

Manejo de la retención aguda de orina secundaria a hipertrofia prostática benigna

Conducta terapéutica inicial

Management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hypertrophy

Initial therapeutic conduct

Dr. Pablo Atchabahian.

Objetivo: Estos han sido los objetivos fijados para esta investigación: Conocer cuál es la conducta habitual de los urólogos en el abordaje terapéutico de la retención aguda de orina secundaria a hipertrofia de próstata; reconocer si existe algún patrón general de conducta entre los urólogos de Buenos Aires; identificar pautas terapéuticas consensuadas entre los profesionales.

Métodos: En total, fueron consultados 168 urólogos, quienes fueron interrogados sobre el manejo inicial de la retención aguda de orina (RAO). Dichos datos fueron tomados de una encuesta con una serie de preguntas para las que había varias opciones. En algunos casos había más de una respuesta posible a las preguntas. Estas se refirieron, entre otras, a prueba de micción espontánea sin sonda; el uso de alfa-bloqueantes, el seguimiento de los pacientes y las ventajas de utilizar una guía para estandarizar la práctica clínica en esta patología.

Resultados: El 74% de los urólogos envían al paciente después de una RAO a su domicilio con la sonda. El 77% de los urólogos utilizan alfa-bloqueantes después de colocar la sonda, y el promedio para retirar la misma es de 10 días. El alfa-bloqueante preferido y más utilizado por los urólogos es la tamsulosina en un 74%. El 56% de los urólogos recateteriza al paciente y la evalúa para la cirugía a la primera falla de la prueba de retirar la sonda. Sólo el 32% reintenta nuevamente una segunda prueba de retirar la sonda después de la RAO. El 84% de los urólogos creen que debería existir una guía de conducta uniforme en el manejo inicial de la RAO secundaria a hipertrofia prostática benigna.

Conclusión: Identificamos una razonable uniformidad en el manejo inicial de la RAO entre los urólogos de Buenos Aires. Pero un número significativo de prácticas habituales no se apoyan en evidencias concretas.

PALABRAS CLAVE: Retención aguda de orina; Manejo; Alfa-bloqueantes; Prueba sin catéter; HPB; Cirugía.

Objective: Following are the goals set for this study: To obtain information on the usual practice of urologists in the therapeutic approach for the treatment of acute urine retention due to prostate hypertrophy; To see if there is a general therapeutic pattern among Buenos Aires urologists; To identify agreed-upon therapeutic guidelines among these professionals.

Methods: One hundred and sixty eight (168) urologists were consulted on the initial treatment of acute urine retention (AUR). The survey included a series of multiple choice questions, some of which could have more than one answer. Among others, the questions referred to spontaneous

Servicio de Urología. Hospital Austral.

remission tests without catheter, the use of alpha-blockers and the follow-up of these patients. The need of a practical clinical guide for the management of this pathology was uniformly accepted.

Results: The (74%) of urologists send the patient home with the catheter in place after AUR. Seventy seven percent (77%) use alpha-blockers after placement of the catheter, which is withdrawn after 10 days, on average. The widely-used alpha-blocker is Tamsulosina, chosen by 76% of the urologists. Fifty six percent (56%) indicate surgical treatment if the patient fails to urinate spontaneously after removal of the catheter. Thirty two percent (32%) tries a second catheterization before indicating surgery. Eighty four percent (84%) of urologists believe there should be a guide to standardize the initial management of AUR due to benign prostate hypertrophy.

Conclusion: We identified a reasonable uniformity in the initial management of AUR among Buenos Aires urologists. But a significant number of usual practices are not supported by solid evidence.

KEY WORDS: Acute urine retention; Management; Alpha-blockers; Test without catheter, BPH; Surgery.

INTRODUCCIÓN

La retención aguda de orina (RAO), usualmente, es el motivo más frecuente de la consulta urológica de urgencia.³⁻⁵

El propósito de nuestra investigación fue conocer cuál es la conducta habitual de los urólogos en el abordaje terapéutico de esta patología, tratar de reconocer si existe algún patrón general de conducta e intentar establecer pautas terapéuticas consensuadas.

MÉTODO

Se confeccionó un cuestionario consistente en 15 preguntas de selección múltiple que fue enviado a 168 urólogos de Buenos Aires, Argentina cuya antigüedad promedio en la especialidad era de 18 años.

La pregunta fundamentalmente es: ¿Cuál es la conducta terapéutica de urgencia en la retención aguda de orina secundaria a hipertrofia de próstata? El resto de las preguntas se refieren a las conductas terapéuticas posteriores a la emergencia.

Las preguntas son referidas a: prueba de micción espontánea sin sonda, uso de alfa-bloqueantes, el seguimiento de los pacientes y las ventajas de utilizar una guía terapéutica estandarizada para la práctica clínica en esta urgencia urológica. *Se excluyen causas como:* trastornos de la función renal, hipocostracción de la musculatura vesical, estrechez de uretra, enfermedades neoplásicas, a excepción del cáncer de próstata y traumatismos pelvianos o genitales.

RESULTADOS

El total de los urólogos consultados prefiere la cateterización uretral como conducta inicial en la retención aguda de orina (RAO); 45% de los urólogos, además

de los exámenes de rutina en sangre y orina, consideran que la ecografía renal y vesicoprostatica son estudios básicos a ser solicitados.

Si bien la antibioticoterapia es de uso general, hay variaciones en la modalidad de su indicación: 37% la indica rutinariamente; 24% sólo si sospecha infección del tracto urinario, y 32% sólo antes y después de la cateterización.

El 77% usa los alfa-bloqueantes como primera medicación para el tratamiento de la RAO; el 18%, una combinación de alfa-bloqueantes y finasteride. El 74% usa tamsulosina como alfa-bloqueante de elección.

Luego del cateterismo vesical, 74% de los urólogos envían al paciente a su domicilio y prueban la micción espontánea a los 10 días.

El 56% consideró indicada la cirugía luego de la primera falla a la prueba de micción espontánea; y el 32% prefiere intentar una segunda prueba antes de indicarla.

El 57% no utiliza la urodinamia en los pacientes que han tenido buena respuesta a la prueba de micción espontánea. El 65% considera que estos pacientes deben ser evaluados midiendo el flujo medio y el residuo postmicción con ecografía.

Los urólogos consultados esperan que la prueba de micción espontánea luego de retirar el catéter, sea positiva en 50% de los casos.

El 99% de los urólogos efectúan seguimiento de los pacientes cuya prueba de micción sin sonda fue exitosa.

El 84% de los encuestados considera necesario contar con una guía normatizada para conducir el tratamiento de la RAO.

Resumiendo los puntos más importantes en cuanto a la conducta de los urólogos son:

- El 67% utiliza la cateterización uretral como primera conducta ante una RAO.

- El 45% solicita de rutina la ecografía renal y vesicoprostática.
 - **Antibioticoterapia:**
 - a. 37% la indica de rutina
 - b. 24% sólo ante sospecha de infección del tracto urinario
 - c. 32% sólo antes y después de la cateterización.
 - El 77% usa los alfa-bloqueantes como primera indicación médica para el tratamiento de la RAO, y el 74% de éstos utiliza la tamsulosina .
 - El manejo de la RAO es en forma ambulatoria en el 74% de las respuestas y prueban micción espontánea a los 10 días.
 - **Indicación de cirugía:**
 - a. 56% ante la primera falla a la prueba de micción espontánea.
 - b. 32% ante la segunda falla a la prueba de micción espontánea.
 - El 57% no usa la urodinamia como método de estudio a pacientes que han tenido buena respuesta a la prueba de micción espontánea.
- c. Alfuzosina.
 - d. Tamsulosina.
 - e. No tiene preferencias.
5. **Usted, ¿utiliza tratamiento antibiótico en pacientes que presentan retención aguda de orina?**
 - a. Sí, rutinariamente.
 - b. Sí, si sospecho de infección del tracto urinario.
 - c. Profilaxis antibiótica solamente antes y después de la cateterización.
 - d. No utiliza antibióticos.

6. **¿Qué estudios diagnósticos utiliza inicialmente?**

- a. Ecografía
- b. Rayos X
- c. PSA
- d. Rutina de laboratorio de sangre y orina.
- e. Otros, especificar.

7. **Para la prueba de retirar la sonda o catéter después de la colocación en una retención aguda de orina, usted:**

- a. Hace la prueba sin sonda en todos los pacientes. Si contesta sí, conteste el punto 8 a).
- b. Hace la prueba sin sonda sólo si la orina residual es menor de 1 litro.
- c. Usa la prueba sin sonda luego de darle un alfa-bloqueante. Si contesta sí, conteste el punto 8 b).
- d. Usa la prueba sin sonda para evaluar la posibilidad de tratamiento quirúrgico.
- e. Otros, especificar.

8. **A) Si sólo prefiere la prueba sin sonda, cuantos días luego de la cateterización recomienda la prueba sin sonda, días.**

- b) Si usted usa la prueba sin catéter con alfa-bloqueantes, cuantos días después de la cateterización recomienda la prueba sin sonda, días.**

9. **Si la prueba sin sonda falla, usted:**

- a. Intenta otra prueba sin sonda luego de días o semanas.
- b. Recateteriza y evalúa para cirugía.
- c. Evalúa para cirugía y utiliza mientras tanto autocateterismo intermitente limpio.
- d. Recomienda la autocateterización intermitente, limpia con tratamiento médico y posterior evaluación.
- e. Otros, especificar.

10. **Usted, ¿estudia a los pacientes que han tenido una prueba sin sonda exitosa con urodinamia?**

- a. Sí.
- b. No.

CUESTIONARIO⁹

1. **Manejo inicial de la retención aguda de orina:**

- a. Colocación de sonda o catéter.
- b. Cateterización suprapúbica.
- c. Cateterización suprapúbica si la cateterización uretral es fallida.

2. **Manejo post-cateterización. Usted:**

- a. Interna al paciente.
- b. Interna al paciente sólo si hay elevación de creatinina.
- c. Colocación de sonda vesical, envío del paciente a la casa y recita al otro día para retirar la sonda y probar micción espontánea.
- d. Colocación de sonda vesical, envío del paciente a la casa y recita en aproximadamente 10 días para retirar la sonda y probar micción espontánea.

3. **Tratamiento médico. Usted:**

- a. Usa como primer medicación los alfa-bloqueantes.
- b. Usa como primer medicación finasteride.
- c. Usa como primer medicación los alfa-bloqueantes más finasteride.
- d. No usa tratamiento médico.

4. **¿Cuál es el alfa bloqueante de elección?**

- a. Terazosina.
- b. Doxazosina.

- 11. Usted, ¿evalúa pacientes que han tenido una prueba sin sonda exitosa con un flujo medio o residuo postmicción por ecografía?**
- Sí. El flujo medio y residuo postmicción por ecografía.
 - Solamente flujo medio.
 - Solamente residuo postmicción por ecografía.
 - No.
- 12. Cuando el paciente tiene una prueba sin sonda, ¿qué porcentaje esperarías que fuera exitosa la prueba?**
- 10%
 - 20%
 - 30%
 - 40%
 - 50%
 - Otros, especificar.
- 13. Usted, ¿le hace seguimiento a los pacientes que han tenido una prueba sin sonda exitosa?**
- Sí, de rutina.
 - No.
 - Solamente si los pacientes posteriormente tienen síntomas de obstrucción intravesical.
- 14. Si a los pacientes se les ofrece rtu de próstata luego de una prueba sin sonda fallida, usted ¿efectúa la rtu de próstata durante la misma internación o consulta?**
- Sí.
 - No, el paciente es enviado a la casa y la RTU se hace en otra internación.
 - Depende de la posibilidad de tener quirófano disponible.
- 15. Usted, ¿cree que debería haber una guía de conducta uniforme en el manejo de la retención aguda de orina?**
- Sí.
 - No.

En caso de publicar las conclusiones del presente trabajo, Ud. ¿Desearía ser mencionado como participante del mismo?

- Sí.
- No.

DISCUSIÓN

No se conoce aún con precisión el mecanismo por el cual se produce la RAO. Se sugieren algunas causales probables, como ser: infección prostática, sobredistensión de la vejiga, consumo de alcohol, sobreactividad α -adrenérgica, actividad sexual, infarto prostático.^{1-2,4}

Los factores de riesgo más comunes son: la edad, flu-

jo urinario menor de 12 ml/seg., mayor volumen prostático, incremento del antígeno prostático específico (PSA). También un episodio de RAO puede ser precipitado por otras causas, como: medicamentos, anestesia, operaciones quirúrgicas (no prostáticas), o aparecer espontáneamente sin causa aparente.^{1-3-6-7-10.}

Si bien la RAO fue considerada una indicación absoluta de prostatectomía, este concepto comenzó a ser discutido desde la aparición de los alfa-bloqueantes. Además, los alfa-bloqueantes son el tratamiento médico de elección y más justificado en la retención aguda de orina.¹¹⁻¹³

La cateterización uretral es considerada la conducta inicial de elección; sin embargo, si esta cateterización no fuera efectiva, puede considerarse la colocación de un catéter suprapúbico. Esta última puede originar algunas complicaciones, como hematomas y, eventualmente, perforación intestinal.¹³

La evidencia sugiere que es más conveniente enviar al paciente cateterizado a su domicilio y dejar la solución definitiva para algunos días más tarde.⁸⁻¹²⁻¹⁴

Los pacientes cateterizados pudieron realizar su vida habitual, aunque una minoría se quejó de algunas molestias iniciales.⁸

La mayoría de los pacientes tienen una respuesta exitosa a la extracción de la sonda luego de la terapia con alfa-bloqueantes.¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷

En nuestro país, la conducta habitual es colocar el catéter uretral y prescribir alfa-bloqueantes; y el más usado de ellos es la tamsulosina.

También se observa el uso de la ecografía renal y vesicoprostática en forma rutinaria, su uso es justificado para evaluar el estado del árbol urinario superior, no se encuentra evidencia suficiente que justifique la medición del residuo postmicción como método de seguimiento en los pacientes que tuvieron pruebas de micción espontánea favorables. Se reconoce que la sobredistensión de la vejiga producida en forma no natural en los pedidos de preparación ecográfica no traduce la micción fisiológica propia del paciente y aún más ésta muchas veces precipita episodios de retención aguda de orina.¹⁸

El objetivo del trabajo fue establecer la existencia de un patrón de manejo similar en el tratamiento de la retención aguda de orina y si esto justifica crear consenso para establecer conductas uniformes para esta patología.

Dicho trabajo permitió ver que hay un patrón de manejo similar entre los urólogos en coincidencia con el manejo de la retención aguda de orina entre los urólogos de Inglaterra.⁹

El uso de Guías de Práctica Clínica está justificado en la gran mayoría de las principales enfermedades urológicas, y la retención aguda de orina no debería ser una excepción.

En la Tabla 1, se consignan los datos más importantes recogidos por la encuesta.

Después de la cateterización	
Internación del paciente.	1%
Internación sólo si la función renal está deteriorada.	13%
Se envía al paciente a la casa con sonda.	74%
Uso de alfa-bloqueantes.	77%
Uso sólo de finasteride.	1%
Ninguna medicación.	4%
Uso de alfa-bloqueantes más finasteride.	18%
¿Qué alfa-bloqueantes prefiere?	
Tamsulosina.	74%
Alfuzosina.	2%
Terazosina.	18%
Cualquiera.	6%
Si la prueba de retirar la sonda falla	
Reintenta nuevamente.	32%
Recateteriza y evalúa para cirugía.	56%
Evalúa para cirugía y utiliza autocateterismo intermitente.	5%
Otros.	7%

Tabla 1.

CONCLUSIÓN

Del examen de las respuestas al cuestionario se desprende que hay una considerable uniformidad en cuanto al enfoque terapéutico de la RAO secundaria a la hipertrofia de próstata entre los urólogos de Buenos Aires. Sin embargo, un número significativo de prácticas no se sustentan en evidencias sólidas, sino más bien en la experiencia personal de cada urólogo.

Pensamos que sería conveniente contar con una guía normativa de prácticas clínicas para el tratamiento de la patología que nos ocupa. Esta guía debería surgir de forma consensuada, de modo de resultar en el estándar de procedimientos aceptado por la auditoría médica de las obras sociales, prepagas, hospitales, etc., y evitar, en lo posible, demandas judiciales por mala praxis.

BIBLIOGRAFÍA

- Murray, K., Massey, A., Feneley, R.C.L.: "Acute Urinary Retention – A Urodynamic Assessment". *Br. J. Urol.* 1984; 56: 468-473.
- Jacobsen, S. J.; Jacobson, D.J.; Girman, C. J.; y col.: «Natural History Of Prostatism. Risk Factors For Acute Urinary Retention". *J. Urol.* 1997;158:481-487.
- Caine, M.; Periberg, S.: "Dynamics Of Acute Retention In Prostatic Patients And The Role Of Adrenergic Receptors". *Urology* 1977; 9: 399-403.
- Spiro, L. H.; Labay, G., Orkin, L. A.: "Prostatic Infarction. Rote In Acute Urinary Retention". *Urology* 1974;3:345-347.
- Powell P. H.; Smith, P.J.B.; Feneley, R.C.L.: "The Identification Of Patients At Risk From Acute Urinary Retention". *Br. J. Urol.* 1380; 52: 520-522.
- Anjum, I.; Ahmed, M.; Azzopardi, A.; Mufti, G.R.: "Prostatic Infarction/Inflammation In Acute Urinary Retention Secondary To Benign Prostatic Hyperplasia". *J. Urol.* 1998; 160: 792-793.
- Kumar V.; Marr, C.; Bhuvangiri, A.; Irwin, P.: "A Prospective Study Of Conservatively Manager Acute Urinary Retention: Prostate Size Matters". *BJU Int.* 2000; 86: 816-819.
- Meigs, J.B.; Barry, M.J.; Gionvanucci, E. y col.: «Incidence Rates And Risk Factors For Acute Urinary Retention. The Health Professionals' Follow-Up Study". *J. Urol.* 1999; 162: 376-362.
- Manikandan, R.; Srirangam, S. J.; O' reilly, P.H.: "Management Of Acute Urinary Retention Secondary To Benign Prostatic Hyperplasia In The U.K: A Nacional Survey". *BJU.* 2004; 93: 84-88.
- Roehrborn, C.G.; McConnell, J.D.: "Etiology, Pathophysiology, Epidemiology And Natural History Of Benign Prostatic Hyperplasia". In Walsh P.C, Retik, AB, Vaughan ED, Wein AJ eds. *Campbell's Urology. Eighth Edition, 2. Chapt 38, Philadelphia: WB Saunders, 2002: 1297-1336.*
- Roehrborn, C.G.; Boyle, P.; Bergner, D. y col.: "Serum Prostate Specific Antigen And Prostate Volume Predict Long-Term Changes In Symptoms And Flow Rate-Results Of A Four Year, Randomized Trial Comparing Finasteride Versus Placebo". PLESS study group. *Urology* 1999; 54: 662-669.
- Pickard, R.; Emberton, M.; Neal, D.E.: "The Management Of Patients With Acute Urinary Retention". *Br. J. Urol.* 1998; 81: 712-720.
- Horgan, A.F.; Prasad, B.; Waldron, D.J.; O'Sullivan, D.C.: "Acute Urinary Retention. Comparison Of Suprapubic Versus Urethral Catheterization". *Br. J. Urol.* 1992;70:1149-1151.
- Khoubehi, B; Watkin, N.A.; Mee, A.D.; Ogden, C.W.: "Morbidity And The Impact On Daily Activities Associated With Catheter Drainage After Acute Urinary Retention". *BJU Int* 200; 85: 1033-1036.
- Taube, M.; Gajraj, H.: "Trial Without Catheter Following Acute Retention". *Br. J. Urol.* 1989; 63: 180-182.
- Shah, T.; Palit, V.; Biyani, S.; Elmasry, Y.; Puri, R.; Flannigan, G.: "Randomised, Placebo Controlled, Double Blind Study Of Alfuzosin SR In Patients Undergoing Trial Without Catheter Following Acute Urinary Retention". *Eur. Urol.* 2002; 42: 329-332.
- McNeill, S. A.: "Does Acute Urinary Retention Respond To Alpha-Blockers Alone?" *Eur. Urol.* 2001; 39 (Suppl. 6): 7-12.
- Klarskov, P.; Andersen, J.T.; Asmussen, C.F. y col.: "Symptoms And Signs Predictive Of The Voiding Pattern After Acute Urinary Retention In Men". *Scand. J. Urol. Nephrol.* 1987; 21: 23-28.