CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGICAS

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno. Está entidad representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los servicios de urgencia hospitalaria. Su incidencia varía según el área estudiada y entre sus causas destacan la úlcera péptica, gástrica o duodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica, gastritis y las varices esofagogástricas de las cuales desarrollaremos la exposición dada la frecuencia en el servicio de urgencias. Todos los hospitales que atienden a pacientes de estas características deben de disponer de protocolos que permitan un abordaje multidisciplinar de este problema incluyendo la disponibilidad de un endoscopista y un personal de enfermería entrenado para ello.

PALABRAS CLAVE:

HDA, varices esofágicas, hematemesis, hemorragia, melenas

TITLE:

Nursing care of patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB) in critical care services and emergency

INTRODUCTION

Upper gastrointestinal bleeding (HDA) is the blood loss caused by a lesion located at some point in the esophagus, stomach or duodenum. This entity represents one of the most prevalent medical conditions in the emergency hospital. Its incidence varies according to the study area and their causes include peptic ulcer, gastric or duodenal acute lesions of the gastric mucosa, gastritis and varices develop esofagogástricas including exposure given the frequency in the emergency department. All hospitals caring for patients with these characteristics should have protocols that allow a multidisciplinary approach to this problem including the availability of an endoscopist and a nursing staff trained for this.

KEYWORDS

Upper gastrointestinal bleeding (HDA), esophageal varices , hematemesis, hemorrhage, melena

OBJETIVOS

El objetivo fundamental por el que realizamos éste trabajo es para unificar criterios de enfermería ante la aparición de una HDA masiva, mejorar la calidad asistencial y disminuir el tiempo de estancia de nuestro paciente en el servicio de urgencias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Para llegar al diagnóstico de HDA debe confirmarse la existencia de sangre en el tubo digestivo, valorar la magnitud de la pérdida y averiguar si la hemorragia es activa. Nos valdremos de la anamnesis, la exploración física (con colocación de SNG y tacto rectal), los datos analíticos y la valoración endoscópica precoz. La hemorragia gastrointestinal GI puede originarse en cualquier punto desde la boca hasta el ano y ser manifiesta u oculta.

- La hematemesis o vómito en poso de café, indica un origen de la hemorragia alto GIA, en general por encima del ligamento de Treitz.
- La rectorragia indica generalmente una hemorragia GI baja, pero puede deberse también a un sangrado GIA intenso, con un tránsito rápido de la sangre por el intestino.
- Las melenas (deposiciones negras y alquitranosas), señalan habitualmente un GIA, pero un intestino corto o una hemorragia en el colon derecho pueden ocasionar también melenas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA POR LA NANDA

NECESIDAD RESPIRACIÓN: el paciente no tiene alterada esta necesidad

NECESIDAD ALIMENTACIÓN – HIDRATACIÓN

Código	diagnóstico	f.relacionado	objetivos	código	intervenciones
00134	náuseas	Irritación gástrica	No vómitos, no náuseas	1750	Manejo del vomito
00028	Riesgo de déficit de volumen líquidos	Pérdidas excesivas a través de vías normales	No presentará signos ni síntomas de deshidratación	4180	Manejo de la hipovolemia

NECESIDAD ELIMINACIÓN: puede ser portador de SNG para vaciado gástrico, controlando débito y aspecto.

NECESIDAD ACTIVIDAD – MOVILIDAD – REPOSO

Código	diagnóstico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00112 00108 00110	Déficit autocuidado baño/WC	Debilidad ó cansancio	Demandará la ayuda para autocuidado	1801 1804	Ayuda con las actividades baño/WC
00095	Deterioro del patrón sueño	Ruidos e interrupciones para procedimientos terapéuticos	El paciente manifestará haber descansado	1850	Fomentar el sueño

NECESIDAD PERCEPCIÓN – COGNICIÓN – DESARROLLO (no presenta alteración en esta necesidad)

NECESIDAD ESTADO EMOCIONAL

código	diagnóstico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00146	ansiedad	Amenaza de cambio en estado de salud	Manifestará dudas por pronóstico	5820	Disminución de la ansiedad
00148	temor	Procedimientos hospitalarios	Demandará información sobre procesos	5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento

NECESIDAD RELACIÓN: el paciente no presenta alteraciones en esta necesida

NECESIDAD SEGURIDAD

código	diagnóstico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00132	Dolor agudo	Agente lesivo físico	No presentará dolor	1400	Manejo del dolor
00004	Riesgo de infección	Procedimientos invasivos	no presentará infección	6550	Protección contra las infecciones
00045	Deterioro de la mucosa oral	Dieta absoluta más de 24h	Realizará cuidados bucales	1710	Mantenimiento de la salud bucal
00039	Riesgo de aspiración	Retraso vaciado gástrico	no presentará aspiración	3200	Precauciones para evitar aspiración

NECESIDAD CUIDADOS DE LA SALUD

código	diagnostico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos	Manifestará comprender las recomendaciones dietéticas y terapéuticas	5614 5602	Enseñanza: dieta prescrita y proceso enfermedad

Evaluación del paciente con hemorragia digestiva

La evaluación inicial del paciente con hemorragia debe incluir:

1. La confirmación de su existencia.
2. La valoración de su cuantía y su repercusión hemodinámica.
3. La anamnesis de los antecedentes que puedan involucrarse en su etiología o influir en su pronóstico.
4. Pruebas básicas de laboratorio.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Irán encaminados a prevenir el shock hipovólemico, en primer lugar monitorizaremos al paciente, colocaremos dos vías periféricas de perfusión de gran calibre si fuera posible. Incluiremos una vía central para medición de presión venosa central y controlaremos:

1. La tensión arterial
2. La presión venosa central
3. La frecuencia cardiaca
4. La temperatura corporal
5. Analítica con gases arteriales, hemograma completo, estudios de coagulación iones y glucemias
6. Pruebas cruzadas para una posible transfusión sanguínea
7. Colocaremos una sonda nasogástrica para poder observar la evolución de la hemorragia y nos permita realizar lavados gástricos si fuera necesario. El lavado gástrico con suero frio se ha demostrado que carece de efecto hemostásico alguno
8. Colocaremos una sonda vesical permanente para control de posible shock

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Ante un paciente con sospecha de HDA debe llevarse a cabo una historia y examen físico minucioso y una evaluación analítica elemental que permitan asegurar el cumplimiento de tres principios básicos. 1) Confirmar la presencia de la hemorragia; 2) evaluar la magnitud del sangrado, y 3) comprobar si la hemorragia persiste activa. Es la situación clínica del paciente la que determina las prioridades de actuación del médico que trata este proceso. Así, cuando la condición clínica del enfermo es óptima, se puede realizar una anamnesis detallada y una exploración clínica cuidadosa. Sin embargo, cuando se trata de una HDA masiva, que provoca un shock hipovolémico, el paciente no puede proporcionar información y, además, se encuentra en grave riesgo vital. En tal caso, es necesario iniciar las maniobras de reanimación que restituyan la estabilidad cardiovascular.

Clasificación hemodinámica de la HDA:

1. Sin repercusión hemodinámica

● PA sistólica >110mmHg

● Fc < 100 lat/min

● **Ausencia del ortostatismo (descenso <10mmHg de PA sistólica y aumento de< 20** lat/min de frecuencia cardiaca) respecto a la posición del paciente en decúbito.

● Piel seca , de color y temperatura normales

2. Con repercusión hemodinámica: concurren de dos o más signos de los siguientes

● PA sistólica <100mmHg

● Frecuencia cardiaca > 100lat/min

● Cambios significativos en el ortostatismo (descenso >10 mmHg en la PA sistólica y aumento >20lat/min de frecuencia cardiaca

● Evidencia de hipoperfusión periférica: palidez, sudoración, frialdad de piel, perdida de recuperación capilar, cianosis, livideces y alteraciones del estado de la conciencia.

Criterios de ingreso:

Deben ingresar en el hospital todos los pacientes con **HDA** comprobada así como aquellos con sospecha de **HDA.**

El destino de los pacientes depende de que el diagnóstico emitido sea de HDA comprobada o sospecha y de la repercusión hemodinámica.

1. Ingresarán en la Unidad de Sangrantes los pacientes que presenten:

● **HDA** comprobada con repercusión hemodinámica cuya situación biológica permita tratamiento y recuperación

●**HDA** comprobada sin repercusión hemodinámica con antecedentes confirmados de **varices esofágicas** y su situación biológica permita también su recuperación

●**HDA** comprobada que se manifieste por una **hematemesis** franca aunque no haya repercusión hemodinámica

2. Ingresarán en el Área de Observación del servicio de Urgencias los pacientes que presenten:

● **HDA** comprobada con y sin repercusión hemodinámica en pacientes crónicos que impidan el tratamiento y recuperación adecuada (neoplasias, >80años con taras biológicas)

● **HDA** comprobada sin repercusión hemodinámica y sin presentar varices esofágicas

● Sospecha de HDA

Parámetros clínicos que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática

Gravedad Síntomas y signos clínicos:

HDA leve : Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada y seca. Indica una pérdida de hasta un 10 % de la volemia circulante.

HDA moderada : TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 x', discreta vasoconstricción periférica (Palidez, frialdad), signos posturales negativos. Pérdida de un 10-25 % de la Volemia.

HDA grave : TA sistólica: < 100 mmHg, FC: 100-120 x', intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, Oliguria, signos posturales positivos. Pérdida del 25-35 % de la volemia.

HDA masiva : Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, Agitación, estupor o coma, anuria. Pérdida superior al 35 % de la volemia

SISTEMÁTICA DE LA REANIMACIÓN HEMODINÁMICA

1. Los pacientes con hemorragia activa que presenten hematemesis, especialmente si presentan alteración del nivel de conciencia, tienen un alto grado de sufrir una broncoaspiración pulmonar. Por ello es conveniente colocar al paciente en posición de decúbito lateral e intubarlo si fuera necesario. Si además existe una grave alteración hemodinámica, se debe adoptar la posición de Trendelenburg para mejorar la perfusión cerebral. Una vez recuperados es mejor mantenerlos en posición semisentada para mejorar los movimientos respiratorios otra medida que contribuye a mejorar la respiración es la colocación de una cánula nasal rechazando la mascarilla por el riesgo de aspiración pulmonar en caso de hematemesis.
2. Se deben colocar dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre (14-16G) para iniciar la reposición de volemia. Es más rápido conseguir que dos enfermeras simultáneamente obtengan dos vías periféricas de grueso calibre que intentar canalizar una vía central.
3. En la HDA graves o masivas una vez mejorada la situación hemodinámica se canalizará una vía central (preferible la yugular interna por el rápido acceso sin comprometer al resto del equipo que está reanimando) que permita conocer la presión venosa central y controlar así el volumen de líquidos a infundir al paciente. También como es natural se colocara una sonda vesical para control exhaustivo de la diuresis y no provocar una situación de colapso circulatorio
4. Al mismo tiempo que colocamos la primera vía periférica venosa antes de perfundir se extraerá muestras sanguíneas para hemograma completo, urea/BUN, creatinina, glucosa, ionograma, estudio de coagulación completo,

gasometría venosa, determinación de tipaje y pruebas cruzadas por si tuviera que ser trasfundido. Si la hemorragia fuera importante se debe reservar en el banco de 2-4 unidades de concentrado de hematíes ya tipadas en el banco de sangre por si fuera necesario de forma urgente.

5. Fluidoterapia: se iniciará rápidamente con la administración rápida de soluciones cristaloides (suero fisiológico o ringer lactato) y si el paciente lo requiere expansores del plasma (gelatinas, dextranos, etc.…) En determinados pacientes como los cardiópatas o hepáticos se debe ser más estricto en la reposición de la volemia aunque si la situación clínica lo exige tendrá prioridad la recuperación hemodinámica del paciente. La velocidad de la infusión se debe adecuar a la gravedad de la hemorragia y a la recuperación de los indicadores hemodinámicos del paciente (TA,FC, PVC, diuresis)
6. Transfusión sanguínea de hemoderivados debe de ser individualizada en cada paciente y será valorada en función de la hemoglobina y del hematocrito, aunque en la hemorragia aguda los valores iníciales tienen poco valor.
7. Respecto al producto a elegir se debe recordar que lo tratamos es de mejorar el transporte de oxigeno de oxigeno a los tejidos, por lo que se debe transfundir es concentrado de hematíes. Los pacientes que presenten coagulopátias con INR prolongado se debe transfundir plasma fresco ó plaquetas respectivamente, y si existiera una coagulopatía específica (hemofílicos,…) se remplazarán los factores específicos de coagulación.
8. Monitorización de los pacientes con signos de hemorragia activa y grave inestabilidad hemodinámica (shock, hipotensión ortostática, alteración del nivel de conciencia y oliguria) deben ingresar en la unidad de cuidados intensivos para proceder a su estabilización. El control de la diuresis es fundamental para controlar la perfusión tisular. Se deben registrar aparición de nuevas hematemesis o melenas así como su cantidad y frecuencia. Las hemorragias leves pueden ser observadas en una unidad de hospitalización convencional. La frecuencia de los controles viene determinada por la situación clínica del paciente, oscilando desde una monitorización constante de FC y TA desde el inicio de la reanimación, hasta intervalos de 4 horas durante las primeras 24-48h desde la estabilización y posteriormente cada 8-12h durante los días posteriores
9. Otras exploraciones: se realizará un ECG a todas las personas con HDA y también es conveniente la realización de un Rx tórax. Deben realizarse controles periódicos de análisis de sangre para control de hemorragia y desequilibrio ácido-base.
10. Supresión de la secreción gástrica del ácido.
11. En HDA activas o con elevado riesgo de recidiva es preciso informar al servicio de Cirugía de guardia por si fuera necesario intervención quirúrgica de urgencia.
12. La endoscopia que es sin duda la mejor exploración para efectuar el diagnóstico de la lesión sangrante y debería ser llevada a cabo a casi todos los pacientes. Los riesgos y contraindicaciones incluyen la bronco aspiración (especialmente en pacientes agitados, excesivamente sedados o con encefalopatía), la hipoventilación (generalmente asociado a sobre sedación) y la hipotensión (asociada a una inadecuada reposición de la volemia). Otras complicaciones pueden aparecer como la hemorragia o la perforación como consecuencia de la terapéutica endoscópica

TRATAMIENTO MÉDICO

● Administración de somatostatina (somiatón® ampollas con 2ml con 250µg y con 3mg) en dosis inicial de 250µg en bolo intravenoso seguida, de una perfusión de 250µg/h durante 24-30h. Éste fármaco controla la hemorragia en la mayor parte de los casos tras 15min de administración

● Taponamiento esofágico mediante la sonda balón de Sengstaken-Blakemore. Este es un método transitorio de control de la hemorragia por varices esofágicas que está indicada cuando fracasa la administración la somatostatina y en las hemorragias exanguinantes.

● Esclerosis transendoscopica de las varices

● Ligadura transendoscopica con bandas de las varices

● Cirugía de derivación porto sistémica.

CONCLUSIONES

La hemorragia digestiva es un síndrome de elevada incidencia y tasa de mortalidad, el paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario y que maneje frecuentemente éste tipo de situaciones ; para ello se crean los protocolos de actuación en nuestros equipos de urgencias para dar una mejor atención profesional y a la vez los mejores cuidados a los enfermos.

La endoscopia debe ser considerada como una intervención primaria y temprana para establecer la causa del sangrado, y a partir de ello realizar el tratamiento y estimar el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia.

BIBLIOGRAFIA

1. Medicina Interna. Volumen 1

J. Rodes Eixidor. J. Guardia Masso Ed. MASSON 2004.2ª Edición

2. Hemorragia digestiva. Tratado de medicina interna. Ruiz del Árbol l.

Ed. Rodés, Guardia J. Masson. Barcelona. 2004. 2ª Edición.

3. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003- 2004

NADA Internacional. Elsevier España S. A. 2003

4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Joanne C. McCloskey y Gloria M. Bulechek. Ediciones Harcuver, S. A. 2001.

5. F.J. Montero Pérez, J. Martínez de la Iglesia, C. Gálvez Calderón, L. Jiménez Murillo. **Manejo urgente del paciente con hemorragia digestiva alta**. En: L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez. Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 2ª edición Servicio de Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba. Cap. 27, pp. 255-260.Ed Harcourt S.A. Barcelona. 2000

6. B.Llorente Pérez, J.L. Calleja Panero. Hemorragia digestiva alta por varices esofágogástricas. En: M.S. Moya Mir. Guías de actuación en urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Cap. 5, pp. 208-210.

7. Feu, Brullet E, Calvet X, Fernández Llamazares J, Villanueva C.Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterología y Hepatología; 2003; 26:70-85.

8. José Ignacio López González. Hemorragia digestiva alta. http://urgencias-medicas.org/DIGESTIVO_Hemorragia_Digestiva_Alta.htm.