

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

CISTITIS ENFISEMATOSA SECUNDARIA A LUMBALGIA

Autor principal VICTORIA E. MUÑOZ GARCIA

CoAutor 1 AZIZA BAGDAD ABSELAM

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave CISTITIS PIURIA ABSCESO LUMBALGIA

» Resumen

La cistitis enfisematosa fue descubierta por Eisenloher.

Es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de gas tanto en el interior de la vejiga como en la pared de ambas, producido por la presencia de bacilos aerobios gram negativos.

Los factores de riesgo que predisponen a esta patología son la diabetes mellitus, el sexo femenino, infección urinaria de repetición, obstrucciones del tracto urinario, vejiga neurógena y estados de inmunosupresión.

El cuadro clínico de la cistitis enfisematosa consiste en una serie de síntomas y signos muy diversos y ambivalentes.

Presentamos el caso de una mujer de 81 años, con antecedentes de diabetes mellitus, infecciones urinarias de repetición, hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva en la que aparece un cuadro de cistitis enfisematosa secundaria a lumbociática con necesidad de tratamiento quirúrgico y dificultad en la curación de las heridas.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La cistitis enfisematosa fue descubierta en una autopsia a finales de 1800 por Eisenloher.

Es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de gas tanto en el interior de la vejiga como en la pared de ambas, producido por la presencia de bacilos aerobios gram negativos principalmente, formadores de gas.

El aire en el tracto urinario puede tener varios orígenes: por instrumentación, fístula a vísceras huecas, infarto de tejidos con necrosis o infección. La presencia de gas vesical o perivesical por infección condiciona la cistitis enfisematosa. Es una enfermedad potencialmente mortal, que requiere una pronta y adecuada evaluación y tratamiento.

Los factores de riesgo que predisponen a esta patología son la diabetes mellitus, el sexo femenino, infección urinaria de repetición, obstrucciones del tracto urinario, vejiga neurógena y estados de inmunosupresión.

El efecto de la diabetes mellitus en el tracto urinario son diabéticos, nefropatía, necrosis papilar renal, estenosis de la arteria y disfunción de la vejiga secundaria a neuropatía. Estos factores combinados con la glucosuria y la alteración de la función leucocitaria en pacientes diabéticos, dotan de mayor riesgo de infecciones urinarias complicadas como la cistitis enfisematosa; sin embargo los diabéticos sin glucosuria con diabetes mellitus bien controladas y los no diabéticos, también desarrollan infecciones urinarias enfisematosas.

El cuadro clínico de la cistitis enfisematosa consiste en una serie de síntomas y signos muy diversos y ambivalentes, lo que obliga a una gran habilidad clínica para sospecharlo. Es frecuente que se detecte por hallazgos en una placa simple de abdomen o del tracto urinario y de ahí se parta para un diagnóstico más preciso con el uso de tomografía computerizada. Una vez diagnosticada y bajo tratamiento específico, el curso clínico es variable. Puede evolucionar a la mejoría clínica o en pocas horas presentar mala evolución con sepsis, choque e incluso la muerte.

Hay dos corrientes para el manejo derivativo de estos pacientes: quienes se inclinan sólo por colocar una sonda transuretral y aquellos que colocan drenajes derivativos; en ambos casos el tratamiento es empírico, con antibióticos inicialmente, ulterior hemocultivo y control metabólico

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Mujer de 81 años, con antecedentes de diabetes mellitus, infecciones urinarias de repetición, hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva; que durante su estancia en el servicio de urgencias; al que acude por un cuadro de HTA e hiperglucemia, y tras permanecer durante horas en una postura inadecuada en una camilla presenta un cuadro de lumbociática severa acompañada de dolor muy intenso que limita su movilidad.

Una vez en su domicilio, la paciente se ve en la obligación del uso de pañales, hecho que rechaza enérgicamente; debido al dolor intenso producido por la lumbociática que le produce inmovilidad. Debido a este hecho, la paciente manifiesta su disconformidad dejando de ingerir alimentos y líquidos.

Tras varios días de diuresis escasa; la paciente vuelve a acudir a urgencias con bajo nivel de conciencia (obnubilación), taquipnea, hiperglucemia, fiebre menor de 39°C y escalofríos.

A la exploración presenta TA de 90/50 mmHg, glucemia de 450 mg/dl, ruidos intestinales disminuidos, sequedad y palidez de mucosas y globo vesical. Se Realiza sondaje vesical con sonda Foley nº 18; observando ritmo post obstructivo, con piuria franca acompañada de hematuria.

Se realiza hemocultivo, urocultivo y TAC abdomino pélvico; en el que se observan numerosos abscesos, diagnosticándose inicialmente de infección urinaria complicada en paciente diabético y evidenciando posteriormente que se trataba de cistitis enfisematosa.

Tras los resultados analíticos se confirma la existencia de bacilos gram negativos, Escherichia coli, candida glabarrata y enterobacter cloacae. Se procede a tratamiento antibiótico y antifúngico específico.

Tras las medidas conservadoras adoptadas, mejora considerablemente el estado hemodinámico de la paciente; pero se produce un empeoramiento del estado general con picos febriles relacionados con la obstrucción repetida de la sonda que no se consigue solucionar mediante lavados vesicales ni con el cambio de sonda.

Tras varios días de ingreso; se produce una rotura espontanea de la pared abdominal hacia el exterior, en la zona suprapubica apareciendo orina, por lo que se plantea la intervención quirúrgica.

Teniendo en cuenta los antecedentes personales se procede a la intervención con anestesia epidural.

El abordaje quirúrgico consistió en drenar los múltiples abscesos dejando posteriormente ocho drenajes tipo dedo de guante (Penrose); y el debridamiento de la vejiga mediante cistoscopia.

La pauta de tratamiento para las heridas al alta consistió en curas locales con povidona yodada diluida, dejando mechas en el interior de la herida para evitar su cierre; este tratamiento se estuvo empleando durante aproximadamente cinco semanas. Las heridas lejos de mejorar, empeoran su estado; además, se produjo el cierre espontáneo de una de las heridas de la zona suprapúbica lo que conlleva nuevamente al acumulo de pus siendo necesario la reapertura mediante hoja de bisturí y replanteando el cambio de tratamiento local.

Posteriormente tras consultar con la comisión de curas del centro hospitalario (Hospital Comarcal de Melilla); se procede a realizar curas diarias con celulosa impregnada en suero fisiológico más oclusión con apósito hidrocoloide.

Tras varias semanas no se evidencia ninguna mejoría, variando el tratamiento a apósitos de Ag con mecha impregnada en suero fisiológico y ocluyendo nuevamente las heridas con apósito hidrocoloide.

Tras diez semanas de evolución y mejoría en las heridas se espacian las curas procediendo a realizarlas en días alternos.

Durante todo este proceso se realizan cultivos periódicos de la herida para valorar la especificidad del tratamiento antibiótico pautado en el domicilio.

En el último control se evidencia sólo la presencia de bacterias aerobias por lo que se decide dejar cerrar las heridas siempre de las zonas más

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Los cuidados de enfermería realizados mediante la observación de los diferentes signos y síntomas han permitido una excelente curación de la herida.

También hay que destacar que el diagnóstico médico se realizó correctamente y de manera temprana lo que conlleva a un adecuado tratamiento

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Durante los seis meses transcurridos desde el diagnóstico hasta la curación completa hemos encontrado diferentes problemas relacionadas con el estado general de la paciente y con el inconveniente de no encontrar el mejor tratamiento para la adecuada curación de la herida.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La paciente gozaba de un gran apoyo familiar, que ha intervenido activamente en todas las etapas del proceso facilitando la labor del profesional

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Se podrían plantear varias líneas de investigación entre las que incluiríamos:

- El estudio de la efectividad de los apósitos de plata en heridas infectadas y con tejido necrótico.
- Factores predisponentes de la cistitis enfisematosa.
- Seguridad y atención directa del paciente en los servicios de urgencias.

» **Bibliografía.**

1-.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001200012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

2-.Eisenlohr W. Das interstitielle vagina, darm und harnblasenemphysem zurückgeführt auf gasentwickelnde bakterien. Beitr Path Anat Allg Path 1888;3:101.

3-.Patel NP, Lavengood RW, Fernandes M, et al. Gas-forming infections in genitourinary tract. Urology 1992;39:341-5.