

11246



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "**

**INCIDENCIA DE URGENCIAS UROLOGICAS EN EL
DEPARTAMENTO DE "ADMISION CONTINUA "
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA
PRESENTA
DR. ADAN ZENIL MEDINA**

ASESORES DE TESIS:

DR. ROBERTO VEGA SERRANO
DR. LUIS CARLOS SANCHEZ MARTINEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Incidencia de urgencias urológicas en el departamento de
“admisión continua” del Hospital de Especialidades CMN “La
Raza”.**

Autores:

Dr. Roberto Vega Serrano.

Jefe del servicio de urología.

Hospital de Especialidades C. M. N. “La Raza”

Dr. Luis Carlos Sánchez Martínez.

Médico de base del servicio de urología.

Hospital de Especialidades C. M. N. “La Raza”.

Dr. Adán Zenil Medina.

Médico residente del servicio de urología del HECMNR.

Hospital de Especialidades C. M. N. “La Raza”.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES: Por su apoyo incondicional y su ejemplo de fortaleza, dedicación y lucha estan siempre conmigo.

FIRMAS.


DR. JESÚS ARENAS ESQUIVEL
Jefe de Educación e Investigación Médicas.




DR. ROBERTO VEGA SERRANO.
Jefe del Servicio de Urología y Titular del
Curso de Urología del HECMNR


DR. ADAN ZENIL MEDINA.
Residente de Urología HECMNR.



NUMERO DE PROTOCOLO: 2003-690-125.

RESUMEN.

INCIDENCIA DE URGENCIA UROLÓGICAS EN EL DEPARTAMENTO DE “ADMISIÓN CONTINUA” EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”.

OBJETIVO: Cuantificar la incidencia de urgencia urológica que se presenta a solicitar atención y determinar el tratamiento medico o quirúrgico que se instituyo durante su atención en el departamento de “admisión continua” del Hospital de Especialidades Centro Medico “La Raza” (H.E.C.M.R.).

MATERIAL Y METODOS: Diseño: Prospectivo, transversal descriptivo, observacional abierto de mayo del 2002 a abril 2003 en el departamento de admisión continua. Se elaboró un formato de 20 reactivos que se completo en base a la nota de interconsulta generado por el médico de base del departamento de admisión continua. El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS. Se realizaron 983 interconsulta de pacientes que acuden por vez primera al departamento de admisión continua, el promedio de edad fue de 50 años 775 sexo masculino y 208 femenino, 459 pacientes acudieron por Retencion Aguda de Orina, 177 por Cólico Renoureteral, 135 por Infección de vías Urinarias, 388 por Escroto Agudo, 11 por Trauma Genitourinario, 24 por disfunción de globo de sonda foley y retención de cuerpo extraño y 5 por fistula vesicovaginal. El 52 % acudió por medios propios y el 48% en ambulancia referidos de su Hospital General de Zona(HGZ). El 52% de los sujetos acudió al servicio de urgencias entre 3 a 6 horas de iniciada su sintomatología, y solo el 3% acudió en las primeras 2 horas de su padecimiento. El tiempo de estancia en su HGZ y su llegada al HECMNR fue de mas de 5 horas en el 36% de los casos. El 36% de los pacientes fue atendido por el urólogo de guardia después de 45 minutos de haber ingresado a “admisión con el 80% fue revisado en menos de 120 minutos. El 31% necesito de hospitalización, el 14% amerito tratamiento quirúrgico de urgencia. Se realizaron 110 cistostomias, 15 colocaciones de catéter doble J, 3 drenajes de absceso perirenal, 2 drenajes de hematomas perirenales, 1 reparación de lesión vesical y 4 reparaciones de uréter.

CONCLUSIONES: La incidencia de urgencias urológicas en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza” es de 2.69 interconsultas por día. El padecimiento mas frecuentemente observado es la Retención Aguda de orina ocupando el 46% del total de pacientes que acuden por urgencia de urología y el segundo en frecuencia es el cólico renoureteral con 18%. El 14% de los pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT.

INCIDENCE OF UROLOGICAL EMERGENCIES AT THE DEPARTMENT OF "CONTINUOUS ADMISSION" AT THE SPECIALITIES HOSPITAL MEDICAL CENTER "LA RAZA".

OBJECTIVE> To quantified the incidence of urological emergencies who apply for attention and determinate the treatment medical or surgical realized while the patient took care at the department of "continuous admission" at the specialities hospital medical center "La Raza". (HECMNR).

MATERIALS AND METHODS: Design: prospective, transversal, descriptive, observational, open from May 2002 to April 2003 at the department of continuous admission. It was elaborated a test of 20 questions that was filled by the chart of the emergency room realized by the emergency doctors. The study of the results was performed by descriptive statistics.

RESULTS. During the study period, 983 patients were traded for urological emergency at the department of "continuous admission", the average age was 50 years, the male: female ratio was 3.5:1, 459 patients were attended for acute urine retention, 177 by acute renal colic, 135 by urinary tract infections, 388 with acute scrotal pain, 11 with genitourinary trauma, 24 with mechanical problems of the urinary drainage, 5 patients with bladder-vagina fistula. The 52% of the patients arrive to the hospital alone and 48% arrive in ambulance from zone general hospital. 52% of the patients arrive to the emergency room between 3 to 6 hours after the beginning of their symptoms and only 3% arrive in the fist 2 hours of their problem. The average time in the zone general hospital was more than 5 hours in 36% of the patients. The 36% of the patients was attended by the urologist between 0 to 45 minutes from their arrive to the HECMR and the 80% was attended in less than 120 minutes. The 31% needed for hospitalization and the 14% of the patients needed surgical treatment. 110 percutaneous drainage of the bladder was performed, 15 urethral JJ catheter was apply, 3 surgical drainages of renal abscess, 2 surgical drainages of renal haematoma, 1 surgical repair of bladder trauma and 4 surgical repairs of urether.

CONCLUSIONS. The incidence of urological emergencies at the specialities hospital medical center "La Raza", is 2.69 per day. The principal cause of emergency is acute retention urine with an average of 46% of the total of patients that arrive for urological emergency. The 14% of the patients needed for surgical treatment.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Los estados de enfermedad ponen en peligro la vida en una amplia variedad de grados, por lo que en el servicio de urgencias las situaciones clínicas fluctúan en un alto rango, desde críticas hasta agudas; urgentes o no urgentes; por lo que es de gran ayuda clasificar las diferentes situaciones y actuar de acuerdo a cada una de ellas.

CRITICAS: Son las más importantes, por supuesto, son aquellas situaciones en las cuales la vida está en juego en minutos y en las cuales el tratamiento debe de ser instalado inmediatamente. El control absoluto de tales situaciones es imperativo y existe muy poco margen de error. La lista de situaciones que ponen en riesgo la vida inmediatamente es corta y consiste en el ABC y la respuesta irreversible al trauma al sistema nervioso central. Todos los pacientes con apnea, alto grado o obstrucción de la vía aérea rápidamente progresivo, o hipoventilación severa, debe de establecerse una vía aérea y ventilarse al paciente. El estado de choque requiere de la instalación de una presión venosa central, reposición de líquidos rápidamente. Cualquier posible lesión aguda del sistema nervioso central debe de ser atendida de inmediato como podría ser trauma cervical o cualquier hematoma subdural o epidural.

AGUDAS: Son la mayoría de las condiciones que normalmente acuden al servicio de urgencias, en donde la vida corre riesgos en minutos a horas. Estos problemas son generalmente complejos y se necesita un terapia específica y efectiva, para detener la progresión a una situación crítica. Todos necesitan tratamiento intravenoso y la mayoría necesita de una evaluación completa y admisión al servicio de cuidados intensivos. Ellos

requieren de una acción simultánea de pensar y actuar. Ejemplos de urgencias agudas son edema pulmonar agudo, estado asmático, hipotensión, meningitis bacteriana e infarto al miocardio.

URGENTES: Los problemas urgentes son aquellos en los que potencialmente se encuentra en peligro la vida, son condiciones que podrían progresar a un estado crítico en horas o días. Estas situaciones se definen como condiciones que “pudieran no haber sido vistas ayer, pero no pueden ser vistas hasta mañana”. Medidas de rescate no deben requerir ser instaladas inmediatamente. Ejemplos de estas son neumonía, pielonefritis y asma moderado.

NO URGENTES: Los problemas no urgentes no ponen peligro la vida ahora o en un futuro. Este grupo está compuesto por la mayoría de los pacientes ambulatorios. Generalmente se requiere de un tratamiento sencillo y los síntomas se resuelven espontáneamente en días o semanas. Ejemplos de esto son faringitis oral, dolor lumbar o hasta un catarro.

En el ejercicio diario de la urología se presentan diversos trastornos clínicos que requieren de atención médica urgente. Dentro de la urología existen diferentes urgencias como la Retención Aguda de Orina, Trauma Genitourinario, Escroto Agudo, Las Infecciones de Vías Urinarias y la Obstrucción Urinaria aguda del tracto superior.

Las urgencias urológicas corresponden a aquellos individuos que acuden al servicio de urgencias hospitalario quejándose del sistema genitourinario generalmente requieren de una exploración general completa. Donde las áreas que en particular importan son los riñones, vejiga, próstata y genitales externos.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO:

DEFINICIÓN: para obtener un mejor entendimiento de las infecciones del tracto genitourinario, es de gran ayuda conocer los siguientes términos

Bacteriuria: es la presencia de bacterias en la orina.

Infección del tracto urinario: describe a un proceso infeccioso causado por microorganismos en el tracto urinario. Este termino no distingue entre infección del tracto urinario superior o inferior.

Cistitis: es la infección del tracto urinario asociado con invasión de la mucosa vesical.

Pielonefritis: es una infección del tracto urinario del parénquima renal o de los sistemas colectores.

Infecciones del tracto urinario complicadas: es la infección asociada con alguna enfermedad concomitante como es neurológica, estructural o problemas médicos. Estas incluyen también a cualquier infección del tracto urinario en hombres.

Infecciones del tracto urinario no complicadas: es aquella infección que involucra al tracto urinario con estructura y función normal.

Las infecciones del tracto urinario son más comunes en las mujeres, en las cuales existen factores precipitantes como son matrimonio, actividad sexual y embarazo.

En los hombres jóvenes la presencia de bacteriuria nos debe de hacer sospechar en una infección del tracto urinario, en los hombres mayores de 40 años existen factores de riesgo como son la instrumentación, obstrucción o pacientes con hospitalización prolongada o uso de antibióticos en forma indiscriminada.

Infecciones del tracto urinario superior o inferior: aunque el diagnóstico de infección del tracto urinario inferior es realizado en base al cultivo de un número significativo de bacterias en el cultivo de orina, la correlación entre síntomas clínicos u la presencia de infección no es exacta. Además se debe de diferenciar entre infección del tracto urinario superior o inferior con propósitos del tratamiento. Clínicamente las infecciones del tracto urinario son sospechadas por los síntomas de cistitis o pielonefritis y tentativamente confirmada por los hallazgos de piuria o bacteriuria en el examen microscópico de la orina. Con un cultivo de orina con crecimiento de más de 100 000 UFC/ml se considera el “estandar de oro” y se confirma el diagnóstico. Aunque existen indicaciones específicas para realizar un cultivo de orina como son: hombres adultos, pacientes inmunosuprimidos, falla en tratamiento, pacientes con síntomas que excedan los 4 a 6 días, pacientes ancianos con el riesgo de desarrollar bacteremia, signos tóxicos o signos sugestivos de pielonefritis o bacteremia, mujeres embarazadas, pacientes con anomalías anatómicas, pacientes en los que se sospecha obstrucción urinaria (cálculos, hiperplasia prostática); pacientes con enfermedades crónicas degenerativas,

pacientes con alcoholismo o drogadictos, pacientes con hospitalización reciente, pacientes con ingesta de antibióticos y pacientes recientemente instrumentados (cistoscopia, cateterización...)

La mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y se sospecha cistitis o pielonefritis no ameritan de estudios de imagen pero existen situaciones especiales donde es imperativo la realización de las mismas como son: pielonefritis recurrente en un adulto, fiebre persistente por más de 72 horas a pesar de tratamiento y enfermedad severa o paciente inmunosuprimido con infección de vías urinaria asociada. El método de estudio de elección para el estudio del paciente con infección del tracto urinario de urgencia es el Ultrasonido, ya que se trata de un método no invasivo, rápido, barato y confiable.

Las infecciones del tracto urinario en el hombre tienen un ruta ascendente frecuentemente como es de la uretra a la próstata, a la vejiga y finalmente al riñón.

Pielonefritis Aguda: clásicamente los hallazgos son dolor en flanco o ángulo costovertebral, calosfríos y fiebre, frecuencia urinaria, urgencia y disuria. Además se puede presentar mal estar general, náusea y vómito, además de ocasionalmente signos y síntomas de sepsis. Los exámenes de laboratorio revelan en el examen general de orina: leucocitos, eritrocituria y bacteriuria. El cultivo de orina es obligado. Se debe de realizar cultivo de sangre si existen signos de sepsis. Para un hombre con pielonefritis el manejo debe de incluir hospitalización, ultrasonido de urgencia y el uso de antibióticoterapia

debe de ser instaurado inmediatamente en el servicio de urgencias empíricamente después de haber tomado las muestras para el urocultivo.

La epididimitis aguda es caracterizada por dolor testicular y aumento en la sensibilidad del epidídimo., Los síntomas son usualmente unilaterales y se desarrollan en pocos días. El pico de incidencia es de los 20 a 29 años y con 70% de los casos de los 20 a 39 años, aunque puede presentarse en todas las edades. Las causas de la epididimitis agudas son Enfermedades de transmisión sexual en pacientes jóvenes preferentemente como son *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*. Infecciones asociadas con bacterias como son *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* tipo b, otras infecciones como *M. Tuberculosis*, *Brusella*, *Nocardia*, *Candida albicans*; virales como parotiditis, citomegalovirus y enfermedades no infecciosas vasculitis, terapia con amiodarona, enfermedad de Behcet's e idiopáticas.

Uno de los problemas médicos que más angustia provocan en los varones que acuden al servicio de urgencias es el dolor agudo de los órganos genitales. La abundante inervación sensorial de la región genera síntomas intensos, además de que la piel del escroto esta floja y elástica, puede ocurrir un espectacular agrandamiento del escroto a consecuencia de afecciones patológicas del mismo o de los testículos.

El manejo de la epididimitis aguda incluye reposo absoluto en cama, elevación escrotal, analgésicos y el empleo de antibióticos en forma empírica de acuerdo a la edad,

historia sexual y la historia de instrumentación o cateterización reciente. En caso de considerara que la epididimitis es sec a enfermedad de transmisión sexual se deberá de utilizar Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 10 a 14 días , en caso de epididimitis asociada a bacteriuria se deberá de utilizar ciprofloxacina 500 mgs 2 veces al día por 10 a 14 días, en caso de sospecha de n. Gonorrhoeae se sugiere el uso de ceftriaxona 250 mgs IM.

El diagnóstico diferencial deberá efectuarse con torsión testicular, la cual se considera un emergencia urológica quirúrgica, ya que el retardo en el diagnóstico y tratamiento llevara al paciente a la pérdida del testículo. Se calcula una incidencia anual aproximada de 1 en 4000 hombres menores de 25ª de edad, aunque puede presentarse a cualquier edad con su pico máximo de incidencia en la pubertad, otra de las causas de escroto agudo es la Gangrena de Fournier.

RETENCION AGUDA DE ORINA:

Otra de las causas de urgencia urológica lo constituye la retención aguda de orina, las causas son numerosas y las podríamos clasificar de acuerdo al nivel de la obstrucción en Peneanas: fimosis, parafimosis, estenosis meatal y por un cuerpo extraño. Uretrales: tumor, cuerpo extraño, cálculos, uretritis, estenosis y hematoma. Prostáticas: hiperplasia prostática benigna, carcinoma prostático, contractura de cuello vesical e infarto prostático. Neurológicas: parálisis motora: choque espinal, síndromes de cordón espinal, parálisis sensitiva: tabes dorsal, diabetes, esclerosis múltiple. y misceláneas:

medicamentos: antihistamínicos, agentes anticolinérgicos, antiespasmódicos, antidepressivos tricíclicos, alfa adrenérgicos y trastornos psicológicos.

Los síntomas en los adultos viejos incluye disminución progresiva del calibre urinario, nicturia, vacilación, historia previa de retención o historia reciente realización de procedimientos urológicos como son cateterización, dilatación para estenosis o prostatectomía recientes. Los síntomas constitucionales deberán de ser interrogados directamente como son pérdida de peso, dolor óseo (que nos hablaría de un carcinoma prostático) o historia de enfermedades venéreas.

En las mujeres, una causa común de retención urinaria es la atonía y descompensación vesical que resulta de muchos años de vaciamiento infrecuente. En pacientes jóvenes, la retención urinaria podría ser la manifestación temprana de una enfermedad neurológica.

A la exploración física se encuentra una próstata aumentada de tamaño, aunque una próstata de tamaño normal no elimina el diagnóstico como origen de obstrucción urinaria. Si la vejiga contiene más de 150 ml de orina, debe de ser palpable o percusible.

El tratamiento debe de ser encaminado inicialmente a disminuir el dolor urinario causado por la retención aguda de orina y el mejor método es con un cateter uretral estándar, para los hombres calibre 16 o 18 fr. Tipo Foley con balón de 5 ml, previa administración de jalea con lidocaína. Si la sonda no puede ser pasada, el siguiente paso

lo constituye el uso de sonda uretral curva (Coudé), el cual es de gran utilidad en las falsas vías uretrales. Si se encuentra un urólogo en la sala de urgencias se pueden utilizar los catéteres filiformes o metales, pero deben de ser usados con gran precaución por el potencial daño que éstos pueden causar. En caso de haber fallado todos los métodos antes descritos esta indicada la realización de cistostomía percutánea.

HEMATURIA NO TRAUMÁTICA:

La hematuria debe de ser considerada la expresión de una enfermedad urológica seria, pero generalmente no ameritan ningún tratamiento de urgencia, solo en caso de que este causando descompensación hemodinámica o retención aguda de orina por coágulos intravesicales.

ESCROTO AGUDO:

El inicio agudo de dolor escrotal unilateral y aumento de volumen puede presentar uno de los máximos retos para la urgencia urológica y debe de ser considerada una urgencia medica mayor. El reto consiste en que existen varios diagnósticos diferenciales, pero la extrema urgencia esta asociada con el proceso de torsión testicular, por lo que obliga a un inmediato reconocimiento del problema, las causas de escroto agudo son las siguientes condiciones: torsión testicular, epididimitis, tumor testicular, torsión del apéndice testicular, orquitis, trauma de escroto, hernia inguinoesctoales agudas e hidrocele agudo.

El diagnóstico debe de ser realizado a través de la historia clínica, tiempo de inicio de la sintomatología, y la exploración física, además de realizar un ultrasonido escrotal, para poder identificar el sitio exacto de la lesión y poder diferenciar patologías benignas o malignas.

COLICO RENOURETERAL:

La medicina contemporánea es caracterizada por una especialización sofisticada de los médicos, el especialista en cirugía urológica debe de tomar en cuenta que uno de los principales objetivos es la mitigación del dolor de origen genitourinario.

La obstrucción aguda del tracto urinario induce una nocicepción visceral intensa por la distensión de la pelvis renal y la pared ureteral, secundario al aumento de la presión intraluminal. El cólico renoureteral es caracterizado por un inicio abrupto de dolor intolerable. De acuerdo a la intensidad del dolor se recomienda seguir el siguiente esquema de analgesia: Moderado: Diclofenaco 100 mgs orales o ibuprofeno 600 a 800 mgs orales o rectales; Severo: infusión intravenosa de diclofenaco de 50 a 100 mg o dipirona 1 a 2 gr; o desmopresina 40 mcg intranasales; Intolerable: infusión intravenosa de diclofenaco o dipirona + morfina intravenosa (2 a 3 mg por dosis).

TRAUMATISMO GENITOURINARIO:

En 10 a 15% de los casos de traumatismos genitourinarios ocurren lesiones urinarias y genitales. Dado que las lesiones de otros sistemas de órganos suelen ser más evidentes, los médicos del servicio de urgencias no deben de olvidar la posibilidad de lesiones urológicas y efectuar las valoraciones diagnósticas iniciales apropiadas. Los indicios sobre posible lesión de las vías genitourinarias incluyen: 1) lesión directa o evidente de los genitales, 2) traumatismo contuso o penetrante cercano al aparato genitourinario, 3) hematuria, 4) fractura pélvica y 5) intento para introducir una sonda sin éxito.

Las lesiones renales son las más comunes del aparato genitourinario, aunque están bien protegidos por los fuertes músculos lumbares, las costillas, los cuerpos vertebrales y vísceras, los riñones tienen una movilidad poco común, en consecuencia con facilidad ocurren daños en el parénquima y lesiones vasculares. Lo que se debe de realizar inicialmente en el paciente con sospecha de trauma renal es clasificar la lesión si es que no está hemodinámicamente inestable, en traumatismo renal menor: el cual constituye el 85% de los casos e incluye contusiones renales, hematomas subcapsulares y laceraciones corticales superficiales. Traumatismo renal mayor; las laceraciones corticomedulares profundas que se profundicen hasta el sistema colector, originando extravasación de la orina en el espacio perirenal y el estallamiento renal, o bien cualquiera de las anteriores asociada con una lesión vascular ya sea arterial o venosa. El tratamiento es conservador en caso de ser una lesión renal menor y quirúrgico en caso de lesión renal mayor o en caso de descompensación hemodinámica, hematoma expansivo o la palpación de masa pulsátil en el flanco afectado.

Las lesiones uretrales aunque son raras ocurren con mayor frecuencia en varones secundaria a traumatismos contusos. Las lesiones de la uretra posterior a menudo se relacionan con fracturas pélvicas y el traumatismo de la uretra anterior ocurre por lo general en lesiones a horcajadas. Las posibles complicaciones son estrechez, impotencia e incontinencia.

Los síntomas de la uretra anterior son que el paciente suele comentar una caída y dolor perineal, la presencia de sangre en el meato indica lesión uretral y si la fascia de Buck esta conservada la extravasación de orina se limitará al cuerpo del pene y al peritoneo, con la rotura de la fascia de Buck es posible que se extienda la sangre y orina a lo largo del pared abdominal limitándose sólo por la fascia de Scarpa.

En caso de lesión de uretra posterior, los síntomas son incapacidad para orinar y dolor abdominal. El signo más importante es la presencia de sangre en el meato y es imperativo de realizar un uretrograma retrogrado de urgencia. El examen físico revela hipersensibilidad suprapúbica y fractura pélvica; al tacto rectal la próstata puede mostrar un desplazamiento superior de la próstata y un gran hematoma pélvico, sin embargo la próstata no se desplazará hacia arriba si los ligamentos puboprostáticos permanecen intactos.

El tratamiento en ambos casos es decir, fractura anterior o posterior es evitar el sondeo del tracto urinario a ciegas, es decir el departamento de urgencias, es imperativo realinear la uretra endoscópicamente o realizar una cistostomía suprapúbica.

OBJETIVO:

Determinar los motivos de interconsulta de urgencia urológica en el departamento de Admisión continua del HECMR

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto de mayo del 2002 a abril 2003 en el departamento de admisión continua del HEMR, se requisitó un formato con 20 reactivos que se completo a partir de la nota de interconsulta generada por el médico de base de dicho departamento.

Las variables fueron edad, sexo, motivo de consulta, medio de transporte, tiempo para realizar la interconsulta, lapso de tiempo entre el inicio de la sintomatología y recibir atención médica, etiología, método diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico.

El análisis de los resultado se realizó mediante estadística descriptiva.

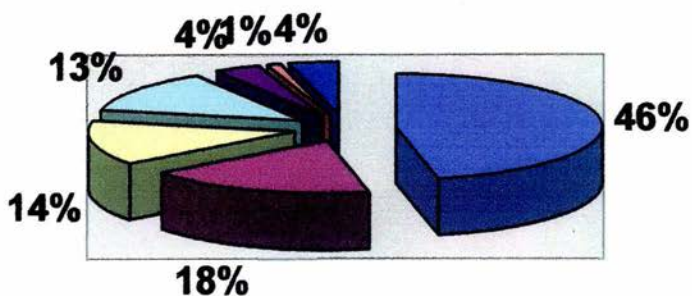
RESULTADOS.

Se incluyeron 983 interconsultas en el estudio, obteniendo un promedio de 2.69 urgencias urológicas recibidas en “admisión continua” por día; la edad promedio fue de 50 años, con un total de 775 hombres (78%) y 208 mujeres (22%).

El motivo de consulta de urgencia en el servicio de “admisión continua” mas frecuente fue por Retención Aguda de Orina en 459 pacientes, es decir un 46%. Seguido por Cólico Renoureteral por 177 pacientes; Infección de vías Urinarias 135 pacientes; Hematuria 126 pacientes; escroto agudo por 38 pacientes, Sonda Foley retenida por disfunción de globo de sonda 24 pacientes, trauma genitourinario 11 pacientes, Dolor oseó metastásico por 8 pacientes y 5 pacientes por fistula vesicovaginal. (Fig. 1)

Tomando en cuenta el total de urgencias el 52% de los pacientes acudieron por medios propios y el 48% llegaron en ambulancia la HECMNR. 434 pacientes procedieron de su hogar, mientras 549 fueron enviados de su Hospital General de Zona.

Fig. 1. CAUSAS DE URGENCIA UROLOGICA



| | |
|-----------------|-------------|
| ■ RAO | ■ COLICO RU |
| ■ IVU | ■ HEMATURIA |
| ■ ESCROTO AGUDO | ■ TRAUMA GU |
| ■ OTRAS | |

Fig 2. Tiempo transcurrido entre inicio de PA y llegada a Urgencias.

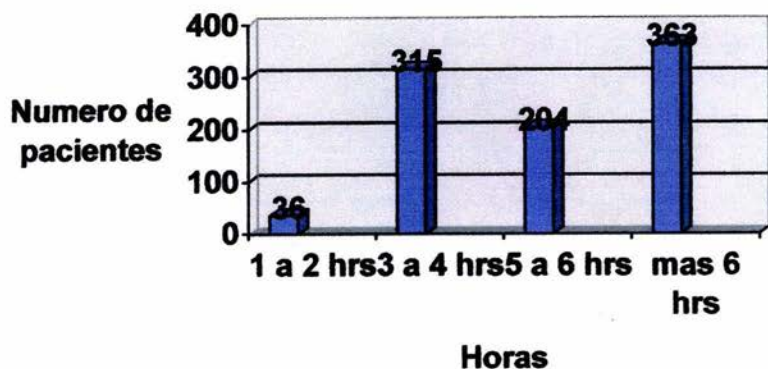
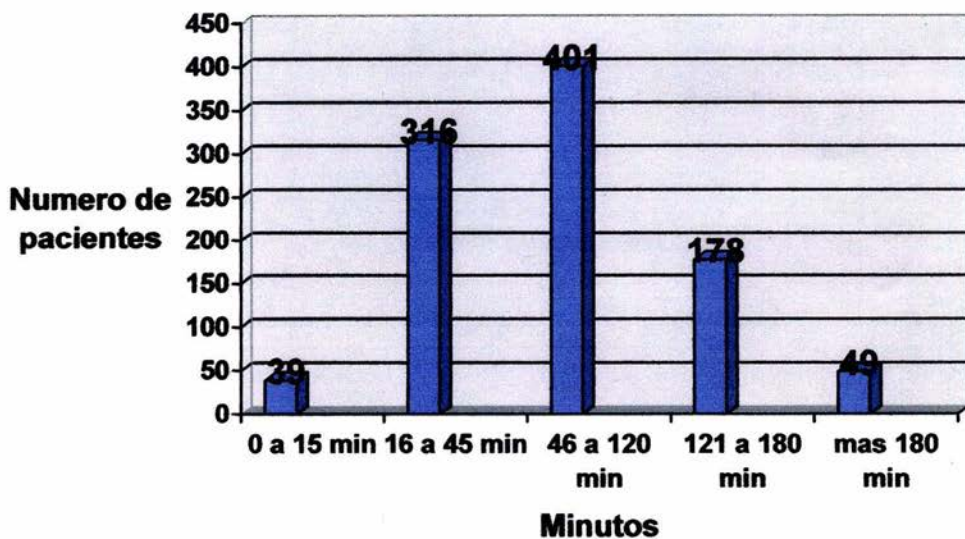


Fig. 3. Minutos transcurridos entre su llegada al servicio de "admisión continua" y su atención por urologo de guardia.



El tiempo transcurrido entre su inicio de padecimiento y su llegada al servicio de urgencias fue de 36 pacientes acudieron entre 1 y 2 horas de iniciado su padecimiento; 315 pacientes acudieron a las 3 a 4 horas, 204 a las 5 a 6 horas y 363 pacientes acudieron después de 6 horas del inicio de su sintomatología. (Fig. 2).

Las horas de estancia en su Hospital General de Zona y su llegada al Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza”, solo 38 pacientes llegaron al servicio de “admisión continua” 1 a 2 horas después de haber acudido a su Hospital General de Zona, la mayoría de los pacientes, es decir el 72% (484) de los pacientes esperaron entre 3 a 6 horas para llegar a ser valorados por urología en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “la raza”, y 145 pacientes fueron enviados después de 6 horas de haber llegado a su Hospital General de Zona. Cabe mencionar que 319 pacientes no acudieron a su Hospital General de Zona y lo hicieron directamente al Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza”.

Los minutos transcurridos entre su llegada al Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza” y su atención por el

servicio de urología de guardia fue de 39 pacientes en menos de 15 minutos, 316 pacientes entre 16 y 45 minutos, 401 pacientes entre 46 y 120 minutos, 178 pacientes entre 121 y 180 minutos y 49 pacientes esperaron mas de 180 minutos para ser valorados por el urólogo de guardia. (Fig. 3).

El tiempo transcurrido entre el contacto inicial por el urólogo de guardia y la resolución de su motivo de consulta fue de menos de 30 minutos 27 pacientes, entre 31 y 60 minutos 511 pacientes, entre 61 y 120 minutos 259 pacientes, de 61 a 120 minutos 95 pacientes y mas de 180 minutos 91 pacientes.

El Lugar al cual fueron egresados del servicio de “admisión continua” fue 672 pacientes a su hogar, 271 pacientes enviados a continuar tratamiento en su Hospital General de Zona y 40 pacientes fueron hospitalizados en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional “La Raza”.

De los 459 pacientes que acudieron por Retención Aguda de Orina, la edad promedio fue de 67.12 años, 450 del sexo masculino y 9 femenino. La retención aguda de orina fue secundaria a Estenosis de uretra en 237 pacientes, es decir el 51%. La segunda causa de retención aguda de orina fue

por Hiperplasia Prostática Benigna con 183 pacientes, es decir 39%. 20 pacientes llegaron a retención aguda de orina por Hematuria, 12 pacientes por vejiga neurogénica y 7 pacientes por otras causas.(Fig. 4)

258 pacientes de los que acudieron por retención aguda de orina habían sido instrumentados de la uretra antes de la valoración por el urólogo de guardia del Hospital de especialidades centro medico nacional “La Raza”, de los cuales a 90 pacientes (35%) se les había causado trauma de uretra manifestado por uretrorragia y 6 tenían infiltración de orina iatrogénica y estos ameritaron cistostomía percutánea de urgencia.

El método de resolución mas frecuentemente utilizado fue la hidrodilatación uretral y colocación de sonda foley uretral a derivación, con 167 pacientes, es decir el 36%; en 73 pacientes se utilizaron dilatadores uretrales filiformes; en 72 pacientes se utilizaron dilatador uretral curvo (Coude), y el 37 pacientes se utilizaron dilatadores uretrales metalicos curvos (Van Beuren), y en 110 pacientes no fue posible cateterizar la uretra y ameritaron cistostomía percutánea. (Fig. 5).

FIG. 4. CAUSAS DE RETENCION AGUDA DE ORINA

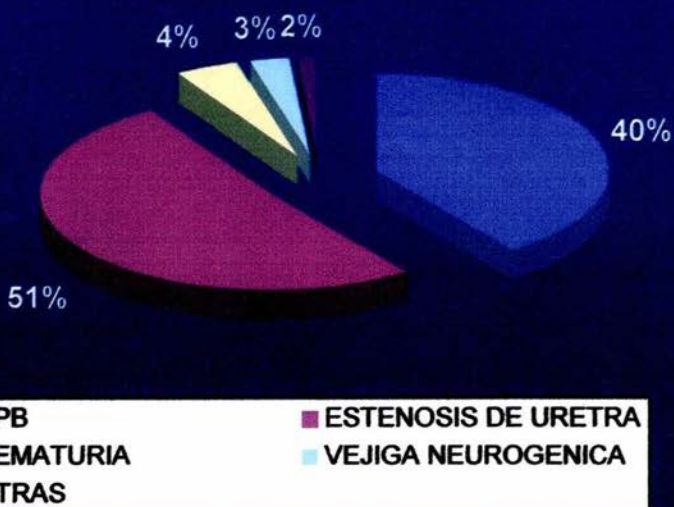
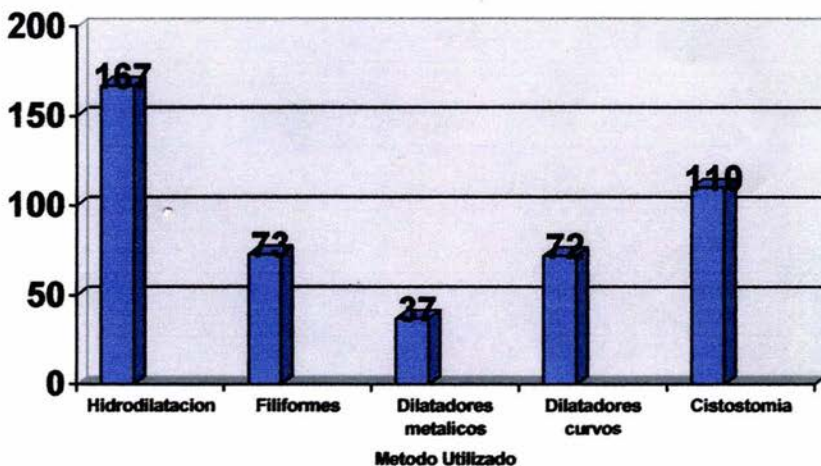


Fig. 5 Metodo de resolucion de la Retencion Aguda de Orina



De los 983 pacientes un total de 177 pacientes acudieron por cólico renoureteral, con una edad promedio de 53 años, 73 sexo masculino y 104 sexo femenino, el 67% (120 pacientes) fueron secundarios a litiasis urinaria, 30 pacientes por infección de vías urinarias alta, 15 por uropatía obstructiva extrínseca y 12 por tratamiento con Litotricia Extracorporea. Los métodos diagnósticos utilizados en su mayoría combinados fue de Examen General de orina a 147 pacientes, Ultrasonografía Renal a 165 pacientes y Placa Simple de Abdomen a 135 pacientes. El método de resolución tratamiento conservador médico con analgésico, antiespasmódico y antibiótico a 141 pacientes, tratamiento con hospitalización y antimicrobiano intravenoso a 36 pacientes y 15 pacientes ameritaron derivación urinaria con doble J o nefrostomía de urgencia.

De los 983 pacientes 135 pacientes acudieron por Infección de vías Urinaria, con una edad promedio de 53.6 años, 96 del sexo masculino y 39 femenino. La localización fue en vías urinarias altas en 66 pacientes y 69 pacientes en vías urinarias bajas. En cuanto al tipo de infección de vías urinarias 33 pacientes acudieron con infección complicada y 102 pacientes No complicada. El método diagnóstico fue con Examen General de orina en 105 pacientes, Ultrasonografía Renal a 68 pacientes, 10 pacientes con Placa

Fig 6. Causas de Colico Renoureteral.

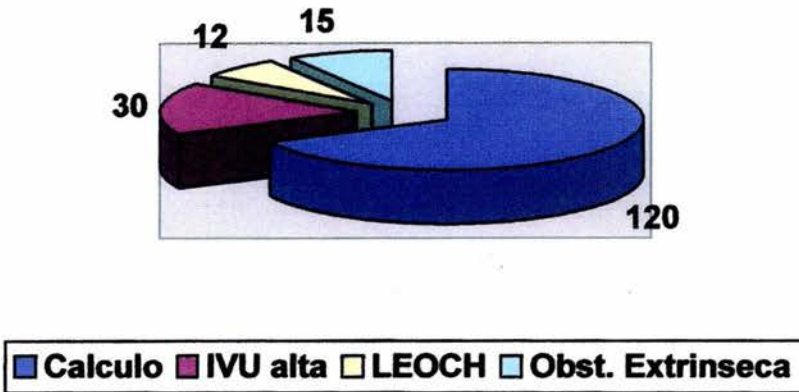
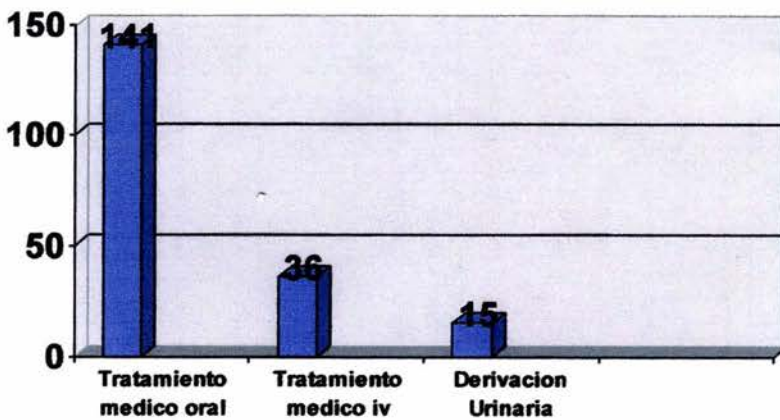


Fig. 6. Metodo de Resolucion del Colico Renoureteral



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

simple de abdomen y 6 pacientes ameritaron Tomografía Computada. El método de resolución fue de Antibióticos orales a 123 pacientes y 12 fueron tratados con antibióticos intravenoso y 2 pacientes ameritaron colocación de catéter doble J por pionefrosis; 1 paciente fue tratado con nefrostomía por pionefrosis enfisematosa y 3 pacientes ameritaron drenaje de absceso perirenal.

De los 983 pacientes 126 acudieron por Hematuria con una edad promedio de 65 años, 80 del sexo masculino y 46 sexo femenino. El origen de la hematuria fue por Hiperplasia Prostática Benigna en 66 pacientes, 30 pacientes por Cáncer de Vejiga, 12 pacientes por cistitis post radioterapia, 6 pacientes por Cáncer de Riñón, 6 pacientes por tratamiento con Litotricia Extracorporea, 5 pacientes por Cáncer de Próstata y 1 paciente portador de catéter doble J. El método de resolución fue conservador en 10 pacientes, 24 pacientes ameritaron sonda foley transuretral a derivación y 90 pacientes ameritaron sonda foley uretral con irrigación continua y 2 pacientes ameritaron drenaje de hematoma secundario a tratamiento con litotricia extracorpórea.

De los 38 pacientes que acudieron por Escroto Agudo la edad promedio fue de 42 años, todos del sexo masculino, la causa mas frecuente fue la epididimitis con 15 pacientes, 10 pacientes por parafimosis, 7 pacientes por fimosis, 6 pacientes por cáncer testicular. El método de resolución fue conservador en 25 pacientes y en 14 amerito de tratamiento quirúrgico de acuerdo a la causa.

De los 11 pacientes que acudieron por trauma genitourinario, la edad promedio fue de 26 años, 7 del sexo masculino y 4 pacientes femenino, 4 pacientes por trauma de uréter, 4 pacientes por trauma de uretra, 1 paciente por trauma de riñón, 1 paciente por trama de vejiga y 1 paciente por trauma de escroto. El 36 % (4) de los pacientes fue trauma iatrogénico y el otro 64% por trauma cerrado. El método diagnostico fue ultrasonografía renal en 6 pacientes, 4 pacientes con urografía excretora, 4 pacientes con uretrocistografía retrograda, 1 paciente tomografía computada y 1 paciente pielografía ascendente. El método de resolución quirúrgico en 7 pacientes y conservador en 4 pacientes.

DISCUSIÓN.

La incidencia de urgencias urológicas en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza”, son relativamente bajas con un promedio de 2.69 interconsultas por el servicio de “admisión continua” diarias. En la actualidad en la literatura médica mundial no existe un reporte con el que se pueda comparar el resultado de nuestra serie.

La causa mas frecuentemente de interconsulta fue la Retención Aguda de orina que generó el 46% cifra similar a lo comunicado por otros autores (9) (10), las que se solucionaron mediante cistostomía en el 24% de los casos, el 36% son resueltas mediante la hidrodilatación uretral; encontramos que el 35% es secundaria a iatrogenia por intentos fallidos de colocación de sonda foley uretral previa a ser valorado por el urólogo, cifras que lo reportado en la literatura mundial varían considerablemente ya que se reporta un 12% de resolución por este medio (9) (10).

Por lo que se refiere al cólico renoureteral con el 18% de las urgencias urológicas, destaca que el 67% son causados por litiasis urinaria y el 28% ameritan resolución hospitalaria mediante la administración de analgésico, antiespasmódico y antibiótico IV, un 9% ameritó tratamiento quirúrgico, por medio de derivación urinaria, no encontramos diferencia en el tratamiento médico instituido por los urólogos del departamento en

comparación con lo comunicado en otras series, llama la atención de ésta series que tiene un mayor porcentaje de tratamiento quirúrgico para ésta patología (1) (4) (8) ..

Sin embargo, por la división en niveles de atención y clasificación de los pacientes también es de destacar que solo se atendieron 11 pacientes de trauma genitourinario, ya que los el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza” es un servicio de referencia de pacientes que ya recibieron atención médica en un hospital de traumatología las lesiones que ponen en peligro la vida.

CONCLUSIONES:

La incidencia de urgencias urológicas en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza” es de 2.69 interconsultas por día. El padecimiento mas frecuentemente observado es la Retención Aguda de orina ocupando el 46% del total de pacientes que acuden por urgencia de urología y el segundo en frecuencia es el cólico renoureteral con 18%. El 14% de los pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico, de los cuales 110 fueron cistostomia y de estos el 35% por lesión iatrogena de uretra por intento fallido de colocación de sonda foley uretral previo a la valoración por urólogo. Solo se observaron 11 pacientes con trauma genitorinario.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tintinnalli, et al. Urgencias médicas. Ed. Panamericana. 7ª edición. 2000. pp: 639-645, 587- 600. Vol. 1.
- 2.- Rosen P, et al. Diagnóstico y tratamiento de urgencias, 6a edición. 1998. pp: 319- 331.
- 3.- Walsh P, et al. Urología de Campbell's. 8ª edición 2002. pp: 3221-3302.
- 4.- Shokkeir A.A., The diagnosis or upper urinary tract obstruction. BJU International, 1999; 83: 893-901.
- 5.- Cuckow PM; Frank JD. Torsion of the testis. BJU International, 2000; 86: 349 – 53.
- 6.-Chapple CR. Urethral injury. BJU International, 2000; 86: 318-26.
- 7.- Luzzi GA, O'brien TS. Acute Epididymitis. BJU International, 2001; 87: 747 – 55.
- 8.- Heid F, Jage J. The treatment of pain in urology. BJU International, 2002; 90: 481-8.
- 9.- Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. BJU International, 2000; 85: 186-201.
- 10.- Patel MI, Watts W, Grant A. The optimal form of urinary drainage after acute retention of urine. BJU international, 2001; 88: 26-9 .