

1. PROPÓSITO

Unificar parámetros de manejo inicial de los pacientes con diagnóstico de cólico renoureteral en urgencias de adultos. Garantizando un manejo oportuno y estableciendo los criterios que justifican la valoración por médico especialista.

2. ALCANCE

Todo el personal del área asistencial del Servicio de Urgencias. Recuerde que su enfoque va a resolver la urgencia, eliminar el riesgo y disminuir la complicación. No a estudiar pacientes por urgencias.

3. DEFINICIONES

Cólico renoureteral: Dolor intenso, de inicio súbito, que se irradia a lo largo del trayecto ureteral, reflejándose desde el área genital pasando por el flanco ipsilateral y hasta la región lumbar. En general el dolor es muy intenso y se acompaña de vómito y síntomas irritativos vesicales. Típicamente el dolor es unilateral. Hay variaciones idiosincráticas en la descripción anterior.

4. CONTENIDO

El diagnóstico y enfoque de estos pacientes está relacionado con una buena historia clínica, estos pacientes tienen por lo general antecedentes claros de urolitiasis y tendencias dietarías.

4.1. INTERROGATORIO

Se debe interrogar sobre patología anterior de cálculos, cólico lumbar, hematuria macroscópica, disuria y poliuria.

Se debe documentar la presencia de fiebre o escalofríos reciente y revisar sintomatología asociada al cuadro como infección urinaria.

En la evaluación del paciente con dolor abdominal se habrá descartado patología quirúrgica urgente (considerar apendicitis, perforación intestinal, enfermedad diverticular complicada, etc) y entonces considerará el cólico renoureteral como un diagnóstico alternativo. Para evaluar un abdomen doloroso es necesario controlar el dolor.

Debe considerarse los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Pionefrosis
- Pielonefritis aguda
- Trombosis de la vena renal
- Estrechez de la unión pieloureteral
- Antecedente de Urolitiasis y tratamientos como litotripsia extracorpórea

4.2. EXAMEN FISICO

Se debe examinar el paciente de forma sistemática y enfatizar el abdomen para descartar un abdomen agudo quirúrgico, descartar espasmos musculares con una alteración de la mecánica lumbar que expliquen el cuadro. Tome la temperatura junto a los signos vitales.

4.3. ESTUDIOS PARACLINICOS

Está indicado tener un hemograma y un uroanálisis, para evaluar el riesgo de tener una infección urinaria. Es usual que el paciente tenga una leucocitosis leve de 13000 leucocitos por mm³ sin que este dato aislado indique infección. Si necesita descartar injuria renal aguda, recuerde que la creatinina demora 36 horas en mostrarla, así que en el paciente agudo y sin antecedentes de urolitiasis, el biomarcador es el N-Gal, no la creatinina

Hay indicación absoluta de hacer una radiografía de abdomen si el paciente tiene antecedente de urolitiasis o se encuentra en un tratamiento como litotripsia extracorpórea. Pero el Urotac evita una cascada de imágenes cuando al paciente ya se le resolvió la urgencia y eliminó el riesgo. Debe consultar con el urólogo de turno antes de decidir solicitar una radiografía simple de abdomen en otras circunstancias. Igual aplica para la ecografía de vías urinarias, ya que este paciente es aquel que persiste con dolor y síntomas después del abordaje inicial.

El TAC es hoy la imagen por excelencia (urotac) con una sensibilidad del 95% mejor que la urografía.

4.4. CRITERIOS PARA SOLICITUD DE INTERCONSULTA

El médico hospitalario deberá solicitar valoración por urología si:

1. El cuadro clínico no es claro
2. El control del dolor es lento o insuficiente (manejado el dolor de forma apropiada-no es tramadol ni dipirona)
3. El paciente tiene una circunstancia agravante adicional:
 - Ausencia de un riñón
 - Insuficiencia renal
 - Episodio recurrente reciente
 - Infección urinaria
4. Se trata de una recaída
5. El paciente se encuentra en curso de un tratamiento para una patología agravante.
6. Tiene dudas sobre el diagnóstico o tratamiento

4.5. MANEJO MEDICO

El dolor del cólico renoureteral se produce por obstrucción e inflamación de la vía urinaria, por lo tanto la analgesia, que es la verdadera urgencia de este cuadro, se basará en el control de la transducción del dolor así:

1. Morfina en VAS >7 3-4 mg IV bolo, sumado a un AINE IV
2. Acetaminofén IV 1 g para pasar en 30 minutos. Formato NO POS
3. Diclofenaco: 75 mg IV

4.6. INSTRUCCIONES DE EGRESO

Si se logra un rápido y completo manejo del dolor, se le podrá dar salida al paciente con las siguientes indicaciones:

- Control con el urólogo de turno en las siguientes 24 a 48 horas (debe pedir una cita) En caso de no tener cobertura con su seguro, la podrá pedir igual.

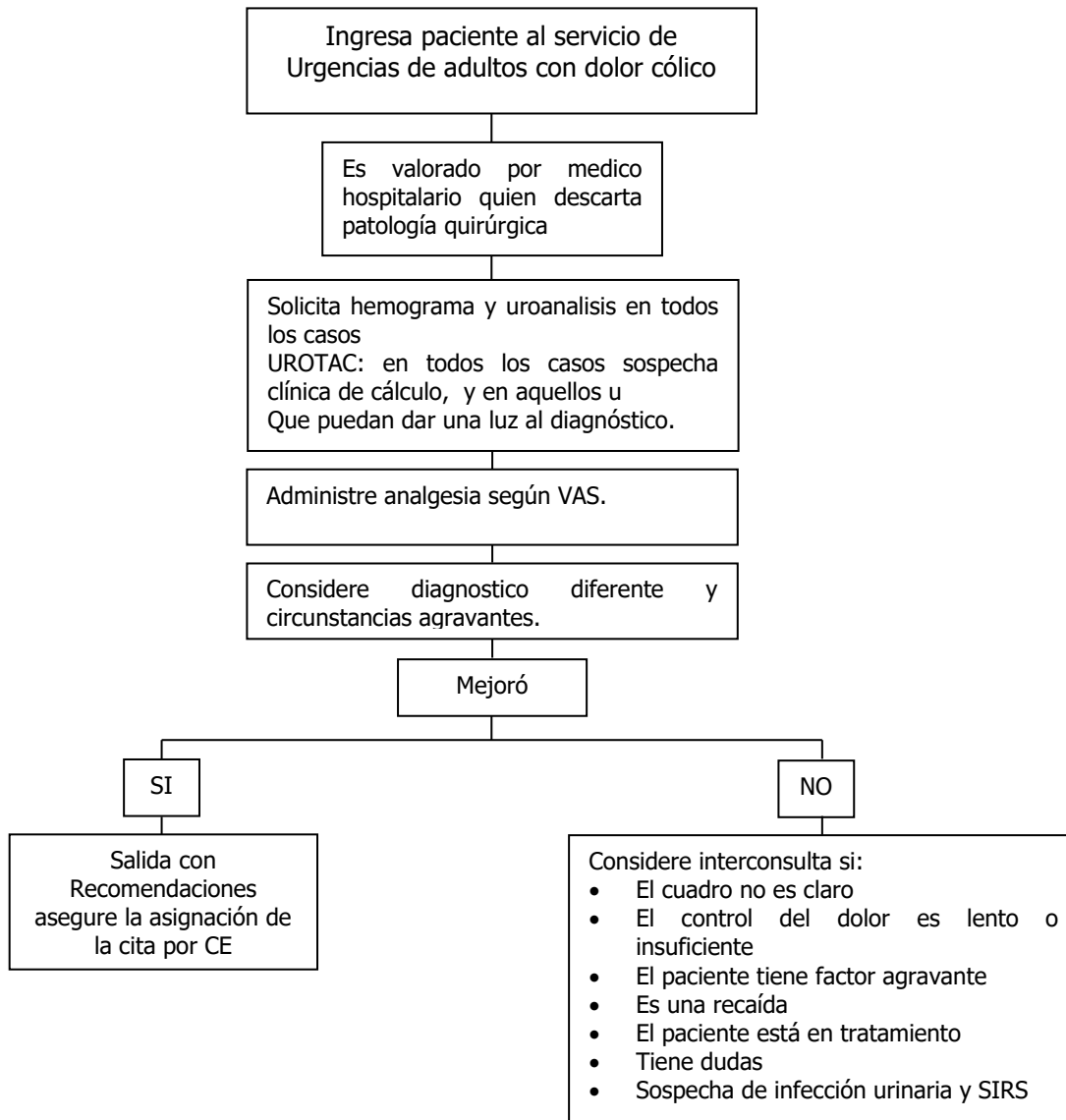
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE COLICO RENOURTERAL	
--	---	--

- Filtrar la orina. Debe utilizar un colador al orinar.
- Fórmula de salida con hioscina y un antiinflamatorio no esteroideo a dosis habituales. Se puede adicionar una combinación oral de acetaminofén con un opioide débil.

Se le debe explicar claramente al paciente que el dolor puede reaparecer y en ese caso debe regresar a urgencias para una nueva evaluación (informar que puede ser el curso natural de la enfermedad). Es importante que el paciente sepa que el diagnóstico de salida es de impresión, por lo tanto la evolución clínica del cuadro puede cambiar.

Recuerde que la única forma de garantizar que el paciente reciba el manejo de forma adecuada, se sienta satisfecho con el servicio recibido y se disminuya la posibilidad de reingreso, es suministrar información clara acerca del diagnóstico, plan de manejo y signos de alarma verdaderos.

5. ALGORITMO



6. BIBLIOGRAFIA

- 6.1.** Adolfo Serrano Acevedo, Fundación Santa Fe, Cólico Renourteral, Guías para el manejo de urgencias, Ministerio de Salud, 2009; tomo II pag:263.
- 6.2.** Autorino R, De Sio M, Damiano R, et al. The Use of tamsulosin in the medical treatment of uretral calculi; where do we stand? Urol Res 2005; 33:460-4
- 6.3.** Ahmad N, Ather M, Reees J. Icidental diagnosis of diseases on unenhanced helical computed tomography for ureteric colic. BMC Urology 2003; 3:2
- 6.4.** Castaño J, Rojas C Patiño G. N-butyl bromuro de hioscina mas dipirona, tramadol y diclofenac en el manejo del colico renoureteral. Universidad Médica 2004; 45: 69-73

7. ANEXOS

Ninguno.