

dio más numeroso, de 123 sujetos, se valora la reducción del dolor para sujetos artrósicos, sin establecerse diferencias significativas entre los 2 grupos⁵.

Hay estudios en los que se valoran cargas articulares, cinética y cinemática, activación muscular, variabilidad del movimiento, actividad extensora muscular, postura del pie y presión plantar, pero cuentan con un número muy reducido de pacientes.

No existe constancia de si este calzado pudiera favorecer algún tipo de lesión muscular o caídas, aunque en Estados Unidos, en la base de datos de consumo, de la Consumer Product Safety Commission, aparecen 326 incidentes relacionados con este tipo de calzado⁶. La mayoría son lesiones menores como tendinitis y algias musculares, pero hay algunos casos de fracturas por caídas y lesiones articulares.

Actualmente, el fabricante recomienda su uso inicialmente en paseos cortos, incluyendo, en algunos casos, un CD de consejos, pero no se incluye información sobre las posibles lesiones que se podrían sufrir al cambiar la manera de caminar. Las personas de mayor edad o con lesiones preexistentes podrían tener mayor riesgo de lesiones.

Todo lo expuesto nos hace plantearnos que deberíamos tener en cuenta la posible implicación de este tipo de calzado, de manera directa o indirecta, en el desarrollo de lesiones de extremidades inferiores y alertar respecto a un uso del mismo de manera más responsable.

Bibliografía

1. Hales L. A sneaker that shoos the fat? Washington Post, 28 de enero de 2006.
2. Federal Trade Commission (Internet). Washington DC: Federal Trade Commission; 16 de mayo de 2012. United States District

Court for the Northern District of Ohio Eastern Division. Federal Trade Commission v Skechers U.S.A., INC., d/b/a Skechers. (27). [consultado 28 Dic 2012] Disponible en: <http://www.ftc.gov/os/caselist/1023070/110928reebokorder.pdf>

3. Federal Trade Commission (Internet). Washington DC: Federal Trade Commission; 29 de septiembre de 2011. United States District Court for the Northern District of Ohio Eastern Division. Federal Trade Commission v Reebok International LTD., d/b/a Reebok (21). [consultado 28 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.ftc.gov/os/caselist/1023070/110928reebokorder.pdf>
4. Porcari J, Greany J, Tepper S, Edmonson B, Foster C. Will toning shoes really give you a better body? (Internet). San Diego: American Council of Exercise; 2010 [consultado 27 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.acefitness.org/getfit/studies/toningshoes072010.pdf>
5. Nigg BM, Emery C, Hiemstra LA. Unstable shoe construction and reduction of pain in osteoarthritis patients. *Med Sci Sports Exerc.* 2006;38:1701-8.
6. Saferproducts.gov (base de datos en internet). Bethesda: U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC); 2010 [consultado 29 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.saferproducts.gov>

José E. Romero Palmer*, Patricia Lorente Montalvo y Ane Marie Pletea

Medicina de Familia y Comunitaria, Centre de Salut Calvià, Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut), Santa Ponça, Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josep.romero@ibsalut.es (J.E. Romero Palmer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.015>

Manejo urgente de la retención aguda de orina en hombres

Emergency management of acute urinary retention in men

Sr. Director:

La retención aguda de orina (RAO) es la urgencia urológica más frecuente. Se estima que en 5 años, el 10% de hombres de 70 años y el 33% de 80 años tendrán un episodio de RAO¹. Alrededor del 30% de episodios de RAO están precipitados por causas como estreñimiento, cáncer de próstata, estenosis uretral, postoperatorio, infecciones urinarias, ingesta excesiva de alcohol, urolitiasis, fármacos, etc., aunque en la mayoría no se identifica la causa y se asocia comúnmente a hiperplasia benigna de próstata (HBP)². Debido a su inicio brusco e inesperado, es atendida en los servicios de urgencias, siendo improbable que se acuda directamente a urología³.

Ante todo paciente con RAO se debe realizar una anamnesis para detectar las causas y posibles factores

desencadenantes, una exploración física que incluya la palpación y percusión abdominal (descartar masa abdominal), examen del pene (fimosi, parafimosi, estenosis uretral), tacto rectal (fecalomas, próstata, tono del esfínter anal) y neurológica (descartar afectación central, periférica o lesión medular). Se debe incluir analítica (función renal, iones, orina y urocultivo)³. La determinación del antígeno prostático específico (PSA) no estaría indicada, ya que se incrementa debido a distensión de la vejiga y a la inserción de la sonda vesical⁴. La realización de pruebas de imagen, ecografía y/o tomografía axial computarizada, estarán indicadas en urgencias en casos de sepsis, fallo renal, masas y déficit neurológicos³.

El manejo inicial de la RAO es la descompresión de la vejiga mediante la cateterización uretral (CU) o suprapúbica (CS). La CS ha demostrado beneficios con respecto a la CU en algunos estudios considerándola como la vía de elección. Sin embargo, la CS es una técnica compleja para la que no todos los profesionales de urgencias están adecuadamente formados, y que puede tener serias complicaciones (perforación intestinal, peritonitis). La CU es el tratamiento de primera línea (preferida por el 80% de los urólogos), dejando la CS cuando no se consiga la CU¹. La existencia de un kit

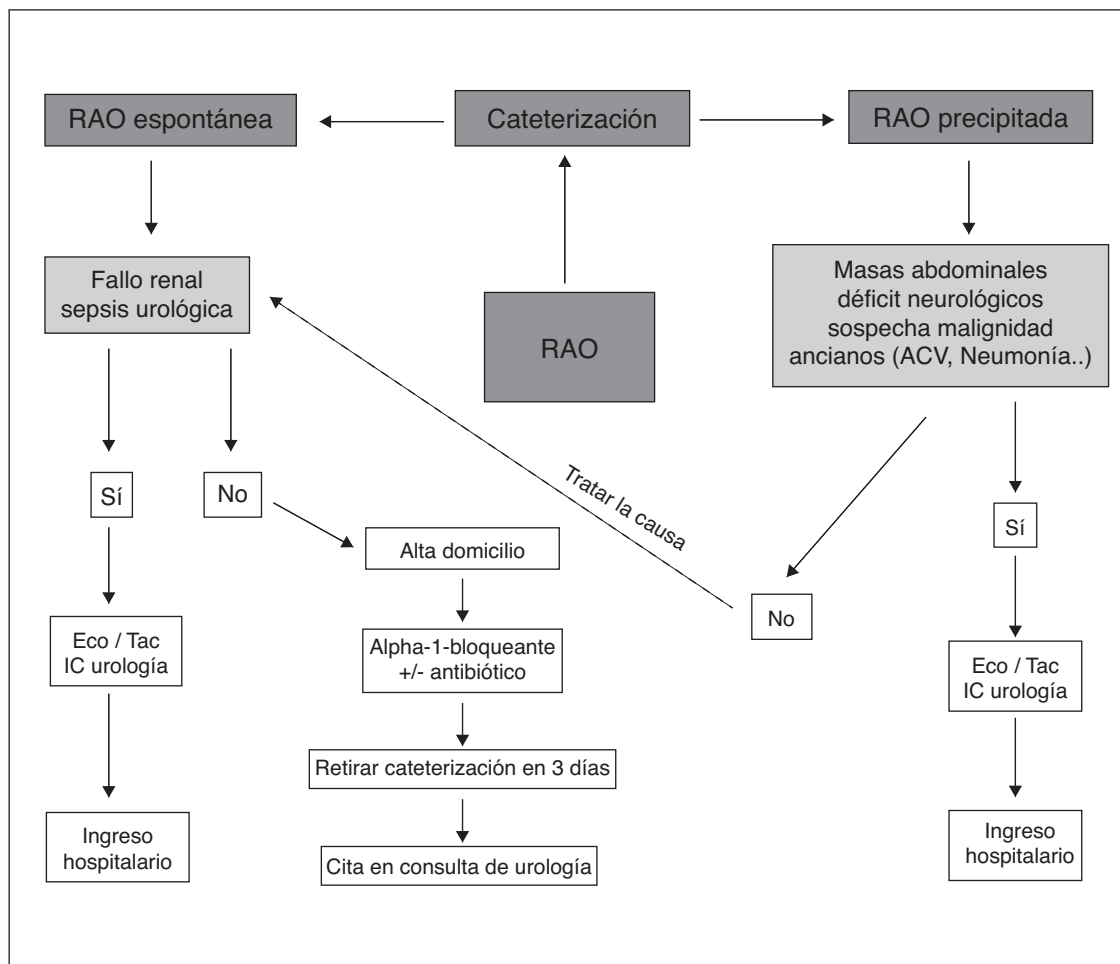


Figura 1 Algoritmo del manejo urgente de la RAO en hombres. ACV: accidente cerebrovascular; Eco: ecografía; IC: interconsulta; RAO: retención aguda de orina; Tac: tomografía computarizada.

de CS, utilizando la técnica de Seldinger que sustituye al clásico trocar, permitiría en el futuro realizar la técnica en urgencias de atención primaria y hospitalarias⁵. La CU se recomienda realizarla inicialmente con una sonda vesical flexible tipo «Foley» de calibre 14-18 French Gauge (FG). Si existieran antecedentes de cirugía transuretral de próstata con probabilidad de estenosis parcial de la uretra prostática se recomienda un menor calibre de 10-12 FG. Si no hay antecedentes de cirugía previa y no se consigue la colocación de la sonda, se puede intentar con sondas de mayor calibre, 20-22 FG, con «punta Coudé» (rígida y acodada) llamada sonda de «Tienann», ya que lo más probable, que es la obstrucción sea secundaria a una HBP severa. Cuando no se consigue la colocación de la sonda vesical, estaría indicada la CS. La CS debe ser realizada por urología, o en situaciones de urgencia no demorables por el médico de familia capacitado (formado y entrenado)^{3,5}. Respecto al tiempo de vaciado, la opción de vaciado rápido con precaución es válida y segura³.

La mayoría de los pacientes con RAO pueden ser tratados en domicilio por su médico de familia³. Las indicaciones de hospitalización son: sepsis, insuficiencia renal, sospecha de malignidad, compresión medular y ancianos con eventos precipitantes (neumonía, accidente cerebrovascular, etc.)⁶.

El tiempo de retirada de la sonda se recomienda 3 o menos días y asociado a alfa-1-bloqueantes. La tamsulosina 0,4 mg o alfuzosina 10 mg cada 24 h, administrados simultáneamente tras la cateterización, consiguen la micción espontánea en más del 60% a los 2-3 días, disminuyendo las complicaciones y la comorbilidad, aunque no queda claro si reducen el riesgo de recurrencia de RAO y la necesidad posterior de cirugía prostática^{2,7,8}. Si el primer intento de retirada de la sonda es fallido, se puede intentar de nuevo, pero si vuelve a producirse RAO, se dejará la sonda hasta la cirugía electiva³.

Si no hay evidencia de infección no se recomienda tratamiento antibiótico de forma profiláctica³.

La RAO es una urgencia urológica de primera línea en urgencias con diversidad de atención según los servicios, hospitales y países¹. En la **figura 1** se propone un algoritmo de manejo urgente de la RAO en hombres.

Bibliografía

1. Fitzpatrick JM, Kirby RS. Management of acute urinary retention. *BJU Int.* 2006;97 Suppl 2:16-20.
2. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez Guerra L, Hong SJ, el Khalid S, et al. Management of acute urinary reten-

- tion: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2012;109:88–95.
3. Barrisford GW, Steele GS. Acute urinary retention. Uptodate 2013 [consultado 1 Feb 2013]. Disponible en: <https://www.Uptodate.com/contents/acute-urinary-retention/>
 4. Aliasgari M, Soleimani M, Hosseini Moghaddam SM. The effect of acute urinary retention on serum prostate-specific antigen level. *Urol J.* 2005;2:89–92.
 5. Harrison SC, Lawrence WT, Morley R, Pearce I, Taylor J. British association of urological surgeons suprapubic catheter practice guidelines. *BJU Int.* 2011;107:77–85.
 6. Torne MB, Geraci SA. Acute urinary retention in elderly men. *Am J Med.* 2009;122:815–9.
 7. Zeif HJ, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;CD006744. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006744.pub2>.
 8. Maldonado Ávila M, Sierra Ramírez JA, Manzanilla García HA, González Valle JC, Rosas Navas E, Labra Salgado I, et al. A prospective randomized study comparing the efficacy of tamsulosin, alfuzosin and placebo in the management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia. *Urol J.* 2012;187 Suppl 4S:e509–10.
- Francisco Manuel M. Parrilla Ruiz^{a,*}, Iván Aguilar Cruz^a, Dolores Cárdenas Cruz^a y Antonio Cárdenas Cruz^b
- ^a *Unidad de Urgencias, Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada, España*
^b *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: parrilola@gmail.com
(F.M.M. Parrilla Ruiz).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.001>