UROLOGÍA

Coordinadoras: Ana Pareja-Obregón Prieto. Cristina García Sánchez.

UROLOGÍA 1
CATÉTERES URINARIOS 2
CÓLICO NEFRÍTICO 6
HEMATURIA 9
PROSTATITIS 12
RETENCIÓN AGUDA DE ORINA 15
SÍNDROME ESCROTO AGUDO 17

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-24021-0
Copyright © 2020 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

CATÉTERES URINARIOS

Pedraza Sánchez, José Pablo
Mazuecos Quirós, Javier
García Sánchez, Cristina

DEFINICIONES

CATÉTERES DE DERIVACIÓN SUPRAVESICALES

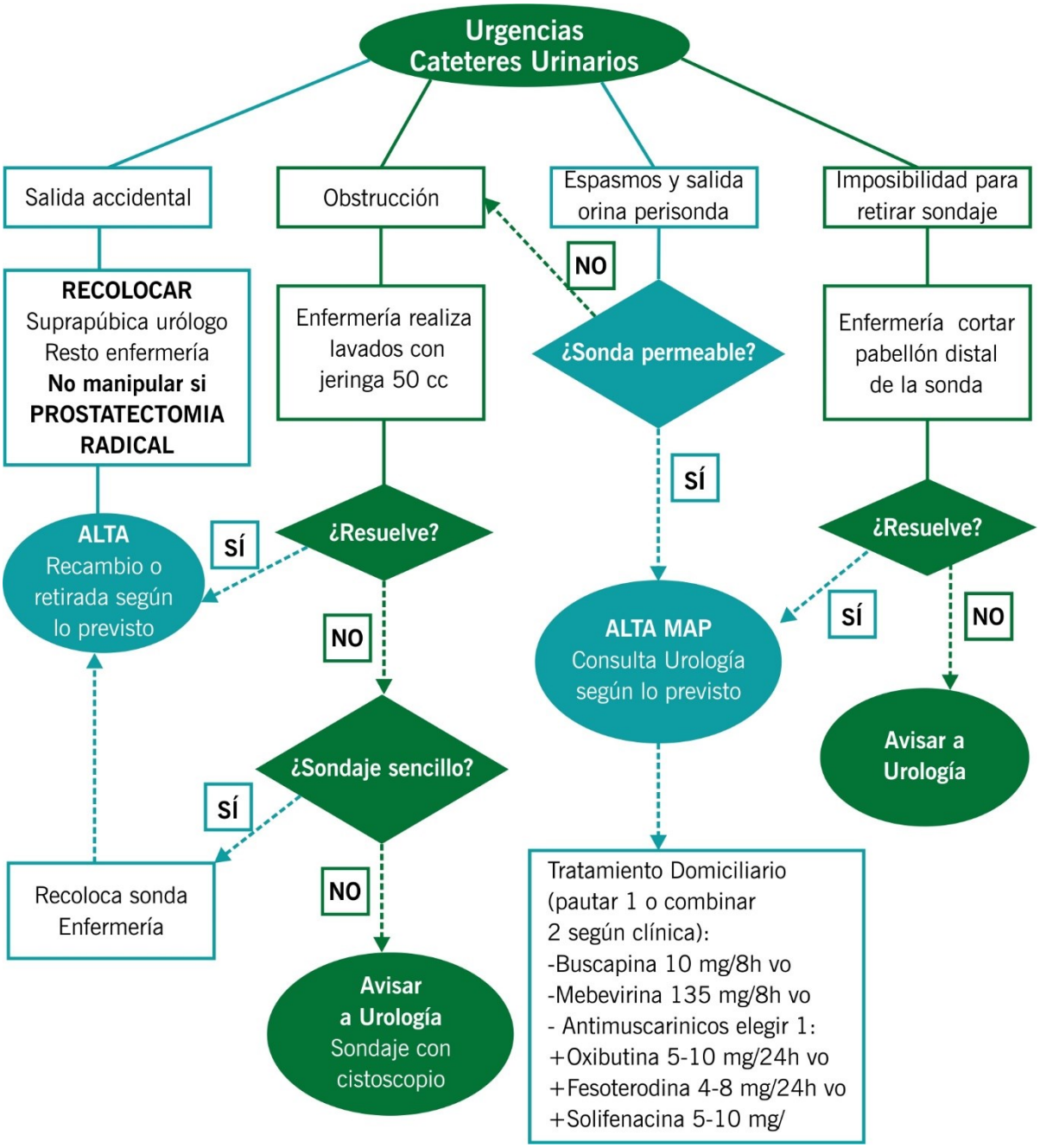
- Nefrostomía percutánea: consiste en la colocación de un drenaje a través del flanco del paciente directamente al sistema colector de la unidad renal obstruida para evacuar la orina retenida por la obstrucción. El paciente portará una bolsa colectora en la espalda en el lado del riñón derivado.
- Catéter doble J: es un catéter que permite el flujo de la orina desde el riñón hasta la vejiga. El paciente no portará ninguna bolsa colectora, porque es un catéter interno que tutoriza el uréter.
- Catéter de urostomía: es un catéter que tutoriza una urostomía cutánea en pacientes intervenidos de cistectomía (el uréter está abocado directamente a la piel) y va desde el exterior de la piel hasta la pelvis renal. Los pacientes tendrán, por lo tanto, dos bolsas colectoras (una en cada flanco abdominal procedentes de cada riñón o en un solo flanco si el paciente es monorreno).

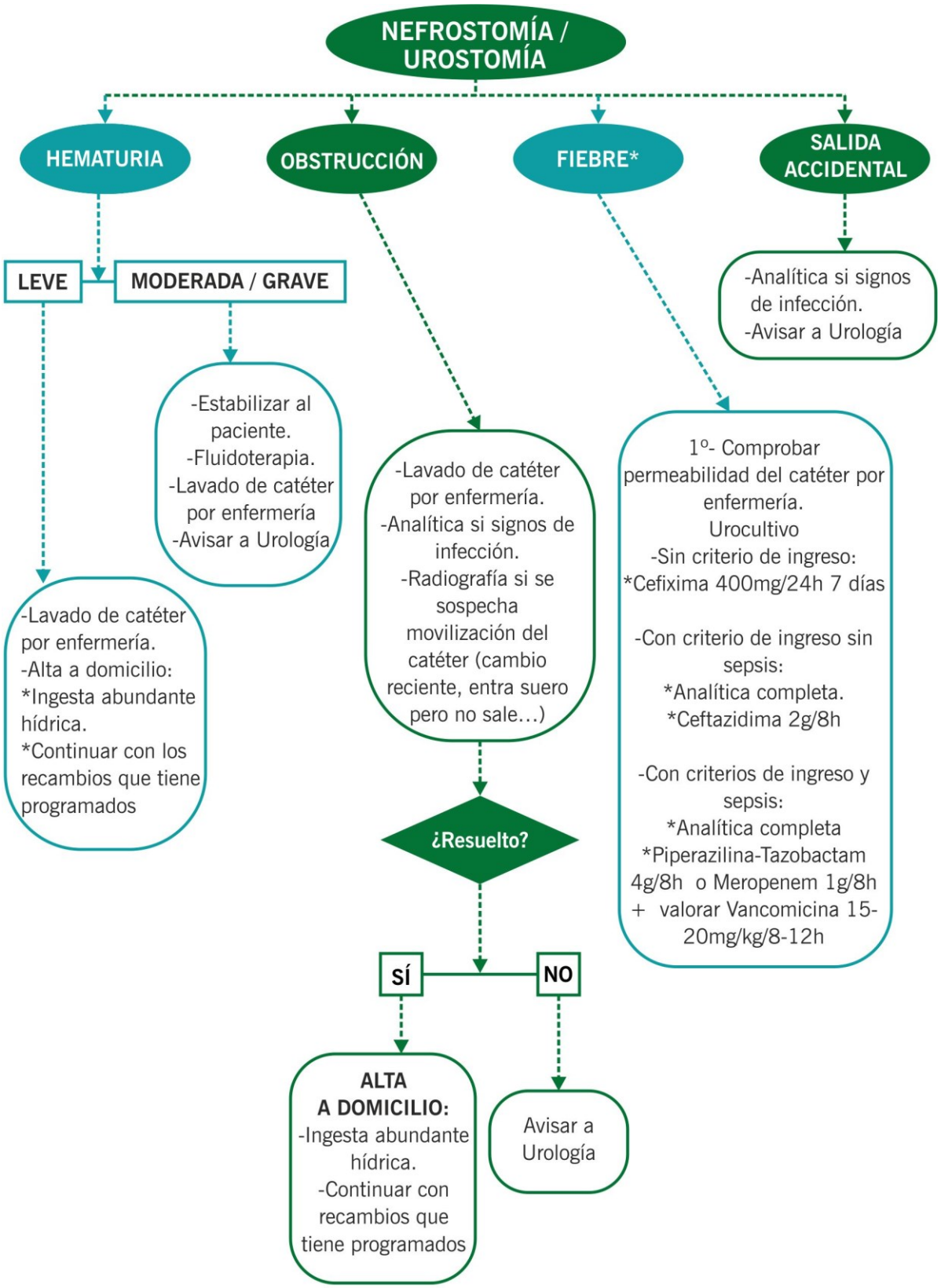
CATÉTERES DE DERIVACIÓN INFRAVESICALES

- Sonda vesical: evacúa la orina desde la vejiga, a través de la uretra por una obstrucción urinaria infravesical.
- Cistostomía, talla o sonda suprapúbica: consiste en la colocación de un catéter o una sonda directamente a través de la piel del hipogastrio hasta la vejiga para evacuar la orina cuando no ha sido posible el sondaje por vía uretral.

URGENCIAS CON SONDAS VESICALES Y SUPRAPÚBICAS

OBSTRUCCIÓN DE LA SONDA	ESPASMOS Y ORINA PERISONDA	IMPOSIBILIDAD PARA RETIRAR SONDA	SALIDA ACCIDENTAL
Falta de emisión de orina en la bolsa colectora. Dolor hipogástrico si se encuentra en retención urinaria.	Contracciones involuntarias de la vejiga. Dolor de intensidad variable en el hipogastrio, referido como ganas intensas de orinar, acompañado a veces de emisión de orina alrededor de la sonda.	Fallo en el mecanismo del vaciado del globo que retiene la sonda, y con una jeringa a pesar de la aspiración no se obtiene el suero que llena el globo (generalmente entre 5 y 15cc).	Acude porque se le ha salido una sonda que debía portar.


Urgencias
Cateteres Urinarios
Salida accidental
Obstrucción
Espasmos y salida orina perisonda
Imposibilidad para retirar sondaje
RECOLOCAR
Suprapúbica urólogo
Resto enfermería
No manipular si PROSTATECTOMIA RADICAL
Enfermería realiza lavados con jeringa 50 cc
NO
¿Sonda permeable?
Enfermería cortar pabellón distal de la sonda
SÍ
ALTA
Recambio o retirada según lo previsto
SÍ
¿Resuelve?
¿Resuelve?
NO
ALTA MAP
Consulta Urología según lo previsto
SÍ
NO
Avisar a Urología
¿Sondaje sencillo?
SÍ
Recoloca sonda Enfermería
NO
Avisar a Urología
Sondaje con cistoscopio
Tratamiento Domiciliario
(pautar 1 o combinar
2 según clínica):
-Buscapina 10 mg/8h vo
-Mebevirina 135 mg/8h vo
- Antimuscarinicos elegir 1:
+Oxibutina 5-10 mg/24h vo
+Fesoterodina 4-8 mg/24h vo
+Solifenacina 5-10 mg/



*Al alta a domicilio, completar ciclo antibiótico 7días (si respuesta clínica precoz) o 10-14 días (si respuesta tardía). Continuar con recambios periódicos como tiene programados.

*Tratamiento dirigido siempre que se disponga de antibiograma.

*Si precisa ingreso y ha tenido manipulación del catéter en los últimos 15 días, comentar con Urología.

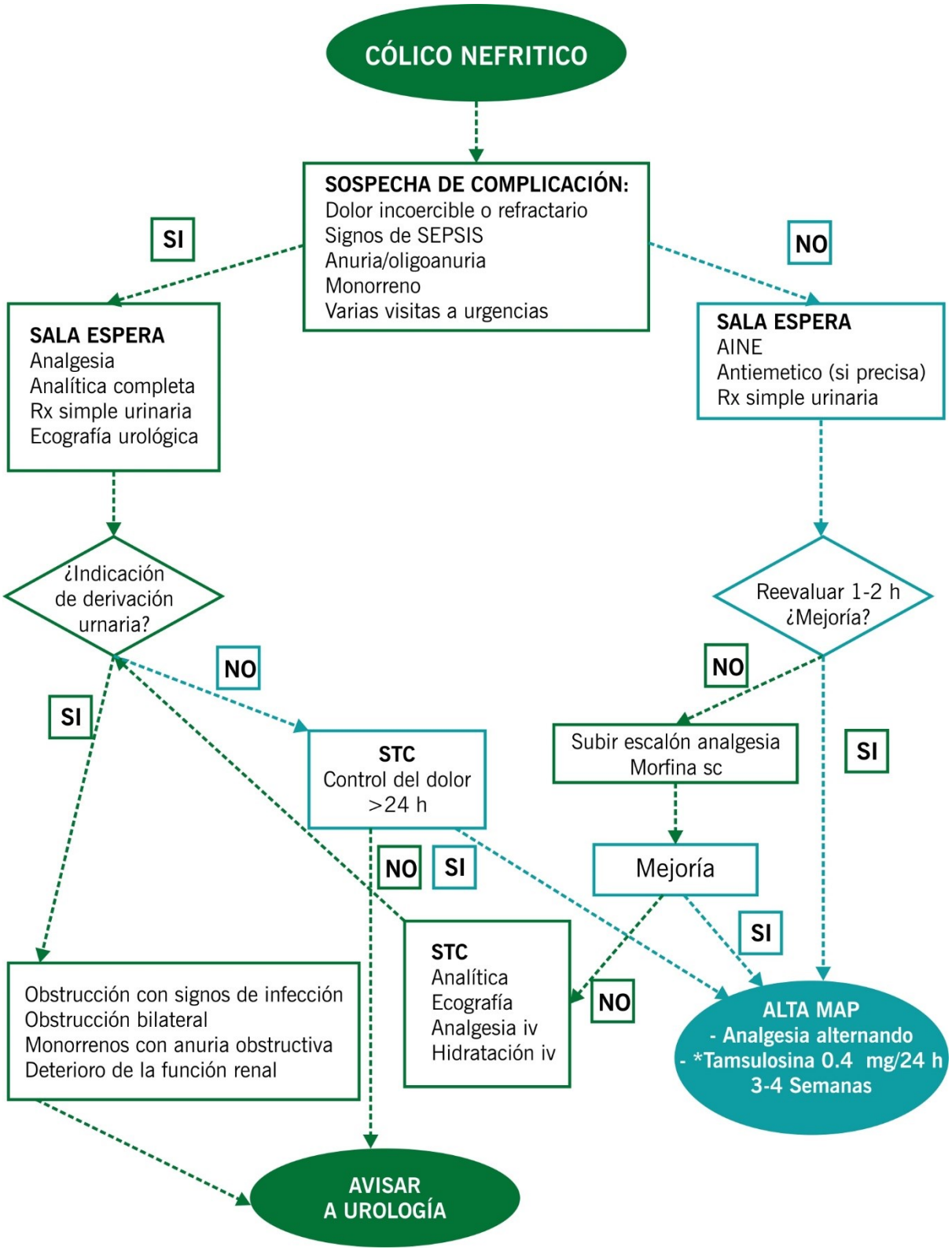
BIBLIOGRAFÍA

1. Guajardo Guajardo J, García Belmonte D, Pelegrí Gabarro J. Drenajes y sondas. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
2. Ruz Saunié E, Cecchini Rosell Ll. Manejo de sondas y catéteres. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
3. Blanco Gómez B, Pérez Fentes D, y García Freire C. Derivación urinaria urgente. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
4. Carvajal Buitrago DF, Guinda Sevillano CE, Arnaiz Esteban JF, Espuela Orgaz R. Uropatía obstructiva infravesical. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
5. Server Pastor G. Uropatía obstructiva supravesical. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
6. Gil-Bermejo J, Cabello V, Campoy Martínez P, Barrera Chacón J. Prostatitis. En: Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. [2 de Agosto de 2018]. Disponible en: www.guiaprioam.com.

CÓLICO NEFRÍTICO

Pedraza Sánchez, José Pablo
Mazuecos Quirós, Javier
Pareja-Obregón Prieto, Ana

DEFINICIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
Síndrome clínico resultante de la obstrucción del tracto urinario superior por cualquier causa, siendo las litiasis lo más frecuente.	Dolor de inicio brusco, de tipo cólico, que va incrementándose progresivamente y se irradia a fosa ilíaca, labio mayor o testículo del mismo lado. Se acompaña de agitación e inquietud. Náuseas y vómitos. Polaquiuria y urgencia.	• Anamnesis e historia clínica: tipo de dolor e irradiación, si se modifica o no con la postura, fiebre, tiritona, sintomatología miccional… • Exploración física: abdominal, dolor fosa renal. • Analítica completa: leucocitosis con neutrofilia, función renal. • Rx simple aparato urinario • Ecografía urológica /TAC sin contraste: si deterioro de la función renal y/o no cede con analgesia. .



Criterios de derivación a consulta de Urología (HDI):

- Persistencia de dolor durante 2-4 semanas y cálculo no expulsado.
- Cálculos de tamaño ≥ 10mm.
- Cálculos de tamaño > 5 mm con intolerancia al dolor y múltiples visitas a urgencias.
- Permanencia del cálculo ureteral en la misma posición durante 4 semanas.

*Añadir tamsulosina en cálculos potencialmente expulsables (de 5 – 10mm en uréter distal).

Añadir antibioterapia según signos de complicación y datos analíticos, siguiendo protocolos de la guía PRIOAM para pielonefritis.

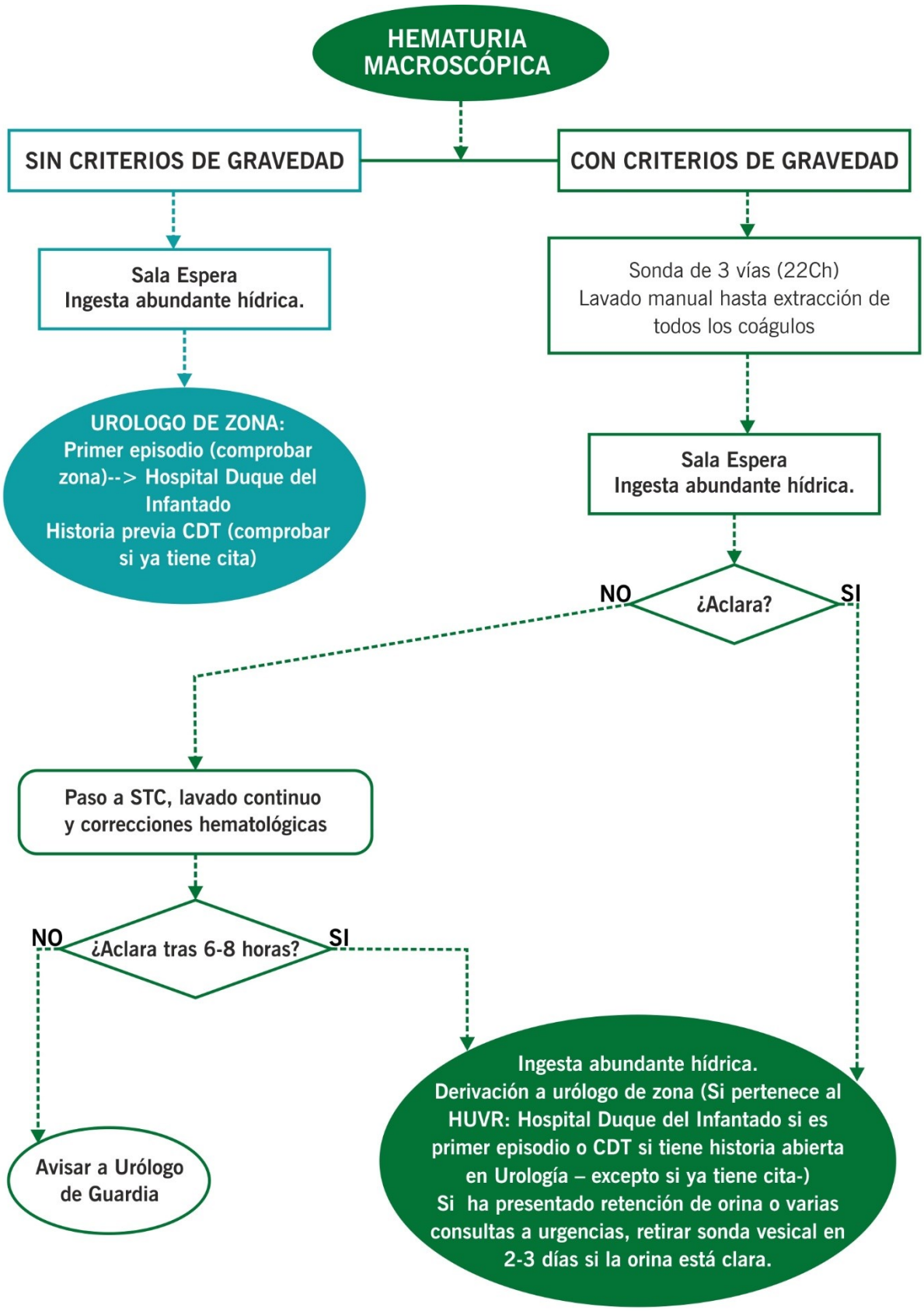
BIBLIOGRAFÍA

1. López de Alda S, Serrano A y Moreno J. Dolor lumbar y cólico nefrítico. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
2. Blanco Gómez B, Pérez entes D, y García Freire C. Derivación urinaria urgente. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
3. Broseta E, Budía A Burgués JP, Luján. Dolor lumbar agudo no traumático. En: Urología práctica, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 2 – 4.
4. Broseta E, Budía A Burgués JP, Luján. Cólico nefrítico. En: Urología práctica, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 5 – 7.
5. Türk C, Neisius A, Petrik A, Seitz C, Skolarikos A, Tepeler A, Thomas K. EAU Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology. 2018.
6. Argüelles Salido E, Osmán García I. Hematuria, cólico nefrítico, obstrucción de vías urinarias. En: Cisneros Herreros JM y Carneado de la Fuente J. Manual de Urgencias de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; 2009. 261 – 267.
7. UROLITIASIS [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autoría, Arrabal Martín, Miguel (coord.)... [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, 2012

HEMATURIA

Mazuecos Quirós, Javier
Pedraza Sánchez, José Pablo
Villalba Benavent, Cristina

DEFINICIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
HEMATURIA SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD	Orina en agua de lavar carne. Reciente comienzo. Sin repercusión hemodinámica. Sin patología añadida.	• Anamnesis: historia de ITUS, litiasis, neoplasias, metrorragias, tabaquismo, toma de antiagregantes, dolor, fiebre, traumatismos… • Comprobar hematuria: orina en bote. • Toma de constantes. • Exploración abdominal.
HEMATURIA CON CRITERIOS DE GRAVEDAD	Sangrado franco, con coágulos. Con repercusión hemodinámica. Con patología de base (hematológica, cardiópata, urológica…)	• Anamnesis: historia de ITUS, litiasis, neoplasias, metrorragias, tabaquismo, toma de antiagregantes, dolor, fiebre, traumatismos… • Comprobar hematuria: orina en bote. • Toma de constantes. • Exploración abdominal. • Elemental orina: sospecha ITU, pseudohematuria. • Analítica completa. • Rx simple abdomen: si sospecha litiasis



Si el paciente presenta hematuria incontrolable (coágulos importantes a pesar de múltiples lavados manuales o gran repercusión hemodinámica) llamar a Urología de guardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argüelles Salido E, Osman García I. Hematuria, cólico nefrítico y obstrucción de vías urinarias. En: Cisneros Herrero JM, Carneado de la Fuente J. Manual de Urgencias del hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. 2009. 262-267
2. Carvajal Buitrago DF, Guinda Sevillano CE, Arnaiz Esteban JF, Espuela Orgaz R. Uropatía obstructiva infravesical. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
3. Cano Restrepo C, Belloso Loidi J, Garmendia Olaizola G, San Jaka JP. Hematuria. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.
4. Díez Sicilia L, Domínguez Esteban M. Patología Urológica más frecuente. En: F. Aguilar Rodríguez, O. Bisbal Pardo, C. Gómez Cuervo et al. Manual del diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7º Edición. Madrid. 2012. 149-162.

PROSTATITIS

Medina Vizuete, Andrea
Pedraza Sánchez, José Pablo
Mazuecos Quirós, Javier

DEFINICIÓN

Inflamación de la próstata

Clasificación NIH:

- **Tipo I o prostatitis aguda bacteriana:** infección aguda de la próstata.
- **Tipo II o prostatitis crónica bacteriana:** infección crónica de la próstata e ITU recidivante
- **Tipo III o síndrome pélvico crónico doloroso:** 3 meses de molestias pélvicas sin infección.
    - **IIIa o inflamatorio:** leucocitos en semen y sangre periférica.
    - **IIIb o no inflamatorio:** sin leucocitos en semen y sangre periférica.
- **Tipo IV o prostatitis inflamatoria asintomática:** leucocitos en biopsia, semen y sangre periférica.

CLÍNICA

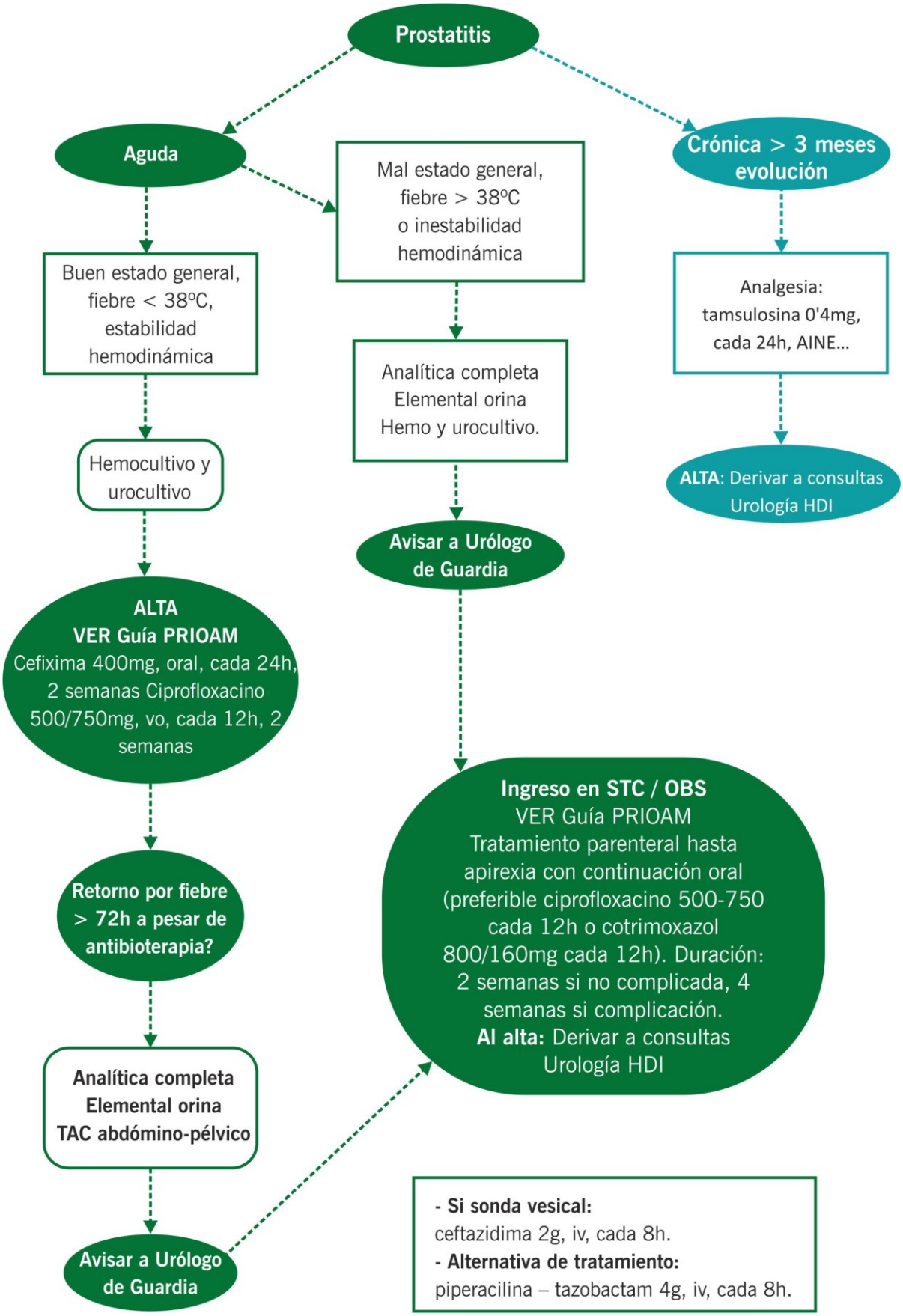
- Dolor suprapúbico, perineal o perianal.
- Fiebre con escalofríos.
- Malestar general
- Molestias miccionales: disuria, polaquiuria, dificultad miccón, orina turbia, RAO.
- En prostatitis crónica, además: trastornos sexuales (disfunción eréctil, molestias al eyacular, hemospermia).

DIAGNÓSTICO

Clínica + exploración

Tacto rectal (NO MASAJE)

- Si fiebre > 38ºC: analítica sanguínea, sedimento de orina, hemocultivo y urocultivo.
- Si fiebre > 72h a pesar de tratamiento adecuado: ecografía prostática o TAC de pelvis.


Prostatitis
Aguda
Mal estado general, fiebre > 38ºC o inestabilidad hemodinámica
Crónica > 3 meses evolución
Buen estado general, fiebre < 38ºC, estabilidad hemodinámica
Analgesia: tamsulosina 0'4mg, cada 24h, AINE...
Analítica completa Elemental orina Hemo y urocultivo.
Hemocultivo y urocultivo
ALTA: Derivar a consultas Urología HDI
Avisar a Urólogo de Guardia
ALTA
VER Guía PRIOAM
Cefixima 400mg, oral, cada 24h, 2 semanas Ciprofloxacino 500/750mg, vo, cada 12h, 2 semanas
Ingreso en STC / OBS
VER Guía PRIOAM
Tratamiento parenteral hasta apirexia con continuación oral (preferible ciprofloxacino 500-750 cada 12h o cotrimoxazol 800/160mg cada 12h). Duración: 2 semanas si no complicada, 4 semanas si complicación.
Al alta: Derivar a consultas Urología HDI
Retorno por fiebre > 72h a pesar de antibioterapia?
Analítica completa Elemental orina TAC abdómino-pélvico
Avisar a Urólogo de Guardia
- Si sonda vesical:
ceftazidima 2g, iv, cada 8h.
- Alternativa de tratamiento:
piperacilina – tazobactam 4g, iv, cada 8h.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Prostatitis aguda. In: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier. 5ª Edición; 2015. p. 545-546.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Prostatitis. In: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª Edición; 2015. p. 511-513.
3. Gil-Bermejo J, Cabello V, Campoy Martínez P, Barrera Chacón J. Prostatitis. En: Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. [2 de Agosto de 2018]. Disponible en: www.guiaprioam.com
4. Sotil Arrieta A, Quionteros Montano E, Amelibia Alvaro Z, et al. Prostatitis, prostatodinia y orquiepididimitis. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Villalba Benavent, Cristina
Medina Vizuete, Andrea
Pareja-Obregón Prieto, Ana

DEFINICIÓN

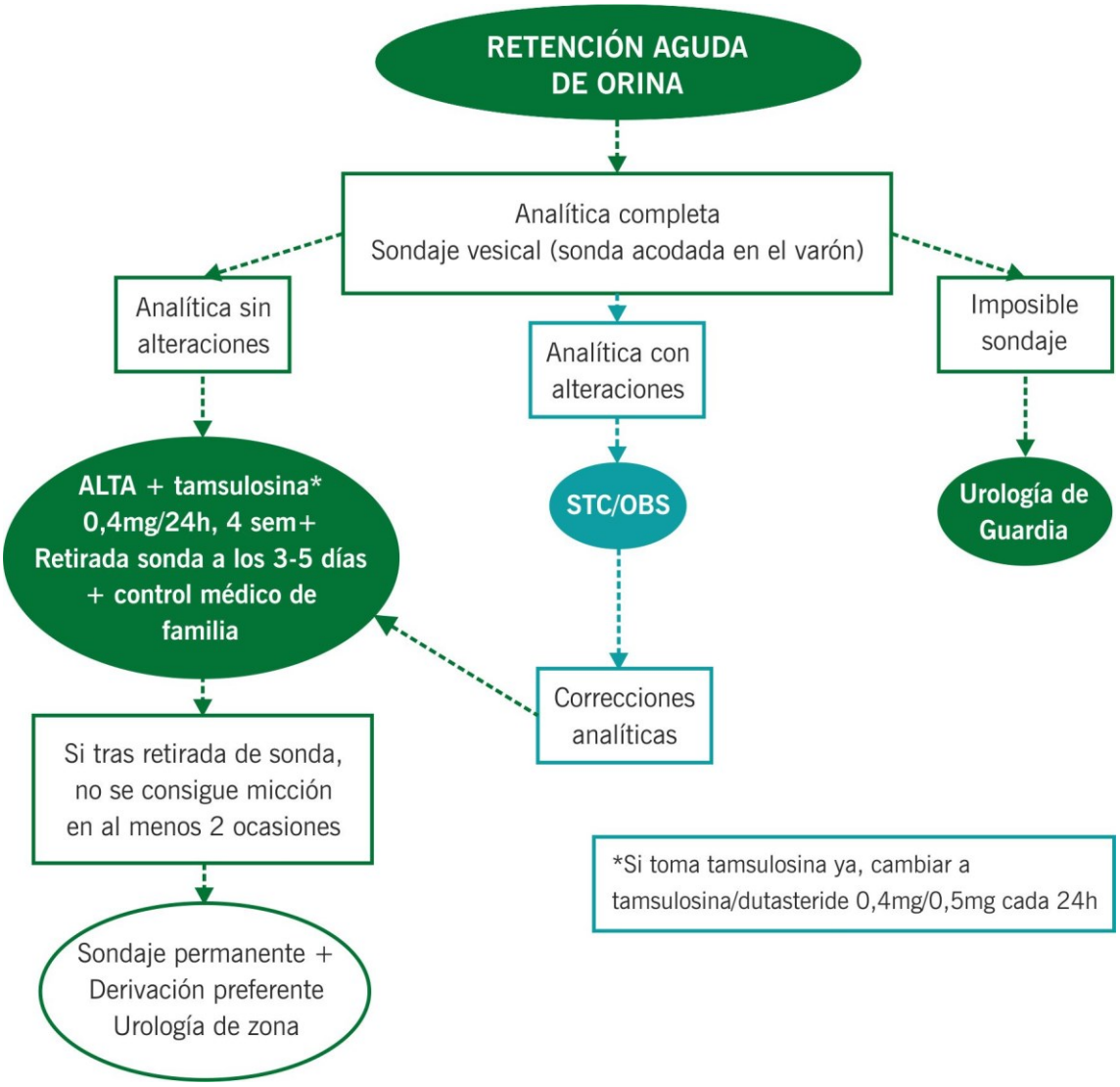
Imposibilidad micción a pesar de deseo y esfuerzo del paciente.

CLÍNICA

- Dolor suprapúbico
- Masa hipogástrica (globo vesical)

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis + exploración
- Descartar:
  - Tto farmacológico
  - Infecciones: prostatitis, ITU, uretritis, ITS, vulvovaginitis, VHS…
- Analítica completa para valorar alteraciones hidroelectrolíticas



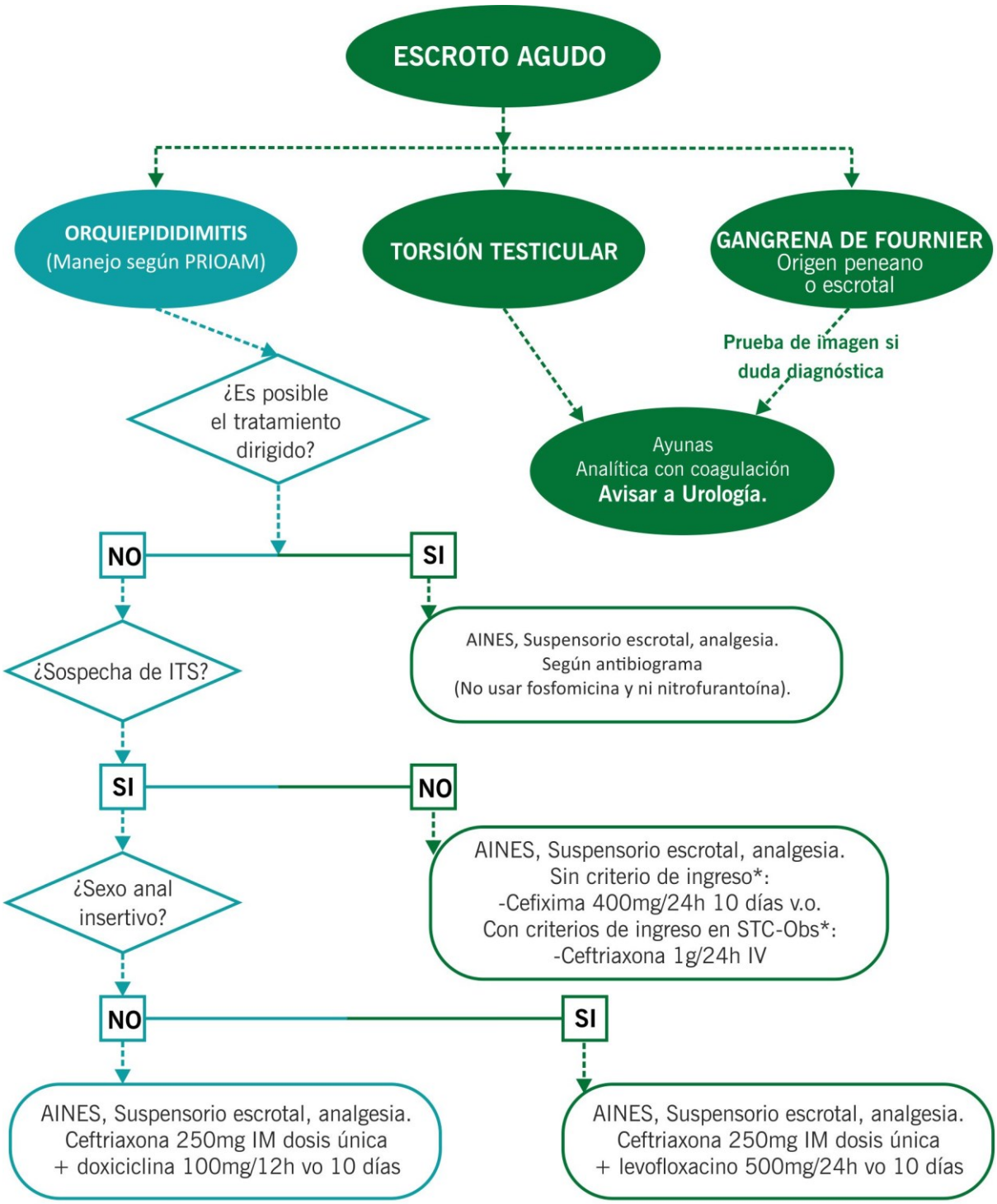
BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Retención aguda de orina. In: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier. 5ª Edición; 2015. p. 537-538.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Retención aguda de orina. In: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª Edición; 2015. p. 153.
3. Naval Pulido ME, Lleal Barriga C. Retención aguda de orina. AMF 2016, 12(3); 152-156.

SÍNDROME ESCROTO AGUDO

Mazuecos Quirós, Javier
Pedraza Sánchez, José Pablo
García Sánchez, Cristina

DEFINICIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
ORQUIEPIDIDIMITIS (Infección del teste o epidídimo)	• Inicio progresivo. • Fiebre, febrícula o sensación distérmica. • Dolor testicular. • Síndrome miccional o exudado uretral. • Teste aumentado de tamaño, caliente y eritematoso, con dolor a la palpación. • Prehn positivo (alivio a la elevación testicular).	• Anamnesis: infecciones previas, contactos sexuales, manipulación urológica, exudado uretral, traumatismo… • Toma de constantes. • Analítica completa si gran afectación clínica. • Sedimento de orina. • Urocultivo. • Hemocultivos si fiebre. • Ecografía Doppler si fiebre, mal estar general, duda clínica o sospecha de complicación (abscesos, compromiso de flujo, aparición brusca, mala evolución…).
TORSIÓN TESTICULAR (Isquemia testicular debido a la rotación del teste sobre su pedículo vascular)	• Inicio brusco. • Dolor irradiado a hipogastrio. • Náuseas, vómitos. • Cuadros vagales. • Agitación. • Teste ascendido, en ocasiones horizontalizado, muy doloroso. Prehn negativo (no alivio a la elevación testicular).	• Anamnesis: infecciones previas, contactos sexuales, manipulación urológica, exudado uretral, traumatismo, tiempo de evolución… • Toma de constantes. • Analítica completa con coagulación. • Ecografía Doppler urgente.
GANGRENA DE FOURNIER (Necrosis genitoperineal rápidamente progresiva)	• Inicio rápido (horas). • Fiebre, escalofríos. • Dolor en zona perineal. • Celulitis local. • Crepitación a la palpación. • Placas necróticas en escroto, pene o periné.	• Anamnesis: inmunosupresión, infecciones previas, contactos sexuales, manipulación urológica, traumatismos, diabetes, obesidad, alcoholismo…. • Toma de constantes. • Analítica completa. • Hemocultivos seriados. • Valorar ecografía/TAC.



-Si no existe mejoría a pesar de 72h de tratamiento correcto o existe sospecha clínica, descartar complicación (valorar nueva ecografía escrotal para descartar absceso, compresión del flujo...) y llamar a Urología.
-Si sospecha de ITS derivar al consultas externas de Infecciosas (consulta de ITS en el CDT)
-Si orquiepididimitis complicada, recidivante o que ha precisado ingreso, derivar a consultas de Urología (Hospital Duque del Infantado).
-Si prostatitis concomitante, la duración debe adaptarse a ella (al menos dos semanas).

**Criterios de ingreso: sepsis grave, inmunodeprimido con mal estar general, riesgo elevado de bacterias multirresistentes, no toleran vía oral o posible mal cumplimiento ambulatorio, dolor intenso.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Sicilia L, Domínguez Esteban M. Patología Urológica más frecuente. En: F. Aguilar Rodríguez, O. Bisbal Pardo, C. Gómez Cuervo et al. Manual del diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7º Edición. Madrid. 2012. 149-162.
2. Conde Sánchez JM, González Resina R. Síndrome de escroto agudo y priapismo. En: Cisneros Herrero JM, Carneado de la Fuente J. Manual de Urgencias del hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. 2009. 268-274
3. Gil-Bermejo J, Cabello V, Campoy Martínez P, Barrera Chacón J. Prostatitis. En: Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. [2 de Agosto de 2018]. Disponible en: www.guiaprioam.com
4. Velarde Muñoz C, Galisteo Moya R, Navarro Sánchez-Ortiz Á et al. Escroto agudo. En: Miñana López, B y Cózar Olmo JM. Libro del Residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2016.