

## **RETENCIÓN AGUDA DE ORINA (RAO)**

La retención aguda de orina se define como la imposibilidad súbita para realizar la micción. El obstáculo se localiza a nivel infravesical.

Constituye una urgencia urológica por el dolor superlativo y agudo que produce.

Debe distinguirse de la anuria, porque a diferencia de ésta, la obstrucción es en la vía urinaria superior (prevesical). En la anuria no existe globo vesical (al examen físico) y la colocación de una sonda vesical al no tener débito, evidenciará una vejiga vacía.

### **Etiología**

Las principales causas por orden de frecuencia son:

En el varón:

- Hipertrofia benigna de próstata (la más frecuente por lejos).
- Cáncer de próstata.
- Hematuria con coágulos.
- Estenosis de uretra (anterior o posterior).
- Esclerosis de cuello (si existe cirugía previa).
- Causas neurogénicas.
- Fecaloma.
- Fármacos (alfa-adrenérgicos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos).
- Cálculos (en uretra o impactado en cuello vesical).
- Fimosis extrema.

En la mujer:

- Fecaloma.
- Hematuria con coágulos.
- Causas neurogénicas.

- Embarazo.
- Fármacos.

## **Diagnóstico**

Es principalmente clínico. Paciente agitado y sudoroso, con imposibilidad para realizar la micción, de inicio súbito o progresivo, acompañado de dolor hipogástrico intenso, sensación de repleción vesical y de imperiosidad miccional.

La exploración física evidenciará un dolor intenso a la palpación hipogástrica. Se palpará un globo vesical (masa suprapúbica de consistencia dura y dolorosa a la palpación, sonido típicamente mate a la percusión) Puede no palparse en pacientes obesos.

El tacto rectal nos orientará sobre las posibles causas como HBP o cáncer de próstata; además, si la próstata es dolorosa a la palpación, se debe pensar en prostatitis, cuadro que puede descompensar a un trastorno obstructivo preexistente.

Los estudios complementarios no deberán retardar la resolución de la obstrucción.

## **Tratamiento**

El mismo es urgente y consiste en drenar la vejiga mediante la colocación de un catéter urinario por vía uretral.

Consejos útiles a la hora del sondaje.

- Utilizar abundante jalea de lidocaína (entre 5 a 10 cc.) y aplicarla con jeringa dentro de la uretra. La misma tiene una doble función lubricante y analgésica.
- Realizar tracción del pene para rectificar las curvaturas de la uretra.
- De primera intención utilizar una sonda Foley de (16-18F), ya que al tener la posibilidad de inflar un balón dentro de la vejiga, nos garantizará que ésta no se salga en forma espontánea.

- NO FORZAR ni insistir con las maniobras de sondaje ya que existe mucho riesgo de producir falsas vías y posterior uretrorragia, las cuales tornarán casi imposible el sondaje posterior.
- Si con sondas de 16-18F no resulta posible el sondaje se podrá intentar con catéteres de menor calibre (incluso con catéteres K30 - k33).
- Si se sospecha hematuria son coágulos como causa de la obstrucción, se colocará una sonda triple vía de calibre grueso (20-22 Fr) la cual nos permitirá realizar lavajes para extraer dichos coágulos y posteriormente dejar un lavaje intravesical con goteo continuo de solución fisiológica.
- El sondaje vesical no suele ser difícil en la mujer, por la longitud más corta por lo que difícilmente conlleve problemas de sondaje.
- Una vez sondado el paciente el vaciado de la vejiga se hará en etapas, de forma paulatina, evitando la hematuria “ex vacuo”.
- En caso de imposibilidad para colocar una sonda vesical e imposibilidad de contar con un urólogo o cirujano en el corto plazo, se procederá a realizar una punción suprapúbica (con estrictas normas de asepsia) con una aguja larga tipo Abbocath para vaciamiento del globo vesical hasta poder realizar la derivación correspondiente.
- No intentar sondaje si hay antecedente de estenosis de uretra.

### **Criterios de derivación urgente.**

- Imposibilidad de sondaje.
- Antecedentes de cirugías urológicas previas.
- Antecedente de estenosis uretral.

### **Criterios de internación.**

- Hematuria macroscópica con coágulos.
- Insuficiencia renal concomitante.
- Alteración del estado general o comorbilidades importantes.

- Cuadro séptico o infección asociada.

### **Conducta a seguir una vez desobstruido el paciente.**

Todo paciente que presente una RAO debe ser remitido a la consulta urológica para que el especialista evalúe la conducta a seguir, diagnóstica y terapéutica.

El tratamiento antibiótico se comenzará en forma sistemática en forma empírica una vez tomada la muestra para realizar un urocultivo ya que es muy frecuente la infección urinaria en estos pacientes.