

Manejo del Cólico Renoureteral



8

Manejo del Cólico Renoureteral

8

I	Puerta de Entrada al Protocolo	1
II	Valoración Inicial	1
	Anamnesis	
	Exploración Física	
	Exploración Complementaria	
III	Diagnóstico Diferencial	2
IV	Actitud Terapéutica	2
	Secuencia Terapéutica	
	Tratamiento Complementario	
V	Criterios de Derivación Hospitalaria	3
VI	Criterios de Ingreso Hospitalario	3

Manejo del Cólico Renoureteral

I. Puerta de Entrada al Protocolo

Todo paciente que acude al servicio de urgencias con cuadro compatible de cólico nefrítico, que se manifiesta por crisis dolorosa paroxística originada en las vías urinarias.

II. Valoración Inicial

Anamnesis

Antecedentes personales

Cólicos nefríticos de repetición, hiperuricemia, hipercalcemia, infecciones urinarias de repetición, toma de medicamentos y enfermedad renal previa.

Sintomatología

Características del dolor

Nos vamos a encontrar ante un paciente con dolor de intensidad variable, de comienzo en el flanco o en fosa renal, usualmente irradiado al pliegue inguinal y al testículo o la vulva y ocasionalmente al muslo.

Síntomas acompañantes

Frecuentemente se acompaña de síntomas vegetativos como náuseas, vómitos persistentes, palidez y sudoración. Puede haber polaquiuria y hematuria, especialmente si el cálculo se aloja en uretra. Los síntomas remiten usualmente tras la expulsión del cálculo. Otros pacientes pueden referir la expulsión de “arenilla” con disuria y hematuria.

Exploración Física

Toma de constantes

TA, FC, T^a

Exploración física

- A. La inspección nos muestra habitualmente a un paciente intranquilo.
- B. Puñopercusión renal cuidadosa.
- C. Palpación de pulsos femorales, temperatura y coloración de miembros inferiores.
- D. Palpación y auscultación abdominal.

III. Diagnóstico Diferencial

IV. Actitud Terapéutica

Exploración Complementaria

A. Tira reactiva de orina.

- *Otra patología urológica:* orquitis, prostatitis, pielonefritis, torsión de testículo.
- *Patología abdominal:* apendicitis, cólico biliar, íleo.
- *Patología vascular:* aneurisma de aorta abdominal, trombosis mesentérica.
- *Patología neurológica:* neuralgia herpética.
- *Patología ginecológica:* quiste ovárico.
- *Patología osteo-muscular:* lumbalgia.

El tratamiento debe conseguir rápidamente calmar el dolor y facilitar la expulsión litiásica.

Secuencia Terapéutica

Primer Escalón: *Metamizol* 2 gr IM y *Butilescopolamina* 20 mg IM o IV (diluir 2 gr de *Metamizol* y 20 mg de *Butilescopolamina* en suero fisiológico y administrarlo en 10 min). En caso de contraindicación a pirazonas, *Diclofenaco* 75 mg IM y *Butilescopolamina* 20 mg IM o IV diluida. Valorar la asociación de ansiolíticos.

Segundo escalón: comenzar con la utilización de analgésicos más potentes. *Tramadol* 100 mg IM/ IV (infusión lenta) o *Pentazocina* 30 mg IM/IV (infusión lenta) o *Cloruro Mórfico* IV (diluir 10 mg en 9 ml de fisiológico administrando 2 mg cada 5 min hasta obtener analgesia o aparición de efectos secundarios).

Tercer escalón: si tras la administración de medicación IV el dolor no cede, se realizará infiltración subcutánea del área de Head, para lo cual utilizaremos un anestésico local sin vasoconstrictor como la *Mepivacaína* y lo inyectaremos por vía subcutánea, mediante una jeringa con aguja de insulina, en la zona dolorosa que refiera el enfermo, provocando dos hileras de habones paralelas.

Dolor leve y tratamiento postcrisis: *Metamizol* o *Diclofenaco* asociado a *Butilescopolamina* por vía oral o rectal cada 6 - 8 horas.

Tratamiento Complementario

Antibioterapia. Ante la sospecha de infección urinaria, tratamiento específico. En caso de embarazo utilizar *Amoxicilina más Clavulánico* o *Fosfomicina* en caso de alergia a β Lactámicos.

Hidratación. A razón de dos a tres litros de líquidos (agua) en 24 horas. Ingeriendo un litro de agua por la noche con el objeto de producir nicturia.

Calor. Aplicándolo en forma local en la fosa renal o bien baños por inmersión en agua a temperatura de 39 - 40 °C.

Si hay vómitos usar *Metoclopramida* dosis de 10 mg IV o IM cada 8 horas.

V. Criterios de Derivación Hospitalaria

1. Presencia de hematuria intensa.
2. Pacientes que no responden al tratamiento.
3. Fiebre elevada.
4. Monorrenos.
5. Anuria.
6. Alteración del estado general, hemodinámico o descompensación de patología asociada.
7. Enfermedades hematológicas, tratamiento anticoagulante con Heparina o anticoagulantes orales.

Ante cualquier derivación, se deberá cumplimentar un informe clínico en el que se anotará la valoración, juicio diagnóstico y tratamiento administrado (dosis y hora de administración). Se procurará realizar el traslado en las mejores condiciones posibles (vía venosa, etc.).

VI. Criterios de Ingreso Hospitalario

1. Dolor que no responde al tratamiento instaurado en el servicio de urgencias hospitalario.
2. Sospecha de uropatía obstructiva.
3. Sospecha de Hidronefrosis, Pionefrosis o Pielonefritis.

DIAGRAMA 12 MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL CÓLICO RENOURETERAL

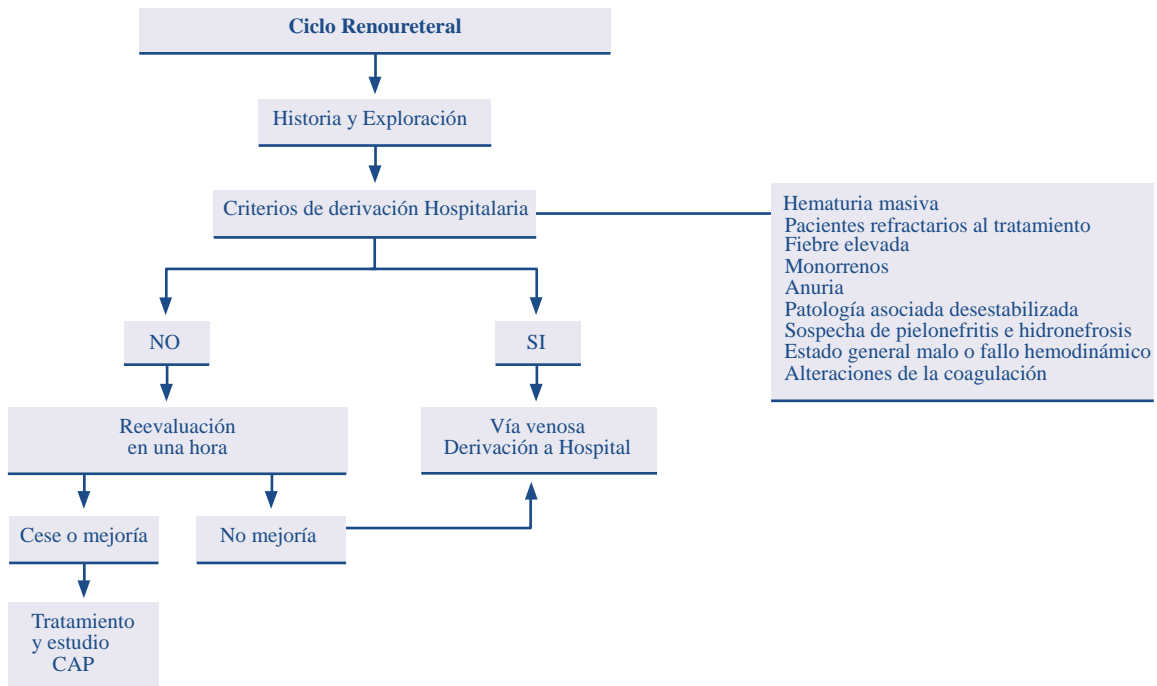


DIAGRAMA 13 MANEJO HOSPITALARIO DEL COLICO RENOURETERAL

