

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS

AUTORÍA

Ferrite Trucharte, Isabel.

Ayza Mas, Ingrid.

Alonso Bravo, Susana.

Saurina Manguillot, Maria.

Canari Mas, Xavier.

Caus Eroles, Fina.

Dirección para correspondencia: ayza79@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva (HD) se define como toda pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Su localización, respecto al ángulo de Treitz, las clasifica en Hemorragia Digestiva Alta (HDA) y Hemorragia Digestiva Baja (HDB).

La HDA es una patología frecuente en urgencias y constituye en la actualidad una causa relevante de morbilidad en España (entre el 5% y el 10%), variando ésta en función de factores tales como la edad, enfermedades asociadas, cuantía del sangrado y etiología de la hemorragia. Aunque se sigue mejorando el pronóstico, los expertos aseguran que la falta de protocolos consensuados provoca que el porcentaje de mortalidad no disminuya lo suficiente.

Uno de cada veinte españoles que presenta HD fallece(1), dato suficientemente importante como para plantearnos un protocolo de actuación en urgencias ante la sospecha de HD .

OBJETIVOS

Propuesta de protocolo de actuación para enfermería ante la sospecha de hemorragia digestiva en urgencias.

METODOLOGÍA

Tras realizar revisión bibliográfica describimos y proponemos un algoritmo de actuación enfermera ante la sospecha de HDA en nuestro servicio de urgencias.

RESULTADOS

Presentación de póster donde mostramos propuesta de algoritmo para la actuación enfermera en urgencias.

Tras triaje médico y ante la sospecha de HDA, la enfermera coordinadora y responsable de la ubicación en los boxes, recibe y valora el estado inicial del paciente, realizando un primer control hemodinámico, anamnesis, signos y síntomas, que determinará el nivel de gravedad.

- **Control hemodinámico:** TA, FC, FR, Saturación O2, Tª.
- **Anamnesis:**
 1. Alergias
 2. Antecedentes patológicos: Úlcera o HDA previa, enolismo, cirrosis, coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes, neoplasias.
 3. Importante recoger si existe ingesta de : AINES, corticoides, alcohol, caustico u otros gastroerosivos; así como descartar ingesta de hierro o alimentos que puedan causar falsas melenas.
- **Signos:** deshidratación, palidez mucocutánea, hipoperfusión periférica, nivel de conciencia.
- **Síntomas:**

Hematemesis: Vómitos de sangre fresca o restos hemáticos digeridos (poso de café).

Melenas: Heces negras, brillantes, pastosas, pegajosas y malolientes.

Hematoquecia: Heces sanguinolentas.

Rectorragia: Expulsión de sangre roja por el ano.

Síntomas de hipovolemia sin manifestaciones externas de sangrado: mareo, hipotensión ortostática, palidez, disnea, síncope, etc...

- **Criterios de gravedad:**

GRAVEDAD	CLÍNICA	DISMINUCIÓN VOLEMIA
LEVE	Asintomático	<10% (500ml)
MODERADA	TAS > 100, FC < 100 Friedad ligera, palidez Test ortostatismo (-)	10-25% (500- 1250ml)
GRAVE	TAS < 100, FC >100-120 Pulso débil, sudor, palidez Test ortostatismo (+)	25-35% (1250-1750ml)
MASIVA	TAS < 80, FC > 120. Shock	>35% (> 1750ml)

**Test del ortostatismo : descenso TAS > 20 mmHg / aumento FC 20 lpm*

Ante la sospecha de HDA debemos tomar las siguientes medidas:

- Monitorización cardíaca, control horario.
- Colocar 2 vías venosas periféricas de gran calibre: extracción muestra de sangre y pruebas cruzadas.
- Reposición de volumen con cristaloides. El objetivo es mantener la TAS > 100 mmHg.
- Colocar al paciente en posición de seguridad, semi-incorporado para evitar broncoaspiración. Retirar prótesis dental.
- Colocar SNG siempre, para identificar y localizar el sangrado, según el aspirado:
- Sanguinolento: confirma HDA activa.
- Poso de café: confirma HDA y orienta a inactividad, aunque no descarta sangrado activo a niveles más bajos.
- Limpio: descarta hemorragia activa en esófago y estómago, pero no en duodeno.

Tras introducir la SNG procederemos a realizar lavados con jeringa, suero fisiológico y aspirar. Los lavados con suero frío con el fin de causar vasoconstricción no tienen eficacia hemostásica demostrada y pueden agravar el shock por lo que no deben utilizarse.

La SNG debe retirarse tan pronto como sea posible, evitando malestar al paciente y posibles lesiones iatrogénicas en la mucosa esofágica.

- Realizar ECG.
- Valorar colocación sonda vesical, control diuresis.
- Oxígeno: éste mejor a través de gafas nasales porque la mascarilla podría facilitar la broncoaspiración si existe hematemesis.

Intubación si el paciente presenta disminución del nivel de conciencia.

- Control aspecto y número de deposiciones.
- Valorar colocación de catéter venoso central para medir PVC si el paciente es cardiópata, nefrópata o entra en shock.
- Transfusión de concentrados de hematíes, en todos los pacientes se dispondrá de sangre en reserva. Solo excepcionalmente en casos de hemorragia masiva se puede indicar la transfusión sin pruebas cruzadas.
- Dieta absoluta y reposo absoluto
- Iniciar tratamiento farmacológico.
- Pruebas complementarias: Rx torax, abdomen, Eco, TAC, etc...
- La endoscopia urgente es la prueba diagnóstica de elección para identificar el origen de una HDA y permite hacer terapéutica sobre la lesión.
- Proporcionar medidas de confort, explicar los procedimientos y tratamientos.
- Registrar las actuaciones enfermeras.

CONCLUSIONES

- Un paciente con sospecha de HDA no puede permanecer esperando a ser atendido sin valorar al menos su FC, TA y signos de perfusión periférica.
- Es más importante mantener la estabilidad hemodinámica que diagnosticar el tipo de hemorragia.

- Ante la sospecha de HDA, la existencia de un protocolo de actuación para enfermería en urgencias, aceleraría y potenciaría el proceso de estabilización del paciente.
- Después del triaje médico, el personal de enfermería en nuestro servicio de urgencias es el primer contacto clínico para el paciente, así pues, el papel del profesional enfermero es fundamental en la atención del paciente con HDA.

BIBLIOGRAFÍA

- I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Córdoba, 22 de Febrero 2010.
- Defederico A., Conchinchillo F., Voltas J., Pérezmiranda M., Delandazuri E O., Emergencias hemorrágicas en las úlceras gastroduodenales. Rev. Esp. Enfermería Apar. Dig. Nutr. 1963 DEc.; 22:1351-97.
- Ibáñez LA y col: Tratamiento de la Hemorragia digestiva alta de origen no variceal: evolución de 10 años de experiencia. Revista Chilena de Cirugía 1998; 50: 4.
- Ibáñez LI: Hemorragia digestiva alta. Archivos de Cirugía General y Digestiva. <http://www.cirugest.com/Revisiones/Cir12-09/12-09-01.htm>
- Laine L. Hemorragia digestiva aguda y crónica. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger M, editores. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología diagnóstico y tratamiento. 6ºed. Buenos Aires: Panamericana;2000.
- Rodes Eixidor J., Guardia Masso J. Medicina interna. Volumen1. Ed. MASSON 2004 2ª Edición.
- Ruíz del Árbol I., Hemorragia digestiva. Tratado de medicina interna. Ed Rodés, Guardia J Masson 2004 2ª Edi