

DOCUMENTO DE CONSENSO EN PEDIATRIA SOBRE EL MANEJO DE LA HEMATURIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pediatría de Atención Primaria: Dr. Francisco Bernabeu, Dra. B. Pineda i Dra. A. Sánchez (Cap les Hortes)

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: Dr. Juan Ant^o Camacho

1^a Versión del protocolo: 2008. Última revisión (Dr. JA. Camacho) mayo 2016.

Este documento de consenso surgió a partir de la jornada de trabajo específica del curso de protocolización conjunta entre HSJD i profesionales de APS del proyecto VINCLES.

1. CONCEPTO DE HEMATURIA

Presencia de sangre en la orina en cantidad >5 eritrocitos/campo en orina centrifugada o >5 eritrocitos/mm³ en orina no centrifugada.

2. DIAGNÓSTICO

La tira reactiva constituye la primera aproximación en asistencia primaria para el diagnóstico de hematuria. Tiene una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 65-99%

Falsos positivos:

- hemoglobinuria
- mioglobinuria
- contaminación con povidona yodada
- retraso en la lectura

Falsos negativos:

- proteinuria intensa
- presencia de ácido ascórbico
- densidad urinaria >1025

La tira reactiva permite, simultáneamente, valorar la presencia de proteinuria asociada, imprescindible en el diagnóstico diferencial.

El resultado positivo de la tira reactiva (o un caso negativo, si existe alta sospecha) debe ser recomprobado siempre mediante sedimento urinario.

3. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Como siempre en medicina es obligado realizar unas correctas anamnesis y exploración física, con especial atención a los siguientes puntos:

Historia clínica:

- Lugar de procedencia, raza.
- Antecedentes familiares: hematuria, insuficiencia renal crónica, sordera, quistes renales, litiasis, HTA.
- Antecedentes personales: asfixia perinatal, cateterización umbilical, infecciones del tracto urinario, varicela, amigdalitis/infecciones previas, fármacos, inmunizaciones.
- Síntomas acompañantes: artralgias, fiebre, edemas, oliguria.

Exploración física:

- Peso y talla
- Tensión arterial
- Malformaciones asociadas: genitales, lumbo-sacras, pabellones auriculares
- Abdomen: masas, hematomas, dolor
- Edemas
- Artritis
- Rash

Sedimento de orina y urocultivo: Pueden visualizarse a través del examen microscópico de la orina leucocitos, bacterias, cristales y cilindros. La presencia de leucocitos y bacterias en número significativo permite el diagnóstico directo de la infección del tracto urinario. La presencia de cilindros es específica de las glomerulonefritis y los cristales tienen escasa significación clínica.

Análisis de la orina por microscopio de fases: Permite localizar el origen anatómico de la hematuria.

	GLOMERULAR	NO GLOMERULAR
Esterasa leucocitaria (tira reactiva)	83%	78%
MORFOLOGIA ERITROCITARIA	>80% dismórficos	>80% eumórficos
ACANTOCITOS	5% diagnóstico	no hay
VCM	50-60fl	90-100fl
ADE*	elevado	similar a sangre
VCM(o)/VCM(s)	<1	>1
COLOR	marrón	rojo brillante
CILINDROS	sí	no
RELACION MICCIÓN	uniforme	no uniforme
COAGULOS	no	sí

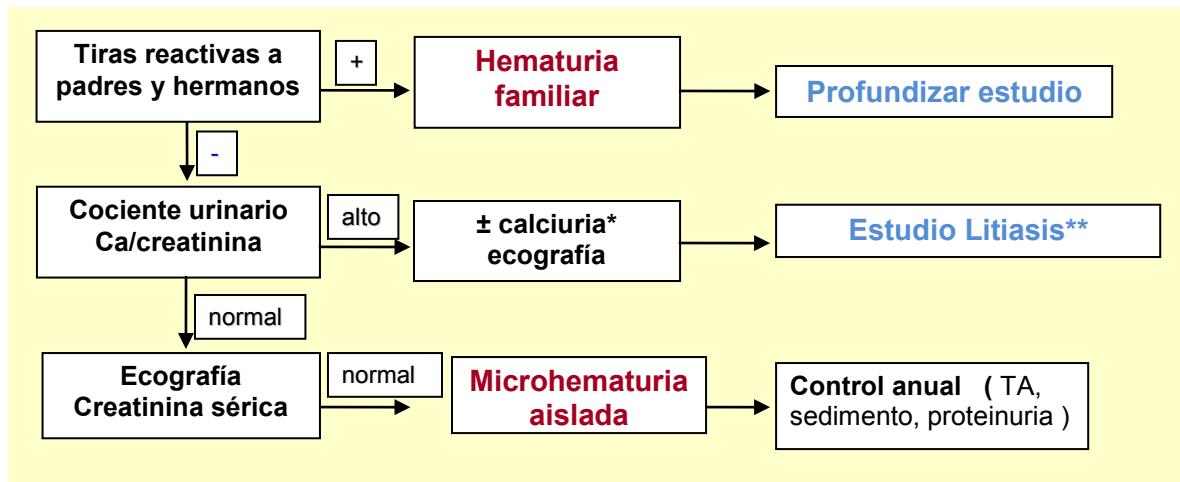
*ADE: ancho de distribución eritrocitaria

4. ESQUEMAS PARA EL MANEJO DE LA HEMATURIA

a. Hematuria microscópica asintomática aislada

En caso de detección casual de hematuria microscópica aislada en un niño asintomático, normotenso y con exploración física normal, es razonable detectar la presencia de hematíes en orina en al menos 3 ocasiones (2 muestras de orina 2-8 semanas tras la detección inicial) antes de emprender una evaluación a fondo de la microhematuria.

b. Hematuria microscópica asintomática persistente

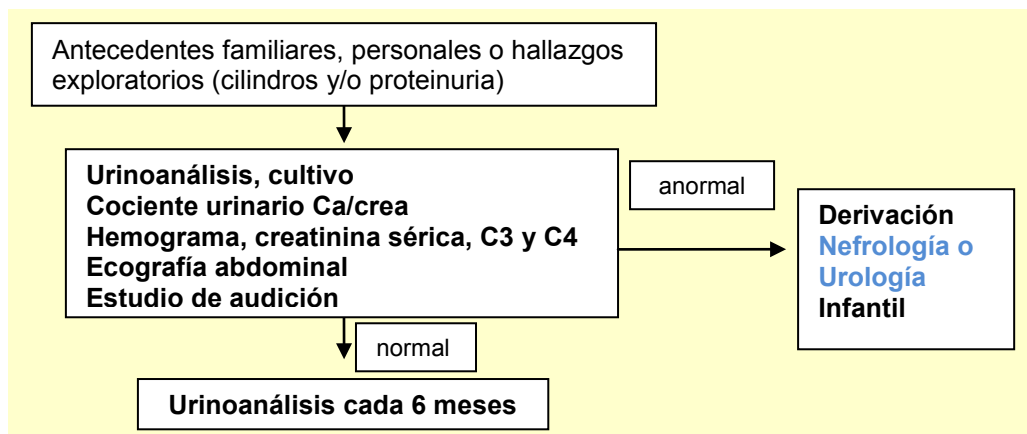


***Calciuria:** Practicar cociente Ca/creatinina en una muestra de orina aislada.
 Primera orina de la mañana en incontinentes / segunda orina de la mañana en ayunas en continentales
 Normal: < 6 meses: < 0.80
 6-12 meses: < 0.60
 > 12 meses: < 0.21

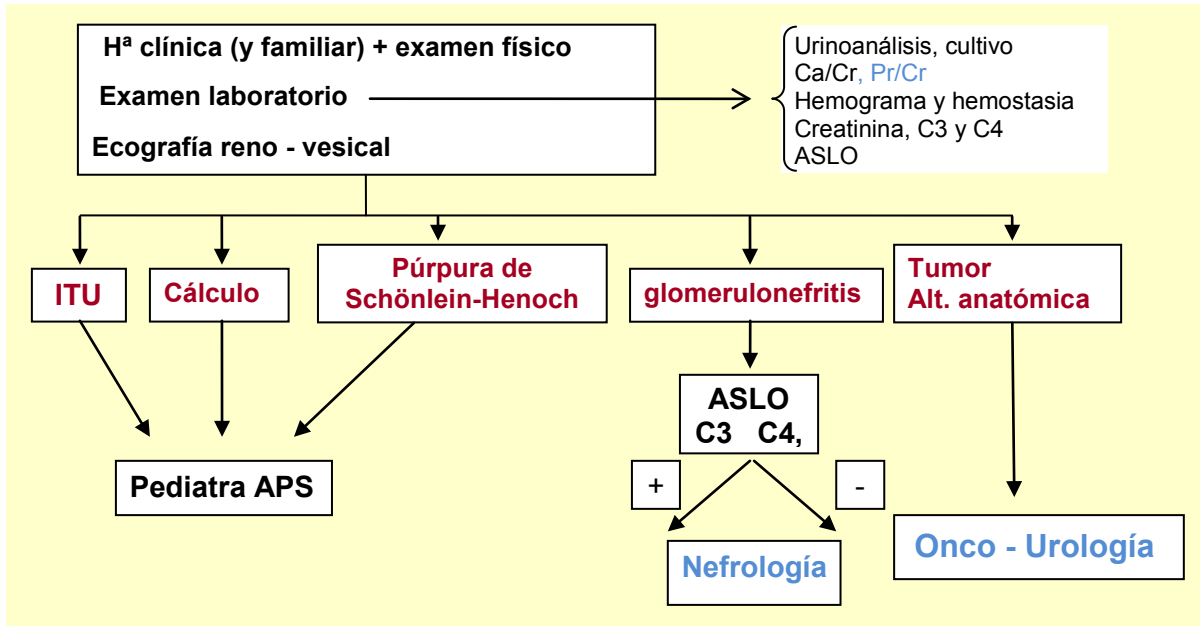
La calciuria en orina de 24 horas sólo es necesario practicarla si existen dudas diagnósticas con el cociente Ca/crea. Valor normal: < 4mg/Kg/día

****Estudiar promotores e inhibidores de la cristalización en orina 24 horas, sobre todo si hay antecedentes de litiasis en la familia.**

c. Microhematuria con hallazgos adicionales



d. Hematuria macroscópica aislada



e. Hematuria macroscópica recurrente

