

DOI: 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.138-152

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/857>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 3205 Medicina Interna

PAGINAS: 138-152



Manejo del cólico renal en urgencias

Management of renal colic in the emergency department

Manejo da cólica renal no pronto-socorro

Mario Enrique Sayas Herazo¹; Mara Del Carmen Guerra Jiménez²; Lissy Carolina Cañarte Mero³;
Katherine Solange Beltrán Parreño⁴

RECIBIDO: 10/04/2020 **ACEPTADO:** 26/05/2020 **PUBLICADO:** 01/07/2020

1. Médico General; Investigador Independiente; Medellín, Colombia; mario.saya@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9466-6895>
2. Médico General; Investigador Independiente; Cartagena, Colombia; maraguerra98@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5083-2425>
3. Médico General; Investigador Independiente; Manta, Ecuador; lissycanartemero@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2805-6076>
4. Médico General; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; solsolecito9327@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2254-4506>

CORRESPONDENCIA

Mario Enrique Sayas Herazo
mario.saya@hotmail.com

Medellín, Colombia

RESUMEN

El Cólico Renal o Nefrítico (CN) es una de las principales causas de emergencia nefrológica, con una alta incidencia en la población, entre 10-20% sufrirá un evento de CN en su vida, y en diagnóstico y tratamiento no existe consenso médico, por lo que se hizo necesario emprender una investigación documental-descriptiva (Baena 2000 y Hernández, Fernández y Baptista 1997), con proceso documental de búsqueda, recuperación análisis, crítica e interpretación de datos obtenidos de otros investigadores (Arias 2006) y un manejo de la sistematización para el tratamiento de estos datos (Niño 2011), llegando a las siguientes conclusiones y recomendaciones, el diagnóstico del CN, especialmente en urgencias, es esencialmente clínico, el tratamiento en urgencias del CN tiene como principal objetivo el control o alivio del dolor, se dispone de una variedad de métodos y herramientas que le permitirán valorar el dolor (escalas del dolor, la evaluación sistemática del dolor, entre otras), para indicar o reevaluar la aplicación de analgésicos más adecuadas y efectivas, y en el tratamiento del dolor, la utilización de la escalera analgésica en las diversas investigaciones analizadas, permiten recomendar el uso de AINE solos o asociados.

Palabras clave: Cólico nefrítico, urgencias, tratamiento, control del dolor, analgésicos.

ABSTRACT

Renal or Nephritic Colic (CN) is one of the main causes of nephrological emergency, with a high incidence in the population, between 10-20% will suffer a CN event in their life, and in diagnosis and treatment there is no medical consensus, therefore, it was necessary to undertake a documentary-descriptive investigation (Baena 2000 and Hernández, Fernández and Baptista 1997), with a documentary process of search, recovery, analysis, criticism and interpretation of data obtained from other researchers (Arias 2006) and a management of the systematization for the treatment of these data (Niño 2011), reaching the following conclusions and recommendations, the diagnosis of CN, especially in emergencies, is essentially clinical, the main objective of emergency treatment of CN is to control or relieve pain, A variety of methods and tools are available to enable you to assess pain (pain scales, systematic pain assessment, among others), to indicate or To evaluate the application of more adequate and effective analgesics, and in the treatment of pain, the use of the analgesic ladder in the various investigations analyzed, allow us to recommend the use of NSAIDs alone or associated.

Keywords: Nephritic colic, emergencies, treatment, pain control, analgesics.

RESUMO

A cólica renal ou nefrítica (CN) é uma das principais causas de emergência nefrológica, com alta incidência na população, entre 10 e 20% sofrerá um evento de CN na vida e, no diagnóstico e tratamento, não há consenso médico, portanto, foi necessário realizar uma investigação documental-descritiva (Baena 2000 e Hernández, Fernández e Baptista 1997), com um processo documental de busca, recuperação, análise, crítica e interpretação dos dados obtidos por outros pesquisadores (Arias 2006) e um gerenciamento da sistematização para o tratamento desses dados (Niño 2011), alcançando as seguintes conclusões e recomendações, o diagnóstico de CN, principalmente em emergências, é essencialmente clínico, o principal objetivo do tratamento de emergência da CN é controlar ou aliviar a dor, Uma variedade de métodos e ferramentas estão disponíveis para permitir que você avalie a dor (escalas de dor, avaliação sistemática da dor, entre outros), para indicar ou Avaliar a aplicação de medidas mais adequadas. Os analgésicos eficazes e, no tratamento da dor, o uso da escada analgésica nas várias investigações analisadas, permitem recomendar o uso de AINEs isoladamente ou associados.

Palavras-chave: Cólica nefrítica, emergências, tratamento, controle da dor, analgésicos.

Introducción

El dolor es una de las principales afecciones a la salud, en el cual el Cólico Renal o Nefrítico es uno de los considerados de mayor intensidad, al punto que autores recomiendan utilizar la escala analgésica, la misma usada en pacientes con cáncer, otro elemento que justifica el estudio y análisis del CN, especialmente en urgencia, es el hecho de que entre “un 10-20% de los varones y un 3-5% de las mujeres sufrirán al menos un episodio de CN durante su vida (...) Origina un considerable sufrimiento en los pacientes y un elevado coste socioeconómico” (p. 173), mientras que (Aibar-Arregui, y otros, 2010)

En que respecta al diagnóstico y, especialmente, tratamiento del CN no existe consenso en el mundo médico, existiendo gran variedad de literatura, procedimientos y métodos, por lo que se hizo necesario revisar las investigaciones relacionadas al diagnóstico, clasificación, etiología, y tratamiento, incluyendo, control del dolor, analgésicos, y otros síntomas del CN, con énfasis en la urgencia.

Entre los hallazgos encontrados destacan, el 90% de CN es de origen litiásico, lo que debe orientar el tratamiento, previa clasificación del CN para acertar en el tratamiento, especialmente en urgencias, el diagnóstico del CN, especialmente en urgencias, es esencialmente clínico siendo el diagnóstico diferencial de primera referencia, el tratamiento en urgencias del CN tiene como principal objetivo el control o alivio del dolor, con variedad de métodos y herramientas disponibles para valorar el dolor (escalas del dolor y la evaluación sistemática del dolor) de aplicación rápida y fácil, para indicar o reevaluar la aplicación de analgésicos, y en el tratamiento del dolor, la utilización de la escalera analgésica en las diversas investigaciones analizados, el uso de AINE solos o asociados, en el tratamiento analgésico del CN, solo en casos contraindicados

debe indicarse otros analgésicos.

Esta investigación y los resultados fueron obtenidos por medio de una investigación documental, consiguiendo el descubrimiento de la memoria humana en la huella dejada por el ser humano (Baena, 2000, pág. 11), con proceso documental de búsqueda, recuperación análisis, crítica e interpretación de datos obtenidos de otros investigadores (Arias, 2006, pág. 27), así como el uso de elementos de la investigación descriptiva, según (Hernández, Fernández, & Baptista, 1997, pág. 71), ya que busca “describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno”, en el manejo de la información se fundamentó en la sistematización para el tratamiento de datos (Niño Rojas, 2011, pág. 34), cumpliendo con el propósito de la investigación descriptiva, como lo es “describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, sus clases, sus categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos, con el fin de esclarecer una verdad el uso de cifras y la estadística” (Niño Rojas, 2011, pág. 30)

1 Cólico nefrítico, aspectos generales

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” es la definición que estableció la (Organización Mundial de la Salud, 2020), tal como establece el Preámbulo de la Constitución de la organización de 1946, estado que permite a los seres humanos un desarrollo armónico de su personalidad así como el desenvolvimiento del ser humano, estado que resulta alterado principalmente por enfermedades, incluyendo los dolores como síntomas más comunes. Entre los principales dolores que afecta la salud de las personas se encuentra el Cólico Renal o Nefrítico (CN), según (Hermida Pérez, Pérez Palmes, Loro Ferrer, Ochoa, & Buduen Nuñez, 2010), “hasta un 10-20% de los varones y un 3-5% de las mujeres sufrirán al menos un episo-

dio de CN durante su vida (...) Origina un considerable sufrimiento en los pacientes y un elevado coste socioeconómico” (p. 173), mientras que (Aibar-Arregui, y otros, 2010) afirma “consulta más frecuentes en los servicios de urgencias. Aproximadamente el 12 % de la población sufrirá un CR a lo largo de su vida y el 30-40% tendrá al menos una recaída en los siguientes 5 años” (p. 145), de allí la importancia de su estudio, especialmente en el caso de urgencias médicas. Según indica (Ortigoza Agustín, 2016), el Cólico Renal o Nefrítico (CN) está definido como una situación clínica caracterizada por “un dolor intenso, incapacitante, localizado a nivel de fosa renal, generalmente unilateral, producido por una obstrucción aguda a nivel renal o de la vía urinaria, lo más frecuente por una litiasis, y que provoca una distensión retrógrada del sistema calicial” (p.31), mientras que (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), indican que “se caracteriza por dolor intenso en la región lumbar y el ángulo costo-vertebral; se irradia hacia la fosa iliaca y la región inguinal, a veces hasta el muslo, el escroto o los labios mayores”, (p. 67), el cual, “tiene un comienzo brusco que puede ceder

y recidivar intermitentemente durante varios días. En algunos casos se presenta como dolor sordo intermitente localizado en la fosa renal y/o fosa iliaca” (p. 67), (Ancisu & Díez-Caballero, 2018) establecen que es un “síndrome clínico agudo caracterizado principalmente por dolor intenso en uno de los ángulos costovertebrales, que puede ser irradiado, y que se produce como resultado de la obstrucción del tracto urinario superior por un cálculo (lo más frecuente), una papila renal o un coágulo” (p. 67), también aportan a esta definición, (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009), en los siguientes términos, el CN es un “síndrome doloroso, agudo y paroxístico, de localización en el área reno-ureteral, que traduce un aumento de presión en uréter y/o riñón” (p. 1089)

a) Clasificación del CN

Tal como plantea (Ancisu & Díez-Caballero, 2018), el CN “se clasifican en cólico complicado y cólico no complicado y la actitud terapéutica dependerá del tipo de cólico que presente el paciente” (p. 68), de acuerdo a la siguiente Gráfica 1. Clasificación del Cólico Nefrítico,

Tabla 1. Clasificación del Cólico Nefrítico

Cólico complicado	Cólico no complicado
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Deterioro función renal (creatinina > 1,5 mg/dl) • Hidronefrosis III-IV • Cólico bilateral • Riñón único/trasplante renal • Dolor no controlado con medicación • Embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> • No cumple criterios de cólico complicado

Fuente: (Ancisu & Díez-Caballero, 2018, pág. 68)

b) Etiología

Tal como lo indica (López, Cobelo López, & Rodríguez Alonso, 2012), entre las características principales:

A. Causas intraureterales: litiasis, coágulos, tumores, pus o estenosis en la luz ureteral. Las zonas de impactación más frecuentes de la litiasis son: cálices renales, unión pieloureteral, cruce de las ilíacas, cruce de uréter con ligamento ancho y en el uréter pelviano. B. Causas extraureterales: vasculares (cruces de vasos con uréter), procesos digestivos (apendicitis, tumores...), ginecológicos (embarazo, miomas) o retroperitoneales. (p. 241)

Sobre este particular (Ortigoza Agustín, 2016) señala “las causas que producen un CR son un 90 % de origen litiásico, pero existen un 10 % que puede deberse a otras causas, que también provocan una obstrucción de la vía urinaria, ya sea de forma intrínseca o extrínseca” (p. 34), reafirmado por (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009, pág. 1089), por lo que el autor citando inicialmente hace una clasificación en causas intrínsecas y extrínsecas aplicable para el 10% de otras causas, donde, ubican en la intrínsecas: litiasis, coágulos o pus, necrosis papilar, tumores benignos o carcinomas de urotelio, estenosis de la unión pieloureteral, estenosis ureterales, ureteroceles, granulomas y tuberculosis, y entre las causas extrínsecas: lesiones vasculares, procesos benignos del aparato genital femenino, tumores malignos vesicoprostáticos, afecciones del tracto gastrointestinal, procesos retroperitoneales benignos, y tumores retroperitoneales primarios (p. 34-35)

c) Diagnóstico

Tal como indica (Aibar-Arregui, y otros, 2010) y otros, sobre las causas del CN, indica, “son causados por una obstrucción ureteral aguda por un cálculo (90%), aunque también puede deberse a alteracio-

nes no litiásicas de la vía urinaria o incluso a compresiones extrínsecas del uréter por procesos expansivos o inflamatorios intraabdominales” (p. 150), hecho que orienta significativamente el diagnóstico, sobre el cual, (López, Cobelo López, & Rodríguez Alonso, 2012) indican, dos elementos a determinar, “A. Presencia de 2 de los siguientes datos: clínica sugestiva, puño percusión renal positiva, hematuria. B. Diagnóstico diferencial con procesos digestivos y ginecológicos” (p. 241).

Ahora, de acuerdo con (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009), “el diagnóstico de cólico nefrítico es fundamentalmente clínico. Las pruebas de imagen nos ayudarán a precisar su etiología y la eventual necesidad de intervención endourológica” (p. 1089), por lo que destaca de la clínica del CN:

Dolor unilateral, de gran intensidad, agitante, con intenso cortejo vegetativo acompañante, generalmente localizado en fosa lumbar o flanco correspondiente y que puede irradiarse a vejiga, genitales o incluso hasta la cara interna del muslo. En obstrucciones del uréter distal puede acompañarse de síndrome miccional. Su duración es variable.

Este cuadro suele presentarse en adultos de edad media, predominantemente durante la noche, o en primeras horas de la mañana, tras ejercicio físico intenso con marcada pérdida de líquidos, ingesta copiosa o durante el reposo. Es característica su recurrencia, por tanto, debemos interrogar al paciente por antecedentes de cuadros similares o antecedentes litiásicos.

En la exploración física se observa un paciente agitado, taquicárdico, sudoroso, con intenso dolor a la palpación bimanual de la fosa lumbar afecta, con defensa abdominal. La puñopercusión renal o la presión digital sobre puntos reno-ureterales es dolorosa. Puede existir además timpanismo abdominal secundario a íleo reflejo. (p. 1089-1090)

a) Diagnóstico inicial

Entre los primeros pasos para el diagnóstico del CN, indica (Aibar-Arregui, y otros, 2010), “el diagnóstico inicial del cólico renal no complicado debe basarse en una cuidadosa historia clínica y exploración física y, en la mayor parte de los casos, una tira reactiva de orina o un sedimento urinario patológicos son suficientes para establecer un diagnóstico” (p. 151), sin embargo, sobre este punto del diagnóstico inicial no existe acuerdo unánime, tal lo indica el mismo autor, “en nuestra revisión hemos encontrado una gran variación en las pruebas solicitadas tanto en el servicio de urgencias como en el seguimiento posterior de los pacientes” (p. 151)

A los efectos de ayudar en el diagnóstico inicial, (Aibar-Arregui, y otros, 2010), en especial en las pruebas de laboratorio, mencionan:

Análisis de orina: tal como lo indican (Aibar-Arregui, y otros, 2010), en el diagnóstico inicial del CN “no complicado debe basarse en una cuidadosa historia clínica y exploración física y, en la mayor parte de los casos, una tira reactiva de orina o un sedimento urinario patológicos son suficientes para establecer un diagnóstico” (p. 152), este análisis, de acuerdo con (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009) debe considerar, “analítica de orina y sedimento: éste puede ser normal o demostrar cristaluria. Suele demostrar macro o microhematuria y nos permite descartar la existencia de piuria y/o bacteriuria” (p. 1089)

Análisis de sangre: en la práctica de esta prueba (Aibar-Arregui, y otros, 2010) menciona que, no es imprescindible “en la evaluación inicial de un cólico renal no complicado y su principal indicación es la sospecha de complicaciones (fiebre, oligoanuria, obstrucción bilateral, monorrenos, etc.) valorando fundamentalmente la leucocitosis con o sin neutrofilia y el deterioro de

la función renal” (p. 151), argumentado en el hecho de que “en todos los casos fue un empeoramiento transitorio que mejoró tras el tratamiento médico o instrumental; no hemos documentado ningún caso de deterioro irreversible de la función renal” (p. 151), por lo que, en criterio de los autores, durante el diagnóstico inicial pudiera ser descartable el análisis de sangre en el diagnóstico del CN no complicado.

Radiografía o Rx de abdomen: indica (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009) sobre esta prueba, “permite encontrar imágenes radioopacas sugestivas de litiasis reno-ureteral, definir su localización en la vía excretora, su radiodensidad y tamaño. Otros hallazgos son el aumento de tamaño” (p. 1089), sin embargo, esta tiene un nivel alto de subjetividad y sensibilidad en su lectura y valoración de acuerdo a lo menciona (Aibar-Arregui, y otros, 2010), indicando además que, estudios han determinado que, “la sensibilidad de la radiografía entre el 45-60% de los casos para detectar cálculos o signos indirectos de litiasis renal e incluso se ha tratado de estudiar si esta sensibilidad depende de la experiencia del observador sin encontrar resultados concluyentes” (p. 151), por lo que concluye, “sólo estaría indicada como exploración inicial en casos con dudas diagnósticas y si no se dispone de otras técnicas de imagen con mayor rentabilidad, ya que a pesar de sus limitaciones puede contribuir al diagnóstico diferencial con otros procesos” (p. 151)

Otras pruebas de imagen: entre estas se ubican la ecografía, el dopler y la tomografía helicoidal, utilización que es descrita por (Aibar-Arregui, y otros, 2010), menciona que la ecografía “es un método incruento, portátil, repetible y barato que no utiliza radiaciones y que puede contribuir al diagnóstico diferencial con otros procesos” (p. 151), por lo que es recomendable su uso en el diagnóstico inicial del CN no complicado, en cuanto a el dopler indica que, puede “puede valorar el funcionalismo re-

nal y eventualmente sustituir a la urografía intravenosa (UIV), sobre todo si aparecen contraindicaciones para su realización. La principal limitación es que puede pasar por alto hasta el 30% de las ectasias pielocaliciales en el momento inicial” (p. 152), sobre la tomografía helicoidal (TAC) resaltan los autores que presenta grandes ventajas en el diagnóstico inicial, el contraste y la radiación usada, así como el costo y la disponibilidad, la colocan en desventaja frente a la utilización de la ecografía, sin embargo, el “TAC sin contraste es en la actualidad el mejor método diagnóstico para el CR agudo, con una sensibilidad y especificidad próximas al 100% y con un coste no superior a la UIV” (p. 152), con respecto a la utilización de la urografía intravenosa (UIV), indica, “sigue siendo el método de re-

ferencia para el diagnóstico del CR agudo en algunos centros ya que es fiable, barata y relativamente inocua” (p. 152), concluyendo “debería ser la prueba de referencia para el cólico renal no complicado” (p. 152), pero los autores recomiendan el TAC donde sea posible, ya que puede “añadir la gran cantidad de información que aporta en el diagnóstico diferencial con otros procesos, ya sean responsables del cuadro o como hallazgos exploratorios” (p. 152)

Sobre el uso en general de imágenes en el diagnóstico del CN, (Ruiz & López Resines, 2003), proponen un procedimiento diagnóstico de los principales síndromes nefro-urológicos, donde incluyen el CN, en la siguiente gráfica.

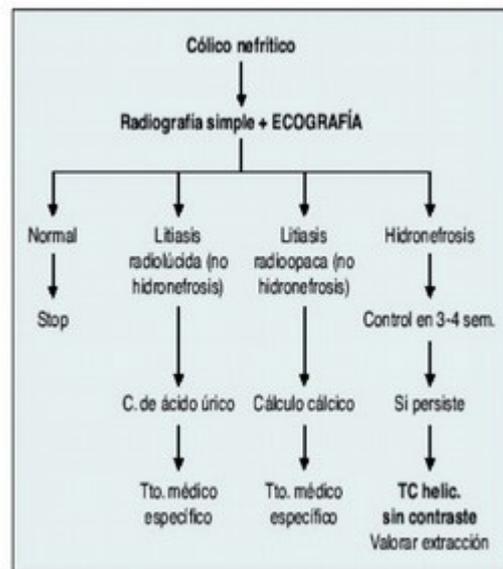


Figura 1. Procedimiento diagnóstico del paciente con CN

Fuente: (Ruiz & López Resines, 2003, pág. 163)

b) Diagnóstico diferencial

A los fines de diferenciar el CN de otras patologías, autores como (Pérez Fentes & Blanco Parra, 2009) establecen, “el diagnóstico diferencial se hará con: Procesos renales: embolismo renal (pacientes en FA, anovulatorios)” (p. 1089), donde.

Procesos digestivos: apendicitis, diverticuli-

tis, pancreatitis aguda, cólico biliar, colecistitis aguda, trombosis mesentérica.

Procesos genitourinarios: embarazo ectópico, anexitis, torsión quistes ováricos, torsión cordón espermático, epididimitis aguda.

Procesos vasculares: aneurisma de aorta perforado.

Procesos extraabdominales: IAM, Síndrome de Munchausen, lumbalgia, lumbociatalgia, herpes zóster.

Como refiere (Aibar-Arregui, y otros, 2010), en el diagnóstico diferencia la ecografía es

un método que puede “puede contribuir al diagnóstico diferencial con otros procesos” (p. 152), a los efectos de facilitar el diagnóstico diferencial, (Bultitude & Rees, 2012), establecen la siguiente gráfica.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del cólico renal

Diagnóstico diferencial del cólico renal	
Diferencias	Características diferenciales de la historia y el examen
Pielonefritis	Fiebre y riñón (la obstrucción con sepsis es una emergencia; si se sospecha obstrucción: hacer imágenes inmediatamente)
Dolor músculo esquelético	Empeora con el movimiento
Apendicitis	Sensibilidad o irritación peritoneal en la fosa ilíaca derecha
Colecistitis	Empeora con el consumo de alimentos ricos en grasas; sensibilidad en hipocondrio derecho
Diverticulitis	Síntomas intestinales asociados; generalmente dolor en la fosa ilíaca izquierda
Ruptura de aneurisma de la aorta abdominal	Mayor edad; factores de riesgo vasculares
Torsión testicular	Dolor testicular a la palpación
Problemas ginecológicos (por ej. patología del ovario, ruptura de embarazo ectópico)	Edad más joven, dolor pélvico

Fuente: (Bultitude & Rees, 2012)

2 Tratamiento en urgencias

El CN, de acuerdo con (Aibar-Arregui, y otros, 2010), es una de los motivos de “consulta más frecuentes en los servicios de urgencias. Aproximadamente el 12 % de la población sufrirá un CR a lo largo de su vida y el 30-40% tendrá al menos una recaída en los siguientes 5 años” (p. 145), y sobre el

tratamiento indica, “incluir analgesia, control de los síntomas acompañantes, tratamiento expulsivo y prevención de recaídas” (p. 152), por lo que la preparación para esta es necesaria.

En cuanto a las consideraciones a tomar en cuenta del CN en urgencias, según (Hermina Pérez, Pérez Palmes, Loro Ferrer, Ochoa,



& Buduen Nuñez, 2010), “los Urólogos y Médicos de los Servicios de Urgencias, (...) ante esta situación nuestro principal reto es el alivio lo más inmediato posible de dicho dolor, pero también es de gran importancia el conocimiento de las causas que lo produce”.

En lo relacionado con el tratamiento, (Aibar-Arregui, y otros, 2010) indica, “a pesar de su elevada incidencia, diferentes estudios han demostrado que los medios diagnósticos y el tratamiento empleados no son uniformes, atribuyéndose a diferentes causas (disponibilidad técnica, presión asistencial o existencia de atención especializada)” (p. 146)

a) Control de dolor

El dolor es uno de los síntomas más resalantes del CN, como lo menciona (Hermida Pérez, Pérez Palmes, Loro Ferrer, Ochoa, & Buduen Nuñez, 2010), “la intensidad del dolor y el cotejo sintomático que lo acompaña, ocasiona un gran sufrimiento a los pacientes que lo padecen” (p. 174), razón por la cual, la disminución o alivio del dolor es un objetivo fundamental en la atención de urgencia del CN, como plantea (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013)

El tratamiento del CN está encaminado al alivio del dolor y de los síntomas acompañantes, para lo que se utilizan diversos fármacos. Se recomienda el uso de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada inicialmente para el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer, pero aplicable para tratar cualquier tipo de dolor. (p. 67)

En las investigaciones de (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), encontraron que la mayoría de los pacientes con CN presentan un dolor intenso (60,27%), y acuerdo con Aibar-Arregui y otros, “la intensidad del

dolor hace necesario en la mayoría de los casos iniciar el tratamiento analgésico antes de tener un diagnóstico definitivo” (p. 152), dando pie para establecer que el tratamiento en urgencias de CN tiene como prioridad el control del dolor.

Un elemento adicional sobre el dolor en el CN, una vez diagnosticado, es que, de acuerdo a su ubicación, puede servir para identificar el lugar de la obstrucción, para lo casos de obstrucción uretral (90% de los casos de CN), de acuerdo con (Bultitude & Rees, 2012).

Dependiendo del sitio de la obstrucción, el dolor se irradia al flanco, la ingle y los testículos o los labios mayores. Este dolor puede ser un modo útil para distinguir el nivel de la obstrucción. Si el cálculo está ubicado en la unión ureterovesical, el paciente puede sufrir estranguria (deseo urgente de orinar con eliminación de poca cantidad de orina, polaquiuria y esfuerzo miccional) debido a la irritación del músculo detrusor, estimulada por el cálculo.

Ahora, para el control del dolor, es posible la aplicación de la escala analgésica (desarrollada más adelante) ya que se requiere “la cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA)”, de acuerdo a lo planteado por (Bader P. , y otros, 2010), por lo que es necesario el conocimiento de esta escalas como mecanismos de cuantificación del dolor y aplicación la escala analgésica, sobre este particular (Bader P. P., y otros, 2009), una la “evaluación sistemática del dolor” (p. 1190), todo esto considerando que la utilización de escalas tiene como objetivo “evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento, más que en la consideración ‘diagnóstica’ del dolor” (p. 20), de acuerdo con (Espino-

sa Almendro, 2004)

Evaluación sistemática del dolor: a los efectos de esta evaluación, (Bader P. P., y otros, 2009), propone la aplicación de los siguientes pasos generales:

- Valoración de la intensidad.
- Obtención de una historia detallada del dolor, con una evaluación de su intensidad y naturaleza.
- Valoración del estado psicológico del paciente, con una evaluación del estado de ánimo y las respuestas de afrontamiento.
- Realización de una exploración física, con especial hincapié en la exploración neurológica.
- Realización de un estudio diagnóstico adecuado para determinar la causa del dolor, lo que puede incluir marcadores tumorales.
- Realización de estudios radiológicos, exploraciones, etc.
- Reevaluación del tratamiento. (p. 1190)

De los pasos propuestos es necesario que el médico tratante pueda identificar los que aplican específicamente para el tratamiento del CN, además los autores, (Bader P. P., y otros, 2009), indican que la evaluación inicial “debe incluir una descripción del dolor mediante las características PQRST” (p. 1190), esto es por las siglas en idioma inglés, siendo las siguientes:

P Factores paliativos o desencadenantes:

‘¿Qué hace que sea menos intenso?’

Q Calidad: ‘¿A qué se parece?’

R Irradiación: ‘¿Se propaga a algún otro lugar?’

S Intensidad: ‘¿Qué intensidad tiene?’

T Factores temporales: ‘¿Está ahí en todo momento, o viene y va?’ (p. 1190)

Escala verbal numérica: esta escala usada comúnmente en evaluación del dolor, especialmente en el CN, tal como plantea

(Hermida Pérez, Pérez Palmes, Loro Ferrer, Ochoa, & Buduen Nuñez, 2010), donde permite “conocer las características del dolor y poder clasificarlo como de intensidad leve, moderada o grave se tuvo en cuenta la escala numérica de categorías de dolor” (p. 68) y así sea “el propio paciente elegía la puntuación en función de la intensidad percibida del dolor mediante una escala numérica de categorías del dolor: ninguno (0), leve (1-3), moderado (4-6) y grave (7-10)” (p. 68), siendo definida esta escala por (Espinosa Almendro, 2004), como lo que “valora el dolor mediante números que van de mayor a menor en relación con la intensidad del dolor, las más empleadas van de 0 al 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor” (p. 20)

Escala análoga visual (EAV o EVA): sobre esta, indica (Bader P. P., y otros, 2009), “permite hacer alguna forma de comparación y facilita la evaluación de la eficacia del tratamiento” (p. 1190), sobre la factibilidad de uso, plantean los mismo autores, “ha conllevado su adopción generalizada para medir la intensidad del dolor (...), ha demostrado de manera sistemática sensibilidad a los cambios del grado de dolor asociado al tratamiento, sobre todo en estados de dolor agudo” (p. 1190), según (Espinosa Almendro, 2004), “es el método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición, no emplea número ni palabras descriptivas por el contrario, requiere mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente” (p. 21), la cual.

Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud. En los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal.

Una variante de la EAV planteada por (Espinosa Almendro, 2004), es la descrita por (Bader P. P., y otros, 2009), como se eviden-

cia en la figura 2., similar a la descrita por (Bader P. P., y otros, 2009), denominada escala de expresión facial (test de Oucher), del cual indica “se aconseja en los niños y

en personas con tras tornos del lenguaje, a veces muestra también utilidad en pacientes con enfermedad mental” (p. 22), valorando la intensidad de 0 al 5.

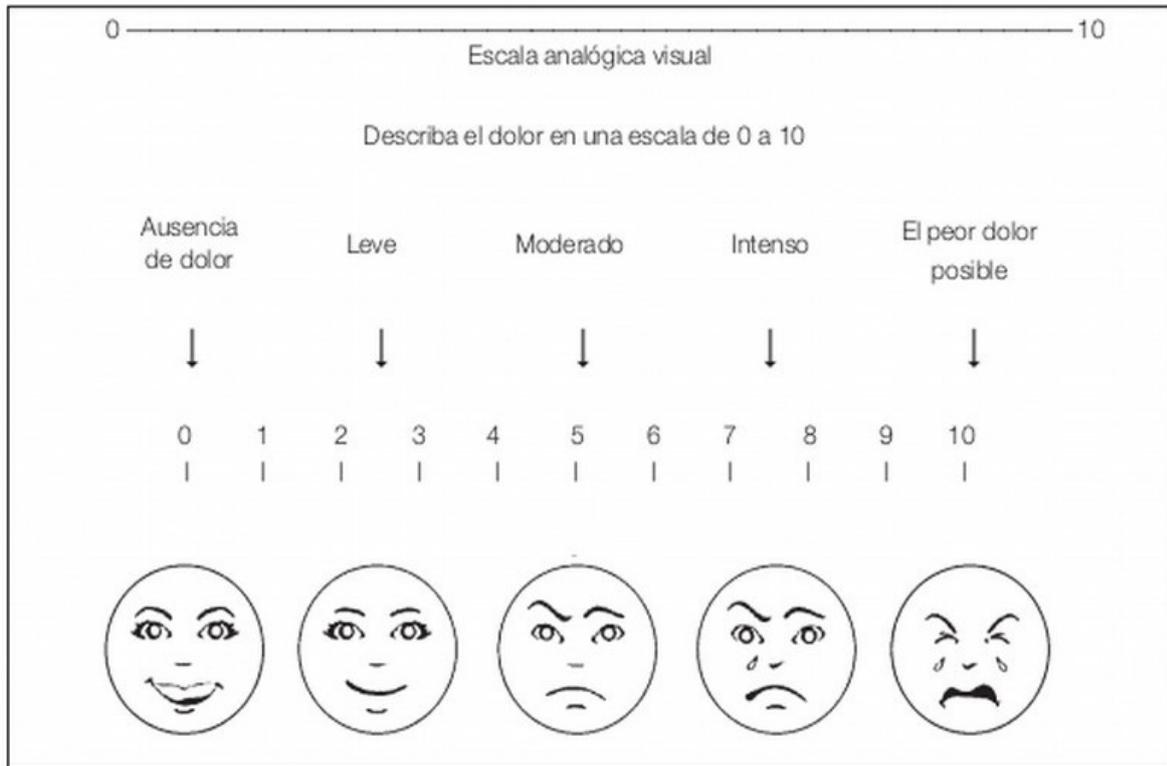


Figura 2. Escala análoga visual

Fuente: (Bader P. P., y otros, 2009, pág. 1190)

Otras escalas: es necesario indicar que existen otras escalas para la valoración del dolor, tal como lo indica (Espinosa Almenro, 2004), entre ellas, “escalas descriptivas simples (EDS) o escalas de valoración verbal (EVV)” (p. 21), y la “escala de Andersen: Andersen: su utilidad está principalmente en los pacientes con bajo nivel de conciencia, va del 0 al 5” (p. 22), así como otros multidimensionales, que “no sólo evalúan la intensidad del dolor, sino otros aspectos, tales como: la incapacidad o la alteración de la afectividad” (p. 22), como lo son el cuestionario de McGill-Melzack (McGILL PAIN QUESTIONNAIRE MPQ), test de latineen y Cuestionario de Wisconsin, sin embargo su aplicación más compleja dificulta uso en el CN en la urgencia.

b) Analgésicos

“Se plantea que la gran mayoría de los pacientes con CN requiere prontamente una terapia para alivio del dolor” (p. 70), de acuerdo a lo planteado por (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), sin embargo, plantea (Ortigoza Agustín, 2016), “el objetivo principal del tratamiento en el Servicio de Urgencias, es el control del dolor” (p. 58), por lo que es fundamental en la urgencia considerando la intensidad del dolor, algunos autores proponen aplicar la Escala de Analgésica, entre ellos, (Bader P. , y otros, 2010) y (Puebla Díaz, 2005), donde, aunque esta estala surge de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento del dolor en pacientes con cancer, pero “el uso

concomitante de otras intervenciones es útil en muchos pacientes, y esencial en algunos, se necesitan fármacos analgésicos en prácticamente todos los casos” (Bader P. , y otros, 2010)

Sobre la escala de analgesia, plantea (Puebla Díaz, 2005), “se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos según la escala analgésica de la O.M.S.” (p. 34), también indica el autor las normas para su uso.

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón. (p. 34)

En investigaciones realizadas por (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), a los fines de evaluar la eficacia en de los fármacos utilizados en el CN en casos de urgencias, los dividió en a) fármacos analgésico donde ubicó: analgésicos no opiáceos (AINE) como diclofenaco y ketorolaco), analgésicos espasmolíticos (como metami-

zol), espasmolíticos (como N-butil-bromuro de hioscina), Opiáceos menores (como tramadol), opiáceos mayores (morfina, meperidina, fenranilo), y b) fármacos utilizados en el tratamiento de los síntomas asociados al cuadro del dolor reno-uretral, como; antieméticos y antinauseosos (como metoclopramida y clorpromazina), antiulceroso y gastroprotectores (ranitidina), y estimulantes del peristaltismo intestinal (prostigmina) Los resultados obtenidos por (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), muestran “con AINE solos y asociados a otros fármacos, hemos obtenido buenos resultados (100 % de eficacia en el alivio del dolor)” (p. 68), con el uso de diclofenaco (75 mg), mientras que en el uso del ketorolaco (30 mg) en combinación con n-butilbromuro de hioscina (20 mg) + metoclopramida (10 mg) “se obtuvo una eficacia de 90,47 %” (p. 68), adicional estas investigaciones reflejan el alivio del 100% con el uso alternativo del “calor local” (p. 68), en conclusión los autores planean.

Nuestros hallazgos con respecto al tratamiento farmacológico del CN coinciden con diferentes autores, que recomiendan AINE asociados a espasmolíticos. Algunos autores8 recomiendan el uso de espasmolíticos, como la hioscina (10-20 mg/8 horas), sola o asociada a un inhibidor de las prostaglandinas, como diclofenaco sódico (50-100 mg/8 horas, la aplicación de calor local en la región lumbar, que tiene efecto antiálgico, y la ingestión abundante de líquidos (p. 69)

La elección del tratamiento analgésico es fundamental en el CN, considerando lo expuesto por (Aibar-Arregui, y otros, 2010), “la intensidad del dolor hace necesario en la mayoría de los casos iniciar el tratamiento analgésico antes de tener un diagnóstico definitivo” (p. 152), por lo que en urgencias es necesario conocer la información disponible para tratar efectivamente el CN en urgencias, indica además, de acuerdo con los hallazgos de Hermida, Bermejo y otros

(2013), que el uso de AINE los de mayor uso y mayor efectividad, solo en casos de alergias a AINE se recomienda el uso de otros, como paracetamol (Aibar-Arregui, y otros, 2010, pág. 152)

Otras fuentes indican, como el (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019), en su Catálogo Maestro de Guías de Prácticas Clínicas GPC-IMSS-635-19, Diagnóstico y Tratamiento del Cólico Renoureteral en el servicio de Urgencias, indica que en “una revisión sistemática con meta-análisis, (...) se observó que, en pacientes con función renal normal, el tratamiento con AINES es eficaz y tiene un efecto duradero con un menor número de efectos adversos, comparados con los opioides y el paracetamol” (p. 27), indicando que el el diclofenaco intravenoso es superior a otros AINE para disminuir el dolor en CN, resaltando además, que la efectividad del diclofenaco “fue significativamente más efectivo para alcanzar el desenlace primario (reducción del 50% del dolor inicial a los 30 minutos después de la analgesia)” (p. 27) en comparación con la morfina, por lo que instruye, “Se debe iniciar tratamiento con AINES, por vía intravenosa, para control del dolor en pacientes con cólico renoureteral”, entre ellos, “se puede utilizar diclofenaco 75mg Intravenoso, o como segunda opción el metamizol sódico 2gr intravenoso, pero con infusión lenta” (p. 27), con la única contraindicación para los paciente con insuficiencia cardiaca.

c) Otros síntomas

Aunque el dolor el principal síntoma a considerar en urgencias del CN, existen otros que igualmente necesitan tratamiento, estos pueden ser propios del CN u ocasionados con efectos secundarios del tratamiento, como lo son los vómitos y las náuseas, como establece (Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Hernández Guerra, & Sorbenes Gutierrez, 2013), “es importante tener en cuenta otros síntomas que pueden estar presentes cuando el paciente sufre una

crisis reno-ureteral” (p. 71), incluso como “efectos secundarios derivados del uso de los diferentes analgésicos, así como el tratamiento utilizado para el alivio de los mismos” (p. 69), recomendando “durante la fase dolorosa debe evitarse la sobrehidratación para reducir los espasmos ureterales y disminuir la incidencia de náuseas y vómitos” (p. 71), ubicando entre estos síntomas “la ansiedad, la intranquilidad, los síntomas vagales (mareo, sudoración, palidez y frialdad cutánea), los urinarios (disuria, pujos y tenesmo vesical, hematuria), los digestivos (náuseas, vómitos, pujos y tenesmo rectal, íleo paralítico, dolor y malestar epigástrico, acidez y los indicativos de sepsis (fiebre, escalofríos).” (p. 71)

Los medicamentos recomendados para los vagales, indica el (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019), “se demostró mayor efectividad con el uso de 4mg de ondansetron, en comparación con 10mg de metoclopramida, para la prevención y el tratamiento de náuseas y vomito”, por lo que concluye, “se recomienda el uso de ondansetron 4mg intravenoso, para el control de las náuseas y el vómito del paciente con cólico renoureteral” (p. 31)

Resultados, conclusiones y recomendaciones

Habiéndose organizado y analizado la información disponible se sobre el manejo del CN en urgencias, especialmente investigaciones de reciente data y autores reconocidos en la materia, todo esto considerando:

- a) El CN es una de las urgencias nefrológicas más comunes, caracterizada por el un dolor agudo, que amerita ingreso a los servicios de urgencia.
- b) El dolor ocasionado por el CN es considerado uno de los más fuertes, por lo que su tratamiento es urgencias es necesario, así como toda la información debe estar disponible y accesible al médico tratante para que, en un diagnóstico inicial, pueda

comenzar un tratamiento efectivo y con la menor cantidad de contra indicaciones posible para el paciente.

c) Sobre los procedimientos y tratamientos para el CN no existe uniformidad en el mundo médico, de allí la importancia de analizar, a la luz de las nuevas evidencias científicas, los más actualizados e idóneos para el CN, en especial en urgencias.

d) La evidencia científica es uniforme en reconocer que el 90% de CN es de origen litiásico, lo que debe orientar el tratamiento, previa clasificación del CN para acertar en el tratamiento, especialmente en urgencias. Por lo anteriormente considerado se pueden proponer las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. El diagnóstico del CN, especialmente en urgencias, es esencialmente clínico, por lo que el médico tratante debe conocer sus características y sintomatología, siendo el diagnóstico diferencial de primera referencia, teniendo a las demás pruebas disponibles, existiendo unas que con bajos costos y poca afectación al paciente, le permitirán diagnósticas apropiadamente un CN.
2. El tratamiento en urgencias del CN tiene como principal objetivo el control o alivio del dolor, para lo cual el médico tratante dispone de una variedad de métodos y herramientas que le permitirán valorar el dolor, como es el caso de escalas del dolor y la evaluación sistemática del dolor, como herramientas de aplicación rápida y fácil, para indicar o reevaluar la aplicación de analgésicos.
3. En el tratamiento del dolor, la utilización de la escalera analgésica en las diversas investigaciones analizadas, permiten recomendar el uso de AINE solos o asociados, en el tratamiento analgésico del CN, solo en casos contraindicados debe indicarse otros analgésicos.

Bibliografía

- Aibar-Arregui, M., Matías-Sanz, M., Pelay-Cacho, R., Igúzquza-Pellejero, M., Martín-Fortea, M., Clavel-Conget, L., . . . Sierra-Bergua, B. (mayo-agosto de 2010). Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 33(2), 145-154.
- Ancisu, F., & Díez-Caballero, F. (2018). Cólico Renal. En *Guía de actuación en urgencias* (págs. 67-74). España: Sociedad Española de Medicina de urgencia y emergencia.
- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme. doi:ISBN 980-07-8529-9
- Bader, P. P., Echtele, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez Borda, A., . . . Vranken, J. (2009). Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. En *European Association of Urologia, Guia de Bolsillo* (págs. 1179-1287). Europa: European Association of Urology. Obtenido de <https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
- Bader, P., Echtele, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez Borda, A., . . . Vranken, J. (2010). Directrices sobre tratamiento del dolor en urología. En K. P. Parsons, *Guías de bolsillo* (2010 ed., págs. 222-248). Europa: European Association of Urology. Obtenido de http://fau.org.ar/pdf/General-Pain-Management-2010_espanol.pdf?x26499
- Baena, G. (2000). *Manual para elaborar trabajos de investigación documental* (16a. Reimpresión ed.). México: Editores Mexicanos Unidos, S.A. doi:ISBN 968-15-0441-0
- Bultitude, M., & Rees, J. (2012). colic, Management of renal. *BMJ*. doi:doi:10.1136/bmj.e5499
- Espinosa Almendro, J. (2004). Valoración clínica, medición y tipos. En F. C. Toquero, & J. C. Zarco, *Guía de Buena práctica clínica en dolor y su tratamiento* (págs. 17-26). España: International Marketing & Communications, S.A. doi:ISBN 84-
- Hermida Pérez, J., Bermejo Hernández, A., Hernández Guerra, J., & Sorbenes Gutierrez, R. (2013). Tratamiento del cólico nefrítico en urgencias: Nuestra experiencia. *Med. Ge. y Fárm.*, 2(3), 67-75. Obtenido de http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N3/V2N3_67_75.pdf
- Hermida Pérez, J., Pérez Palmes, M., Loro Ferrer, J., Ochoa, O., & Buduen Nuñez, A. (2010). Cólico Nefrítico en el servicio de urgencias. Estudio epidemiológico, diagnóstico y etiopatogénico. *Arch.*

- Esp. Urol., 63(3), 173-187.
- Hernández, Fernández, & Baptista. (1997). Metodología de la investigación. México, México: McGraw-Hill Interamericana de México, de C.V.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Diagnóstico y Tratamiento del Cólico Renoureteral en el servicio de Urgencias. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Obtenido de www.imss.gob.mx
- López, C., Cobelo López, M., & Rodríguez Alonso, A. (2012). Cólico nefrítico. En M. Vázquez Lima, & J. Casal Codesido, Guía de actuaciones en urgencias (4a edición ed.). Ofelmaga, s.l. doi:ISBN 978-84-695-2923-2
- Niño Rojas, V. (2011). Metodología de la Investigación. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Ortigoza Agustín, Ó. (2016). Alternativas diagnósticas en el manejo urgente del cólico renal. Tesis doctoral. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza Servicio de Publicaciones. doi:ISSN 2254-7606
- Pérez Fentes, D., & Blanco Parra, M. (2009). Uropatía obstructiva supravescical. En J. Casais Gude, S. Fernández-Arruly Ferro, M. Vázquez Blanco, & R. Bugarín González, Manual de medicina de urgencias (págs. 1089-1092). Santiago de Compostela, España: Ofelmaga, s.l. doi:ISBN-13: 978-84-612-6942-6
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología Radioterapia, 28(3), 33-37. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf
- Ruiz, J., & López Resines, G. (2003). Capítulo 3.3. Técnicas de imagen en nefrología. En H. Avendaño, Nefrología clínica (2da. edición ed., págs. 158-169). Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMESCLAR, AJUSTAR Y
CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE
Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES
ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.

CITAR ESTE ARTICULO:

Sayas Herazo, M., Guerra Jiménez, M., Cañarte Mero, L., & Beltrán Parreño, K. (2020). Manejo del cólico renal en urgencias. RECIMUNDO, 4(3), 138-152. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.138-152