

RETENCIÓ AGUDA D'ORINA POSTPART.

Autors: Dra. M. Però, Dr. P. Oriol, Dr. O. Porta (Servei d'Obstetrícia i Ginecologia)

Data de revisió: novembre 2013

1. Introducció

La causa més freqüent de retenció urinària en el postpart és la manca de relaxació del sòl pelvià secundària al traumatisme del part i el dolor. Per tant, és més probables en parts instrumentats, episiotomies àmplies, fetus macrosoma o, de forma àmplia, després d'un part difícil o traumàtic. A més dels factors traumàtics sobre les estructures musculars i aponeuròtiques, es produeixen fenòmens d'estirament i compressió sobre els nervis somàtics i del sistema nerviós autònom, responsables del control de la micció. Es desconeix amb exactitud l'impacte del traumatisme neurològic del part sobre la funció urinària, però algunes funcions com la sensibilitat vesical o sensació de plenitud vesical es poden veure disminuïdes.

En cas d'anestèsia locoregional (peridural o intradural), el bloqueig sensitiu, motor i autònom poden impedir la correcta micció. Caldrà assegurar que ha cessat completament l'efecte del procediment anestèsic.

Convé recordar que la micció és una conducta educada des de la infantesa, que s'acostuma a realitzar de manera íntima, en privat i sense presses. Aquestes circumstàncies no sempre es donen en l'entorn d'un ingrés hospitalari; caldrà procurar que es compleixin.

Finalment, cal considerar l'impacte emocional, esgotament físic, etc. que el part pot provocar en la dona que acaba de parir.

Per tot això, és fonamental mantenir una bona analgesia, tranquil·litzar la dona i adoptar les mesures d'acompanyament i informació adequades per tal d'aconseguir una correcta relaxació de les estructures pelvianes que permetin una micció normal. En general, s'ha de recuperar la micció espontània dintre de les primeres 6 hores posteriors al part o a la retirada de la sonda vesical.

2. Maneig a la Sala d'Hospitalització

- Procedir segons l'algoritme de l'Annex 1.
- En general, una vegada recuperada la micció espontània normal, les pacients seran donades d'alta i realitzaran el control de la quarantena amb el seu ginecòleg i/o llevadora de referència a l'assistència primària.
- No obstant, poden donar-se casos refractaris que requereixin fins i tot l'alta hospitalària amb sonda. Aquesta casos es tractaran de manera individualitzada i es seguiran a la Unitat de Patologia del Sòl Pelvià del Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'HSP.

1. **Informar** a les pacients que cal avisar a infermeria si es produeix qualsevol de les següents circumstàncies:

- Impossibilitat per la micció passades **6 hores** del part o de la retirada de la sonda
- Miccions freqüents de petites quantitats d'orina (< 100 ml)
- Altres: pèrdua de la sensació de ganes de miccionar, urgència miccional, dolor hipogàstric, globus vesical

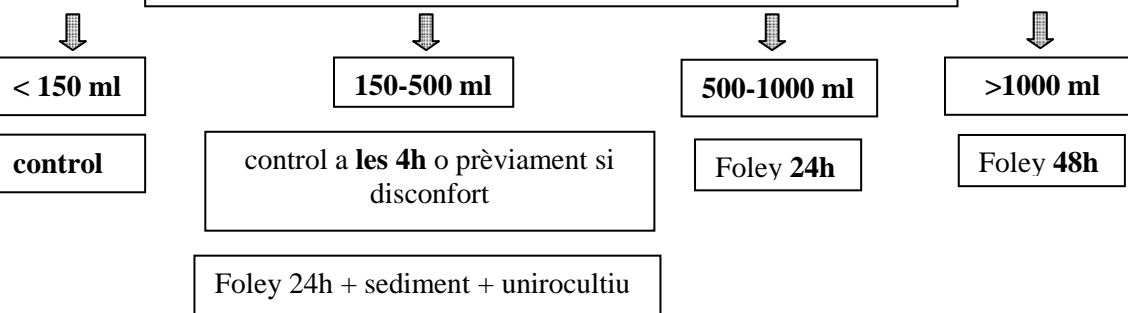
2. **Confirmar** la retenció urinària:

- Exploració
 - Residu post-miccional:
- Sondatge vesical
Ecografia*

3. **Mesures conservadores:**

- Analgèsia
- Mans en aigua freda
- Gel local
- Bany aigua calenta
- Deambulació
- Evitar restrenyiment
- Privacitat

4. Sondatge de descàrrega i mesura del **residu post-miccional:**



Micció satisfactòria

urinocultiu + alta

No micció satisfactòria > 6h
de la retirada de la sonda

Repetir **residu post-miccional**

SV segons residu + **alta** a domicili i retornar a **urgències** per a retirada de SV

No micció satisfactòria > 6h
de la retirada de la sonda

SV 7 dies + alta a domicili + visita a **Dispensari de Sòl Pelvià** en 1 setmana

3. Bibliografia

1. Liang CC et al. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology
2. Rose-Marie Johansson. Journal of Clinical Nursing
3. Jan Clarkson. Royal Cornwall Hospitals NHS Trust
4. Groutz et al. Neurourology and urodynamics
5. Karin Glavind. International Urogynecology Journal