradiagnosticado, la incidencia exacta es incierta, se estima entre el 0,05 y el 37 %.<sup>3</sup> La etiología exacta no está clara, probable que sea multifactorial e involucre procesos fisiológicos, neurológicos y mecánicos en el periodo posparto, todas las pacientes en la sala de posparto deben considerarse de alto riesgo.<sup>4</sup>

**Presentación del caso:** Se presenta en el servicio de toco cirugía; paciente femenino de 29 años de edad, gesta 1, fecha de última menstruación confiable, sin comorbilidades, cursando embarazo de 39.6 semanas de gestación, en donde se inició maduración cervical. Durante la fase latente del trabajo de parto se decide finalización del embarazo vía abdominal con el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta con riesgo de pérdida del bienestar fetal. Se realizó cesárea Kerr, bajo anestesia general balanceada con los siguientes hallazgos: recién nacido vivo, mujer, 14:40 horas, peso 3025 g, talla 50 cm, APGAR 7/9. La paciente reingresa a piso con el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, con elevación de enzimas hepáticas, donde estuvo en vigilancia y seguimiento. Posteriormente en el quinto día por presentar 'globo vesical' se coloca sonda transuretral a derivación, drenando 4,900 ml de orina. La paciente es egresada del hospital con sonda transuretral y cuidados de la misma, en seguimiento por el servicio de urología ginecológica donde se realizó estudio urodinámico multicanal, reportando como diagnóstico urodinámico: Detrusor hipocontráctil, motivo por el cual el tratamiento inicial fue el cateterismo limpio intermitente.

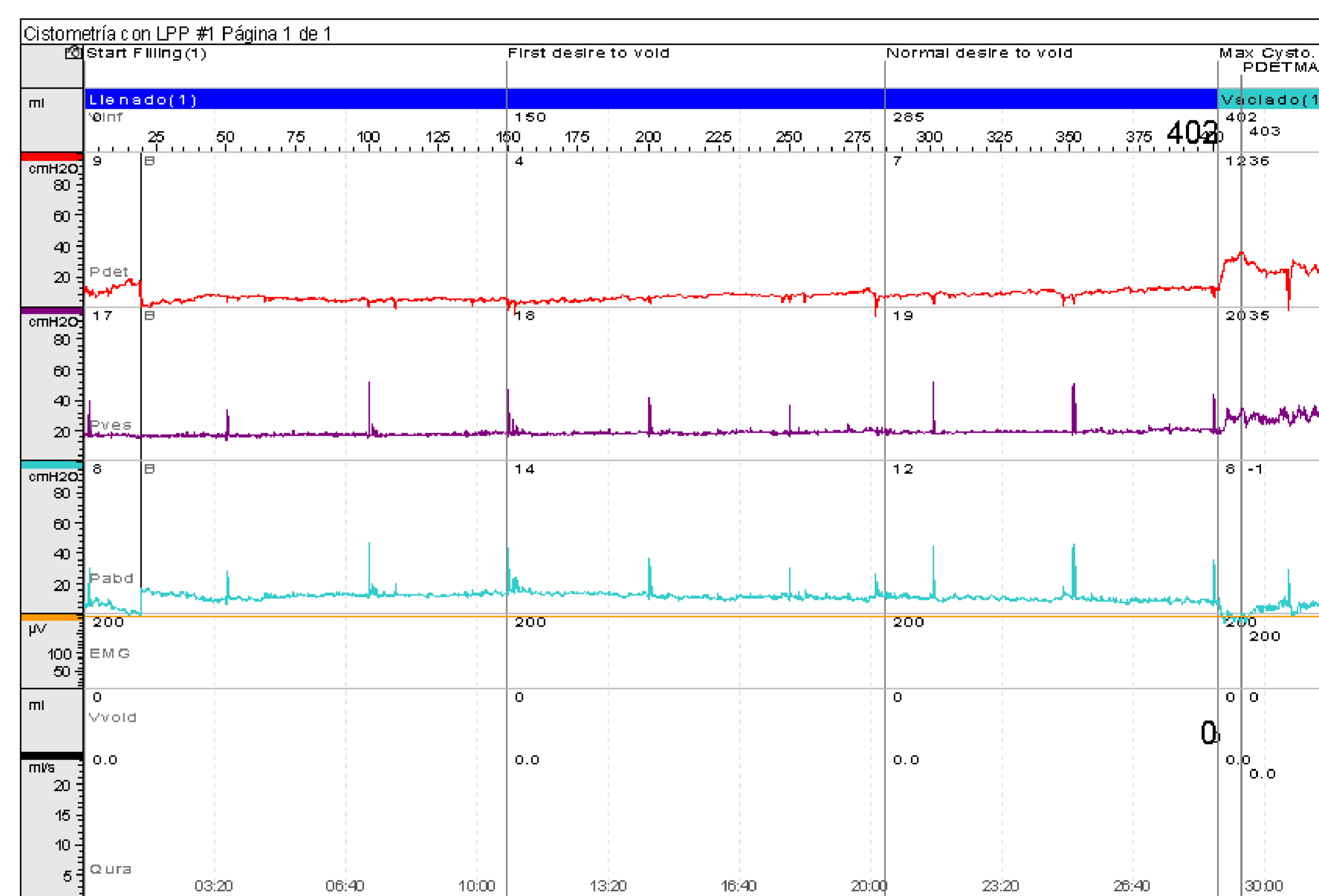
**Discusión.** La retención aguda de orina postparto puede tener como consecuencia lesiones permanentes en la función normal vesical, lesión renal aguda y disfunción del vaciamiento y almacenamiento.<sup>2</sup> La disfunción del vaciamiento vesical es definida por: La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecological Association (IUGA): La micción anormalmente lenta y/o incompleta, basándose tanto en los síntomas como en los hallazgos urodinámicos.<sup>3</sup> Las causas de disfunción del vaciamiento vesical pueden ser: Anomalías en la contractilidad del detrusor, obstrucción uretral o resistencia de la salida y/o mixto.<sup>2,4</sup> Detrusor hipocontráctil es el resultado de la disminución en su intensidad y/o duración del vaciamiento vesical en un periodo de tiempo determinado y detrusor acontráctil es aquella contracción que no puede ser demostrada durante un estudio urodinámico.<sup>2</sup>

El tratamiento está encaminado a preservar un correcto vaciamiento vesical, en el posparto inmediato la colocación de sonda transuretral con medición de orina residual es la opción adecuada, con seguimiento con pruebas miccionales para el retiro de la misma.<sup>3,4</sup> No existe un protocolo estándar en pacientes que terminan con secuelas permanentes en la función del vaciamiento vesical posterior a una retención aguda de orina, ya que la frecuencia y tiempo de uso del cateterismo, depende del volumen de orina residual, ingesta hídrica, comórbido de la paciente, etc.<sup>4</sup> Pero es la mejor opción para el tratamiento de esta entidad.<sup>2,4</sup>

**Imagen 1. Paciente con retención aguda de orina en el puerperio mediato. Distensión vesical visible y palpable**



**Imagen 2 y 3. Cistometría de llenado y curva de flujo presión**



### Cistometría con LPP #1

Tabla Resumen Evento	Hora	Qura (ml/s)	Vvoid (ml)	Pabd (cmH2O)	Vinf (ml)	Pdet (cmH2O)	Pves (cmH2O)
Start Filling(1)	0:00	0.0	0	8	0	9	17
First desire to void	10:46	0.0	0	14	150	4	18
Normal desire to void	20:22	0.0	0	12	285	7	19
Max Cystometric Capacity	28:51	0.0	0	8	402	12	20
PDETMAX	29:26	0.0	0	-1	403	36	35

Vaciado		(1)
Posición del Paciente	Sentado	-
Flujo Máximo (ml/s)	-	-
Volumen Vaciado (ml)	-	-
Duración del Vaciado (s)	-	-
Tiempo de Flujo (s)	-	-
Flujo Medio (ml/s)	-	-
Tiempo a Flujo Máximo (s)	-	-
Pdet Máx. (cmH2O)	-	-
Orina Residual (ml)	-	-
Retardo de Cura (s)	-	-
Pdet en Inicio del flujo (cmH2O)	-	-
Pdet en Flujo Máx. (p/Q) (cmH2O)	-	-
Pdet al Final del Flujo (p/Q)(cmH2O)	-	-
Pendiente Descendente (cmH2O/ml/s)	-	-
A/G	-	-
A/G#	(cmH2O)	-

### Conclusiones:

- Cuidado vesical pre/intra y postparto.
- Considerar a todas las pacientes de alto riesgo para desarrollar retención aguda
- Interrogatorio dirigido y exploración física.
- **Un único episodio de sobredistensión vesical puede causar daño permanente.**

### Bibliografía

1. Urinary retention, Clinical Practice Guideline, Management of urinary retention in pregnancy, post-partum and after gynaecological surgery, Royal College of Physicians of Ireland, May 2018.
2. Ching-Chung Liang et. al., Voiding dysfunction in women following cesarean delivery, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 54 (2015) 678-681.
3. Pifarotti Paola, Acute post-partum urinary retention: analysis of risk factors, a case-control study, Arch Gynecol Obstet (2014) 289:1249-1253.
4. Guía de Asistencia Práctica, Disfunción de vaciado y retención aguda de orina, Progresos de Ginecología y Obstetricia 2019;62(2):187-193.