 Enfermería en el manejo de urgencias a pacientes con sangrado de tubo digestivo alto.

Alumno: Cristian Santiago Alcocer Rodríguez.

8vo cuatrimestre grupo “A” len10ssc0520-a.

Licenciatura en enfermería.

Docente: Enriqueta Islas Hernández

Materia: Seminario De Tesis.

 **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

“ENFERMERIA EN EL MANEJO DE URGENCIAS A PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA

CRISTIAN SANTIAGO ALCOCER RODRIGUEZ

VILLAHERMOSA, TABASCO 2023

****

Villahermosa, Tabasco A \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_2023.

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS**

Los abajo firmantes, miembros de la comisión revisora de tesis designada por la Dirección de la universidad del sureste (UDS) plantel Villahermosa, Tabasco, para la evaluación de la tesis del alumno manifiestan que después de haber revisado su tesis: **“TITULO DE TESIS”** desarrollada bajo la dirección del ASESOR, y el ASESOR**,** el trabajo se ACEPTA para proceder a su impresión.

A T E N T A M E N T E

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NombreDIRECTOR INTERNOCédula Profesional:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NombreDIRECTOR EXTERNOCédula Profesional:  |
|  |  |
|  |
|  |

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico, primero que nada, a mi esposa por estar siempre apoyándome, ayudándome y motivándome en todo momento.

 A mi amada tía Rosita que es mi ángel en la tierra

 y ahora mi ángel en el cielo que siempre creyó en mi cuando nadie más lo hacía... Y en mi capacidad de salir adelante.

Gracias también a mí madre querida.

Que sin ella nada fuera posible sin sus

cuidados de niño y su cariño.

Y sin duda a Dios por poner

todas estas bendiciones en mi camino.

# ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCION 1

CAPITULO I 2

 Descripción de problema

 Objetivos generales

 Objetivos específicos

 Hipótesis

 Justificación

 Delimitación del estudio

CAPITULO II

 Marco teórico y referencial

#  INTRODUCCIÓN

 La sangre es el componente del cuerpo del cual depende nuestra vida, y la perdida de grandes volúmenes de esta puede ponernos en riego. Cuando existe una hemorragia externa quizás resulte fácil hacer compresión directa y queda solucionada la problemática, sin embargo, en nuestro organismo pueden presentarse hemorragias internas que producen mayor alarma por su complejidad en los procedimientos y tratamiento que tiene que emplearse, una de ellas es el sangrado de tubo digestivo alto. sangrado digestivo alto (SDA) se define como la presencia de sangre en el tracto digestivo alto, proveniente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz.1(revista cambios)

 Por lo anterior es importante que como profesionales de la salud en el ámbito de enfermería podamos brindar una buena atención de urgencia a este tipo de pacientes, planificando los cuidados que le proporcionar, siguiendo las recomendaciones que nos brinda las guías. Es por lo que en esta investigación veremos cómo podemos mejorar los procesos de atención de enfermería en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, buscando estrategias para ser un buen profesional de la salud.

CAPITULO 1

* 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

 La problemática en la cual se basa esta investigación es el referente a que se toma en cuestión el manejo de enfermería en el servicio de urgencias para proporcionar un mejor control del paciente con sangrado de tubo digestivo alto, tomando en consideración la respuesta a los cuidados de enfermería que se le proporcionan para su pronto restablecimiento, siendo necesario establecer concretamente las acciones de personal de enfermería para el correcto manejo de los pacientes con dicha patología.

 El tratamiento que se le brinda a los pacientes depende del médico, sin embargo, embargo el personal de enfermería es responsable de hacer su plan de cuidados, pero al verse rebasado en su capacidad las unidades médicas, la atención que se brinda llega a ser inadecuada, por esto el personal médico de urgencias busca que se inicie un tratamiento definitivo para los pacientes en el área de hospitalización sin tomar en cuenta que esto puede demorar por la ocupación hospitalaria, retrasando procedimientos que ayudaran a la mejora de los pacientes.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

* Lograr identificar Cuáles son las manifestaciones clínicas que se presentan cuando hay presencia de sangrado de tubo digestivo alto, para poder iniciar el plan de cuidados de enfermería con enfoque a este padecimiento.
* Determinar la atención específica que se le brindara el enfermo de sangrado de tubo digestivo alto para poder superar la situación de urgencia
* Establece las medidas de prevención que se requiere para que el paciente de sangrado de tubo digestivo alto no presente nuevamente esta situación

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

 Lograr los siguientes puntos permitirán dar una correcta atención a nuestros pacientes con sangrado de tubo digestivo alto.

* Mantener el equilibrio hemodinámico, evitando el estado de choque.
* Mantener la vía aérea permeable.
* Mejorar los trastornos digestivos.
* Proporcionar un ambiente de seguridad, bienestar y comodidad.
* Educar al pacientes y familiares para que cooperen en su pronta recuperación.
* Disminuir la estancia hospitalaria

1.4 HIPÓTESIS

 La pronta identificación de los signos y síntomas de alerta en presencia de sangrado de tubo digestivo, facilitará la intervención temprana en el servicio de urgencias para la solución a esta problemática, además el correcto manejo del personal de enfermería en el servicio de urgencias en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto permitirá lograr una mejor secuencia de tratamiento en hospitalización, y la reducción de la estancia nosocomial.

1.5 JUSTIFICACIÓN

 El sangrado de tubo digestivo grave es un padecimiento frecuente y una de las principales urgencias en gastroenterología en nuestro hospital, por consecuencia, el tener conocimiento de los factores asociados gravedad, podemos contribuir a disminuir su mortalidad, realizando acciones preventivas que podemos definir mediante una investigación que nos lleve a identificar dichos factores. Con frecuencia constituye un verdadero estado de gravedad que con cierta frecuencia estos pacientes tienen una larga estancia y una alta probabilidad de mortalidad. El diagnóstico oportuno, además del reconocimiento de los factores que pueden causar el sangrado severo, puede facilitar maniobras terapéuticas que contribuyan a disminuir las tasas de mortalidad; además de evitar hospitalizaciones innecesarias que elevan los costos del Hospital generar del ISSSTE Dr. Daniel Gurria Urgel.

 Debido a que se lleva un registro diario y expedientes; podemos tener un conocimiento del comportamiento de esta patología en nuestro hospital; aunque depende también de la calidad de los registros por ello la importancia de la retroactividad que hay que tomar en cuenta para estos estudios, y así poder tener una información que nos contribuirá a la formación del conocimiento, de ahí la importancia de identificar fielmente los factores asociados a gravedad. Según datos de los registros hospitalarios en el primer trimestre del año los pacientes nefropatas que llevan tratamiento de diálisis y hemodiálisis, además de otras enfermedades del hígado, han constituido una de las principales causas de morbi-mortalidad tanto en los registros estadísticos del servicio de urgencias, así como del servicio de medicina interna. La presencia estadística del sangrado de tubo digestivo alto también tiene presencia en los egresos de pacientes recuperados ya que generalmente se incluye como complicaciones de cirrosis hepática o enfermedad por ulcera péptica o como diagnostico secundario.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

 El estudio específico de este trabajo se delimitará exclusivamente a los pacientes que estuvieron en el área de observación Adultos del servicio de urgencias del hospital general del ISSSTE “Dr. Daniel Gurria Urgel” ubicado en Villahermosa tabasco, en el primer trimestre del año 2023.

CAPÍTULO II

2.MARCO TEORICO Y REFERENCIA

Anatomía y fisiología

 El sistema gastrointestinal está constituido por estructuras y órganos que participan en el consumo, la digestión y la eliminación de alimentos. El canal alimentario, a través del cual pasa el alimento, está conformado por múltiples órganos huecos, cada uno conteniendo distintas capas macroscópicas: mucosa, submucosa, adventicia (capa muscular) y serosa. El sistema gastrointestinal (GI), también conocido como aparato digestivo, tracto gastrointestinal o tracto gastroentérico, se extiende desde la boca hasta el ano, y está constituido por estructuras y órganos que participan en el consumo, la digestión y la eliminación de alimentos. Macroscópicamente, todas las porciones del sistema GI tienen cuatro capas similares. La capa más profunda del sistema GI es la mucosa, la cual rodea el lumen y es rica en glándulas, tejido linfático y vasos sanguíneos. Directamente por debajo de la mucosa yace la capa submucosa, que contiene vasos sanguíneos, un poco de músculo liso y canales linfáticos. La capa adventicia o muscularse compone de capas múltiples de músculo liso que se contraen progresivamente desde el esófago hasta el colon. Estas contracciones progresivas impulsan el alimento a través del sistema gastrointestinal un proceso llamado peristalsis. La capa serosa es el recubrimiento exterior del tracto gastroentérico.

 La digestión comienza en la boca, en donde el alimento es masticado por los dientes y mezclado con saliva de las glándulas salivales. La masticación a veces se refiere como digestión mecánica. Después, el alimento parcialmente digerido es deglutido y pasa a través del esófago al estómago. El alimento es digerido adicionalmente en el estómago, siendo después desplazado al intestino delgado, en donde la mayor parte del alimento es digerido todavía más y luego absorbido. El alimento es digerido por enzimas en el estómago y el intestino delgado por un proceso llamado digestión química. Desde el íleon, el alimento y el agua restante son desplazados al intestino grueso o colon, en donde el agua es absorbida, formándose heces. El intestino delgado es la región principal de absorción de alimento. El intestino grueso ayuda a mantener equilibrio hídrico al absorber y excretar agua. Las heces contienen nutrimentos que no han sido absorbidos, así como también algunos productos de desecho excretados al intestino, tales como los productos de degradación de la bilirrubina. Las heces acumuladas en el recto son excretadas por el ano.

CUADRANTES ABDOMINALES

 El abdomen se divide en cuatro cuadrantes con objeto de referir la ubicación de los órganos abdominales. Si dos líneas perpendiculares son trazadas con intersección en el ombligo, se forman cuatro cuadrantes. El diafragma está ubicado en la parte superior de la cavidad abdominal. La pelvis constituye la parte inferior de la cavidad abdominal.

Los cuatro cuadrantes son:

* Cuadrante superior derecho (CSD)
* Cuadrante superior izquierdo (CSI)
* Cuadrante inferior derecho (CID)
* Cuadrante inferior izquierdo (CII)

 Los principales órganos en el CSD incluyen hígado, vesícula biliar, parte del intestino grueso y riñón derecho. En el CSI están estómago, bazo, páncreas, parte del intestino grueso y riñón izquierdo. El CID contiene apéndice, parte del intestino grueso, ovario derecho, uréter derecho, parte del útero y de la vejiga urinaria. Y el CII contiene parte del intestino grueso, ovario izquierdo, uréter izquierdo y parte del útero y de la vejiga urinaria.

ÓRGANOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

 BOCA: La digestión comienza en la boca con la masticación del alimento por los dientes. La masticación prepara el alimento para degradación adicional en el estómago y los intestinos. Durante la masticación, el alimento se mezcla con secreciones de las glándulas salivales, las cuales incluyen glándula parótida, glándula sublingual y glándula submandibular. La lengua, un proceso muscular en el piso de la boca, manipula materiales en la boca para ayudar a la masticación por proceso mecánico y prepara el material para la deglución. La lengua proporciona un análisis sensorial por receptores de tacto, temperatura y gusto. La enzima principal en la saliva es la amilasa. Esta enzima degrada almidones y otros polisacáridos en azúcares simples. La saliva también lava la cavidad oral y ayuda a debilitar la acción bacteriana.

El esófago: El esófago es un tubo hueco, expansible, con una pared muscular gruesa que transporta alimento y líquido desde la boca y la orofaringe al estómago. Está en el mediastino, posterior a la tráquea. El alimento degradado se desplaza como resultado de una serie de contracciones musculares coordinadas dentro del esófago. El esófago pasa a través de una abertura en el diafragma, el hiato esofágico. Dos anillos musculares, los esfínteres esofágicos superior e inferior, regulan el movimiento del material al interior y al exterior del esófago.

 Estómago: El estómago es un órgano expansible ubicado en el CSI, por debajo del diafragma. En el estómago, el alimento se mezcla con jugos digestivos y se revuelve, formando una masa semilíquida llamada quimo. Varias regiones internas del estómago están bien definidas. La abertura del esófago al estómago se denomina abertura gastroesofágica. El área alrededor de esta abertura es la región cardiaca o cardias del estómago. A la izquierda de la región cardiaca está el fondo, y por debajo del fondo está el cuerpo. Conforme el cuerpo del estómago da vuelta a la derecha, origina las curvaturas menor y mayor. Las arrugas gruesas de la pared estomacal se denominan pliegues, los cuales permiten que la mucosa del estómago se estire cuando el estómago está lleno. La abertura pilórica está entre el estómago y el intestino delgado, rodeada por un anillo grueso de músculo liso, el esfínter pilórico La mucosa incluye muchas fosas gástricas o iniaginaciones, que contienen aberturas para glándulas el estómago. Las glándulas consisten en tres tipos de células: parietales, principales y endocrinas. Las células parietales producen ácido clorhídrico, utilizado para digerir alimento, y factor intrínseco, que es importante en la absorción de vitamina B12. Las células principales producen pepsinógeno, péptido precursor de una enzima importante en la digestión de alimento. El pepsinógeno es inactivo hasta que es expuesto al ácido clorhídrico, rápidamente se convierte entonces en su forma activa, pepsina. La pepsina es una enzima que degrada proteínas. Las células endocrinas producen hormonas reguladoras. Las hormonas producidas por las células endocrinas del estómago y del intestino tienen efectos significativos en la motilidad gástrica de las sustancias a través del estómago. La gastrina aumenta las secreciones estomacales, así como también la tasa de vaciamiento gástrico. La secretina, que es producida por el duodeno, inhibe la secreción gástrica y estimula la producción de secreciones pancreáticas alcalinas. La secretina inhibe la motilidad gástrica. La pancreozimina (colecistoquinina) es una hormona producida en el intestino, que estimula la producción de secreciones pancreáticas y las contracciones de la vesícula biliar, además de inhibir la motilidad gástrica. El péptido inhibidor gástrico inhibe tanto la secreción como la motilidad gástrica.

 Intestino delgado: es la parte más larga del tracto digestivo y el sitio principal para la digestión del alimento y absorción de nutrimentos. Las secreciones lubrican y protegen la pared intestinal del quimo ácido y de la acción de enzimas digestivas. La liberación de secretina y pancreozimina estimula la producción de enzimas digestivas hepáticas y pancreáticas. El intestino delgado contiene tres porciones: duodeno, yeyuno e íleon. El intestino delgado entero mide aproximadamente 7.31 m (24 fi) de largo en el adulto. La primera porción, el duodeno, forma un arco de 1800 dentro del abdomen. El páncreas está ubicado dentro de esta curva en forma de C (véase figura 9.4). El duodeno luego forma un ángulo agudo en la flexión duodenoyeyunal y continúa en el yeyuno, el cual tiene paredes más gruesas y más pliegues que otras porciones del intestino delgado. El íleon es la porción final del intestino delgado y continúa para transformarse en el intestino grueso.

 El tracto digestivo contiene pliegues circulares que se extienden perpendicularmente al eje largo. Estos pliegues aumentan considerablemente el área superficial disponible para absorción, haciendo mucho más eficiente la digestión. Cada pliegue contiene numerosas proyecciones digitiformes o vellosidades, que miden de 0.5 a 1.5 mm de largo. Cada vellosidad contiene un capilar sanguíneo y un capilar linfático, llamados vaso lácteo. Las células absorbentes producen enzimas digestivas y absorben el alimento digerido. Las disacaridasas se descomponen en azúcares y las peptidasas en proteínas. Las células caliciformes producen una capa protectora de moco, y las células endocrinas producen hormonas reguladoras. El conducto biliar común y el conducto hepático drenan en la abertura o lumen del duodeno en la ampolla de Váter. El diámetro del intestino delgado disminuye gradual y distalmente desde el duodeno, de modo que el yeyuno y el íleon son estructuras más pequeñas que el duodeno. El yeyuno y el íleon son los principales sitios para absorción de nutrimentos. El íleon también contiene numerosos nódulos linfáticos intermitentes, llamados placas de Peyer. La unión ileocecal está entre el íleon y el intestino grueso. La válvula ileocecal previene el flujo de regreso del contenido intestinal.

 Intestino grueso: El intestino grueso comienza en el ciego. El ciego es precisamente un saco sin salida, el cual está unido inferiormente al apéndice vermiforme. El apéndice contiene un número grande de nódulos linfáticos. El colon consiste en cuatro porciones: ascendente, transverso, descendente y sigmoide. El colon ascendente se extiende hacia arriba desde el ciego, y termina en la flexión hepática, en donde el colon forma un ángulo agudo al girar a la izquierda cerca de la superficie inferior del hígado. El colon transverso continúa a través del abdomen hasta la flexión esplénica, en donde forma un ángulo agudo al girar hacia abajo, convirtiéndose en colon descendente. El colon sigmoide forma un tubo en forma de S que se extiende hacia la pelvis y termina en el recto. El colon carece de los pliegues y las vellosidades del intestino delgado, más bien contiene numerosas glándulas tubulares rectas llamadas criptas. Estas glándulas contienen muchas células caliciformes productoras de moco. Una porción de la capa muscular longitudinal de la pared del intestino grueso, la tenia coli (banda longitudinal del colon), rodea el colon. Las contracciones de la tenía coli producen las haustra, depresiones que dan al colon un aspecto plegado. El recto es precisamente un tubo muscular recto que termina en el ano. Su función es almacenar heces. El estiramiento del recto por heces resulta en un instinto para defecar. El canal anal es muy corto (25-5 cm) y contiene dos esfínteres circulares, el esfínter interno y el esfínter externo, los cuales ayudan a regular el paso de las heces. El músculo externo está bajo control voluntario.

 Vesícula biliar: La vesícula biliar es un órgano en forma de saco, ubicado en la superficie inferior del hígado, que actúa como depósito de bilis, un fluido alcalino con sales, pigmentos biliares, colesterol y diversos lípidos que ayudan a emulsionar y absorber grasas. El hígado continuamente secreta bilis, y la vesícula biliar la almacena hasta que es liberada a través del conducto cístico, durante el proceso de digestión.

 Hígado: está ubicado en el CSD y es el órgano interno más grande del cuerpo, normalmente pesa 1.36 kg (3 lb). El hígado contiene los lóbulos mayores izquierdo y derecho y los lóbulos menores caudado y cuadrado. Las muchas funciones del hígado incluyen almacenamiento de glucosa, síntesis de proteínas y filtración de desechos corporales en sangre. Una porción especializada del sistema circulatorio, el sistema porta hepático, dirige sangre desde los intestinos al hígado para procesamiento.

 Bazo y páncreas: El bazo está detrás del estómago. Es vascular y vital en el combate contra las infecciones, así como también para eliminar eritrocitos de la circulación. Al igual que el bazo, el páncreas está detrás del estómago en el CSI. El páncreas sintetiza insulina, glucagón y enzimas digestivas; y secreta insulina y glucagón al torrente sanguíneo.

 Peritoneo y mesenterios: Los órganos digestivos están rodeados por el peritoneo, una membrana lisa de dos capas de tejido conectivo. El peritoneo parietal cubre la cavidad abdominal, y el peritoneo visceral está en contacto estrecho con los órganos. Los riñones, el páncreas, el duodeno y los principales vasos sanguíneos de la cavidad abdominal están ubicados en un área por detrás del peritoneo parietal denominada espacio retroperitoneal. Estos órganos son referidos en conjunto corno órganos retroperitoneales.

FISIOPATOLÓGIA DEL SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO

En la enfermedad úlcera péptica parecería que la acción del jugo péptico ácido sería la causa de que se perpetúe el severo sangramiento de estas lesiones. El tracto gastrointestinal superior es especialmente hostil a los mecanismos normales de la hemostasis. El PH bajo afecta de manera adversa a diversos factores de la coagulación, así como la función plaquetaria, haciendo descender de tal modo las defensas hemostáticas tanto primarias como secundaria. La sangre es un elemento irritante para el tracto gastrointestinal. Cuando se deposita en cantidades más o menos importantes en el estómago, se provoca el reflejo del vomito como intento defensivo, lo que en el intestino se presenta como el aumento del peristaltismo que procura la eliminación rápido del elemento irritante produciendo si la cantidad es considerable, provoca evacuaciones diarreicas, si la cantidad no es suficiente para provocar el aumento del peristaltismo será atacado por jugos digestivos y se presentaran las evacuaciones negras o rojas dependiendo del tiempo del sangrado.

MELAMENESIS

La sangre que ha permanecido en el estómago en contacto con ácido gástrico y pepsina se convierte prontamente en grumos obscuros, de color ardo achocolatado, de un material que se identifica como "café molido". A veces este material puede ser vomitado por el paciente y entonces se denomina melamenesis. En la hemorragia rápida del tracto gastrointestinal superior, el paciente experimenta náuseas y comienza pronto a vomitar, produciendo material sanguinolento. Así la hemorragia rápida y voluminosa de las várices gastroesofágicas o las fistulas aortoduodenales tienen poco tiempo de contacto para el jugo ácido, que modifican la sangre convirtiéndola en grumos de material obscuro.

MELENA

Es común que los pacientes evacuen heces obscuras, liquidas, semejantes a alquitrán. Para que se advierta melena debe pasar un mínimo de una unidad (500 ml.) de sangre al intestino proximal en las 24 horas. Las heces melénicas significan invariablemente hemorragia por una lesión del tracto gastrointestinal próxima al Intestino delgado.

RESPUESTA CARDIOVASCULAR

Cuando la pérdida de volumen sanguíneo es considerable, la disminución del volumen sistólico, la respuesta inicial al menor volumen sistólico es el aumento de la actividad del sistema simpático, que ocasiona taquicardia. Con la hemorragia continúa, aparece hipotensión diastólica. El descenso de la presión sanguínea diastólica no se advierte por lo general hasta que el paciente no ha perdido más de 20 al 25% del volumen intravascular en el término de pocas horas. Se observa hipotensión sistólica con la hemorragia continuada y tampoco se aprecia en un primer momento a menos que el paciente adopte la posición erecta. En la piel, el aumento del tono simpático por la pérdida de volumen se manifiesta con frialdad y humedad pegajosa; a veces se nota también una cianosis periférica. El volumen minuto cardiaco en disminución puede manifestarse en el sistema nerviosos central por confusión, agitación y obnubilación erecta, el paciente puede advertir síntomas de visión borrosa, zumbidos en los oídos, vértigo o una sensación de mareo, y en casos severos o en personas ancianas, el paciente puede llegar al síncope. El cerebro es muy sensible a la hipoperfusión y por eso se produce anoxia. En personas de edad avanzada y cuando hay compromiso de la circulación cerebral, los ataques debidos a trombosis pueden ser consecuencia de hipoperfusión aguda. El hígado no está seriamente lesionado a menos que la hipotensión sea severa y prolongada. Sin embargo, el tracto gastrointestinal tubular puede estar acompañado por un rápido deterioro del paciente.

HEMORRAGIA POR HIPERTENCIÓN PORTAL

La manifestación en forma de gingivorragias a través de la mucosa gastrointestinal mayor incidencia de hemorroides sangrantes o por supuesto la ruptura de varices esofágicas los factores que siempre participan en la producción de la hemorragia son plasmáticos, celulares y tisulares.

PLASMÁTICOS, El hígado contribuye como órgano sintetizador de diversos factores de la coagulación, fibrinógeno, protrombina, procederían, procomvertina y factores IX, X, Xl. El déficit del fibrinógeno (Factor I) o debido a falta de síntesis. La destrucción del fibrinógeno puede depender de sustancias resultantes de la disfunción hepática.

CELULARES, La esplenomegalia congestiva, tanto la supervivencia de plaquetas como su producción, disminuye al hiperesplenismo y conlleva a destrucción plaquetaria debido al bazo congestionado.

TISULARES, Alteraciones vasculares debidas a defectos tisulares, resultantes de hipovitaminosis, alteran la permeabilidad y fragilidad de los vasos sanguíneos aumentando la tendencia a hemorragia. En lo que se refiere a la ruptura de varices esofágicas debe complementarse el proceso erosivo tisular de la acción clorhidropéptica cuando existe reflujo gastroesofágico, como capaz de provocar lesiones que lleguen a la ruptura de los vasos varicosos; que por otro parte es posible que la presión elevada de la sangre, dentro de las varices produzca necrosis de la pared del vaso o cuando menos, serias alteraciones del endotelio vascular.

CLASIFICACIÓN

• Grado I.- Cuando existe red venosa colateral superficial

• Grado II.- Cuando además de red venosa colateral presentan esplenomegalia

• Grado III.- Cuando además do lo anterior es posible Identificar várices esofágicas

• Grado IV.- Cuando existe red venosa colateral, esplenomegalia, várices hemorrágicas y varices rotas

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

CONCEPTO

La hemorragia gastrointestinal aguda no es una entidad patológica en sí mismo, produce un complejo de signos y síntomas que indican la pérdida sanguínea gastrointestinal. Se origina por arriba del ligamento de Treitz (ángulo duodeno-yeyuno). Se manifiesta con hematemesis y melena.

ETIOLOGÍA

La mayoría de estos pacientes presentan una condición predisponente como abuso de alcohol, hipertensión portal, uso reciente o prolongado de antinflamatorios no esferoides (AINE), cirugía, uremia o estrés asociado a la hospitalización en unidades de cuidados intensivos.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA:

• INFLAMATORIAS

-Ulcera duodenal

-Gastritis

-Ulcera gástrica

-Esofagitis

-Ulcera de estrés

•Pancreatitis

MECÁNICAS

-Hernia hiatal

-Síndrome de Mallory-Weiss

-Hematobilia

• VASCULARES

-Várices esofágicas o gástricas

-Fístula aortointestinal

-Hemangioma

-Síndrome de Osler-Weber-Rendu

-Oclusión vascular mesentérico

-Nevó azul en burbuja

• SISTEMÁTICAS

-Discrasias sanguíneas

-Enfermedades del colágeno

• NEOPLASIAS

-Carcinomas

-Pólipos - Únicos, múltiples, Síndrome de Peutz -Jeghers

-Leiomiomas

-Carcinoide

-Leucemia

-Sarcoma

SINTOMATOLÓGIA

Las manifestaciones clínicas de hemorragia digestiva dependen de la extensión y de la velocidad de la hemorragia, así como de la presencia de enfermedades coincidentes. Cuando la pérdida de sangre se aproxima al 40% del volumen sanguíneo, a menudo aparece shock con taquicardia e hipotensión pronunciadas. La palidez es llamativa y la piel está fría. Los datos habituales de laboratorio consisten en trombocitosis y leucocitosis moderada que aparece en las seis horas siguientes al comienzo de la hemorragia.

METODOS DE DIAGNOSTICO

• Historia clínica

• Exploración física

• Estudios de laboratorio

• Estudios de gabinete

ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

El enfoque diagnóstico del paciente con hemorragia digestiva debe ser individualizado. Cuando existe una historia de melena o hematemesis o la sospecha de sangra del tracto gastrointestinal alto, se debe colocar al paciente una sonda nasogástrica para vaciar el estómago y determinar si la hemorragia procede el estómago, esófago o duodeno, se al iniciar el lavado y aspiración a través de la sonda nasogástrica el sangrado es claro, debe dejarse colocada la sonda durante varias horas. Si el material aspirado es negativo, resulta razonable concluir que la hemorragia no es activa y no está localizada en la región gastroduodenal y se puede retirar la sonda nasogástrica.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MÉDICO

Los pacientes que ingresan por sangrado gastrointestinal superior agudo, importante o con inestabilidad hemodinámica, deber ser manejados en el servicio de urgencias o bien en la unidad de cuidados intensivos. Una o más venas deben ser canalizadas para iniciar reposición de volumen con sangre total, paquete globular, plasma, Solución Salina o Ringer. Es necesario administrar oxígeno a través de puntas nasales o puritan, vigilar la diuresis y los signos vitales, realizar vigilancia cardiaca y registro de electrocardiograma, observando la aparición de datos clínicos de angina de pecho. Los lavados gástricos pueden ayudar a que se detenga temporalmente el sangrado, se realizan mediante la infusión de 500 a 1000 ml. de solución salina a temperatura ambiental y se elimina por succión o gravedad.

TERAPIA FARMACOLOGICA

VASOPRESINA: Es útil en la hemorragia de várices esofágicas y gástricas causa vasoconstricción esplénica y en consecuencia reduce el flujo sanguíneo portal y la presión de la misma.

SOMATOSTANINA: Es un neuropéptico que en los últimos años se ha utilizado para controlar la hemorragia por várices esofágicas.

BALÓN ESÓFÁGICO: Puede ser utilizado como terapia inicial en el manejo de hemorragia por várices esofágicas y gástrica.

ESCLEROTERAPIA: Es el método de elección para el control de la hemorragia activa ya que se logra el control en el 90-95% de los casos.

OBLITERACIÓN PERCUTANEA: Es otra técnica que se emplea para el control de la hemorragia activa por várices. Se realiza mediante la cauterización por vía transyugular o percutánea transhepática de la vena o a través de la vena coronaria y se inyecta alguna sustancia esclerosante o gelfoa.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EI tratamiento quirúrgico del sangrado gastrointestinal es esencialmente un tratamiento de las complicaciones ulcerosas. Como sea que no existe una operación fisiológica determinada para las úlceras, en problema de la decisión quirúrgica es el de reconocer cuando la morbididad por el tratamiento médico ineficaz será mayor por la quirúrgica. Las indicaciones quirúrgicas más importantes del sangrado gastrointestinal incluyen: 1) Ulcera esofágica que asientan sobro epitelio de Barrett; 2) úlceras gástricas con citología y biopsia negativa, pero que no cicatriza al cabo de 6 meses de tratamiento médico adecuado; 3) úlceras gástricas, con citología y biopsia dudosas; 4) úlcera secundarias a gastrinomas; 5) úlceras duodenales gigantes; 6) úlceras penetrantes persistentes; 7) síndrome pilórico ulceroso que no cede con tratamiento conservador, y 8) úlceras posquirúrgicas.

TIPOS DE CIRUGÍAS. Cuatro tipos de operaciones son los comúnmente empleados para tratar quirúrgicamente las úlceras duodenales: 1) Gastrectomía subtotal 2) Vagotomía troncular y drenaje 3) vagotomía troncular con resección, añadiendo enterectomia a la interrupción de los neumogástricos, y 4) vagotomía selectiva o supraselectiva. Para la úlcera gástrica, las opciones quirúrgicas incluyen: 1) resección distal, 2) la operación de Maki y 3) la operación de Kelling-Madtender para úlceras altas. Para la úlcera esofágica, la cirugía incluye la resección de toda la zona de epitelio metaplásico, la reunión del esófago con el estómago, con interposición o no de un asa colónica, y la fijación de fondo gástrico para evitar el reflujo gastroesofágico. para las hemorragias masivas que no ceden con tratamiento médico, las opciones quirúrgicas incluyen vagotomía con antrectomfa y vagatomfa con piloroplastia. Para la perforación ulcerosa puede usarse el cierre simple o la operación "definitivas", como resección y/o vagotomía con drenaje. Para la obstrucción pilórica no existe una operación de preferencia, pero deberá elegirse una operación que favorezca el adecuado drenaje gástrico hacia el intestino, Todas las operaciones para el sangrado gastrointestinal van acompañadas de alguna morbididad, la cual depende en cierta manera, de la experiencia y habilidad del cirujano y dé la correcta indicación quirúrgica.

COMPLICACIÓNES

Las complicaciones del Sangrado del Tubo Digestivo Alto, varían de acuerdo al grado de hemorragia y puede ser desde solo un desequilibrio hemodinámico hasta un shock hipovolémico debido a las disminuciones del volumen sanguíneo. Son cuatro las complicaciones más importantes que son:

• Hemorragia Masiva Alta.

• Perforación del Tubo Digestivo,

• Obstrucción Pilórica

• Malignización de la Lesión Ulcerosa.

Existen otras complicaciones de menor trascendencia como la penetración ulcerosa y el llamado "fracasó del tratamiento módico " y una necesidad del tratamiento quirúrgico para resolverlo. La hemorragia del tubo digestivo alto, es la más común en un 15a 20 % de los pacientes ulcerosos. La obstrucción pilórica se observa en un 5-10% de los pacientes de ulcera duodenal que en los gástricos. La Perforación y la Penetración Ulcerosa, es cuando el proceso ulceroso corroe la totalidad de la pared del tubo digestivo, se produce una solución de continuidad que puede ya bien comunicar al estómago con órganos vecinos como el páncreas (penetración), o con la cavidad peritoneal (perforación). La Penetración Ulcerosa se produce generalmente en el páncreas y se presenta con intensificación del dolor ulceroso que se prolonga hacia el dorso. Malignización de la lesión ulcerosa. Este problema carece de relevancia práctica en el caso de la ulcera de duodeno, ya que el cáncer en este sitio anatómico es prácticamente inexistente. Otras complicaciones las más usuales pueden ser: Disminución acentuada del gasto cardiaco, insuficiencia cardiaca, choque hipovolémico, disminución de la perfusión renal, necrosis tubular siendo lo más grave es el daño cerebral.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.4 MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.5 ENFOQUES

3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN

3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

3.7 MUESTRA

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLOGICO

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

SUGERENCIAS

*PROPUESTA*

*CONCLUSIONES*

*BIBLIOGRAFIA*

*ANEXOS*