

HEMATURIA EN URGENCIAS

Autora: Isabel Romo Valdivieso

Coautora: Rut De Prado García

PALABRAS CLAVE

Hematuria, sondaje vesical, lavado vesical, Enfermería.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer unos de los procesos urológicos que con mayor frecuencia se tratan en urgencias, así como la importancia del cuidado de enfermería en el manejo del paciente con hematuria, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de las bases de datos más relevantes, y se han mostrado los resultados de las mismas ya que enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del paciente con hematuria.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La hematuria es la presencia de sangre en la orina. La sangre puede derivar de cualquier estructura del aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga, próstata).

Para hablar de hematuria, es necesario que el paso de sangre a la orina se produzca por encima del esfínter estriado de la uretra, cuando se produce por debajo, hablamos de uretrorragia.

La hematuria es una causa frecuente de consulta en la urgencia hospitalaria, que preocupa a los pacientes y debe ser estudiada por los profesionales, ya que, por

ejemplo, la hematuria transitoria es común en adultos jóvenes en relación con ejercicio intenso, fiebre, infección o traumatismo y no tiene significación patológica. En adultos de más de 50 años puede ser secundaria a un proceso tumoral (vejiga, riñón, próstata), por lo que en ausencia de traumatismos y de enfermedad renal se debe sospechar de origen tumoral hasta que las pruebas lo descarten.

La importancia de la hematuria radica en la etiología que la produce, ya que es una manifestación de un proceso patológico, puede ir acompañada de otros síntomas como dolor o escozor al orinar. El cese de la hematuria no significa la curación ó desaparición del proceso, sino que se debe investigar su causa.

Se realizará una cuidadosa exploración física sin olvidar la palpación abdominal, genital y rectal; una analítica de orina y sangre con hematimetría y función renal, para confirmar presencia de hematuria y valorar la repercusión sobre el estado general del paciente que nos hará actuar con más ó menos urgencia. La exploración radiológica más importante en el área de urgencias es la Ecografía, que permite realizar un diagnóstico precoz en gran porcentaje de casos.

El tratamiento dependerá de su etiología y de su repercusión, y podremos optar por medidas paliativas tales como colocación de sonda uretral con extracción de coágulos y lavado continuo, reposición mediante transfusiones, etc. ó por tratamiento etiológico mas ó menos agresivo si el estado y evolución del paciente lo sugiere.

METODOLOGÍA

Este estudio se trata de una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tratamiento de la hematuria en urgencias, para ello he revisado artículos encontrados en las bases de datos, pubmed, cuiden, Cochrane.

RESULTADOS

Hemos comenzando el trabajo concretando el tema, definición de hematuria, tipos, etiología, así como el diagnóstico, el tratamiento para concluir con los cuidados de Enfermería necesarios durante todo el proceso.

CONCLUSIONES

La hematuria es una causa frecuente de consulta en la urgencia hospitalaria, que preocupa a los pacientes y debe ser estudiada por los profesionales.

El trabajo de enfermería es de gran relevancia, ya que vigila estrechamente al paciente, y notificará al facultativo en caso de empeoramiento del cuadro, para tratar precozmente las posibles complicaciones que vayan surgiendo, aportando mayor seguridad a lo largo del proceso.

TIPOS DE HEMATURIA

Podemos hacer 2 clasificaciones:

➔ Según la cantidad de hematíes, hay dos tipos básicos de hematuria:

Microscópica y Macroscópica

-Hematuria microscópica: Presencia de sangre en la orina en una cantidad que sólo puede ser detectada mediante el microscopio.

-Hematuria macroscópica: La orina adquiere color rosado ó rojiza dependiendo de la intensidad, teniendo en cuenta que más de 100 hematies/campo produce hematuria macroscópica, basta con 1ml. de sangre para teñir un litro de orina. Puede ir acompañada de coágulos ó no.

- Según el momento de aparición en la micción, la hematuria puede ser inicial, total o terminal.

En la **hematuria inicial** la emisión de sangre se produce antes ó durante el inicio de la micción, después, la orina torna a su coloración normal ó levemente teñida.

Sugiere un origen uretral, prostática o de cuello vesical (durante la micción se produce el arrastre de la sangre acumulada)

En la **hematuria final o terminal** La orina emitida al comenzar la micción es clara y solo es hemática la orina del final de la micción. Sugiere origen cercano al cuello vesical.

En la **hematuria total** Toda la orina emitida es hemática. Sugiere una causa vesical o supravesical, aunque cuando es franca e intensa puede ser originada en cualquier parte del aparato urinario (riñón, del tracto superior o de la vejiga).

Es preciso realizar una anamnesis detallada, para identificar si se trata de una patología menor, o si bien puede esconder una grave enfermedad. También es necesario conocer los antecedentes personales y familiares, para descartar o confirmar sospecha clínica.

ETIOLOGÍA DE LA HEMATURIA

La etiología de la hematuria es diversa, podemos clasificar las causas desde un punto de vista topográfico, según el órgano predominantemente involucrado en:

- Renal: glomerulopatías, carcinoma renal, pielonefritis, nefritis intersticial por analgésicos, infarto renal por trombosis de vena o arteria renal, litiasis, insuficiencia renal, poliquistosis renal.
- Ureteral: litiasis y carcinomas son los más frecuentes.

- Vesical: cistitis, cálculos, neoplasias y tuberculosis.
- Uretroprostático: neoplasias, cálculos, hipertrofia y carcinoma de la próstata, cuerpos extraños (trozos de sondas vesicales rotas al extraerlas).
- Extraurinario: púrpura trombocitopénica, hemofilia, enfermedad de Rendú Osler, medicación anticoagulante, hipoprotrombinemia no medicamentosa, enfermedad de von Willebrand.
- Otras: medicamentos y alimentos que pueden dar un tono rojizo a la orina simulando una hematuria que denominamos falsa hematuria (vitamina c, etc), traumatismos, ejercicio intenso.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

• **Intensidad**

Cuando la hematuria es leve, no tiene repercusión en la analítica (hemograma).

Las hematurias moderadas tienen repercusión analítica con descenso de los valores de la serie roja, pueden llegar a requerir transfusiones.

Las hematurias severas por lo general, requieren transfusiones de varios concentrados de hematíes para mantener la estabilidad hemodinámica.

• **Tipo de sangrado**

Cuando la hematuria es de causa renal, la sangre es son de color oscuro y sin coágulos.

Cuando la causa es postrenal son rojas y con coágulos.

Los coágulos pequeños orientan a localización ureteral mientras que en las hematurias vesicales o prostáticas, los coágulos son grandes.

• **Pruebas de laboratorio**

- Tira reactiva: constituye un buen test de despistaje inicial. Este procedimiento detecta tanto la hemoglobina intraeritrocitaria como la hemoglobina libre y la mioglobina.
- Sedimento y cultivo de orina. El sedimento nos informará de la presencia de otras anomalías (proteinuria, cilindros o leucocituria) que nos harán sospechar la presencia de un origen glomerular de la hematuria. El cultivo puede descartar o confirmar un origen infeccioso.
- Hemograma valorar la repercusión hematimétrica de la hematuria ,y por tanto la necesidad de transfusiones.
- Coagulación descartar alteraciones.
- Bioquímica sanguínea, determinación de creatinina, urea e iones.
- **Pruebas de imagen**
 - Radiología simple de abdomen. Nos da información sobre la existencia de litiasis renales, la morfología y tamaños de los riñones, etc
 - Ecografía urológica, permite explorar tanto el tracto urinario superior como el inferior así como el aparato genital, siendo en la actualidad el procedimiento diagnóstico de elección. Si la asociamos a Doppler detecta patología vascular, malformaciones renales, etc.
 - TAC, identifica la existencia de una lesión, así como su extensión, los bordes el diámetro, etc.

TRATAMIENTO

Dependerá principalmente de dos variables, por una parte la intensidad de la hematuria así como de la repercusión hemodinámica de la misma.

1. En hematurias leves, se puede llevar a cabo un tratamiento conservador para ello es muy importante que no existan coágulos, ni alteración en el hemograma ni signos de obstrucción urinaria. El tratamiento consiste en aumentar la ingesta de líquidos (> 3 l/día), reposo relativo y estudio diagnóstico ambulatorio. Se puede asociar tratamiento antibiótico en el caso de que el origen sea infeccioso, determinado por la aparición de bacteriuria en la analítica (quinolonas: norfloxacino (Nalio[®]) 400 mg/12 horas, ofloxacino (Surnox[®]) mg/12 horas, ciprofloxacino (Baycip[®]) 250 mg/12 horas).
2. Sondaje vesical. Cuando se trata de hematuria franca con o sin coágulos se debe realizar sondaje vesical con sonda Foley Couvelaire 3 vías con el mayor calibre posible para evitar obstrucciones. Practicaremos lavado vesical con jeringa de 50 ml de cono ancho y suero fisiológico para evacuar coágulos. Se inyectará suero en vejiga antes de aspirar los coágulos de forma que evitemos el bloqueo de la sonda. Posteriormente colocaremos lavados vesicales continuos con suero fisiológico a chorro en un primer momento y posteriormente se puede ir disminuyendo la velocidad del lavado conforme vaya evolucionando la hematuria, a mayor cantidad de coágulos más rápido irá el lavado para evitar la formación de nuevos coágulos y además de esta forma se deja en reposo la vejiga. Es posible que sea necesario realizar nuevos lavados vesicales para evacuar nuevos coágulos. Es importante mantener un estrecho control analítico por si fuese necesario transfundir al paciente. Se recomendará reposo absoluto y ingesta abundante de líquidos.

Se ingresará al paciente para continuar el tratamiento y ser valorado por urología.

3. Cuando la hematuria no cede con las medidas anteriores, recurriremos a complementarlas con un tratamiento farmacológico a **prescripción médica**, como pueden ser los Inhibidores de la fibrinolisis como el Ácido Tranexámico (AMCHAFIBRIN) 3 ampollas de 5 ml en cada bolsa de lavado vesical de 3 litros.

Se ingresará al paciente para continuar el tratamiento y ser valorado por urología.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON LAVADO VESICAL

En primer lugar, lo más importante es mantener una higiene correcta, para ello se debe limpiar el meato urinario con agua y jabón al menos una vez al día y siempre que sea necesario.

Lavar bien los restos acumulados en la sonda cerca del meato. Girar esta sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir la sonda ni tirar de ella).

- La bolsa debe quedar siempre por debajo del nivel de la vejiga cuando se movilice al paciente.
- Utilizar sistemas cerrados de drenaje para evitar desconexiones innecesarias de la sonda.
- Los lavados vesicales tendrán la velocidad de goteo necesaria, se puede disminuir el ritmo de la irrigación a medida que se produzca un aclaramiento en la bolsa colectora.
- Ante sospecha de infección urinaria (Fiebre, dolor, orina turbia o maloliente, etc.), cambiar la sonda vesical y realizar análisis microbiológico de la punta de la misma.
- Realizar balance hídrico.
- Control de la permeabilidad de la sonda.

- Vigilar las características de la orina (color, coágulos o sedimento, etc.).
- Realizar la recogida de muestras de orina según sea necesario.
- Cambiar, el equipo de irrigación cada 24 horas o según protocolo del centro.
- Cuando finalicen los lavados, desconectar el equipo de irrigación y colocar un tapón estéril.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell-Walsh Urology, 11th edition, WB Saunders; 2016.
- Diagnosis, Evaluation and Follow-up of Asymptomatic Microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. Davis R, Jones S, Barocas DA, Castle EP, Lang EK, Leveillee RJ, Messing EM, Miller SD, Peterson AC, Turk TMT, Weitzel W. American Urological Association (AUA) 2012
- Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria in adults: American Urological Association Guideline. 2012