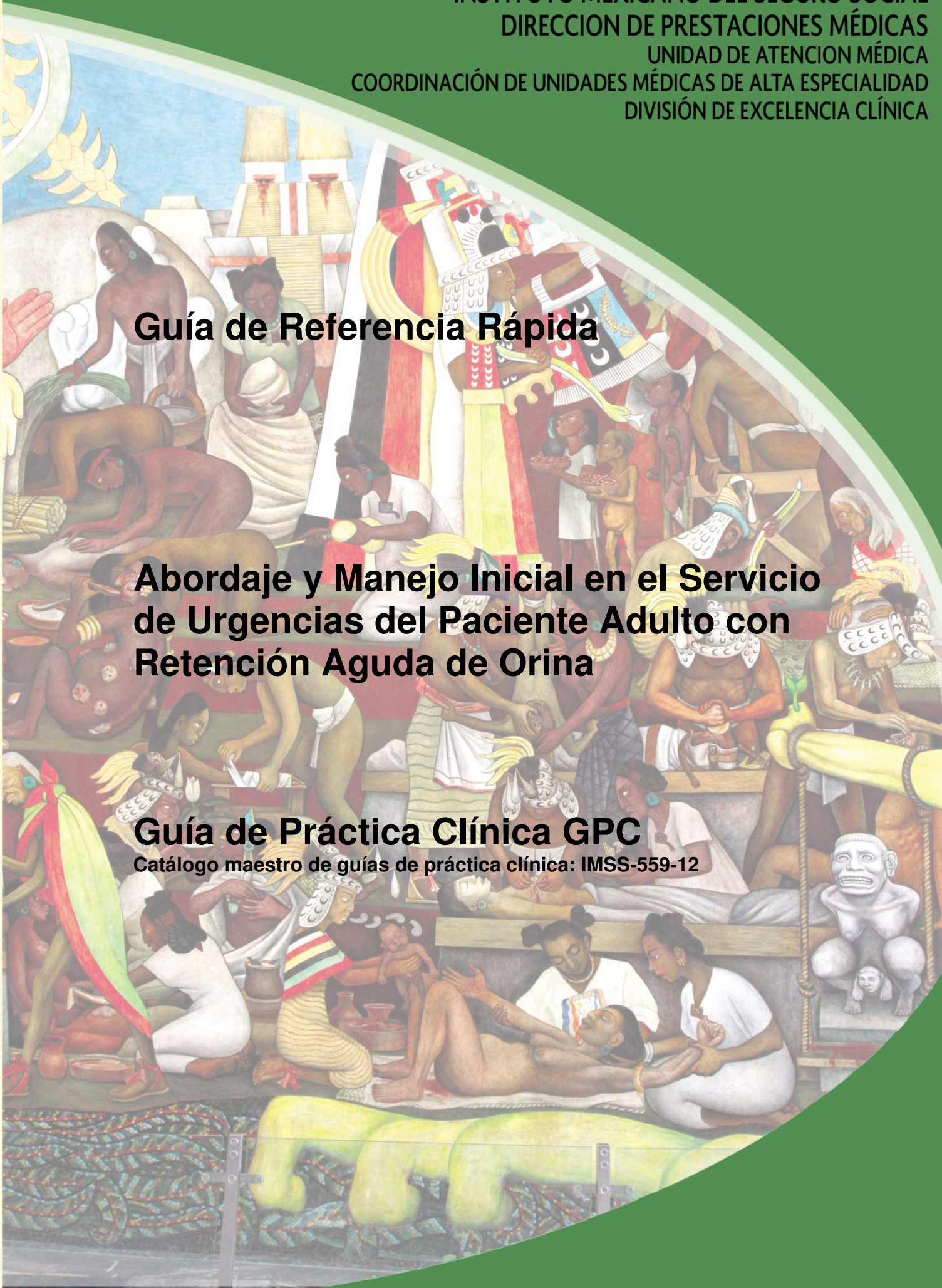


## **Guía de Referencia Rápida**

## **Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina**

## **Guía de Práctica Clínica GPC**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-559-12



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**R33X Retención de Orina**

**GPC**

### **Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina**

**ISBN en trámite**

## DEFINICIÓN

La retención urinaria es la incapacidad para miccionar voluntariamente. La retención aguda de orina (RAO) es la incapacidad súbita para el vaciamiento urinario, a pesar de tener una vejiga llena.

## ABORDAJE CLÍNICO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1. Como parte del abordaje clínico del paciente que se presenta en el servicio de urgencias con RAO es importante determinar la causa, para ello se recomienda:
  - A. Realizar historia clínica urológica que incluya:
    - Padecimientos urológicos: cálculos, reflujo vesicoureteral, infecciones urinarias recurrentes
    - Antecedente de cateterización vesical
    - Comorbilidades: diabetes, enfermedad de Parkinson, lesión de médula espinal, padecimientos psiquiátricos, trastornos gastrointestinales (constipación, diarrea, incontinencia fecal)
    - Ingestión de alcohol, café o medicamentos que pueden afectar la función vesical (anexo 5.3, cuadro I).
  - B. Exploración física dirigida:
    1. Examen general en busca de:
      - Deshidratación
      - Edema pedal o datos de falla cardíaca congestiva (indican problemas con la redistribución de líquidos que pueden ocasionar nicturia o enuresis)
    2. En la inspección abdominal:
      - Identificar distensión o plenitud
      - Buscar masas
      - Palpar y percudir el área supra púbica
      - No realizar palpación profunda de la vejiga, debido a que puede producir malestar significativo y reflejo vagal evocado por el dolor
    3. Examen de genitales externos y rectal evaluando:
      - Reflejo bulbocavernoso
      - Tamaño de la próstata
      - Tono de esfínter anal en ambos sexos
      - Examen neurológico local (evaluación de sensación perineal, atrofia de tejidos) como parte del examen pélvico de mujeres

4. Examen neurológico
2. Los pacientes con sospecha de vejiga neurogénica deben someterse a revisión neurológica que comprenda:
  - Reflejo bulbocavernoso (contracción muscular del bulbocavernosoposterior a la presión del glande)
  - Reflejo anal (contracción del esfínter anal cuando la piel perineal es apretada)
  - Contracciones voluntarias de la pelvis
  - Tono del esfínter anal
  - Sensación de los dermatomos S2 y S5
3. En los varones mayores de 50 años, se debe sospechar obstrucción mecánica por hiperplasia prostática benigna como principal causa de RAO, la cual se acompaña de síntomas de tracto urinario bajo como disminución del chorro a la micción, goteo terminal, nicturia y sensación de vaciado incompleto.
4. En los pacientes con RAO e hiperplasia prostática benigna, se recomienda realizar tacto rectal para explorar la próstata. Los hallazgos del examen, serán de utilidad también para definir si el cateterismo vesical a través de la uretra puede ser exitoso o no, lo cual brinda la posibilidad de decidir un abordaje apropiado y evitar el traumatismo uretral.
5. En los pacientes con RAO sin sintomatología de tracto urinario bajo, se debe pensar en causas como:
  - Infecciones
  - Constipación
  - Estenosis uretral
  - Consumo excesivo de líquidos (principalmente alcohol)
  - Ingestión de medicamentos
  - Neurogénica
6. Con la finalidad de identificar la causa que la desencadeno, es recomendable abordar de manera sistemática a los pacientes que acuden al servicio de urgencias con RAO, se debe tener en cuenta las diferentes posibilidades de acuerdo al género y a la historia clínica para decidir el tratamiento apropiado así como, en caso necesario, la necesidad de hospitalización (anexo 5.3, cuadros II, III y IV).
7. Los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con fármacos de acción psicotrópica, pueden presentar RAO y no manifestar la sintomatología típica, por lo que se debe interrogar en forma intencional a los familiares sobre el uso de estos medicamentos.

## **DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

1. Se recomienda considerar el diagnóstico de RAO ante la siguiente sintomatología:
  - Incapacidad para orinar (o solo pequeñas cantidades) de inicio repentino
  - Ansiedad intensa o agitación
  - Incomodidad
  - Diaforesis

- Dolor abdominal agudo
  - Aumento de volumen abdominal con dolor que se intensifica a la palpación
  - Ocasionalmente hematuria
2. Ante el cuadro clínico sugestivo de RAO se debe realizar examen físico que incluya:
    - Examen abdominal de la vejiga: característicamente se presenta masa pélvica que puede ser visible, con percusión mate (si contiene 150 ml o más de orina), palpable (cuando hay más de 200 ml de orina) y con dolor que se intensifica a la palpación. Se debe considerar que en personas obesas la palpación de la masa pélvica puede ser difícil debido a la grasa abdominal
    - Tacto rectal: evaluar tono del esfínter anal y la presencia de impactación fecal
    - Examen prostático: valorar tamaño, textura y presencia de nódulos
  3. Se debe tener un alto índice de sospecha de RAO en los casos en los no se presentan manifestaciones clínicas características, esto sucede en pacientes con neuropatía asociada a diabetes mellitus o en quienes no se pueden expresar verbalmente (evento vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, demencia senil, alteraciones psiquiátricas graves). En estas situaciones los datos de mayor relevancia para el diagnóstico son la ausencia de micción (o en pequeñas cantidades por rebosamiento) y la detección de masa pélvica.

### ESTUDIOS PARA CLÍNICOS

1. En el paciente con RAO se recomienda realizar:
  - Biometría hemática, examen general de orina, sedimento urinario y urocultivo para evaluar la presencia de infección
  - Determinación de nitrógeno ureico en sangre, creatinina, sodio y potasio para detectar insuficiencia renal
  - Ultrasonido vesical en aquellos casos en que exista duda clínica del diagnóstico (si se cuenta con el recurso)
  - La solicitud de otros estudios dependerá de la causa probable específica y se deberán individualizar en cada caso

### TRATAMIENTO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS VACIAMIENTO VESICAL

1. El tratamiento inicial del paciente con RAO consiste en el vaciamiento vesical. La cateterización uretral es la primera opción para el drenaje de la vejiga, siempre y cuando no exista contraindicación para ello.
2. Para cateterizar la uretra es recomendable utilizar sondas tipo Foley de 2 vías de látex, silicón o cloruro de polivinilo (Nelaton), de acuerdo al caso específico se pueden utilizar calibres 14,16 o 18 french.
3. La lubricación uretral deberá realizarse con jalea aséptica hidrosoluble, algunos lubricantes incluyen

soluciones anestésicas, en caso de contar con ellos es recomendable utilizarlas.

4. Para llevar a cabo el procedimiento de cateterización uretral se recomienda seguir los pasos señalados en el cuadro V (anexo 5.3).
5. La cateterización uretral está contraindicada en los siguientes casos:
  - Lesión uretral
  - Traumatismo vesical
  - Presencia de material purulento en el meato uretralEn estos casos realizar el vaciamiento vesical por vía supra púlica.
6. El vaciamiento vesical mediante cateterización uretral o punción supra púlica, está contraindicado en las siguientes situaciones:
  - Cuando no se identifica la vejiga
  - Si se tiene conocimiento de la presencia de un tumor vesical
  - Presencia de heridas, celulitis o cicatrices en el área supra púlica a puncionarEn estos casos solicitar evaluación por el urólogo para decidir la conducta a seguir
7. La cateterización uretral o supra púlica es un procedimiento invasivo que potencialmente puede causar incidencias o complicaciones, por lo tanto, antes de realizarlo se deberá firmar una carta de consentimiento bajo información.
8. Idealmente el vaciamiento vesical por vía supra púlica deberá realizarlo el urólogo o el cirujano general, en caso de no contar con ninguno de estos especialistas, el procedimiento podrá llevarlo a cabo el médico de urgencias médico quirúrgicas.
9. Se recomienda que el vaciamiento vesical (uretral o supra púlico) sea intermitente para evitar posibles complicaciones. Después de evacuar 400 ml de orina se debe interrumpir el vaciamiento durante 15 minutos, posterior a este período de tiempo continuar con el procedimiento.
10. En caso de hematuria macroscópica y coágulos que obstruyan la sonda, se deberá valorar cambiarla por una de mayor calibre o con una tercera vía para irrigación.

### **ANTIMICROBIANOS PROFILÁCTICOS**

1. Independientemente de la vía de acceso (tran suretral o supra púlica), no se recomienda indicar antibióticos como profilaxis de infección de vías urinarias en los pacientes que requieren cateterización vesical por RAO.
2. Se debe cumplir con el protocolo de higiene de manos en todos los pacientes que requieran colocación de sonda urinaria.
3. La colocación de cualquier catéter urinario debe realizarse bajo estrictas medidas de antisepsia para prevenir la posibilidad de infección urinaria.

## INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN Y EVALUACIÓN UROLÓGICA

1. Después de haber realizado el vaciamiento vesical de un paciente con RAO, se recomienda hospitalización en los siguientes casos:
  - Alteración de la función renal
  - Hematuria persistente
  - Sepsis
  - Complicaciones inherentes a la cateterización
  - Comorbilidades que per se requieran manejo hospitalario
  - Paciente sin capacidad para cuidarse a sí mismo y ausencia de familiares que se hagan cargo de él
2. Todos los pacientes (ambulatorios u hospitalizados) que presentaron un evento de RAO deben ser evaluados en las primeras 72 horas por el urólogo, con la finalidad de tomar decisiones respecto al tiempo de permanencia de la sonda y tratamiento de la causa

**CUADRO I. AGENTES FARMACOLOGICOS ASOCIADOS A RETENCION AGUDA DE ORINA**

Clase	Medicamentos
Antiarrítmicos	Disopiramida, procainamida, quinidina
Analgésicos	Tramadol, anti inflamatorios no esteroideos, tramadol
Anticomiciales	Carbamazepina, gabapentina, lamotrigina
Anticolinérgicos	Atropina, dicyclomina, flavoxate, oxibutina, escopolamina
Antidepresivos	Amitriptilina, doxepin, imipramina, citalopram, nortriptilina
Antihistamínicos	Clorfeniramina, ciproheptadina, difenhidramina, hidroxicina, bromfeniramina
Antihipertensivos	Hidralazina, nifedipina
Ansiolíticos hipnóticos	Clonazepam, diazepam, zolpidem
Agentes antiparkinson	Levodopa, bromocriptina, amantadina, trihexifenidil, benztropina
Antipsicóticos	Clorpromazina, flufenazina, haloperidol, tioridazina, tiotixena
Hormonas	Estrogenos, progestágenos, testosterona
Relajantes musculares	Diazepam, baclofen, ciclobenzaprina,
Agentes urológicos	Darifenacina, oxibutina, tolterodina
Simpaticomiméticos (alfa adrenérgicos)	Fenilefrina, efedrina, fenilpropanolamina
Simpaticomiméticos (beta adrenérgicos)	Terbutalina, isoproterenol, metaproterenol
Misceláneos	Indometacina, analgésicos opioides, anfetaminas, carbamazepina, dopamina, diuréticos mercuriales,

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

**CUADRO II. POSIBLE ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN URINARIA BASÁNDOSE EN LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA**

Genero	Historia	Examen físico	Posible etiología
Hombre	Historia previa de RAO	Próstata crecida, firme, no sensible y sin nódulos ; el examen de próstata puede ser normal	Hiperplasia prostática benigna
	Fiebre, disuria, dolor lumbar, perineal o rectal	Próstata sensible y caliente, posible descarga peneana	Prostatitis aguda
	Pérdida de peso, síntomas y signos generales	Crecimiento nodular de próstata; el examen de próstata puede ser normal	Cáncer prostático
	Dolor, edema de piel peneana	Edema peneano con piel no retraible; dispositivo peneano externo	Fimosis, parafimosis o edema ocasionado por dispositivo peneano externo
Mujer	Presión pélvica; protrusión de órganos pélvicos a través de la vagina	Prolapsos de vejiga, recto o útero en el examen pélvico	Cistocele, rectocele o prolapso uterino
	Dolor pélvico, dismenorrea, discomfort abdominal bajo; edema	Crecimiento uterino, ovárico o de anexos en el examen pélvico	Masa pélvica; neoplasia ginecológica
	Descarga vaginal; disuria; prurito vaginal	Inflamación vulvar y vaginal; secreción vaginal	Vulvovaginitis
Hombre o mujer	Disuria; hematuria; fiebre; dolor lumbar, descarga uretral; rash genital, actividad sexual reciente	Sensibilidad supra púbica; sensibilidad de ángulo costo vertebral; descarga uretral; vesículas genitales	Cistitis; uretritis; infección de tracto urinario; infección transmitida sexualmente; herpes
	Hematuria dolorosa	Hematuria macroscópica con coágulos	Tumor vesical
	Constipación	Distensión abdominal; recto dilatado; retención de heces en ámpula	Impactación fecal
	Síntomas generales; dolor o distensión abdominal; sangrado rectal	Masa abdominal palpable; sangre oculta en heces; masa rectal	Tumor gastrointestinal
	Enfermedad neurológica previa o recién diagnosticada; esclerosis múltiple; enfermedad de Parkinson; neuropatía diabética; enfermedad cerebro vascular	Déficit neurológico localizado o generalizado	Vejiga neurogénica

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.



**CUADRO III. CAUSAS DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA**

Causa	Hombres	Mujeres	Ambos
Obstructiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperplasia prostática benigna</li> <li>• Estenosis de meato</li> <li>• Parafimosis</li> <li>• Bandas constrictivas de pene</li> <li>• Fimosis</li> <li>• Cáncer de próstata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolapso de órganos</li> <li>• Tumoraciones pélvicas</li> <li>• Retroversion del utero gravido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación aneurismal</li> <li>• Litiasis vesical</li> <li>• Neoplasia vesical</li> <li>• Impactación fecal</li> <li>• Tumoración gastrointestinal o retroperitoneal</li> <li>• Estenosis uretral</li> <li>• Cuerpos extraños</li> <li>• Cálculos</li> <li>• Edema</li> </ul>
Infeciosas e inflamatorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanitis</li> <li>• Abscesos prostáticos</li> <li>• Prostatitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulvovaginitis aguda</li> <li>• Liquen plano vaginal</li> <li>• Liquen vaginal esclerosa</li> <li>• Pénfigo vaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquistosomiasis</li> <li>• Cistitis</li> <li>• Equinococcosis</li> <li>• Síndrome Guillain-Barré</li> <li>• Herpes simple</li> <li>• Enfermedad de Lyme</li> <li>• Absceso periuretral</li> <li>• Mielitis transversa</li> <li>• Cistitis tuberculosa</li> <li>• Uretritis</li> <li>• Virus varicella-zoster</li> </ul>
Otras causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma peneano</li> <li>• Fractura de pene</li> <li>• Laceración de pene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones postparto</li> <li>• Disfunción del esfínter uretral (síndrome de Fowler)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma pélvico con lesión de uretra posterior y cuello vesical</li> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Psicogénico</li> </ul>

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

**CUADRO IV. CAUSAS NEUROLÓGICAS DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA**

Tipo de lesión	Causas
Nervio autonómico o periférico	Diabetes mellitus; neuropatía autonómica; síndrome de Guillain Barre; infección por herpes zoster; enfermedad de Lyme; anemia perniciosa; poliomielitis; cirugía pélvica radical; agenesia sacra; trauma de médula espinal; tabes dorsalis
cerebro	Enfermedad cerebro vascular; enfermedad de Parkinson; concusión; esclerosis múltiple; neoplasia o tumores
Médula espinal	Lesiones disráficas; enfermedad interdiscal; mielomeningocele; esclerosis múltiple; hematoma o absceso de médula espinal; trauma de médula espinal; mielitis transversa

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

**CUADRO V. PASOS A REALIZAR EN LA CATETERIZACIÓN URETRAL**

**Hombres:**

1. Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas separadas.
2. Realizar las técnicas de asepsia y antisepsia recomendadas para cateterismo vesical.
3. Aplicar aproximadamente 10 a 15 cc de jalea lubricante a través del meato uretral con jeringa, hasta lograr la adecuada y completa lubricación de toda la uretra.
4. En caso de tener anestésico esperar de 5 a 10 minutos (siempre y cuando la urgencia lo permita) para lograr el efecto
5. Sujetar el pene con una mano a nivel del surco balano-prepucial y colocarlo en posición vertical respecto al cuerpo.
6. Introducir gentilmente la sonda (no debe existir resistencia al paso de la misma).
7. La zona del esfínter externo ofrecerá cierta resistencia por lo cual deberá hacerse con una presión sostenida y suave, pidiendo al paciente que se relaje y modificando la posición del pene, que de encontrarse vertical pasara a estar horizontal. Nunca deberá forzarse o introducir de forma brusca la sonda.
8. La sonda deberá entrar casi en su totalidad.
9. Para verificar que nos encontremos en vejiga deberá salir orina espontáneamente, en caso de que no se presente la salida espontanea de orina, se realizara una pequeña aspiración con jeringa a través de la sonda.
10. Una vez verificada la salida de orina proceder a inflar el globo con agua estéril. (Ver capacidad del globo en la sonda 5,10 o 30 cc).
11. Por último colocar un sistema cerrado de drenaje con bolsa colectora.
12. Fijar la sonda a la cara interna de la pierna para evitar tracción de la misma.

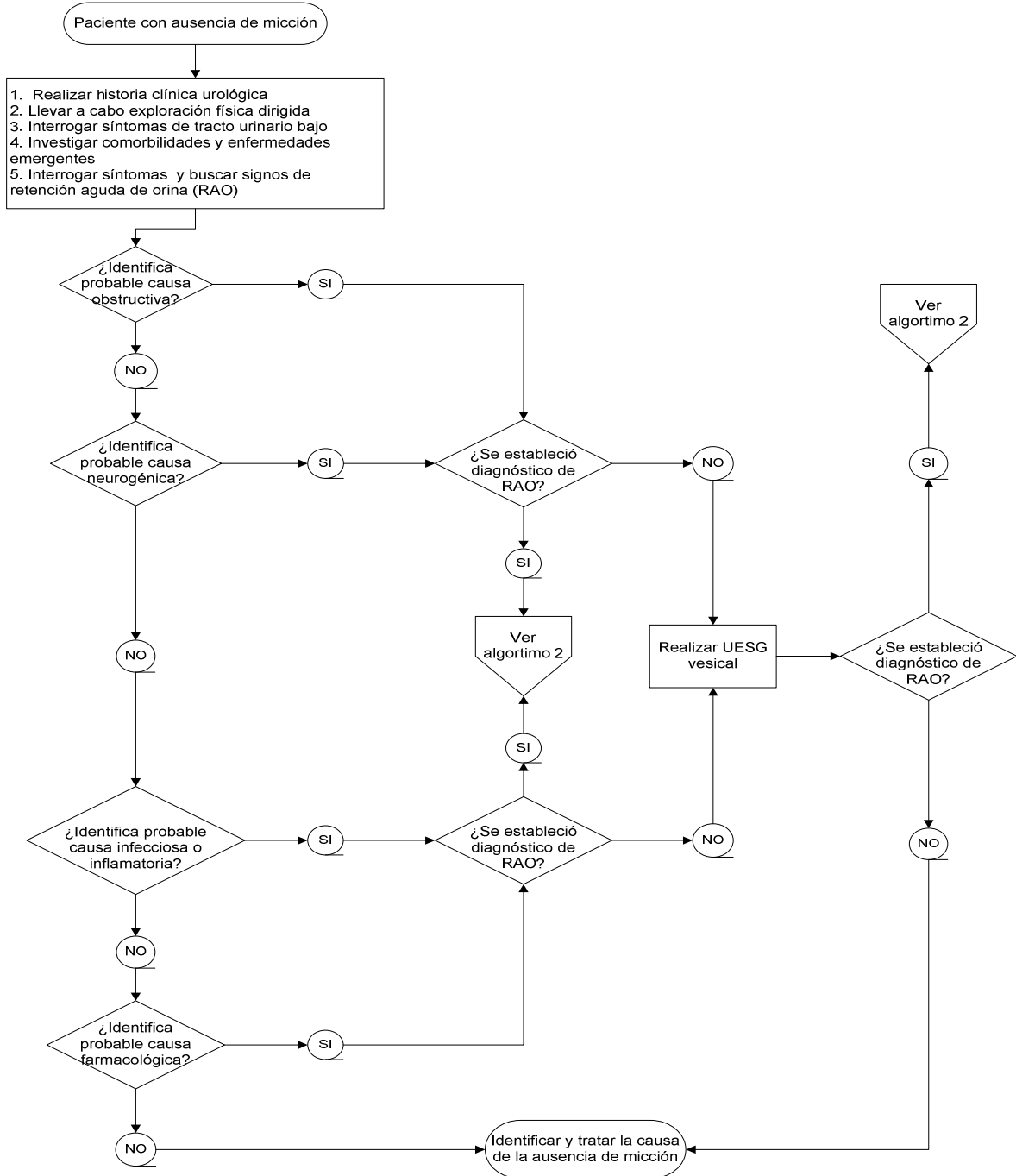
**Mujeres:**

1. Colocar a la paciente en decúbito supino.
2. Realizar las técnicas de asepsia y antisepsia recomendadas para cateterismo vesical.
3. Aplicar aproximadamente 3 a 5 cc de jalea lubricante a través del meato uretral o directamente sobre la sonda, logrando lubricar aproximadamente 5 cm de la misma desde la punta.
4. Introducir gentilmente hasta obtener orina, en caso de no presentarse la salida espontanea de orina por la sonda, realizar una aspiración con jeringa a través de ella.
5. Inflar el globo de la sonda con agua estéril (ver capacidad del globo).
6. Colocar el sistema de drenaje cerrado con bolsa colectora.
7. Fijar la sonda a la cara interna del muslo para evitar tracción de la misma.

Datos obtenidos de: Newman D. Managing urinary retention in the acute care setting. [En línea]. 2011 [citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: [http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/\\_bsc/0900-0447-08-86.pdf](http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/_bsc/0900-0447-08-86.pdf)  
 Perez RD, Carnero BJ, Julve BE, Noblejas AM. Retención urinaria. [En línea]. 2002 [citado 2012 abril 25 ]; Disponible en: URL: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/returi.pdf>

## ALGORITMOS

**ALGORITMO 1. ABORDAJE CLÍNICO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.**



**ALGORITMO 2. MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.**

