



## **Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Alexander Frias Alvarado*

*Nombre del tema: Hemorragia*

*Parcial: 4*

*Nombre de la Materia: Urgencia y Desastres*

*Nombre del profesor: Jovanny*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 4*

# Introducción

La hemorragia digestiva (HD) es una causa frecuente de ingresos hospitalarios, presentando una amplia trascendencia sanitaria debido a su alta incidencia, que se sitúa entorno a 50-150 episodios/10 hab./ año y a su importante tasa de mortalidad, del 8 al 12% . Sin embargo, publicaciones más recientes muestran tasas de mortalidad varios puntos por debajo de esa cifra, debido a la permanente mejora en la evaluación y manejo del paciente sangrante con el desarrollo de Unidades de Cuidados Intensivos y personal sanitario más preparado, y a la protocolización del diagnóstico endoscópico precoz que permite hacer hemostasia primaria con las nuevas técnicas de terapéutica endoscópica

Aunque en la mayoría de los textos dividen la HD en sangrado gastrointestinal alto y bajo según la fuente de hemorragia esté localizada por encima o debajo del ligamento de Treitz, a veces es difícil predecir el nivel de sangrado en la evaluación inicial del paciente. Por este motivo, la tendencia actual es clasificar las hemorragias digestivas en secundarias a Hipertensión Portal (HTP), y las no relacionadas con HTP.

Las HD secundarias a HTP se definen como aquellas que ocurren por rotura de varices esófago-gástricas o por gastropatía hipertensiva. Las HD no relacionadas con HTP, incluyen cualquier otro tipo de lesión sangrante no incluida en la definición anterior

Shoemaker et al, definen la hemorragia digestiva grave como aquel episodio de sangrado gastrointestinal documentado ( en forma de hematemesis, melena, hematoquecia o lavado nasogástrico positivo) acompañado de shock o hipotensión ortostática, disminución del hematocrito entre un 6-8% o transfusión como mínimo de dos concentrados de hematíes. En esta situación, el paciente debe estar bajo control estricto de un equipo multidisciplinario constituido por intensivista, endoscopistas y cirujanos.

# Contenido

La hemorragia puede producirse en cualquier punto del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La sangre puede verse fácilmente a simple vista (hemorragia manifiesta) o bien puede estar presente en cantidades demasiado pequeñas para ser visibles (hemorragia oculta). La hemorragia oculta solo se detecta mediante un análisis de una muestra de heces con sustancias químicas especiales.

La hematemesis es la sangre visible en el vómito. La hematemesis indica que el sangrado proviene del tubo digestivo superior, por lo general del esófago, el estómago o la primera parte del intestino delgado. Cuando se vomita sangre, el vómito es de color rojo intenso si la hemorragia es activa y persistente. Por el contrario, la sangre vomitada puede tener la apariencia de posos de café. Es el resultado de un sangrado que se ha ralentizado o detenido, y la sangre tiene apariencia de poso de café porque ha sido parcialmente digerida por el ácido gástrico

La sangre también puede salir del recto:

- En forma de heces negras y alquitranadas (melena)
- En forma de sangre roja brillante (hematoquecia)
- En heces aparentemente normales si la hemorragia se limita a unas pocas cucharaditas por día

La melena es más probable cuando la hemorragia procede del esófago, el estómago o el intestino delgado. El color negro de la melena se debe a que la sangre ha estado expuesta durante varias horas al ácido y las enzimas del sistema digestivo, y a las bacterias que residen normalmente en el intestino grueso. La melena puede continuar durante varios días después de que la hemorragia se haya detenido.

La rectorragia es más probable si la hemorragia procede del intestino grueso, aunque también puede deberse a una hemorragia muy activa procedente de la parte alta del tubo digestivo.

Las personas que solo pierden una pequeña cantidad de sangre pueden sentirse por lo demás bien. Sin embargo, una pérdida de sangre importante y repentina puede ir acompañada de pulso rápido, presión arterial baja y reducción del flujo urinario. La persona afectada puede tener también sensación de frío y de humedad en las manos y los pies. Una hemorragia grave conlleva una reducción de la irrigación cerebral, causando confusión, desorientación, somnolencia e incluso un descenso importante de la presión arterial (choque). La pérdida de sangre lenta y crónica puede causar síntomas y signos de anemia (como debilidad, cansancio con pequeños esfuerzos,

palidez, dolor torácico y mareo). Las personas con una cardiopatía isquémica subyacente pueden desarrollar dolor torácico (angina de pecho) o infarto de miocardio, debido a una disminución del flujo sanguíneo al corazón.

Las causas del sangrado del tubo digestivo se dividen según tres áreas:

- Tracto gastrointestinal superior
- Tracto gastrointestinal inferior
- Intestino delgado

Las causas más frecuentes son difíciles de precisar porque varían según el área que está sangrando y la edad de la persona.

Sin embargo, en general, las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son

- Úlceras o erosiones esofágicas, gástricas o del duodeno
- Agrandamiento de las venas en el esófago (varices esofágicas)
- Desgarro en la mucosa esofágica después del vómito (síndrome de Mallory-Weiss)

Hay dos objetivos en el tratamiento de la hemorragia digestiva:

- Reponer la sangre perdida con líquido administrado por vía intravenosa o a veces mediante transfusión de sangre.
- Detener cualquier hemorragia en curso.

La hematemesis, la rectorragia y la melena deben considerarse urgencias.

Las personas con hemorragia digestiva grave se deben ingresar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o bien en otro entorno con un control estricto, y deben ser atendidas por un gastroenterólogo y un cirujano.

Reemplazo de líquidos y sangre

Las personas con hemorragia súbita y grave requieren la administración de líquidos por vía intravenosa y a veces una transfusión urgente de sangre para estabilizar su estado general. Las personas con anomalías en la coagulación pueden necesitar transfusión de plaquetas o plasma fresco congelado o preparaciones de proteínas de la coagulación de la sangre (concentrados de complejos de protrombina).

Detención de la hemorragia

La mayoría de las hemorragias digestivas se detienen sin tratamiento, pero a veces no ocurre así. El médico decide el tratamiento según el tipo de hemorragia y su localización. Por ejemplo, a menudo se puede detener una hemorragia por una úlcera gastroduodenal durante la endoscopia mediante un dispositivo que utiliza corriente eléctrica para producir calor (electrocauterización), sondas térmicas o inyecciones de determinadas

soluciones. Si no se puede detener la hemorragia mientras se realiza la endoscopia, puede ser necesaria una intervención quirúrgica.

En el caso de las varices esofágicas (venas esofágicas dilatadas), los médicos intentan detener la hemorragia mediante cerclaje endoscópico, escleroterapia con infiltración, colocación de un tubo con globos para comprimir las varices o con un procedimiento denominado derivación transyugular intrahepática portosistémica. Las personas con varices esofágicas pueden recibir inyecciones del fármaco octreotida para ayudar a detener la hemorragia. También se pueden administrar antibióticos.

# Conclusión

Analizando todo lo anterior sabemos que la hemorragia puede producirse en cualquier punto del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La sangre puede verse fácilmente a simple vista (hemorragia manifiesta) o bien puede estar presente en cantidades demasiado pequeñas para ser visibles (hemorragia oculta).

La hematemesis indica que el sangrado proviene del tubo digestivo superior, por lo general del esófago, el estómago o la primera parte del intestino delgado. Cuando se vomita sangre, el vómito es de color rojo intenso si la hemorragia es activa y persistente. Por el contrario, la sangre vomitada puede tener la apariencia de posos de café. Es el resultado de un sangrado que se ha ralentizado o detenido, y la sangre tiene apariencia de poso de café porque ha sido parcialmente digerida por el ácido gástrico.

La hematemesis, la rectorragia y la melena deben considerarse urgencias.

Las personas con hemorragia digestiva grave se deben ingresar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o bien en otro entorno con un control estricto, y deben ser atendidas por un gastroenterólogo y un cirujano. Shoemaker et al, definen la hemorragia digestiva grave como aquel episodio de sangrado gastrointestinal documentado ( en forma de hematemesis, melena, hematoquecia o lavado nasogástrico positivo) acompañado de shock o hipotensión ortostática, disminución del hematocrito entre un 6-8% o transfusión como mínimo de dos concentrados de hematíes. En esta situación, el paciente debe estar bajo control estricto de un equipo multidisciplinario constituido por intensivista, endoscopistas y cirujanos.

