

# PIELONEFRITIS AGUDA

**Dolor** en fosa renal irradiado a epigastrio y/o recorrido ureteral + **FIEBRE** +/- Sd miccional o cortejo vegetativo + PPR unilateral positiva

- Analítica: hemograma (HG) + bioquímica (BQ)
- Sistemático de orina (SO) + sedimento + urocultivo - Rx simple de abdomen
- Hemocultivos (HC) si datos de sepsis

¿INESTABILIDAD HEMODINÁMICA o DATOS DE SEPSIS?



NO

SI

sospecha alta y PPCC compatibles

Iniciar antibioterapia precoz y fluidoterapia

Iniciar ceftriaxona 1g iv

Ceftriaxona 2g iv +- Tobramicina 5mg/kg

Según resistencias locales

¿Sospecha de PNA complicada?

(alteraciones anatómicas o funcionales, DM, inmunosupresión, IRC, instrumentación urinaria reciente, masculino, ancianos, infecciones previas resistentes a ATB)

NO

SI

Solicitar Ecografía Abdominal

DECIDIR DESTINO SEGÚN CLÍNICA Y PPCC

- SI ALTA (PPCC normales)
- Cefditoreno 400 mg/24h o Cefixima 400 mg/24h v.o durante 14 días
  - Paracetamol 1g/8h si precisa

Valorar PIC a Urología según resultados **INGRESO**

Si fiebre tras 48-72h con tratamiento ATB correcto  
Descartar **ABSCESO RENAL O PERINEFRÍTICO**



# CÓLICO RENOURETERAL

Dolor lumbar de comienzo brusco, intermitente, unilateral, independiente de la postura, irradiado a hipogastrio/genitales. Se puede acompañar de síndrome miccional, náuseas/vómitos (síntomas vegetativos) o hematuria.

¿Dolor de < 48h y/o afebril con respuesta analgésica?

SI

NO

- SO: microhematuria, piuria +/- urocultivo
- Valorar Rx simple de abdomen



- Bioquímica y Hemograma (valorar coagulación si hematuria macroscópica)
- Sistemático de orina (microhematuria, piuria) +/- urocultivo
- Valorar Rx simple de abdomen
- Func Renal alterada: Eco

TTO URGENCIAS (Según síntomas)

- AINES (c.i. en IRC/monorreno)
- Metamizol 2g IV
- Paracetamol 1g IV
- Opioides (Ojo!!!: náuseas)
- Metoclopramida 10 mg IV

EVITAR BUSCAPINA (espasmolítico)

TTO AL ALTA (si PPCC normales y tto ok)

- AINEs (puede alternar con otro analgésico)
- Valorar antibiótico si fiebre o bacteriuria
- Tamsulosina 0.4 mg cada 24h 1 mes (tto expulsado si litiasis distal)
- Citrato potásico (ALCALINIZANTE)
- Si litiasis estruvita (ACIDIFICANTE)
- Hidratación 2-3L al día excepto en los momentos de dolor
- Aplicar calor seco local

Ojo: si pH<5 y ausencia de imagen radiopaca LITIASIS AC. ÚRICO

Si datos de **CRU COMPLICADO** avisar **UROLOGÍA** Urinoma, obstrucción bilateral o unilateral en monorreno, IR desconocida; fiebre/signos de sepsis, dolor resistente a analgesia (en este último caso observación 24h en Urgencias)



# PATOLOGÍA UROLÓGICA EN URGENCIAS

EN COLABORACIÓN CON EL SERVICIO DE UROLOGÍA

- JAVIER DE ARÍSTEGUI BENGOCHEA
- DAVID SÁNCHEZ-MATEOS MANZANEQUE
- ALINA SANDALUCHE
- ESTER SAN SEGUNDO MÉNDEZ
- LORENA VALLEJO PUNTERO
- ARÁNZAZU PRUDENCIO RODRÍGUEZ
- IGNACIO GÓMEZ GARCÍA
- RAFAEL RUBIO DÍAZ



BIBLIOGRAFÍA

- Robert C Eyre. Acute scrotal pain in adults. En: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc 2020. <https://www.uptodate.com>
- Stevens L.D.; Baddour L.M. Necrotizing soft tissue infections. En: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc 2020. <https://www.uptodate.com>
- Lara Peña, L.G.; Buendía González, E.; Buitrago Sivianes, S. Escroto Agudo. En: Jiménez Julian, A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Hospital Virgen de la Salud. 4ª Edición: Reimpresión 2016. España: GRUPO SANED:2016. pp 967-970.
- Gutiérrez Martín F.I.; I. Martín Pérez I.; Cuadra García-Tenorio F. Infecciones del tracto genitourinario. En: Jiménez Julian, A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Hospital Virgen de la Salud. 4ª Edición: Reimpresión 2016. España: GRUPO SANED:2016. pp 765-770
- Barroso Manso A.; Buendía González M.E.; Buitrago Sivianes S.; Hematuria. En: Jiménez Julian, A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Hospital Virgen de la Salud. 4ª Edición: Reimpresión 2016. España: GRUPO SANED:2016. pp 955-960
- Gómez Gómez E.; Martínez Acevedo, M.E.; Extremera Martínez, M.A.; Cano Castiella, R. Ruiz García, J.; Campos Hernández, P.; Jiménez Murillo, L. Síndrome escrotal agudo. En: Jiménez Murillo, L.; Montero Pérez F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guías diagnósticas y protocolos de actuación. Edición. España: Elsevier:2018. pp.570-572.
- Valcárcel Alonso A.; Iban Ochoa R.; Muñumer Blázquez R.; Infecciones del tracto urinario. En: Vázquez Lima M.J.; Casal Codesido J.R.; Guía de actuación en Urgencias. 5ª edición: 2020 pp 331-332

# ESCROTO AGUDO

## NO INFECCIOSO

¡¡¡INICIO SÚBITO!!!

**DOLOR: moderado**  
+  
Nódulo azulado polo superior (por transluminación)

**TORSIÓN DE HIDÁTIDE**

**TRATAMIENTO conservador**  
Analgésicos/AINEs  
Derivar a Consultas de Urología

**TRATAMIENTO (Urólogo)**

- 1.- Detorsión manual (med-lateral) y orquidopexia diferida
- 2.- Si falla: exploración quirúrgica

**DOLOR INTENSO**  
+  
Teste horizontal y elevado  
+  
**Prehn NEGATIVO**  
+  
AUSENCIA reflejo cremastérico

**ALTA SOSPECHA DE TORSIÓN TESTICULAR**

**PIC URGENTE A UROLOGIA.** Valorar Ecodoppler si dudas

OTRAS PATOLOGÍAS

Masa venas varicosas dolorosas + pesadez local + aumento con Valsalva  
+ aumento con Valsalva  
Dx ECO-DOPPLER

**VARICOCELE**

**Qx**

diferida

**HIDROCELE**

Masa indolora, transluminación +/- AP: traumatismo, radioterapia, neoplasia, epididimitis

**Qx**

diferida

## INFECCIOSO

ORQUIEPIDIDIMITIS

Dolor **intenso gradual y progresivo**  
**Prehn POSITIVO** y reflejo cremastérico conservado  
Testículo inflamado  
Transluminación negativa +/- síndrome miccional

- Bioquímica y hemograma (si datos de sepsis: coagulación y procalcitonina)
- Sistemático de orina (microhematuria, piuria) +/- urocultivo (> 35a) vs exudado uretral (< 35a)
- DXD: torsión, si duda: ECO

**Si sospecha de ITS\*:**

- Ceftriaxona 250mg im 1 dosis + Doxiciclina 100mg/d vo 10 días o Azitromicina 500mg vo 1 dosis
- **Si sospecha Enterobacterias:** Cefixima (vo 10-14 d) o Levofloxacino (vo 10 d) o Trimetropin/Sulfametoxazol (vo 10 d)

Según resistencias locales

**Criterios de Ingreso**

sepsis, ausencia de respuesta a la antibioterapia por vía oral, absceso o comorbilidad (diabetes, inmunodepresión)

**UROLOGIA**

GANGRENA FOURNIER

Dolor muy intenso + equimosis + **CREPITACIÓN**

¡¡¡URGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA!!!

**AVISAR A UROLOGÍA** + **SOPORTE HEMODINÁMICO** + **ANTIBIÓTICO** empírico de amplio espectro (carbapenémicos) + **EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA Y DESBRIDAMIENTO** (tejido para AP y microbiología)

**INGRESO SIEMPRE!!!!**



Considerar la posibilidad de **ITS/uretritis concomitante en hombres sexualmente activos, prostatitis, infecciones recurrentes y/o anomalías anatómicas.**

# HEMATURIA

**IMPORTANTE ANAMNESIS y DX DIFERENCIAL**

- Hematuria verdadera
- Traumatismos previos
- CRU
- ITU
- ¿Expulsa coágulos?
- Paciente sondado
- Fármacos (anticoagulantes, antiagregantes, rifampicina, fenitoína)



**¿INESTABILIDAD HEMODINÁMICA?**

**NO**

**SI**

solicitar PPCC +/- valorar pruebas cruzadas

Iniciar estabilización inmediata (fluidoterapia, transfusión)

**PIC URGENTE A UROLOGÍA (QX)**

Sin sonda ni anemia

Sin sonda con anemia

Con sonda o RAO

Orina espontánea

Sonda urinaria 3 vías y lavado vesical continuo

**SI**

**ALTA a DOMICILIO**

- Cita preferente con Urología
- Ingesta hídrica abundante
- Antibiótico profiláctico si Sd miccional asociado o datos de ITU

Según resistencias locales

Anemia Mod: OBS y valorar trasfusión

Anemia Grave: PIC a URO para RTU hemostásica

**Criterios de Ingreso**

Hematuria grave con alteraciones hemodinámicas o dolor tipo CRU resistente al tto  
RAO por coágulos, hematuria post-traumática  
FRA, coagulopatía anemia grave, sepsis