

Retención urinaria aguda

Fecha de la última revisión: 22/02/2018

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es su causa?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La retención aguda de orina (RAO) es la incapacidad de orinar voluntariamente, a pesar de tener la vejiga llena, que casi siempre se instaura de manera repentina y dolorosa.

A nivel hospitalario es la urgencia urológica más frecuente, ya que las infecciones de orina lo son en atención primaria (Barrisford GW, 2017).

Es importante diferenciarlo de la anuria, donde no se produce orina, mientras que en la RAO lo que no se produce es la micción. Esta ausencia de emisión de orina provoca un aumento retrógrado de presión en las vías urinarias que puede afectar a la función renal. Como la obstrucción casi siempre se alivia pronto, las posibles anomalías suelen desaparecer por completo.

Afecta principalmente a varones a partir de la sexta década de vida, y su incidencia aumenta con la edad. Su principal causa es la hiperplasia benigna de próstata, aunque son múltiples las causas que la producen. Se estima que un 10% de los varones de más de 60 años y un 30% de los mayores de 70 presentarán un episodio de RAO en los próximos 5 años, mientras que solo la sufrirán 3 de cada 100.000 mujeres, lo que significa una ratio de 1:13 (Verhamme KM, 2005).

¿Cuál es su causa?

Existen tres grandes mecanismos implicados en la fisiopatología (Desgrandchamps F, 2006):

- Obstrucción en la salida: aquí se implican factores mecánicos (por estrechamiento de la uretra de manera física) o dinámicos (aumento del tono muscular).
- Discapacidad neurológica: puede desarrollarse por afectación del nervio (sensorial o motor) del detrusor, por relajación incompleta o por contracción ineficaz de la vejiga.
- Ineficiencia del músculo detrusor: cuando se produce una distensión vesical por diferentes causas (anestesia general, epidural, etc.), sobre todo si ya existen factores obstructivos previos.

Son muchos los factores etiológicos de RAO y generalmente no es solo uno el implicado.

Etiología obstructiva

Tabla 1. Etiología obstructiva.	
Varón	Mujer
• Hiperplasia benigna de próstata (la más frecuente). • Estreñimiento. • Cáncer (próstata o vejiga). • Estrechamiento uretral (secuela). • Urolitiasis. • Fimosis. • Parafimosis. • Masa intestinal/retroperitoneal/aneurismática.	• Prolapso pélvico (cistocèle, rectocèle). • Masas pélvicas (benignas o malignas). • Divertículos uretrales. • Útero grávido. • Estreñimiento. • Urolitiasis. • Masa intestinal/retroperitoneal/aneurismática.

Etiología infecciosa

Tabla 2. Etiología infecciosa.	
Varón	Mujer
• ITU (cistitis, uretritis). • Prostatitis. • Balanitis. • Uretritis. • Herpes genital. • Herpes zóster. • Síndrome de Guillain-Barré. • Enfermedad de Lyme.	• ITU (cistitis, uretritis). • Vulvovaginitis. • Liqueen plano. • Herpes genital. • Herpes zóster. • Uretritis. • Síndrome de Guillain-Barré. • Enfermedad de Lyme.

Etiología medicamentosa

Tabla 3. Etiología medicamentosa.	
Grupo	Fármacos
Antiarrítmicos	Quinidina, procainamida, disopiramida.
Antiparkinsonianos	Amantadina, bromocriptina, levodopa.
Antidepresivos tricíclicos	Imipramina, amitriptilina, nortriptilina.
Hormonas	Testosterona, progesterona, estrógenos.
Antihipertensivos	Hidralazina, nifedipino.
Alfa-adrenérgicos	fenilefrina, adrenalina, pseudoefedrina, fenilpropanolamina.
Beta-adrenérgicos	Isoproterenol, terbutalina, metaproterenol.
Relajantes musculares	Diazepam, ciclobenzaprina, baclofeno.
Antihistamínicos	Bromfeniramina, difenhidramina, hidroxicina, ciproheptadina, clorfeniramina.

Etiología neurológica

Es la causa menos común y afecta por igual a hombres y mujeres. Puede producirse por alteraciones a nivel de la médula espinal (esclerosis múltiple, mielitis transversas, tumores, hematomas epidurales, discopatía intervertebral), a nivel del cerebelo (ACV, neoplasias, esclerosis múltiple, Parkinson, Shy-Drager, hidrocefalia) o a nivel periférico (Guillain-Barré, virus herpes zóster, enfermedad de Lyme, cirugía pélvica, poliomielitis, neuropatía autónoma).

Etiología traumática

La causa de obstrucción suele ser mecánica sobre pelvis, uretra o el pene en los varones.

¿Cómo se diagnostica?

Anamnesis. Es fundamental una buena anamnesis ante la sospecha de RAO, ya que el diagnóstico es fundamentalmente clínico, ante la imposibilidad de orinar voluntariamente acompañada de dolor suprapúbico a pesar de tener la vejiga llena.

Es importante realizarla de manera correcta y minuciosa para tratar de encontrar la causa desencadenante. Debemos preguntar sobre:

- Antecedentes de retención previa.
- Enfermedad prostática.
- Presencia de clínica miccional.
- Síntomas neurológicos.
- Trauma/cirugía pélvica reciente.
- Síndrome constitucional, si sospechamos tumor.
- Enfermedades neurológicas.
- Consumo de fármacos o tóxicos.
- Manipulación urológica reciente.
- Diabetes mellitus.

Exploración física. Debemos explorar al paciente valorándolo de manera global, viendo si existe repercusión hemodinámica, pero haciendo hincapié en:

- **Exploración abdominal:** en ocasiones se puede palpar la vejiga (globo vesical). Generalmente existe dolor suprapúbico a la exploración.
- **Examen pélvico:** en las mujeres.
- **Tacto rectal:** en ocasiones se palpa la vejiga también, pero debe realizarse para descartar impactación fecal o tumoraciones. Obligatoria su realización tras la resolución de la RAO.
- **Exploración neurológica:** ante sospecha de déficit neurológico, evaluando fuerza y sensibilidad, reflejos, así como tono de esfínter anal y elevador del ano.

Exploraciones complementarias. Existe indicación de realizar dos pruebas de manera sistemática:

- Sedimento de orina.
- Cultivo de orina.

Sobre todo si se sospecha patología infecciosa como causa. La muestra se obtendrá tras el sondaje vesical, ya que previamente no es posible la micción.

Hay más pruebas que se pueden realizar en función de la exploración física y el contexto individual de cada paciente:

- **Analítica con función renal y electrolitos:** generalmente es un proceso agudo, por lo que no suelen llegar a afectarse estos valores, o si se ven afectados revierten rápidamente tras el sondaje. Generalmente se alteran a las 48 horas de retención.
- **PSA:** no está indicado de manera sistemática, ya que estará aumentado en el propio contexto de la RAO (Sliwinski A, 2016).
- **Pruebas de imagen:** no son necesarias, salvo si se palpan masas no conocidas o exista patología urológica previa con intervención quirúrgica.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la RAO consiste en el vaciado de la vejiga. Para drenar la orina existen dos técnicas:

- Sondaje uretral.
- Punción suprapúbica.

Generalmente se realiza el sondaje, de elección, ya que es la técnica menos invasiva y se puede realizar en atención primaria, con menor riesgo de complicaciones. Existen casos en los que no se puede realizar el sondaje y se recurrirá a la punción como técnica terapéutica.

Contraindicaciones al sondaje vesical:

- Uretritis, prostatitis o abscesos a ese nivel.
- Antecedente de rotura uretral previa.
- Estenosis uretral (valorar sonda de menor calibre previamente).

Tipos de sondaje vesical:

- Intermitente: se realiza el vaciado de la vejiga simplemente.
- Permanente: cuando se mantiene más de dos micciones.

Se realiza sondaje permanente cuando tras dos intentos de intermitente se produce un tercer episodio de RAO.

Medidas tras cateterización:

- Si es el tercer episodio de RAO, la sonda tendrá que permanecer al menos durante 3 días, o hasta que se solucione su causa (si esta es reversible).
- La profilaxis antibiótica solo es necesaria si hay evidencia de infección o si se sospecha técnica de sondaje contaminada, donde se aconseja administrar quinolonas (**ciprofloxacino** 500 mg cada 12 horas durante 3 días).
- Se recomienda asociar a la retirada de la sonda un alfa-1-bloqueante, como la **tamsulosina**, ya que mejora la tasa de micción espontánea tras retirar el sondaje. Si el paciente ya estaba tomando un fármaco de esta familia no se recomienda asociar otro ni cambiarlo. No existe evidencia de que reduzcan el riesgo de recurrencia (Fisher E, 2014).

Criterios de ingreso:

- Sepsis.
- Sospecha de malignidad.
- Compresión medular.
- Insuficiencia renal.
- Eventos acompañantes (ACV...) desencadenantes.
- Punción suprapúbica.
- Fiebre.
- Hematuria ex-vacuo.

Complicaciones tras cateterización:

- **Infección:** por contaminación al realizar la técnica. Si se sospecha debe asociarse antibiótico.
- **Hematuria ex-vacuo:** provocada por un descenso brusco de la presión que causa la orina retenida en la vejiga. No hay evidencia de que el pinzamiento de la sonda de 200 en 200 ml cada 10-15 min evite esta complicación.
- **Hipotensión transitoria:** como respuesta vasovagal del organismo.
- **Diuresis post obstrucción:** la menos común, suele ocurrir en retenciones crónicas en las que está afectada la función renal. Consiste en diuresis que persiste a pesar de la desobstrucción de la vejiga.

Bibliografía

- Barrisford GW, Steele GS. Acute urinary retention. En: O'Leary MP, Hockberger RS, Libman H, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention>
- Desgrandchamps F, De La Taille A, Doublet JD; RetenFrance Study Group. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. BJU Int. 2006;97(4):727-33. PubMed **PMID: 16536763**. **Texto completo**
- Fisher E, Subramonian K, Omar MI. The role of alpha blockers prior toremoval of urethral catheter for acute urinary retention in men. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD006744. PubMed **PMID: 24913721**. **Texto completo**
- Naval Pulido M, Lleal Barriga C. Retención aguda de orina, a partir de un síntoma. AMF. 2016;12(3):152-6. **Texto completo**
- Nyman MA, Schwenk NM, Silverstein MD. Management of urinary retention: rapid versus gradual decompression and risk of complications. Mayo Clin Proc. 1997;72(10):951-6. PubMed **PMID: 9379700**. **Texto completo**
- Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Phisycian. 2008;77(5):643-50. PubMed **PMID: 18350762**. **Texto completo**
- Sliwinski A, D'Arcy FT, Sultana R, Lawrentschuk N. Acute urinary retention and the difficult catheterization: current emergency management. Eur J Emerg Med. 2016;23(2):80-8. PubMed **PMID: 26479738**
- Verhamme KM, Dieleman JP, Van Wijk MA, Bosch JL, Stricker BH, Sturkenboom MC. Low incidence of acute urinary retention in the general male population: the triumph project. Eur Urol. 2005;47(4):494-8. PubMed **PMID: 15774248**. **Texto completo**
- Zeif HJ, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (4):CD006744. PubMed **PMID: 19821385**

Más en la red

- Kowalik U, Plante MK. Urinary Retention in Surgical Patients. Surg Clin North Am. 2016 Jun;96(3):453-67. PubMed **PMID: 27261788**
- Ludvigson AE, Beale LT. Urologic Emergencies. Surg Clin North Am. 2016 Jun;96(3):407-24. PubMed **PMID: 27261785**
- Sliwinski A, D'Arcy FT, Sultana R, Lawrentschuk N. Acute urinary retention and the difficult catheterization: current emergency management. Eur J Emerg Med. 2016;23(2):80-8. PubMed **PMID: 26479738**

Autores

- | | |
|-------------------------|--|
| ▪ Uxía Fernández Robelo | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ David Handal Ponce | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ Ángel Núñez Vázquez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria |



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

