

Nefrourología. Urgencias Hospitalarias.

Francisco Caminero

Residente de 4º año de Medicina Familia en CS San Roque

José Carlos Batalla Garlito

Residente 4º año Medicina Familia en CS Zona Centro

Urgencias Urológicas.

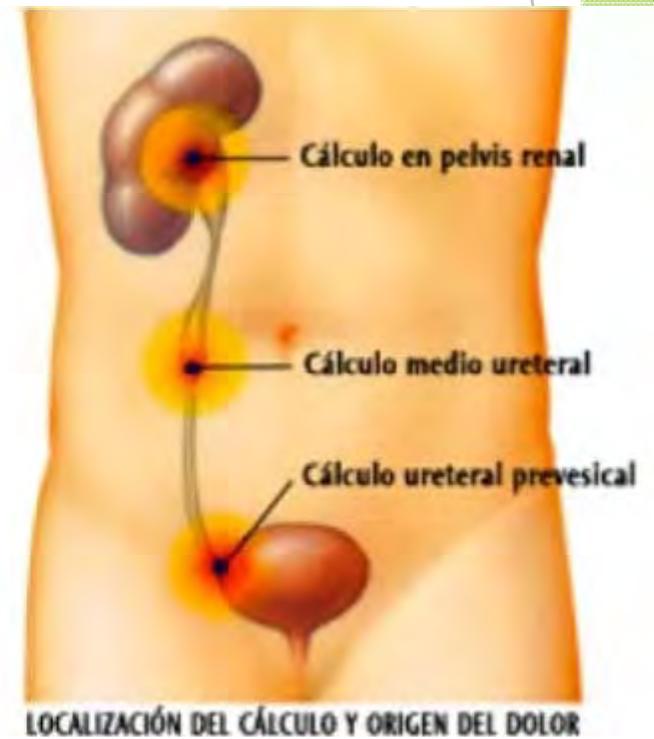
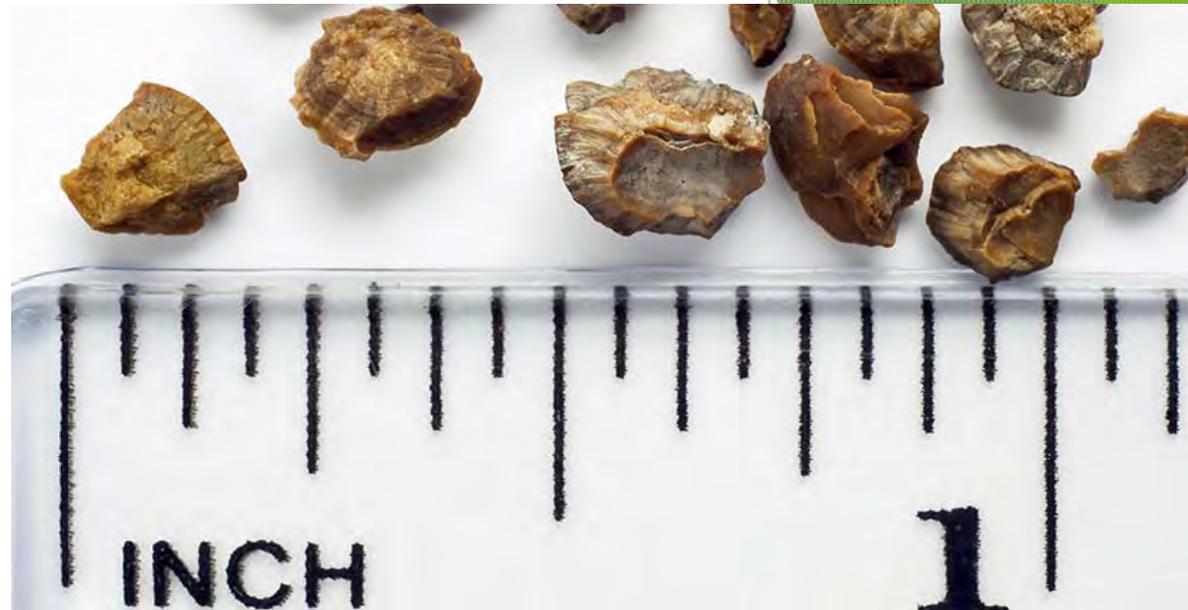
- ▶ CRU
- ▶ Hematuria
- ▶ Retención Aguda de Orina
- ▶ Infecciones Urinarias Bajas
- ▶ Prostatitis
- ▶ Escroto Agudo.



Cólico RenoUreteral

- ▶ Paso de cuerpo sólido
- ▶ Cálculo Renoureteral.
- ▶ Riñón/ Vía Urinaria

¡¡¡DOLOR!!!

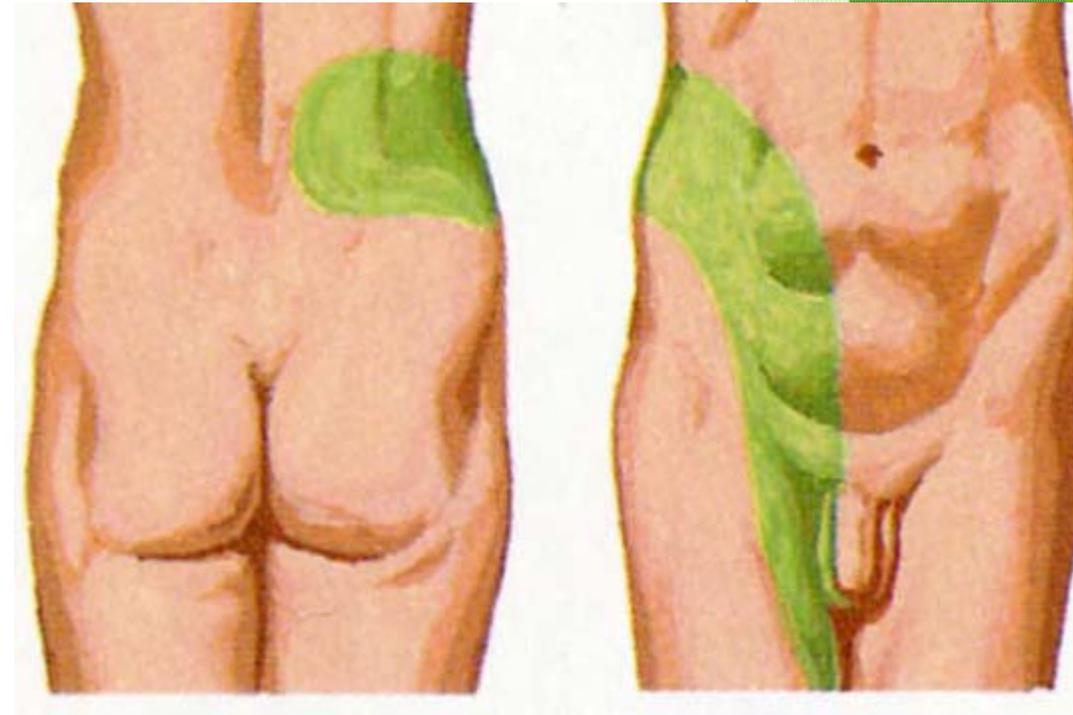


Clínica

- ▶ Dolor Fosa Renal brusco/progresivo
- ▶ Irrradiación Hemiabdomen + Genitales
- ▶ Cortejo Vegetativo (N,V,Sudoración)
- ▶ Miccional Irritativo

- ▶ Anamnesis:

Características del dolor, síntomas acompañantes,
Complicaciones (infección...)



Exploración

- ▶ Inspección: Inquieto, intranquilo, irritable.
- ▶ General normal
- ▶ Abdomen:



**Dolor palpación FR +
Hemiabdomen +
Puñopercusión Renal**

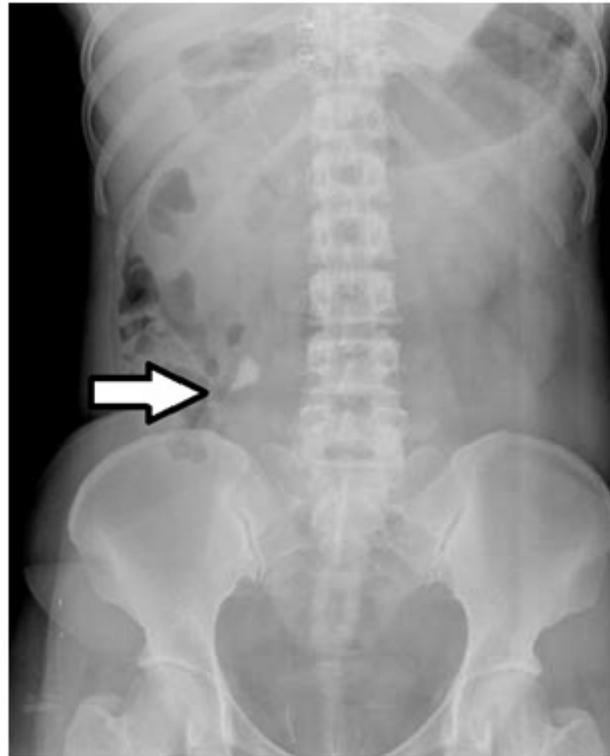


PPCC

- ▶ Hemograma (leucocitosis)
- ▶ Bioquímica (Función renal)
- ▶ Orina (hematíes)
- ▶ Rx abd
- ▶ Ecografía?



I.Renal, Uropatía obstructiva,
PNA, mala respuesta a tto.



Tratamiento

- ▶ Dieta absoluta
- ▶ Sueroterapia?
- ▶ Analgésicos:
 - Paracetamol (perfalgán)
 - AINEs: Ketorolaco (Droal), Dexketoprofeno (enantyum)
 - Metamizol (Nolotil)
 - Tramadol (Adolonta), Petidina (Dolantina)
 - +/-
 - V5, Buscapina.
 - N,V: Primperan, yatrox.

Criterios Ingreso. Alta.

Criterios.

- ▶ Mala respuesta a tto
- ▶ I. Renal
- ▶ Uropatía obstructiva
- ▶ PNA.
- ▶ Monorreno



Eco +/- Observación +/- IC Urología

Tratamiento al alta

- ▶ Si dolor NO beber
- ▶ Si no dolor SI beber
- ▶ **Analgesia**
AINes, metamizol, tramadol...
- ▶ ATB?

HEMATURIA

- ▶ Presencia Hematíes en la orina.
- ▶ No Uretrorragia.
- ▶ Clasificación:
 - Hematíes/ campo: · Micro: >5
 - Macro: >50
 - Micción: · Inicial: Uretral.
 - Terminal: Próstata/ cuello vesical.
 - Total: Intravesical o superior.



Etiología

- Hombres: 40-60^a.
-1^o Tumores
-2^o Litiasis
-3^o Infección

- Mujeres: 40-60^a.
-1^o Infección
- 2^o Litiasis
- 3^o Tumores

->60 años: Tumor vesical

TABLA 1

Principales causas de hematuria

1. Hematuria de causa urológica

Infecciones urinarias

Litiasis urinaria

Tumores

- De parénquima renal
- Uroteliales
- Prostáticos
- Uretrales

Otros

- Traumatismos
- Tuberculosis
- Poscirugía o poslitotricia
- Cuerpos extraños
- Infarto renal

2. Hematuria de causa no urológica

Enfermedades hematológicas

Causas metabólicas

- Hipercalciuria
- Hiperuricosuria

Hematuria glomerular (poco frecuente)

- Nefropatía IgA
- Síndrome de Alport
- Glomerulonefritis (rápidamente progresiva, postinfecciosa, mesangiocapilar, leve focal)
- Enfermedad de Goodpasture

Enfermedades sistémicas

- Lupus eritematoso sistémico
- Vasculitis
- Síndrome hemolítico urémico
- Enfermedades infecciosas sistémicas (hepatitis, endocarditis)

Tóxicos (benzeno o aminas aromáticas)

Fármacos que pueden producir hematuria

- Antibióticos: ampicilina, penicilina, cefalosporinas, anfotericina
- Anticoagulantes, aspirina/AINE, fenilbutazona, colchicina
- Inmunosupresores: ciclofosfamida
- Fármacos del SNC: clorpromazina, fenobarbital
- Otros: alopurinol, clorotiácida, tetracloruro de carbono

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; IgA: inmunoglobulina A;
SNC: sistema nervioso central.

Clínica

Sangrado + Síntomas acompañantes

- ▶ Dolor suprapúbico
- ▶ Disuria
- ▶ Dolor lumbar
- ▶ Fiebre
- ▶ Vómitos
- ▶ Pesadez perineal
- ▶ Sdme. Constitucional
- ▶ HTA
- ▶ Edemas periféricos.

¿Estable

0

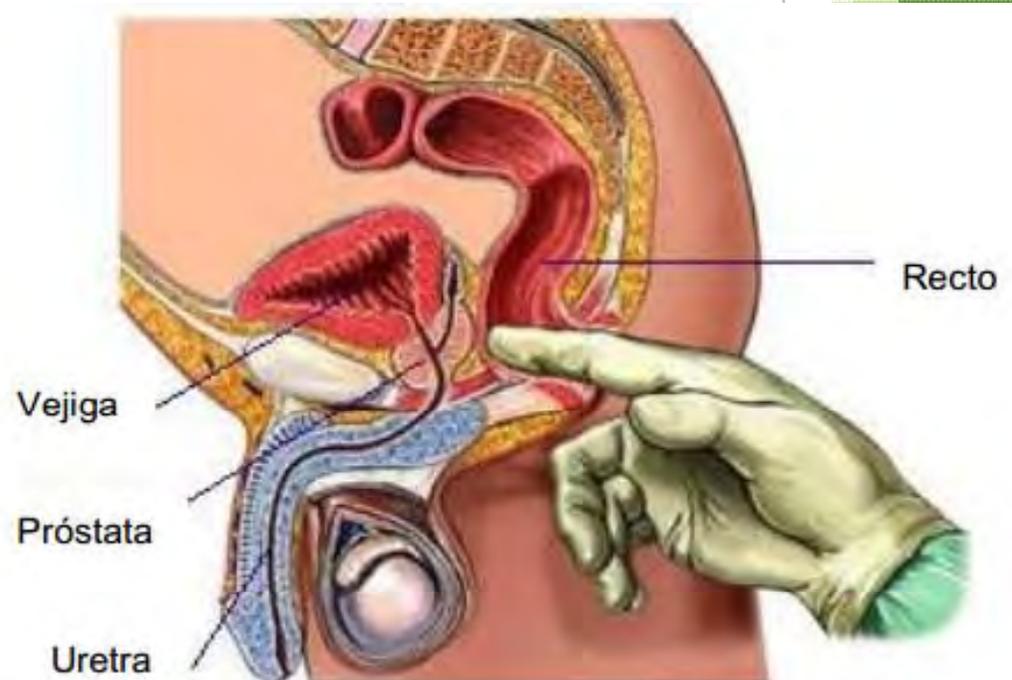
Inestable?

Anamnesis

- ▶ AP e IQ: Urología, ginecología.
 - ▶ Episodios anteriores.
 - ▶ FR: tabaco, edad, trabajo, alimentación.
 - ▶ F: ACO, AINES, Analgésicos.
 - ▶ Radioterapia.
 - ▶ Características + Síntomas
- ▶ **Coágulos???** → **RAO**

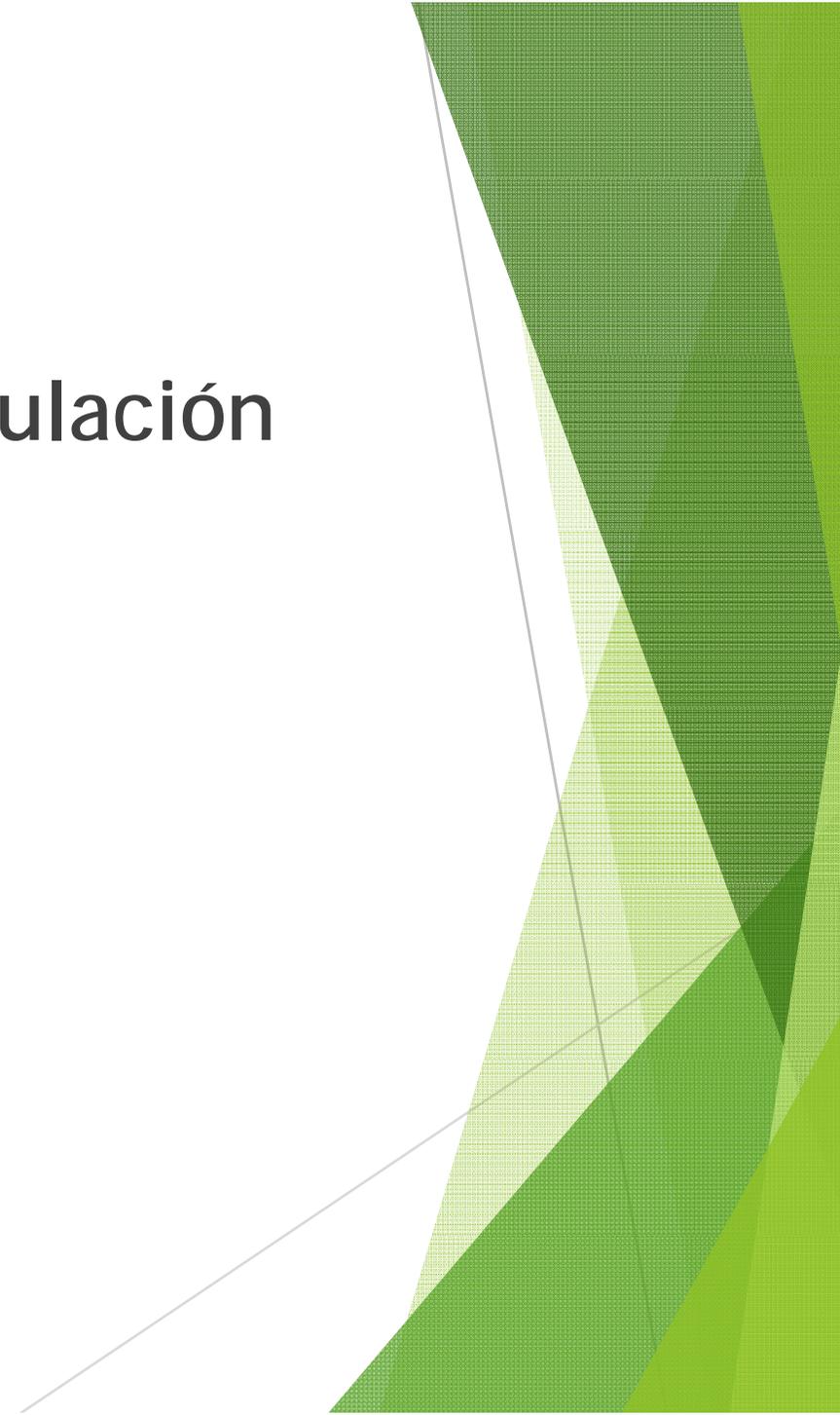
Exploración física

- ▶ Inspección.
- ▶ Cabeza y Cuello.
- ▶ Cardiopulmonar
- ▶ Abdomen: Masas, hipogastrio, fosas renales, PP...
- ▶ MMII
- ▶ Genital: femenino
- ▶ Tacto Rectal



Pruebas Complementarias

- ▶ **Bioquímica + Hemograma + Coagulación**
- ▶ **Orina: Hematíes.**
- ▶ Rx Abdomen???
- ▶ Eco???: Dependiendo de la causa



Tratamiento.

► *Medidas Generales:*

Sondaje vesical de 3 vías

+

Lavados vesicales suero fisiológico.

+

Ingesta de líquidos abundante/sueroterapia

► *Tto específico: Complicaciones*

Anemia: Transfusión

IRA

Infección tracto urinario: ATB.

Ceftriaxona 2 g iv/24 h, Tobramicina 100 g iv cada 12 h

Augmentine 1 g iv cada 8 h, Cirprofloxacino?...



Observación → Aclaramiento orina

Criterios ingreso

- ▶ Inestabilidad hemodinámica.
- ▶ RAO por coágulos.
- ▶ Anemia/alt. Coag.
- ▶ Postraumática.
- ▶ IRA (+ HTA + Edemas+ Sedimento urinario)
- ▶ GN
- ▶ Dolor.

Tto ALTA.

- ▶ Ingesta hídrica 3 l/día.
- ▶ Sondaje uretral abierto permanente x48 h
- ▶ ATB? X 3 días

Fosfomicina 3 g, 1 sobre/24 h

Cefditoreno 200 mg/12 h

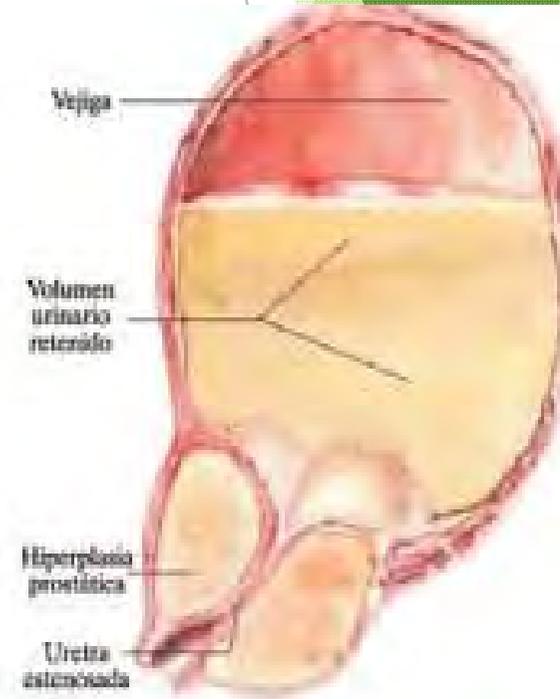
Cefuroxima 250 mg/12 h

Ceftibuteno 400 mg/24 h

Amox-Clav. 1 g/8 h

Retención Aguda de Orina

- ▶ Acumulación de orina en la vejiga + Imposibilidad de micción
- ▶ Urgencia urológica + frecuente
- ▶ IRA reversible



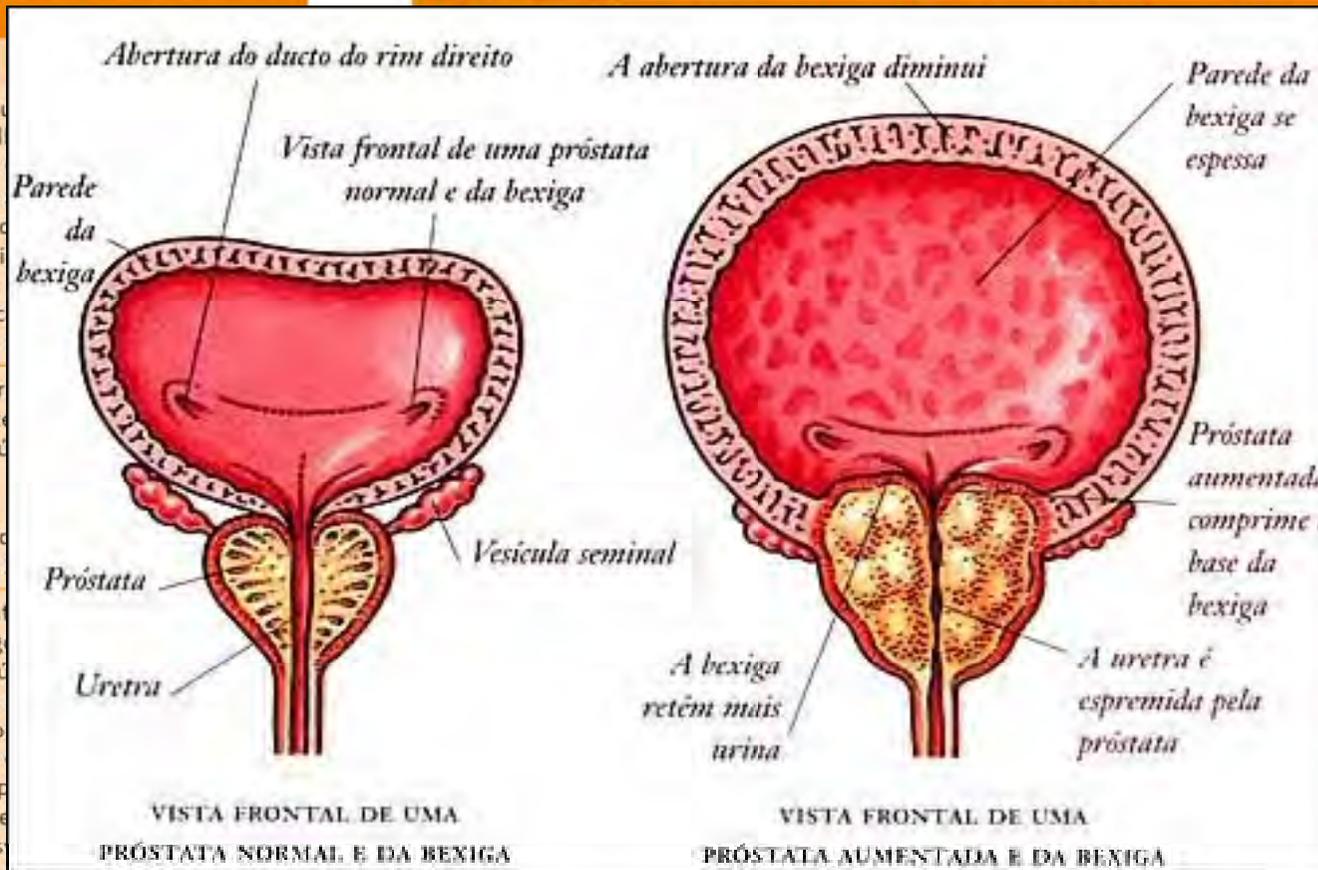
Etiología → HBP

BLA 3

Causas de origen neurológico de la retención aguda de orina

tipo de lesión	
Neuropatía autonómica	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía autonómica • Diabetes mell • Síndrome de • Virus herpes • Enfermedad de • Anemia pern • Poliomielit • Cirugía pélv • Trauma de la
Lesión del cerebro	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular • Contusión cerebral • Esclerosis múltiple • Neoplasias • Hidrocefalia • Enfermedad de • Síndrome de
Lesión de la médula espinal	<ul style="list-style-type: none"> • Discopatía intervertebral • Mielomeningocele • Esclerosis múltiple • Espina bífida • Traumatismo de la médula • Estenosis espinal • Enfermedad de • Mielitis transversa • Tumores o masas del cono medular o cauda equina

TABLA 1



Diagnóstico de laboratorio de la retención aguda de orina

Mujeres	Ambos
<ul style="list-style-type: none"> • Hematuria* • Neoplasia • Cálculos vesicales • Neoplasia de vejiga • Infecciones, quistes • Inversión retroperitoneal 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectocele • Dilatación aneurismática • Cálculos vesicales • Neoplasia de vejiga • Impactación fecal • Masa gastrointestinal retroperitoneal • Estenosis uretral • Cuerpos extraños, litiasis
<ul style="list-style-type: none"> • Infección aguda vaginal • Infección anal 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilharziasis • Cistitis • Hidatidosis • Síndrome de Guillain-Barré • Virus herpes simple • Virus herpes zoster • Enfermedad de Lyme • Absceso periuretral • Mielitis transversa • Cistitis tuberculosa • Uretritis

Tomada y adaptada de: Selius BA.
 * Causas más frecuentes de retención aguda de orina.

Clínica

Dolor hipogástrico intenso

+

Imposibilidad de micción

+

Globo vesical

+

Agitación, inquietud

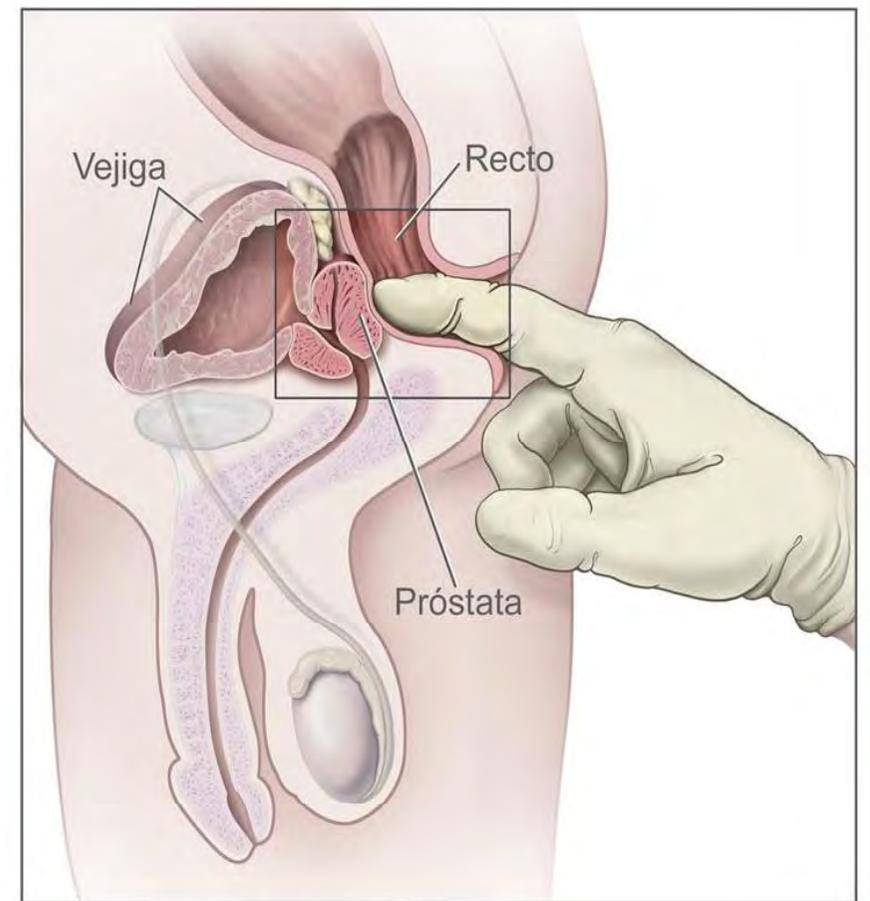
+/-

Sudoración, N, V



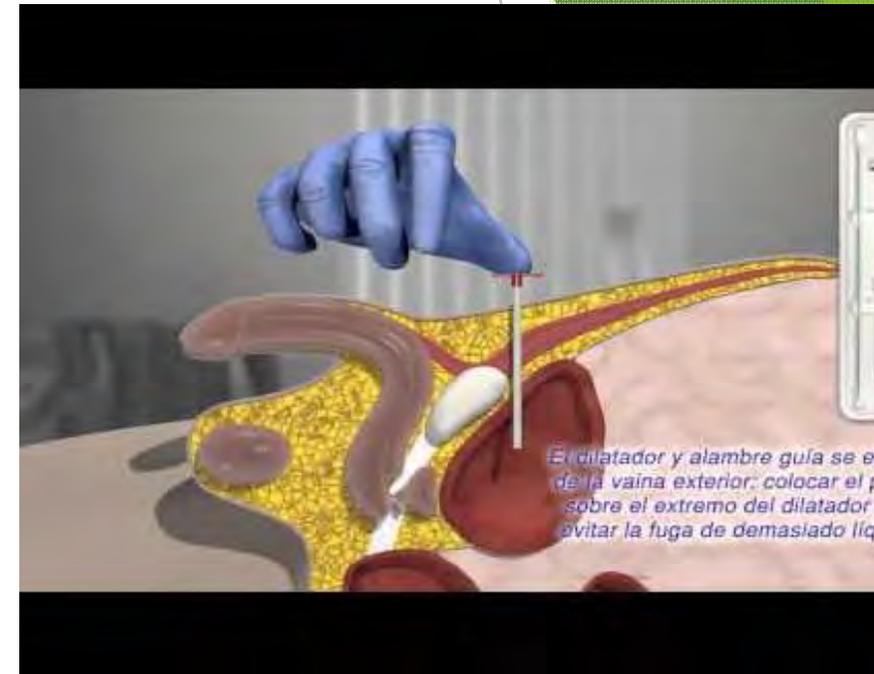
Exploración y Pruebas Complementarias.

- ▶ Inspección: Inquietud, agitación.
- ▶ Exploración general básica.
- ▶ Abdominal:
Dolor a palpación en hipogastrio, globo vesical.
- ▶ Tacto Rectal



Tratamiento

- ▶ Medidas generales:
 - *Sondaje vesical* (250 ml → 15 min)
- Siempre
 - Punción suprapúbica:
prostatitis/uretritis, postraumática.
- Sueroterapia + Sintomático + AINEs
Ketorolaco, desketoprofeno, metamizol...
- ATB???



Tratamiento

► Criterios de Ingreso:

- Prostatitis aguda.
- Hematuria intensa.
- Insuficiencia Renal.

► Alta:

- AINES
- ATB

Fosfomicina , Ciprofloxacino, Amox-clav,
cefuroxima, cefditoreno

- Bloqueadores alfa: Tamsulosina (urolosin, Omnic) 0.4 mg/24 h
- Retirada sonda a las 48 h.

Infecciones Urinarias Bajas.

► 2ª causa p. Infecciosa. *E. coli*

► **Bacteriuria**

- Significativa/ no significativa
- Complicada/ no complicada
- Recidiva (mismo germen)
- Reinfeción (diferente germen)

► **FR:**

Niños < 5 años, gestantes, ITUs previas, st > 1 mes,
inmunosupresión, IRA, proteus...



Clínica y Exploración

Polaquiuria

Tenesmo vesical

Disuria

Malestar suprapúbico

Orina turbia

Hematuria

- ▶ Cistitis: Dolor hipogástrico



- ▶ Uretritis: Exudado uretral.



Pruebas complementarias

► *Orina:*

Nitritos +, leucocitos + (hematíes, proteinuria)

► Cultivo orina.

► Hemograma (leucitosis)

► Bioquímica

► Rx abd???

Tratamiento

► Cistitis aguda no complicada:

1º elección: ***Fosfomicina 3 g 1 dosis***

Cefditoreno 200 mg/12h o Cefixima 400mg/24h x 5 d.

Nitrofurantoína 100 mg/12 h x 7 d.

2º elección: Amox- calv. 500 mg/125 c8hx 5 d.

► Cistitis aguda complicada:

- ***Cefditoreno 200 mg/12h*** o Cefixima 400 mg/24h x 7 d.

- Fosfomicina 3g/48h x 7-10 d.

Tratamiento

► Uretritis:

- ***Ceftriaxona 250 mg IM***

o

Cefixima 400 mg vo o Ciprofloxacino 500 mg vo

+

- ***Doxiciclina 100 g/12h x 10 d.***

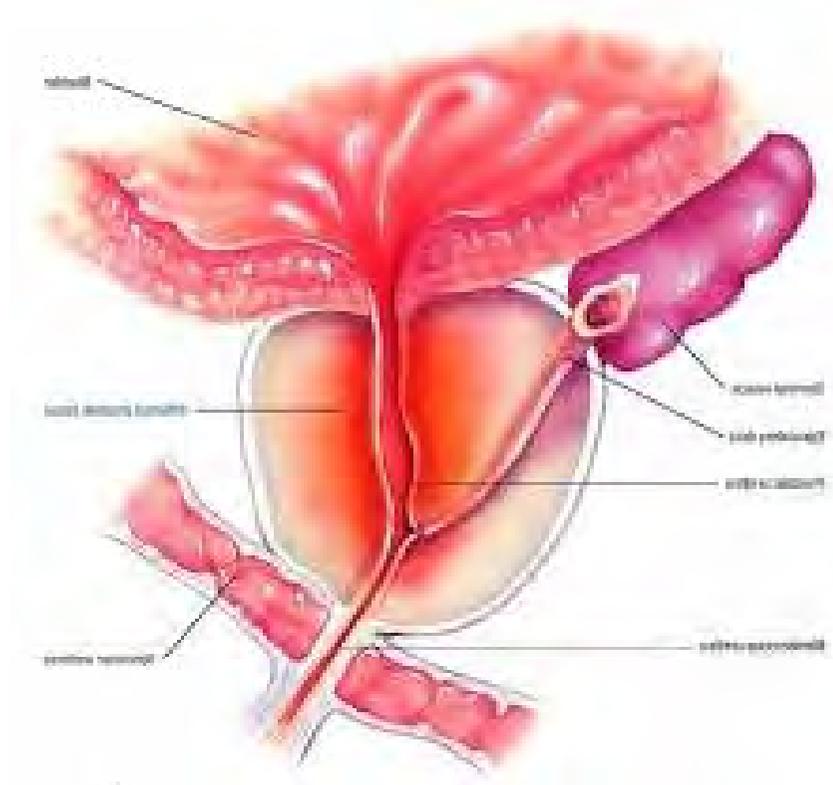
o

- ***Azitromicina 1 g vo.***



Prostatitis

- ▶ Infección de próstata.
- ▶ Difícil diagnóstico.
- ▶ G-: E.coli
- ▶ Aguda/Crónica
- ▶ Bacteriana/ no bacteriana.



Clínica

- ▶ MEG
 - ▶ Fiebre
 - ▶ Dolor/ Pesadez perineal
- +
- ▶ Irradia: genitales, muslos, inguinal, lumbosacra.
 - ▶ Polaquiuria
 - ▶ Disuria
 - ▶ Tenesmo vesical
 - ▶ RAO
 - ▶ Hematuria



Anamnesis y Exploración Física

- ▶ Antecedentes patológicos: Cistitis/ canalización vía urinaria relaciones sexuales.
- ▶ Tacto rectal:
 - Aumento tamaño
 - Caliente
 - Dolorosa

*No masaje prostático.



Exploración general

- ▶ Hemograma
- ▶ Bioquímica
- ▶ Orina completa con sedimento
- ▶ Urocultivo
- ▶ Rx abd? Prostatitis crónica



Tratamiento

► Medidas generales:

- Reposo
- Ingesta agua 1,5 l mínimo.
- Laxantes (Duphalac, Emportal)
- AINES (Enantyum, Ibuprofeno)
- Paracetamol.

► Criterios de ingreso:

- Signos de sepsis.
- RAO por absceso prostático → Drenaje suprapúbico

Tratamiento

▶ Aguda Bacteriana en <35 años:

- Doxiciclina (Vibracina) 100 mg /12h/ 10-14 d.

- Ceftriaxona 250 mg IM +

- Ofloxacino (Surnox) 400-300mg/12h/10-14 d.

▶ Aguda Bacteriana en >35 años:

- Ciprofloxacino (Baycip) 500 mg/12h/4 semanas.

- Levofloxacino (Tavanic) 500 mg/24 h/4 semanas.

▶ Crónica Bacteriana:

- Ciprofloxacino 500 mg/12h/4-6 semanas

- Levofloxacino 500 mg/24h/4-6 semanas.

▶ Crónica no Bacteriana:

- Bloqueadores alfa: Tamsulosina (urolosin, omnic) 0.4/24 h.

Tratamiento * (2018)

► Prostatitis aguda

- *Ceftriaxona 2 g iv/24h +/-*

- Gentamicina 4,55 mg/kg/día o *Tobramicina 5-7 mg/kg/día*

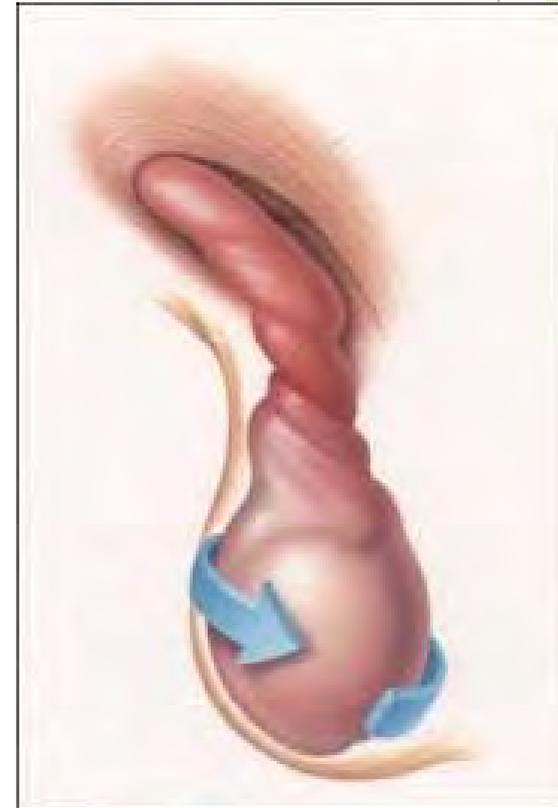
► Terapia secuencial (30 días + control por su MAP)

- *Cefditoreno 400 mg/12 h*

- Ciprofloxacino 500 mg/12 h o Levofloxacino 500 mg/24h

Escroto Agudo

- ▶ Urgencia urológica importante
- ▶ Descartar: Torsión testicular → Emergencia
- ▶ Clínica: DOLOR
- ▶ Etiología:
 - Torsión
 - Epididimitis
 - Orquitis
 - Tumores
 - Traumatismos
- ▶ No pesadez (hidrocele, varicocele...)



Diagnóstico Diferencial

TESTICULO AGUDO: D.D.

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APENDICES TESTICULARES	ORQUI-EPIDIDIMITIS
Posición Testicular	Teste ascendido y horizontalizado (Signo de Gouverneur) Cordón acortado	NORMAL	NORMAL Aumento consistencia que persiste tiempo
Relación Epididimo-testicular	Se pierde, epidídimo en anterior	NORMAL	-Se borra el limite normal entre epidídimo y testículo
Signo de Prehn (Elevación del teste hacia canal inguinal)	AUMENTO DEL DOLOR	INDIFERENTE	DISMINUCIÓN DEL DOLOR
REFLEJO CREMASTERICO	ABOLIDO	PRESENTE	PRESENTE
MANCHA AZULADA	NO	Signo del Azul Punto (Patognomónico)	NO

Orqu

- ▶ Adu
- ▶ Ant
- ▶ Fiel
- ▶ Sigr
- ▶ A ve
- ▶ Prel
- ▶ Cre



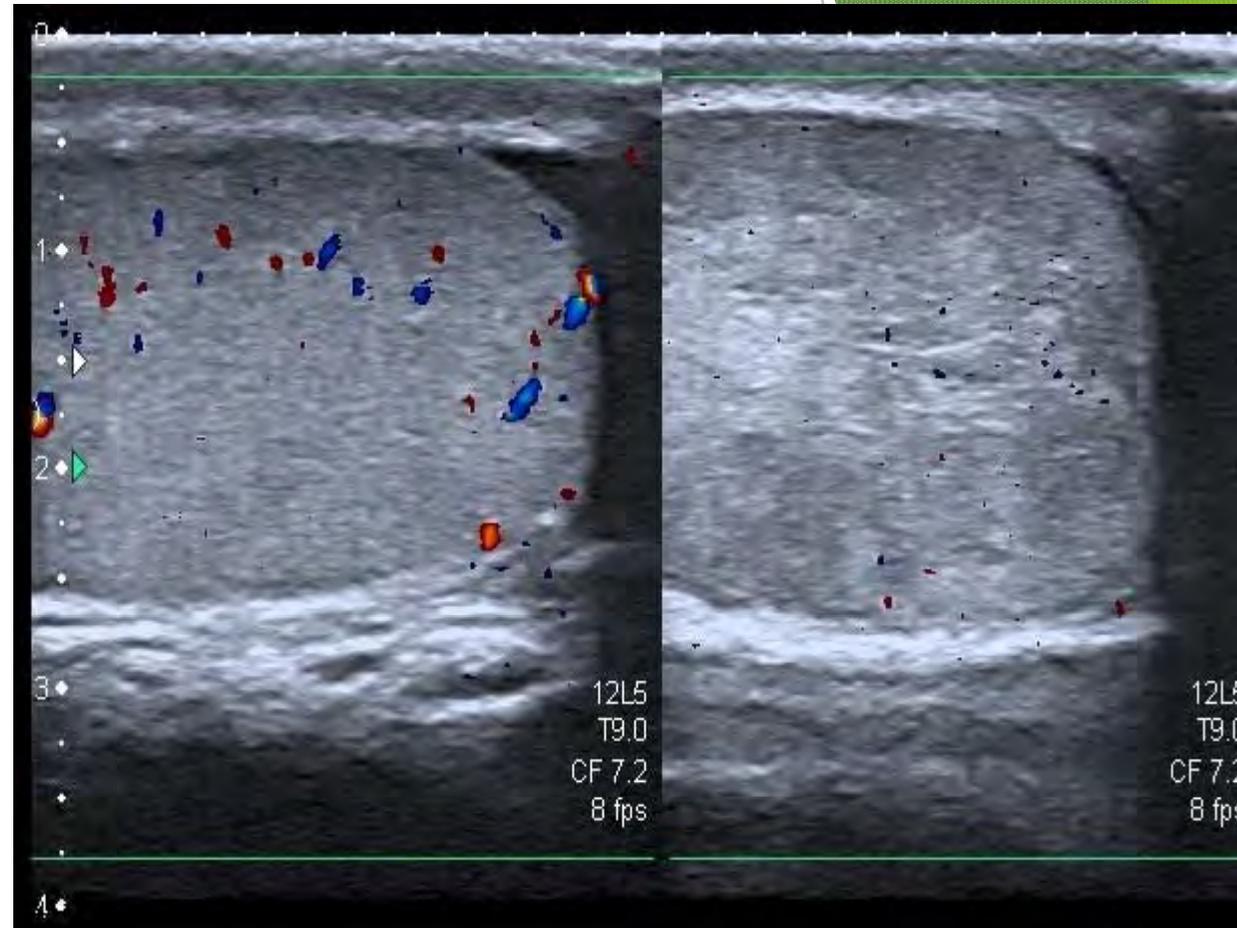
Torsión Testicular

► Pruebas Complementarias:

- Hemo + Bq+ Coag.
- Eco- Doppler

► Tratamiento:

- Detorsión manual???
- Quirúrgico urgente (4-6 h)



Orquiepididimitis.

- ▶ Pruebas Complementarias:
 - Hemo + Bq + Coag.
- ▶ Tratamiento: Medidas generales
 - ❑ Reposo en cama 5 d.
 - ❑ Suspensorio.
 - ❑ AINEs (Enantyum 25 mg/ 8 h)
 - ❑ Paracetamol 1 gramo/ 8 h.
 - ❑ Nolotil 575 mg/ 8 h.



Orquiepidimitis

► Tratamiento Específico:

□ Vía Transmisión sexual:

- Ceftriaxona 250 mg IM +

- Doxicilina 100 mg/12 h x 14d

- Azitromicina 1 g vo



□ Vía Transmisión no sexual:

- Ciprofloxacino 500 mg/12 h/ 10 d.

- Ofloxacino 400 mg/24 h

- Augmentine 1 g/ 8 h/10 d.

¡Muchas Gracias!



Curso Urgencias Residentes. CHU Badajoz. Junio 2018

Dubrovnik ,Croacia