

**NOMBRE DEL ALUMNO (A): CABALLERO ESPINOSA DULCE
MARÍA**

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

CUATRIMESTRE: PRIMER

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

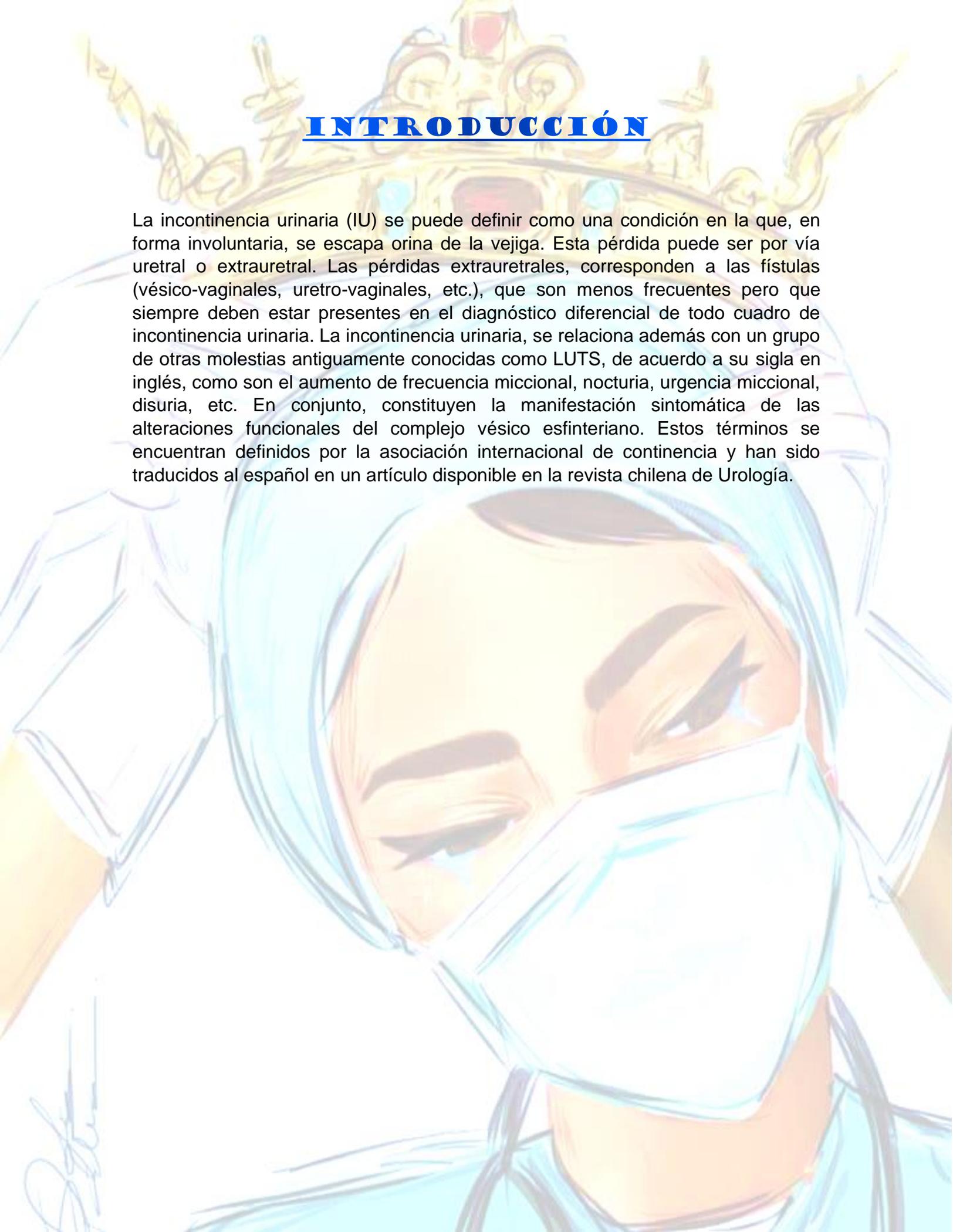
TEMA: INCONTINENCIA

SUBTEMA: INCONTINENCIA (URINARIA)

ENSAYO

DOCENTE: LIC. HERNÁNDEZ MORENO HILARIA

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2020



INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se puede definir como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. Esta pérdida puede ser por vía uretral o extrauretral. Las pérdidas extrauretrales, corresponden a las fístulas (vésico-vaginales, uretro-vaginales, etc.), que son menos frecuentes pero que siempre deben estar presentes en el diagnóstico diferencial de todo cuadro de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria, se relaciona además con un grupo de otras molestias antiguamente conocidas como LUTS, de acuerdo a su sigla en inglés, como son el aumento de frecuencia miccional, nocturia, urgencia miccional, disuria, etc. En conjunto, constituyen la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo véstico esfinteriano. Estos términos se encuentran definidos por la asociación internacional de continencia y han sido traducidos al español en un artículo disponible en la revista chilena de Urología.

DESARROLLO

La incontinencia urinaria (IU) se define como **la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente**. Puede clasificarse en transitoria y establecida y, esta última, en hiperactividad vesical, IU de estrés, IU por rebosamiento e IU funcional. Su diagnóstico requiere la realización de una correcta historia clínica, y exploración física, estudio analítico, y exploraciones complementarias. El primer escalón terapéutico lo constituyen las medidas higiénico-dietéticas, la sustitución de fármacos agravantes, las técnicas de modificación de la conducta y el manejo de las causas transitorias, El tratamiento farmacológico es específico para cada tipo de IU. En la hiperactividad vesical pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, relajantes de la musculatura lisa, o de acción mixta. El tratamiento de elección para la IU de estrés y para la IU secundaria a obstrucción es la cirugía. En la arreflexia vesical la técnica de elección es la cateterización vesical intermitente.

La aparición de diversos métodos de tratamiento quirúrgico mínimamente invasivos de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, con su consiguiente difusión, ha tendido a desdibujar el hecho de que la incontinencia urinaria es solo un síntoma, detrás del cual existen diversos mecanismos fisiopatológicos, detrás de los cuales a su vez subyacen distintas enfermedades, de las cuales la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina es solo una.

Los pacientes que sufren de incontinencia urinaria, por lo tanto, requieren de un ejercicio diagnóstico completo, para adoptar una estrategia terapéutica racional.

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema médico y social importante con una tendencia creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población. Recientes estimaciones cifran en 200 millones los adultos con IU.

Aunque existen diferentes definiciones de IU, la tendencia actualmente es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS). De acuerdo con ésta, la IU se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto. Es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de IU aumenta casi linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.

Al mismo tiempo es sorprendentemente bajo el índice de consulta generado por este problema de salud⁴ y la mayoría de los pacientes que viven en la comunidad utilizan productos absorbentes, influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales. La IU no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. Las cifras de prevalencia que aparecen en los diferentes estudios son muy variables, dependiendo de una serie de factores como concepto de incontinencia, método de estudio, nivel asistencial estudiado y otras características de la muestra. En estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades las tasas de prevalencia de IU oscilan entre 20 y 50%. En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, 25% de ellas confesaban tener pérdidas de orina. Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). En ambos estudios se constata claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, con una tasa típica en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%). Los pacientes institucionalizados, en particular las mujeres, representan un grupo particular de elevada prevalencia de IU, alrededor de 50-60%.

Fisiología y fisiopatología básica de la continencia y micción

Con el objetivo de comprender los aspectos más básicos de la continencia y la micción y a riesgo de sobre simplificar este tema, conviene considerar que fisiológicamente, la vejiga se comporta como un órgano que permanentemente está ciclando en dos fases, la miccional y la de continencia. Esto depende de complejas relaciones anatómicas y funcionales de la propia vejiga (detrusor) con su tracto de salida (esfínter interno, esfínter externo y uretra), y cuya coordinación y regulación depende de distintos niveles neurológicos, estando en el individuo adulto, bajo control voluntario. Desde el punto de vista anatómico, la fase de continencia depende de la visco elasticidad del detrusor (acomodación), y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional, depende así mismo de la visco elasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción). Desde el punto de vista funcional, la fase de continencia requiere de ausencia de contracciones vesicales, de acomodación adecuada y de cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano. Este conjunto de funciones se obtiene a través de inervación tanto visceral (simpática y parasimpática) como somática, con diversos niveles de integración a nivel medular, mesencefálico y finalmente cortical. En este esquema, la función fundamental de la vejiga durante la fase de

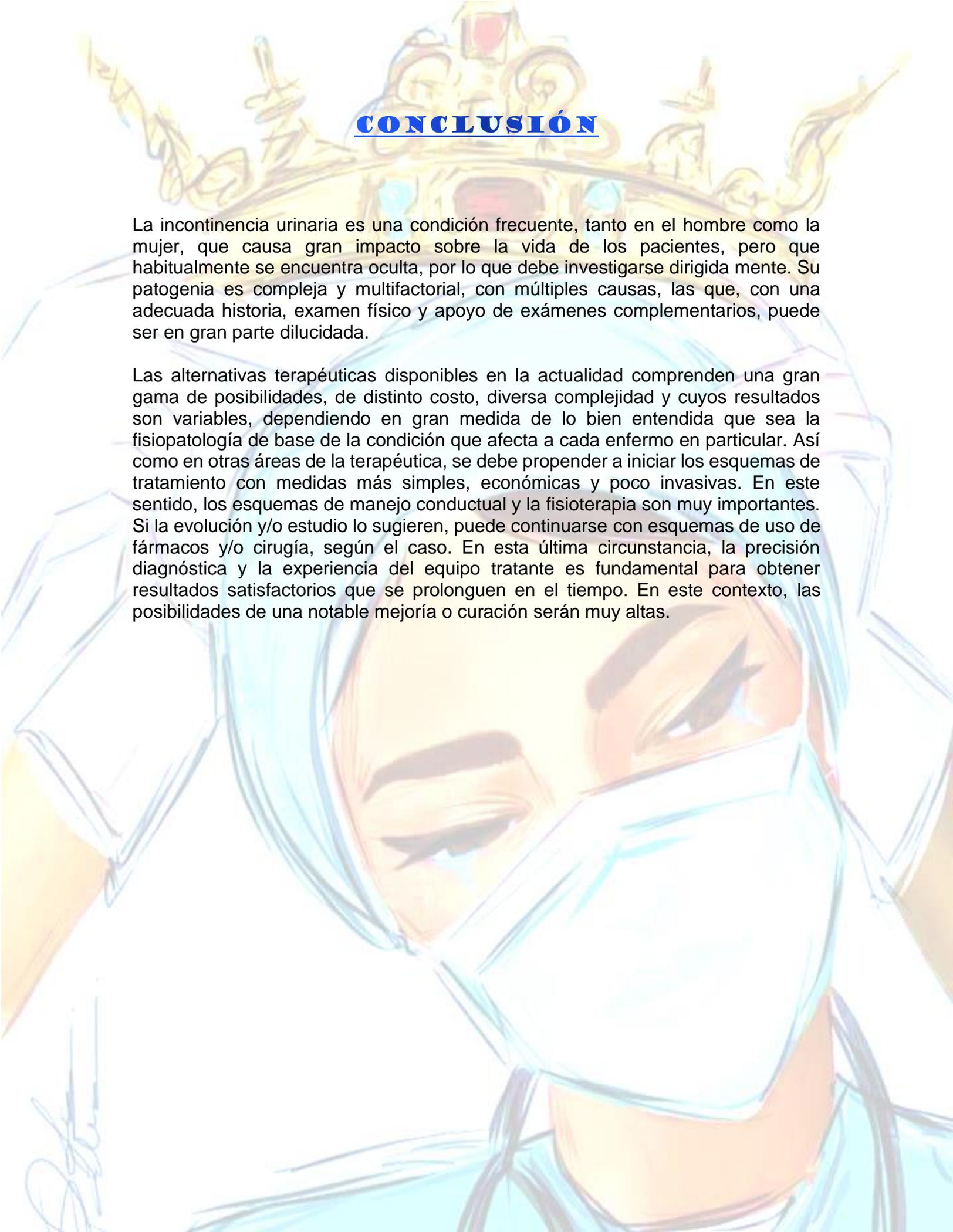
almacenamiento es la de servir como reservorio urinario de baja presión, con adecuada capacidad y buena continencia. Parece obvio, pero la incontinencia urinaria se define por lo tanto como un trastorno de la fase de continencia. En la fase miccional en cambio, la tarea es vaciar el contenido de la vejiga, en forma coordinada con todas las estructuras del tracto de salida (apertura) y sin afectar la vía urinaria superior. La uropatía obstructiva, es por lo tanto una alteración de la fase miccional. La gran ventaja de entender la función vésico esfinteriana de acuerdo al esquema anterior, consiste en que es posible clasificar todas las alteraciones funcionales de la continencia y micción en cuatro grupos, dependiendo de si la patología afecta la fase miccional o la fase de continencia y si depende de alteraciones de la función del detrusor o del tracto de salida.

Las incontinencias urinarias de esfuerzo antiguamente conocidas como tipo I y tipo II, son grados progresivos del mismo fenómeno, caracterizado por disminución en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de la base músculo aponeurótica del perineo caracterizado por hipermovilidad uretral, relacionada a la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusicos. En este caso, el esfínter en sí, se encuentra indemne. Obviamente se presenta solo en mujeres.

En la Incompetencia esfinteriana intrínseca, antiguamente llamada tipo III, existe una alteración intrínseca del esfínter, que puede ser debida a alteraciones anatómicas (cirugía múltiple, radioterapia, etc.) o a alteraciones funcionales (lesiones neurológicas del cono medular o periféricas). En este caso, aun cuando las enfermedades de base pueden ser diferentes, la incompetencia esfinteriana intrínseca se puede presentar en ambos sexos. En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor, se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación.

La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo. En relación a la hiperactividad del detrusor distinguimos la idiopática y la neurógena, (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor), según exista o no una alteración neurológica de base.

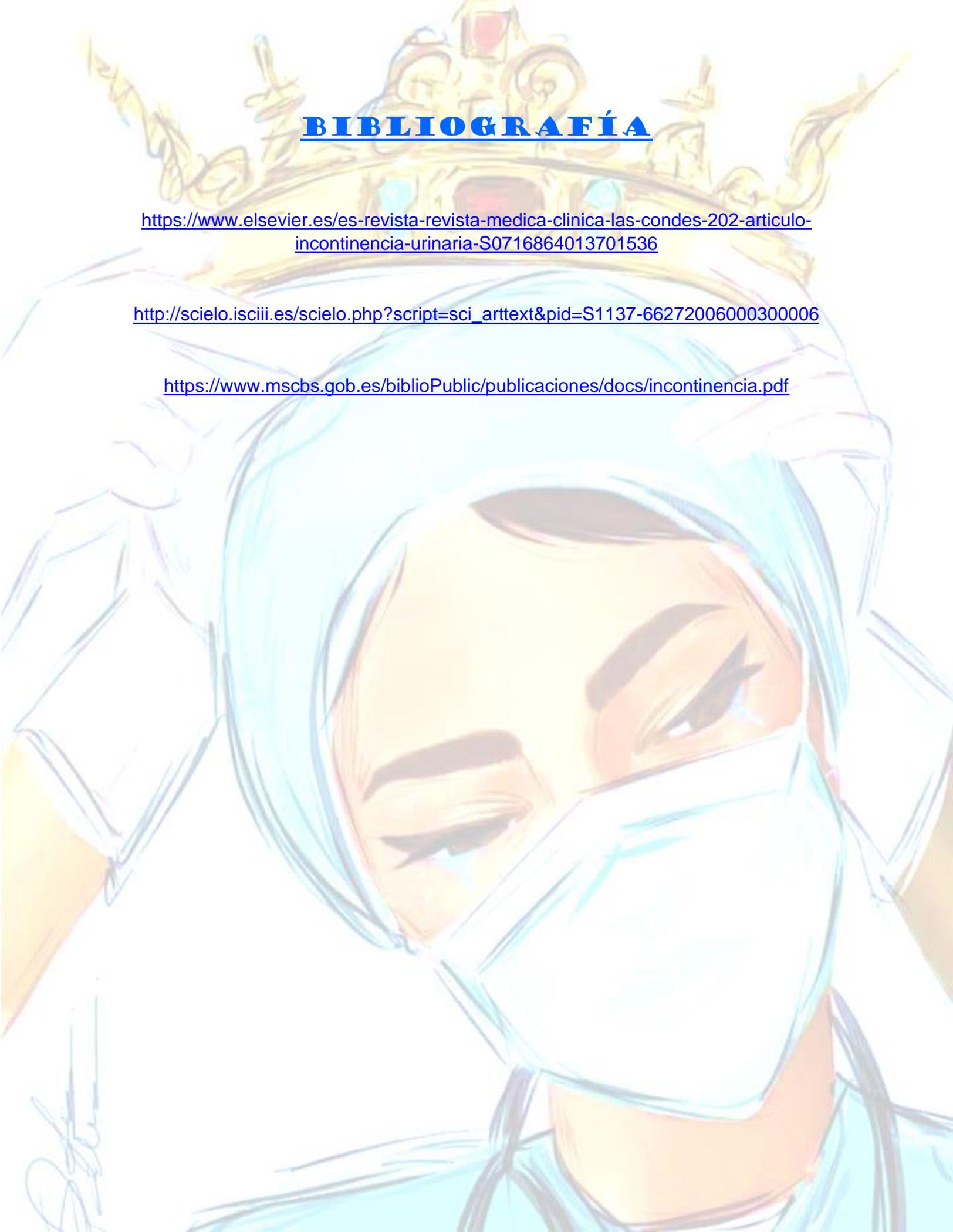
Este enfoque permite verificar fácilmente que la incontinencia urinaria no es una sola enfermedad, sino que es un síntoma, que permite ser objetivado convirtiéndolo en un signo, pero detrás del cual existen múltiples mecanismos fisiopatológicos, los que a su vez pueden estar causados por un sinnúmero de enfermedades. Por ello, al hacer el diagnóstico de una incontinencia urinaria no basta con saber que una paciente pierde orina involuntariamente, sino que debemos también saber cuál es el tipo de incontinencia que la afecta (fisiopatología), y cuál es la enfermedad que la causa, ya que sólo así podremos establecer una orientación terapéutica racional.



CONCLUSIÓN

La incontinencia urinaria es una condición frecuente, tanto en el hombre como la mujer, que causa gran impacto sobre la vida de los pacientes, pero que habitualmente se encuentra oculta, por lo que debe investigarse dirigida mente. Su patogenia es compleja y multifactorial, con múltiples causas, las que, con una adecuada historia, examen físico y apoyo de exámenes complementarios, puede ser en gran parte dilucidada.

Las alternativas terapéuticas disponibles en la actualidad comprenden una gran gama de posibilidades, de distinto costo, diversa complejidad y cuyos resultados son variables, dependiendo en gran medida de lo bien entendida que sea la fisiopatología de base de la condición que afecta a cada enfermo en particular. Así como en otras áreas de la terapéutica, se debe propender a iniciar los esquemas de tratamiento con medidas más simples, económicas y poco invasivas. En este sentido, los esquemas de manejo conductual y la fisioterapia son muy importantes. Si la evolución y/o estudio lo sugieren, puede continuarse con esquemas de uso de fármacos y/o cirugía, según el caso. En esta última circunstancia, la precisión diagnóstica y la experiencia del equipo tratante es fundamental para obtener resultados satisfactorios que se prolonguen en el tiempo. En este contexto, las posibilidades de una notable mejoría o curación serán muy altas.



BIBLIOGRAFÍA

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-S0716864013701536>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006

<https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>

**NOMBRE DEL ALUMNO (A): CABALLERO ESPINOSA DULCE
MARÍA**

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

CUATRIMESTRE: PRIMER

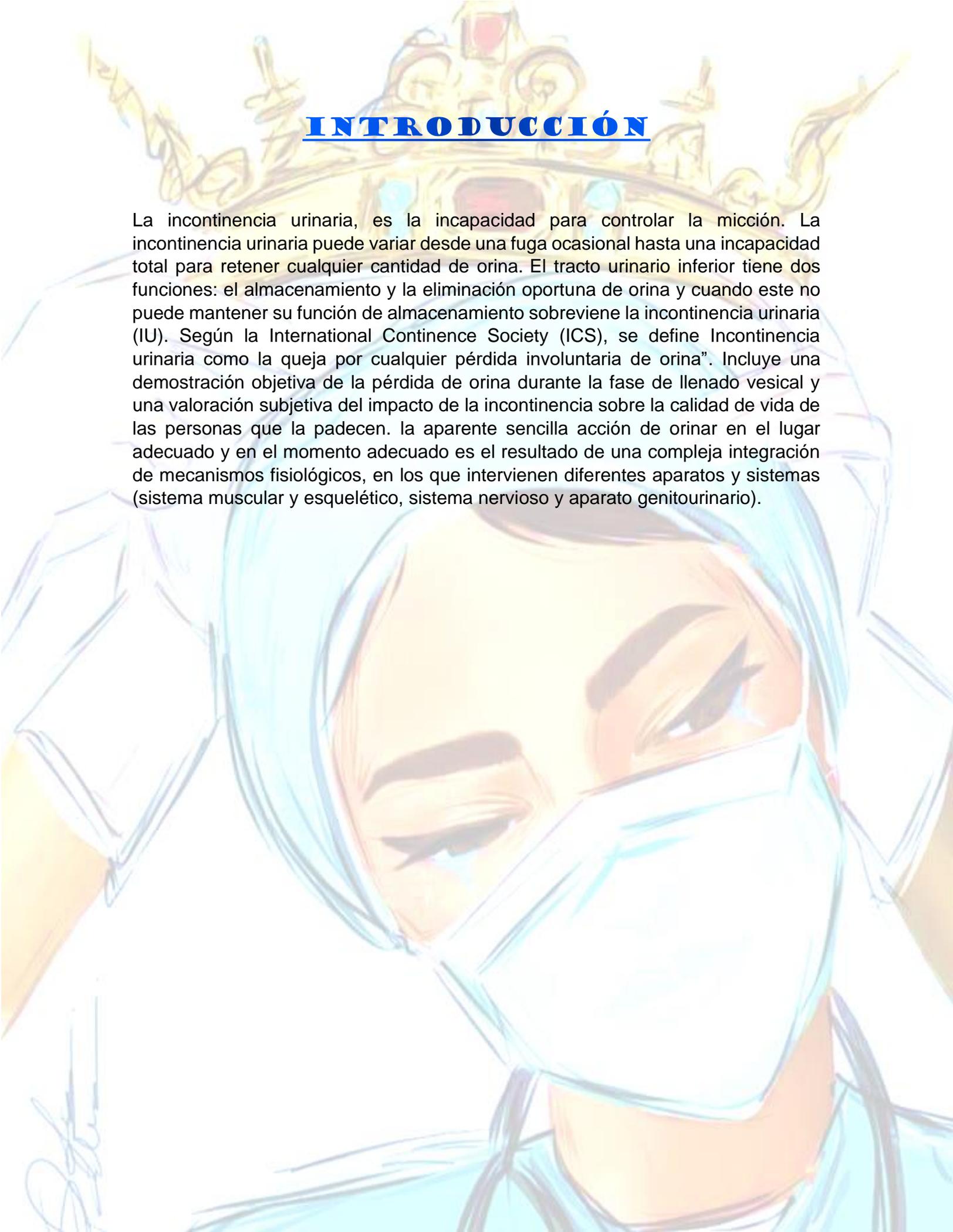
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: INCONTINENCIA

SUBTEMA: TIPOS DE INCONTINENCIA.

ENSAYO

DOCENTE: LIC. HERNÁNDEZ MORENO HILARIA
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2020



INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria, es la incapacidad para controlar la micción. La incontinencia urinaria puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. El tracto urinario inferior tiene dos funciones: el almacenamiento y la eliminación oportuna de orina y cuando este no puede mantener su función de almacenamiento sobreviene la incontinencia urinaria (IU). Según la International Continence Society (ICS), se define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina”. Incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. la aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario).

DESARROLLO

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema médico y social importante con una tendencia creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población. Recientes estimaciones cifran en 200 millones los adultos con IU.

Aunque existen diferentes definiciones de IU, la tendencia actualmente es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS). De acuerdo con ésta, la IU se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto.

Es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La incidencia de IU aumenta casi linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.

Al mismo tiempo es sorprendentemente bajo el índice de consulta generado por este problema de salud y la mayoría de los pacientes que viven en la comunidad utilizan productos absorbentes, influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales.

La IU no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede incluso ser mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial.

Las cifras de prevalencia que aparecen en los diferentes estudios son muy variables, dependiendo de una serie de factores como concepto de incontinencia, método de estudio, nivel asistencial estudiado y otras características de la muestra.

En estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades las tasas de prevalencia de IU oscilan entre 20 y 50%.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Se considera que la IU y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, según las directrices de la ICS en un documento de estandarización de la terminología. Según los criterios sintomáticos, los tipos fundamentales de IU se exponen a continuación:

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La IU de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo toser, reír, correr, andar). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes:

- Por hipermovilidad uretral, en el que fallan los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica.
- Por deficiencia esfinteriana intrínseca, en la que existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales que produce una disminución de la resistencia de la uretra.

La IUE es común en ancianas y supone también la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años, afectando a casi un 50% de ellas. En el varón anciano es rara y por lo común está asociada a cirugía prostática previa, tanto transuretral como suprapúbica.

Incontinencia urinaria de urgencia

La IU de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Por urgencia se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina detrusor hiperactivo, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática). Puede además deberse a otras causas, como estenosis uretral, hipercorrección quirúrgica, etc.

Es la forma más común de IU en mayores de 75 años, sobre todo en los hombres (40-80%). En los grandes estudios epidemiológicos citados entre 11 y 20% de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUU.

Incontinencia urinaria mixta

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. Se estiman en 30-40% las mujeres con IU que tienen síntomas de IUM. Estos datos confirman previos estudios en los que se concluía que la IUE es un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas, mientras que los síntomas de urgencia y la IUU se hacen más predominantes en el rango de edad postmenopáusica.

Incontinencia urinaria continua

IU continua (IUC) es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede ser debida a una fístula, desembocadura ectópica ureteral o a un déficit intrínseco uretral grave.

Enuresis nocturna

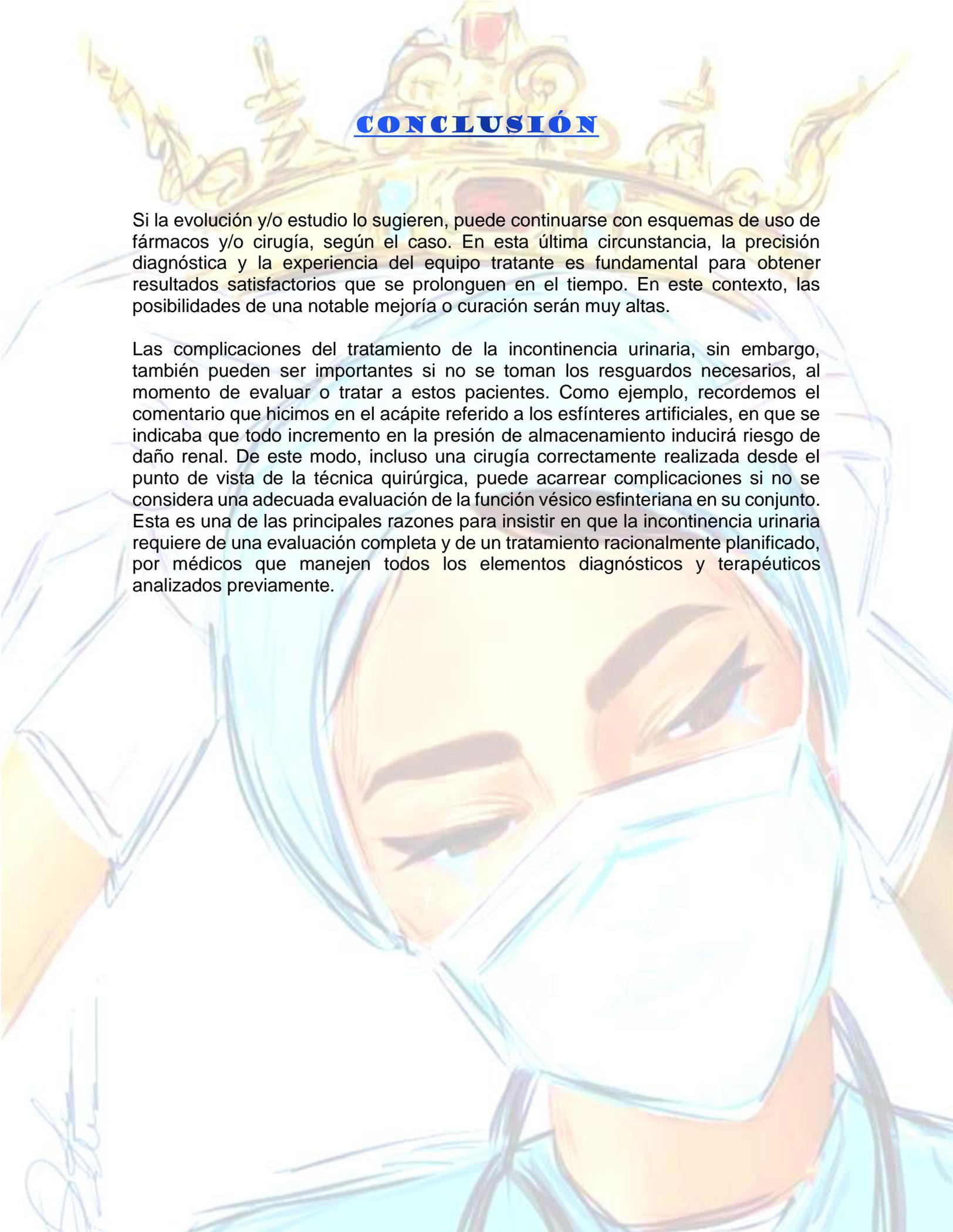
Enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

Incontinencia urinaria inconsciente

La incontinencia urinaria inconsciente (IUI) se define como la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal. Este tipo de IU se presenta sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga y aunque poco frecuente es de interés reconocerla entre la población geriátrica. Desde el punto de vista etiológico es una forma extrema de disfunción de vaciado vesical, bien por una obstrucción en el tracto urinario inferior (crecimiento prostático, esclerosis del cuello vesical) o por un detrusor a contráctil (neurológico o por otros factores).

Otras incontinencias urinarias

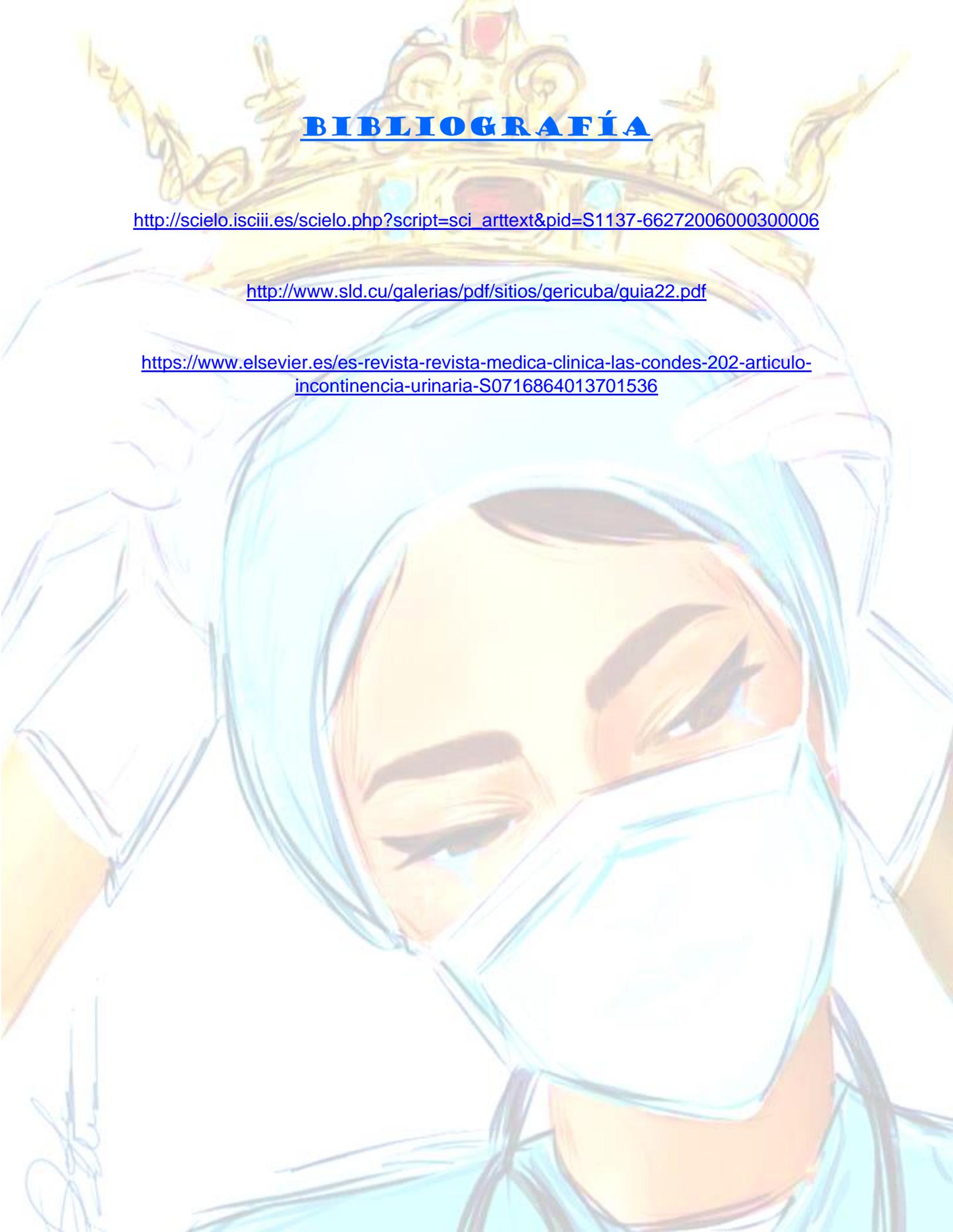
Otras formas de IU se pueden presentar de forma ocasional, como la IU durante el coito o la IU con la risa (giggle incontinence). Inmediatamente después de la micción la IU se describe con el término goteo postnacional, que es la pérdida de orina que se percibe justo tras finalizar la micción, generalmente después de salir del baño.



CONCLUSIÓN

Si la evolución y/o estudio lo sugieren, puede continuarse con esquemas de uso de fármacos y/o cirugía, según el caso. En esta última circunstancia, la precisión diagnóstica y la experiencia del equipo tratante es fundamental para obtener resultados satisfactorios que se prolonguen en el tiempo. En este contexto, las posibilidades de una notable mejoría o curación serán muy altas.

Las complicaciones del tratamiento de la incontinencia urinaria, sin embargo, también pueden ser importantes si no se toman los resguardos necesarios, al momento de evaluar o tratar a estos pacientes. Como ejemplo, recordemos el comentario que hicimos en el acápite referido a los esfínteres artificiales, en que se indicaba que todo incremento en la presión de almacenamiento inducirá riesgo de daño renal. De este modo, incluso una cirugía correctamente realizada desde el punto de vista de la técnica quirúrgica, puede acarrear complicaciones si no se considera una adecuada evaluación de la función vésico esfinteriana en su conjunto. Esta es una de las principales razones para insistir en que la incontinencia urinaria requiere de una evaluación completa y de un tratamiento racionalmente planificado, por médicos que manejen todos los elementos diagnósticos y terapéuticos analizados previamente.



BIBLIOGRAFÍA

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia22.pdf>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-S0716864013701536>

**NOMBRE DEL ALUMNO (A): CABALLERO ESPINOSA DULCE
MARÍA**

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

CUATRIMESTRE: PRIMER

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: DESCRIPCIÓN DE LOS CONCEPTOS

**SUBTEMA: DISURIA, POLIURIA, POLAQUIURIA, OLIGURIA,
RETENCIÓN URINARIA, GLOBO VESICAL, ESCOZOR AL ORINAR,
GOTEO DE ORINA Y NICTURIA.**

ENSAYO

DOCENTE: LIC. HERNÁNDEZ MORENO HILARIA

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2020



INTRODUCCIÓN

En este ensayo abordaremos puros conceptos del area de enfermeria, que en este caso son pocos, pero seran entendibles y bien explicados, con su respectiva informacion, se trata mas que nada de disuria, poliuria, polaquiuria, oliguria, retención urinaria, globo vesical, escozor al orinar, goteo de orina y nicturia, estos serian los temas o mejor dicho subtemas, son subtemas tan interesantes que en su momento lo practicaremos en la carrera de enfermería o en cualquier otra rama de la misma.

DESARROLLO

DISURIA.

La disuria es el dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso. Algunos trastornos causan un dolor fuerte sobre la vejiga o el periné. La disuria es un síntoma muy común en las mujeres, pero puede aparecer en los hombres y presentarse a cualquier edad. **Fisiopatología.** La disuria se produce por la irritación del trígono vesical o la uretra. La inflamación o el estrechamiento de la uretra causan dificultad para iniciar la micción y ardor durante ésta. La irritación del trígono causa contracción de la vejiga, lo que genera micciones frecuentes y dolorosas. Con frecuencia, la disuria se produce por una infección del tracto urinario inferior, pero también puede estar causada por una infección urinaria alta. El deterioro de la capacidad de concentración del riñón es el principal motivo de las micciones frecuentes en las infecciones urinarias superiores. **Etiología.** Típicamente, la disuria está causada por la inflamación de la uretra o la vejiga, aunque los trastornos perineales femeninos (p. ej., por vulvovaginitis o una infección por el virus herpes simplex) pueden doler al ser expuestas a la orina. La mayoría de los casos se deben a una infección, pero en ocasiones el responsable es un trastorno inflamatorio no infeccioso (véase tabla Algunas causas de disuria). En general, las **causas más comunes** de la disuria son: -Cistitis. -Uretritis debida a una enfermedad de transmisión sexual.

POLIURIA.

La **poliuria** es un síntoma médico que consiste en la emisión de un volumen de orina superior al esperado. Es un gasto urinario excesivo. Aumento del volumen de la orina en una cuantía superior a 2 ml/min (más de 2 litros en 24 horas). Las causas más frecuentes son la sobrecarga de solutos, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus, la ingesta compulsiva de agua (potomanía), la diabetes insípida por déficit de la hormona antidiurética, la intoxicación por litio, la hipercalcemia o la hipopotasemia. El tratamiento es anti causal.

Fisiopatología. La homeostasis del agua es controlada por un complejo equilibrio entre la ingesta de líquidos (que a su vez está sujeta a una compleja regulación), la perfusión renal, la filtración glomerular y la reabsorción de solutos, y la reabsorción de agua de los tubos colectores renales. Cuando aumenta la ingesta de agua, la volemia se incrementa y la osmolalidad de la sangre disminuye, lo que reduce la liberación de hormona antidiurética (ADH, también llamada arginina vasopresina) en el sistema hipotálamo-hipofisario. Como esta hormona promueve la reabsorción de agua en los túbulos colectores renales, la

disminución de su concentración aumenta el volumen urinario, lo que permite que la osmolalidad de la sangre regrese a la normalidad. Además, las concentraciones elevadas de solutos dentro de los túbulos renales causan una diuresis osmótica pasiva (diuresis por solutos) y, por ende, aumentan el volumen urinario. El ejemplo clásico de este proceso es la diuresis osmótica inducida por la glucosa en la diabetes mellitus no controlada, cuando las concentraciones elevadas de glucosa en la orina (> 250 mg/dL [13,88 mmol/L]) exceden la capacidad de reabsorción tubular, lo que aumenta su concentración en ese espacio; el agua sale en forma pasiva, y el resultado es la glucosuria y el aumento del volumen urinario. Por lo tanto, la poliuria puede ser el resultado de cualquier proceso que involucre. - Aumento sostenido de la ingesta de agua (polidipsia). -Reducción de la secreción de ADH (diabetes insípida central). -Disminución de la sensibilidad periférica a ADH (diabetes insípida nefrogénica). -Diuresis osmótica.

Etiología. La causa más común de poliuria en los adultos es: -Administración de diuréticos. La causa más común de poliuria (véase tabla Algunas causas de poliuria) en adultos y en niños es: -Diabetes mellitus no controlada. En ausencia de diabetes mellitus, las causas más comunes son: -Polidipsia primaria. -Diabetes insípida central. -Diabetes insípida nefrogénica.

POLAQUIURIA.

La polaquiuria es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche (nocturia), pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal. La polaquiuria puede estar acompañada por una sensación de necesidad urgente de orinar (tenesmo vesical). La polaquiuria es diferente de la poliuria, que es la diuresis de >3 L/día.

Fisiopatología. Por lo general, la polaquiuria se produce por trastornos del tracto urogenital inferior. La inflamación de la vejiga o la uretra causa una sensación de necesidad urgente de orinar. Sin embargo, esta sensación no se alivia con la micción, por lo que una vez que la vejiga está vacía, el paciente sigue intentado orinar, pero sólo logra expulsar pequeños volúmenes de orina. **Etiología.** Hay muchas causas de polaquiuria (véase tabla Algunas causas de polaquiuria), pero las más comunes son: -Infecciones urinarias, -Incontinencia urinaria, -Hiperplasia prostática benigna, -Cálculos del tracto urinario.

OLIGURIA.

Reducción del volumen urinario por debajo del necesario (0,3 ml/min, 400 ml/24 horas en adulto o 1 ml/kg/hora en niños) para eliminar los residuos metabólicos producidos en condiciones basales.

Es una expresión de fracaso renal agudo prerrenal o funcional por una falta de la perfusión renal, por nefropatía tubulointersticial, por glomerulonefritis, vasculitis o una obstrucción urinaria. La oliguria se define con una emisión de orina < 500 mL en 24 horas en un adulto o < 0,5 mL/kg/h en un adulto o un niño (< 1 mL/kg/h en neonatos). **Etiología.** Las causas de oliguria se dividen en 3 categorías: -Prerrenal (relacionadas con el flujo sanguíneo), -Renal (afecciones renales intrínsecas), - Posrenal (obstrucción en la salida). Las entidades son muchas (ver [Lesión renal aguda \(LRA\)](#)), pero sólo un número limitado causa la mayoría de los casos de oliguria aguda en pacientes hospitalizados (ver [Algunas causas de oliguria](#)).

RETENCIÓN URINARIA.

Afección por la que una persona es incapaz de orinar. La retención urinaria en ocasiones es aguda y se produce de forma rápida, otras veces es crónica y dura mucho tiempo. Los signos y síntomas incluyen la imposibilidad de expulsar la orina para vaciar la vejiga, la sensación de tener urgencia para orinar, orinar seguido pero muy poco, orinarse de manera involuntaria, y dolor o inflamación en la parte inferior del abdomen. La retención urinaria por lo general se produce por una obstrucción o estrechamiento de la vejiga o la uretra (tubo por el que la orina sale del cuerpo). La obstrucción se produce por una próstata agrandada, una vejiga que sobresale o está caída, cálculos renales o de vejiga, un tumor, una infección o una inflamación. También es posible que la retención urinaria se deba a problemas en los nervios, debilitamiento de los músculos de la vejiga, cirugía y ciertos medicamentos. También se llama retención de orina. La retención aguda de orina, se define como “la imposibilidad repentina y frecuentemente imprevista, de realizar el vaciamiento vesical”. Constituye una de las llamadas “urgencias urológicas” con una gran incidencia en los adultos mayores y cuando no se trata adecuadamente, puede conducir hacia la falla renal irreversible. Si bien se puede presentar como episodios aislados, tiene un impacto profundo sobre la salud pública si tomamos en cuenta que una cifra no despreciable de los motivos de consulta en los servicios de urgencia entre los pacientes geriátricos es la retención urinaria, sin contar con los costos económicos que implica. La retención urinaria está íntimamente ligada a la hiperplasia prostática benigna (HPB), pues éste es el factor condicionante más importante, aunque no la única etiología. Si bien las causas obstructivas son las más frecuentes, es importante tener en cuenta otras posibilidades como los fármacos.

GLOBO VESICAL.

Se denomina así a la retención de orina en la vejiga debido a la incapacidad de poder evacuarla con normalidad. Se puede producir porque exista una obstrucción o por pérdida de tono en la musculatura de la vejiga que no detecta el aumento de presión que ejerce la oprima en esta. Se suele acompañar de dolor y sensación de ganas de orinar. Se debe proceder a realizar un sondaje vesical. El **globo vesical** no es más que el incremento del volumen de la vejiga secundario a la retención de la orina, **de forma aguda**. Puede ser por causas funcionales (neurológicas) como orgánicas obstructivas, infecciosas/inflamatorias o consumo de fármacos, entre otras. El acúmulo de orina en la vejiga, es decir la retención urinaria tanto parcial como total, hace que esta adquiera una forma de globo, de aquí su nombre. Suele aparecer más allá de la sexta década de la vida con predominio masculino.

ESCOZOR AL ORINAR.

El escozor al orinar es la sensación de ardor o picor que **se produce cuando se emite orina a través de la uretra**. Algunos pacientes también lo describen como una sensación de escalofríos con la micción. El escozor al orinar se produce **por la inflamación e irritación de la uretra**. La causa más frecuente de ello es la infección de orina y la segunda causa son los cálculos renales o la presencia de cristales en esta. El ardor o dolor al orinar se localiza en el orificio uretral o, con menor frecuencia, sobre la vejiga (en la pelvis, la parte inferior del abdomen, justo por encima del pubis). Es un síntoma muy común en las mujeres, pero puede afectar a los varones y puede ocurrir a cualquier edad. **Causas**. El ardor o dolor al orinar generalmente está producido por la inflamación de la uretra o la vejiga. En las mujeres, la inflamación de la vagina o de la región situada alrededor de la abertura vaginal (llamada vulvovaginitis) puede ser dolorosa cuando queda en contacto con la orina. La inflamación que ocasiona ardor o dolor generalmente está causada por una infección, pero a veces ocurre por trastornos no infecciosos. **Causas frecuentes**. En general, las causas más comunes de ardor o dolor al orinar son: - Infección de la vejiga (cistitis). -Infección de la uretra (uretritis) debida a una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

GOTEO DE ORINA.

Se produce cuando, tras ir al baño, se escapan algunas gotas de **orina**, incluso si has “esperado y agitado”. Hay dos tipos de pérdidas de este tipo: pérdida tras la micción y pérdida terminal. Este **goteo** se produce porque la vejiga no se ha vaciado por completo al **orinar**. A muchos hombres se les escapan unas gotas de orina poco después de haber terminado de miccionar y a pesar de sentir ya la vejiga vacía. El término médico para esto es goteo postmiccional. Y es más común de lo que se piensa. Uno de cada cuatro hombres lo padece y se acusa particularmente a partir de los 50 años de edad, cuando las posibilidades de padecerlo pueden aumentar hasta el doble.

Tradicionalmente, el goteo postmiccional se ha considerado como parte del proceso de envejecimiento y menos molesto que otros síntomas del tracto urinario inferior, pero la evidencia reciente sugiere que es bastante común y como poco provoca tantas molestias como otros problemas relacionados con la orina.

Es tan usual en los hombres conforme pasan los años porque los músculos que rodean la uretra, esa especie de tubo largo en el pene que permite que la orina salga del cuerpo, no “aprietan” tan fuerte como antes, lo que a su vez evita que la vejiga se vacíe por completo. Y en menos de un minuto después de terminar la micción, esa orina extra gotea. Sin duda puede ser molesto y algo embarazoso.

NICTURIA.

Incremento de la producción y emisión de orina durante la noche. Se presenta en la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca, el trasplante renal, etc. Está en parte relacionado con una mejoría de la perfusión renal, durante el reposo físico. Es normal que la orina disminuya en cantidad y aumente su concentración durante la noche. Eso significa que la mayoría de las personas pueden dormir de 6 a 8 horas sin tener que orinar. Sin embargo, las personas con nicturia se levantan más de una vez durante la noche para orinar. Debido a esto, aquellas personas que presentan micción excesiva durante la noche a menudo tienen ciclos de sueño interrumpidos.

CONCLUSIÓN

En conclusión, cabe resumir que todos los subtemas fueron de suma importancia, obviamente para ejercerla en la carrera de enfermería o en unas de sus ramas, pero algo que debe recalcar es que esta información nos ayuda para nuestra persona, por que uno como ser humano en dada ocasión podemos obtener uno de estos conceptos, pero teniendo una buena información nos previene no de todo, pero ya tendríamos una idea de lo que sucede o trate.



BIBLIOGRAFÍA

<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/disuria#:~:text=La%20disuria%20es%20el%20dolor,la%20vejiga%20o%20el%20perin%C3%A9.>

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/poliuria>

[https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/polaquiuria#:~:text=La%20polaquiuria%20es%20la%20necesidad,d,e%20orinar%20\(tenesmo%20vesical\).](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/polaquiuria#:~:text=La%20polaquiuria%20es%20la%20necesidad,d,e%20orinar%20(tenesmo%20vesical).)

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/oliguria>

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/retencion-urinaria>

<https://mdanderson.es/elcancer/glosario/globo-vesical#:~:text=Se%20denomina%20as%C3%AD%20a%20la,ejerce%20la%20oprina%20en%20esta.>

<https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/sintomas/escozor-al-orinar>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000100004

<https://www.ecured.cu/Nicturia>