



**Mi Universidad**

**ENSAYO.**

**NOMBRE DEL ALUMNO: ITALIA YOANA ESTEBAN MENDOZA.**

**TEMA: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON  
HEMORRAGIA DIGESTIVA.**

**PARCIAL: CUARTO.**

**MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRE.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ  
GARCIA**

**LICENCIATURA: ENFERMERIA “ESCOLARIZADO”**

**CUATRIMESTRE: SEPTIMO.**

*05 DE DICIEMBRE DEL 2021, FRONTERA COMALAPA.*

En el presente ensayo hablare acerca de la hemorragia digestiva si bien una hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido. Según su origen, se clasifican en hemorragia digestiva alta o baja.

- Hemorragia digestiva alta (HDA): Consiste en el sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente).
- Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

Ahora bien la hemorragia digestiva alta se clasifica en:

- Varicosa: El sangrado por várices es el último paso en una cadena de eventos que es iniciada por el incremento de la presión portal, seguido del crecimiento y desarrollo de las varices y éstas finalmente sangran.
- No varicosa: El 80-90% de las HDA son de causa no varicosa, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%), que en nuestro medio se asocian en más del 95% a la toma de AINE y/o presencia de Helicobacter Pylori

### **SÍNTOMAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA:**

El síntoma más importante de la hemorragia aguda es la visualización al hacer de vientre de sangre fresca, semidigerida o a modo de melenas, se les llaman melenas a un tipo especial de deposición que está compuesta de sangre digerida, y que presenta un aspecto pastoso y pegajoso, negro brillante, con un olor fétido muy peculiar como a carne podrida. Cuanto más oscura, maloliente y digerida este la sangre significa que su procedencia es más alta (estómago, duodeno, porciones altas del intestino delgado). Si la sangre es fresca, rojo brillante y sin apenas olor, por lo general significa que su origen está cercano al ano. En algunos casos de hemorragia alta, sobre todo si ésta es importante o se acompaña de vómitos, puede expulsarse sangre por la boca, bien fresca o a modo de posos de café (hematemesis). Otro síntoma frecuente es el aumento de los ruidos intestinales y una especial sensación de «flojera» debida a la bajada de la tensión arterial de modo brusco. En los casos más importantes aparece taquicardia, sudor frío,

mareo, pérdida de conciencia e incluso shock. Si la hemorragia no se control puede tener un desenlace fatal.

Entre los síntomas más habituales están:

- Visualización al hacer de vientre de sangre fresca, semidigerida.
- Melenas.

### **¿QUÉ ES LO QUE CAUSA UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?**

Estas causas pueden ser variadas, entre ella tenemos: Úlcera gástrica o duodenal, varices esofagogástricas, lesiones difusas del recubrimiento interno del estómago (mucosa gástrica), desgarró por vómitos intensos de la unión entre el esófago y el estómago (síndrome de Mallory-Weiss), inflamación del esófago (esofagitis), hernia de hiato, tumores, etc.

Las causas de las hemorragias digestivas altas son también variadas, y las lesiones que la producen tienen distinta frecuencia de aparición según la edad de los pacientes. En pacientes de cierta edad, las dos causas más frecuentes son los divertículos del colon y las angiodisplasias del intestino delgado o del colon. Los tumores y pólipos grandes del colon son una causa rara de hemorragia aguda, y si ésta se presenta suele ser intermitente y no muy cuantiosa, sin embargo, sí son causa frecuente de hemorragia crónica que resulta imperceptible, pero produce anemia en el paciente.

### **¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?**

Cuando la hemorragia se produce en un punto del tubo digestivo que es accesible a la gastroscopia o a la colonoscopia (esófago, estómago, duodeno, colon o última porción de intestino delgado), éstas son el método más útil. Una endoscopia llegará en la mayoría de los casos a precisar el punto del sangrado, a establecer su causa y, en muchas ocasiones, servirá para aplicar un tratamiento eficaz para cortarla. En caso de que la gastroscopia y la colonoscopia no aporten información sobre el origen del sangrado (aproximadamente un 5% de las ocasiones), se realiza una exploración de todo el intestino delgado mediante la cápsula endoscópica. Cuando no se llega al diagnóstico por endoscopia, otras técnicas que ayudan son la arteriografía (cateterismo de arterias y venas del abdomen), la gammagrafía con glóbulos rojos marcados, el estudio radiológico

del tubo digestivo con papilla de bario, el escáner y en casos extremos, la exploración quirúrgica.

### **TRATAMIENTO PARA LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS:**

**Tratamiento endoscópico:** El diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%. La recomendación es que en los casos graves se lleve a cabo en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica del paciente, y en el resto dentro de las 12-24 horas siguientes (de forma ideal antes de transcurridas 6 horas). La administración de eritromicina (dosis única de 3mg/kg) previa a la realización de la endoscopia (30 a 90 minutos antes de la endoscopia) promueve el vaciamiento gástrico de los restos hemáticos acumulados.

**Tratamiento médico:** El tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones (IBP): La pauta recomendada es bolus de IBP de 80mg iv antes de la endoscopia (reduce la tasa de signos de riesgo endoscópico o requerimiento de tratamiento endoscópico), seguida de una perfusión de de IBP a 8mg/h durante 72 horas (reduce las tasas de recidiva, requerimientos de cirugía y mortalidad en pacientes con vaso visible no sangrante o hemorragia activa). Tras el tratamiento intravenoso se debe administrar un IBP a dosis estándar por vía oral durante, como mínimo, el tiempo necesario para la cicatrización de la úlcera (4 semanas para la úlcera duodenal y 8 para la gástrica).

**Reintroducción de la dieta:** Si el paciente presenta un alto riesgo de recidiva tras la endoscopia se debe de mantener en dieta absoluta durante al menos 24-48 horas. Los pacientes con bajo riesgo después de la endoscopia pueden ser alimentados en las primeras 24 horas. En cuanto a la reposición hidroelectrolítica se ajustará a la función renal, la diuresis y la comorbilidad asociada (insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática).

**Erradicación Helicobacter Pylori:** Se recomienda realizar tratamiento erradicador frente al Helicobacter pylori en todos los pacientes con HDA por ulcera duodenal si se descarta tratamiento con aines. En el resto de las situaciones se recomienda realizar tratamiento erradicador si el test de ureasa es positivo.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva:

- Vigilar la legalización del ingreso.
- Comprobar la identidad del paciente.
- Realizar higiene de manos
- Comprobar que el paciente tenga una vía intravenosa permeable, sin flebitis y extravasación.
- Revisar que el paciente tenga uñas cortas de manos y pies y sin barniz en las uñas.
- Dar apoyo emocional a paciente y familia, manifestando confianza para tratar de evitar ansiedad ante lo desconocido por tratamiento terapéutico.
- Registrar los datos de peso y talla al ingreso del paciente a la unidad.

Cuidados en hemorragia alta y baja:

- Monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, controlada la hemorragia es cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por 12 horas.
- Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la frecuencia respiratoria, palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la frecuencia cardíaca.
- Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración.
- Valorar el tipo de hemorragia, si es hematemesis, melena o hematoquecia.
- Administrar oxígeno en caso de alteración de la saturación del paciente.

Conclusión:

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido. Según su origen, se clasifican en hemorragia digestiva alta o baja. Existen muchas causas posibles

de hemorragia gastrointestinal, entre ellas se encuentran hemorroides, úlceras pépticas, desgarres o inflamación en el esófago, diverticulosis y diverticulitis, colitis ulcerativa o ulcerosa y enfermedad de Crohn, pólipos del colon o cáncer de colon, estómago o esófago

**BIBLIOGRAFIA:**

<http://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/047f535e7abc30bce21a0d905208789c-LC-LEN702.pdf>