

# ASISTENCIA ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE HDA

Torres Romero, Ana María 75564151-C. ; Carmena Hernández, Ana Isabel 70979862-E. Vidal Salcedo, Ana 15426310-A.

## INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva alta (HDA) se puede definir como la pérdida sanguínea originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo de Treitz, incluyendo también las hemorragias originadas por los órganos vecinos, que drenan a esta zona.

### 1. Clasificación según gravedad:

- **Leve** (pérdida de hasta un 10% volemia circulante): paciente asintomático, constantes normales, piel normo-coloreada templada y seca.
- **Moderada** (10-25%): TA sistólica >100 mmHg, FC < 100x', ligera palidez y frialdad, signos posturales negativos.
- **Grave** (25-35%): TA sistólica <100 mmHg, FC 100-120x', palidez intensa, frialdad, sudoración, inquietud o agitación, oliguria y signos posturales positivos.
- **Masiva** (>35%): shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria.

Las causas más habituales son las ocasionadas por úlcera péptica (*Helicobacter Pilyori*), Hipertensión portal y Síndrome de Mallory-Weiss.



A pesar de los avances terapéuticos actuales la mortalidad global asociada a la HDA asciende a 20-25%; de las cuales el 70% tienen lugar en las primeras horas del episodio, dato que nos muestra la gravedad y la urgencia de esta patología.

## OBJETIVO:

Disminuir el porcentaje tan elevado de mortalidad que aparece en la fase aguda del problema.

## MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos encontrados en diferentes buscadores como Pubmed, Cochane, Cuiden... Los criterios de inclusión de estos artículos son:

- Tema; cuidados de Enfermería en HDA.
- Idioma; español o inglés
- Fecha de publicación; 2008 hasta la actualidad.

## RESULTADOS:

Se obtuvo una serie de artículos sobre la actuación de Enfermería ante HDA en urgencias y se han unificado a continuación:

El diagnóstico fundamental se centra en:

- La historia clínica (melenas, antecedentes de hematemesis, datos clínicos-analíticos)
- En la información de la endoscopia digestiva alta realizada de forma precoz (ante las 12h primeras después de su ingreso, tras su estabilización hemodinámica)

Dentro de los cuidados que se han de prestar a estos pacientes se encuentra:

→Control hemodinámico (realizar sondaje vesical) y estabilización del paciente (mantener Sat O<sub>2</sub> mínimo 90%).

→Una vez realizadas las pruebas cruzadas, comunicarse con el banco de sangre y reservar 2-4 unidades de concentrado de hemáties por si fuera necesario.



→Necesidad de instaurar una vía central (además de dos vías periféricas de grueso calibre), para controlar la volemia de estos pacientes, mediante el registro de la presión venosa central y siendo una luz importante para la transfusión y para la toma de muestras del control analítico.

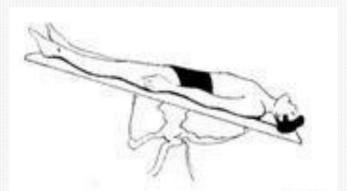
→Determinaciones analíticas más importantes: hematimetría, estudio de la coagulación y bioquímica básica.

→La posición del paciente no se recomienda siempre Trendelenburg, ya que depende de la gravedad:

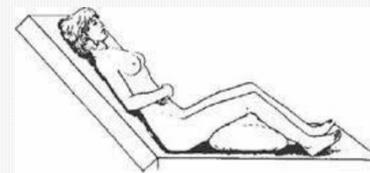
- Hemorragia activa, hematemesis y alteración del nivel de conciencia: colocarlo en posición lateral de seguridad e intubarlo si fuera necesario.



- Alteración hemodinámica: adoptar posición de Trendelenburg para mejorar la perfusión cerebral.



- Una vez recuperado el paciente: posición semifowler para mejorar los movimientos respiratorios y colocación de una cánula nasal, rechazando la mascarilla, en caso de hematemesis.



→Se ha de evitar la sobre-expansión de la volemia al igual que prevenir los episodios de hipovolemia marcadas ya que pueden deteriorar significativamente la función renal.

→Prevenir la broncoaspiración por hematemesis manteniendo la vía aérea permeable o mediante la colocación de una sonda nasogástrica.

→Evaluación continua durante todo el proceso:

- Estado de la perfusión periférica: coloración de la piel, mucosas, temperatura, relleno capilar.
- Cambios del nivel de consciencia.
- Vigilancia de las deposiciones, de la diuresis y del vómito (Si existen, deberemos de saber el aspecto y la cantidad)

→Administración diaria de enemas de limpieza permitirá disminuir el riesgo de encefalopatía hepática e información relevante sobre la actividad hemorrágica.

## CONCLUSIONES:

✓Es más importante mantener la estabilidad hemodinámica que diagnosticar el tipo de hemorragia.

✓El personal de enfermería es el primer contacto clínico para el paciente (desde el triaje previo a su llegada a urgencias), así pues, el papel del profesional enfermero es fundamental en la atención del paciente con HDA.

✓Al ser la HDA una de las enfermedades con mayor gravedad en la fase aguda debido a su alto porcentaje de mortalidad y a su gran inestabilidad hemodinámica; queremos recalcar desde el punto de vista de Enfermería; la gran importancia que tiene que el equipo sanitario sepa actuar en cada una de las situaciones que se les presenten de forma unificada, estandarizada, eficiente y basada en la evidencia científica. Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y disminuir la mortalidad en la fase aguda de la patología.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. J. Hervás, E.J. Escalera, Revisión de enfermería: Principios y prácticas ante la hemorragia digestiva alta. Enfermería integral. 2008
2. Vázquez-Iglesias, J. L.: De los Signos y Síntomas al Diagnóstico y Tratamiento en Patología Digestiva. Ed. Sociedad Española de Patología Digestiva, 2010
3. Rodríguez. Knowledge of the staff of infirmary on the digestive bleeding before and after a strategy of the intervention. Rev haban cienc méd vol.12 no.1 2013