



# UDS

Mi Universidad

## Súper nota

*Nombre del alumno (a): Lucero del Milagro Bastard Mazariego.*

*Nombre del tema: Sangrado de tubo digestivo alto.*

*Parcial: 4to.*

*Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres.*

*Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

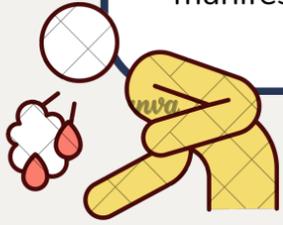
*Cuatrimestre: 7mo.*

# Sangrado de Tubo digestivo alto



## ¿Qué es?

HDA es el sangrado proveniente del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el duodeno a la altura del ligamento de Treitz. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la hematemesis (40 a 50% de los casos), melena o hematoquezia (90 a 98% de los casos).



## Cuadro clínico

Los síntomas dependen de la velocidad del sangrado y del lugar donde ocurre, que puede ser en cualquier parte del tracto gastrointestinal

**El sangrado manifiesto puede aparecer como:**

- Vómitos de sangre, que pueden ser de color rojo o marrón oscuro, y parecerse al sedimento del café
- Heces negras y pegajosas
- Sangrado rectal, generalmente en o con las heces.

**Si el sangrado es oculto, es posible que tengas lo siguiente:**

- Aturdimiento.
- Dificultad para respirar.
- Desmayos.
- Dolor en el pecho.
- Dolor abdominal.

## Presentación

Las presentaciones clásicas son la hematemesis o emisión por la boca de sangre procedente del tracto digestivo, bien como vómitos de sangre roja o como vómitos en posos de café, y la melena (sangre oscura o negra y adherente). También puede presentarse como hematoquecia en el caso de sangrados digestivos masivos, ya que la sangre acelera el tránsito gastrointestinal al comportarse como un líquido hiperosmolar o en neonatos y niños pequeños que presentan un tránsito intestinal más rápido, y como sangre oculta en heces



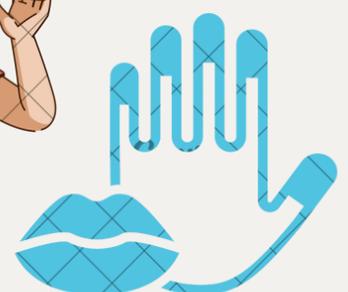
Condición clínica	Síntomas
Úlcera péptica	Dolor en epigastrio
Úlcera esofágica	Odinofagia, reflujo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Vómitos, tos previa al sangrado
Hemorragia variceal/gastropatía por hipertensión portal	Ictericia, ascitis
Neoplasia maligna	Disfagia, llenura precoz, pérdida involuntaria de peso, caquexia

# Síntomas de choque



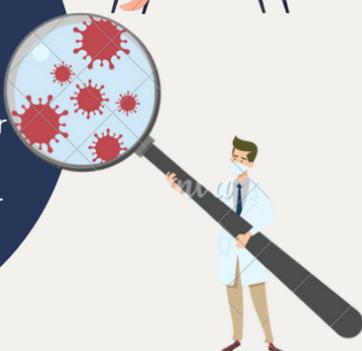
**SI EL SANGRADO COMIENZA DE MANERA ABRUPTA Y EMPEORA RÁPIDAMENTE, PODRÍAS ENTRAR EN UN ESTADO DE CHOQUE.**

- Debilidad o fatiga
- Mareos o desmayos
- Piel fría, húmeda y pálida
- Náuseas o vómitos
- No orinar u orinar poco cada vez
- Color azulado o grisáceo en los labios o las uñas de los dedos de las manos
- Cambios en el estado mental o en el comportamiento, como ansiedad o agitación
- Pérdida del conocimiento
- Pulso acelerado
- Respiración rápida
- Descensos de la presión arterial
- Pupilas dilatadas



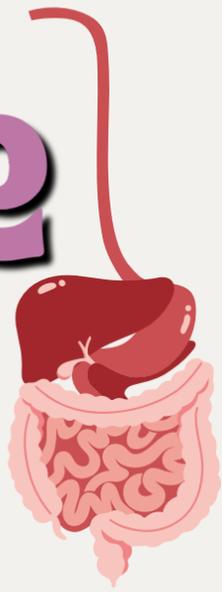
## Epidemiología

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica relativamente frecuente, habiéndose estimado una incidencia anual de 40 a 150 casos por 100 000 personas (1, 2). La incidencia de HDA es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad



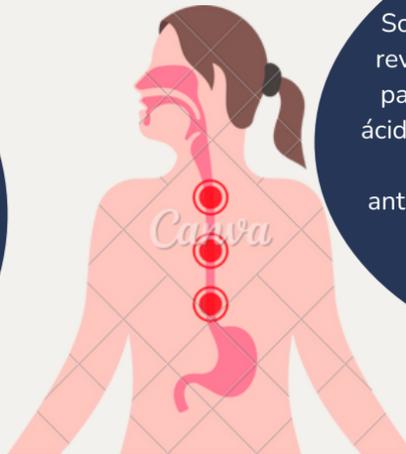
# Sangrado de Tubo digestivo alto

## Etiología



### Desgarros en el recubrimiento del esófago

Conocidos como desgarros de Mallory-Weiss, pueden sangrar mucho. Es común encontrarlos en personas que consumen bebidas alcohólicas en exceso, lo que genera arcadas y vómitos.



### Úlcera péptica

Son llagas abiertas que aparecen en el revestimiento interno del estómago y la parte superior del intestino delgado. El ácido estomacal, ya sea por una bacteria o por el consumo de medicamentos antiinflamatorios como el ibuprofeno o la aspirina, provoca daños en el recubrimiento, lo que deriva en la formación de llagas.



### Venas dilatadas en el esófago, llamadas várices esofágicas

Afección que repercute principalmente en las personas con una enfermedad hepática grave, la mayoría de las veces debido al consumo excesivo de alcohol.

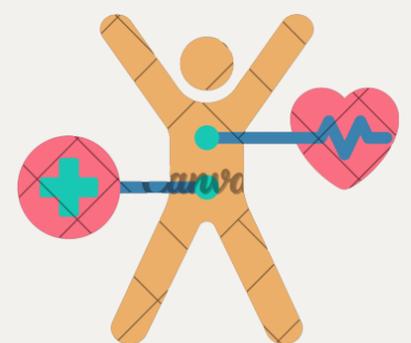


- Gastropatía hipertensiva portal.
- Esofagitis. La causa más frecuente de esta inflamación del esófago es la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Vasos sanguíneos anormales.
- Hernia de hiato.
- Tumores.

## Valoración

Para completar una buena anamnesis, debe indagarse sobre las circunstancias que rodean al sangrado, la historia previa y los antecedentes familiares.

En la exploración física se valorarán, en primer lugar, los signos clínicos que nos informan sobre la intensidad de la hemorragia, y por tanto de la estabilidad hemodinámica del paciente: palidez, taquicardia, sudoración, relleno capilar, estado de conciencia, agitación o letargia, dolor abdominal y tensión arterial. Es recomendable tomar la FC y la tensión arterial en decúbito supino y en sedestación. Un incremento de la FC  $>20$  lpm o un descenso de la TAS de más de 10 mmHg al pasar al paciente de posición supina a sedestación son una señal de hipovolemia y persistencia de la hemorragia. Hay que tener en cuenta la posible administración de fármacos que puedan enmascarar la respuesta al sangrado, como los beta bloqueantes



## Orientación a la etiología

- Coloración de piel y mucosas y lesiones asociadas sugerentes de sangrado a otros niveles: palidez, ictericia, púrpura, petequias, equimosis, hematomas, angiomas...
- Existencia de lesiones mucocutáneas tipo hemangiomas o telangiectasias que puedan hacer sospechar enfermedades como Rendu-Osler-Weber o afectación visceral si hay cinco o más hemangiomas cutáneos.
- Signos de hemorragia extradigestiva: aftas, amigdalitis, epistaxis, auscultación pulmonar (hemoptisis), genitales externos (hematuria, sangrado vaginal).
- Presencia de estigmas hepáticos y de datos que hagan sospechar la existencia de hipertensión portal: ascitis, hepatoesplenomegalia, circulación colateral...
- Distensión abdominal.
- Exploración de la región anal y tacto rectal: fisuras, fístulas, colgajos cutáneos, datos de inflamación perianal...



# Sangrado de Tubo digestivo alto



## Diagnóstico

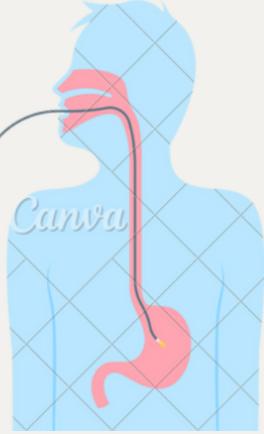
Salvo en los casos en que el sangrado sea escaso en cuantía o intermitente y exista seguridad sobre su resolución se debe realizar en Atención Primaria una analítica básica que contenga:

- Hemograma: se valorará la hemoglobina, el hematocrito y el volumen corpuscular medio (VCM), con el fin de detectar una anemia generalmente microcítica, si bien es cierto que la cifra de estos parámetros no suele modificarse hasta pasadas 24 horas del inicio de la hemorragia.

ASIMISMO, LA PRESENCIA DE UNA TROMBOPENIA PUEDE SUGERIR UN HIPERESPLENISMO, MIENTRAS QUE LA TROMBOCITOSIS ORIENTARÍA A UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA O FERROPENIA.

- Coagulación: puede verse alterada en el déficit de vitamina K, en coagulopatías o en una disfunción hepática.
- Perfil férrico.
- Bioquímica: perfil hepático, urea y creatinina, y reactantes de fase aguda (PCR y velocidad de sedimentación globular [VSG]). El índice nitrógeno ureico sanguíneo (BUN)/creatinina es útil para conocer el origen del sangrado. Así, un valor de BUN/creatinina >30 es más sugestivo de hemorragia digestiva alta, ya que indica que la sangre tiene más tiempo para ser absorbida, aumentando la concentración de nitrógeno ureico en sangre.

- Estudio de sangre oculta en heces, a fin de confirmar la presencia de sangre en casos dudosos. La pérdida fecal de sangre en individuos normales oscila entre 0,5 y 1,5 ml al día. La mayoría de los test se hacen positivos por encima de los 2 ml al día.
- Radiografía simple de abdomen en bipedestación: útil si se sospecha un cuerpo extraño, una obstrucción o una perforación.
- No obstante, la prueba de elección es la endoscopia, ya que permite identificar el origen del sangrado.



## Otras pruebas complementarias

- Ecografía simple y con Doppler: útiles en casos de enfermedad hepática, hipertensión portal y malformaciones vasculares.
- Tránsito digestivo superior: uso limitado al estudio del sangrado crónico.
- Tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN): si existe sospecha de malformaciones vasculares, masas tumorales o inflamatorias.
- Otros: estudios isotópicos, angiografía, laparoscopia o laparotomía exploradora.

# Derivación al hospital



## URGENTE

Para manejo según protocolos específicos y/o pruebas complementarias especializadas si el paciente presenta síntomas de alarma:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Sangrado masivo o activo.
- Coexistencia con sangrado a otro nivel.
- Sospecha de hepatopatía grave.
- Sospecha de patología quirúrgica.



## CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA PROGRAMADA

- Si el sangrado se ha resuelto y no ha sido cuantioso pero se precisan para su diagnóstico pruebas complementarias no disponibles en Atención Primaria, tales como la endoscopia.
- En este caso debe iniciarse desde Atención Primaria el estudio dirigido.
- Asimismo, habrá que valorar la derivación a otros servicios en función de los datos obtenidos en la historia clínica y la exploración.

## No remitir si

- Se descarte el sangrado.
- Se trate de sangrado resuelto, de escasa cuantía, etiología filiada y tratable desde Atención Primaria.



# Sangrado de Tubo digestivo alto



## Tratamiento

- Pacientes con mínimo sangrado (mínima emesis de sangre roja o en posos de café), hemodinámicamente estables y con analítica normal: podrán ser manejados de forma empírica con fármacos que reduzcan la acidez gástrica, puesto que las causas ácido-pépticas son las más frecuentes en la infancia. Los inhibidores de la bomba de protones son el tratamiento de elección, ya que disminuyen la gravedad de la lesión, la necesidad de terapia endoscópica y el riesgo de sangrado tras la realización de la misma. Otros fármacos como los antagonistas H2, los citoprotectores (sucralfato y misoprostol), o los procinéticos tienen un papel secundario en la hemorragia digestiva alta.

ASIMISMO, SE ACONSEJA EVITAR CIERTOS ALIMENTOS O SUSTANCIAS QUE ACTÚAN COMO IRRITANTES DE LA MUCOSA GÁSTRICA, COMO SON LA CAFEÍNA, LAS SALSAS, LOS REBOZADOS, LAS FRITURAS, LAS COMIDAS GRASAS O CONDIMENTADAS, EL CHOCOLATE... ASÍ COMO FÁRMACOS GASTROEROSIVOS.



- Pacientes con hemorragia moderada o grave, hemodinámicamente inestables y/o con alteración analítica: serán remitidos al Servicio de Urgencias o a la UCI, según sea el caso. En tanto se produce esta derivación, se debe administrar oxígeno y canalizar una vía periférica o, si no es posible, intraósea, con objeto de reponer la volemia con suero salino fisiológico.

En este contexto, la colocación de una sonda nasogástrica y la realización de lavado gástrico con suero salino a temperatura ambiente puede ayudar a localizar el origen del sangrado y definir la gravedad del mismo; además, previene el riesgo de aspiración al prevenir la dilatación gástrica y retira sangre fresca y coágulos. Así, la presencia de sangre fresca o en posos de café confirmaría el sangrado digestivo alto y, por el contrario, la salida de bilis sin sangre descartaría sangrado a nivel esofágico o gástrico, pero no transpilórico<sup>5</sup>. Actualmente no se recomienda el lavado con agua fría, ya que no disminuye la intensidad del sangrado y puede originar hipotermia, sobre todo en los niños más pequeños.

## prevención



- Adecuado diagnóstico, tratamiento y control de las causas o patologías conocidas que sean predisponentes: RGE (sobre todo en niños con parálisis cerebral y retraso psicomotor), hipertensión portal, etc.
- Extremar la vigilancia en situaciones de riesgo para el desarrollo de sangrado agudo secundario al uso de AINE, tales como patología gastrointestinal previa (hipertensión portal, gastritis o ulcus péptico), gastritis por *Helicobacter pylori*, o uso crónico o prolongado de medicamentos potencialmente gastroerosivos (corticoides, antiepilépticos, antibióticos).
- Evitar la administración de fármacos innecesarios.
- Ajustar dosis y tiempo de administración de los fármacos, en particular de los gastroerosivos, a los mínimos imprescindibles para obtener beneficios y minimizar riesgos suministrando a los pacientes las pautas adecuadas por escrito.
- Administración de fármacos siguiendo las normas que disminuyen su potencial gastroerosivo.
- Extremar la vigilancia en enfermos críticamente enfermos.



## Cuidados de enfermería



- 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-ENI-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.

## Referencias bibliográficas:

- FAPap - Hemorragia-digestiva-alta. (s/f). Fapap.es. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://fapap.es/articulo/268/hemorragia-digestiva-alta>
- Corta, G. E. N. V. (s/f). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Gob.pe. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de [https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_HemorragiaDigAlta\\_EsSalud\\_ver\\_corta.pdf](https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_HemorragiaDigAlta_EsSalud_ver_corta.pdf)
- Sangrado gastrointestinal. (s/f). Mayoclinic.org. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/gastrointestinal-bleeding/symptoms-causes/syc-20372729>