

# URGENCIAS UROLÓGICAS

Julia Luque Moreno

R5 Urología

Curso Urgencias 2024

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz



# ÍNDICE



1. HEMATURIA
2. COLICO RENOURTERAL
3. ESCROTO AGUDO

# HEMATURIA



Presencia de sangre en la orina

# 1. HEMATURIA

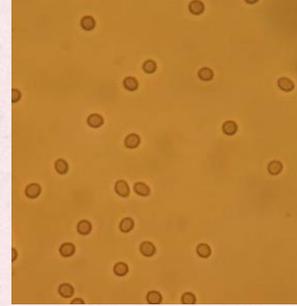
## MACROSCÓPICA

> 100 hematíes/campo



## MICROSCÓPICA

2-3 hematíes/campo



Paciente con orinas  
"rojas"



Comprobar hematuria



Descartar metrorragia y  
uretrorragia

Pseudohematuria: pigmenturia, bilirrubinuria, hemoglobinuria, alimentos.

# 1. HEMATURIA - ETIOLOGÍA

Procesos infecciosos

Tumores

HBP/RAO

Fármacos

Patología renal

Radioterapia previa

Enfermedades Congénitas

Litiasis

# 1. HEMATURIA – APROXIMACIÓN DX

## ANAMNESIS

Edad

Hábitos tóxicos

Antecedentes médicos

Medicación

Otros



# 1. HEMATURIA – APROXIMACIÓN DX

## ANAMNESIS

TIPO DE HEMATURIA

INTENSIDAD

COÁGULOS

SÍNTOMAS  
ACOMPAÑANTES

Inicial



Terminal

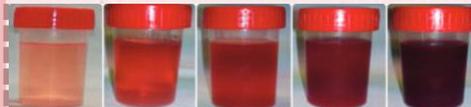


Total



Microhematuria

Macrohematuria



Presencia  
o no



→ Dolor suprapúbico y  
clínica irritativa

→ Fiebre

→ Edema periférico e  
hipertensión arterial

# 1. HEMATURIA – APROXIMACIÓN DX

## EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Estado general
  - ✓ Constantes vitales
  - ✓ Auscultación cardiopulmonar
- **Estabilidad Hemodinámica**
- ✓ Exploración abdominal
  - ✓ Exploración genital
- **Globo vesical  
Masas abdominales  
Lesiones genitales**



# 1. HEMATURIA – APROXIMACIÓN DX

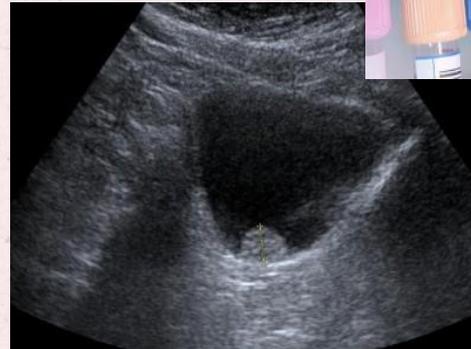
## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### Pruebas de Laboratorio

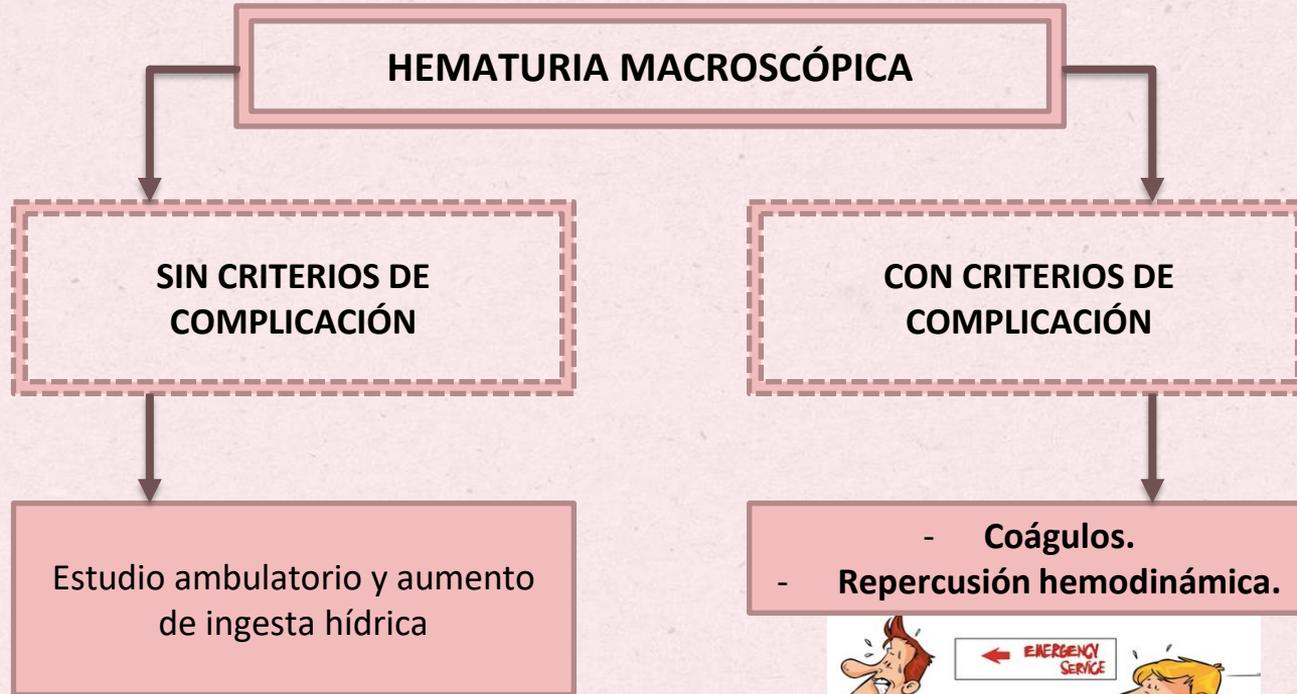
- Tira reactiva.
- Sedimento y urocultivo.
- Analítica de sangre completa. ★

### Pruebas de Imagen

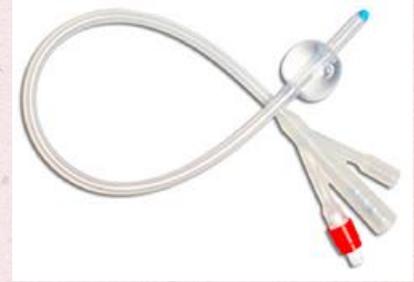
- Ecografía urológica (ambulatoria).



# 1. HEMATURIA - TRATAMIENTO



# 1. HEMATURIA - TRATAMIENTO



## HEMATURIA CON COAGULOS

**Micción espontánea**

Evitar sondaje vesical

**RAO**

- Sonda vesical de 3 vías de 22-24CH
- Lavados vesicales manuales
- Lavado vesical continuo

**Control en Observación**

# 1. HEMATURIA - TRATAMIENTO

## HEMATURIA CON REPERCUSIÓN HEMODINÁMINCA

### ANEMIZACIÓN

- Valorar necesidad de transfusión
- Reposición de volemia

**Control en Observación**

### COAGULOPATÍA

Reversión valorando beneficio/riesgo

**Control en Observación**



# CRITERIOS DE INGRESO DE HEMATURIA



## VALORACION/INGRESO POR UROLOGIA:

- Compromiso cardiovascular, anemia importante.
- Coagulopatía.
- Sepsis urinaria.
- Insuficiencia renal aguda.
- Dolor o sintomatología no controlable.
- Causa traumática.
- Hematuria dependiente de lavado continuo > 24h.

## SOLICITAR AYUDA A UROLOGO SI:

- Dificultad para la colocación de sonda vesical.
- Dificultad de lavado manual.
- Duda de correcta situación de sonda vesical.

# HEMATURIA MACROSCÓPICA

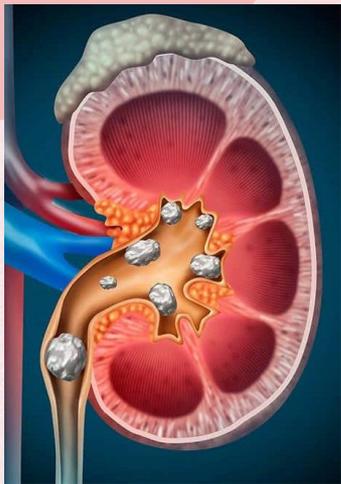
Anamnesis  
Datos de laboratorio  
Examen físico

Estabilidad hemodinámica  
Hematuria leve  
Ausencia de coágulos  
No dolor o dolor controlable  
Función renal estable

**Tratamiento conservador** → posterior estudio urológico (E-Consulta Urología)

Inestabilidad hemodinámica  
Hematuria severa  
Abundantes coágulos  
Fallo renal  
Coagulopatía

**Ingreso hospitalario**



# CÓLICO RENOURETERAL (CRU)



Síndrome agudo producido por la obstrucción del tracto urinario superior, siendo la causa más habitual, una litiasis.

## 2. CRU – APROXIMACIÓN DX



### ANAMNESIS

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades.

**EPISODIOS PREVIOS** de  
CRU.

Antecedente familiares.

#### DOLOR

**UNILATEAL** en fosa renal.

**IRRADIADO** a genitales/fosa iliaca  
ipsilateral.

**NO** mejora/empeora con  
movimientos.

#### SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

Síntomas **MICCIONALES**.

**NAUSEAS +/- VOMITOS.**

Fiebre si o no.

## 2. CRU – APROXIMACIÓN DX

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Estado general.
- ✓ Constantes vitales.
- ✓ Dolor palpación profunda en fosa renal.
- ✓ Puño-percusión renal unilateral positiva.



## 2. CRU – APROXIMACIÓN DX

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### Pruebas de Laboratorio

- Sistemático de orina → Hematíes, leucocitos, cristaluria (NORMAL).
- Analítica de sangre completa → **ALTERACIONES NORMALES:**
  - Ligera leucocitosis (reactiva).
  - Deterioro de función renal:
    - + Caída del filtrado glomerular.
    - + Ligero aumento de creatinina.

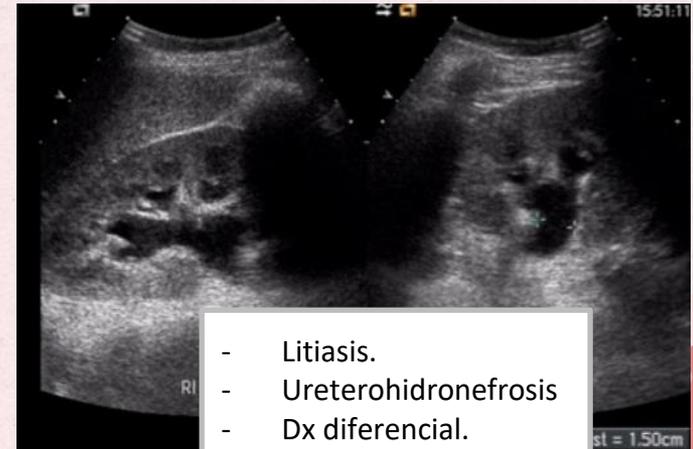
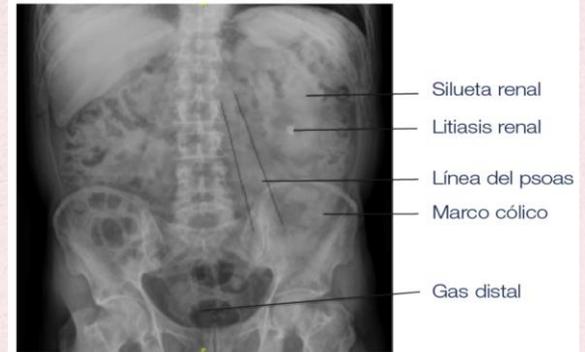


## 2. CRU – APROXIMACIÓN DX

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### Pruebas de Imagen

- Radiografía de abdomen → **SIEMPRE**
- Ecografía :
  - Si FIEBRE.
  - Mal control del dolor.
  - Otros signos de alarma.
  - Múltiples visitas a Urgencias.
- TAC.



## 2. CRU – TRATAMIENTO

### T. EXPULSIVO

**Tamsulosina** 0,4 mg oral  
1c/24h  
hasta expulsión. (+/- 30  
días).

### DOLOR

1. Analgesia **pautada**.
2. **Bomba** de analgesia:  
*Nolotil 3 amp + Tramadol 3 amp +  
Ondansetron 3 amp en SSF de 500  
ml a 21ml/h*

### MEDIDAS HIGIENICO DIETÉTICAS

**Ingesta hídrica** (poca  
cantidad con mucha  
frecuencia)

**Movilización** en períodos  
libres de dolor, subir y  
baja escaleras



## CRITERIOS DE CRU COMPLICADO

- **Fiebre o signos clínicos de sepsis urinaria:** hipotensión, alteraciones analíticas importantes (leucocitosis, plaquetopenia, alteración de la coagulación). Cuidado con las mujeres jóvenes.
- **Dolor no controlado** con al menos opioides débiles (Tramadol).
  - **Monorreno o uropatía obstructiva bilateral.**
  - **Urinoma.**
- **Anuria o importante alteración de función renal,** hiperpotasemia.



**UROPATÍA OBSTRUCTIVA  
COMPLICADA**

Solicitar **Ecografía**

**LLAMAR AL UROLOGO**

**DERIVACIÓN URINARIA  
URGENTE: CATETER DOBLE J O  
NEFROSTOMÍA (NPC)**

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA POR CRU

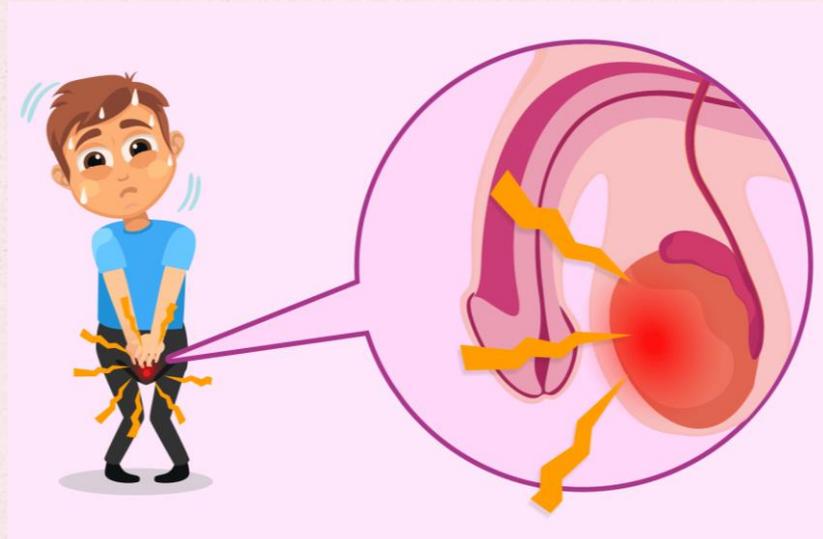


- Litiasis con poca probabilidad de expulsión ( $\geq 1\text{cm}$ ).
- Cólicos renoureterales de repetición en paciente no estudiado por Urología.



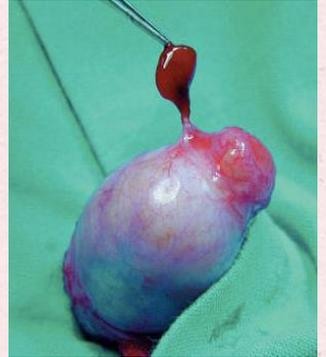
**Solicitar Rx SAU, ecografía y E-Consulta a Urología**

# ESCROTO AGUDO



### 3. ESCROTO AGUDO – CAUSAS

- **Torsión testicular.**
- **Torsión de apéndice testicular**
- **Orquiepiditimitis.**
- **Otras causa de dolor testicular: hidrocele, traumatismos, tumores testiculares.**



# 3. ESCROTO AGUDO – Dx

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APÉNDICES TESTICULARES	ORQUIEPIDIDIMITIS
Edad	< 25 años (13-18)	7-14 años	Adultos <b>(causa +F de E.A. en adultos)</b>
Dolor	<b>Brusco, intenso</b> , irradiado a región inguinal y abdomen	+/- Brusco y de menor intensidad	<b>Inicio gradual</b> y referido a ingles y flanco
Síntomas miccionales	NO	NO	<b>SÍ</b>
Naúseas y vómitos	<b>SÍ</b>	NO	NO
Fiebre	NO (salvo evolución)	NO	<b>SÍ</b>
Signos locales	En casos evolucionados EF: teste horizontalizado y elevado	En casos evolucionados	<b>SÍ</b> (calor, aumento de tamaño, hidrocele, etc...)
Signo de Prehn	NEGATIVO <b>(AUMENTO de dolor)</b>	INDIFERENTE	POSITIVO <b>(DSIMINUCIÓN de dolor)</b>
Reflejo cremastérico	<b>AUSENTE</b>	Presente	Presente
Mancha azulada	NO	Signo del punto azul (patognomónico)	NO

# 3. ESCROTO AGUDO – Dx y tratamiento

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APÉNDICES TESTICULARES	ORQUIEPIDIDIMITIS
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica completa de sangre	no	<b>Urocultivo</b> Cultivo de secreciones uretrales Analítica completa de sangre
ECO-DOPPLER TESTICULAR	<b>AUSENCIA</b> de flujo sanguíneo	Lesión de <b>baja ecogenicidad</b> con área hipogénica central + <b>flujo normal o aumentado</b> con apéndice inflamado.	<b>AUMENTO de flujo sanguíneo + Aumento del volumen epididimario/testicular</b>  +/- zonas abscesificadas si es evolucionada o hidrocele.
TRATAMIENTO	 <b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>	<b>Manejo conservador:</b> reposo, frío local, analgésicos, antiinflamatorios.	<b>Manejo conservador:</b> <b>T. ANTIBIOTICO</b>  + Reposo, frío local, elevación escrotal, analgésicos y antiinflamatorios

# 3. ESCROTO AGUDO – Tratamiento

## ORQUIEPIDIDIMITIS – T. ANTIBIÓTICO

18-40 años. Transmisión sexual

<18 o > 40 años. No Transmisión sexual

ELECCIÓN

ALTERNATIVA

**Doxiciclina** 100 mg/12h durante 14 días + **Ceftriaxona** 500 mg dosis única, im.

A la doxiciclina:  
**azitromicina** 1 gr/dosis única u **ofloxacino** 200 mg/12h durante 14 días.

A la ceftriaxona:  
**cefixima** 400 mg/día durante 10 días

ELECCIÓN

ALTERNATIVA

**Doxiciclina** 100 mg/12h durante 7 días

**Azitromicina** 500 mg/24h durante 4 días o **ciprofloxacino** 500 mg/12h durante 10 días u **ofloxacino** 200 mg/12h durante 14 días

## CRITERIOS DE INGRESO DE ESCROTO AGUDO



- TORSIÓN TESTICULAR → **SIEMPRE**
- ORQUIEPIDIDIMIS:
  - Signos de sepsis: inestabilidad hemodinámica, alteraciones analíticas importante, fiebre elevada que no cede.
  - Abscesos escrotales.



**MUCHAS  
GRACIAS POR  
SU ATENCIÓN**

**UROLOGY**