

Urgencias urológicas

Índice

- Hematuria
- Retención aguda de orina
- Cólico nefrítico
- Infecciones urinarias
- Escroto agudo
- Priapismo
- Fimosis y parafimosis
- Traumatismos

Varón de 70 años, fumador desde los 18 años, consulta porque ha presentado varios episodios de hematuria con coágulos en los últimos 6 meses. Presenta clínica de prostatismo, en tratamiento con Tamsulosina, y hace 15 años se sometió a litotricia extracorpórea por una litiasis renal izquierda. Se ha hecho una ecografía en la que no se han encontrado alteraciones renales, ni vesicales (vejiga a media distensión) ¿Cuál de las siguientes actitudes es la más adecuada en esta paciente?

1. Tratamiento antibiótico al tratarse probablemente de una infección de orina.
2. Realización de un TC abdomino-pélvico sin contraste para descartar una recidiva litiásica.
3. Dado que actualmente no presenta hematuria, y que el 40% de las hematurias son benignas y el paciente es prostático, podría ser dado de alta para control en consulta en 3 meses con nueva ecografía.
4. Llevar a cabo una cistoscopia para descartar un tumor de vejiga.



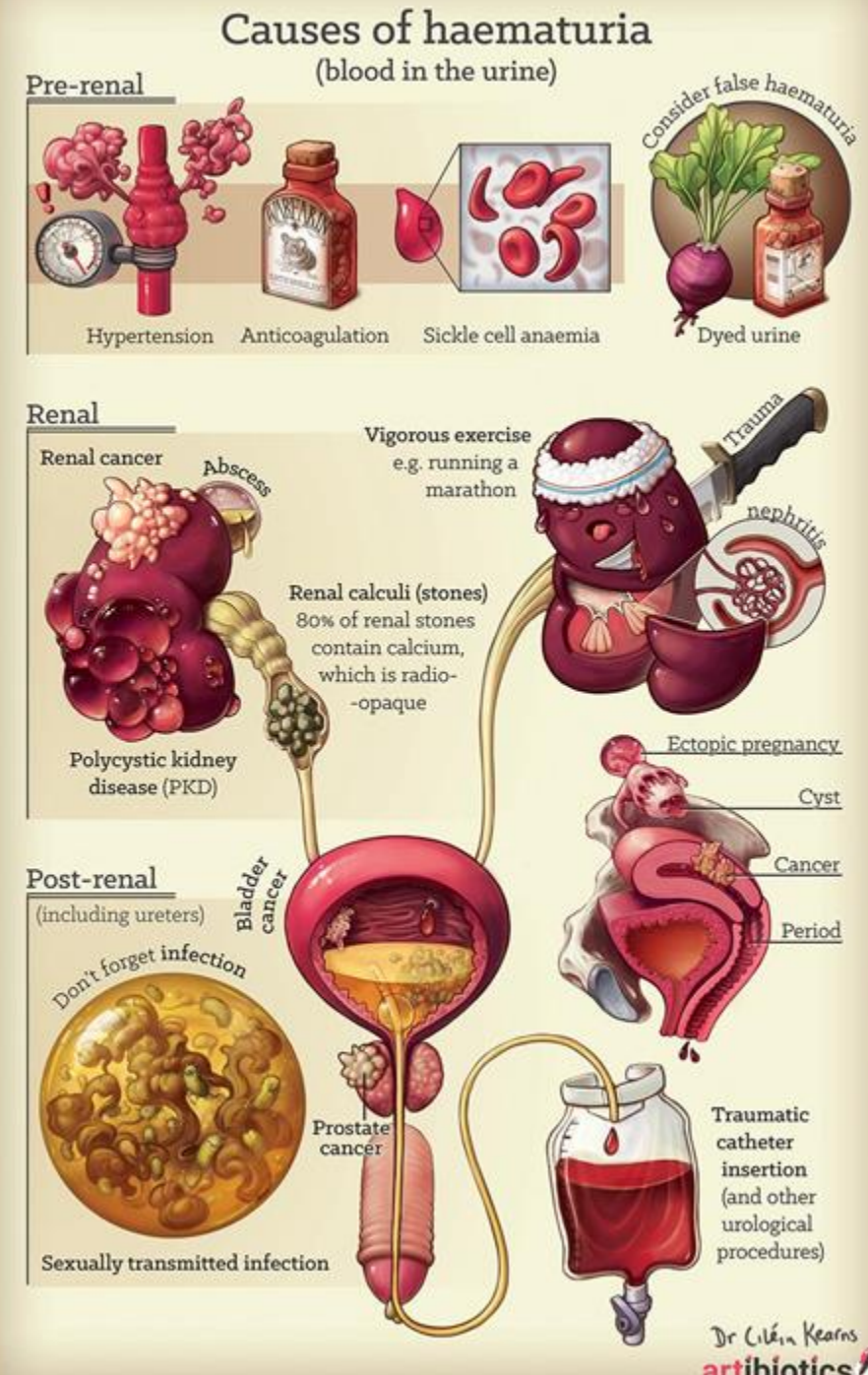
Hematuria

¿Qué es?



Causas

- Cistitis no infecciosas
- ITUs
- Litiasis vesicales
- Litiasis ureterales/renales
- Tumor vesical
- Tumor de tracto urinario superior
- Tumor de parénquima renal
- HBP



Macrohematuria

¿Tiene
coágulos?

¿Estabilidad
hemodinámica?

¿Anticoagulado
?

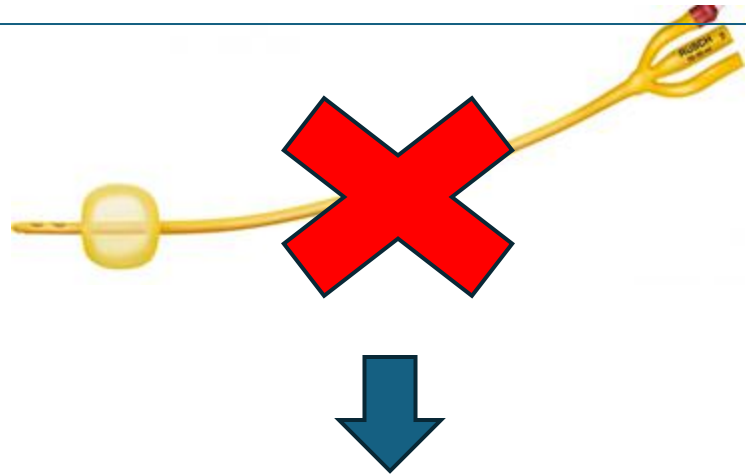
¿Anemización?

¿Repercute
sobre el
vaciado
vesical?

- Hemodinámicamente estable
- No criterios de complicación
- Micción espontánea
- Correcto vaciado vesical

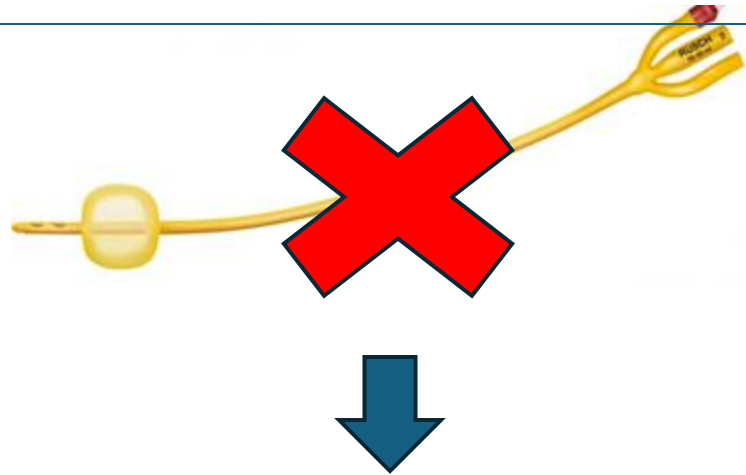


- Hemodinámicamente estable
- No criterios de complicación
- Micción espontánea
- Correcto vaciado vesical



- Abundante ingesta hídrica
- Estudio de hematuria ambulatorio

- Hemodinámicamente estable
- No criterios de complicación
- Micción espontánea
- Correcto vaciado vesical



- Abundante ingesta hídrica
- Estudio de hematuria ambulatorio

- Retención aguda de orina
- Hematuria franca con anemización

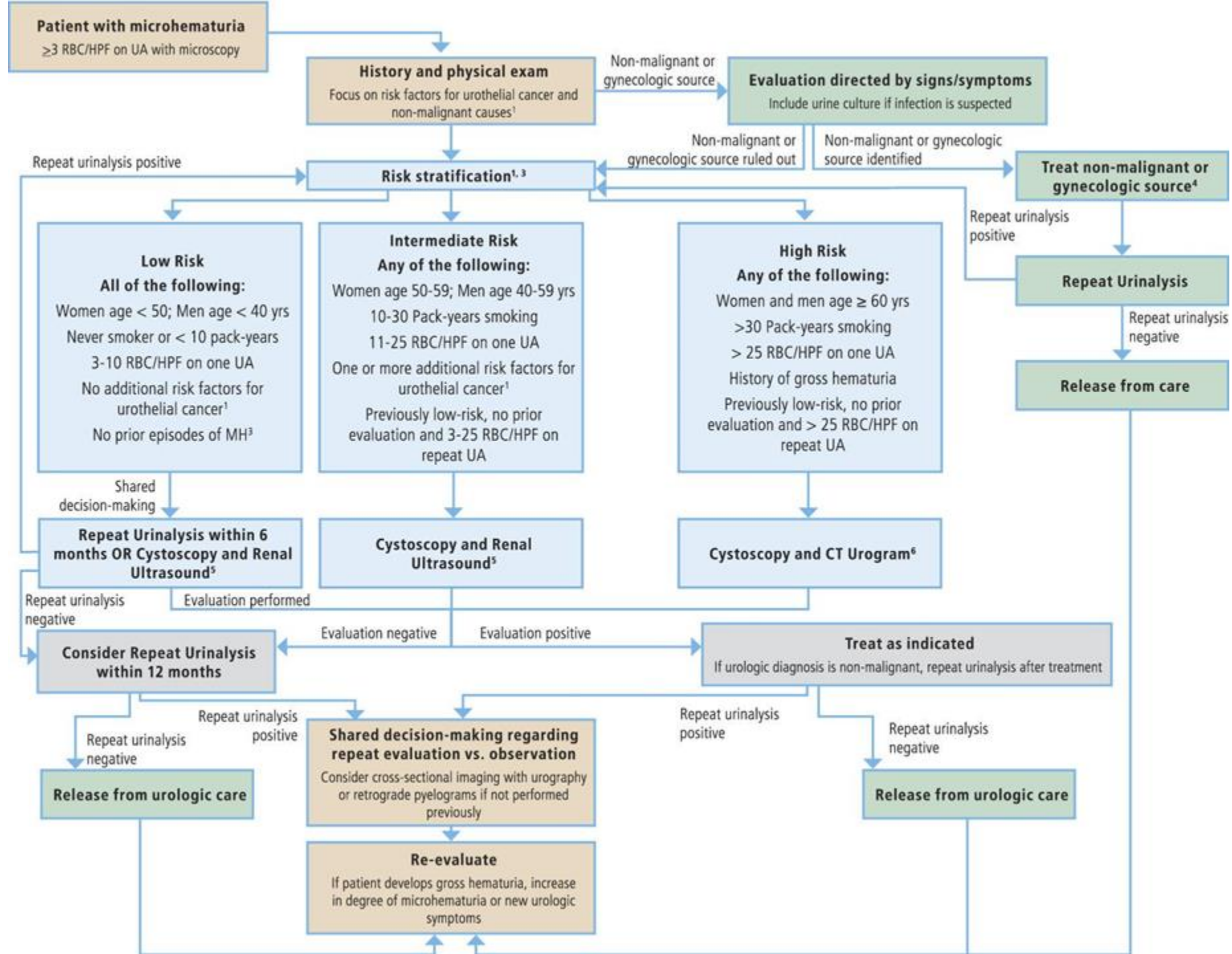


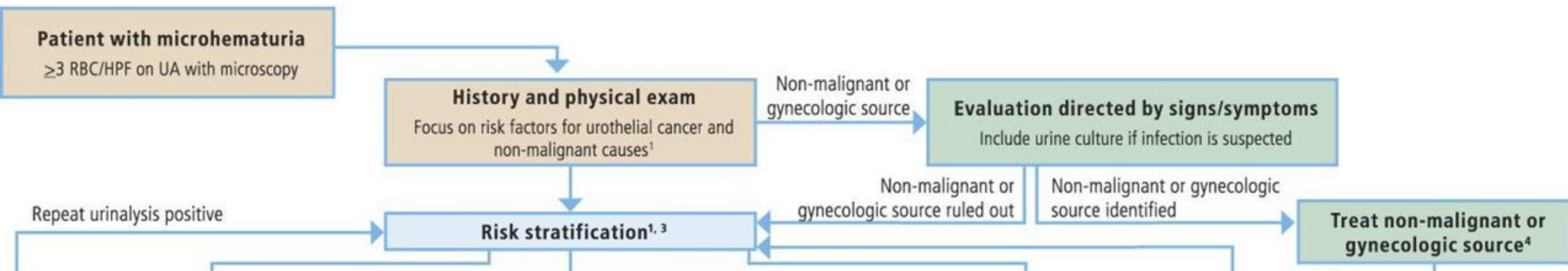
- Sonda 20-22Ch 3 vías
- Lavado vesical continuo

Criterios de ingreso

- Anemia sintomática
- Retención aguda de orina
- Obstrucción de sonda vesical en portadores de esta
- Hematuria dependiente de lavado continuo
- Insuficiencia renal aguda
- Signos de inestabilidad hemodinámica
- Dolor o sintomatología no controlable
- Hematuria de causa vascular
- Coagulopatía
- Litiasis asociadas a infección de tracto urinario y/o daño renal
- Causa traumática

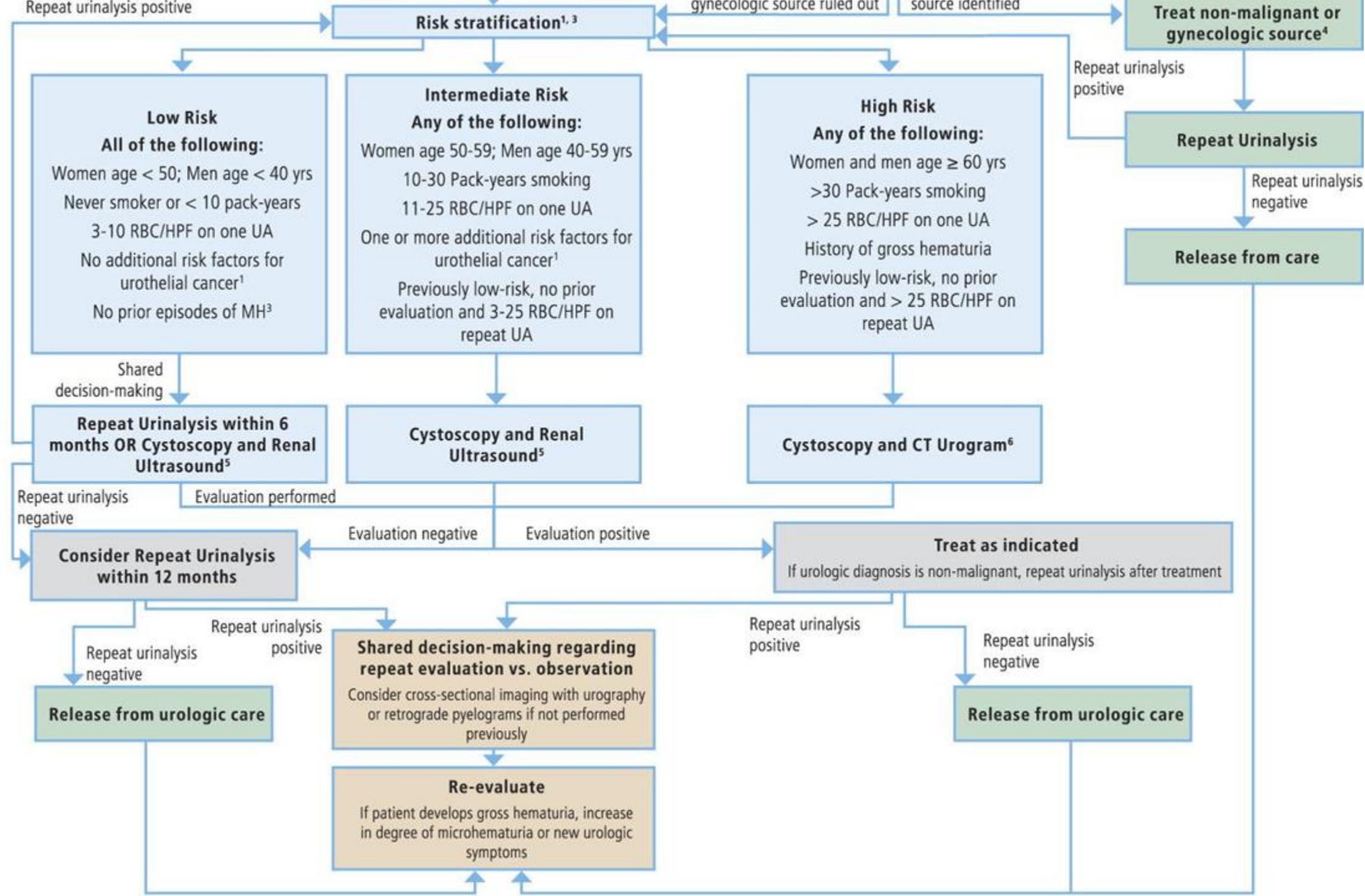
Microhematuria

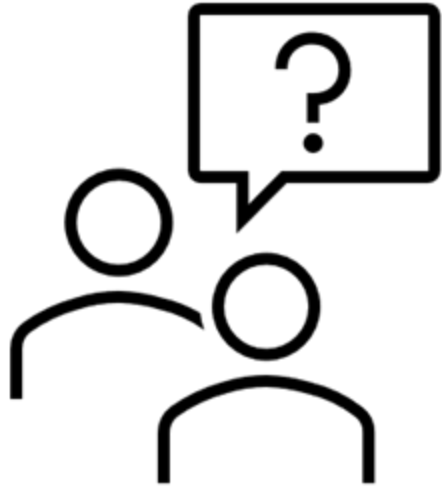




Microhematuria:

- >2 hematíes por campo en anormales y sedimento
- En 2 o 3 muestras de orina separadas al menos una semana

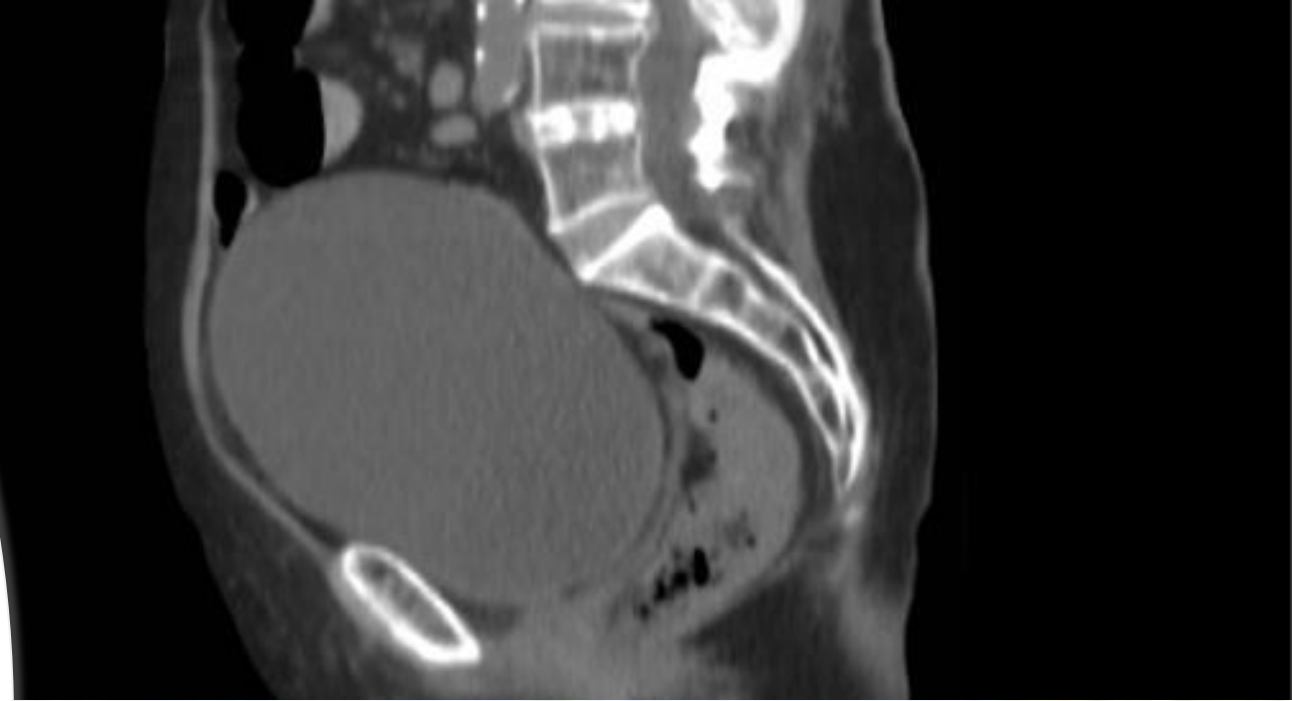




En relación a la hiperplasia benigna de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

1. La prevalencia histológica es de aproximadamente 50% en la sexta década de la vida.
2. La edad avanzada y la presencia de testículos funcionantes son elementos necesarios para su desarrollo.
3. Histológicamente es una hiperplasia del epitelio glandular y del estroma de la próstata.
4. El tamaño de la próstata se correlaciona con el grado de obstrucción urinaria.

Retención aguda de orina





• Varón de 80 años que acude a Urgencias por dificultad para iniciar la micción de dos semanas de evolución, que ha ido progresando. Refiere molestias para orinar y escasa micción en las últimas 12h.

- Analítica: Cr 4 (previa normal)
- Ecografía: hidronefrosis bilateral y globo vesical
- ¿Qué hacemos?



RAO

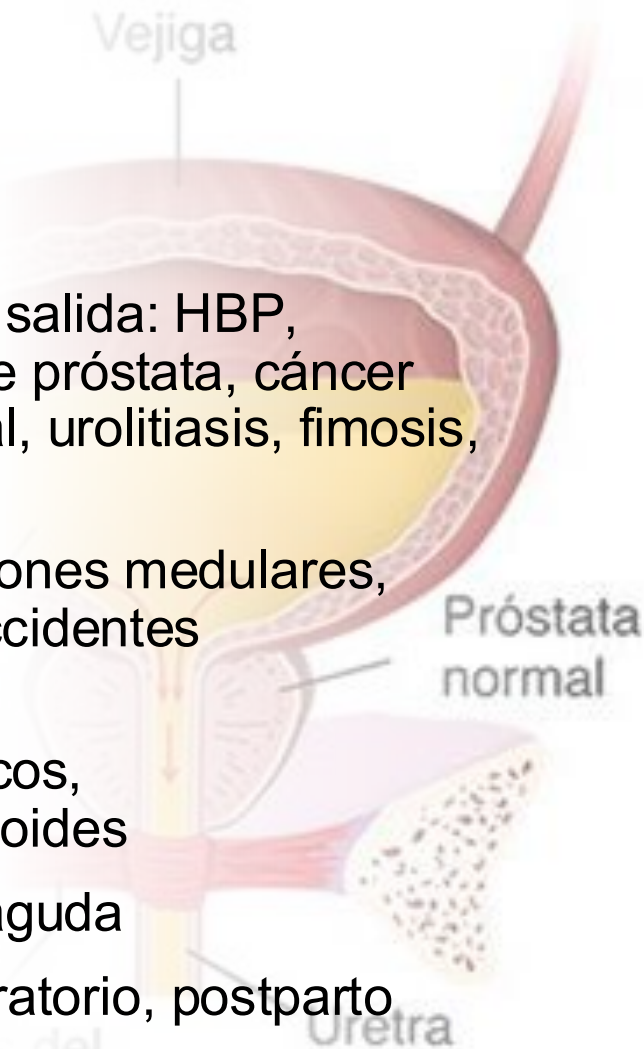
- Incapacidad de vaciar voluntariamente la vejiga
- Urgencia urológica
- Más frecuente en hombres
- >60 años
- 1/3 de los pacientes >70 años desarrollarán una RAO



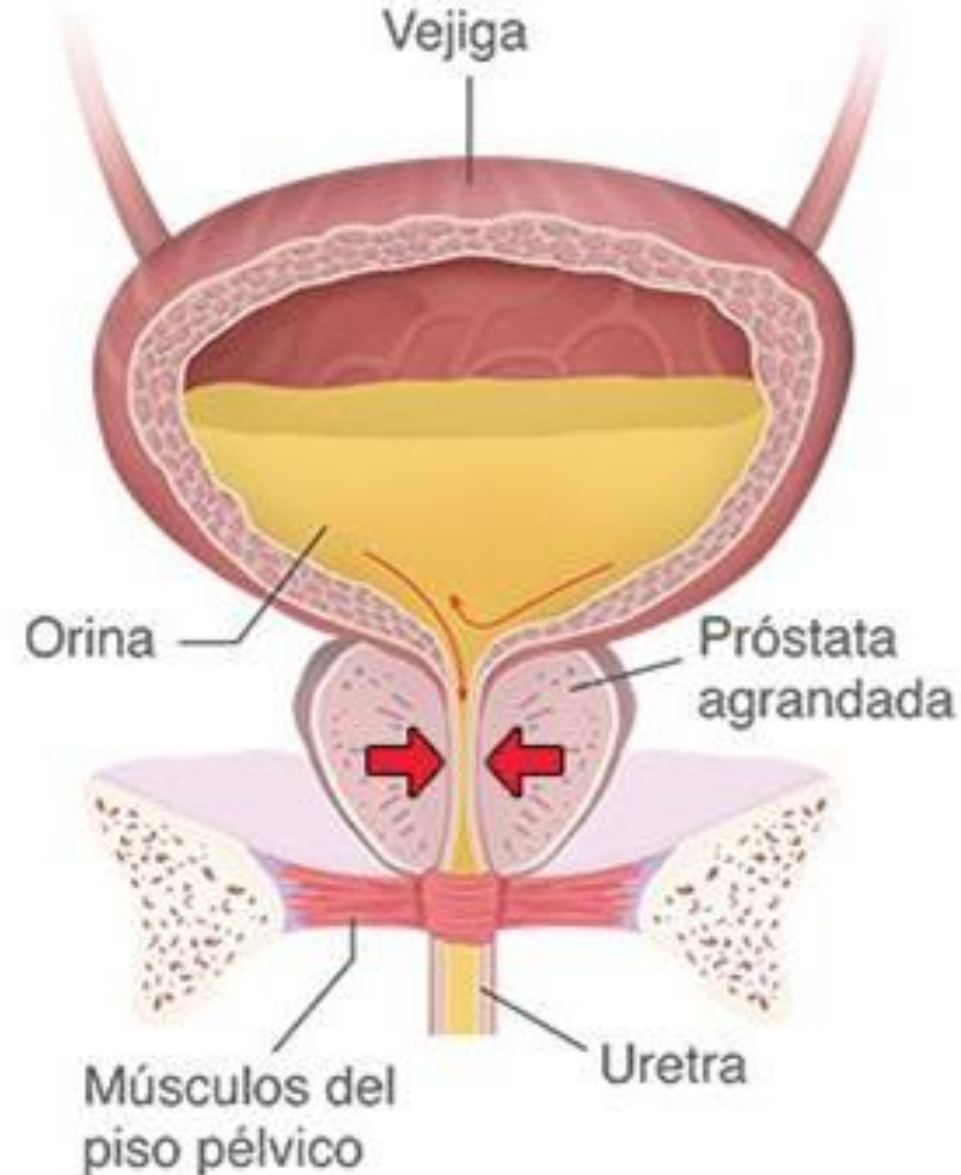
Causas

- Obstrucción del flujo de salida: HBP, estreñimiento, cáncer de próstata, cáncer vesical, estenosis uretral, urolitiasis, fimosis, parafimosis
- Origen neurológico: lesiones medulares, neuropatía diabética, accidentes cerebrovasculares
- Fármacos: anticolinérgicos, simpaticomiméticos, opioides
- Infecciones: prostatitis aguda
- Traumatismos, postoperatorio, postparto

Flujo normal

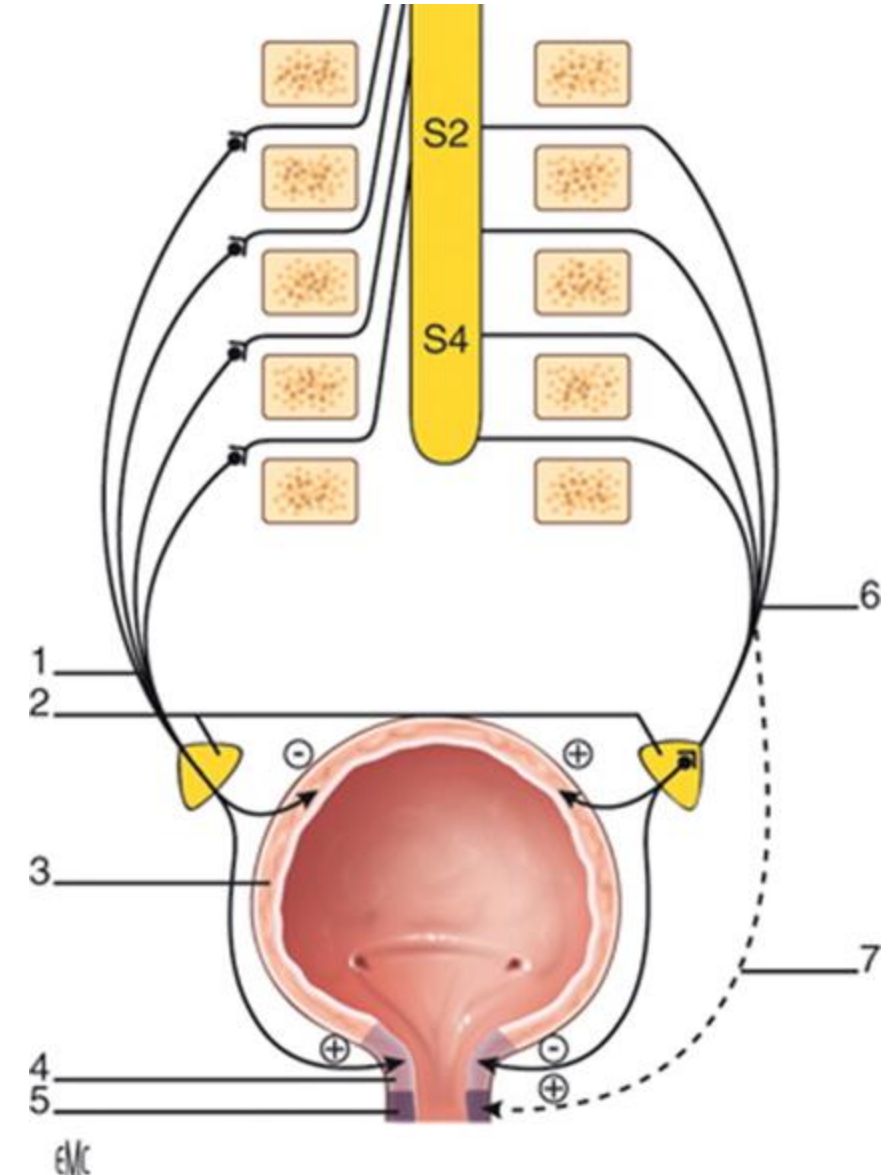


Flujo restringido



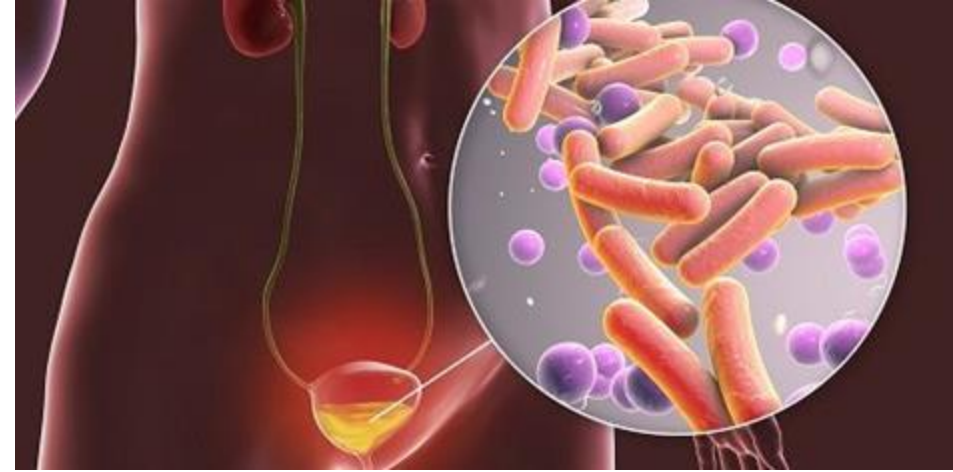
Causas

- Obstrucción del flujo de salida: HBP, estreñimiento, cáncer de próstata, cáncer vesical, estenosis uretral, urolitiasis, fimosis, parafimosis
- Origen neurológico: lesiones medulares, neuropatía diabética, accidentes cerebrovasculares
- Fármacos: anticolinérgicos, simpaticomiméticos, opioides
- Infecciones: prostatitis aguda
- Traumatismos, postoperatorio, postparto



Causas

- Obstrucción del flujo de salida: HBP, estreñimiento, cáncer de próstata, cáncer vesical, estenosis uretral, urolitiasis, fimosis, parafimosis
- Origen neurológico: lesiones medulares, neuropatía diabética, accidentes cerebrovasculares
- Fármacos: anticolinérgicos, simpaticomiméticos, opioides
- Infecciones: prostatitis aguda
- Traumatismos, postoperatorio, postparto



Diagnóstico

- Clínico
- Palpación abdominal
- No precisa una ecografía aunque confirma el diagnóstico
- No PSA (alterado en estos casos)
- Sí analítica (Cr)

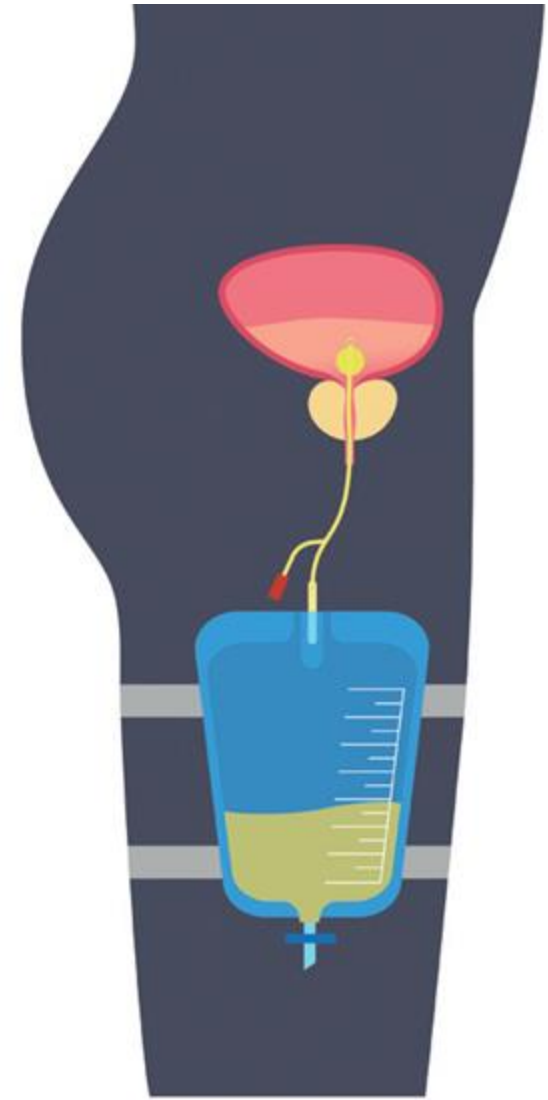


Tratamiento

- Sondaje vesical
 - Registrar el volumen drenado
-
- ¿Qué hago con la sonda?
 - ¿Cuánto tiempo la mantengo?
 - ¿Pinzo cuando lleve “X” cantidad de orina?

Volumen drenado

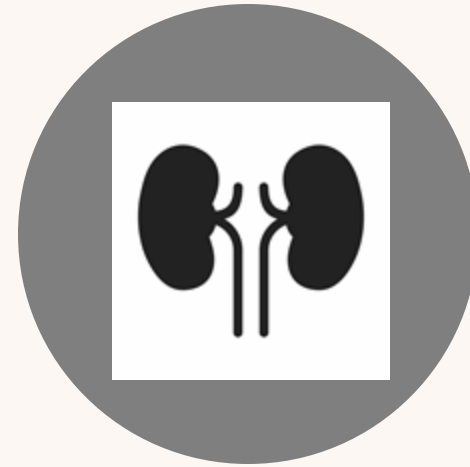
- Si $<200\text{cc}$ no presentaba una RAO por lo que se puede retirar la sonda
- Si $>400\text{cc}$ mantener sonda e intento de retirada a los 10 días con tratamiento con alfa-bloqueante
- Si asocia fracaso renal agudo o $>1000\text{cc}$, mantener sonda vesical hasta evaluación en CExt de Urología ☐ cirugía



Ingreso



SEPSIS DE ORIGEN
URINARIO



INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA ASOCIADA

Paciente con fiebre y dolor en fosa renal derecha de tres días de evolución. En urgencias se aprecia fiebre (39.5°C), leucocitosis (23000 N) y, en ecografía, hidronefrosis grado III derecha por probable cálculo de 1 cm en uréter proximal derecho. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

1. Antes de tomar decisiones terapéuticas es necesario confirmar el diagnóstico mediante TC abdominal.
2. Litotricia ureteral urgente, asociada a tratamiento antibiótico iv.
3. Tratamiento endourológico (ureterorrenoscopia) del cálculo ureteral, asociado a tratamiento antibiótico iv.
4. Derivación urinaria mediante cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea. El tratamiento definitivo debe diferirse hasta estabilizar al paciente.

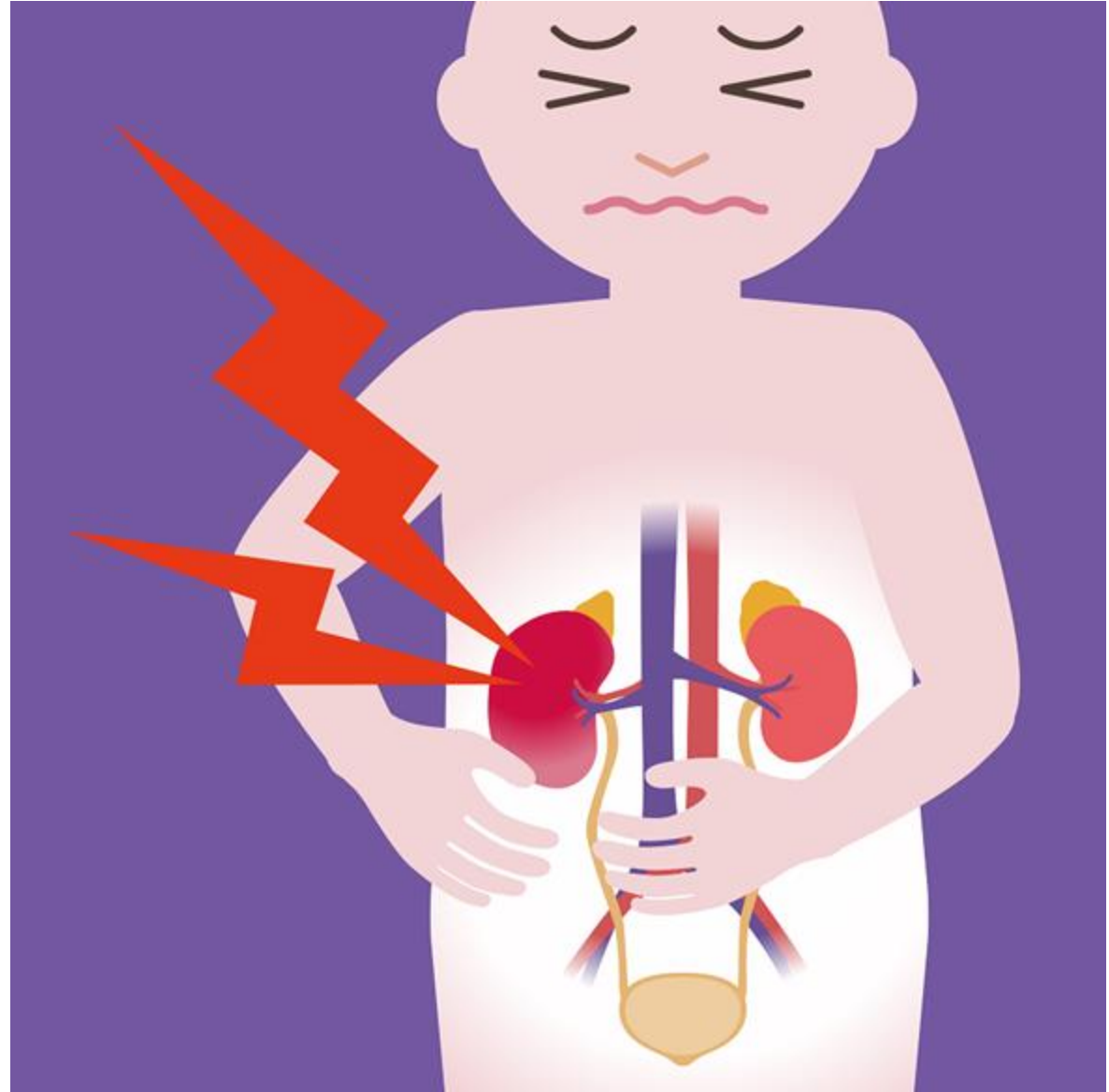


Cólico nefrítico



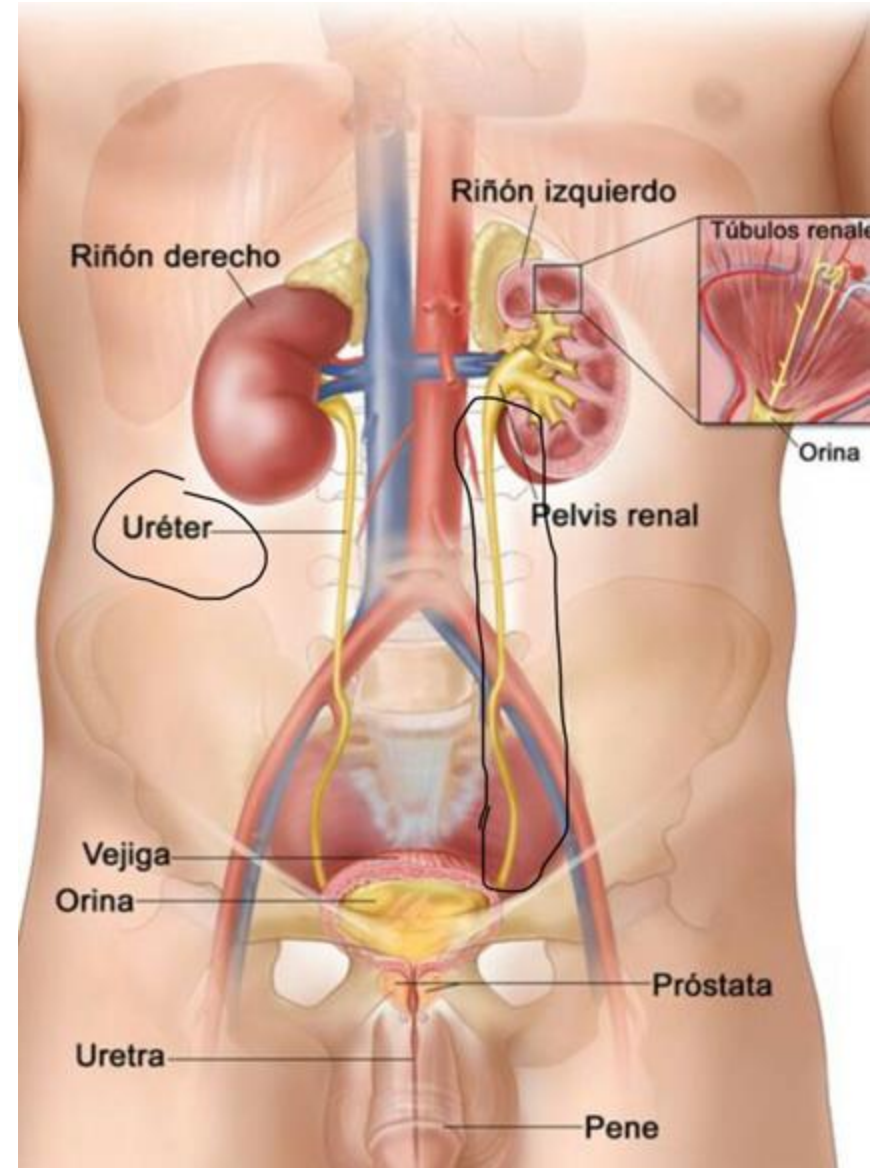
Presentación

- Dolor lumbar que se irradia a fosa iliaca ipsilateral
- Cortejo vegetativo
- Hematuria
- ¿Fiebre?
- ¿Síndrome miccional?
- ¿Diuresis? ¿Bilateral?
- ¿**Monorreno?**
- ¿Otra sintomatología?



Cólico nefrítico

- Diagnóstico **clínico**
- Causas:
 - Litiasis ureteral
 - Tumor de tracto urinario superior
 - Compresión extrínseca (tumores, adenopatías, fibrosis retroperitoneal)
 - Coágulos,...



¿Qué
exploraciones
complementarias
solicito?



Exploraciones complementarias

- Analítica de sangre: **Cr, K, leucocitos**
- Anormales y sedimento: **cristales de...**
- Rx abdomen
- ¿Ecografía?
- TC simple





¿Qué litiasis no
identifico en la Rx
de abdomen?



¿Cuál hay que tratar?



¿Qué hago una vez diagnosticado?

- Litiasis <7mm: expulsable
 - Tratamiento expulsivo:
 - AINEs
 - Ingesta hídrica 2-3L
 - Tamsulosina (>5mm)
 - Vigilar expulsión litiásica para análisis bioquímico
- Litiasis >7mm



OJO ¡CÓLICO RENOURTERAL COMPLICADO!

- Dolor incoercible
- Monorreno
- Alteración Cr, K
- Fiebre, leucocitosis





OJO ¡CÓLICO RENOURETERAL COMPLICADO!

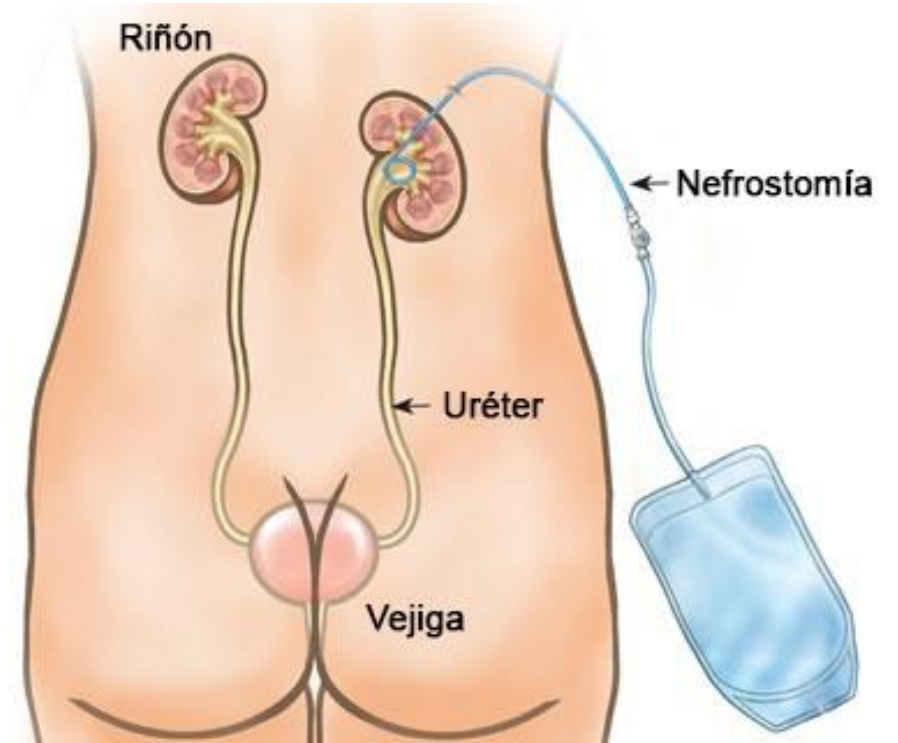
- Dolor incoercible
- Monorreno
- Alteración Cr, K
- Fiebre, leucocitosis



**DERIVACIÓN URINARIA
URGENTE**



Figura 4. Mano derecha con amputación quirúrgica digital parcial por necrosis isquémica de todos los dedos después del uso de norepinefrina





Intolerancia al JJ

- Hematuria
- Síndrome miccional
- Reflujo con la micción
- 1º RX abdomen
- ¿Fiebre? ¿Ecografía?
- Tratamiento: tamsulosina



Obstrucción de nefrostomía

- Ausencia de diuresis por ese riñón
- Importante en **monorrenos**
- 1º lavado con jeringa 5mm SSF sin presión
- Valorar necesidad de nueva punción

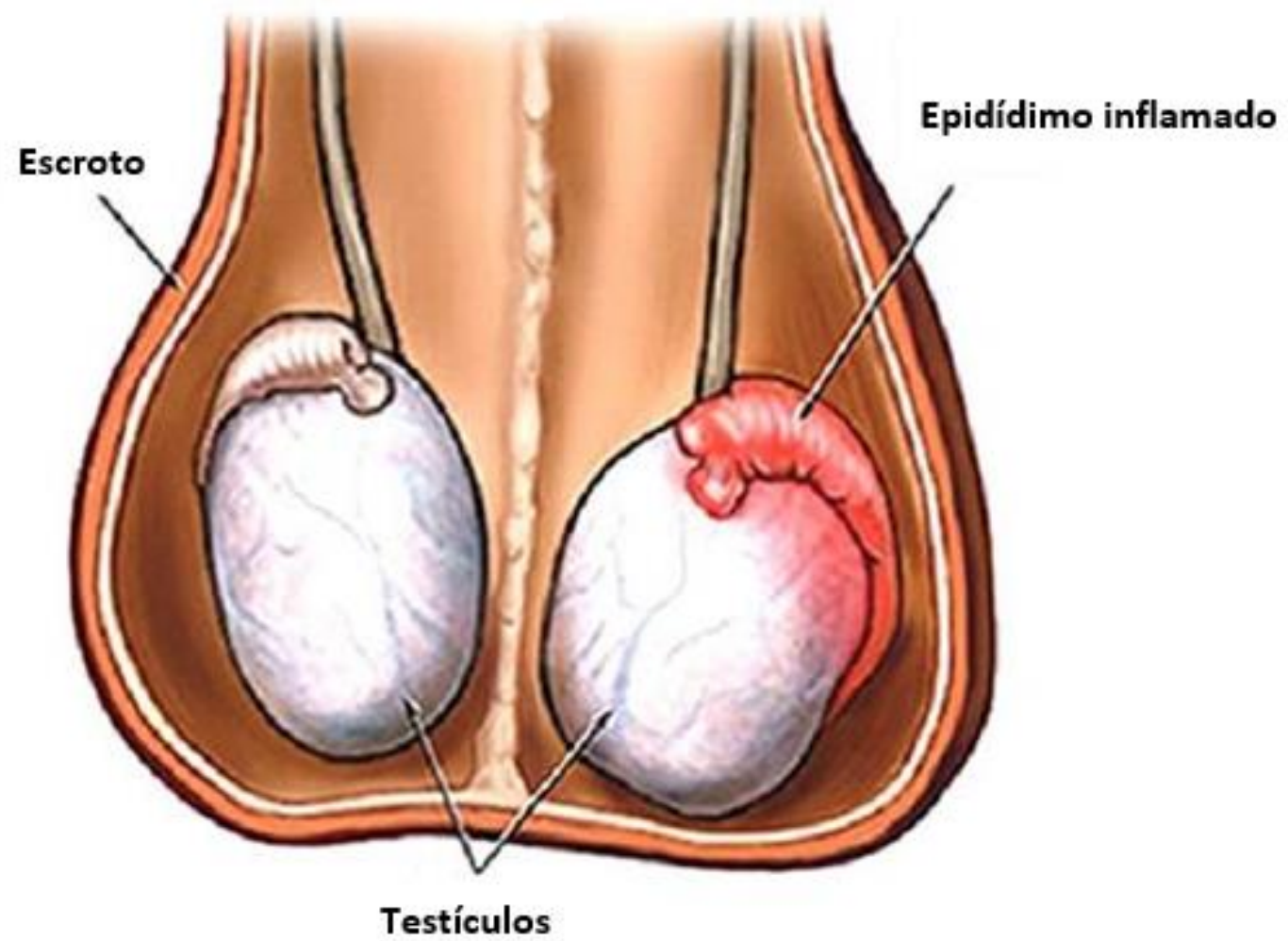
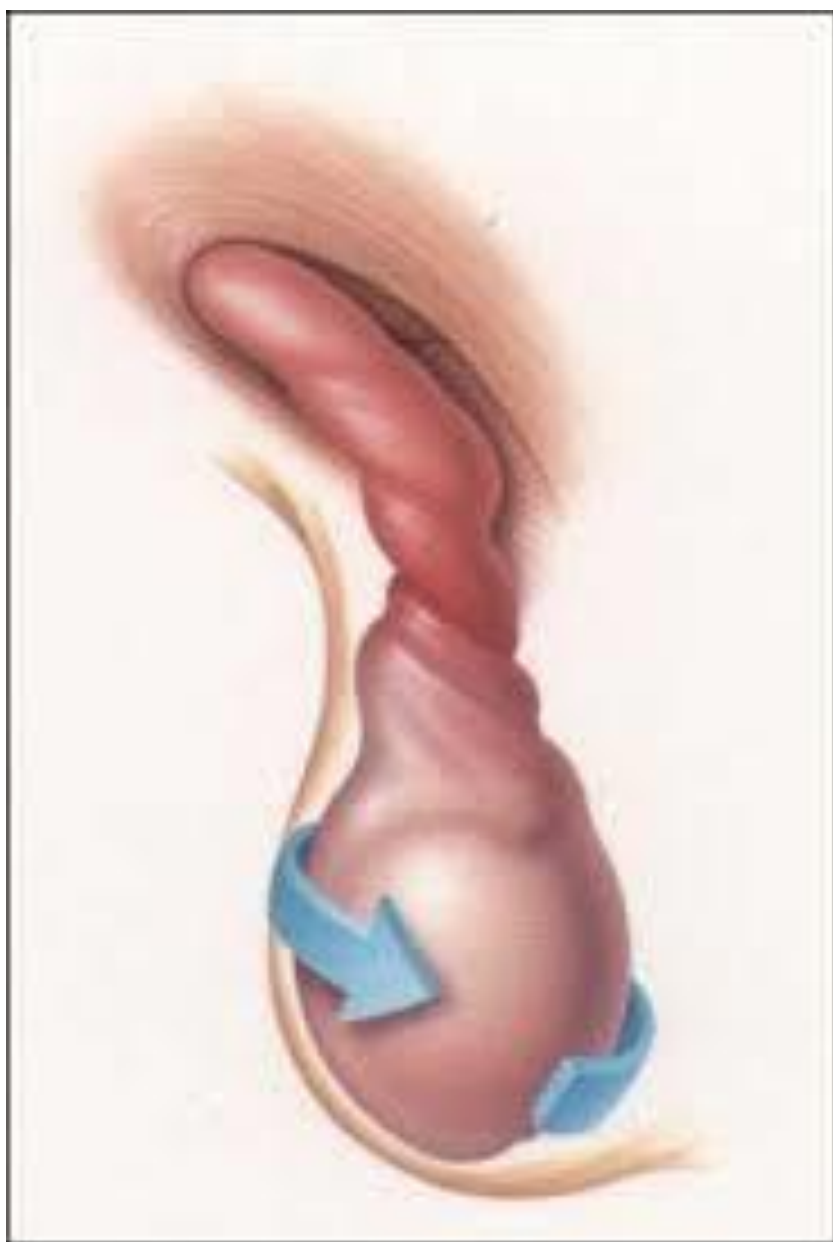
Acude a urgencias un hombre de 18 años con dolor súbito en testículo derecho, de 4 horas de evolución. ¿Cuál de las siguientes actitudes no es recomendable?

1. Ecografía urgente para descartar torsión testicular.
2. En caso de duda, exploración quirúrgica urgente.
3. Analgesia, a la espera de la realización urgente de pruebas complementarias que permitan confirmar el diagnóstico.
4. Si el paciente no es de nuestra área de salud, derivación urgente en ambulancia a su hospital de referencia.



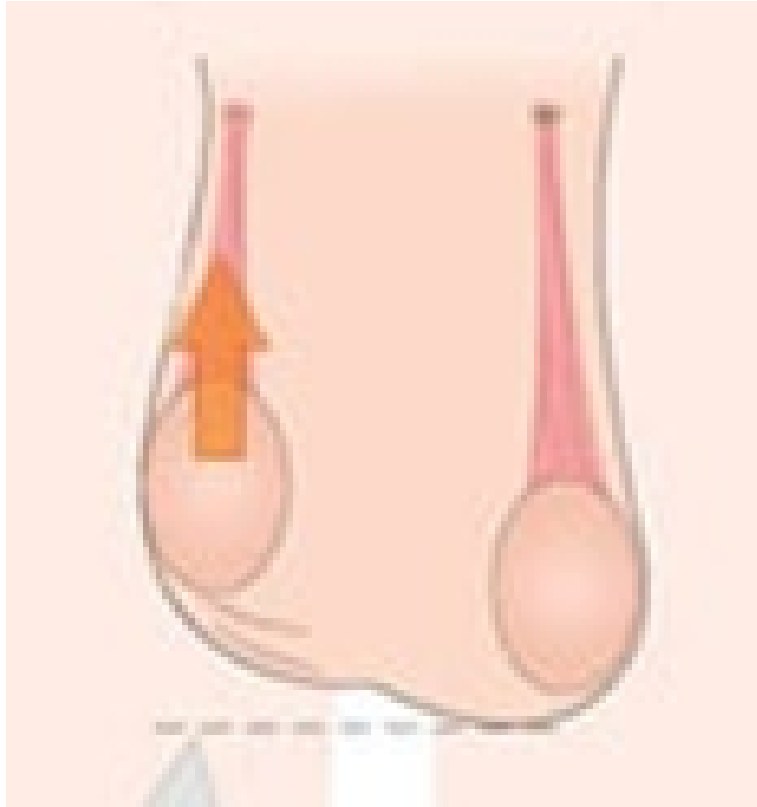
Escroto agudo







	Torsión testicular	Epididimitis aguda
Clínica	Dolor testicular de inicio brusco	Se acompaña de síndrome miccional
Exploración física	Testículo ascendido y horizontalizado Signo de Prehn ausente Reflejo cremastérico abolido	Dolor a la palpación de cabeza de epidídimo Signo de Prehn presente Reflejo cremastérico presente
Diagnóstico	Ecografía doppler Si realizar la ecografía va retrasar la intervención, se priorizará la escrotomía urgente	Clínico
Tratamiento	Quirúrgico	Antibiótico



¿Signo de Prehn?

- Desaparición del dolor a la elevación testicular
- Ausente en torsión
- Presente en epididimitis



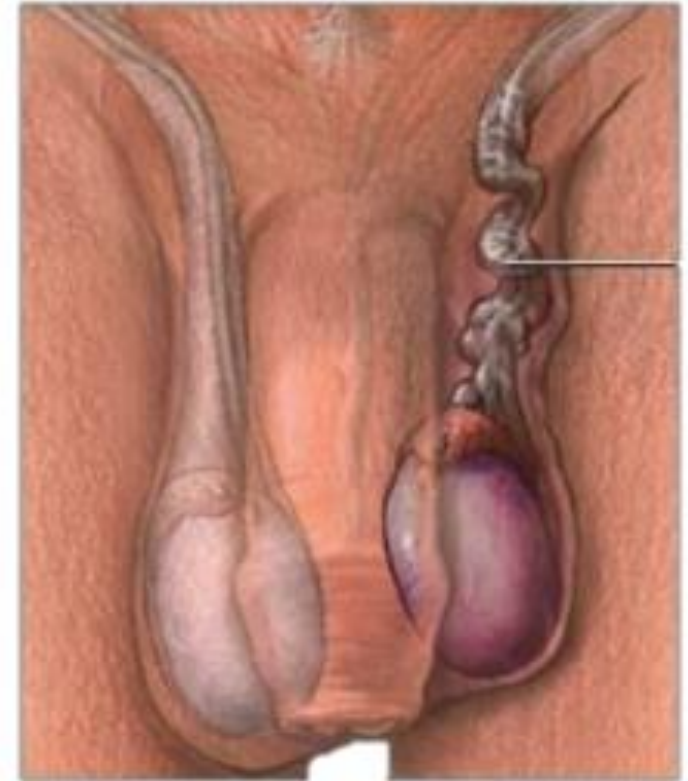
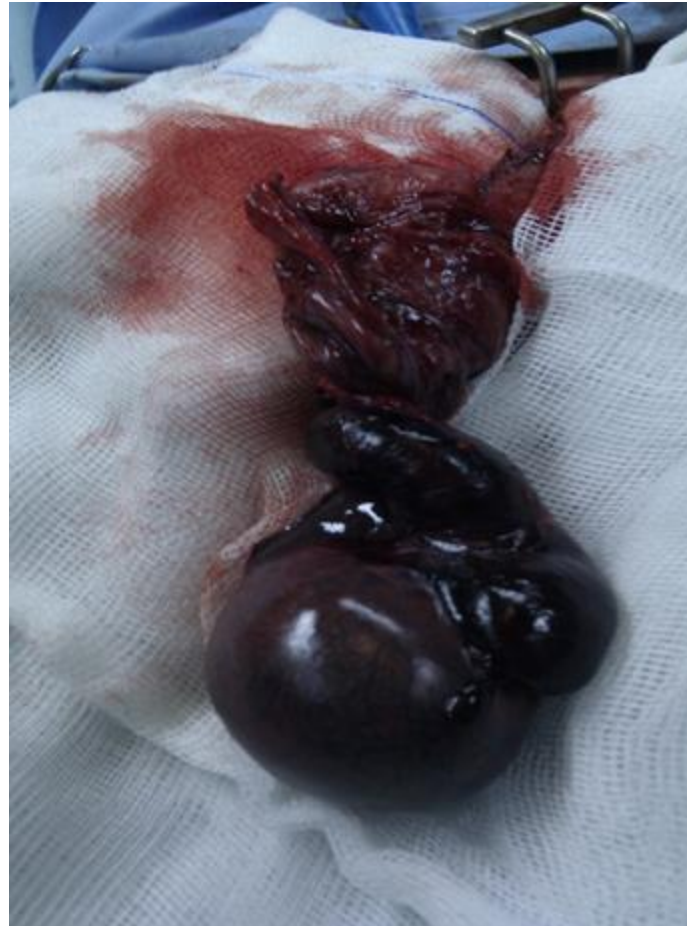
Torsión testicular

- **ES UNA URGENCIA**
- 6 horas



- Reparación:

- En las **primeras 6 horas** tiene unas posibilidades de resolución sin secuelas de entre el 80-100%
- Desciende hasta un 20% después de 12 horas





Paciente de 65 años que consulta por polaquiuria diurna y nocturna, con urgencia miccional ¿Cuál de las siguientes patologías no suele cursar con esta clínica?

1. Tumor vesical, infección urinaria.
2. Cálculo de uréter distal, cálculo vesical.
3. Hipertrofia prostática benigna, estenosis de uretra.
4. Hidrocele, tumor testicular.



Priapismo

Erección persistente o prolongada >4h en ausencia de estímulo sexual

Priapismo veno-oclusivo Bajo flujo Isquémico	Priapismo arterial Alto flujo No isquémico
95% casos Anemia de células falciformes (causa más frecuente de priapismo en la infancia), síndromes neoplásicos o tratamientos farmacológicos	Infrecuente Secundaria a traumatismo perineal o peneano (fístula arteriovenosa en cuerpos cavernosos) Iatrógeno (cirugía urológica)
Riesgo de disfunción eréctil (tiempo dependiente)	2-3 semanas tras el traumatismo
<u>Gasometría</u> pO2 descendido pH acidosis CO2 aumentado	Gasometría pO2 similar a la sangre arterial pH normal
URGENCIA UROLÓGICA Tratamiento progresivo: Aspiración y lavado de cuerpos cavernosos Inyección intracavernosa de fenilefrina, adrenalina, noradrenalina Shunt	Tratamiento: Tratamiento conservador Embolización Shunt o ligadura de la fístula

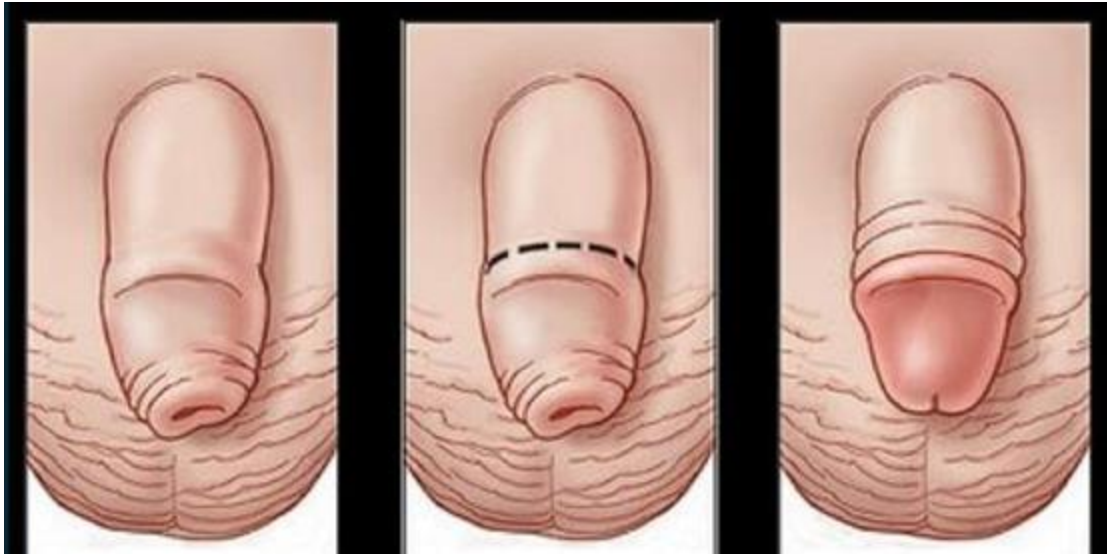
Fimosis y parafimosis



**¿Cuál es la
diferencia?**









Fimosis



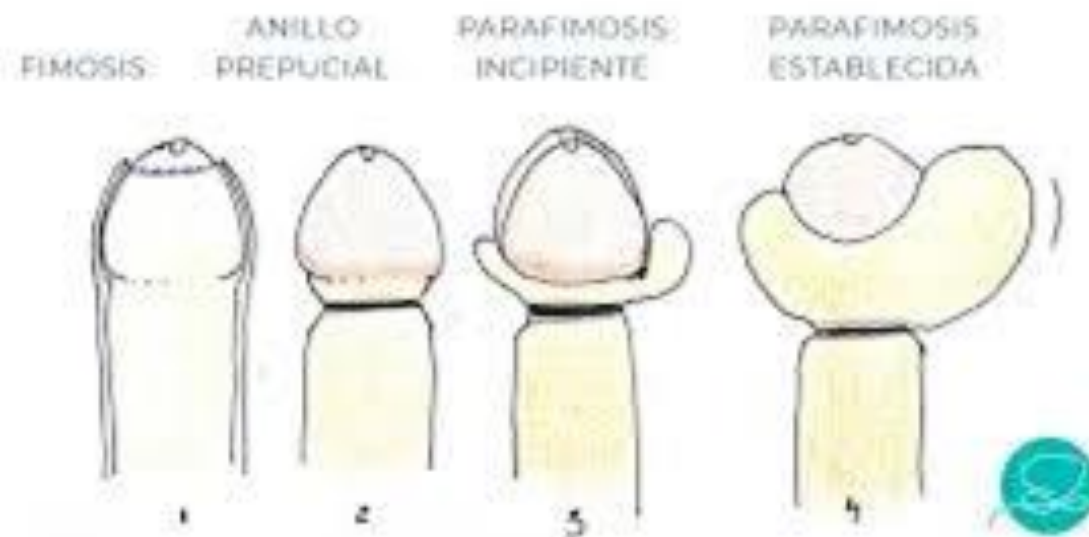
Balanitis
con inflamación



Fimosis caruncular



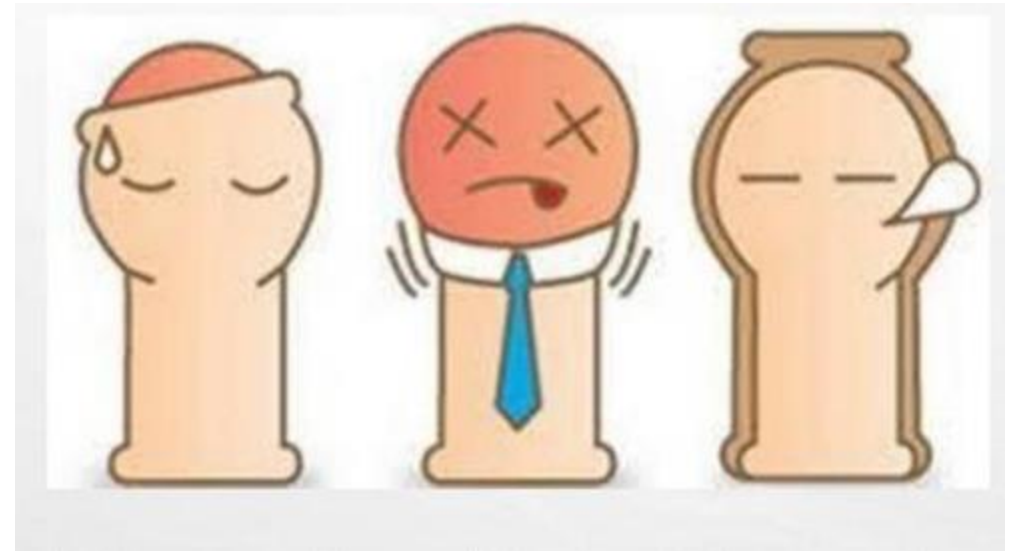
Ablación de la prepucio



El glande
se inflama



Tratamiento: reducción



Traumatismos

- Renal
- Ureteral
- Vesical
- Peneano
- Escrotal



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

