

HEMATURIA

Dr. Jose A. Queipo Zaragoza
Médico adjunto del Servicio de Urología

ETIOLOGÍA (Tumoral si no se demuestra lo contrario)

- Tumor vesical, prostático y renal
- ITUs: Cistitis y Prostatitis agudas.
- Litiasis renal o vesical. HBP en varones.
- Traumatismos renales o pélvicos.
- "Ex vacuo" tras sondaje y vaciado rápido. Se evita con evacuación intermitente (cada 150cc)
- Otras: Origen glomerular (en nefropatías juveniles), Cistitis rádica (tras RT), etc.

Las Pseudohematurias son debidas a pigmentos/farmacos que colorean orina: remolacha, setas, moras, bilirrubina, nitrofurantoina, sulfamidas e ibuprofeno.

CLÍNICA

- **HEMATURIA MONOSINTOMÁTICA INTENSA + COÁGULOS: SUGIERE TUMOR**
- Requiere la confirmación "de visu" por el facultativo (Si fuese necesario realizar sondaje vesical para confirmación)
- Si es microscópica (remitir para estudio ambulatorio)
- Investigar toma de antiagregantes (AAS, Clopidogrel) y/o Anticoagulantes tipo Sintrom.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma** (repercusión niveles de hemoglobina-Hto)
- **Hemostasia**
- **Bioquímica** (U,Cr)
- **Sedimento orina** (no realizar. La hematuria es evidente!!!).
- **Rx simple** (litiasis radiopacas)
- **Ecografía** (opcional, para descartar tumores).
 - En traumatismos es imprescindible (ECO vs. TAC)

TRATAMIENTO

- Abundante ingesta hídrica vs. Fluidoterapia IV.
- Profilaxis antimicrobiana si sondaje.
- No hay estudios que demuestren la eficacia de Caproamin-Fides. Mejor no usarlo si hematuria franca.

A) CRITERIOS DE INGRESO:

- Alteraciones hemodinámicas previsibles (según Hto)
- Hematuria muy franca (riesgo de coágulos intravesicales y RAO)

B) TRATAMIENTO DE INGRESO:

- Retirar antiagregantes y anticoagulantes si es posible
- Fluidoterapia IV 24h: 2000cc
- Colocar sonda vesical 3 vías nº20 y lavado continuo si hematuria franca
- Controles de Hb y estado hemodinámico: transfusiones si precisara.