

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Catalina Barrantes Cruz,* Ena Cirilo Chappi,** Cecilia García Fernández,** Luz Samame Medina.**

La Hemorragia Gastrointestinal constituye un problema de urgencia médica que exige la toma de decisiones correctas en el momento oportuno.

Con el avance vertiginoso de la tecnología, los métodos gastroendoscópicos están ofreciendo una mejor y más rápida solución a esta emergencia.

La Unidad de Hemorragia Digestiva, de la Red Asistencial Rebagliati, única en el país, es un servicio especializado para el diagnóstico y tratamiento de las hemorragias del tracto gastro intestinal.

La primera causa de atención es la hemorragia digestiva alta y el grupo más comprometido corresponde a pacientes de la tercera edad y de sexo masculino.

El diagnóstico y tratamiento de la hemorragia gastrointestinal en la Unidad, requiere de un trabajo en equipo de la mejor calidad y solo puede obtenerse resultados óptimos cuando los componentes de este equipo multidisciplinario se encuentran capacitados, es decir posean conocimientos en el cuidado de pacientes críticos, destreza en las diferentes técnicas endoscópicas terapéuticas y habilidad en el manejo de equipos de alta tecnología en constante renovación.

El personal de enfermería (Enfermeras, Técnicas y Auxiliares de Enfermería) forman parte de este equipo multidisciplinario y son indispensables para garantizar la atención del paciente las 24 horas del día.

El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en pacientes con Hemorragia Digestiva, entendiéndose este como base y fundamento de todas las actividades de la profesión. El PAE es un método sistemático de resolución de problemas, que proporciona a los pacientes cuidados personalizados en cualquier estado. Consta de cinco pasos relacionados entre sí: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO.

VALORACIÓN.

Durante esta etapa, se obtiene información para identificar los problemas de salud del paciente, como en cualquier urgencia, la asistencia inmediata de enfermería incluye la valoración rápida del nivel de conciencia, de la vía aérea, y la circulación, esto significa el control de las funciones vitales y el tiempo de llenado capilar, lo que nos permitirá determinar el grado de vulnerabilidad y/o morbilidad del paciente.

¿QUÉ VALORAMOS?

Dolor abdominal, dolor torácico

Náusea, vómitos (hematemesis): características, cantidad.

Heces (melena, enterorragia, rectorragia): cantidad.

Alteración neurosensorial: nivel de conciencia.

Funciones vitales (PA, FC, R, T)

Signos de Shock Hipovolemico: Hipotensión absoluta ú ortostática, palidez Taquicardia, diaforesis, debilidad general, oliguria.

Antecedentes patológicos

Conocimiento de su enfermedad, grado de instrucción y patrones culturales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

En esta fase el profesional de enfermería utiliza sus conocimientos y experiencias para analizar, interpretar y definir el diagnóstico de enfermería, que ayude a identificar el problema y su factor etiológico. Se debe registrar los diagnósticos de enfermería según la prioridad asignada. Los siguientes diagnósticos corresponden a pacientes con sangrado digestivo.

1.- Disminución del gasto cardiaco en relación con hipovolemia

(Hipotensión, taquicardia, intranquilidad, cianosis, disnea, arritmia, oliguria, fatiga, vértigo.)

2.- Alteración del equilibrio electrolítico por el intento del organismo de compensar la pérdida.

(Debilidad, irritabilidad muscular, parestesias, náusea, calambres, sed, agitación, convulsiones.)

3.- Alteración de la perfusión tisular por vasoconstricción asociada a la pérdida de sangre.

(Pulsos arteriales disminuidos y/o ausentes piel: fría y pálida, cianosis, llenado capilar menor de 3 segundos.

4.- Riesgo de aspiración con relación a reducción del nivel de conciencia.

(Somnoliento, soporoso, inconsciente, hematemesis profusa)

5.- Riesgo de infección en relación con procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento. (Edad avanzada, enfermedades co-mórbidas, postración, estrés, mal estado de higiene.)

6.- Ansiedad relacionada con el sangrado, dolor abdominal y el desenlace incierto.

(Voz temblorosa, palpitations, nerviosismo, irritabilidad)

* Enfermera Jefe de la UHD kathiabcb@universia.edu.pe

** Enfermeras Asistenciales de la UHD enacirilo@yahoo.com

7.- Déficit de conocimiento relacionado a su enfermedad.

(Grado de instrucción, escasa información, creencias y mitos).

PLANEAMIENTO.

Durante la planificación se establecen prioridades, se determinan objetivos, se desarrollan los resultados esperados y se formula el plan de cuidados.

El establecimiento de prioridades esta basada en la urgencia del problema. Las prioridades pueden ser altas, intermedias y bajas. Los diagnósticos de enfermería de alta prioridad son los que requieren atención inmediata porque pueden comprometer la vida del paciente, los de prioridad intermedia se refiere a las necesidades no urgentes y que no amenazan su vida y los diagnósticos de enfermería de prioridad baja son las necesidades del paciente que pueden no estar directamente relacionada con la enfermedad pero, que pueden afectar su futuro bienestar. Los diagnósticos de enfermería en pacientes con sangrado digestivo en su mayoría son de prioridad alta. El objetivo de Enfermería en todo paciente con sangrado gastrointestinal, consiste en controlar la hemorragia, corregir el volumen circulante y prevenir complicaciones y/ o lesiones a otros órganos que deterioren su expectativa ó calidad de vida.

PLAN DE CUIDADOS

- Permeabilizar una vía periférica de calibre grueso y perfundir rápidamente soluciones cristaloides.
- Suministrar Oxígeno por cánula ó máscara según necesidad del paciente.
- Monitorear Funciones Vitales y tiempo de llenado capilar
- Monitorear Saturación de Oxígeno.
- Participar en la colocación de una vía central.
- Monitorear hemograma y microhematocrito.
- Colocar Sonda vesical, para medir diuresis horaria.
- Extracción de muestras de sangre para hemograma, bioquímica, perfil de coagulación, grupo Rh, prueba cruzada.
- Transfundir sangre, plasma, y expansores sanguíneos.
- Cuantificar el aporte y la eliminación total de líquidos a lo largo de un periodo de 24 hrs.
- Preparar al paciente y la sala de procedimientos para una endoscopia de urgencia.
- Elevar la cabecera de la cama de 30- 45 grados y colocar al paciente en decúbito lateral.
- Aspiración de secreciones y sangrado.
- Colocar el cuello en hiperextensión y asegurar un tubo de mayo.
- Tomar muestra de sangre para analizar gases arteriales.
- Realizar lavado escrupuloso de las manos.
- Realizar los diferentes procedimientos bajo técnicas asépticas.
- Observar signos de flogosis en los puntos de inserción.

- Cambio de catéter periférico cada tres días.
- Eliminar todas las llaves de paso innecesarias.
- Mantener vendaje oclusivo de la vía central y cambiarlo cada 24 hrs.
- Control de temperatura en hoja aparte.
- Alentar al paciente a manifestar sus temores y preocupaciones, así como a hacer las preguntas que considere necesarias.
- Animarlo, comentándole diariamente lo favorable de su evolución.
- Proporcionarle apoyo emocional, seguridad y compañía.

EJECUCIÓN.

Es la fase del proceso de enfermería orientada a la acción. Requiere de aptitudes cognitivas, interpersonales y técnicas. La ejecución es el eje del proceso de enfermería, permite una nueva valoración del paciente, la revisión de prioridades y la modificación del plan de cuidados existente. Este paso planificado y ejecutado correctamente resuelve los problemas del paciente y le ayuda a recuperar la salud.

EVALUACIÓN.

El propósito de la evaluación consiste en medir la respuesta del paciente a las actuaciones de enfermería y su progreso hacia la consecución de los objetivos planificados. La evaluación es un proceso continuo, que puede revelar nuevas necesidades de asistencia sanitaria, replantear los diagnósticos, modificar el plan de cuidados y reevaluar las respuestas del paciente ante las nuevas actuaciones.

RESULTADOS ESPERADOS/ CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Funciones Vitales entre los límites normales.
- Temperatura 36-37 grados
- Presión venosa 10 cms agua
- Frecuencia cardiaca 60-80 por minuto
- Frecuencia Respiratoria 16-20 por minuto
- Llenado capilar menor de 3 segundos
- Volumen urinario 30ml/ por hora
- Vías aéreas libres de secreciones bronquiales.
- Valores de gases arteriales dentro de los límites normales: PaO₂ mayor de 90-100 mmHg y PaCO₂ 35 -40 mmHg
- Saturación de Oxígeno mayor de 95%
- Frecuencia Respiratoria rítmica, simétrica.
- Ausencia de aleteo nasal y tiraje costal.
- Valor de hemoglobina mayor de 10gr y hematocrito en 30%
- El paciente y familia establecen una relación de confianza con el personal de enfermería.
- Participa activamente en los cambios de su estilo de vida.

- Verbaliza sus preocupaciones, sin temor a rechazo y/o crítica.

DOCUMENTACIÓN.

Cada fase del Proceso de atención de enfermería se registra en la historia clínica, el cual es un documento legal y exige información que describa con exactitud la asistencia prestada al paciente. El objetivo principal del registro es mantener la continuidad de la asistencia, anotar oportunamente los cambios ocurridos y mantener un elevado nivel de comunicación con los miembros del equipo de salud que permiten la toma de decisiones acerca de las necesidades del paciente. El uso de los registros de enfermería garantiza una atención eficaz y segura. Es importante recordar que en todos los registros de enfermería debe figurar la firma y sello de la enfermera que le confiere responsabilidad de su actuación profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CORTEZ CUARESMA, gloria; CASTILLO LUJAN, francisca. «GUIA PARA ELABORAR PROCESO, REGISTRO Y PROTOCOLO DE ENFERMERÍA». Ed. Navarrete SA. Perú 2002
- 2.- BEARE, patricia, MYERS, judith. «EL TRATADO DE ENFERMERÍA MOSBY». Ed. Harcourt Brace, ed. Tercera, España 1998.
- 3.- URDEN, Linda, LOUGH, mary, STACY, kathleen. «CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERÍA». Ed. HarcourtBrace, ed. Segunda, España 2000.
- 4.- CARPENITO, lynda. «DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA», Ed. Interamericana, ed. Quinta Mexico 1998.
- 5.- BRUNNER, lillian, SUDDARTH, doris. «MANUAL DE ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA», Ed. Interamericana, ed. Sexta, Mexico 2000.
- 6.- POTTER, patricia, GRIFFIN PERRY, anne.» FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA», Ed. Harcourt Brace, ed. Tercera, España 1996.
- 7.- ESPEJO, hernan. «GASTROENTEROLOGÍA». ED. Red de información científica del IPSS, ed . 1 Perú 1995.
- 8.- DYKES, peter w, KEIGHLEY, Michael r.b. «HEMORRAGIA DIGESTIVA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Ed. Doyma. Barcelona España 1998.
- 9.- REVISTA NURSING 99 «URGENCIA GASTROINTESTINAL», pag 14 al 16, Ed. Staff, Barcelona España 1999.
- 10.- VELÁSQUEZ CHAMOCHUMBI, hermes. «PERFIL CLÍNICO DE LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA REPORTE DE 6650 PACIENTES DEL 10 Enero – 31 Diciembre 2003, Lima Perú 2004.

