**Alteraciones de la micción**

**Polaquiuria.** Se caracteriza por micciones frecuentes, cada 2 h o

menos, de escasa cantidad, sin que aumente el volumen total de la orina

que es de 1 200 mL como promedio en las 24 h.

Es consecuencia de una disminución de la capacidad vesical que puede

tener varias causas.

**Inflamación vesical.** Se debe a cistitis bacteriana o no bacteriana,

cálculos, cuerpos extraños, cáncer, porque la mucosa normal es sensible

al dolor y a la presión, se produce una disminución de su adaptabilidad y

con poco estímulo ocasiona el deseo de orinar.

**Obstrucción infravesical.** Reduce la capacidad por la hipertrofia

del músculo y se requiere un mayor esfuerzo para orinar. Más tarde el

músculo se descompensa y no puede vaciar completamente la vejiga y

aumenta la orina residual que ocasiona menos capacidad.

**Lesiones extravesicales.** Los fibromas uterinos, el embarazo y los

tumores abdominales ováricos, no permiten la expansión vesical normal

por la presión externa que producen y aumenta la orina residual que

disminuye la capacidad.

Puede presentarse con predominio diurno en los procesos

inflamatorios vesicales y con predominio nocturno como en los

prostáticos.

**Poliuria.** Es la excreción de orina superior a la normal, con micciones

de más de150 mL para un total de 2 000 mL o más.

Puede ser transitoria: por la ingestión excesiva de líquido, la toma de

diuréticos o factores emocionales.

Cuando es persistente se observa: en la insuficiencia renal como

fenómeno compensador por la lesión del mecanismo de concentración;

en la diabetes mellitus que la glucosuria causa una diuresis osmótica; en

la diabetes insípida por la falta de la hormona antidiurética, que da origen

a grandes diuresis de baja densidad.

**Oliguria-anuria.** La oliguria es la disminución de la diuresis por

debajo de los niveles normales inferiores, menos de 400 mL. Puede ser la

causa fisiológica por escasa ingestión de líquido o una gran sudación.

También tiene causas patológicas: prerrenal, en la insuficiencia circulatoria;

renal, en la glomerulonefritis; posrenal, en las uropatías obstructivas.

La anuria es la ausencia total de excreción de orina. No debe

confundirse con la retención vesical y en caso dudoso pasar una sonda

para ver si hay orina retenida.

Puede ser de causa prerrenal por trastorno circulatorio que altera la

irrigación renal, muy grave en caso de trombosis de los grandes vasos del

pedículo renal; posrenal, debido a un obstáculo en el curso de la orina,

una litiasis en un riñón único, una ligadura quirúrgica de ambos uréteres,

en la invasión neoplásica del bajo fondo vesical.

**Enuresis.** Es la salida involuntaria de orina que ocurre durante el

sueño. Ocurre con mayor frecuencia en los niños (en los 2 o 3 primeros

años), pero si persiste después de los 6 o 7 años debe investigarse la

causa.

Se produce porque la vejiga se contrae involuntariamente cuando

alcanza un determinado grado de repleción, por falta de influencia

inhibitoria sobre el reflejo de la micción. Puede observarse en casos de

infección bacteriana por hipersensibilidad de la mucosa vesical, en lesiones

vertebrales congénitas como espina bífida, alteraciones psíquicas y

emocionales.

**Incontinencia de orina.** Es la salida involuntaria de orina.

Permanente y de modo continuo por la uretra o por un orificio patológico

como ocurre en una lesión traumática del esfínter uretral, una fístula

vesicovaginal, una desembocadura ectópica del uréter.

*De esfuerzo*. Es más común en las mujeres por debilidad del

mecanismo esfinteriano en asociación a un esfuerzo físico, al toser, al

levantarse de una silla, como consecuencia de un cistocele, trauma

obstétrico, hipoestrogenismo senil.

**Micción imperiosa.** También llamada de urgencia, es el escape de

orina que se produce cuando se siente el deseo de orinar y no puede

aplazarse. Es común en la cistitis aguda y en los casos de obstrucción

crónica con infección asociada.

Por rebosamiento o paradójica, produce goteo constante de orina en

pacientes con una obstrucción crónica, con globo vesical y con debilidad

del mecanismo esfinteriano.

**Ardor-dolor**. El ardor es una sensación quemante que se percibe

durante la micción. En la mujer se manifiesta en toda la uretra; en el

hombre, en la porción distal de la uretra y en el glande. Cuando es muy

intenso se convierte en dolor y se manifiesta al comienzo, durante o al

final de la micción.

Comúnmente tiene un origen infeccioso en la uretritis, cistitis,

prostatitis y puede observarse en el cáncer vesical.

**Pujo-tenesmo.** El pujo es un esfuerzo que se realiza para expulsar

la orina cuando existe alguna dificultad o para forzarla, para lo cual se

contraen los músculos abdominales y comprimir la vejiga. Puede ocurrir

porque hay una causa obstructiva o inflamatoria.

El tenesmo es una contracción de la musculatura vesical, totalmente

involuntaria, cuando hay deseo de orinar o cuando se siente la vejiga

llena.

Se produce por un aumento de la irritabilidad de la vejiga debido a una

infección, una litiasis, cáncer o traumatismo por una sonda permanente.

**Chorro de orina.** La emisión de la orina se altera y el chorro se

hace fino, bifurcado, múltiple, en forma de tirabuzón, en la estrechez

uretral. En la obstrucción prostática se hace débil y puede llegar a ser

gota a gota. Puede interrumpirse bruscamente cuando una litiasis obstruye

el cuello vesical.

**Disuria.** Se denomina así a la micción dolorosa y difícil, relacionada

con la inflamación del tracto genitourinario por infección, cálculo, cáncer.

Si el dolor se presenta al comienzo de la micción sugiere una causa

uretral y si se siente al final, es de origen vesical. Se acompaña de

polaquiuria y urgencia.

**Urgencia.** Es el deseo de orinar, fuerte y repentino, que puede ser

controlado, al menos, temporalmente.

Si aparece conjuntamente con polaquiuria y disuria indica que hay

inflamación del tracto urinario que incluye el trígono y la uretra.

Las causas más frecuentes son: infección, litiasis en la parte inferior

del uréter, cáncer vesical y también en la vejiga neurogénica.

**Retención de orina.** Es la imposibilidad de vaciar la vejiga cuando

se siente el deseo de orinar. Puede ser aguda o crónica.

*Aguda.* Es la incapacidad de poder realizar la micción que se presenta

súbitamente y el enfermo experimenta dolor suprapúbico, como sucede

cuando un cálculo bloquea la uretra.

Se produce también en pacientes con una enfermedad obstructiva

crónica compensada, como en el prostático, por una congestión

sobreañadida en caso de un largo viaje sentado, ingestión de debidas

alcohólicas, después de una exploración instrumental de la uretra y vejiga.

*Crónica.* La retención de orina se instala progresivamente. Al comienzo

es incompleta y causa poca molestia, pero puede llegar a ser completa y

se hace imposible realizar la micción, pudiendo solo gotear pequeñas

cantidades de orina, produciendo una incontinencia por rebosamiento.

**Micción prolongada.** Es una micción lenta, con poca fuerza, que

tiene el chorro menos calibre en la emisión de la orina y que puede ser

evidente a medida que aumenta la resistencia distal obstructiva.

**Micción demorada.** Es una micción difícil a iniciar el flujo de orina,

existe vacilación para comenzar la micción. Se debe a una obstrucción

distal de la vejiga o a una inhibición psíquica. Puede aumentar y es necesario

un esfuerzo para iniciar la micción.

**Goteo posmiccional.** Es la salida de gotas de orina al terminar la

micción que se presenta con el aumento de tamaño de la próstata. Puede

ocurrir en la estrechez uretral y se hace más ostensible conforme la

obstrucción progresa.