

**PROCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL ADULTO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**





GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL ADULTO

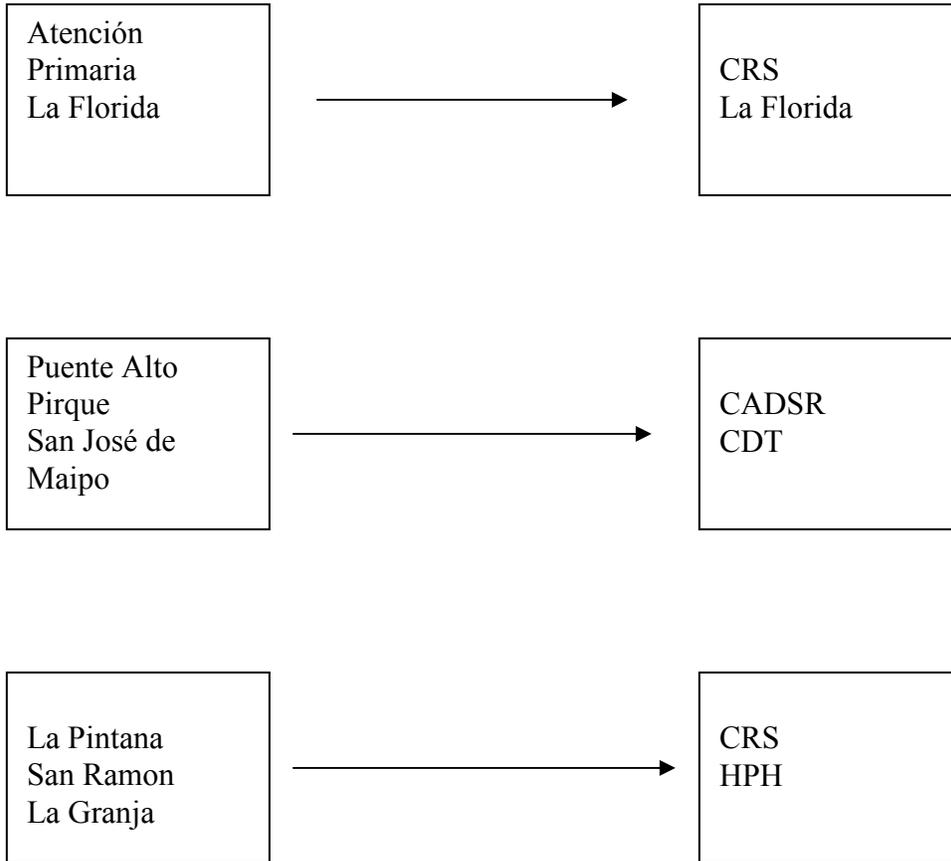
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

UROLOGIA

OBJETIVO

- APROVECHAMIENTO IDONEO DE LOS RECURSOS FISICOS, TECNICOS Y PROFESIONALES.
- DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA AL DERIVARSE SOLO PATOLOGIAS QUE REQUIERAN DE UNA ATENCION SECUNDARIA O TERCIARIA.
- ATENCION PRECOZ Y OPORTUNA DE PATOLOGIAS QUE REQUIERAN DE EVALUACION Y TRATAMIENTO PRECOZ.
- DISMINUIR LAS COMPLICACIONES O SECUELAS SECUNDARIAS A ATENCION TARDIA.
- MEJORAMIENTO DE LA RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA Y TERCIARIA.
- MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA AL EFECTUARSE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL TECNICO Y PROFESIONAL A TRAVES DE MODULOS DE EDUCACION CONTINUA.
- MEJORAMIENTO EN LA ATENCION SECUNDARIA Y TERCIARIA AL DESCONGESTIONARSE DE PATOLOGIA BANAL, PUDIENDO UTILIZARSE LOS RECURSOS EN FORMA DIRIGIDA, ELABORANDOSE PLANES DE TTO, A TRAVES DE LA CREACION DE EQUIPOS DE TRABAJO ESPECIFICOS.

DERIVACION DESDE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA A ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION SECUNDARIA.



RECURSO HUMANO

SSMSO	UROLOGIA	HORAS /SEMANALES
CADSR CDT	7	46
CRS La Florida	2	44
CRS HPH		

UROLOGIA

“INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE”

DEFINICIÓN

Más de 3 infecciones urinarias en un año.

Reinfección

ITU causada por distintos microorganismos.

Recidiva

ITU causada por el mismo microorganismo que causó ITU anterior. La recidiva puede ser originada por tratamiento inadecuado corto, o cuando existen anomalías morfológicas de la vía urinaria.

ETIOPATOLOGÍA

Mecanismo ascendente en personas con o sin anomalías morfológicas o funcionales de la vía urinaria.

Ascendente (más común)-GI organismos

- Hematógena (absceso perirrenal)
- Linfático
- Directa (enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis)

NIVEL DE ATENCIÓN

Reinfección = APS

Recidiva = Nivel secundario para estudio Nefrourológico.

FACTORES DE RIESGO Y PREDISPOSICIÓN

1. Sexo femenino
2. Genéticos : Factor de Lewis no secretor.
3. Anomalías morfológicas o funcionales de la vía urinaria:
4. RVU
5. Litiasis
6. Cuerpo extraño
7. Vejiga Neurogénica.

Causas de Disuria:

1. **Infeciosas** : Pielonefritis, cistitis, uretritis, prostatitis, epididimitis, orquitis cervicitis, vulvovaginitis, inflamación/infección perineal, tuberculosis
2. **Neoplásicas** : Tumor de las células renales, Cáncer de vejiga, Cáncer pene, próstata, vagina/vulva
3. **Inflamatorias** : artropatías seronegativas, efectos secundarios de drogas, enfermedades autoinmunes, Síndrome dolor pélvico crónico, Síndrome de la vejiga dolorosa (intersticial)
4. **Litiasis o cálculos**: vejiga, renal y uretral.
5. **Hormonales** : endometriosis, hipoestrogenismo
6. **Traumáticas**: Inserción de catéter, “cistitis de la luna de miel”
7. **Psicógenas**: Trastorno de somatización, trastornos de ansiedad, estrés
8. **Otros**: Sensibilidad o contacto

Cistitis crónica /Recurrente

Incidencia de bacteriuria en mujeres

- Pre-adolescentes: 1%; adolescencia: 4 %, 30-50 años: 6%

Evaluar los factores predisponentes posible relación con el coito (coito antibióticos), la colonización perineal las investigaciones pueden incluir la cistoscopia, ecografía, tomografía computarizada

Profilaxis con antibióticos, si hay más de tres o cuatro episodios al año en las mujeres.

Etiología desconocida

- Teorías: aumento de la permeabilidad epitelial, autoinmune, neurogénica
- Las asociaciones: las alergias graves, el síndrome de intestino irritable (IDS), la fibromialgia

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Según agente: Recidiva / Recurrencia
- Según localización: Baja / Alta

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Urocultivo con recuento de colonia >10⁵/ml

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- No tiene

TRATAMIENTO ITU BAJA:

- Fluoroquinolona (Ciprofloxacino) : 250 mgr c/12 hrs. x 3 días.
- Cotrimoxazol Forte : 1 comp. C/12 hrs. x 3 días
- Nitrofurantoína : 100 mgr c/8 hrs. x 7 días

Cefalosporina 1ra. Generación

- Cefradina : 250 mgr. c/6 hrs. x 3 – 5 días
- Cefadroxilo : 500 mgr. c/8 hrs. x 3 – 5 días.
- Cefalexina: 250 mgr. c/6 hrs. x 3 – 5 días.

Cefalosporina 2da. Generación

- Cefuroximo : 250 mgr c/12 hrs. x 3 – 5 días.
- Cefixime : 400 mgr c/día x 3 días.
- Cefibutol : 400 mgr/día x 3-5 días.
- Cefdoxima : 200 mgr c/12 hrs. x 3 – 5 días.

ITU ALTA:

- Ciprofloxacino: 500 mgr c/12 hrs. x 14 días en Pielonefritis no complicada y Por 21 días en ITU no complicadas
- Levofloxacino : 500 mgr c/día por 14 – 21 días
- Cotrimoxazol : 1 comprimido x 14 – 21 días.

Cefalosporina 2da. – 3ra. Generación

- Cefuroximo : 500 mgr c/12 hrs. por 14 – 21 días.
- Cefpodoxima: 200 mgr. C/12 hrs. x 14-21 días.
- Aminoglicosidos y Cefalosporina 3ra. Generación en pacientes Hospitalizados.

CRITERIOS DE REFERENCIA

ITU Recidivante.

ECO renal no es requisito para derivar a nivel secundario.

CRITERIOS DE ALTA Y CONTRARREFERENCIA

Estudiado el caso desde el punto de vista Nefro-Urológico se envía con Quimioprofilaxis:

- Nitrofurantoína : 100 mgrs. c/noche
- Co – Trimoxazol Forte : 1 comprimido cada noche
- Ciprofloxacino 250 mgr. C/noche por un período de 6 – 12 meses
- Con control de Urocultivo mensual.
- Hoja de Interconsulta.

Bibliografía:

- 1.- Toronto Notes 2008, Urology.

COLICO RENAL

DEFINICION

Dolor intenso tipo cólico que clásicamente comienza en la fosa lumbar y desciende hacia el flanco y fosa iliaca, irradiándose en la región escrotal en el hombre y al labio mayor en la mujer.

Puede existir hematuria asociada y molestias urinarias bajas, disuria, poliaquiuria, ocasionalmente se acompaña de náusea y vómito.

DIAGNOSTICO

Clínico.

Ecografía de abdomen.

Diagnostico diferencial:

- Pielonefritis aguda
- Prostatitis crónica
- Tumor del sistema genitourinario
- TBC renal
- Infarto renal

Patogénesis de los cálculos

- La sobresaturación de los componentes del calculo (a la temperatura adecuada y pH) estasis, de bajo flujo y bajo volumen de orina
- Formación de cristales en el centro del calculo
- Pérdida de los factores inhibidores
- El citrato (forma complejos solubles con el calcio), (magnesio complejas formas solubles con oxalato)

Pirofosfato

Glicoproteína de Tamm-Horsfall

TRATAMIENTO en APS

Control del dolor.

Antiespasmódicos.

AINES ayudan a reducir la presión intra-ureteral

Los alfa-bloqueantes: aumentan la tasa de pasaje espontáneo de litiasis ureteral distal

La hidratación en caso de vómitos.

Seguimiento de la expulsión del cálculo.

- Los cálculos usualmente desaparecen espontáneamente con la analgesia y la hidratación
- Los antibióticos se usan solo si existe infección concomitante
- El paciente debe filtrar la orina y guardar el calculo para el análisis.
- La hidratación es el principal tratamiento para prevenir la recurrencia, y el cambio la alimentación, tiazidas, alopurinol, citrato, o una combinación de estos pueden ser usados para prevenir la recurrencia, dependiendo de la composición del calculo.

Indicaciones de derivación

1. Dolor intratable.
2. Fiebre (sugiere infección) → Pielonefritis se maneja en APS
3. Riñón único con obstrucción uretral y cálculos de la obstrucción bilateral
4. Vómitos intratables
5. Función renal comprometida

DERIVACION

Por cálculos de gran tamaño o daño renal reportado en la Ecografía.
Litiasis renal recurrente.

CONTRARREFERENCIA

- Documento: Formulario de interconsulta
- Responsable: Médico Especialista
- Envío: Sección contrarreferencia de la hoja de interconsulta (lo lleva el paciente a la atención primaria)
- Recepción y hora: SOME en la atención primaria.

Bibliografía:

1. - Tierney, Lawrence *Essentials of DIAGNOSIS & TREATMENT*,. Lange Medical Books/McGraw-Hill Medical Publishing Division. 2002 Genitourinary & Renal Disorders, chap 11.
2. Toronto notes, Urology, 2008. stone disease, 14-15.

HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

Se derivarán para tratamiento quirúrgico en caso de:

1. Retención completa de orina con sonda Foley.
2. Insuficiencia Renal post renal o hidronefrosis secundaria a hiperplasia prostática.
3. Infecciones urinarias (bajas o altas) secundarias a hiperplasia prostática.
4. Litiasis vesical secundaria a hiperplasia prostática.
5. Hematuria recurrente secundaria a hiperplasia prostática.
6. Síntomas de Uropatía obstructiva baja que alteren la calidad de vida del paciente.

Todos estos casos deberán ser enviados a especialidad para resolución de los mismos.

Excepciones:

- Pacientes en retención aguda de orina (sin sonda foley) y cuadros sépticos urinarios deben ser enviados al servicio de urgencia del hospital.

Documentos para la derivación:

- Documento: Formulario de interconsulta.
- Responsable: Médico de atención primaria.
- Envío: SOME de la atención primaria.
- Recepción y hora: Admisión del sector 9 del Área Ambulatoria CADSR.

Requerimientos de la interconsulta de referencia por hiperplasia de próstata

1. **Datos de identificación completos**
2. **Diagnóstico**
3. **Motivo de derivación**
4. **Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados**
5. **Exámenes Requeridos: Sedimento de orina y urocultivo, Ecotomografía Vésico-Prostática, BUN-Creatininemia y Antígeno Prostático Especifico en pacientes mayores de 50 años y menores de 75 años.**

Documentos para la contrarreferencia:

- Documento: Formulario de interconsulta
- Responsable: Médico Especialista
- Envío: Sección contrarreferencia de la hoja de interconsulta (lo lleva el paciente a la atención primaria)
- Recepción y hora: SOME en la atención primaria.

Requerimientos de interconsulta de contrarreferencia por hiperplasia de próstata

- **Nombre del paciente**
- **Consultorio al que pertenece**
- **Diagnóstico de alta**
- **Indicaciones para manejo de APS (control o alta)**

Todos los pacientes de las patologías priorizadas, que no requieran tratamiento quirúrgico y que puedan ser evaluados y controlados en atención primaria, se devolverán al sitio de inicio.