

ACTUACION DE LA ENFERMERIA EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y TERAPEUTICA ENDOSCOPICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

Enriqueta Hernández Soto

Grado Universitario en Enfermería. Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital de Sabadell (Corporació Sanitaria Parc Taulí), Sabadell, Barcelona

Rafael Campo Fernández de los Ríos

Director del Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopia Digestiva.
Hospital de Sabadell (Corporació Sanitaria Parc Taulí), Sabadell, Barcelona

1. Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) aparece cuando la lesión sangrante se localiza entre el esófago y el ángulo de Treitz, se manifiesta en forma de hematemesis (vómito de sangre roja brillante o sangre rojo oscuro con coágulos o microcoágulos en “poso de café”) y/o melenas (deposición de sangre digerida, de color negro, brillante, pegajosa y fétida) y tiene una incidencia de 50-150 pacientes por 100.000 habitantes/año.

La etiología más frecuente de la HDA no varicosa, es la úlcera péptica, siendo ésta responsable del 35-50 % de los casos de sangrado del tubo digestivo alto.

El resto de causas de la HDA no varicosa se distribuye entre erosiones agudas de la mucosa gastroduodenal, malformaciones vasculares, síndrome de Mallory Weiss, esofagitis por reflujo, tumores y otras.

La endoscopia digestiva alta es imprescindible para identificar la lesión sangrante, establecer su pronóstico y aplicar el tratamiento hemostático apropiado.

Por otro lado, interviene positivamente en el gasto sanitario, ya que reduce los recursos necesarios, al facilitar la toma de decisiones de alta (evita ingresos innecesarios) y facilita la prevención de recidiva (acorta la estancia hospitalaria).

A pesar de ello, la tasa de mortalidad sigue siendo elevada.

Procedimientos. Endoscopia digestiva alta y métodos hemostáticos

El tratamiento de la HDA se basa en: reanimación y cuidados generales, endoscopia y tratamiento farmacológico.

La **endoscopia digestiva alta** permite valorar la actividad de la hemorragia, estimar el riesgo de recidiva y aplicar si es preciso el tratamiento endoscópico. Es bien conocido que aproximadamente entre el 30-50% de las lesiones presentan signos endoscópicos de alto riesgo de persistencia o recidiva hemorrágica: sangrado activo, vaso visible y coágulo adherido, y por tanto son susceptibles de tratamiento endoscópico. Por el contrario, las lesiones con fondo limpio o con manchas de hematina presentan un bajo riesgo de recidiva y no deben ser tratadas endoscópicamente. Los hallazgos endoscópicos se relacionan con el riesgo de recidiva hemorrágica, para lo que se utiliza la clasificación de Forrest (Tabla 1).

TABLA 1. Clasificación de Forrest y riesgo de recidiva de sangrado

Forrest	Descripción endoscópica	Riesgo de recidiva
Sangrado activo		
la	Sangrado en chorro	90%
lb	Sangrado babeante	55%
Sangrado reciente		
Ila	Vaso visible no sangrante	43%
IIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Restos de hematina	7%
Ausencia de estigmas		
III	Lesión limpia	2%

La endoscopia digestiva alta debe realizarse antes de las 12-24 horas del ingreso, tras una estabilización hemodinámica precoz, no agresiva del paciente. A pesar de la limitada evidencia, en pacientes con sangre fresca en el aspirado naso-gástrico y/o inestabilidad hemodinámica debe considerarse la endoscopia inmediata (antes de las 4 a 6 horas).

Las contraindicaciones absolutas de la endoscopia digestiva alta son la sospecha de perforación de una víscera o el infarto agudo de miocardio, y puede estar contraindicada en pacientes con enfermedad respiratoria grave o en aquellos que han estado sometidos a cirugía reciente.

De cualquier modo, la endoscopia debe realizarse en óptimas condiciones de seguridad y confort para el paciente. Debe disponerse de una infraestructura y tecnología adecuada, material apropiado para la realización de la terapéutica endoscópica y de sus posibles complicaciones, así como de monitores para vigilancia y control hemodinámico del paciente, y sobretodo de personal de entrenado.

Tratamiento endoscópico: Métodos hemostáticos

La aplicación de tratamiento endoscópico disminuye la recidiva hemorrágica, la necesidad de cirugía y la mortalidad. Además, se ha observado que el tratamiento combinado de cualquiera de las técnicas es más eficaz que el uso aislado de un solo método hemostático endoscópico. Los métodos de tratamiento endoscópicos más utilizados son los de inyección de sustancias esclerosantes, los métodos térmicos y los mecánicos.

Métodos de inyección

Es el método más utilizado, dada su eficacia elevada, fácil aplicación y bajo coste. Se consigue una compresión, vasoconstricción y trombosis del vaso.

Habitualmente se emplea la inyección de:

- **Adrenalina diluida 1/10.000**, en inyecciones de 0,5ml a 1 ml a través de un catéter de aguja desechable hasta un total de 5-20 ml.
- **Polidocanol al 1%**, en inyecciones de 0,5ml a 1 ml a través de un catéter de aguja desechable hasta un total de 5-10 ml.

Debido al efecto hemostático transitorio y la asociación de la inyección única de adrenalina a una elevada tasa de recidiva hemorrágica, se recomienda la inyección combinada de ambas sustancias esclerosantes.

Métodos térmicos

Los métodos térmicos más utilizados son la **electrocoagulación bipolar** y la **termocoagulación**, mediante los cuales se aplica calor para conseguir la hemostasia por coagulación proteica y contracción vascular.

Métodos mecánicos

Se consigue la hemostasia mediante el clampaje del vaso. Los más utilizados son las **Bandas elásticas** (muy eficaz para tratar de lesiones vasculares, aunque no está bien establecida su utilidad en la úlcera péptica) y los **Clips hemostáticos** (de aplicación relativamente fácil).

Complicaciones

La necrosis de la pared digestiva, aunque rara es una complicación asociada a la inyección endoscópica de grandes volúmenes. Por otro lado, la perforación se relaciona con el uso de métodos térmicos.

Riesgo de recidiva y mortalidad. Tratamiento de la recidiva hemorrágica.

Seguimiento

En cualquier caso, ante la recidiva hemorrágica, se recomienda realizar un segundo tratamiento endoscópico. Si éste fracasa, se recomienda la embolización arterial o el abordaje quirúrgico.

En general la cirugía urgente estará indicada si la hemorragia es masiva, no controlable por métodos endoscópicos o es caso de fracaso de un segundo tratamiento endoscópico. El tratamiento quirúrgico consiste generalmente en la **sutura simple**, aunque en algunos casos puede ser necesaria una **gastrectomía**.

2. Papel de la enfermería en la endoscopia digestiva alta

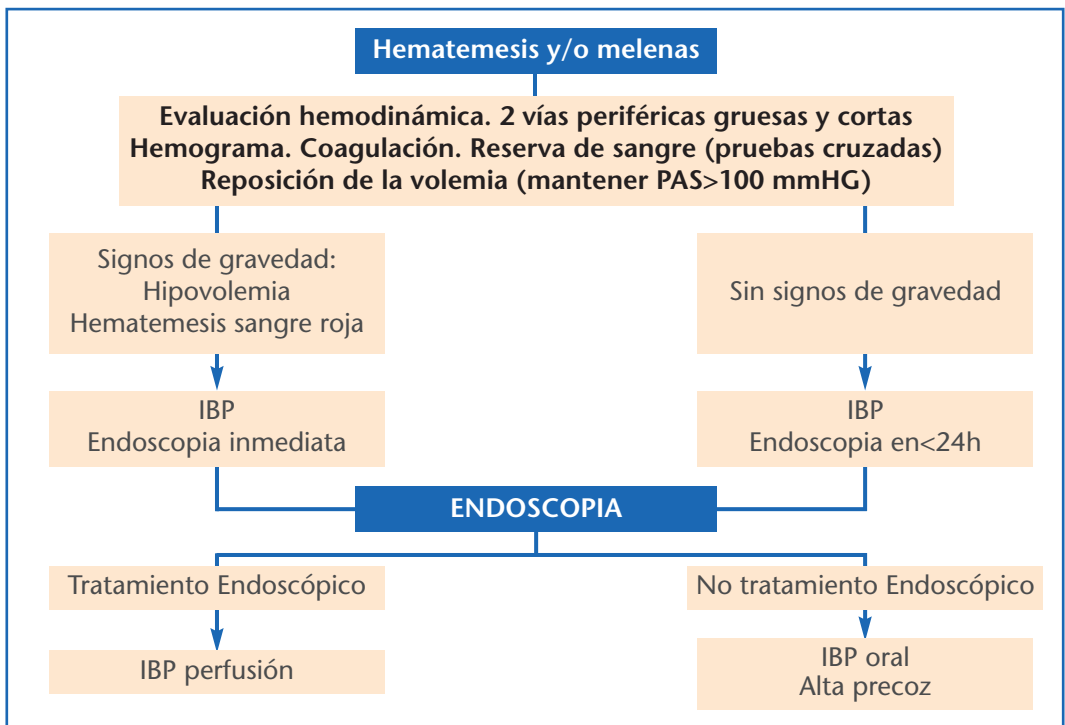
La hemorragia digestiva requiere una atención de urgencia multidisciplinar. El estado del paciente determinará la prioridad de los cuidados de enfermería.

El equipo (medicina-cirugía y enfermería) de emergencias y urgencias, debe iniciar una serie de actuaciones clínicas generales centrándose en la estabilización hemodinámica del paciente, en función de la gravedad de la hemorragia, para indicar la endoscopia digestiva garantizando una tolerancia mínimamente adecuada.

Cuidados de enfermería durante la endoscopia digestiva

Es recomendable contar con personal suficiente para la realización de la endoscopia. Habitualmente una enfermera dará soporte al endoscopista y otra persona (enfermera, anestesista u otro médico) atenderá la administración de la sedación y el estado hemodinámico del paciente.

FIGURA 1. Algoritmo. Manejo de la HDA



En cuanto a las características del endoscopio, cualquier video-endoscopios convencional cuenta con un canal operativo amplio, permitiendo la aplicación de la mayoría de las técnicas hemostáticas. La utilización de bombas de agua adaptables al canal operativo permite realizar lavados de forma más cómoda y eficaz que los lavados manuales.

Los cuidados de enfermería durante la endoscopia digestiva comprenden:

- Preparar la sala de endoscopia, cuidando que todo el material esté en perfecto estado y funcione correctamente, garantizando el cumplimiento de las medidas de limpieza y desinfección de endoscopios y accesorios para la endoscopia digestiva.
- Recibir al paciente y monitorizar los signos vitales (FC, TA y SatO₂), ofertando información a demanda e intentando transmitir seguridad en un ambiente tranquilizador.
- Recoger de la historia clínica, paciente y personal de enfermería de urgencias, información de relevancia en cada caso, antecedentes que pueden interferir en la sedación (alergias, patologías asociadas), fármacos administrados hasta el momento (anticoagulantes o antiagregantes, vitamina K, factores de coagulación, hemoterapia, etc.), datos analíticos recientes y del estado hemodinámico del paciente, etc.
- Comprobar que el propio paciente o un familiar responsable ha firmado el consentimiento para la realización de la exploración.
- Siempre que la situación lo permita, deberá estar en ayuno mínimo de 6 horas. Si es portador de SNG, deberá ser retirada y valorar posteriormente su recolocación. Además deberá retirarse, si es el caso, cualquier tipo de prótesis dentales removibles, y al inicio de la exploración se le colocará una boquilla a través de la cual se introducirá el endoscopio.
- Comprobar la permeabilidad de los accesos venosos para la administración de la medicación sedante prescrita y/o protocolizada, manteniendo un control exhaustivo de sus efectos en el paciente (valorar anestésico local de la faringe).
- Durante la exploración, el paciente permanecerá en posición decúbito lateral izquierdo y se le administrará oxigenoterapia si aún no la lleva (en todos los pacientes, especialmente en aquellos a los que se les administre sedación).
- Es recomendable tener preparado las diluciones de las sustancias esclerosantes y disponer a mano de los accesorios necesarios, en prevención ante actuaciones emergentes durante la endoscopia.
- Mantener estable el endoscopio durante las técnicas hemostáticas y accionar el instrumental o accesorios (aguja de inyección, clips, sondas de calor, etc.), para la aplicación de los tratamientos hemostáticos (esclerosis, clampaje, termo-coagulación, etc.) indicados por el endoscopista.

- Registrar en la historia clínica: dosis y hora de administración de la medicación, estado hemodinámico del paciente durante la exploración, tratamiento realizado, etc., todo ello con el objetivo de facilitar el seguimiento y control (estado de consciencia/sedación, taquicardia/antiespasmódicos, pérdida y expulsión de bandas elásticas o clips hemostáticos, etc.) por el personal de enfermería responsable de los pacientes en otras ubicaciones (urgencias, UCI, hospitalización).
- Registrar en la historia clínica, las recomendaciones referentes a los cuidados después de la endoscopia digestiva y del tratamiento aplicado, que se centraran en la vigilancia de: posible resangrado (TC, hipotA, sangrado exteriorizado, descenso en hematocrito y Hb), evolución del estado de consciencia y hemodinámica, en relación a los efectos de la medicación administrada (sedantes) y las indicaciones para el inicio de la ingesta oral.

Bibliografía

1. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*. 2004; 126:441-50.
2. Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:33-47.
3. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152:101-13.
4. Hervás Martín J, Escalera Aznar EJ. Revisión de enfermería: principios y prácticas ante la hemorragia digestiva alta. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Valencia*. 2005; 69, 9-17. (dialnet.unirioja.es).
5. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernandez-Illamazares J, Guardiola J, Moreno P, Panadès A, Saló J, Saperas E, Villanueva C, Planas R. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26(2)70-85.