

## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

### ESCROTO AGUDO

#### SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2016 – 2019

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Sebastián Badilla Médico Urólogo Hospital E. Torres G.</p> <p>Dr. Vicente Salinas Médico EDF CGU Hector Reyno</p> <p>Dr. Marcelo Vega Codd Médico EDF PSR Chanavayita</p>	<p>Dr. Joaquín Fariás Valdés. Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p>Hayleen Pol Jacome Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Nelson Castillo Barriga Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Dra. Miriam Escobar Alaniz Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Junio 2016	Fecha: Junio 2016	Fecha: Junio 2016



**PROTOCOLO ESCROTO  
AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: CG 6 URO-001**

**Edición: Primera**

**Fecha: 28 de Junio 2016**

**Página: 2 de 13**

**Vigencia: 3 años**

**INDICE**

<b>DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>MAPA DE RED.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
<b>ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>RESPONSABLES .....</b>	<b>5</b>
<b>POBLACIÓN OBJETIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>DEFINICIONES .....</b>	<b>6</b>
<b>PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....</b>	<b>9</b>
<b>FLUJOGRAMA .....</b>	<b>12</b>
<b>INDICADOR .....</b>	<b>13</b>
<b>RESPONSABLES DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>PLAN DE DIFUSION.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>14</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>14</b>



**PROTOCOLO ESCROTO  
AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 3 de 14

Vigencia: 3 años

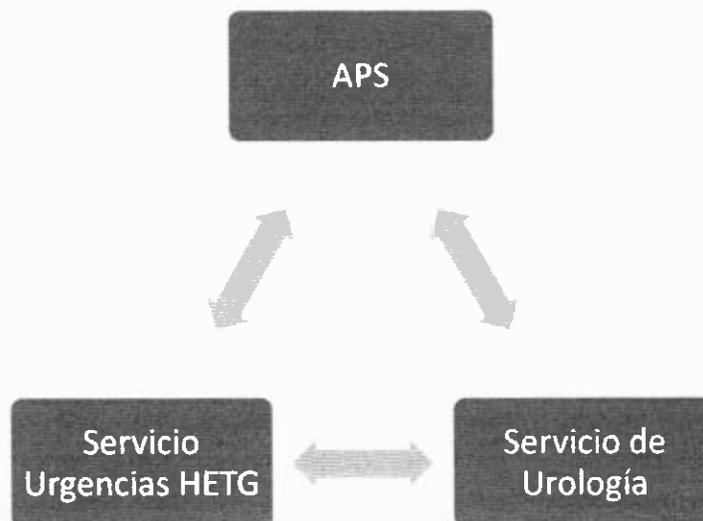
### 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

### 2. INTRODUCCIÓN.

El escroto agudo es un cuadro sindrómico reconocido como una urgencia urológica en la que el paciente presenta dolor intenso de aparición brusca con irradiación ascendente, en la bolsa escrotal o en su contenido, y en la mayoría de las ocasiones con aumento de su tamaño. Se trata de un síndrome de aparición aguda, de etiología variable y tratamiento específico, por lo que pueden existir diferencias clínicas dependiendo del proceso que lo genera. En la evaluación clínica de este síndrome es fundamental alcanzar un diagnóstico correcto, ya que del mismo dependerá la viabilidad posterior del órgano, con la consiguiente repercusión para el paciente desde el punto de vista de la fertilidad así como de las posibles implicaciones médico-legales. Existe una estrecha relación entre los grupos de edad y las patologías responsables de este síndrome.

### 3. MAPA DE RED.





## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 4 de 14

Vigencia: 3 años

### 4. OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de usuarios con patologías urológicas, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Instaurar criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarios, que permitan referir y contrarreferir, de forma precoz y pertinente, entre los dos niveles de atención de la red asistencial regional.
- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a usuarios con diagnóstico escroto agudo en estudio.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a esta patología.

### 5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.



**PROTOCOLO ESCROTO  
AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: CG 6 URO-001**

**Edición: Primera**

**Fecha: 28 de Junio 2016**

**Página: 5 de 14**

**Vigencia: 3 años**

**6. RESPONSABLES.**

**RESPONSABLES DE SU EJECUCION**

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

**RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

**7. POBLACIÓN OBJETIVO.**

- El protocolo va dirigido principalmente a pacientes de sexo masculino, de cualquier edad que presente un cuadro compatible con la definición de escroto agudo.



## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 6 de 14

Vigencia: 3 años

### 8. DEFINICIONES.

Escroto Agudo (EA) es la aparición súbita de dolor de intensidad variable, rubor y edema a nivel del escroto. El cuadro suele comprometer sólo un hemiescroto. Entre las diferentes causas de EA, los tres diagnósticos a tener presentes, en orden de importancia son:

1. Torsión testicular.
2. Torsión de apéndice testicular.
3. Epididimitis.

Existen además otras causas menos frecuentes como el hematocele, avulsión escrotal y compresión funicular, entre otros.

1.- Torsión Testicular se produce por la torsión sobre su eje. El síntoma fundamental de esta entidad es el dolor testicular (80%) irradiado a escroto y al cuadrante abdominal inferior ipsilateral, que puede ser agudo o subagudo. Se produce en niños púberes en el 80% de los casos y también puede pesquisarse en neonatos quienes han sufrido la torsión en la etapa intrauterina.

Esta patología debe diagnosticarse con rapidez para decidir y ejecutar prontamente la intervención quirúrgica con el fin de evitar el infarto testicular y los consiguientes daños tisulares que pueden avanzar hasta la necrosis y pérdida de la gónada.

2.- Torsión de los apéndices testiculares se produce por torsión de sus propios ejes, provocando dolor localizado en el polo superior del testículo e hidrocele reactivo; habitualmente el dolor es más insidioso sin irradiación al abdomen. En el examen local se puede apreciar eritema, edema e hidrocele y, en ocasiones, se trasparenta una estructura lenticular violácea oscura muy dolorosa. El más frecuente es la torsión de la hidátide de Morgagni.

3.- Epididimitis, proceso inflamatorio agudo localizado en el epidídimo. El mayor número de casos tienen lugar en adultos jóvenes. Los microorganismos productores del cuadro llegan al epidídimo principalmente a través del conducto deferente y sólo en contadas ocasiones lo hacen por vía hematológica o linfática.

4.- Hematocele: habitualmente secundario a trauma. Se observa como aumento de volumen escrotal de tamaño variable, doloroso, de color equimótico oscuro.

5.- Avulsión escrotal: heridas escrotales de diverso tamaño y profundidad, con o sin compromiso testicular.

6.- Compresión funicular: por hernia inguinal atascada o hidrocele a tensión. Ambas entidades provocan compresión al cordón, lo que compromete la circulación testicular; se manifiesta como dolor, edema e hidrocele reactivo.



## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 7 de 14

Vigencia: 3 años

### • CUADRO CLÍNICO

La anamnesis de un paciente con EA sugiere la etiología. Los tres detalles más importantes que hay que tener en cuenta en la historia clínica son los siguientes:

#### ○ Edad:

A pesar de que la torsión testicular puede ocurrir a cualquier edad, tiene una distribución bimodal, siendo más frecuente en los recién nacidos y en la fase temprana de la pubertad. Distinto ocurre con la torsión del apéndice testicular, que son más comunes en pacientes prepuberales. La epididimitis es más frecuente en los adolescentes, de ahí la importancia de la historia sexual en estos pacientes.

#### ○ Características del dolor:

Debe indagarse si es de inicio súbito o gradual, si el curso es intermitente o constante; si la localización es abdominal, inguinal o escrotal, si es generalizado o localizado; la intensidad y la duración. El dolor escrotal y testicular intenso, de inicio brusco orienta a torsión testicular, y el dolor gradual y moderado es más frecuente en la torsión del apéndice testicular. Si el dolor tiene 12 horas de evolución y el escroto se ve relativamente sano es poco probable que se trate de torsión testicular, por otra parte, la mayoría de los pacientes con torsión del apéndice consultan a las 12 horas y rara vez el dolor está acompañado de otros síntomas, como náuseas o vómito.

#### ○ Examen físico:

En la evaluación inicial se deben tener en cuenta los parámetros básicos como son la inspección, palpación y en caso de requerirlo la transiluminación.

Es muy importante observar al paciente y valorar la severidad del dolor, evaluar la fascie, la actitud y la posición del paciente para determinar la severidad del dolor.

Se debe determinar la presencia o ausencia de reflejo cremasteriano en todos los pacientes con EA, el cual se obtiene pinzando la piel de la parte superior del muslo del testículo ipsilateral, lo que promueve la estimulación del músculo cremastérico que produce el ascenso del testículo. Idealmente debe ser realizado primero en el lado sano. La ausencia de este reflejo orienta hacia una torsión testicular.



## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 8 de 14

Vigencia: 3 años

Observar el abdomen inferior, pene y escroto, detallando el grado de edema, la presencia y localización del eritema, la disposición de los testículos, el engrosamiento de la piel escrotal y si se aprecia alguna colección en su interior. Se debe explorar el canal inguinal en busca de hernia o edema.

En las fases iniciales de una torsión testicular aumentan el tamaño y la consistencia del testículo, siendo muy doloroso. En las primeras horas el edema puede no estar presente, pero el testículo está aumentado al compararlo con el contralateral, en contraste con las fases iniciales de una epididimitis o una torsión apendicular en la cual los dos testículos son de similar tamaño. La posición testicular es fundamental, ya que un testículo ascendido o ubicado transversalmente en el escroto y la palpación del cordón espermático engrosado en relación al testículo son sugerentes de torsión testicular. El dolor que afecta a todo el testículo orienta al diagnóstico de torsión del cordón espermático y, cuando sólo abarca al polo superior, es sugerente de torsión de hidátide, especialmente, si allí se palpa un pequeño nódulo doloroso.

En la epididimitis hay una inflamación o infección del epidídimo que rara vez es vista en el niño pre púber. Generalmente el dolor es de comienzo insidioso y puede estar precedido de frecuencia urinaria, disuria y fiebre. Los hallazgos al examen físico son edema y eritema escrotal, además de epidídimo doloroso, que se puede extender al testículo o al canal inguinal en el transcurso de unas horas. Los pacientes a menudo experimentan alivio del dolor al elevar el testículo. Cuando se sospecha epididimitis se debe intentar exprimir la uretra en busca de secreciones que se puedan estudiar en el laboratorio. Los síntomas irritativos del tracto urinario como disuria y poliaquiuria son usuales. En el sedimento urinario del examen parcial de orina suele evidenciarse piuria y bacteriuria, lo que orienta hacia el diagnóstico de un proceso infeccioso.

La exploración del canal inguinal, abdomen, pene y escroto, puede ser similar tanto en la torsión testicular como en la torsión de hidátide y la epididimitis, cuando han transcurrido más de 48-72 horas desde el comienzo de los síntomas.

- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

- **Trauma:** Agotar la anamnesis, aunque la presencia de trauma no descarta completamente la torsión testicular, ante la duda realizar ecografía y si no dispone del examen o el informe es dudoso, se recomienda derivar para evaluar exploración quirúrgica en pabellón con anestesia general.
- **Edema escrotal agudo:** Habitualmente de causa inmunológica, el edema abarca todo el escroto, el dolor es muy leve o inexistente.
- **Hernia inguinal complicada:** Se palpa el canal inguinal ocupado, se debe intentar la reducción manual. Si persiste la duda realizar ecografía y si no dispone del examen se debe realizar exploración quirúrgica por especialista.



## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 9 de 14

Vigencia: 3 años

- **Vasculitis de Shonlein-Henoch:** Edema y eritema escrotal y lesiones color púrpura en nalgas y piernas. Se debe realizar examen físico completo a fin de encontrar edema periarticular, dolor abdominal, y eventualmente hemorragia intestinal.
- **Tumor testicular hemorrágico:** La palpación testicular es importante para determinar esta patología, pero es necesario el estudio ecográfico para mayor certeza.
- **Varicocele:** En el examen físico aumento de volumen de tipo vascular que aumenta al poner el paciente de pie (bolsa de gusanos).
- **Hidrocele agudo:** En el examen físico aumento de volumen escrotal a tensión. Es muy difícil palpar el testículo en forma independiente, con escaso dolor.

### 9. DESARROLLO.

#### 9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa.

#### 9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Todos los pacientes con EA deben ser derivados al servicio de urgencias del HETG para su evaluación y manejo.
- La derivación debe ser inmediata para evitar la necrosis testicular en el caso de torsión testicular, considerando que la destorsión quirúrgica debe realizarse antes de 6 horas de comenzados los síntomas.
- Se debe evitar la medicación con analgésicos para no enmascarar el cuadro y retardar el diagnóstico.

#### 9.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

- Examen de orina completa, y en caso de no disponer laboratorio de urgencias descripción de urotest.



**PROTOCOLO ESCROTO  
AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 10 de 14

Vigencia: 3 años

**9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:**

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al Servicio de Urgencias, que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
  - Anamnesis pertinente.
  - Hallazgos del examen físico pertinentes.
  - Hipótesis diagnóstica.
  - Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
  - Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
  - Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

**9.5. Conducta a seguir por parte del médico urólogo:**

- Evaluación clínica completa.
- Determinar si corresponde completar estudio con examen de orina, urocultivo e imagenología (eco doppler escrotal o gammagrafía de perfusión testicular).
- El tratamiento va a depender de: el tiempo de evolución, certeza diagnóstica y severidad de los síntomas. Si no se puede descartar la torsión testicular con el examen clínico y el ecodoppler, se debe realizar la exploración quirúrgica, con anestesia general, en un plazo máximo de 6 horas, desde el comienzo del dolor.
  - Torsión testicular: el tratamiento de la torsión testicular debe ser quirúrgico e inmediato para preservar el testículo, lo cual usualmente es posible cuando lleva menos de 12 horas de instaurado el cuadro. Los objetivos de la intervención quirúrgica son dos: Destorcer el testículo afectado y fijar el testículo contralateral para prevenir futura torsión (orquidopexia). Sólo en el caso en que se retarde la exploración quirúrgica, la destorsión manual transcutánea está indicada, ya que disminuye la isquemia antes de que el paciente sea llevado a cirugía. Usualmente la torsión ocurre en sentido medial, por lo que la destorsión se debe realizar en sentido horario en el testículo izquierdo y anti horario en el derecho; para que sea más fácil de entender, la destorsión se hace "en libro abierto". Esta maniobra debe ser realizada bajo analgesia o idealmente infiltrando el cordón espermático con anestesia local. En los pacientes con torsión intermitente la conducta más apropiada es programar electivamente cirugía para fijación testicular bilateral.



## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 11 de 14

Vigencia: 3 años

- Torsión apendicular: el manejo se hace con reposo, elevación del testículo y administración de antiinflamatorios. El cuadro se resuelve en la primera semana, pero se requiere de gran experiencia para tomar esta determinación. Si hubiese dudas, la conducta más apropiada es proceder a la exploración escrotal y remoción de la hidátide necrótica. Si ésta se confirma, no se requiere de exploración contralateral.
- Epididimitis: en pacientes con vida sexual activa el tratamiento se basa en antibiótico- terapia empírica, mientras se espera el resultado del urocultivo. Los antibióticos más indicados de acuerdo a los recursos disponibles en Chile son el Ciprofloxacino 5mg cada 12 hrs. Por 10-14 días y agregar Azitromicina 1g dosis única si se sospecha uretritis no gonocócica concomitante. También se recomienda reposo, elevación del testículo y antiinflamatorios.  
En niños sin anomalías del tracto urinario, con citoquímico de orina normal no está justificado el uso de antibióticos.  
Sin embargo, independientemente de la edad del paciente, si hay epididimitis e infección del tracto urinario recurrentes, o cultivos de orina positivos, el paciente debe ser estudiado con urografía excretora, cistouretrografía retrógrada y miccional, ecografía y cistoscopia para descartar alguna anomalía estructural como uréter ectópico, estrechez uretral y obstrucción de los conductos eyaculatorios.

### 9.6. Contrarreferencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología quirúrgica de urgencia.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

### 9.6. Tiempos de resolución:

- Evaluación por urgencia: antes de las 6 hrs. de llegado al Servicio de urgencia.
- Resolución quirúrgica: Resolución quirúrgica inmediata una vez confirmado el cuadro ecográficamente (tiempo máximo de resolución una vez iniciado el cuadro: 12 hrs.)
- Control por especialista: Control a los 7 días y al mes post operado (con Eco doppler de control). Si paciente presente un flujo sanguíneo adecuado, alta. Si no presenta flujo adecuado, paciente se mantiene en atención secundaria ambulatoria para programación de Orquiectomía electiva.



**PROTOCOLO ESCROTO AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

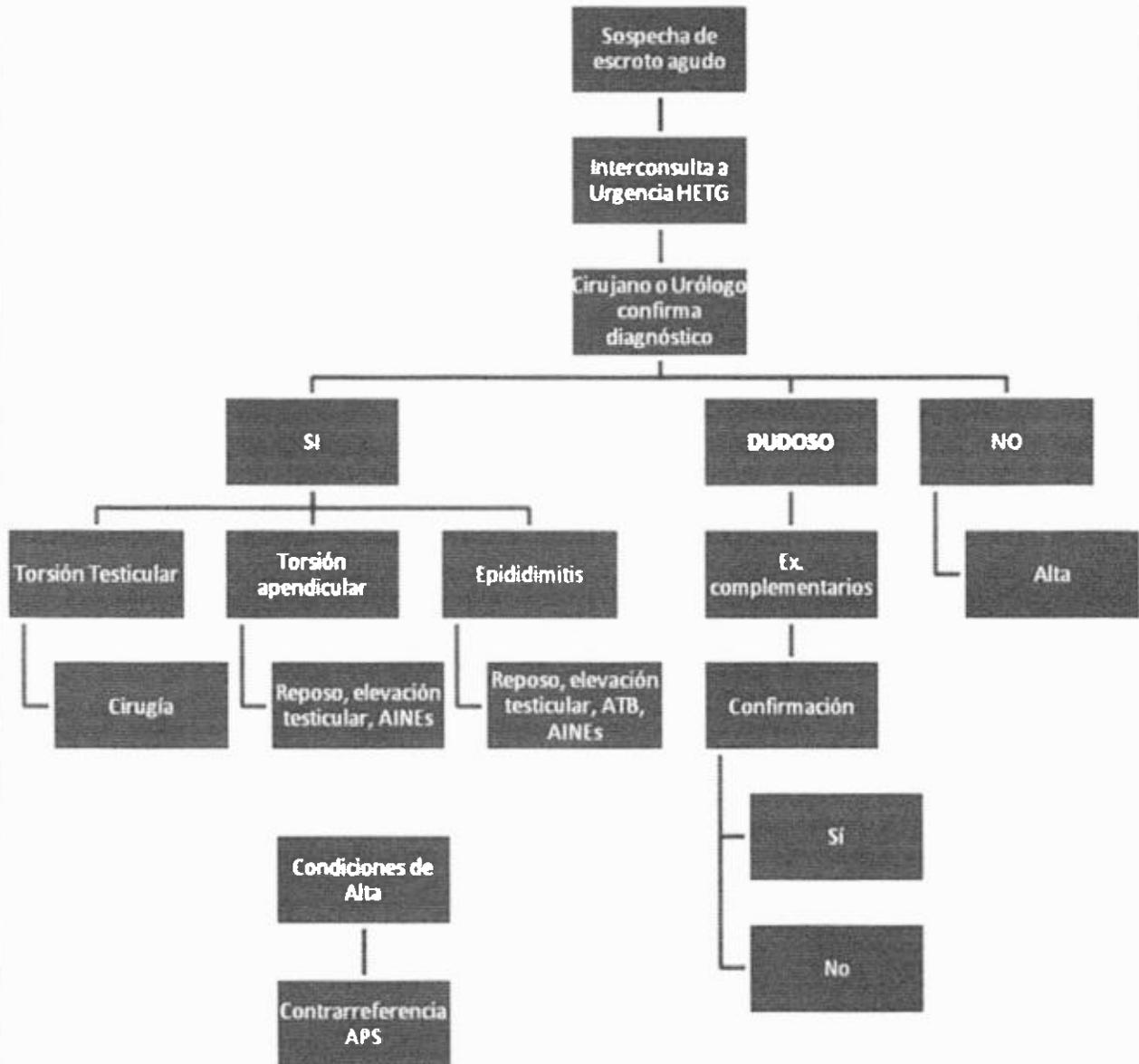
Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 12 de 14

Vigencia: 3 años

- Control APS: antes de 7 días post alta hospitalaria y a los 3 meses post operatorio para alta definitiva.

**10. FLUJOGRAMA.**





## PROTOCOLO ESCROTO AGUDO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 URO-001

Edición: Primera

Fecha: 28 de Junio 2016

Página: 13 de 14

Vigencia: 3 años

### 11. INDICADOR.

- Numerador: N° de pacientes con diagnóstico en APS de escroto agudo, tratados y contrarreferidos desde el Servicio de Urgencias/Policlínico de Urología que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.
- Denominador: N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Urgencias/Policlínico de Urología, con diagnóstico de escroto agudo, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.

### 12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfaz del servicio de Urología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

### 13. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara en Diciembre una auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en junio 2019.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROCOLO ESCROTO  
AGUDO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: CG 6 URO-001**

**Edición: Primera**

**Fecha: 28 de Junio 2016**

**Página: 14 de 14**

**Vigencia: 3 años**

**14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- Servicio de Salud Metropolitana Norte. Red de Urgencia Infantil SSMN, Hospital Roberto del Rio- Red APS. Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Escroto agudo en la Red de Urgencia Pediátrica 2013.
- Guías para Manejo de Urgencias, Fundación Santa Fe de Bogotá. Escroto Agudo.

**15. ANEXOS.**

**No aplica**