



SUPER NOTA

Nombre del Alumno: Maria Guadalupe Perez Perez

Nombre del tema: Sangrado de tubo digestivo alto, atención de enfermería al paciente y su manejo intrahospitalario

Parcial: 4to Parcial

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sanchez

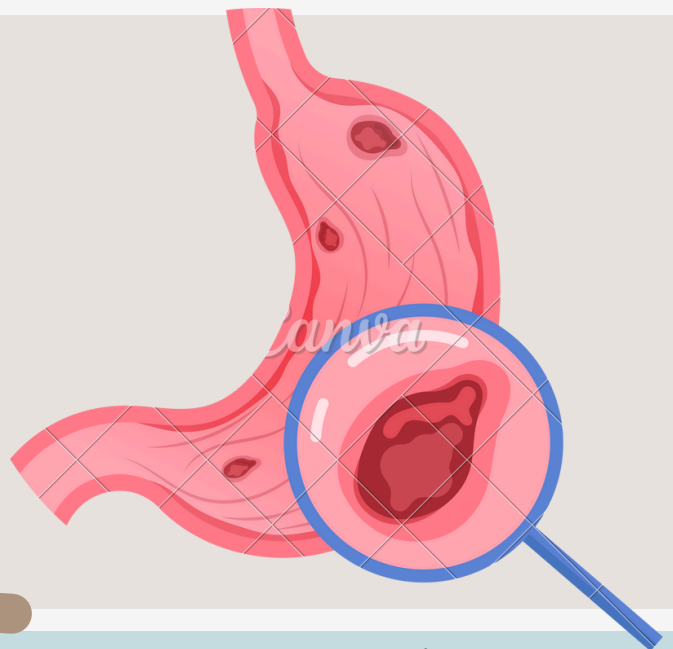
Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: 7mo Cuatrimestre

Sangrado de tubo digestivo alto y atención de enfermería al paciente y su manejo intrahospitalario

El sangrado de tubo digestivo alto, también conocido como hemorragia digestiva alta, es un síntoma de una enfermedad que se produce en el esófago, estómago o duodeno

El sangrado de tubo digestivo alto se refiere a cualquier tipo de hemorragia que ocurre en la parte superior del sistema digestivo, que comprende el esófago, el estómago y el duodeno. Puede presentarse de diversas maneras, desde hematemesis (vómito con sangre) hasta melena (heces negras y alquitranadas)



Hemorragia digestiva alta (proximal al ligamento de Treitz):

- Esófago
- Varices esofágicas
- Esofagitis: infección o inflamación en el esófago
- Cáncer de esófago
- Desgarro de Mallory-Weiss: desgarro de la mucosa esofágica debido a un vómito forzado

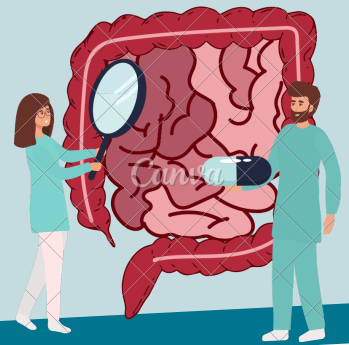
Estómago

- Úlcera gástrica
- Gastritis erosiva
- Ectasia vascular antral gástrica: pequeños vasos sanguíneos dilatados en el antro pilórico (poco frecuente)
- Gastropatía hipertensiva portal
- Lesión de Dieulafoy: vaso grande y tortuoso que puede erosionar y sangrar
- Angiodisplasia: acumulación anormal de vasos sanguíneos

Etiología

Duodeno

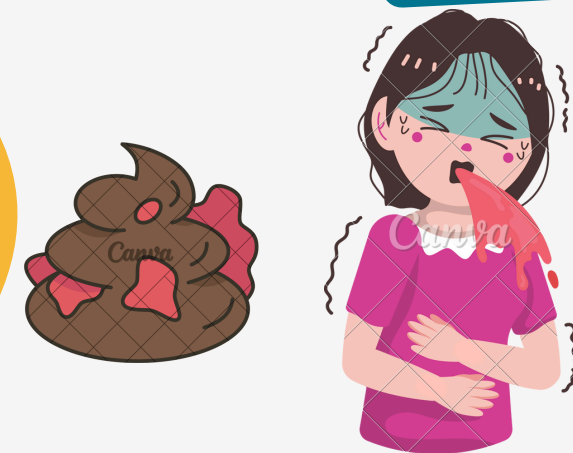
- Úlcera duodenal
- Angiodisplasia
- Fístula aortoentérica (rara)
- Las úlceras gástricas y duodenales son las causas más comunes.



Síntomas

Los síntomas más comunes de hemorragia digestiva alta incluyen:

- Vómitos con sangre;
- Heces negras o semejantes a la borra de café;
- Sangre en las heces, en caso de sangrado intenso.



Todos estos síntomas son secundarios a la pérdida de sangre, pero, además, aparecerán otros derivados de la patología subyacente responsable del sangrado, si existe una úlcera, por ejemplo, el paciente puede tener dolor abdominal "en la boca del estómago", pirosis o digestiones pesadas (dispepsia).

Diagnostico

- **Análisis de sangre.** Es posible que necesites un hemograma completo, una prueba para ver a qué velocidad se coagula la sangre, un recuento de plaquetas y pruebas de función hepática.
- **Análisis de heces.** Analizar las heces puede ayudar a determinar la causa del sangrado oculto.
- **Colonoscopia.** Durante una colonoscopia, se introduce una sonda larga y flexible en el recto. Una pequeña cámara de video colocada en la punta de la sonda le permite al médico observar el interior de todo el intestino grueso y el recto
- **Angiografía.** Se inyecta un tinte de contraste en una arteria y se toma una serie de radiografías para buscar y tratar los vasos sanguíneos que sangran u otros problemas.
- **Estudios por imágenes.** Además, para encontrar el origen de un sangrado, se pueden realizar otros estudios por imágenes, como una tomografía computarizada de abdomen.



Tratamiento

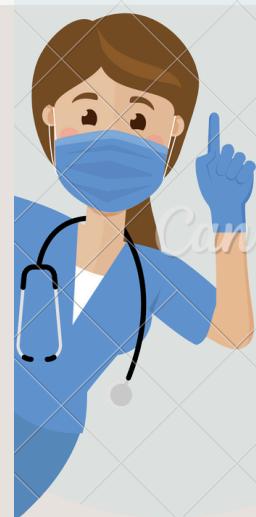
El tratamiento de la hemorragia digestiva alta suele ser realizado mediante una endoscopia digestiva, siendo llevado a cabo en el hospital hasta que el sangrado esté controlado.

Además, otras intervenciones pueden ser necesarias, principalmente cuando el tratamiento con endoscopia no es suficiente o si la causa es la existencia de várices esofágicas. En estos casos, puede ser indicada la angioembolización, la cirugía o la derivación portosistémica intrahepática transyugular. El tratamiento puede incluso involucrar transfusiones de sangre, en los casos más graves, y la administración de medicamentos por vía intravenosa, como omeprazol, por ejemplo



Cuidados de enfermería en hemorragia digestiva

- Monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, una vez controlada la hemorragia, cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por doce horas, siempre dependiendo de la condición hemodinámica del paciente y luego controlar signos vitales en cada turno por razones necesarias (PRN).
- Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardíaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA).
- Mantener al paciente en estricto reposo absoluto por 24 a 48 horas según la hemodinámica del paciente para prevenir nuevos episodios de hemorragia y descompensación hemodinámica
- Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración si el paciente presenta hematemesis.
- Mantener al paciente en posición de semifowler si amerita, elevar miembros inferiores a 45° para obtener un adecuado retorno venoso, cuando sea una hemorragia activa.



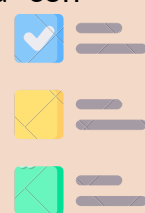
- Valorar el tipo de hemorragia si es hematemesis, melena o hematoquecia.
- Controlar en cada turno am, pm, hs y PRN la perfusión tisular (color, temperatura y llenado capilar).
- Administrar oxígeno en caso de alteración en la saturación del paciente.
- Colaborar y circular al médico en la colocación de Sonda Nasogástrica (SNG) en caso de hemorragia digestiva alta para prevenir broncoaspiración.
- Canalizar una segunda vía venosa periférica de gran calibre por posible transfusión sanguínea y administración de líquidos en grandes cantidades: Práctica Organizacional Requerida Cuidados de Enfermería en pacientes con Terapia Intravenosa Segura (vías venosas periféricas y centrales) HCAM-EN-PR-1400.
- Extraer muestras de sangre, y verificar que se transporten a laboratorio correctamente por el personal auxiliar de enfermería en los tiempos correctos.
- Administrar líquidos intravenosos indicados de acuerdo a prescripción médica, utilizando bombas de infusión, Práctica Organizacional Requerida Capacitación en Bombas de Infusión SGC-EN-POR-CBI-006.
- Administrar componentes sanguíneos, según prescripción médica. Instructivo Práctica de Enfermería en Unidades Médicas SGC-EN-I-PE001.
- Realizar control de ingesta y excreta estricto y reportar novedades.
- Observar las características de las deposiciones, color, olor, cantidad, frecuencia, y reportar a médico de turno.
- Circular en el procedimiento de colocación de sonda vesical, si el paciente requiere.
- Valorar en cada turno (am, pm, hs) la evolución del paciente, por si aparecen signos de nuevos episodios de la hemorragia, informar al médico inmediatamente.
- Preparar al paciente para realización de procedimientos endoscópicos



Manejo general

Una vez determinada la situación del paciente se realiza el abordaje respectivo a saber, en un paciente hemodinámicamente inestables se menciona:

- **Acceso IV:** Debe conseguirse un acceso periférico adecuado con dos catéteres intravenosos de calibre 18o superior y/o un cordón central de gran calibre y luz única.
- **Reanimación con líquidos:** La reanimación con líquidos debe comenzar inmediatamente y no debe retrasarse hasta el traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos. Pacientes con signos de compromiso hemodinámico inminente (taquicardia, hipotensión, estado mental disminuido) deben recibir líquidos cristaloides rápidamente, con el objetivo de administrar 2L en los primeros 30 minutos. 8,6
- **Transfusión:** En pacientes con hemorragia activa/de riesgo e hipovolemia, la transfusión debe guiarse por parámetros hemodinámicos como se observa en la tabla 2 (p. ej., pulso y presión arterial), el ritmo de la hemorragia, la pérdida de sangre estimada y la capacidad de detener la hemorragia, más que por mediciones seriadas de hemoglobina. Si el nivel inicial de hemoglobina es bajo (<7 g/dl) la transfusión se debe de indicar.
- **Medicamentos y endoscopia:** El enfoque de los medicamentos (por ejemplo, inhibidores de la bomba de protones) y la endoscopia son similares para los pacientes con inestabilidad hemodinámica en comparación con los pacientes hemodinámicamente estables
- **Triaje:** Todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica o hemorragia activa (manifestada por hematemesis, sangre roja brillante por sonda nasogástrica, o hematoquecia) deben ser ingresados en unidad de cuidados intensivos para reanimación y observación minuciosa con monitorización electrocardiográfica y oximetría de pulso.



Referencias Bibliográficas

- <https://www.noticiasmedicas.es/salud/sangrado-de-tubo%20digestivo-alto/>
- <https://app.lecturio.com/#/article/2628>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista%20medica/manejo-del-sangrado-digestivo-alto-en-adultos-una%20revision-bibliografica>
- <https://www.tuasaude.com/es/hemorragia-digestiva-alta/>
- <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/520/355>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases%20conditions/gastrointestinal-bleeding/diagnosis-treatment/drc%20372732>