

ACTITUD DE URGENCIA ANTE UNA HEMATURIA

R. Prieto Castro, F. J. Montero Pérez*, L. Jiménez Murillo*, J. J. Roig García*,
J. González Barranco*, A. Berlango Jiménez*

*Unidad Funcional de Urgencias. Servicio de Urología. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.

La hematuria es la presencia de hematíes en la orina, hecho de vital importancia, tanto para el paciente como para el médico, ya que traduce la existencia de una patología subyacente, a menudo grave, que se localiza generalmente en el aparato urinario (riñón, uréter, vejiga, uretra prostática o próstata) y con menos frecuencia a nivel extraurinario.

Para hablar de hematuria es preciso que el paso de sangre a la orina se produzca por encima del esfínter estriado de la uretra, ya que cuando se produce por debajo de éste se denomina uretrorragia.

El motivo más común de hematuria en los varones de 40-60 años es el tumor vesical, seguido de litiasis o infección del tracto urinario. En cambio, en las mujeres de la misma edad, la causa más frecuente es la infección urinaria y a continuación la litiasis y los tumores vesicales. Después de 60 años, la causa más común de hematuria en ambos sexo es el tumor vesical.

Cuando la hematuria es tan importante que altera la estabilidad hemodinámica del paciente o se asocia a coágulos dificultando la micción reviste las condiciones de una auténtica urgencia. Es por esto que se hace preciso disponer en los servicios de urgencia de un protocolo de actuación diagnóstica y terapéutica para un correcto tratamiento de esta patología. A continuación, presentamos una breve revisión sobre el tema, así como el protocolo de actuación elaborado conjuntamente por los servicios de Urología y de Urgencias del Hospital Reina Sofía, de Córdoba.

Clasificación

Clasificación simple

La clasificación más simple de la hematuria es aque-

lla que la diferencia, en función de si es visible o no por el ojo humano en:

Microscópica

Se define como la presencia de más de 3 hematíes/campo en orina fresca.

Macroscópica

Cuando existen más de 5.000 hematíes/ml, en orina emitida recientemente y sin centrifugar.

Clasificación en relación con la micción

Otra clasificación es aquella que la diferencia dependiendo de su relación con la micción, sugiriendo su posible origen:

Hematuria inicial

Es la que aparece al comienzo de la micción y sugiere un origen uretral.

Hematuria total

Es la que tiene lugar durante la micción e indica un origen intravesical o por encima de la vejiga.

Hematuria terminal

Se caracteriza por aparecer al final de la micción y sugiere una lesión en el cuello vesical o en la próstata.

Para precisar estas características es clásica la prueba de los tres vasos. Sin embargo, esta diferenciación sólo puede realizarse en las hematurias de escasa cuantía, y carece de valor cuando la pérdida hemática es importante.

Clasificación etiológica

En la tabla I se reflejan las principales causas de hematuria. A continuación expondremos unas ideas básicas sobre cada una de ellas que permitan una orientación diagnóstica práctica para el médico que se en-

TABLA I. Clasificación etiológica de hematuria

1. Hematuria de las nefropatías médicas
2. Hematuria de los tumores
3. Hematuria de litiasis
4. Hematuria por procesos infecciosos
5. Hematuria por procesos congestivos
6. Hematuria de los traumatismos
7. Hematuria secundaria a fármacos
8. Hematuria esencial

frenta frecuentemente a este tipo de patología en los servicios de urgencias.

Hematuria de las nefropatías médicas

Es generalmente de escasa cuantía y se acompaña de datos clínicos y de laboratorio que permiten llegar al diagnóstico de sospecha (hipertensión arterial, edemas, cilindruria, proteinuria, etc.)

Hematuria de los tumores

La hematuria de los tumores (renales, uroteliales, vesicales y prostáticos) debe considerarse en adultos mayores de 40 años.

Prostáticos. En la hipertrofia prostática, la hematuria es, al igual que la retención urinaria aguda o la infección, una complicación; se debe a la congestión del proceso adenomatoso. Se trata de una hematuria terminal y se acompaña de la semiología propia del síndrome prostático (micción retrasada, pérdida de fuerza y disminución del calibre del chorro de orina, goteo terminal, estranguria, tenesmo vesical, polaquiuria, etc.).

En el cáncer de próstata, la hematuria acompaña a un síndrome prostático atípico con dolor lumbar o sacro. El tacto renal pone de manifiesto una próstata firme, de consistencia pétreo e irregular y a menudo con nódulos de bordes imprecisos.

Renales y de urotelio superior. Se manifiestan como hematuria total, insidiosa y espontánea. Es de carácter intermitente y abundante, y se acompaña a menudo de coágulos alargados. En ocasiones, cuando es abundante, puede producir retención urinaria o dolor de tipo cólico uretral por coágulos.

Vesicales. Los tumores papilares de vejiga, benignos y malignos, cursan con hematuria generalmente abundante, siempre total, en la que puede observarse el refuerzo terminal, y a veces inicial, que traduce la localización del tumor próximo al cuello vesical.

En los tumores primitivamente infiltrantes la hematuria se acompaña de signos de infección vesical, y la

orina es turbia como consecuencia del proceso infeccioso que perpetúa la neoplasia.

Hematuria por litiasis

Los cálculos dan lugar por lo general a hematurias discretas (microhematurias) que se acompañan de síntomas propios del cólico renouretral paroxístico. Un cólico renal por definición jamás causa una hematuria macroscópica y menos con coágulos.

Hematuria por procesos infecciosos

Las infecciones agudas, a cualquier nivel del aparato urinario, pueden originar hematuria de diferente importancia que se acompaña de semiología infecciosa (fiebre y escalofríos de predominio vespertino, piuria y leucocituria), aunque en ocasiones ésta es poco relevante y la hematuria es el elemento dominante del cuadro clínico.

Hematuria por procesos congestivos

La ptosis renal, la hidronefrosis y el riñón poliquístico originan hematurias que se asemejan a las de los procesos tumorales. Los procesos congestivos bajos se relacionan casi en su totalidad con causas prostáticas y se acompañan de los demás elementos del síndrome prostático.

Mención especial merecen las hematurias del embarazo, independientes de las pielonefritis. Son poco frecuentes, de origen vesical o renal y cesan, por lo general, al terminar la gestación, pero pueden plantear dificultades diagnósticas.

Hematuria de los traumatismos

El 10 % de todos los traumatismos atendidos en un servicio de urgencias afectan al tracto genitourinario. Los renales son los más comunes, seguidos de los vesicales y uretrales.

Los traumatismos renales son una causa habitual de hematuria. Ésta constituye un elemento fundamental para pensar en una lesión renal como consecuencia de aquéllos. Los tres signos clásicos de presentación son los siguientes: hematuria, dolor en costado y contractura o masa palpable en dicha zona.

El traumatismo vesical o uretral se debe generalmente a fractura de los huesos de la pelvis. En ambos casos existe dolor hipogástrico y puede haber hematuria y retención de orina.

Hematuria secundaria a la administración de fármacos

Ciertos medicamentos pueden ocasionar hematuria. Así, los anticoagulantes, cuando no se realiza un es-

tricto control del paciente, pueden ocasionarla como expresión de un estado de hipocoagulabilidad extrema (generalmente con valores de actividad de protrombina menor de 20 %). La ciclofosfamida puede producir una cistitis hemorrágica que obliga a suspender la administración del fármaco. Otros fármacos capaces de producir hematuria son: amitriptilina, ácido acetilsalicílico, clorpromacina, meticilina y sulfamidas.

Hematuria esencial

Es aquella cuya causa no puede ser precisada con un estudio exhaustivo. Su incidencia es menor de un 5 %.

Actitud diagnóstica en urgencias

Historia clínica detallada

Para realizar una historia clínica detallada se valorarán los siguientes aspectos:

1. Antecedentes urológicos y/o ginecológicos.
2. Episodios anteriores similares.
3. Ingesta de medicamentos que pueden ocasionar hematuria, de alimentos con colorantes o de fármacos que puedan pigmentar la orina (se comentará más adelante).
4. Radioterapia previa: los síntomas se pueden presentar incluso meses después de haber cesado el tratamiento.
5. Características de la hematuria: tiempo de micción en que se produce (inicial-total-final), tiempo de evolución y forma de inicio, y existencia de coágulos.
6. Síntomas asociados: fiebre y escalofríos que sugieren origen infeccioso; dolor suprapúblico y disuria (cistitis); dolor lumbar, fiebre y vómitos (pielonefritis aguda); dolor o sensación de peso perineal, disuria, polaquiuria, estranguria, tenesmo vesical y fiebre (prostatitis aguda); síndrome constitucional (neoplasias); edemas periféricos, hipertensión arterial (glomerulonefritis); sordera (síndrome de Alport), etc.
7. Factores desencadenantes y/o agravantes: aparición exclusivamente matutina (hemoglobinuria paroxística nocturna), tras ejercicio intenso (hematuria benigna postesfuerzo), exposición al frío, traumatismos o manipulaciones urológicas, etc.

Exploración física

1. Toma de constantes vitales para valorar situación hemodinámica.
2. Búsqueda de petequias, equimosis, adenopatías

y esplenomegalia (posible discrasia sanguínea o alteraciones de coagulación).

3. El dolor a la palpación del ángulo costovertebral con fiebre resulta indicativo de una infección de las vías urinarias altas, mientras que el dolor a la palpación suprapúbica orienta hacia una cistitis.

4. Palpación de fosas renales buscando agrandamiento del tamaño de los riñones (poliquistosis) o masas (tumor).

5. Debe realizarse siempre puñopercusión renal (litiasis o infección).

6. Exploración de genitales externos, fundamentalmente en mujeres (a veces el origen puede ser vaginal).

7. En varones siempre se realizará un tacto rectal para valoración del tamaño, consistencia y sensibilidad de la próstata. Así, una próstata blanda y dolorosa al tacto hará sospechar una prostatitis.

Exploraciones complementarias

En la consulta de urgencias se realizarán las siguientes exploraciones complementarias:

a) Análisis de orina mediante tira reactiva. Sólo si existe sospecha de síndrome nefrótico o glomerulonefritis se realizará estudio de sedimento urinario donde la presencia de cilindros hemáticos orientará hacia el origen glomerular de la hematuria.

b) Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.

c) Bioquímica sanguínea para determinación de urea, creatinina, sodio y potasio.

d) Radiografía simple de aparato urinario.

e) Cuando se trate de una hematuria importante sin coágulos o existan antecedentes de coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes, se solicitará estudio de coagulación.

Diagnóstico diferencial

Metrorragias

En la mujer menstruante o que presente patología ginecológica acompañada de metrorragia la orina se mezcla con la sangre en el introito vulvar pudiendo provocar confusión. En este caso el sondaje vesical aclarará el origen.

Seudoheaturias

Con este término se designan aquellas situaciones en las que la orina aparece de color rojizo debido a la presencia en ella de otros pigmentos distintos de la hemoglobina, como ocurre en las siguientes situaciones: orina del paciente febril, que contiene gran cantidad de uratos; ingesta de ciertos medicamentos o alimen-

tos (tabla II); alteraciones metabólicas como la porfiria, en la que la orina se oscurece y torna roja después de su emisión (en contacto con el aire ambiente), y mioglobulinuria, en las que hay respectivamente mioglobina (resultante de la destrucción del músculo esquelético como ocurre en el golpe de calor, grandes politraumatizados) y hemoglobina (síndromes hemolíticos) en la orina. En ambas situaciones la tira reactiva da positivo para sangre pero en el sedimento no se encuentran hematíes.

Criterios de ingreso

Los criterios de ingreso son los siguientes:

1. Hematuria cuantiosa con repercusión del estado hemodinámico del paciente.
2. Hematuria importante que provoque retención aguda de orina por coágulos.
3. Anemia severa y/o alteraciones de la coagulación sanguínea que justifiquen el sangrado.
4. Insuficiencia renal. Cuando exista además hipertensión arterial, edemas y/o alteraciones del sedimento urinario (proteinuria, cilindros hemáticos, etc.) propias de nefropatía médica, ingresará para estudio nefrológico.
5. Hematuria macroscópica postraumática. Se avisará de inmediato al servicio de urología para valoración especializada.

Actitud terapéutica de urgencias

Medidas generales

Se realizará a todo enfermo con hematuria, independientemente de la gravedad de ésta: a) sondaje vesical con sonda antihemática de 3 vías, número 20/22 ch; b) lavado vesical con suero fisiológico para extraer posibles coágulos.

Medidas sintomáticas

Criterios de ingreso

Si el paciente tiene criterios de ingreso hospitalario se realizará: a) suero lavador continuo con glicina 1,5 % manteniendo permeable la sonda vesical; b) si la hemoglobina es menor de 8 g % y el hematócrito menor del 27 %, se cursarán pruebas cruzadas y se solicitará la transfusión de 2 concentrados de hematíes; c) forzar diuresis, se prescribirá una ingesta hídrica oral de 3 l/día. Si el paciente presenta intolerancia oral, se administrará suero glucosalino 1.000 ml/8h, salvo que exista patología cardiopulmonar de base en cuyo caso el aporte de líquidos será menor e incluso se puede asociar algún diurético como furosemida.

TABLA II. Medicamentos o alimentos causantes de pigmenturia

Citostáticos: daunorrubicina y doxorrubicina
Antipalúdicos: cloroquina y primaquina
Clorzoxazona
Mesilato de deferoxamina
Ibuprofeno
Anticoagulantes indandiónicos
Laxantes que contienen dantrón, fenoltaleína, senna o cáscara
Levodopa
Metildopa
Nitrofurantoína
Fenacetina
Fenazopiridina
Fensuximida
Fenitoína
Quinina
Rifampicina
Cotrimoxazol
Sulfanalacina
Antipirina
Colorantes de anilina
Colorantes alimentarios
Rojo Congo
Moras

Tomada por K. Bauzá, 1985.

Sin criterios de ingreso

Si el paciente no tiene criterios de ingreso hospitalario se procederá a su alta médica, remitiéndolo en el menor tiempo posible a su urólogo de zona para completar estudio, con el siguiente tratamiento: sondaje uretral permanente; ingesta hídrica mínima de 3 l/día, y prescripción de antisépticos urinarios como ácido pipemídico (400 mg/12 h), norfloxacin (400 mg/12 h) o ciprofloxacina (250 mg/12 h), si existiese síndrome miccional asociado.

Bibliografía

1. Smith DR. Urología General (6.ª ed.). México, Edit. El Manual Moderno S.A., 1980.
2. Vela R, Díez JA, Martínez S. Urgencias de urología. Medicina Integral 1986; 7: 49-57.
3. Bauzá K, Sosa C, Cabrer B. ¿Qué haría usted ante una hematuria? Medicina Integral 1985; 6: 421-429.
4. Hughes FA, Schenone H. Urología práctica. Buenos Aires, Edit. Intermédica, 1971, 79-95.
5. Edson Ponte J. Cáncer de próstata. Barcelona, Edit. Pulso ediciones. 1989.