

CÓLICO O CRISIS RENOURETERAL.

Definiciones:

Litiasis urinaria: aparición de cálculos en el aparato urinario.

Crisis renoureteral: cuadro clínico de dolor paroxístico provocado por el desprendimiento o impactación del cálculo ocasionando una hiperpresión y/o distensión de la vía urinaria.

Clínica típica de dolor abdominal o lumbar brusco, unilateral, lacinante, irradiado a genitales y generalmente con síntomas neurovegetativos de nauseas, vómitos, sudoración y agitación.

En cálculos de uréter bajo puede haber tenesmo, disuria y polaquiuria. Hematuria microscópica ausente en un 15%.

Diagnóstico diferencial:

Con la clínica y la exploración física se suele diagnosticar bien el cólico nefrítico. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con:

- Otras enfermedades renales: tumores, pielonefritis, trombosis vena renal, abscesos...
- Enfermedades abdominales: apendicitis, diverticulitis, cólico biliar, trombosis mesentérica...
- Enfermedades ginecológicas: embarazo ectópico , salpingitis, quistes ováricos...
- Afectación vascular aórtica.
- Patología de la columna lumbar.

Tratamiento:

Objetivos

- Tratar el dolor
- Facilitar la expulsión del cálculo y conservar la función renal
- Evitar recidivas.

1.- Dolor

Crisis Aguda:

- Diclofenaco 75 mg, im.
- Metamizol 2 g, iv, disuelto en 100 ml de suero glucosado 5%, a pasar en 10 min.

Si el dolor no ha cedido, o ha cedido pero reaparece:

- Repetir la dosis de AINE hasta un máximo de 2 dosis de Diclofenaco, 3 dosis de Metamizol.

Si en 30-60 min no ha cedido el dolor, al menos parcialmente, valorar utilizar un analgésico mayor (Morfina).

Medidas generales: reposo en cama. Aplicación de calor.

Si nauseas o vómitos: dieta absoluta, sueroterapia, metoclopramida

Tras la crisis aguda:

Pautar:

- Diclofenaco 50 mg/8 h, vo, 4-7 días o hasta que expulse el cálculo.
- Metamizol 500mg /8h, vo

2.-Expulsión del cálculo.

- Los pacientes deben recoger la litiasis en caso de expulsión espontánea, que se enviará al laboratorio para su estudio. Aconsejar micciones en recipiente.
- La expulsión espontánea depende de la localización del cálculo, de su forma, de la anatomía del sistema excretor y de la historia previa de expulsiones anteriores.
- Cálculo en uréter distal o inferior: 98% expulsión espontánea si es < 5 mm. Si es 5-10 mm el 53%.
- La litotricia permite romperlos en fragmentos y es eficaz para cálculos < 2-3 cm. El embarazo es la única contraindicación absoluta.

Cuidado con aconsejar ingestas abundantes de líquido (en caso de cálculo impactado provocaría aumento de la hipertensión y distensión de la vía urinaria).

3.- Evitar recidivas:

- Alta ingestión de líquidos. Alimentación equilibrada y variada. Evitar las infecciones urinarias y tratarlas si aparecen.

4.- En Especializada se valorará si procede, o no, estudio metabólico

Tipos de cálculos:

- Oxalato cálcico: 70-80%
En hipercalciuria,hiperoxaliuria, hipocitruria, hipermagnesuria, bajo volumen urinario.
- Fosfato cálcico: por acidificación deficiente de la orina, con orina alcalinas.
- Ácido úrico: en hiperuricosuria y acidez de la orina.
- Estruvita: Son de > tamaño. Por bacterias ureasa positivas

- (enterococo, proteus, klebsiela, pseudomonas).
- Cistina: por defecto hereditario en el transporte de aminoácidos.

MANEJO DEL PACIENTE CON CRISIS RENOURETERAL

1.-Diagnóstico correcto. Anamnesis y Exploración Física.

2.-Tratamiento en fase aguda / pautado al alta.

Derivar a urgencias Si:

- Cuadro complicado con fiebre.
- Cuadro complicado con anuria/oliguria
- Clínica severa que no cede con tratamiento.

3.-Pruebas complementarias.

-Radiografía simple vías urinarias.

En Rx simple se detectan los cálculos > 2 mm y si contienen calcio. Los cálculos de ácido úrico y de Cistina son radiotransparentes y no se aprecian en Rx simple.

-Sedimento de orina

-Cultivo opcional

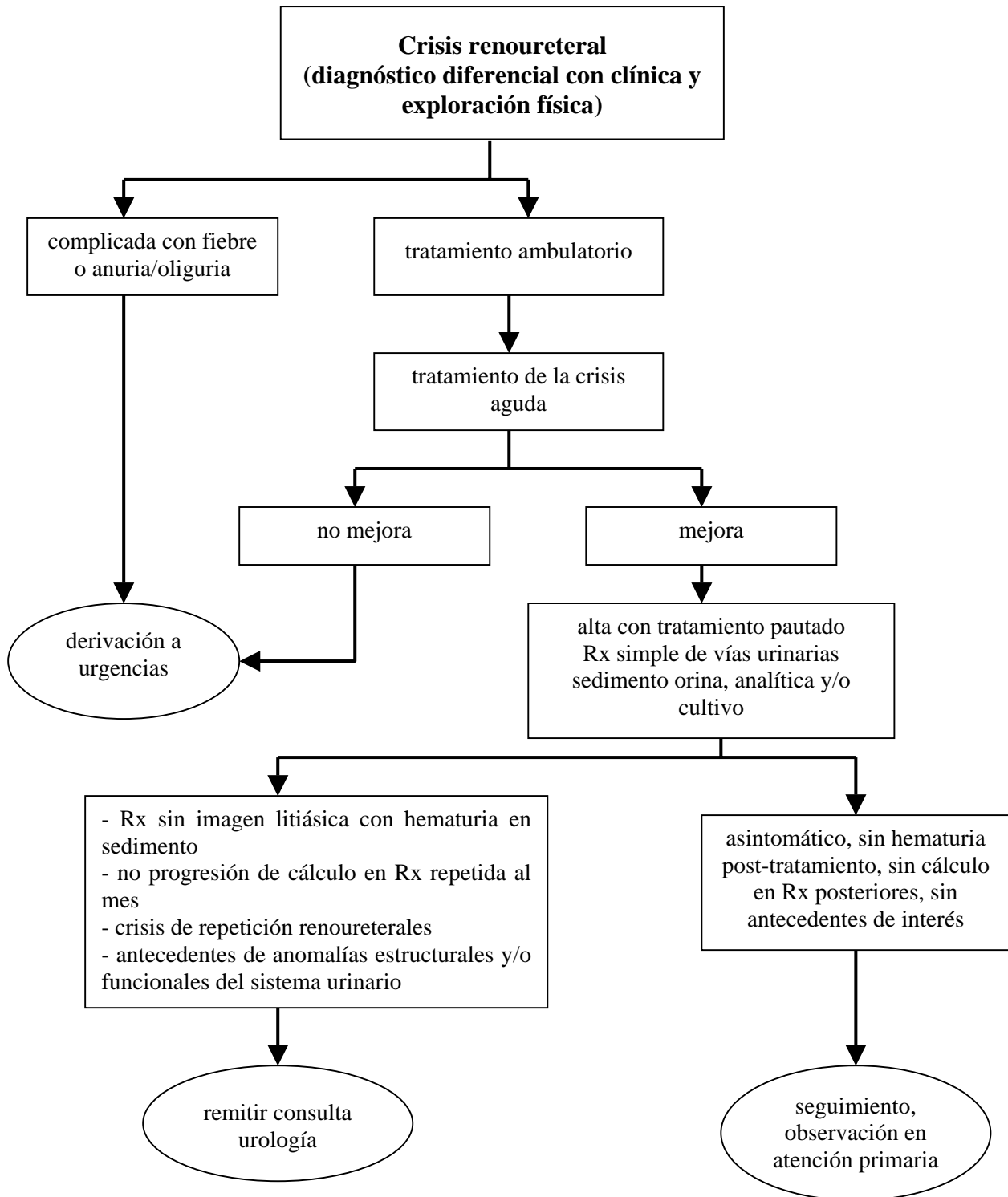
-Analítica.- Calcio, fósforo, ácido úrico, urea, creatinina, hemograma opcional.

4.-Remitir a consulta de Urología:

- Rx con cálculo > 0,6cm
- Rx sin imagen litiásica, con hematuria en sedimento.
- No progresión del cálculo < 0,6 cm, o no expulsión del cálculo, tras control radiológico al mes.
- Crisis reno ureterales de repetición.
- Antecedentes de anomalías estructurales o funcionales del sistema urinario.

MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO

EN ATENCIÓN PRIMARIA



EN LAS HOJAS DE DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA DEBE CONSTAR:

- Antecedentes** de interés, sobre todo en relación a la patología en estudio.
- Tratamiento crónico** (si lo tiene).
- Anamnesis de la enfermedad actual y exploración física.**
- Pruebas realizadas** (sedimento, analítica, cultivo, radiografía de vías urinarias)
- Tratamientos administrados** en relación con la patología en estudio, con sus pautas.
- Sospecha diagnóstica o juicio clínico.**

EVALUACIÓN

Indicadores de evaluación:

- 1.- N° de derivaciones a Urología en un periodo de tiempo / N° de derivaciones a Urología en el mismo periodo de tiempo de 2001.
- 2.- N° de derivaciones a urología por proceso/ Total de derivaciones a Urología.
- 3.- N° de derivaciones a Urología no adaptados a protocolo por cada proceso / N° de derivaciones a Urología por proceso.
- 4.- N° de derivaciones a Urología contestadas / N° de derivaciones a Urología

EL PROFESIONAL DE AP, ANTE CUALQUIER DUDA, SITUACIÓN O CASO QUE SE PUEDA PLANTEAR, PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON LOS URÓLOGOS.

TFN: 927 45 80 00 (Centralita del H. Virgen del Puerto"). Solicitando que le pasen con la planta de Urología. Llamar a las 9,00 horas.

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE UROLOGÍA:

- Vicente Leo Alvarez.- Enfermero. Supervisor 3ª pta.- Hptal. "Virgen del Puerto".
- José Miguel Paniagua Gutierrez.- Médico de A.P.- C. S. Ahigal.
- César Pascual Sellés.- Enfermero de A.P.- C. S. Plasencia III.
- Susana Rabahieh Condor.- Médico de A.P.- C. S. Montehermoso.
- Abdo Rabahieh Khozam.- Jefe Sº Urología.- Hospital "Virgen del Puerto".
- Elena San Gil Sánchez.- Médico de A.P.- C. S. Plasencia I.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadalejo E., Sánchez J:A., De la Viesca S. Microhematuria aislada. FMC.Vol 4, Nº5, Mayo 1997. 312-317.
- Antequera J.A.,Ballesteros P. Problemas de la función del riñón y de las vías urinarias: molestias al orinar. En: Guía de actuación en atención primaria. SemFYC 1998; 349-52.
- Buitrago F., Cobos N. Estudio y seguimiento de los cólicos nefríticos. FMC. Vol.7. Nº7.Agosto-Septiembre 2000; 446-455.
- López M.A. Síndrome doloroso.Patología genital menor. Jano Vol LXII.Nº 1426. 5-11 abril 2002; 38-41.
- Manual de Toma de Muestras para el Laboratorio Clínico. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. 1995.
- Pallarés J. Manejo de la disuria en atención primaria. FMC. Vol.2. Nº 1. Enero 1995; 2-5.
- Pérez P., García J. Problemas de la función del riñón y vías uinaria: orina oscura. En: Guía de actuación en atención primaria. SemFYC 1998; 347-348.
- Resel L. Protocolo dignóstico y terapéutico del cólico nefrítico y sus complicaciones. Medicine 1997; 7(62): 2907-2910.
- Romero F.J. Signos, síntomas y síndromes en urología. En: Vesalio.Urología. Madrid:Angel Muñoz ediciones,1992; 63-81.
- Sánchez F.J., Vela R. Infecciones urinarias: generalidades y conceptos. En: Urología: Libro del residente. Ed. L. Resel, 1998; 371-385.
- Segura M.,Lorenzo JG., Salinas A. Hematuria. En: Urología: libro del residente. Ed. L. Resel.,1998; 45-50.
- Serrallach N. Urgencias urológicas: Hematuria. Jano Vol. LXII. Nº1426.5-11 abril 2002; 28-37.