

## **Introducción**

- La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina ante cualquier esfuerzo abdominal repentino, principalmente al toser, reír, saltar, ejercicio físico, etc.
- Afecta a 4 de cada 10 mujeres, si bien a partir de los 50 años más de la mitad de la población femenina padece este problema. Por este motivo el volumen de operadas de suelo pélvico es muy alto si lo comparamos con otras patologías ginecológicas.
- Una de las posibles complicaciones en el postoperatorio es la retención urinaria (dificultad para vaciar total o parcialmente la vejiga).
- Es importante saber valorar la posible retención, y también el residuo que podría permanecer en la vejiga tras conseguir la micción, para evitar posibles infecciones urinarias y otras complicaciones que pueden llevar al fracaso de la cirugía.

## Objetivo



Mostrar como realizamos la valoración del residuo postmiccional en el área de ginecología y obstetricia del hospital Sant Joan de Déu.

## Método

- El residuo postmiccional se define como la cantidad de orina que queda en la vejiga después de una micción normal.
- Los criterios de inclusión para la valoración del residuo son pacientes operadas de suelo pélvico mediante alguna técnica en la que se vea comprometida la vejiga urinaria.

## Técnica

- Durante las primeras 24h postoperatorias la paciente permanecerá con sondaje vesical permanente y pasado este tiempo dejaremos la sonda con taponamientos intermitentes cada 2 o 3 horas, durante 24 horas más.



- A las 48 horas de la intervención, retiraremos la sonda e indicaremos a la paciente que realice 2 o 3 micciones las cuales mediremos (usando un bote de diuresis).
- Inmediatamente después de la última realizaremos un sondaje puntual y mediremos el residuo de orina que queda en la vejiga.

Autores: Fuensanta Ojeda, M. Dolores Mur  
*Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)*

### **Resultados**

- Podemos considerar normal el residuo postmiccional, si tras dos o tres micciones, iguales o superiores a 300cc, el residuo resultante es inferior a 100cc.
- Si el residuo fuese superior a 100cc, dejaríamos la sonda vesical con taponamientos intermitentes y repetiríamos la técnica pasados 3 o 4 días de forma ambulatoria.
- Pasados esos días, volveríamos a valorar el residuo y si es inferior a dicha cifra podríamos considerarlo normal y dar de alta a la paciente sin sonda. Si el residuo postmiccional resultase superior a los 100cc por segunda vez, se volvería a dejar la sonda y sería citada en la consulta de suelo pélvico para valorar posibles complicaciones postoperatorias.

## Conclusiones

Si bien hay otros centros que no realizan la valoración del residuo postmiccional, nosotros pensamos que dicha valoración supone detectar precozmente posibles complicaciones en nuestras pacientes como retenciones de orina, infecciones, etc., que pueden comprometer el buen curso postoperatorio.



1) Díaz.Munío J.M, Guardia L., Guevara J.M, Herrazti J.M, Ladín C. "Resultados de 75 casos tratados con una nueva técnica quirúrgica para la incontinencia urinaria de esfuerzo. TVT (Tension.free Vaginal Tape). Gaceta Medica Bilbao 2004;vol 101 p. 45-48

2)Echeandia Valencia B, Napal Rols C, López de Carlos E, etc . "De la incontinencia a la continencia". Enfuro. Marzo 2007.Vol 101.p 10-15.