



BOLETÍN



DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA

AÑO XXV

NÚMERO 1

2017

Autores: Cobo Ugarte MA*, Grau Cimiano R*, Zuloaga Mendiola R*, Pino Noriega M*, Robles Fernández I*, Prieto Sánchez R**, Lassalle Ortiz ML***.

INTRODUCCIÓN

SUMARIO

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GRUPO GENITOURINARIO Y EMBARAZO. PARTE I

Dismenorrea.....	pág 2
Estado hipertensivo embarazo.....	pág 3
Cólico nefrítico.....	pág 4
Hematuria.....	pág 6
Bibliografía.....	pág 8
Algoritmos.....	pág 8

Con este Número retomamos la publicación del Boletín de Uso Racional del Medicamento, una de las herramientas más efectivas para promover un uso adecuado de los medicamentos.

Siguiendo la línea de incrementar la eficiencia en las actuaciones que se realizan y aprovechar las nuevas tecnologías, se ha acordado cesar la impresión en papel del boletín para su envío a los profesionales.

A partir de ahora, podrán ser consultados tanto en la página web del Servicio Cántabro de Salud, en apartado Publicaciones de los Profesionales, como en la Intranet de Atención Primaria, en apartado Publicaciones de Farmacia.

*Médico de Urgencias de Atención Primaria. **Farmacéutica Especialista de Atención Primaria. *** Subdirectora Médica Servicios de Urgencia Atención Primaria/061 (2.011-2.015).

Los medicamentos juegan un papel fundamental en la rutina de nuestra práctica clínica. Son herramientas de las que se valen los profesionales para modificar el curso natural de una enfermedad, prevenirla y/o en ocasiones, diagnosticarla.

En este sentido, debemos tener en cuenta, ante el enorme y creciente arsenal terapéutico a nuestra disposición, que la aparición de nuevos fármacos en muchas ocasiones no supone una mejora terapéutica con respecto a los precedentes; siendo nuestra obligación y responsabilidad como sanitarios, que el abanico de posibilidades de elección, no sobrepase nuestro conocimiento, adaptando nuestra práctica clínica a la nuevas evidencias científicas en el ámbito terapéutico.

Con el objetivo de contribuir a optimizar la calidad de la atención de la salud de la población a través del uso racional de los medicamentos, la Gerencia de Atención Primaria inició en 2013 la revisión, actualización y selección de medicamentos para uso estandarizado en la atención continuada en los centros de salud, como parte de sus líneas estratégicas.

Para ello, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de la urgencia en atención primaria de las cuatro áreas de salud, dirigido y coordinado desde la Subdirección Médica de Urgencias y el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

Se identificaron aquellas patologías más prevalentes y/o relevantes que precisan atención de forma urgente en los centros de salud, creando grupos de revisión para cada grupo de patologías y sus indicaciones terapéuticas respectivas:

- Patología Genitourinaria y embarazo
- Patología oftalmológica
- Patología Infecciosa
- Patología Cardiovascular
- Patología Neurológica
- Patología Psiquiátrica
- Patología Respiratoria
- Intoxicaciones
- Patología Digestiva
- Cuidados paliativos, dolor y traumatología
- Patología Endocrinológica
- Pediatría

La inclusión o exclusión de medicamentos en el formulario se ha realizado considerando la mejor evidencia disponible y teniendo en cuenta criterios de eficacia, seguridad, disponibilidad y coste de los medicamentos; así como con el consenso de otros grupos de trabajo con los que mantienen estrecha vinculación o por la interrelación en la actividad, como son el grupo de revisión de mochilas, el servicio 061 y diferentes servicios hospitalarios.

El resultado final será la elaboración de una Guía Farmacoterapéutica y Protocolos clínicos, que contenga el listado de los medicamentos disponibles para su utilización en todos los centros de salud, con los algoritmos y protocolos de actuación en cada una de las patologías en las que está indicado su uso.

Debe ser una herramienta dinámica, sujeta a constante revisión y actualización de su contenido, así como a la evaluación de los resultados, siendo susceptible de modificación, siempre que esté justificado con fundamento científico.

Aprovechando esta publicación, daremos difusión al trabajo de revisión de los diferentes grupos de trabajo, con los protocolos y algoritmos de actuación de las patologías revisadas y los fármacos para su tratamiento, incluyendo la medicación con la que contaremos en los centros para su tratamiento in situ.

DISMENORREA¹⁻⁴

La dismenorrea consiste en dolores menstruales tipo cólico de origen uterino,

generalmente en las horas de comienzo de la menstruación y, alcanzan el punto máximo el primer o segundo día del ciclo, cuando el flujo es mayor. La menstruación dolorosa constituye una alteración ginecológica frecuente que afecta al 30-50% de las mujeres en edad reproductiva y en un 20% la enfermedad es incapacitante, por lo que constituye un fenómeno social con repercusión socioeconómica significativa.

Las hijas de mujeres con dismenorrea son propensas a desarrollarlo también. Además, es más frecuente en mujeres fumadoras y que consumen alcohol en grandes cantidades.

CLASIFICACIÓN

Hay dos categorías:

- **Dismenorrea primaria:** Dolor menstrual sin enfermedad orgánica responsable. Se cree debida a altos niveles de prostaglandinas liberadas en el endometrio durante la menstruación.
- **Dismenorrea secundaria:** El dolor pelviano menstrual se relaciona con un proceso identificable, como la endometriosis, los quistes ováricos, dispositivos intrauterinos, infecciones del tracto genital, etc.

CLÍNICA

Dolor en área suprapúbica que puede irradiarse al dorso de las piernas o a la parte inferior de la espalda y puede acompañarse de náuseas, diarrea, cefalea y mareo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la dismenorrea primaria se hace por exclusión y se establece fundamentalmente por la anamnesis, exploración bimanual y ecografía transabdominal y transvaginal. Estas exploraciones son normales en la dismenorrea primaria.

En la dismenorrea secundaria puede ser precisa la realización de una histeroscopia o histerosalpingografía.

TRATAMIENTO

El **tratamiento no farmacológico** está orientado a informar a la paciente de la causa fisiológica del dolor, que es una consecuencia de ciclos ovulatorios normales.

Se aconseja ejercicio moderado durante esos días y alentar sobre el buen pronóstico de estos síntomas a medio plazo.

El calor en abdomen o espalda o el sentarse en un baño de agua caliente mejora la sintomatología. Se recomienda evitar el tabaquismo y el consumo de alcohol y reducir el consumo de condimentos y carnes.

El **tratamiento farmacológico** se basa en:

- **Paracetamol y Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** ibuprofeno, naproxeno, ácido mefenámico, indometacina. No hay pruebas suficientes que indiquen que algún AINE sea más efectivo que los otros, pero parece que los AINEs son más efectivos que el paracetamol. Los AINEs deben administrarse antes del inicio del dolor (24-36 h antes del inicio del flujo menstrual) y continuar durante los 2 ó 3 primeros días de la menstruación.
- **Anticonceptivos orales combinados (AOC):** Existe evidencia de que el uso de AOC reduce la intensidad de la dismenorrea y la necesidad de analgésicos. Para la paciente que no presenta contraindicaciones para su administración y que además desea evitar la gestación, estos fármacos son probablemente preferibles a los AINEs. Los AOC llegan a ser eficaces en el 90% de las pacientes.

El tratamiento de la dismenorrea secundaria consiste en el tratamiento específico de la causa orgánica que la provoca.

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO⁵⁻⁹

La preeclampsia y la eclampsia son dos entidades encuadradas dentro de los estados hipertensivos del embarazo, que son alteraciones del sistema cardiovascular que aparecen a partir de la semana 20 de gestación, o se agravan durante el embarazo, parto o puerperio y tienen como signo común el aumento de la tensión arterial.

Un 10% de las mujeres presentarán un aumento de la tensión arterial (TA) en algún momento de su embarazo. La preeclampsia es un trastorno multisistémico que afecta al 2-8% de las gestantes.

Las mujeres que ya han padecido preeclampsia en un embarazo son más propensas a desarrollarla de nuevo, con una probabilidad mayor cuanto más pronto se haya desarrollado este trastorno en el embarazo anterior.

CLASIFICACIÓN

Según las cifras de TA basal previas al embarazo y la presencia o no de proteinuria, se clasifican en:

- **Hipertensión arterial (HTA) crónica:** HTA (TAS \geq 140 y/o TAD \geq 90 mmHg) previa al embarazo, que aparece antes de la semana 20 o que persiste después de 12 semanas postparto.
- **Hipertensión gestacional:** HTA sin proteinuria después de la semana 20 en gestante normotensa, que desaparece en las primeras 12 semanas postparto.
- **Preeclampsia:** HTA y proteinuria después de la semana 20 y sin HTA previa.
- **Eclampsia:** Convulsiones tónico-clónicas en preeclampsia severa, no atribuibles a otra causa.
- **HTA crónica con preeclampsia sobreañadida:** HTA preexistente que desarrolla proteinuria después de la semana 20.

DIAGNÓSTICO

Preeclampsia leve:

- Tensión arterial sistólica (TAS) \geq 140 y <160 y Tensión arterial diastólica (TAD) \geq 90 y <110.
- Proteinuria en orina de 24 h <5 g.
- Ningún otro criterio de preeclampsia grave presente.

Preeclampsia grave:

Al menos alguna de las siguientes alteraciones:

- TAS \geq 160 y/o TAD \geq 110.
- Proteinuria en orina de 24h \geq 5 g o en su defecto proteinuria cualitativa en labstix de 3+. Por encima de 5 g, el grado de proteinuria no se relaciona con la gravedad ni los resultados materno-fetales.
- Oliguria \leq 500 ml/ día.
- Creatinina > 1,2 mg/dl y/o urea > 40 mg/dl.
- Alteraciones de las pruebas hepáticas y hematológicas.
- Pródromos de eclampsia:
 - Clínica neurológica: hiperreflexia, cefalea intensa, alteraciones visuales, estupor.

- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.
- Náuseas o vómitos.
- Cianosis / edema agudo de pulmón (EAP) / Accidente cerebrovascular (ACV).
- Crecimiento intrauterino retardado.

Eclampsia:

Preeclampsia grave y aparición de convulsiones y/o coma.

TRATAMIENTO (Ver Algoritmo 1)

Tratamiento hipotensor de inicio:

Intentar mantener la TA por debajo de 160/110 para disminuir al máximo el riesgo de complicaciones cerebro y cardiovasculares, principal causa de morbimortalidad en países desarrollados y por encima de 140/90 para asegurar la perfusión placentaria. Los medicamentos antihipertensivos que se consideran seguros y pueden utilizarse en el embarazo son:

- Labetalol 100 mg/ 6-8 h, vía oral (vo). Se puede aumentar 50 mg en cada toma, máximo 1.200 mg al día. Contraindicado en asmáticas e insuficiencia cardiaca (IC).
- Alfa-metildopa 250-500 mg/8 ó 12 h vo, máximo 2-3 g/día.
- Nifedipino Retard 20-30mg/ 12 h vo, máximo 80 mg/día.
- Hidralazina 25-50 mg/6-8 ó 12 h vo, máximo 200 mg/día.

Están contraindicados los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), betabloqueantes, antagonistas de los receptores angiotensina II (ARA-II) y diuréticos. Estos últimos sólo permitidos si EAP, oliguria marcada o IC.

Crisis hipertensiva, TA resistente a antihipertensivos o intraparto:

- **Labetalol intravenoso (iv).**
Bolo iv directo lento de 20 mg . Si no se controla TA, se puede poner otro bolo de 40 mg y otros 2 de 80 mg a intervalos de 10 min. (20-40-80-80, máximo 220 mg).
Mantenimiento: 500 mg en 400 ml de suero salino fisiológico 0,9% (SSF) a 20 ml/h y se va doblando el ritmo, a intervalos de 20 minutos si no se controla TA, hasta máximo de 160 ml/h ó hasta TA ≤ 160/105.
El Labetalol oral se pasa a vía iv, durante el parto a dosis de mantenimiento.

Contraindicado en asmáticas e IC. No incluido en petitorio de urgencias de Atención Primaria.

○ **Urapidilo intravenoso (iv)**

No disminuye el flujo placentario. Es necesario monitorización y control de TA. Bolo de 25 mg iv en 20 segundos. Si no cede, se puede repetir otra dosis de 25 mg a los 5 minutos y otra dosis de 50 mg a los 30 minutos. Perfusión de 50 mg en 100 ml de suero glucosado al 5% (SG5%) a 7-22 gotas/minuto.

Si aún así no se controla TA, asociar **Nifedipino** de absorción rápida, (no retard) 10 mg vo que se puede repetir cada 20-30 min hasta máximo de 30 mg. Su efecto se puede potenciar con el uso concomitante de sulfato de Magnesio.

Preeclampsia grave, prevención de crisis convulsivas.

○ **Sulfato de magnesio**

Fármaco de elección. 4-6 g iv, en 100 ml SSF a pasar en 15 minutos pudiéndose repetir a los 15 minutos. Si no ceden las crisis, perfusión de 7,5 g en 500 ml de SG5% a un ritmo de 1-2 g/h. Si persisten las convulsiones se puede recurrir al **Diazepam**, 10 mg en bolo iv y perfusión de 100 mg a 5-7 gotas/minuto.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Cualquiera de las situaciones descritas anteriormente son susceptibles de derivación hospitalaria para valorar estudio del sufrimiento fetal y tratamiento si procede. La diferencia entre todas ellas será el método de traslado: por medios propios en caso de la preeclampsia leve o ambulancia convencional o medicalizada en los casos de preeclampsia grave o eclampsia.

CÓLICO NEFRÍTICO¹⁰⁻¹⁴

Es un síndrome clínico provocado por la obstrucción brusca del tracto pielo-ureteral con dilatación proximal.

ETIOLOGÍA

- En el 94% de casos el origen es la litiasis.
- Coágulos renales.
- Neoplasias ureterales.
- Estenosis ureteral.

- Neoplasias ginecológicas o retroperitoneales.

CLÍNICA

Dolor intenso tipo cólico de aparición brusca, que desciende desde el ángulo costo-lumbar hasta región genital por el trayecto ureteral, de forma unilateral. Suele acompañarse de síndrome miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo) y frecuentemente, cortejo vegetativo. El dolor no mejora con el reposo ni con los cambios posturales.

En la exploración se acompaña de agitación psicomotriz, sudoración profusa. El abdomen puede encontrarse distendido y presentar dolor en flanco, fosa iliaca, mesogastrio e hipogastrio. Lo característico es la puño percusión renal positiva.

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar un cólico renal se han de cumplir dos de los siguientes requisitos:

- Clínica compatible.
- Puño Percusión Renal positiva.
- Microhematuria. En los centros de Atención Primaria disponemos de tiras reactivas de orina. La presencia de hematuria confirma el diagnóstico de cólico nefrítico. Alrededor de un 30% de los cólicos nefríticos no presentan hematuria y debe considerarse la posibilidad de otro diagnóstico.

Si no se puede obtener la tira reactiva, la clínica es suficiente para iniciar tratamiento.

Se debe valorar diagnóstico diferencial frente a aneurisma aórtico (tenerlo en cuenta en mayores de 60 años), obstrucción intestinal, infarto mesentérico, cólico biliar, pancreatitis, apendicitis, embarazo ectópico, salpingitis, rotura de quiste ovárico, pielonefritis (pensar en ella si hay fiebre).

TRATAMIENTO (Ver Algoritmo 2)

El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):

- **Diclofenaco** 75 mg intramuscular (im). Calma el dolor en 20-30 minutos y disminuye número de recurrencias.
- **Metamizol** 2 g im o iv lento, en 20 minutos, disuelto en 100 ml suero salino

fisiológico, para reducir el riesgo de hipotensión. No administrar en caso de hipotensión preexistente y una situación de circulación inestable.

- **Dexketoprofeno** 50 mg im o iv, en 100 ml de suero salino fisiológico. Alternativa en caso de hipotensión o alergia al metamizol.

Si no se produce mejoría utilizar **opiáceos**. Su eficacia es similar a AINEs pero tienen mayor frecuencia de efectos adversos (náuseas, vómitos, hipotensión). Es preferible la administración endovenosa por su mayor rapidez de acción y por disponer de una administración gradual hasta conseguir que ceda el dolor o hasta la aparición de efectos adversos. Si no se dispone de una vía venosa se puede utilizar vía subcutánea (sc).

- **Cloruro mórfico iv**: disolver 10 mg de cloruro mórfico en 100 ml de suero fisiológico, ir pasando hasta que ceda el dolor o aparezcan efectos adversos.
- **Cloruro mórfico vía subcutánea (sc)**: dosis de 5-10 mg cada 2-4 horas.
- **Petidina iv**: disolver 100 mg en 100 ml de suero fisiológico. En casos de hipotensión.

Los fármacos anticolinérgicos como la butilescopolamina se han utilizado clásicamente en el tratamiento del cólico renal basándose en su efecto relajante de la musculatura lisa. En la actualidad se considera que el origen del dolor es la distensión de la cápsula renal por la obstrucción, y no el espasmo ureteral, por lo cual **no está justificado el uso de fármacos espasmolíticos en el tratamiento del cólico renal ni su combinación con metamizol.**

Si se presentan náuseas y vómitos puede emplearse **metoclopramida** iv con precaución debido a sus efectos extrapiramidales.

En caso de no mejoría con dichos fármacos derivar al hospital.

Una vez controlado el dolor agudo, se puede instaurar **tratamiento domiciliario**:

Diclofenaco 50 mg vo cada 8 horas durante 4-7 días, reduce las recidivas y la asistencia en urgencias si comparamos con tratar sólo si hay dolor.

Calor local: algunos estudios demuestran su eficacia en el cólico renal como tratamiento complementario en el cuadro agudo.

El aumento de ingesta hídrica se desaconseja en la fase aguda pues podría exacerbar los

síntomas y provocar un riesgo potencial de rotura del uréter.

Tratamiento cólico renal en embarazadas

Más frecuente en multíparas y en tercer trimestre. Suele manifestarse por dolores en flanco y/o hematuria macro o microscópica.

La mayor gravedad es el riesgo de parto prematuro. El tratamiento más fiable son los opiáceos y el paracetamol, debiendo evitarse los AINEs por el riesgo de cierre prematuro del ductus arterioso.

Tras tratamiento inicial del cuadro agudo, requiere derivación urgente.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Fiebre y sospecha de sepsis.
- Anuria. En casos de obstrucción bilateral de la vía urinaria o pacientes monorrenos.
- Dolor refractario al tratamiento.
- Embarazadas.

HEMATURIA¹⁵⁻¹⁹

La hematuria se define como la aparición de sangre en orina y se considera patológica la presencia de más de tres glóbulos rojos por campo en el análisis del sedimento urinario.

La prevalencia de hematuria se encuentra entre el 0,18-16% de la población general, pero en adultos puede alcanzar el 33% y, aunque la hematuria responde a múltiples etiologías, en varones mayores de 50 años la causa más común es un proceso tumoral del tracto urinario.

CLASIFICACIÓN

Según la cantidad de hematíes por campo:

- **Hematuria microscópica:** emisión de hematíes por campo inferior a 100 y la orina no cambia de color.
- **Hematuria macroscópica:** a partir de 100 hematíes por campo, se comienza a distinguir la hematuria a simple vista y la orina adquiere un color rojizo.

Según el momento de aparición:

- **Inicial:** el sangrado se observa al principio del chorro miccional y después se aclara espontáneamente. Sugiere origen uretral o prostático.

- **Terminal:** si se produce al final de la micción, incluso como un goteo sanguinolento postmiccional. Sugiere origen cercano al cuello vesical.
- **Total:** si la hematuria se presenta a lo largo de toda la micción. Puede proceder del riñón, del tracto superior o de la vejiga.

Hay que diferenciar la hematuria de:

- **Uretrorragia:** sangrado a través de la uretra independientemente de la micción y que sugiere lesión por debajo del esfínter externo de la uretra.
- **Pseudohematuria o falsa hematuria:** provocada por pigmentos endógenos, alimentos (remolacha, fresas, cerezas, etc.), fármacos (rifampicina, metronidazol, fenitoína, etc.), menstruación.

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes de hematuria aislada son los cálculos, las neoplasias, la tuberculosis, los traumatismos y las prostatitis.

En los niños y adultos jóvenes puede producirse por ejercicio intenso, fiebre, actividad sexual o traumatismos.

Causas de hematuria:

- **Hematuria de causa urológica:**
 - Infecciones urinarias.
 - Litiasis urinaria
 - Tumores:
 - De parénquima renal.
 - Uroteliales.
 - Prostáticos.
 - Uretrales.
 - Otros:
 - Traumatismos.
 - Tuberculosis.
 - Postcirugía o postlitotricia.
 - Cuerpos extraños.
 - Infarto renal.
- **Hematuria de causa no urológica:**
 - Enfermedades hematológicas.
 - Causas metabólicas:
 - Hipercalciuria.
 - Hiperuricosuria.
 - Hematuria glomerular (poco frecuente):
 - Nefropatía IgA.
 - Síndrome de Alport.
 - Glomerulonefritis.
 - Enfermedad de Goodpasture.
 - Enfermedades sistémicas:
 - Lupus eritematoso sistémico.

- Vasculitis.
- Síndrome hemolítico urémico.
- Enfermedades infecciosas sistémicas (hepatitis, endocarditis).
- Tóxicos (benzeno).
- Fármacos que pueden producir hematuria:
 - Antibióticos: ampicilina, penicilina, cefasporinas, anfotericina.
 - Anticoagulantes, AINEs, colchicina, fenilbutazona.
 - Inmunosupresores: ciclofosfamida.
 - Fármacos del sistema nervioso central: clorpromazina, fenobarbital.
 - Otros: alopurinol, clorotiazida.

DIAGNÓSTICO

En la historia clínica se recabará información sobre las características de la hematuria, sintomatología sistémica y genitourinaria acompañante, toma de medicamentos simultáneos, factores de riesgo, antecedentes familiares (poliquistosis renal).

- **Exploración física:** Toma de constantes vitales (TA, FC, FR, temperatura) para valorar posible repercusión hemodinámica; exploración del meato urinario, de la próstata y de genitales externos; examen pélvico en la mujer; búsqueda de otros signos (edemas, eritema malar en alas de mariposa)
- **Sedimento urinario.**
- **Cultivo de orina:** la presencia de piuria y hematuria estériles requiere descartar tuberculosis.
- **Analítica:** ANAs, ASLO.
- **Radiología simple de abdomen:** identifica la presencia de cálculos radiopacos.
- **Ecografía.**
- Posteriormente se puede realizar cistoscopia, urografía intravenosa, arteriografía renal, TAC, biopsia renal.

TRATAMIENTO (Ver Algoritmo 3)

El tratamiento dependerá de la causa que la ha provocado, la intensidad de la hematuria, la presencia de obstrucción por coágulos y las complicaciones.

- En hematurias aisladas, moderadas, sin anemia ni dificultad para la micción, se indica ingesta abundante de líquidos, reposo relativo, se tranquiliza al paciente

y se explica la necesidad de realizar estudio urológico ambulatorio y no se sonda.

- En hematurias graves hay que mantener las constantes vitales (administrar cristaloides o Ringer lactato vía iv). Si no hay compromiso vital ni alteraciones hemodinámicas, se realiza sondaje vesical y lavado vesical con suero fisiológico.
- En macrohematurias con coágulos se realiza sondaje vesical con sonda semirígida de doble flujo 20-22 French y lavado con suero frío.

Según la causa el tratamiento será específico:

- Si la hematuria está causada por fármacos, sustituirlos por otros de efecto similar.
- En infecciones urinarias, antibióticos.
- En el cólico nefrítico, analgesia.
- En uricosuria, alopurinol.
- En calciuria, tiazidas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En el caso de no disponer de medios para continuar el estudio o demora en los estudios que pueda agravar el estado clínico del paciente, se derivará a urología.

Si el origen es glomerular o se acompaña de insuficiencia renal o se sospecha causa tumoral o patología grave, se derivará de forma preferente.

En situaciones de obstrucción por coágulos, alteraciones hemodinámicas y traumatismos que cursan con hematuria se procederá a derivación urgente al hospital.

CONCLUSIONES

- La preeclampsia y la eclampsia son **URGENCIAS MÉDICAS**, por lo que habrá que tenerlo en cuenta a la hora de la toma de decisiones.
- La dismenorrea y el cólico nefrítico requieren un adecuado control del dolor mediante la utilización de diferentes escalones de analgesia.
- El tratamiento de elección del **cólico nefrítico** son los AINEs. En la actualidad, **no está justificado el uso de fármacos espasmolíticos.**
- La hematuria tiene múltiples causas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de su abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, Coll C. Actualización en Medicina de Familia. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *Semergen* 2009;35 (10) 505-510.
- Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks R. Fármacos antiinflamatorios no esteroideos para la dismenorrea primaria (Revisión Cochrane traducida) En Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford.
- Ríos D, Zamora Y. Actualidad en dismenorrea. Revisión bibliográfica. En <http://www.atenciónprimaria.com>.
- Piloto M. Guía terapéutica para la Atención Primaria en Salud. 2010 Cap12.291-292.
- SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Transtornos hipertensivos del embarazo. 2006.
- Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión. 2005;22 Supl 2:58-69.
- Williams Obstetricia. 21ª Edición. Ed. Panamericana. Pag. 511-520.
- Baltar J, Marin R, Álvarez-Grande J. Toxicidad fetal de los fármacos antihipertensivos. *Hipertensión* 2004;21(9):455-465.
- Cabero Roura L, Cararach Ramoneda V. En: XIII Curso intensivo de formación continuada. Medicina materno fetal. Madrid 2006; p 3-241.
- Sánchez-Carpena J, Domínguez-Hervella F, Emili Gene I, Bugariñ R, Martín A, Tomás-Vecina A. Comparison of intravenous dexketoprofen and dipyrone in acute renal colic. The Dexketoprofen Renal Colic Study Group- *Eur J Clin Pharmacol* (2007) 63:751-760.
- López García-Moreno A.M, Gómez García I, Roca Muñoz A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias 3ª ed. 2010. Complejo Hospitalario de Toledo. 895-900.
- Holdgate A, Pollock T. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) versus opioids for acute renal colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
- Caneda García Y, Méndez Bustelo M.J, y cols. Abordaje terapéutico del cólico nefrítico. Comisión de farmacia y terapéutica de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela.
- Aibar-Arregui M.A, Matia-Sanz M, y cols. Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. *Anales del sistema Sanitario de Navarra* 2010.Vol 33, nº 2.
- Bolufer Moragues E, Buitrago Sivianes S, Roca Muñoz A. Hematuria. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias 3ª ed. Madrid. 2010; 901-904.
- Viana Zulaica C, Naya Cendón Ch. Microhematuria. *Fisioterapia Guías Clínicas* (acceso Junio 2.015).
- García Méndez I, Martínez estrada K, Cadabal Rodríguez T. Hematuria. *AMF*. 2011; 7,1.
- Martínez Miguel P, Rodríguez Puyol D. Protocolo diagnóstico de la hematuria aislada. *Medicine*. 2007; 09: 5168-70.
- Asensio Martín J, San José Pardo M, Montero Luengo J. Hematuria en paciente joven. *FMC. Formación Médica Continuada Atención Primaria*. 2012;19:256.

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

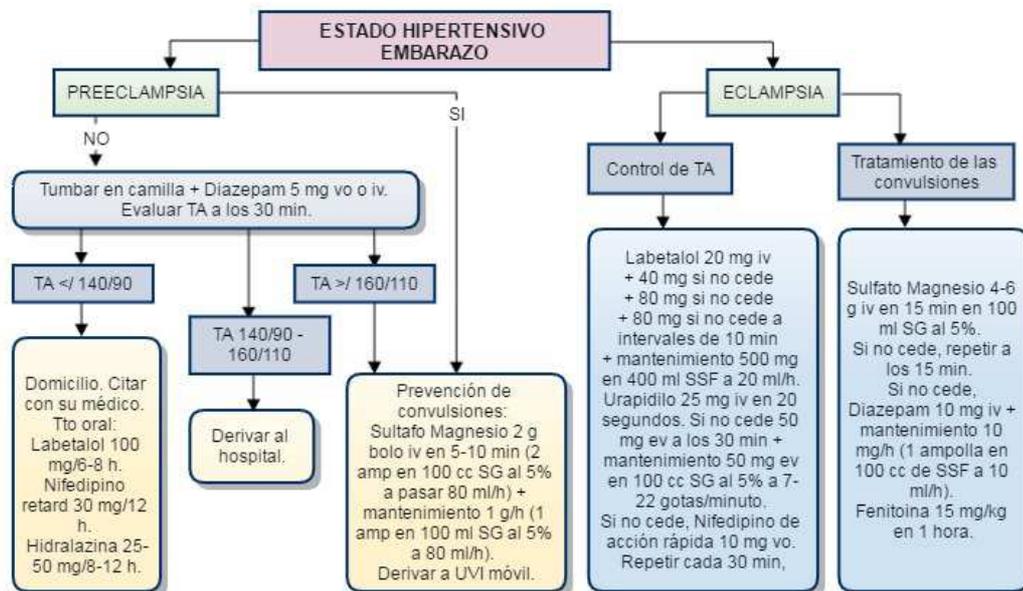
Avda. Cardenal Herrera Oria s/n
Edificio anexo a la Residencia Cantabria
39011 Santander Teléfono: 942 20 27 93

ISSN: 1576-8295

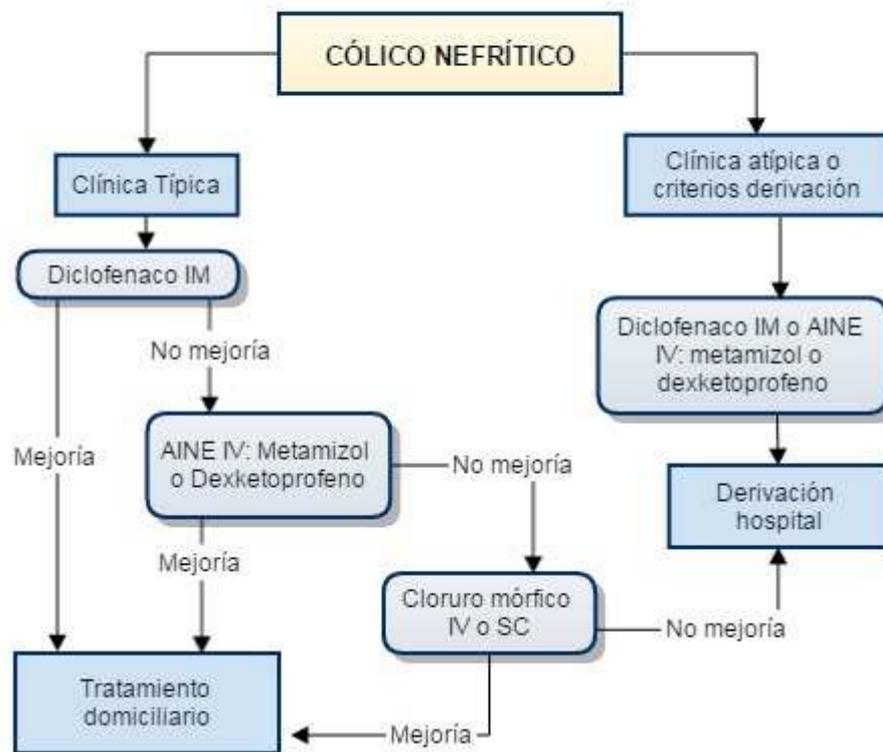
Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/web/scs/farmacia>

Algoritmo 1. Estado hipertensivo en embarazo.



Algoritmo 2. Cólico nefrítico.



Algoritmo 3. Hematuria.

