



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DEL ESTADO
DE AGUASCALIENTES "DR. JOSE LUIS AVILA PARDO"

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DEL
ESTADO DE AGUASCALIENTES "DR. JOSE LUIS AVILA PARDO", EN
AGUASCALIENTES, AGS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

PRESENTA:

ANGELICA SILOS BUENA

CON LA ASESORIA DE LA:
EEAEC. CRISTINA BALAN GLEAVES



AGUASCALIENTES, AGS.

OCTUBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la maestra Cristina Balan Gleaves mi asesora en esta Tesina por su valiosa ayuda de metodología de la investigación y corrección de estilo que hizo posible la culminación exitosa de esta investigación documental.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por todas las enseñanzas recibidas en la Especialidad de Enfermería del Adulto en Estado Crítico a lo largo de un año, con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos para mi vida como Enfermera Especialista.

A todos los profesores y maestros de la Especialidad quienes han hecho de mí una Enfermera Especialista para el beneficio de todos los pacientes que atiendo en el Hospital Dr. José Luis Ávila Pardo.

DEDICATORIAS

A mis padres: Elvira Buena Delgado y J. Guadalupe Silos Leos, quienes han sembrado en mí el camino de la superación personal y profesional que hizo posible culminar esta meta.

A mis Hermanos: Letizia, Enrique, Lupita, Rosy, Héctor y Carlos por todo el apoyo incondicional que me dieron en mi trayectoria académica y profesional.

Al Doctor Rogelio Mora Aguilera por el tiempo que dedicó en brindarme sus consejos y enseñanzas durante la realización de este trabajo tan importante para mí.

A Nazareth que es una persona muy especial y alguien muy importante en mi vida, por todo su apoyo, cariño y comprensión en mi vida personal y profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
<u>1.-FUNDAMENTACION DE LA TESINA</u>	3
1.1 Descripción de la situación problema	3
1.2 Identificación del problema	6
1.3 Justificación de la tesina	6
1.3.1 Epidemiología y frecuencia en México	7
1.4 Ubicación del tema	8
1.5 Objetivos	8
1.5.1 General	8
1.5.2 Específicos	9
<u>2.- MARCO TEORICO</u>	9
2.1 Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con hemorragia digestiva Alta	9

2.1.1 Conceptos básicos	9
-Hemorragia	9
-Hemorragia Digestiva Alta	10
2.1.2 Etiología y patogenia de la Hemorragia digestiva alta	10
- Causas	11
• Ulcera péptica	12
• Varices esofagogastricas	13
• Síndrome de Mallory Weis	14
• Gastroduodenopatía erosiva	15
• Carcinoma gástrico	15
- Clínicos	16
▪ Edad	16
▪ Cirugía mayor	16
▪ Enfermedad Hepática	16
▪ Aínes y Asa	17
-Otros factores	17
2.1.3 Fisiopatología de la Hemorragia Digestiva Alta	17
-Nivel Macrocirculatorio	18
-Nivel microcirculatorio	19
-Nivel celular	19
-Manifestaciones clínicas	19
• Normovolemia	20
• Hipovolemia leve	20
• Hipovolemia moderada	20
• Hipovolemia severa	21

-Evaluación del estado Hemodinámico del Paciente	21
• Reanimación	22
• Anamnesis	23
• Exploración física	23
2.1.4 Diagnostico de la Hemorragia Digestiva Alta	24
-Evaluación diagnóstica	24
-Aspirado gástrico	24
-Datos de laboratorio	25
a) Hematocrito	26
b) Hemoglobina	26
c) Hierro	26
d) Tiempos de coagulación	27
e) Nitrógeno ureico	27
f) Pruebas de función hepática	27
-Rx de vías digestivas altas	28
2.1.5 Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta	28
-Tratamiento farmacológico	29
-Tratamiento de sonda con globo	30
-Tratamiento endoscópico	30
-Tratamiento quirúrgico	31
-Angiográfico	31
2.1.6 Complicaciones de la Hemorragia Digestiva Alta	32
a) Ruptura gástrica	32

b) Shock hipovolémico	32
2.1.7 Acciones de Enfermería en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta	33
-En la prevención de la Hemorragia Digestiva Alta	33
• Evitar consumo de AINES Y ASA	33
• Evitar consumo de alcohol	34
• Identificar factores de riesgo	34
-En la atención de la Hemorragia Digestiva Alta	34
-Evaluación inicial	34
• Monitorización	35
• Monitorización especial	36
• Canalización de vías venosas	36
• Exploración física	37
• Auscultación abdominal	37
-Evaluación de la situación hemodinámica	37
• Restauración de la volemia	38
• Control de la hemorragia	38
• Aplicación de medicamentos	39
• Vigilar patrón respiratorio	39
-Colocación de sonda nasogástrica	39
-Aspiración gástrica	40
-Colocación de sonda vesical	41
-Ayuno	41
-Restitución sanguínea	41
-Control de complicaciones	42

-En la atención posterior de la HDA	42
-Continuación del tratamiento	42
-Con la familia	43
3.- <u>METODOLOGIA</u>	44
3.1 Variables e indicadores	44
3.1.1 Dependientes	44
-En la prevención de la HDA	44
-En la atención de pacientes con HDA	44
-En la atención posterior de la HDA	45
3.1.2 Definición operacional de la variable: Hemorragia Digestiva Alta	45
-Concepto de la HDA	45
-Ulcera péptica	46
-Hipertensión portal	46
-Principales síntomas de la HDA	46
-Intervenciones de Enfermería	47
• En la prevención de pacientes con HDA	47
• En la atención de la HDA	47
• En la atención posterior	48
3.1.3 Modelo de relación influencia de la variable	49
3.2 Tipo y diseño de Tesina	50
3.2.1 Tipo de Tesina	50

3.2.2 Diseño de Tesina	51
3.3 Técnicas de investigación utilizadas	51
3.3.1 Fichas de trabajo	51
3.3.2 Observación	52
4.- <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	52
4.1 CONCLUSIONES	52
-En servicios	53
-En docencia	54
-En administración	55
-En investigación	55
4.2 RECOMENDACIONES	56
5.- <u>ANEXOS</u>	62
6.- <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	78
7.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	86

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto el documentar las intervenciones de Enfermería especializada en el paciente con Hemorragia Digestiva Alta, en el Hospital General Dr. José Luis Ávila Pardo, en Aguascalientes, Ags.

Para desarrollar la presente investigación documental se ha dividido en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos: general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable intervenciones de Enfermería en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta; así como, también los indicadores de esta variable,

la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta tesina con las conclusiones y recomendaciones, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que estén ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se pueda contar de manera clara con las intervenciones de Enfermería Especializada de pacientes adultos en estado crítico con afección Hemorragia Digestiva Alta, para proporcionar una atención de calidad profesional que todos los pacientes merecen.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El 13 de septiembre de 1957 ante un notario se formó la Unión Médica de Aguascalientes con un total de 17 miembros siendo el director el Dr. José Luis Ávila Pardo posterior el Dr. Francisco Guel Jiménez, después de superar muchas dificultades el 1 de marzo de 1958 en un viejo edificio de la calle Juárez y Gutiérrez se iniciaron las labores de consulta externa, los servicios de hospital se hicieron en el llamado sanatorio moderno situado en la calle Zaragoza.

El 13 de junio de 1966, es inaugurada la Clínica Hospital ubicada en las calles de José María Chávez # 1202 y Circunvalación Sur Colonia Lindavista. Quien fungía como director el Dr. José Luis Ávila Pardo y como Jefe de Enfermeras E.G. Ma. Dolores Morfin Guel iniciando actividades de atención a derechohabientes con 40 camas censables que eran ocupadas por las especialidades básicas como: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia. (VER ANEXO No. 1 Fachada del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Luis Ávila Pardo en el año 1966).

Según fuentes del INEGI en el año de 1960 la población era de 154,211. En el año de 1967 se construye la torre del Hospital como una necesidad, ya que la población del estado de Aguascalientes creció significativamente ya que para los años 70's ya eran 338,142 habitantes.

Posteriormente fueron construidas las áreas de Prestaciones Sociales y el Auditorio.

No se encuentra exactamente desde que año se inicia como Hospital de formación académica existiendo el departamento de enseñanza permitiendo el campo clínico para diversas Escuelas de Enfermería.

En el año de 1979 inicia el Curso de Auxiliares de Enfermera General contando con 50 alumnos convocando a todo público y Sindicato del Seguro Social por necesidades de Recursos Humanos de la propia unidad.

Dentro del año de 1980 el I.M.S.S capacitaba a su personal de enfermería con cursos de especialidad de Cuidados Intensivos.

El Hospital General de Zona No. 1 ha tenido remodelaciones al transcurso del tiempo y por las necesidades naturales del crecimiento demográfico que condicionó mayores requerimientos para la atención de la salud se transformó en Hospital Clasificado T-1 por lo que se realiza la primera remodelación estableciéndose el servicio de Medicina Familiar. Posteriormente se inicia la segunda remodelación en donde se instala la Torre de Servicios de Hospitalización con lo que se incrementa el número de camas censables de 40 que eran inicialmente a 220 camas censables.

Para 1982 el IMSS absorbe la población derechohabientes del Hospital de Ferrocarriles Nacionales de México. Ante la creciente demanda de la población sobre los servicios de la seguridad social, y la limitada capacidad del HGZ No. 1 para satisfacer los requerimientos de salud de usuarios de la delegación, se autoriza la construcción de una unidad al oriente de la ciudad.

En 1982 va aumentando en gran proporción el número de derechohabientes por tal motivo el reacondicionamiento del Hospital

y con ello nuevamente se incrementa el número de camas censables del Hospital hasta 275 camas. En ese mismo año inicia el “Curso de Enfermera General” en el IMSS con 32 alumnos.

Siendo hoy en la actualidad un hospital de segundo nivel. (VER ANEXO No. 2 Fachada actual del HGZ No. 1) que cuenta con los servicios de: Cirugía Pediátrica, Pediatría Medica, UCIP, Cuneros Patológicos I Y II, UCIA, Quirófano Central y de Urgencias, Expulsión, Quirófano de GYO, Labor, Cunero de Transición, GYO, Cirugía Ambulatoria, Medicina Interna I Y II, Piso de Traumatología y Ortopedia, Cirugía general, Consulta Externa, y Urgencias.

Tomando en cuenta lo anterior el hospital General Dr. José Luis Ávila Pardo recibe a pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Claro que la participación de Enfermería en la prevención, tratamiento y recuperación de los pacientes es sumamente importante no solamente la valoración y el tratamiento sino también la supervivencia de muchos de estos pacientes. El área física de urgencias y el piso de gastroenterología cuenta con una localización óptima para que el personal pueda brindar la atención del paciente.

El Hospital General Dr. José Luis Ávila Pardo les brinda atención a los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, ya que es una causa frecuente al servicio de urgencias principalmente en personas de edad avanzada, y personas del sexo masculino. Las principales causas de ingreso a esta institución son enfermedad ulcero péptica y hepatopatía alcohólica, es por eso que la participación de la Enfermera Especialista es fundamental para aliviar los síntomas y evitar las complicaciones graves y la muerte de estos pacientes.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería Especializada de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el área de urgencias y gastroenterología del Hospital Gral. Dr. José Luis Ávila Pardo en Aguascalientes, Ags.?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones: En primer lugar se justifica por que la patología de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta constituyen una causa importante de ingreso al servicio de urgencias. Su evolución, manejo y diagnostico representan un reto importante para el equipo multidisciplinario; así también tomando en cuenta que la incidencia de la Hemorragia Digestiva Alta muestra una tendencia creciente entre personas de edad avanzada, aquí el aspecto preventivo es de gran importancia para evitar que los pacientes lleguen al hospital ya con una urgencia gastroenterológica.

Por ello en esta tesis, es necesario sentar las bases de lo que la enfermera especialista debe realizar con este tipo de pacientes para prevenir o evitar las complicaciones que pueda llegar a presentar.

La Enfermera Especialista del Adulto en Estado Crítico deberá llevar a cabo las acciones especializadas en este tipo de pacientes para contribuir en su recuperación y llegar a un buen pronóstico.

1.3.1 EPIDEMIOLOGIA Y FRECUENCIA EN MEXICO

A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por esta afección no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años. La Hemorragia Digestiva Alta se presenta como hematemesis y/o melena con diversos grados de alteración hemodinámica en dependencia de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea.

La evolución de la Hemorragia Digestiva Alta y la mortalidad por el mismo están estrechamente relacionadas con su causa.

La Hemorragia Digestiva Alta es una afección más frecuente en el sexo masculino (2:1) y en pacientes mayores de 65 años.

La mortalidad secundaria a Hemorragia Digestiva Alta en México oscila alrededor del 8.5% pero se incrementa con la edad variando en función de diferentes factores, especialmente la cuantía del sangrado, su origen, edad del paciente y otras patologías asociadas.¹

En el Hospital General Dr. José Luis Ávila Pardo la incidencia de este padecimiento es de 72 pacientes con HDA en un periodo de tres meses esta datos se obtuvieron en base al formato de estado de pacientes que maneja el jefe de piso del área de urgencias, de los cuales la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres.

Las causas más frecuente de ingreso fueron por enfermedad ulcero péptica y pacientes con hepatopatía alcohólica.²

¹ Gamboa, Mendieta y Montañó. Cambios electrocardiográficos asociados a hemorragia digestiva alta. Med Int. 2006. P 220-223

² FUENTE: Datos proporcionados por Jefe de Piso del Área de Urgencias. En base al formato de Estado de Pacientes HGZ# 1 meses de junio, julio y agosto. 2011.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente investigación documental se encuentra en el área de urgencias, gastroenterología y enfermería. Se ubica en el área de urgencias porque la Hemorragia Digestiva Alta es considerada una urgencia frecuente la cual obedece a un servicio de inmediata atención y para atender a este tipo de pacientes se requiere un despliegue de conocimientos y una actuación de calidad inmediata. En el piso de gastroenterología porque ahí es donde al paciente se le dará continuación del tratamiento para su pronta recuperación. Se ubica en Enfermería porque este personal siendo Especialista del Adulto en Estado Crítico, debe intervenir inmediatamente para detectar al paciente en riesgo, la valoración constante del balance de líquidos así como el monitoreo hemodinámico continuo y la detección de signos y síntomas de manera oportuna para intervenir inmediatamente y evitar una complicación. Por ello la participación de la enfermera especialista es vital tanto en el aspecto preventivo, curativo y de rehabilitación a fin de evitar la mortalidad de los pacientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. General

Documentar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el área de urgencias y gastroenterología del Hospital General “Dr. José Luis Ávila Pardo” en Aguascalientes, Ags.

1.5.2. Específicos

Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermera Especialista del Adulto en Estado Crítico en el manejo preventivo, curativo y de rehabilitación en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Proponer las funciones y actividades que el personal de Enfermería Especializada debe llevar a cabo en la atención de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.1.1 Conceptos básicos.

-Hemorragia

La hemorragia se define como la extravasación de sangre hacia el espacio extravascular.³

³ Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. Ed. Elsevier. 2010 p. 114

- Hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva (HD), es una pérdida de sangre intraluminal que se puede producir en cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, puede ser aguda o crónica.⁴ Se clasifica Hemorragia Digestiva Alta y Hemorragia Digestiva Baja, según donde se origine pero sin ir ligado a la vía por la que se exterioriza.

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se produce en la proximidad del ángulo de Treitz o flexura duodenal, con lo que incluye faringe, esófago, estomago, duodeno y glándulas digestivas anexas (páncreas, hígado y vías biliares)⁵

2.1.2 Etiología y patogenia de la Hemorragia Digestiva Alta.

Una historia y una exploración clínica cuidadosa de la orofaringe y de la cavidad nasal servirán para excluir la sangre deglutida como hematemesis o melena⁶

La hemorragia digestiva alta puede abarcar diferentes situaciones clínicas. Esta diversidad se debe a que la hemorragia puede ser consecuencia de varias lesiones y provenir de diversos sitios del tracto gastrointestinal⁷.

⁴ Frank Netter. Gastroenterología. Ed Martin H. Flosch. Ed Masson. 2006 p.197

⁵ Roció Jaen Izquierdo. Urgencias digestivas formación continua sanitaria. Ed. Asociación L.cala. Ed. 2ª, 2005 p. 113

⁶Id. p. 115

⁷ Feldman, Friedman, Sleisenger. Enfermedades Gastrointestinales y hepáticas. Ed. Panamericana. Ed 7ª. 2004 p.226

La Hemorragia Digestiva Alta puede deberse a causas Inflamatorias, mecánicas, vasculares, sistémicas y neoplásicas.⁸

La incidencia de Hemorragia digestiva alta muestra una tendencia creciente entre personas de edad avanzada; pacientes con más de 65 años⁹ etc., (VER ANEXO No. 3 Causas de Hemorragia Digestiva Alta).

-Causas

La hemorragia puede ser masiva o trivial y visible u oculta. Además la hemorragia digestiva adopta una de las cuatro formas siguientes: alta, baja, oculta y de origen dudoso.¹⁰

La hemorragia en el tubo digestivo alto es cinco veces más frecuente que la hemorragia en el tubo digestivo bajo. La hemorragia digestiva es más frecuente en hombres y en personas de edad avanzada¹¹

En la actualidad la causa más común de la hemorragia gastrointestinal superior son las anomalías inespecíficas de la mucosa (como las erosiones), que originan 42% de los casos de hemorragia gastrointestinal superior.¹²

⁸ Elias Rovira Gil. Urgencias en Enfermería. Ed 2ª 2005 p187

⁹ id p. 229

¹⁰ Feldman, Friedman, Sleisenger. Opcit. P.226

¹¹ Feldman, Friedman y Brand. Enfermedades digestivas y hepáticas. Elsevier. Ed 2008.Vol 1 P255

¹² Bongard, Sue; Vintch. Diagnostico y Tratamiento en Cuidados Intensivos. Ed Manual Moderno. Ed, 3ª. 2009 p.778

- ULCERA PÉPTICA (gástrica o duodenal)

La enfermedad ulcero péptica puede deberse a una infección por *H. pylori*, el uso de AINES, a la tensión o a una exposición excesiva al ácido gástrico.

La ulceración péptica también es común con el estrés intenso que se genera en pacientes de traumatismos mayores, quemaduras extensas, sepsis y cirugía mayor. Es probable que este tipo de lesión se deba a la alteración de los mecanismos de defensa de la mucosa, en forma secundaria a la disminución del flujo sanguíneo local.¹³

Las úlceras sangran cuando erosionan la pared de un vaso sanguíneo. Las localizadas en la parte alta de la curvatura menor del estómago o sobre la pared posteroinferior del bulbo duodenal se asocian con mayores probabilidades de hemorragia (y recurrencia del sangrado) presuntamente debido a la abundante irrigación vascular en estas regiones.¹⁴

La aspirina aun a dosis antitrombóticas aumenta siete veces el riesgo de HDA.¹⁵ La aspirina tiene una acción directa sobre la mucosa este medicamento inhibe la síntesis de prostaglandinas las cuales son un elemento defensivo de la mucosa gástrica.

Los pacientes con úlcera péptica pueden presentar hematemesis, melenas o ambos, puede ser franca hematoquesia sin hematemesis lo cual puede confundir con respecto al origen.¹⁶

¹³ Id p. 779

¹⁴ Feldman, Friedman, Sleisenger. Opcit. P.231

¹⁵ Asociación Colombiana De Medicina Interna. Medicina Interna En Urgencias. Ed. Medica Celsus. 2005 p224

¹⁶ Id p225

▪ VARICES ESOFAGOGÁSTRICAS

La Hipertensión portal da lugar al desarrollo de canales colaterales en los lugares en los que se comunica los sistemas porta y cava. Aunque esas venas colaterales permiten que se produzca algún drenaje, también provocan la congestión de los plexos venosos subepitelial y submucoso dentro del esófago distal. Esos vasos, que se denominan varices, se desarrollan en el 90% de los pacientes cirróticos, principalmente en relación con una hepatopatía alcohólica.¹⁷

Representan entre el 10% y el 25% de los casos, el sangrado por varices es mucho más grave que otras formas de hemorragia. Las varices se desarrollan como consecuencia de hipertensión portal ya sea segmentaria o sistémica, siempre que existan varices esofágicas se debe investigar causas de hipertensión portal. La hemorragia por varices ocurre en el 25% a 40% de los pacientes con cirrosis y es responsable del 33% de las muertes de los pacientes con esta enfermedad. Entre el 50 y 60% de pacientes con cirrosis desarrollan varices esofágicas y el 30% de ellos experimentan sangrado por varices a los 2 años del diagnóstico. La mortalidad ha disminuido en concordancia con el uso combinado de fármacos vasoactivos y tratamiento endoscópico y por el uso de profilaxis antibiótica.¹⁸

¹⁷ Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. Ed. Elsevier. Ed.8ª 2010 p. 771

¹⁸ Sociedad Argentina De Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. Ed. Médica Panamericana. Ed. 4ª. 2007

El sangrado por varices se caracteriza por un riesgo importante de recurrencia, que es más frecuente a las 48 horas posteriores al sangrado inicial¹⁹

- SINDROME DE MALLORY-WEISS

Representan del 5 al 7% de los casos. Son laceraciones longitudinales de la mucosa de la unión esofagogastrica. Si bien el antecedente de ingesta copiosa de alcohol y de vómitos o de náuseas es útil para sospechar el cuadro sólo se presenta en el 40% a 55% de los casos. Se puede asociar con episodios de tos, maniobras de Valsalva. Antecedentes de endoscopia, todo lo que pueda aumentar la presión transmural. En general, el sangrado cesa en forma espontánea en el 90% de los pacientes.

En el 90%, la laceración se encuentra en el cardias y en la unión esofagogástrica y en el 10% restante se halla en el esófago inferior. La hematemesis está presente en el 90% de los casos y la recurrencia del sangrado no es común. Aunque la terapéutica endoscópica puede ser útil, en general su éxito es menor que en las úlceras pépticas.²⁰

¹⁹ Sociedad Argentina De Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. Ed. Médica Panamericana. Ed. 4ª. 2007

p870

²⁰ id

▪ GASTRODUODENOPATÍA EROSIVA

Es la responsable del 10% al 15% de las HDA. Se caracteriza endoscópicamente por la combinación de hemorragias subepiteliales, erosiones y ulceraciones con depresión mucosa mínima, en general múltiples. Dado que los vasos sanguíneos de calibre significativo se encuentran en la submucosa o más profundos y que las lesiones suelen ser solo de la mucosa, las hemorragias que producen por lo común son leves. Cuando la hemorragia es grave debe sospecharse la presencia de alguna úlcera. En general dado el carácter difuso de las lesiones, la terapia endoscópica no puede utilizarse. En más del 50% de los casos se asocia con la ingesta de AINES. La gastritis erosiva relacionada con estrés es común en los pacientes críticamente enfermos. En los últimos años la hemorragia secundaria a lesiones o úlceras de la mucosa gástrica relacionada con el estrés ha disminuido como consecuencia de un manejo del shock mejor y más agresivo y con la nutrición temprana.²¹

▪ CARCINOMA GÁSTRICO

Este carcinoma sangra con frecuencia pero lo usual es que se trate de hemorragia crónica evidenciada por la positividad de la reacción de sangre oculta en las heces; ocasionalmente es causa de Hemorragia Digestiva Aguda, usualmente de muy mal pronóstico.²²

²¹ Id p. 870

²² Ricardo Cediel Angel. Medicina Interna. Ed. 7ª Ed. Medica Celsus. 2005 p.657

-Clínicos

Los antecedentes clínicos que tienen valor predictivo con respecto al curso evolutivo y a la mortalidad de la hemorragia digestiva son los siguientes:

- Edad

La edad es un factor importante los pacientes mayores de 60 años o de edad avanzada pueden sangrar como consecuencia de diferentes trastornos mientras que en personas más jóvenes es menor la frecuencia de sangrados gastrointestinales.

- Cirugía mayor

El antecedente de una intervención quirúrgica amplía el espectro diagnóstico diferencial (por ejemplo fístula aortoentérica, en el caso de cirugía previa de la aorta).

- Enfermedad Hepática

El antecedente de una enfermedad hepática plantea la posibilidad de una hemorragia asociada con hipertensión portal.

- AINES Y ASA

La ingestión de aspirina u otros agentes antiinflamatorios no esteroides aumenta la probabilidad de que la hemorragia provenga del estómago o del segmento gastroduodenal, es importante también conocer la dosis total y el tiempo en que se ha estado tomado el medicamento.

-Otros factores

Otros factores importantes en el interrogatorio son la presencia de dolor abdominal (úlceras pépticas, isquemia mesentérica o colónica), náuseas (desgarro de Mallory-Weiss) o modificaciones del hábito intestinal, anorexia o pérdida de peso (signos y síntomas de procesos malignos)²³

2.1.3 Fisiopatología de la Hemorragia digestiva alta

La pérdida de sangre al exterior en el tracto digestivo produce, según su volumen, disminución de la volemia con descenso de la circulación del retorno al corazón derecho, reducción de la circulación periférica, hipoxia y shock. Las repercusiones de las alteraciones hemodinámicas son, con diferencia, más graves e importantes que las consecuencias de la anemia en sí misma. Por ello, junto a la terapéutica adecuada a la causa desencadenante de la hemorragia digestiva, procede a la reposición de volumen

²³ Feldman, Friedman, Sleisenger. Opcit. P 227

mediante perfusión de soluciones cristaloides para conseguir un gasto cardiaco estable.

En la hemorragia digestiva es importante conocer la localización, el aspecto del sangrado, el volumen y cantidad de perdida hemática, la repercusión hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, diaforesis, llenado capilar retardado, piel fría y palidez de piel) así como la determinación de hemoglobina y hematocrito.

Independientemente de las causas de la anemia, las consecuencias son similares y están en función del volumen y de la rapidez de la pérdida hemática. Así, unas veces debuta como un síndrome anémico, y otras, desencadena un shock cardiocirculatorio agudo y grave.²⁴ (VER ANEXO No. 4 Fisiopatología de la Hemorragia Digestiva Alta)

El proceso fisiológico de adaptación frente a la situación de anemia en una hemorragia aguda se produce a tres niveles:

- Nivel macrocirculatorio

Aumenta el gasto cardiaco, disminuye la viscosidad sanguínea por la bajada del hematocrito (si se recupera y se mantiene la volemia), aumenta la circulación, disminuye la resistencia periférica (por la hipoxia) y se facilita el retorno venoso. Si persiste taquicardia e hipotensión, es debido a una inadecuada reposición de volumen o por una deficiente función ventricular, lo que supondrá un incremento de la demanda de oxígeno.²⁵

²⁴ Lopez, Morales y Quezada. Cuidados Al Paciente Critico Adulto. Ed 1ª . 2007 p419

²⁵ Ortega, Asencio y moya. Cuidados al paciente adulto crítico. Ed DAE. Ed 1ª 2007 . p 419

- Nivel microcirculatorio

La circulación esta aumentada por la dilución y reducción de la viscosidad. Aunque baja el suministro de oxígeno, las extracciones hística y celular de oxígeno están incrementadas; se produce una redistribución del flujo sanguíneo (por acción del sistema nervioso autónomo), entre otras, de las vísceras abdominales hacia los órganos y áreas de mayor demanda. El aumento de la oxigenación tisular es mayor que el esperado debido a la elevación del gasto cardiaco.²⁶

- Nivel celular

El comportamiento celular frente a la hipoxia es individual; las células pueden sobrevivir situaciones de bajo aporte de oxígeno y son diferentes de unos individuos a otros. Está aún por determinar la caída de la concentración de hemoglobina y el umbral en el que se ve afectado el suministro de oxígeno a nivel capilar.²⁷ La formación de radicales libres tienen una gran capacidad destructiva sobre las células con lo cual habrá un empeoramiento en la hipoperfusión.

-Manifestaciones clínicas

Las heces y los vómitos con sangre son las claves que indican una hemorragia gastrointestinal. Se puede manifestar de diferentes formas como hematemesis, melena, rectorragia, hematoquesia y

²⁶ Id

²⁷ Id

hemorragia oculta que indica sangrado que no es aparente para el paciente y se debe a un sangrado de pequeño volumen.²⁸

En cualquier hemorragia hay manifestaciones comunes la cual dependerá de la cuantía de la pérdida hemática y del tiempo que se ha producido, puede ir desde una situación asintomática hasta un shock hipovolémico pasando por hipotensión, taquicardia, piel fría, palidez.

Según el estado hemodinámico podemos encontrar:

-Normovolemia

Son pérdidas hemáticas inferiores a 500 ml en pacientes sanos, no se produce una repercusión importante en la hemodinámica general, a excepción de que esa pérdida se produzca en el anciano o en un paciente anémico.

-Hipovolemia leve

Hay unas pérdidas de entre 500 y 1200 ml de sangre, con lo cual si aparece una discreta sintomatología. Tensión arterial sistólica no inferior a 10 mmHg y las pulsaciones no más de 100 por minuto. Aparece vasoconstricción periférica con manos y pies fríos.

-Hipovolemia moderada

Hay pérdidas de entre 1250 y 1750 ml de sangre. La sintomatología es de tensión arterial sistólica 90-100 mmHg, taquicardia de 100-140 pulsaciones por minuto, vasoconstricción periférica con palidez, sudoración y sensación de inquietud.²⁹

²⁸ Feldman, Fiedman y Brandt. Enfermedades Digestivas y Hepaticas. Ed Elsevier. Ed Vol 1. 2008 p255

²⁹ Roció Jaen Izquierdo. Urgencias digestiva. Ed, sociacion L cala. Ed. 2ª, 2005 p 115

-Hipovolemia severa

Las pérdidas sanguíneas superan los 2500 ml de sangre, hay tensión arterial sistólica inferior a 7 mmHg, taquicardia de más de 120 pulsaciones por minuto, palidez extrema, frialdad, estupor y anuria propia del shock hipovolémico.³⁰

-Valoración del estado hemodinámico del paciente

El primer paso en el tratamiento de un paciente con hemorragia digestiva es evaluar la gravedad del sangrado. El primer aspecto importante es el estado hemodinámico del paciente mediante la tensión arterial (T/A), la frecuencia cardíaca (FC) y el estado de perfusión periférica (color y temperatura de la piel), llenado capilar, y nivel de conciencia, se valorará la gravedad de la hemorragia digestiva.³¹ (VER ANEXO No. 5 Valoración del estado hemodinámico)

La evaluación inmediata de las constantes vitales ayuda a guiar las maniobras de reanimación, aporta información pronóstica importante y ayuda a clasificar a los pacientes para la actuación apropiada.³²

³⁰ Id p115

³¹ Elías Rovira Gil. Urgencias en Enfermería. 2ª Ed. 2005 p 188

³² Feldman, Fiedman y Brandt. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. Ed Elsevier. Ed Vol 1. 2008 p255

-Reanimación

La intensidad de la reanimación debe ser proporcional a la gravedad de la hemorragia. En pacientes con inestabilidad hemodinámica hay que canalizar de inmediato dos vías intravenosas de gran calibre (#14 o 16). Introducir solución cristaloides (suero fisiológico o lactato de Ringer) a la máxima velocidad que lo permita el aparato cardiovascular del paciente. El objetivo es restablecer y mantener las constantes vitales. En pacientes con inestabilidad hemodinámica está indicada la monitorización en una unidad de cuidados intensivos (UCI) ya que tiene una importancia vital y puede disminuir la mortalidad, monitorizar, administrar oxígeno y vigilar volumen de orina.

Valorar transfusión de sangre total, plasma fresco congelado o plaquetas.³³ (VER ANEXO No. 6 Componentes sanguíneos)

Durante la reanimación, los pacientes con constantes vitales inestables, sangrado continuo, síntomas de oxigenación tisular insuficiente o hematocrito bajo (20 al 25%) requerirán transfusión. (VER ANEXO No. 7 Reacciones transfusionales inmediatas)

Cuando no es necesario una transfusión de sangre está indicada la suplementación con hierro al estabilizar y controlar la causa si es necesario.

³³ Id p 256

-Anamnesis y exploración física

-Anamnesis

Es importante realizar la anamnesis mientras se evalúa y se estabiliza el estado hemodinámico del paciente. La anamnesis ayuda a la Enfermera a conocer la gravedad de la hemorragia y a realizar una evaluación preliminar de la localización y de la causa.³⁴ (VER ANEXO No. 8 Aspectos importantes del interrogatorio).

La anamnesis es esencial también para conocer si el origen de la hemorragia puede ser extradigestivo, en especial en la nasofaringe³⁵ la anamnesis permite conocer aspectos que pueden explicar el cuadro actual como síntomas previos y condiciones precipitantes.

-La exploración física

Mediante la exploración física permitirá detectar palidez de piel y mucosas, masas abdominales, visceromegalias, ascitis, así como estigmas de hepatopatía crónica o lesiones cutáneas asociadas o lesiones gastrointestinales potencialmente hemorrágicas.

Mediante el tacto rectal se puede confirmar la presencia de sangre o melena. Sitios dolorosos o zonas de equimosis.

Otro objetivo es determinar la gravedad de las enfermedades conmórbidas. La afección respiratoria debe verificarse en todos los

³⁴ Id p. 256

³⁵ Id p. 257

pacientes, en particular en aquellos con EPOC, para determinar el riesgo de la sedación y la necesidad de intubación endotraqueal antes de establecer las intervenciones terapéuticas.³⁶

En el aspirado nasogástrico con presencia de sangre confirma una fuente de hemorragia gastrointestinal superior³⁷

Signos relacionados con la magnitud de la hemorragia: palidez, diaforesis, piel fría, taquicardia, taquipnea, caída tensional, ansiedad, oliguria. Si no se encuentran cambios en los signos vitales con el paciente en decúbito, observar si aparecen al colocarlo en posición semisentada.³⁸

2.1.4 Diagnóstico de la Hemorragia digestiva alta

-Evaluación diagnóstica

-Aspirado gástrico

Puede utilizarse como medida de emergencia, principalmente en ausencia del recurso de endoscopía lo cual ayudaría al diagnóstico de sangrados por encima del píloro, cuando es positivo el aspirado de material sanguíneo.³⁹

³⁶ Bongard, Sue, Vintch. Diagnóstico y tratamiento en Cuidados Intensivos. Ed. Manual Moderno. Ed 3ª. 2009 p.776

³⁷ Id p. 776

³⁸ Ricardo Cediel Angel. Medicina interna. Ed Celsus. Ed 6ª 2005. P 655

³⁹ Hani, Gutiérrez y Alvarado. Gastroenterología. Ed Mc Graw Hill. Ed 2001. P 18

La actitud diagnóstica ante un enfermo con hemorragia digestiva debe individualizarse. Si se obtiene una historia de melena o hematemesis o se sospecha un sangrado de la parte alta del tubo digestivo, se colocará una sonda nasogástrica para vaciar el estómago y saber si la hemorragia es proximal al ligamento de Treitz. Si el aspirado es claro o bilioso es poco probable que exista un sangrado activo en ese momento y se puede retirar la sonda, en cambio si el aspirado es en “posos de café” se mantendrá la sonda a derivación hasta comprobar que no exista sangrado ⁴⁰

- Datos de laboratorio

Como datos de laboratorio se solicitará biometría hemática completa que incluya hemograma, coagulograma, bioquímica general y pruebas cruzadas para una futura transfusión. La hemoglobina y el hematocrito orientan sobre la cuantía del sangrado, aunque puede que no reflejen la pérdida real hasta pasadas 24 a 72 horas, al ponerse en marcha los mecanismos de restauración. Las pruebas de coagulación descartan la presencia de coagulopatía primaria y alteraciones secundarias de hepatopatía crónica subyacente con cifras de 40,000 plaquetas/ml existe alto riesgo de sangrado. ⁴¹

La evaluación inicial concluye con la realización de análisis de laboratorio dirigidos.

⁴⁰ Tinsley R Harrison. Principios De Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill. Ed. 14ª Vol 1. 1998 p.283

⁴¹ Revista de Posgrado de I 20 a VIa Cátedra de Medicina. N° 185 – Septiembre 2008 p. 19-20

a) Hematocrito

El hematocrito, cuando se determina poco después del inicio de la hemorragia, puede no reflejar con precisión la pérdida de sangre. Una determinación aislada del hematocrito puede no reflejar el grado de hemorragia dado que reproduce el equilibrio entre el espacio intra y extravascular y la consiguiente hemodilución que tardan horas en manifestarse. No conviene subestimar la gravedad de la hemorragia por un hematocrito ligeramente bajo o incluso normal. El hematocrito desciende a medida que el líquido extravascular ingresa en el compartimiento vascular para restaurar el volumen, proceso que recién se completa después de transcurridas 24 a 72 horas.⁴²

b) Hemoglobina

Un descenso de la hemoglobina (HB) ocasiona una anemia caracterizada por disminución del volumen corpuscular medio (vcm). El VCM será normal en casos agudos y descendidos si se sospecha pérdidas crónicas.⁴³

c) Hierro

En pacientes que sangran pequeñas cantidades durante periodos de tiempo prolongados se produce una deficiencia de hierro y a

⁴² Felman, Fiedman, Sleisenger. Enfermedades Gastrointestinales y Hepaticas. Ed. Panamericana. Ed. 7ª 2004 p.228

⁴³ Revista de Posgrado de I 20 a VIa Cátedra de Medicina. Nº 185 – Septiembre 2008 p. 19-20

pesar de un hematocrito bajo estos pacientes pueden mantener la estabilidad hemodinámica.⁴⁴

d) Tiempos de coagulación

El estudio del tiempo de protrombina y del tiempo de tromboplastina parcial es necesario para excluir defectos primarios o secundarios de la coagulación.⁴⁵

d) Nitrógeno Ureico

El nivel de nitrógeno ureico en sangre (BUN) puede estar algo elevado en pacientes con hemorragia digestiva alta. Este aumento en general es desproporcionado en relación con el nivel sérico de creatinina debido a la degradación de las proteínas sanguíneas para formar urea por las bacterias intestinales y la absorción ulterior de la urea resultante así como a una disminución leve del índice de filtración glomerular.⁴⁶

e) Pruebas de función hepática

Las pruebas de funcionamiento hepático son aplicadas a una variedad de pruebas de sangre para averiguar el estado general del hígado y del sistema biliar. Las pruebas rutinarias de función hepática se divide entre las que son valores reales de la función hepática, como seroalbúmina o tiempo de protrombina; y aquellas

⁴⁴ Felman, Fiedman, Brandt. Enfermedades Digestivas y Hepaticas. Ed Elsevier. Ed. 2008 p. 257

⁴⁵ Tinsley R. Harrison. Principios De Medicina Interna. Ed. Mc Graw-Hill. Ed. 14ª 1998 p. 283

⁴⁶ Felman, Friedman, Sleisenger. Opcit. P.228

que son simplemente marcadores de la enfermedad hepática o del sistema biliar, como las diferentes enzimas hepáticas.

-Radiografías de vías digestivas altas

Si no se dispone de endoscopia o si ésta no es concluyente se puede recurrir al estudio radiográfico, pero este estudio no debe ser realizado hasta que la hemorragia se haya detenido. La radiografía pone en evidencia várices esofágicas, lesiones tumorales y úlceras de cierto tamaño y profundidad, pero no puede definir si estas son las lesiones que sangran. La exploración radiológica debe ser llevada a cabo en estrecha colaboración entre el médico y el radiólogo con el fin de evitar demoras y riesgos innecesarios.

La radiología, cuya confiabilidad diagnóstica depende del sitio y naturaleza de la lesión sangrante, debe considerarse como exploración complementaria de la endoscopia.⁴⁷

2.1.5 Tratamiento de la Hemorragia digestiva alta

Las medidas terapéuticas iniciales deben encaminarse a la estabilización hemodinámica, para tal efecto la mayoría de los pacientes requiere la administración de solución salina o lactato de Ringer intravenosa y muchos necesitan también transfusión.⁴⁸ (VER ANEXO No. 9 Soluciones isotónicas)

⁴⁷ Ricardo Cediel Angel. Opcit. P. 660

⁴⁸ Nahum Mendez Sánchez. Gastroenterología. Ed. Mc Graw Hill. 2005 p. 127

Un objetivo principal del tratamiento es detener la hemorragia y evitar el resangrado. Los principales tipos de tratamiento son farmacológico, endoscópico, angiográfico y quirúrgico. El uso de cada una de estas modalidades ha experimentado cambios profundos desde comienzos de los años ochenta del siglo XX y varía según sea la causa de la hemorragia. Estas maniobras terapéuticas son con frecuencia complementarias y requieren experiencia multidisciplinaria orientada.⁴⁹ (VER ANEXO No. 10 Algoritmo terapéutico de la HDA)

-Farmacológico

El tratamiento farmacológico, tanto de la ulcera péptica como de la hemorragia asociada, evoluciono en forma muy pronunciada. Se recurrió a diversos agentes para el tratamiento de la hemorragia ulcerosa activa, como octreótido, somastostatina, vasopresina, secretina, antagonista de los receptores H2 (relativamente decepcionantes), inhibidores de la bomba de protones (eficacia demostrada), antifibrinolíticos y prostaglandinas.

Khuroo y col. Demostraron que el omeprazol (40mg por vía oral cada 12 horas durante 5 días) redujo en grado significativo la tasa de recurrencia hemorrágica e intervención quirúrgica en pacientes con bases sanguíneas no sangrantes o coágulos adherentes. Este estudio se caracterizo porque el tratamiento endoscópico no se empleó como método terapéutico auxiliar.⁵⁰

⁴⁹ Felman, Fierman, Brandt. Opcit. P.258

⁵⁰ Sleisenger y Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Ed. Panamericana. Ed. 7ª . 2004 p. 235-236

-Tratamiento con globo

La inserción de un globo en el estómago para tapar las várices hemorrágicas se indica en pacientes con hemorragia continua. A pesar del tratamiento farmacológico, si no se dispone de los recursos inmediatos para el tratamiento endoscópico esta medida es eficaz de 50 a 90% de los casos para el control hemorrágico a corto plazo. Existen 3 tipos de sondas con globos: de Linton, Sengstaken-Blekemore y Minnesota.⁵¹

-Tratamiento Endoscópico

El valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico de la endoscopia flexible (fibroscopía o videoscopía) ha producido un cambio radical en el manejo de estos pacientes en los últimos 20 años, ya que el estudio permite reconocer las lesiones existentes, cuál de ellas a sangrado, establecer evaluaciones pronósticas de sangrado y adoptar diferentes medidas terapéuticas para detener un sangrado activo o prevenir el resangrado.

Las posibilidades de riesgo de resangrado según la actividad hemorrágica evaluada en la endoscopia se clasifican mediante la valoración Forrest.⁵² (VER ANEXO No. 11 Signos endoscópicos de sangrado por ulcera según Forrest)

⁵¹ Diagnóstico y Tratamiento en Cuidados Intensivos. Manual Moderno. 2ª Ed. 2003 p852

⁵² Sociedad Argentina De Terapia Intensiva. Ed. Panamericana. Ed. 4ª 2007 p.868-869

-Tratamiento Quirúrgico

En las últimas décadas se recurrió con menos frecuencia a la cirugía dadas las nuevas técnicas terapéuticas endoscópicas. Todos los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta con inestabilidad hemodinámica o que por criterios clínicos o endoscópicos tiene alto riesgo de resangrado debe ser evaluado por un cirujano para una selección del paciente y momento oportuno para la cirugía.

Las indicaciones de cirugía son: Falla en la compensación hemodinámica a pesar de una reanimación adecuada, hemorragia recurrente después de una estabilización inicial (luego de tratamiento endoscópico hasta 2 veces), hemorragia persistente y que ha requerido transfusión con más de 4 a 6 unidades de sangre (habiendo fallado la terapia endoscópica), HDA por fistula aortoentérica.

En pacientes que sangran por gastritis o por síndrome de Mallory-Weiss, la indicación quirúrgica en general se retrasa.

Los objetivos de la cirugía son controlar la hemorragia y prevenir la recurrencia.⁵³

-Tratamiento Angiográfico

El tratamiento angiográfico rara vez se utiliza en las Hemorragias digestivas altas; puede emplearse en pacientes inestables de alto riesgo en quienes las terapéuticas hemostática endoscópica fracasan o no se puede realizar y que por su estado o enfermedad tienen un alto riesgo quirúrgico.

⁵³ Id. P871

2.1.6 Complicaciones de la Hemorragia digestiva alta

La más relevante es la perforación, especialmente en úlceras de cara anterior de duodeno, bastante rara (0.5%).⁵⁴

La hemorragia digestiva crónica puede llevar a una anemia ferropénica, la hemorragia digestiva crónica no tiene manifestación especial, y solo puede identificarse mediante la investigación de sangre oculta en la materia fecal.⁵⁵

a) Ruptura gástrica

Deben valorarse la respuesta del paciente a las medidas terapéuticas y la posibilidad de una ruptura gástrica, complicación poco frecuente, pero de extrema gravedad. Los signos y síntomas comprenden dolor abdominal de aparición brusca, intenso y generalizado, con sensibilidad al rebote y en tabla. La perforación debe sospecharse ante la presencia de fiebre, leucocitosis y taquicardia, a pesar de la adecuada reposición de volumen.⁵⁶

b) Shock hipovolémico

Un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno (O₂) en diferentes órganos y sistemas. Este déficit de O₂ conlleva un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica. Si esta situación se prolonga en el tiempo, se agotan los depósitos energéticos celulares y se altera la función celular,

⁵⁴ Joaquin Berenger. Gastroenterología y Hepatología. Ed. Elsevier. Ed. 3ª. 2002 p.43

⁵⁵ Ricardo Cediell Angel. Opcit p 652

⁵⁶ Linda D. Urden y Cols. Cuidados Intensivos en Enfermería. Ed. Oceano. Ed. 2ª 2002. P 350

con pérdida de la integridad y lisis, lo que en última instancia lleva a un deterioro multiorganico que compromete la vida del enfermo.

Shock hemorrágico.- La disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga. Al menos se requiere de una pérdida del 30% del volumen intravascular para provocarlo. La gravedad del cuadro dependerá de la cantidad de sangre perdida y de la rapidez con que se produzca. Como consecuencia de la hipovolemia habrá un gasto cardiaco disminuido (GC), una precarga disminuida con aumento de las resistencias vasculares sistémicas (RVS).⁵⁷

2.1.7 Acciones de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia digestiva alta.

-En la prevención de la hemorragia digestiva alta

- Evitar el consumo de Aines y acido acetilsalicílico

El elevado número de personas que ingieren en la actualidad AINE y ácido acetilsalicílico se deberá tomar en cuenta que son consumidos por pacientes reumáticos, neurológicos y cardiacos. Aparte de un gran número de individuos que se automedican, es

⁵⁷<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/shock.pdf>

por eso que la enfermera especialista deberá sugerir que consulten a un profesional de la salud para llevar un tratamiento adecuado.⁵⁸

- Evitar el consumo de alcohol

Es necesario situar los consumos excesivos de alcohol como un problema para la salud, el consumo abundante de alcohol durante varios años puede llegar a dañar el hígado y uno de las causas de hemorragia digestiva es la hipertensión portal. En la prevención Enfermera Especialista debe promover campañas informativas y actuaciones en el ámbito educativo con el cual podemos prevenir problemas asociados por el consumo de alcohol.

- Identificar factores de riesgo

Estos factores de riesgo se identifican con la valoración inicial del paciente.

-En la atención de la hemorragia digestiva alta

- Evaluación inicial

Debe realizar una rápida anamnesis para que a la Enfermera Especialista le permita conocer los antecedentes patológicos y la forma de presentación de la hemorragia. La Hematemesis de sangre fresca o los signos de hipoperfusión periférica pueden sugerir una pérdida hemática cuantiosa, mientras que el vómito en

⁵⁸ Joaquin Berenguer. Opcit. P 39

“posos de café” suele indicar una hemorragia de bajo débito o inactiva en ese momento.

Debemos interrogar sobre aspectos específicos como son los hábitos tóxicos (alcohol), la ingesta de fármacos potencialmente gastrolesivos (antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico) la historia de enfermedad ulcerosa gastroduodenal o de dispepsia y los antecedentes de hepatopatía crónica.⁵⁹

También se evalúa el patrón respiratorio que incluye frecuencia y otras características que el enfermo llegara a presentar, así como ruidos respiratorios. Hay que evaluar los ruidos respiratorios normales y adventicios, incluida la matidez en las bases pulmonares y el frémito anormal.

Se valora el estado emocional y psicológico del paciente y sus familiares, así como la manera en que afrontan la situación, ya que pueden estar atemorizados y ansiosos por la gravedad de los síntomas y por las posibles complicaciones que pudiera presentar el paciente.

- Monitorización

La Enfermera especialista debe monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca, patrón respiratorio, temperatura, diuresis, además de las incidencias, los siguientes aspectos: estado mental y nivel de conciencia (VER ANEXO No. 12 Valoración Escala de Coma de Glasgow), estado de perfusión, coloración de la piel,

⁵⁹ Farreras, Rozman. Medicina Interna. Ed Elsevier. Ed 16ª 2010. P278

cuantificación de diuresis y drenaje por sonda nasogástrica, balance hídrico por turno.⁶⁰

- Monitorización especial

La Enfermera Especialista sabe que los pacientes con hemorragia grave y en los pacientes de alto riesgo se realizarán además de cateterización de una vía central para la monitorización de la presión venosa central, colocación de sonda vesical para control de diuresis y llevar un estricto control de líquidos.⁶¹ Por lo tanto deberá medir la presión venosa central cada hora o dos horas en los pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica. En complicaciones respiratorias es muy útil la monitorización continua de signos vitales además de saturación arterial de oxígeno mediante el oxímetro de pulso.⁶²

- Canalización de vías venosas

En todos los pacientes con hemorragia digestiva alta se canalizaran una o dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre (#14 o 16), mediante los cuales se iniciara la reposición de la volemia, tras la extracción de muestras de sangre para analítica de urgencia como: hemograma y formula leucocitaria, coagulación, glucemia, urea, creatinina e ionograma, pruebas cruzadas, grupo y Rh.⁶³

⁶⁰ Andres E de la Torre y cols. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. Ed Masson. Ed 3ª. 2003 p 300

⁶¹ Farreras Rozman. Opcit p 280

⁶² Andres E de la Torre y Cols. Opcit 300

⁶³ Farreras Rozman. Opcit. P280

- Exploración física

Una rápida exploración física nos permitirá evaluar hallazgos de importancia, como palidez de la piel y las mucosas, masas abdominales, visceromegalias, ascitis, así como estigmas de hepatopatía crónica, ictericia o lesiones cutáneas asociadas a lesiones gastroduodenales potencialmente hemorrágicas. Mediante el tacto rectal se puede confirmar la presencia de sangre o melena.⁶⁴

- Auscultación abdominal

La Enfermera Especialista podrá realizar una auscultación abdominal ya que puede revelar la presencia o ausencia de ruidos intestinales, mientras que en la palpación abdominal podemos encontrar masas abdominales, visceromegalias o ascitis.⁶⁵

- Evaluación de la situación hemodinámica

Durante esta fase es fundamental para la Enfermera Especialista realizar una evaluación de la situación hemodinámica del paciente, además de vigilar muy de cerca los signos vitales mediante la determinación de la presión arterial, frecuencia cardíaca, signos de mala perfusión periférica y diuresis.⁶⁶

La Enfermera Especialista es responsable de administrar los líquidos, medicamentos y productos sanguíneos, asistir en la

⁶⁴ Id P. 278

⁶⁵ Id p278

⁶⁶ Id p278

administración tratamientos de apoyo, como el uso del ventilador, prevenir otras complicaciones y atender el estado físico y psicológico del paciente.

- Restauración de la volemia

La Enfermera Especialista sabe que la restauración de la volemia es el objetivo inmediato en toda hemorragia, prioritario a la recuperación de la anemia. Para ello, se colocarán dos vías periféricas de diámetro ancho o el establecimiento de un catéter venoso central para la rápida administración líquidos y derivados sanguíneos, cuya cantidad y tipo se decidirán en función de la situación del paciente.⁶⁷

- Control de la hemorragia

Una medida para controlar la hemorragia es el lavado gástrico. Reduce el flujo sanguíneo en la mucosa gástrica y limpia el estómago de restos de sangre. Se realiza insertando una sonda nasogástrica larga y perforada hasta el estómago, que se irriga con suero salino isotónico o agua hasta que el contenido resultante sea claro. Es importante que la enfermera especialista registre con exactitud las cantidades instiladas y aspiradas para determinar la cuantía real de la hemorragia. En el pasado se utilizaba suero salino helado para el lavado. No obstante, recientes investigaciones han mostrado que los líquidos fríos desplazan la curva de disociación de la oxihemoglobina hacia la izquierda, descendiendo la entrada de

⁶⁷ Joaquín Berenguer. *Opcit.* P. 41

oxígeno a los órganos vitales y prolongando el tiempo de sangría y de protrombina. El suero helado también podría empeorar la hemorragia, de modo que actualmente se prefiere agua o suero salino a temperatura ambiental ⁶⁸

- Aplicación de medicamentos

La enfermera especialista debe de administrar medicamentos inhibidores de la bomba de protones intravenosos por venoclisis continua durante 72 horas. También pueden ser eficaces dosis altas de inhibidores de la bomba de protones por vía oral.⁶⁹ (VER ANEXO No.13 Administración segura de un medicamento)

- Vigilar el patrón respiratorio

La Enfermera Especialista sabe que es fundamental asegurar la permeabilidad de las vías aéreas en todos los pacientes, en particular en aquellos con enfermedad obstructiva crónica, para determinar el riesgo de la sedación y la necesidad de intubación endotraqueal antes de establecer las intervenciones terapéuticas.⁷⁰

I

- Colocación de sonda nasogástrica

Una sonda nasogástrica es un tubo flexible que se introduce hasta el estómago, a través de la nasofaringe u orogástrica. La sonda

⁶⁸ Linda D. Urden y Cols. Cuidados Intensivos en Enfermería. Ed. Oceano. Ed. 2ª 2002. P 350

⁶⁹ Stephen, J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Mc Graw Hill. Ed 49ª 2010. P 519

⁷⁰ Bongard, Sue, Vintch. Opcit. P 776

tiene un calibre de luz que permite aspirar las secreciones gástricas e introducir soluciones en el interior del estomago. La Enfermera Especialista sabe que la colocación de sonda nasogástrica tiene varios objetivos.⁷¹ (Ver Anexo No. 14 Objetivos de la sonda nasogástrica).

- Aspiración gástrica

La Enfermera Especialista tendrá conocimiento de que en todos los pacientes en quienes se sospecha hemorragia activa del tubo digestivo alto debe colocarse una sonda nasogástrica. La aspiración de sangre roja o en “posos de café” confirma el origen de la hemorragia, aunque en 10% de los pacientes con hemorragias del tubo digestivo alto confirmadas los aspirados no son sanguinolentos, en especial cuando la hemorragia se origina en el duodeno. Un aspirado de sangre roja brillante indica una hemorragia activa y se relaciona con el riesgo más alto de hemorragias mayores y complicaciones, en tanto que un aspirado claro identifica a los pacientes con un riesgo inicial más bajo.⁷²

Emplear la aspiración nasogástrica continua nos ayuda a: Medir las secreciones gástricas a intervalos específicos, observar y registrar el color y las características de las secreciones gástricas. Deberá cerciorarse de que la sonda nasogástrica permita el libre flujo y el drenaje de las secreciones, así como una fijación segura.

⁷¹ Patricia A. Potter y Cols. Fundamentos de Enfermería. Ed Oceano. Vol. LIII. Ed 5ª Barcelona 2002. P. 1312

⁷² Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Opcit. P. 518

La enfermera especialista debe valorar las condiciones de las ventanas nasales y de la mucosa así como mantener la limpieza de la zona de inserción de la sonda y aseo bucal.⁷³

- Colocación de sonda vesical

La meta de la reanimación no se limita a normalizar los parámetros hemodinámicos, sino que el objetivo es lograr una perfusión tisular adecuada. Una forma simple es la cuantificación de diuresis horaria (0.5 a 1ml/kg/hr).⁷⁴

- Ayuno

Es habitual dejar a los pacientes en ayuno, para evitar dificultades en caso de recidiva hemorrágica que obligue a nueva endoscopia o intervención quirúrgica urgente. Esta medida es aconsejable durante las primeras 24 horas en los pacientes con lesiones de alto riesgo de recidiva, mientras que en los pacientes con lesiones de bajo riesgo se puede iniciar de forma precoz la alimentación oral después de realizar la endoscopia.⁷⁵

- Restitución Sanguínea

El volumen de líquido y productos hemáticos necesarios se basa en la valoración de los signos vitales, pruebas de hemorragia activa por el aspirado nasogástrico y estudios de laboratorio. Deben suministrarse suficientes concentrados de eritrocitos para conservar un hematocrito de 25 a 30%. Si no existe hemorragia continúa, este

⁷³ Patricia A. Potter y Cols. Opcit p. 1496

⁷⁴ Farreras Rozman. Opcit. P 280

⁷⁵ Id

último debe aumentar 4% por cada unidad de concentrados de eritrocitos transfundidos.⁷⁶

- Control de las complicaciones

La Enfermera Especialista deberá valorar la respuesta del paciente a las medidas terapéuticas y la posibilidad de una perforación gástrica, complicación poco frecuente, pero de extrema gravedad. Los signos y síntomas comprenden dolor abdominal de aparición brusca, intenso y generalizado, con sensibilidad al rebote y en tabla. La perforación debe sospecharse ante la presencia de fiebre, leucocitosis y taquicardia, a pesar de la adecuada reposición de volumen.⁷⁷

-En la atención posterior a la hemorragia digestiva alta

- Continuación del tratamiento

El paciente deberá ser vigilado posterior al tratamiento para detectar posibles complicaciones o recidiva de sangrado. La enfermera especialista por su parte debe estar preparada para detectar alteraciones en el estado del enfermo y estar capacitada para responder de inmediato a cambios frecuentes en el tratamiento. Por otra parte la familia necesita estar informada del estado y avance del paciente y disponer de tiempo para estar con él.⁷⁸

⁷⁶ Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. P. 518

⁷⁷ Linda D. Urden y Cols. Cuidados Intensivos en Enfermería. Ed. Oceano. Ed. 2a. 2002. P350

⁷⁸ Suzanne C. Smeltezer y Cols. Enfermería Médico Quirúrgica De Brunner y Suddarth. Ed Mc Graw Hill Interamericana. Ed 10ª 2005. P 1121

- Con la familia

En los primeros días de estancia hospitalaria hay que informar al paciente y a la familia sobre la enfermedad, etiologías y tratamiento. Antes del alta se les debe informar sobre las medidas preventivas para evitar la recidiva. El paciente deberá recibir información sobre la dieta más apropiada a seguir. El paciente alcohólico se le debe aconsejar el abandono del alcohol y derivarlo a un centro específico.⁷⁹

La enfermera especialista debe tener amplios conocimientos del manejo de estos pacientes por lo que es necesario que ella vea a futuro y sepa planear de alguna manera el alta del paciente, así como debe de instruir a la familia y al propio paciente de los cuidados específicos y esenciales que él va a tener en casa, los aditamentos necesarios conforme a sus posibilidades.

Así la enfermera especialista es parte fundamental en la recuperación de los pacientes con hemorragia digestiva alta, por lo que debe estar siempre actualizada y con un alto sentido de humanidad a sus labores profesionales.

⁷⁹ Id

3.- METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: Atención de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

-En la prevención de la Hemorragia Digestiva Alta

- Evitar el consumo de AINES y ácido acetilsalicílico sin control médico.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol y cigarro.
- Llevar una dieta balanceada.

-En la atención de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta

- Evaluación inicial
- Monitorización
- Exploración física
- Vigilar patrón respiratorio
- Auscultación abdominal
- Evaluación de la situación hemodinámica
- Estabilización hemodinámica
- Restauración de la volemia
- Uso de hemoderivados
- Aplicación de medicamentos

- Colocación de sonda nasogástrica (lavado y aspiración)
- Determinar riesgo de recidiva (clasificación Forrest)
- Tratamiento definitivo según etiología

-En la atención posterior a la Hemorragia Digestiva Alta

- Continuación del tratamiento
- Instruir al paciente o familia sobre el tratamiento y complicaciones
- Adiestramiento para reportar cualquier alteración.
- Informar acerca de la prevención de episodios similares.

3.1.2 Definición operacional de la variable: Hemorragia Digestiva Alta

-Concepto de la Hemorragia Digestiva Alta

La hemorragia digestiva alta se define como el sangrado que se origina por encima de la unión duodeno-yeyunal o ángulo de Treitz. A pesar de numerosos avances recientes en el manejo de pacientes con hemorragia digestiva, aún son valiosos varios principios fundamentales; de todos, el más importante es la necesidad de

evaluar y estabilizar de forma inmediata del estado hemodinámico del paciente.

-Úlcera Péptica

La enfermedad ulcerosa péptica puede deberse a una infección por *H. pylori*, al uso de AINES, a la tensión o a una exposición excesiva del ácido gástrico.

-Hipertensión portal

Las varices constituyen el marco de referencia de la hipertensión portal, que casi siempre se debe a cirrosis hepática. El riesgo de hemorragia varicosa durante toda la vida en pacientes con cirrosis se aproxima a 50%.

-Principales síntomas de la Hemorragia Digestiva alta.

Una vez que la sangre sale al exterior lo hace de distintas formas, cada una de ellas muy característica.

Hematamesis, melena, hematoquesia, rectorragia, sangre oculta en heces. En algunas ocasiones cuando hay tránsito intestinal rápido, una pérdida de sangre proximal a la flexura duodenal, y así también puede manifestarse en Hemorragia digestiva alta en forma de hematoquesia. Esto debido a que la velocidad del tránsito intestinal y a las cuantías hemáticas no permiten el tiempo suficiente para

que se puede realizar la digestión de la hemoglobina por el ácido gástrico.

Según el estado hemodinámico podemos encontrar: Normovolemia, hipovolemia leve, hipovolemia moderada, hipovolemia severa.

-Intervenciones de enfermería

- En la prevención de la Hemorragia Digestiva alta

El elevado número de personas que ingieren en la actualidad AINE y ácido acetilsalicílico se deberá tomar en cuenta que son consumidos por pacientes reumáticos, neurológicos y cardíacos. Aparte de un gran número de individuos que se automedican, es por eso que la enfermera especialista deberá sugerir que consulten a un profesional de la salud para llevar un tratamiento adecuado. En los pacientes que consumen gran cantidad de alcohol y fumadores, la enfermera especialista podrá dar orientación sobre los riesgos que están expuestos por tales vicios, es por eso que sugerirá a los pacientes y a la familia que acudan a un centro de rehabilitación para que los ayuden con ese problema.

- En la atención de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta

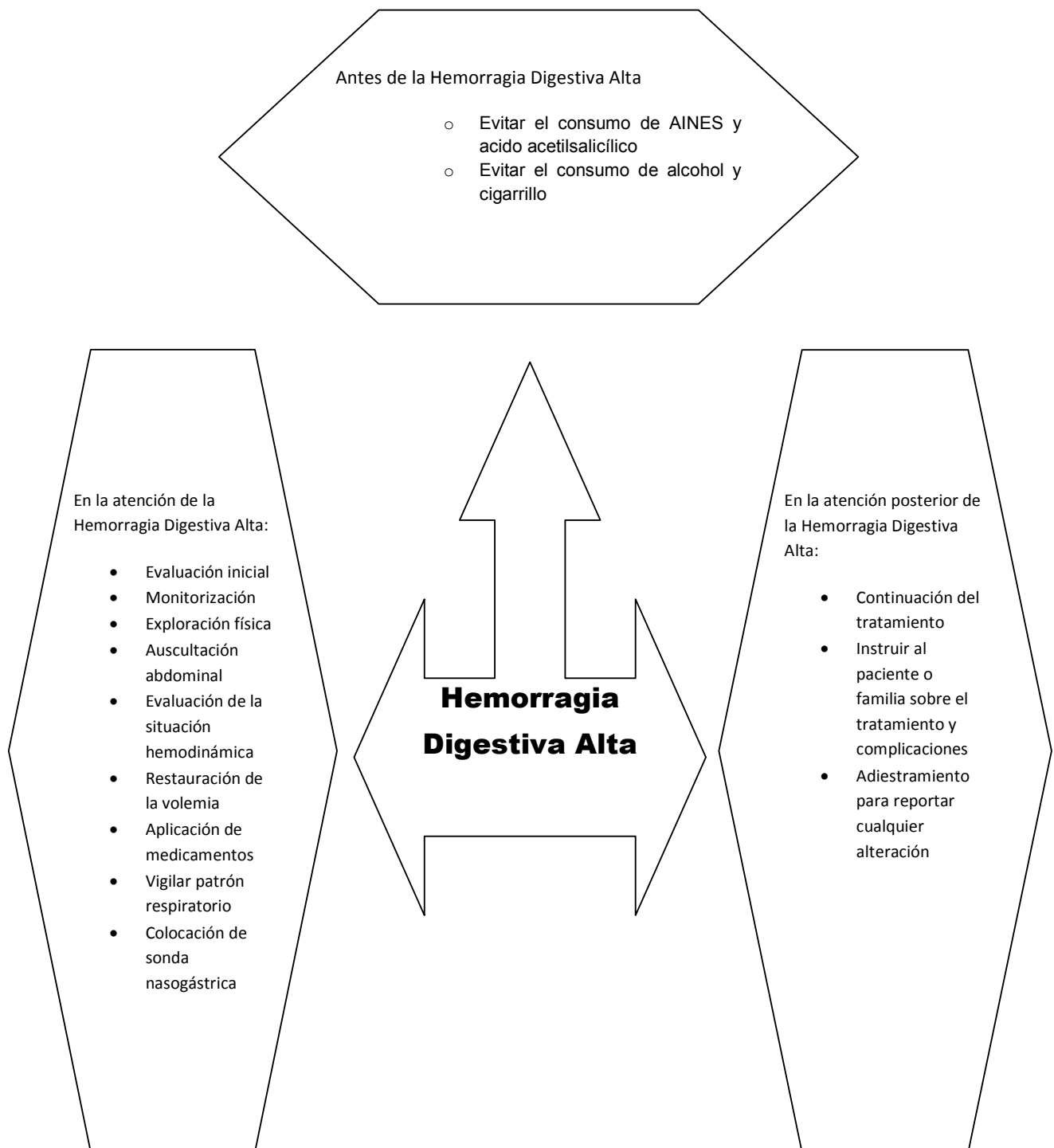
Es necesario llevar a cabo una anamnesis, monitoreo hemodinámico, exploración física, colocación de sonda nasogástrica, reposición de líquidos y derivados sanguíneos,

administración de medicamentos, vigilancia de la función respiratoria y vigilancia de las complicaciones hemodinámicas.

- En la atención posterior en la Hemorragia Digestiva Alta

Hay que prevenir mayores complicaciones, continuar con el tratamiento establecido, instruir al paciente o familia sobre tratamiento y complicaciones y adiestrar al paciente y a su familia para reportar cualquier alteración.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESIS

3.2.1. Tipo de Tesina

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal y diagnóstica.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Atención de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Es analítica porque para estudiar la variable de Atención de Enfermería Especializada en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, es necesario descomponerla en sus indicadores básicos: prevención, atención y rehabilitación.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un periodo de corto tiempo, es decir en los meses de junio y julio del 2011.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable Atención Especializada de Enfermería a fin de proporcionar esta atención a todos los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

3.2.2. Diseño de Tesina

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Búsqueda de un problema de investigación de Enfermería Especializada relevante para la investigación de Enfermería de la Especialidad del Adulto en Estado Crítico.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina así como la elaboración del marco teórico, conceptual y referencia.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el marco teórico conceptual y referencial de la Hemorragia Digestiva Alta en la Especialidad de Enfermería del Adulto en Estado Crítico.
- Búsqueda de los indicadores de la variable: Enfermería Especializada del Adulto en Estado Crítico.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1. Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo, ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anoto el Marco teórico conceptual y Marco teórico referencial de tal forma

que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de Enfermería a pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

3.3.2. Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista del Adulto en Estado Crítico en la atención de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Zona No. 1 “José Luis Ávila Pardo”

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. –CONCLUSIONES.

Se lograron los objetivos de esta Tesina al poder analizar las intervenciones de Enfermería Especializada a los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Derivado de estas intervenciones se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista del Adulto en Estado crítico en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Por ello y dado que esta patología es una de las más comunes en nuestro país, que la Enfermera Especialista actúe y desarrolle sus potencialidades (conocimientos y experiencia) en beneficio de los pacientes que tienen Hemorragia Digestiva Alta. De manera adicional la Enfermera Especialista ejerce funciones

derivadas de su quehacer no solo en área de servicios sino también en la docencia, en la administración y en la investigación de tal suerte que en el cuidado que otorga al paciente se vea beneficiado como a continuación se explica:

-En servicios

Cuando un paciente tiene Hemorragia Digestiva Alta la Enfermera Especialista de forma inmediata está atenta a que el paciente obtenga su tratamiento inicial. De igual manera, es necesario que se comience a monitorizar al paciente para poder tomar las medidas pertinentes en la continuidad de su tratamiento, como son: la administración de medicamentos y valorar los efectos que estos producen. El cuidado también implica que los pacientes sufran algún desequilibrio hidroelectrolítico por las pérdidas que hay en estar en ayuno y por la colocación de sonda nasogástrica a derivación.

La enfermera Especialista siempre estará preparada a realizar una valoración continua que pueda evitar todas las complicaciones anteriormente mencionadas. Desde luego estos pacientes que están en ayuno prolongado, toman medicamentos, reposiciones de líquidos, y son invadidos por múltiples procedimientos, entonces la Enfermera Especialista al saber que todos estos procedimientos son de alguna manera riesgo para el paciente es necesario, vigilar que estos procedimientos sean llevados a cabo de una manera adecuada y pueda informar de posibles complicaciones. De igual forma debe poner especial interés en la búsqueda de signos y síntomas que indiquen cualquier alteración.

-En docencia

El aspecto docente de las Intervenciones de la Enfermera Especialista incluye la enseñanza y el aprendizaje del paciente y la familia. Para ello la Enfermera Especialista debe explicar al paciente el funcionamiento normal del estomago, la fisiopatología de lo que es una Hemorragia Digestiva Alta y los fármacos que se utilizan y cómo actúan estos en el estomago. Todo esto tiene que ser realizado con un lenguaje sencillo para que el paciente lo entienda y también la familia. La parte fundamental de la capacitación debe ir encaminada a modificar los factores de riesgo que no son necesarios cambiar para lograr la salud de los pacientes. Por ejemplo en aquellos pacientes que la causa de la hemorragia sea el alcohol se debe explicar al paciente que la causa debe erradicarse; por lo cual hay que motivarlo a ingresar a un grupo de apoyo; así con cada uno de los factores, es necesario enseñar y explicar el riesgo de los mismos. Aunado a lo anterior, hay también que enseñar al paciente la importancia de los hábitos dietéticos. De manera adicional, es necesario enseñarle al paciente la importancia de un programa de actividad física que tenga efectos benéficos para su rehabilitación. El conocimiento de los fármacos es vital por lo que es necesario enseñarle también la dosis, los tiempos correctos y lo que espera de los medicamentos, así como los efectos colaterales que estos pueden tener.

El proceso de capacitación en cuanto a sesiones de enseñanza y asesoría también van dirigidos a los miembros adultos de la familia de quienes espera el apoyo en las medidas preventivas de atención y rehabilitación este tipo de pacientes. El apoyo emocional que la

familia brinde al paciente con hemorragia digestiva alta es sumamente importante para que se mantenga estable y no vaya a recaer.

-En la administración

La enfermera Especialista durante la carrera de Enfermería recibió conocimientos generales de administración de los servicios de Enfermería. Estos le van a permitir que Enfermera Especialista planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de Enfermería, entonces la Enfermera Especialista podrá planear los cuidados teniendo como meta principal el que el paciente tenga el menor riesgo posible, evitando dolor y complicaciones relacionadas con la Hemorragia Digestiva Alta.

Dado que la Hemorragia Digestiva Alta pone en riesgo la vida de los pacientes la Enfermera Especialista sabe que debe prever riesgos en los pacientes con: El alivio del dolor y las molestias ocasionadas durante la fase inicial del padecimiento, la monitorización, el inicio de la terapia de la reposición de líquidos para evitar las complicaciones, reposo y manejo de hemoderivados. En términos generales la actuación administrativa de la Especialista va encaminada a lograr la evolución clínica y positiva del paciente que permita su mejoría y su pronta rehabilitación.

-En investigación

En investigación la Enfermera Especialista también destaca en la elaboración de diseños de investigación, protocolos proyectos de investigación derivados de la actividad que realiza. Por ejemplo la Enfermera Especialista con el grupo de Enfermeras Generales puede realizar investigaciones relacionadas con los factores de riesgo. También puede realizar investigaciones relacionadas con las complicaciones, la aceptación de la patología y las actividades de rehabilitación, los diagnósticos de Enfermería y los planes de atención que son temáticos en los que la especialista incursiona en beneficio de los pacientes. Las actividades de investigación también incluyen la publicación y difusión de los resultados en revistas científicas del área de Enfermería.

4.2 RECOMENDACIONES.

-Proporcionar cuidados inmediatos de Enfermería Especializada para ayudar al paciente a disminuir los daños relacionados con la Hemorragia Digestiva Alta.

Capacitar de manera adecuada y oportuna al personal de enfermería de urgencias en relación a las funciones y actividades con relación a ésta y otras patologías.

-Mantener el área de choque ordenada y equipada de material y soluciones, así como asegurarnos que se mantengan funcionales las tomas de aire y oxígeno, así como el monitor, carro rojo equipado y completo, ventilador de guardia, camilla con barandales funcionales.

-Identificar al paciente con nombre completo, no de seguridad social, fecha de nacimiento, y fecha de ingreso al servicio.

-Mantener monitorizado al paciente durante su estancia hospitalaria para poder detectar cualquier alteración que nos pueda llevar a una descompensación del padecimiento.

-Asegurarse que los barandales de la camilla o cama se encuentren arriba para evitar un posible accidente en pacientes con riesgo de caídas.

-Colocar al paciente en posición de decúbito lateral izquierdo si presenta vómitos para minimizar la posibilidad de broncoaspiración

-Mantener una buena comunicación entre el personal de salud

-Administrar oxígeno suplementario si el paciente así lo requiere para mantener una saturación de oxígeno por arriba del 94 o 95%.

-Restaurar la volemia administrando líquidos y derivados sanguíneos indicados.

-Detener el sangrado es una de las medidas de primera instancia y una de las más importantes para poder mejorar la estabilidad del paciente, controlar otros síntomas de los que presenta.

-Administrar los fármacos antsecretorios de forma segura cuyo objetivo es aumentar y mantener el PH gástrico en la Hemorragia Digestiva Alta.

-Identificar los medicamentos de alto riesgo (electrolitos) e identificarlos para obtener una aplicación segura.

-Proporcionar medidas de confort, según la condición única y específica de cada paciente. Para facilitar el descanso del paciente hay que dar intimidad a través de medidas sencillas tales como cortinas, biombos y establecer mecanismos de comunicación entre la familia y el equipo de salud en forma precoz.

-Apoyar al paciente y su familia en los procesos de afrontamiento de la enfermedad y cambios derivados de ésta para favorecer una recuperación positiva.

-Ayudar al paciente en los cambios de posición constante para la prevención de úlceras por presión.

-Colocar una sonda nasogástrica para extraer el contenido gástrico y realizar lavados para desechar los coágulos para confirmar si hay un sangrado activo y así prepararlo para la realización de la endoscopia si el médico la solicita.

-Cuidar la instalación de la sonda gástrica para evitar la irritación bucofaríngea evitando la tensión y la presión de la sonda.

-Valorar la función gastrointestinal para descartar la hipomotilidad y distensión abdominal.

-Mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica para prevenir la acumulación de sangre en el contenido gástrico.

-Realizar una técnica adecuada del lavado de manos cada vez que se requiere.

-Evaluar el estado nutricional del paciente con Hemorragia Digestiva Alta ya que con las pérdidas sanguíneas el paciente puede llegar a presentar anemia.

-Asistir al médico en la colocación de un catéter venoso central al paciente si la hemorragia digestiva alta es aguda para valorar adecuadamente los ingresos y controlar los desequilibrios hidroelectrolíticos y signos de hipovolemia.

-Valorar los puntos de punción de las vías venosas para prevenir la aparición de flebitis, sangrados o infecciones así como de reacciones a medicamentos.

-Controlar el lugar de implantación del catéter cubriendo y asegurándolo para prevenir su migración.

-Minimizar la utilización de llaves de tres vías y mantener los portales de las llaves, para reducir las puertas de entrada de los microorganismos.

-Explicar todos los procedimientos que se realizan tanto al paciente como a la familia para que ellos se sientan cómodos y seguros en su atención.

-Evaluar los orígenes de las pérdidas hidroelectrolíticas como el vómito, drenaje gástrico o sudoración excesiva para evitar un estado de choque o desequilibrio hidroelectrolítico.

-Vigilar las constantes vitales del paciente para detectar y así prevenir las complicaciones por lo que se debe estar alerta al estado neurológico, cardiovascular y renal.

-Colocar una sonda de drenaje urinario para controlar los líquidos y llevar un estricto manejo de control de líquidos.

-Informar a los familiares de la evolución del paciente para que ellos sepan que es lo que se le debe proporcionar y ayudar a realizar.

-Los familiares deberán estar informados acerca de la enfermedad, etiología y tratamiento que tiene su paciente.

-Informar a los familiares de lo importante que es consumir una dieta adecuada para no llegar a una recidiva de Hemorragia Digestiva Alta.

-Asistir al paciente para evitar a que realice esfuerzo y tome una posición incómoda.

-Prevenir el riesgo de caída colocando los barandales laterales de la cama brindando seguridad al paciente.

-Informar a los familiares de las normas de la unidad, horas de visita, horarios de información médica, para proporcionar tranquilidad en los tiempos de espera.

-Mantener la unidad y piel del paciente en todo momento limpia y seca.

5. ANEXOS Y APÉNDICES.

ANEXO No. 1: FACHADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 1 “JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO” EN EL AÑO DE
1966

ANEXO No. 2: FACHADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 1 “JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO” EN LA
ACTUALIDAD

ANEXO No. 3: CAUSAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ANEXO No. 4: FISIOPATOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA

ANEXO No. 5: VALORACION DEL ESTADO HEMODINAMICO

ANEXO No. 6: COMPONENTES SANGUÍNEOS

ANEXO No. 7: REACCIONES TRANSFUSIONALES INMEDIATAS

ANEXO No. 8: ASPECTOS IMPORTANTES DEL
INTERROGATORIO

ANEXO No. 9: SOLUCIONES ISOTONICAS

ANEXO No. 10: ALGORITMO TERAPEUTICO DE LA HDA

ANEXO No. 11: SIGNOS ENDOSCOPICOS DE SANGRADO POR
ULCERA SEGÚN FORREST

ANEXO No. 12: VALORACION ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ANEXO No. 13: ADMINISTRACIÓN SEGURA DE UN
MEDICAMENTO

ANEXO No. 14: OBJETIVOS DE LA SONDA NASOGASTRICA

ANEXO No. 1

Fachada del Hospital General No. 1 “José Luis Ávila Pardo” en
el año de 1966



ANEXO No. 2

Fachada del Hospital General de zona No. 1 “José Luis Ávila Pardo” en la actualidad



ANEXO No. 3

Causas de Hemorragia Digestiva Alta⁸⁰

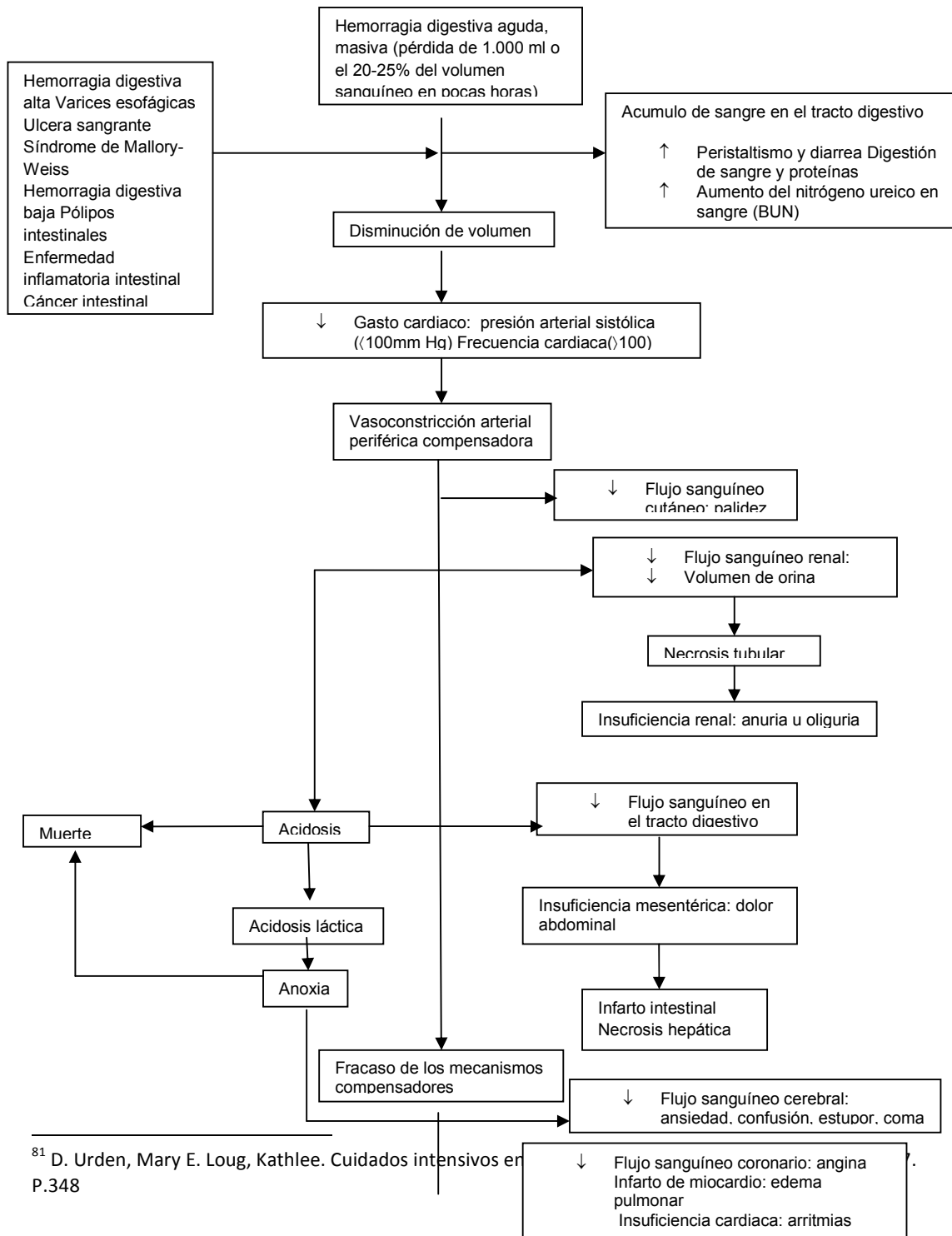
Úlcera erosiva	Enfermedad ulcerosa péptica Infecciosa (H. pylori, CMV) AINES, ASS Inducida por estrés Síndrome por Zollinger-Ellison Esofagitis Péptica Infecciosa (Cándida, HSV, CMV) Inducida por píldoras (AAS,AINE, tetraciclina)
Hipertensión portal	Várices Esofágicas Gástricas Gastropatía por hipertensión portal
Malformación vascular	Malformaciones arteriovenosas Angiomas idiopáticos Síndrome de Osler-Weber-Rendu Lesión de Dieulafoy Telangiectasias inducidas por radiación Ectasia vascular gástrica del antro
Traumática, posoperatoria	Desgarro de Mallory-Weiss Cuerpo extraño Fístula aortoentérica
Tumores	Benignos Leiomioma Tumores del estroma gastrointestinal Lipoma Pólipos (adenomatosos, inflamatorios) Malignos Adenocarcinoma Tumor del estroma gastrointestinal Sarcomas Linfoma Carcinoide Melanoma Sarcoma de Kaposi

⁸⁰ Bongard, Sue, Vintch. Diagnóstico y Tratamiento en Cuidados Intensivos. Manual moderno. 3ª edición. 2009. P 779

Varios	Hemobilia Hemosuccus pancreaticus Divertículo de Meckel
--------	---

ANEXO No. 4

FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA⁸¹



⁸¹ D. Urden, Mary E. Loug, Kathlee. Cuidados intensivos en P.348



ANEXO No. 5

VALORACION DEL ESTADO HEMODINAMICO⁸²

Hemorragia leve	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asintomática ✓ Disminución de la volemia en un 10% (500 cc)
Hemorragia moderada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tensión arterial sistólica (TAS) >100. ✓ FC < 100 latidos por minuto. ✓ Ligera vasoconstricción periférica. ✓ Disminución de la volemia en un 10-25% (500-1250 cc)
Hemorragia grave	<ul style="list-style-type: none"> ✓ TAS <100. ✓ FC >100-120 lpm. ✓ Evidente vasoconstricción, sudoración, oliguria. ✓ Disminución de la volemia en un 25-35% (1.250-1.750 cc) ✓ Tilt-test (+): cambios en el ortostatismo (la TA disminuye en 20 mmHg y/o la FC aumenta en 20 lpm).
Hemorragia masiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ TAS < 70. ✓ FC > 120 lpm. ✓ Intensa vasoconstricción, shock. ✓ Disminución de la volemia mayor del 35% (>1.750 cc)

⁸² Elías Rovira Gil. Urgencias en Enfermería. 2ª Ed. 2005 p 188

ANEXO No. 6
COMPONENTES SANGUÍNEOS



FUENTE: Google.com.mx componentes sanguíneos 2003. En internet
<http://www.hemoped.com/imagenes/bolsassangre.jpg>

ANEXO No. 7

REACCIONES TRANSFUSIONALES INMEDIATAS⁸³

Reacción transfusional	Datos de valoración	Tratamiento Farmacológico	Atención de Enfermería
Hemolisis	Disnea Opresión retroesternal Dolor lumbar Escalofríos Hipotensión Taquicardia CID	Diuréticos: Furosemida (40-80 mg) Si hay CID: 5.000 UI de heparina y luego 1.500 UI/hora. Si hay fallo renal, diálisis.	Cese de la transfusión Perfundir líquidos: 1.000 ml/1-2 horas Comprobar si la sangre es la correcta Monitorizar diuresis Oxigenoterapia Protocolo de reacción
Shock séptico	Fiebre alta Hipertensión Hemoglobinemia Hemoglobinuria Dolor abdominal Diarrea Fallo renal agudo	Corticoides IV a dosis altas Antibioterapia IV de amplio espectro Si hay CID: 5.000 UI de heparina y luego 1.500 UI/hora. Si hay fallo renal, diálisis.	Cese de la transfusión Control de constantes Monitorización de la TA Monitorización de la diuresis Protocolo de reacción transfusional
Hipertermia-Escalofrío	Temperatura elevada de aparición tardía Normotensión	Antipiréticos: Paracetamol, si no cede meperidina	Cese de la transfusión Calentar al paciente Protocolo de reacción
Urticaria	Eritema Prurito Apariciones de "habones"	Antihistamínicos IM	Lentificar ritmo de transfusión. Control de la evolución
Anafilaxia	Enrojecimiento de la piel Dolor retroesternal Disnea y broncoespasmo Escalofrío	Adrenalina IV: 0.5 ml al 1/1.000 en 10 de salina isotónico Si hay acidosis: bicarbonato Si hay broncoespasmo: teofilina IV lenta Si se prolonga: corticoides IV	Cese de la transfusional Oxigenoterapia Control gasométrico Monitorización cardiaca y de la TA Protocolo de reacción transfusional
Edema pulmonar no carcinogénico	Insuficiencia respiratoria aguda Hipersudoración Palidez o cianosis ECG normal	Corticoides IV Adrenalina según evolución	Cese de la transfusión Oxigenoterapia Preparar material para una posible respiración asistida
Sobrecarga circulatoria	Disnea/Taquipnea	Diuréticos: furosemida 40mg	Lentificar o cesar la transfusión

⁸³ Elías Rovira Gil. Urgencias en Enfermería. 2ª Ed. 2005. P 204

	Cefalea Congestión facial Ingurgitación yugular Insuficiencia cardíaca Edema pulmonar	IV	(según cuadro) Oxigenoterapia Monitorización de la diuresis y TA
--	---	----	---

ANEXO No. 8

ASPECTOS IMPORTANTES DEL INTERROGATORIO⁸⁴

Aspectos de la anamnesis que ayudan a evaluar la etiología de la hemorragia digestiva
<p>Edad</p> <p>Hemorragia digestiva previa</p> <p>Enfermedad digestiva previa</p> <p>Cirugía digestiva previa</p> <p>Enfermedad subyacente (sobretudo hepatopatía)</p> <p>Uso de AINE, como ácido acetilsalicílico</p> <p>Uso de anticoagulante y/o antiagregantes plaquetarios</p> <p>Dolor abdominal</p> <p>Cambio de hábito intestinal</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Anorexia</p> <p>Antecedentes de enfermedades bucofaríngea</p>

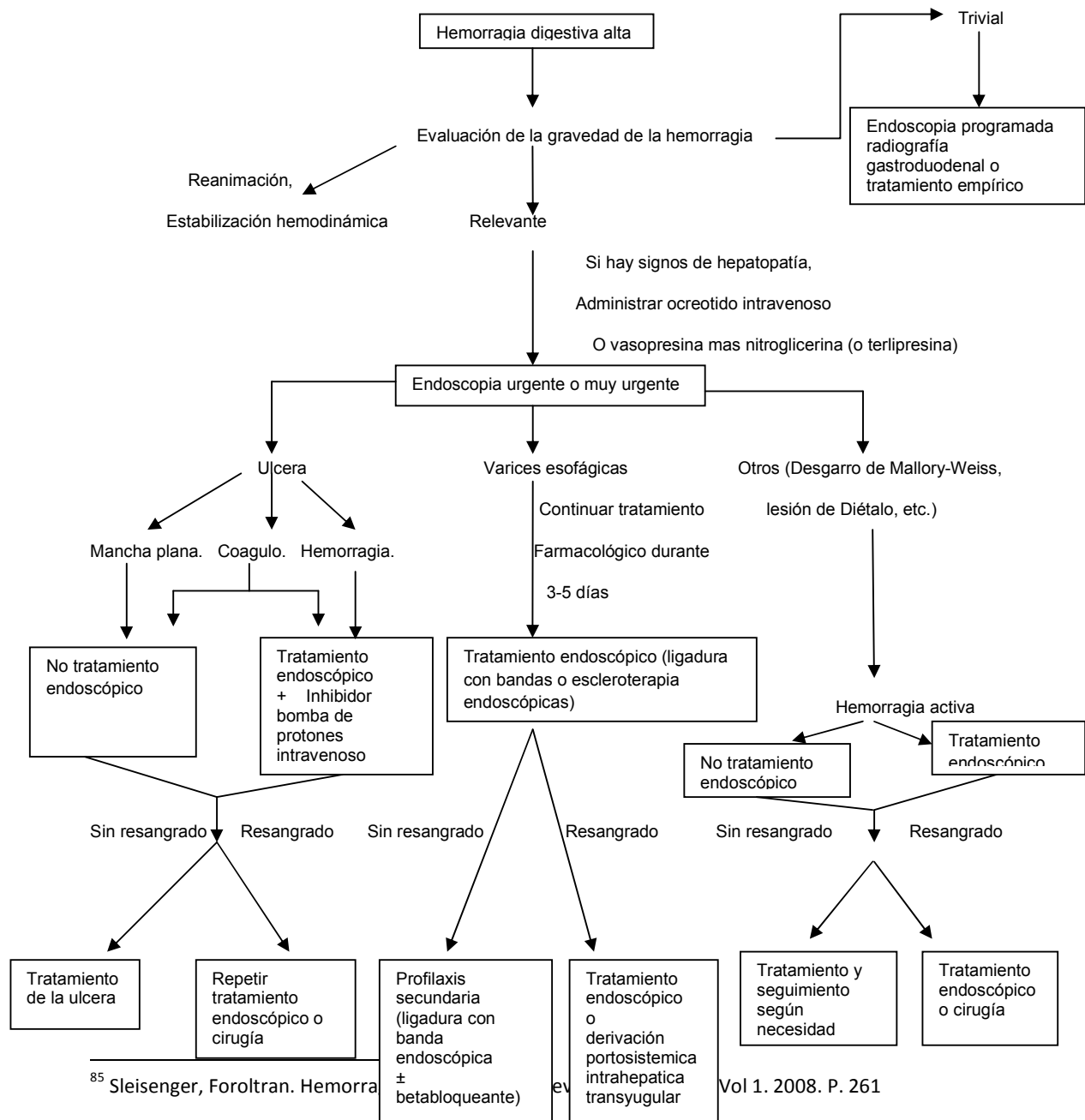
⁸⁴ Felman, Fiedman, Brandt. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. Ed Elsevier. Ed. 2008 p. 256

ANEXO No. 9
SOLUCIONES ISOTONICAS



ANEXO No.10

ALGORITMO TERAPEUTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) ⁸⁵



ANEXO No. 11

Signos endoscópicos de sangrado

por úlcera Según Forrest⁸⁶

1- sangrado activo

1a



sangrado en chorro

1b



sangrado en capa

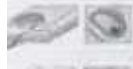
ESTIGMA DE SANGRADO RECIENTE

IIa



vaso visible no sangrante

IIb



Coagulo adherido o "centinela"

IIc



mancha negruzca sobre el lecho de la úlcera

III



lecho ulceroso limpio

⁸⁶ Dr. Hernán Espejo Romero, Dr. Hermes Velásquez Chamochumbi Tópicos Selectos en Medicina Interna – GASTROENTEROLOGÍA. Capítulo 2. P. 47 Fisiopatología. Pdf. Adobe Reader

ANEXO No 11

ESCALA DEL COMA DE GLASGOW⁸⁷

CATEGORIA	PUNTUACIÓN	RESPUESTA
Apertura ocular	4	Espontánea: los ojos se abren espontáneamente sin estimulación
	3	Al habla: los ojos no se abren con estimulación verbal, pero no necesariamente a la orden de que los abra
	2	Al dolor: los ojos se abren con los estímulos dolorosos
	1	Ausente: no existe apertura ocular, a pesar de la estimulación
Respuesta Verbal	5	Orientada: da información exacta acerca de personas, lugar, tiempo, causa de su hospitalización y datos personales
	4	Confusa: respuestas no adecuadas a las preguntas, aunque el uso del lenguaje es correcto
	3	Palabras inapropiadas: lenguaje desorganizado, habla aleatoriamente, no mantiene una conversación
	2	Sonidos incomprensibles: gemidos, quejidos, habla entre dientes incomprensible
	1	Ausente: no existe verbalización, aunque se le estimula
Mejor respuesta motora	6	Obedece órdenes: lleva a cabo acciones simples cuando se le pide; es capaz de repetir las
	5	Localiza el dolor: intento organizado de localizar y librarse del estímulo doloroso
	4	Retira al dolor: retira la extremidad del origen del estímulo doloroso
	3	Flexión anormal: postura de decorticación espontánea o

⁸⁷ D. Urden, Mary E. Loug, Kathlee. Cuidados intensivos en enfermería. Ed. Volumen 2. Ed.Oceano. 2007. P.268

	en respuesta a estímulos dolorosos
2	Extensión: postura de descerebración espontánea o en respuesta a estímulos dolorosos
1	Ausente: no hay respuesta a los estímulos dolorosos; flaccidez

ANEXO No. 13

ADMINISTRACION SEGURA DE UN MEDICAMENTO

EDUCACION PARA LA SALUD

ADMINISTRACION DE UN MEDICAMENTO⁸⁸

<ul style="list-style-type: none"> - Conservar todos los medicamentos en su recipiente original etiquetado. - Evitar que los medicamentos sean expuestos al calor y a la luz, según se necesite - Comprobar que las etiquetas sean legibles - Eliminar los medicamentos caducados - Acabar siempre un medicamento recetado a menos que se indique lo contrario, y no guardar nunca un medicamento para enfermedades futuras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tirar los medicamentos por el lavabo e inodoro y no ponerlos nunca en un estante al alcance de los niños - No dar nunca a un miembro de la familia un medicamento recetado para otro - Refrigerar los medicamentos que lo requieran - Leer atentamente las etiquetas y seguir todas las instrucciones - Informar al prescriptor sobre cualquier efecto secundario.
---	--

⁸⁸ FUENTE: POTTER, Patricia A. y Cols. Fundamentos de Enfermería. Ed. Océano. Ed. 5ª Barcelona 2002.p. 926

ANEXO No. 14

OBJETIVOS DE LA SONDA NASOGASTRICA⁸⁹

OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE SONDA
DESCOMPRESIÓN	Extraer las secreciones y los gases de tracto gastrointestinal, para prevención o mejora de la distensión abdominal	Salem, Levin, Miller-Abbot
ALIMENTACIÓN (GASTROSTOMÍA)	Instalación de suplementos nutricionales líquidos o alimentos en el estomago en pacientes incapaces de deglutir líquidos	Duo, Dobhoff, Levin
COMPRESIÓN	Aplicación interna de presión por medio de un balón inflado, para prevenir la hemorragia intensa esofágica o gástrica	Sengstaken-Blakemore
LAVADO	Irrigación del estómago en caso de hemorragia activa, intoxicación o dilatación	Levin, Ewald, Salem

⁸⁹ Id p. 1496

	gástrica	
--	----------	--

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.- Es la vía o modo, forma de administración, es decir, la manera en la que se introduce una sustancia al organismo. Las vías son las siguientes: vía oral, sublingual, rectal, tópica (piel, vía nasal o aplicación vaginal), inhalación, inyección (subcutánea, intramuscular, intravenosa o intratecal).

AINES.- Los aines son un grupo heterogéneo de fármacos generalmente no relacionados entre sí que tienen acciones terapéuticas analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas.

ALCOHOL.- En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH)

El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas

alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas.

ARCADAS.- Movimientos respiratorios espasmódicos y abortivos con la glotis cerrada junto con contracciones de la pared abdominal.

ASCITIS.- Es la acumulación anormal de líquido libre en la cavidad peritoneal. Puede corresponder a un trasudado (si no es inflamatorio), o a un exudado (si es inflamatorio). Se llama hemoperitoneo si se acumula sangre; biliperitoneo si corresponde a bilis y ascitis quilosa si se acumula linfa.

AUSCULTACIÓN.- La auscultación es el procedimiento clínico de la exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, en busca de los sonidos normales o patológicos producidos por el cuerpo humano.

ANAMNESIS.- significa interrogatorio. Después de la entrevista clínica, el médico debe recoger de forma sistemática los datos que le permitan elaborar una historia clínica del paciente. Parte de la historia clínica, recoge datos como la afiliación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.- Es un conjunto de acciones intencionadas que profesional de enfermería apegándose a modelos y teorías realizan en un orden específico con el fin de asegurar una atención de enfermería especializada.

CATÉTER.- Es un dispositivo que permite que el medicamento sea administrado ininterrumpidamente las vías de colocación son yugular, subclavio derecho o izquierdo, femoral.

DIAFORESIS.- Es el término médico para referirse a una sudoración profusa que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental alta, síntoma de una enfermedad subyacente o efectos crónicos de las anfetaminas (patológico).

DECÚBITO DORSAL.- Es una posición anatómica del cuerpo humano es decir acostado boca arriba.

DIAGNOSTICO.- Estudio sobre el origen o causa de una enfermedad. Existen varios tipos:

- a) Diagnóstico clínico.- basado en signos y síntomas
- b) Diagnóstico de laboratorio.- pruebas o exámenes de laboratorio que ayudan a conocer el origen de una enfermedad.

- c) Diagnóstico diferencial.- Comparación de síntomas de varias enfermedades similares.
- d) Diagnóstico presuntivo.- Diagnostico preliminar basado en síntomas que sugieren, pero no prueban, que se trata de cierta enfermedad.
- e) Diagnóstico definitivo.- Diagnostico que confirma la naturaleza u origen de la enfermedad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR.- La endoscopia digestiva superior es el procedimiento que permite examinar la parte superior del intestino, incluye el esófago, estomago y la parte proximal del duodeno. Este procedimiento es realizado por un médico especialista en gastroenterología utilizando un video endoscopio el cual permite visualizar de forma precisa las diferentes estructuras pudiendo diagnosticar cualquier alteración a este nivel.

HEMATOQUECIA.- Salida de sangre roja a través del recto. Normalmente se produce por una hemorragia en el colon o en el recto, pero puede ser el resultado de una hemorragia en tramos superiores del tracto digestivo, dependiendo de la velocidad de tránsito.

HIPOTENSION ARTERIAL.- Se denomina hipotensión arterial baja cuando está por debajo de 90/60. Las cifras no afectan a todo el mundo por igual. Hay personas cuya presión normal es siempre baja y no tiene ningún tipo de molestia. El problema es cuando nos produce sensación de fatiga, mareo y falta de tono muscular. La

persona puede llegar incluso a desvanecerse ya que el cerebro no recibe el flujo necesario de sangre.

HIPOVOLEMIA LEVE.- Hay unas pérdidas de entre 500 y 1200 ml de sangre con lo cual si aparece una discreta sintomatología. Tensión arterial sistólica no inferior a 10mmHg y las pulsaciones no más de 100 por minuto. Aparece vasoconstricción periférica con manos y pies fríos.

HIPOVOLEMIA MODERADA.- Hay pérdidas de entre 1250 y 1750 ml de sangre. La sintomatología es de tensión arterial sistólica 90-100 mmHg, taquicardia de 100-140 pulsaciones por minuto, vasoconstricción periférica con palidez, sudoración y sensación de inquietud.

HIPOVOLEMIA SEVERA.- Las pérdidas sanguíneas superan los 2500ml de sangre, hay una tensión arterial sistólica inferior a 7 mmHg, taquicardia de más de 120 pulsaciones por minuto, palidez extrema, frialdad, estupor y anuria propia de un shock hipovolémico.

HIPOXEMIA.- Es una disminución de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial. No debe confundirse con hipoxia, una disminución de la difusión de oxígeno en los tejidos.

HIPOXIA.- Se define como la disminución del aporte de oxígeno a las células, lo que limita la producción de energía a niveles por debajo de los requerimientos celulares. Puede generarse por diversos mecanismos.

ICTERICIA.- La ictericia es la pigmentación amarilla de la piel, escleras, membranas mucosas y plasma que resulta de la acumulación de bilirrubina en los tejidos, un pigmento producto del metabolismo de la hemoglobina. El exceso de bilirrubina causa la ictericia. La bilirrubina es una sustancia química color amarilla que contiene la hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos. A medida que los glóbulos rojos se degradan, el cuerpo desarrolla nuevas células para sustituirlos. Las células degradadas se procesan en el hígado. Si el hígado no puede manejar las células sanguíneas a medida que se degradan, se acumula bilirrubina en el organismo y la piel puede verse amarilla.

LACTATO DE RINGER.- Composición: Cada 100 ml de solución contiene: Cloruro de Sodio 0.6 g; Cloruro de Potasio 0.03 g; Cloruro de Calcio x 2H₂O 0.02 g; Lactato de Sodio 0.31 g. Osmolaridad: 273 mOsm/l. Proporciona en mEq/l: Sodio 141; Potasio 4.5; Calcio 7; Cloruro 113.5; Lactato 39. Acción Terapéutica: Electrolitoterapia.

LLENADO CAPILAR.- Es el tiempo que tardan los capilares (vasos sanguíneos más delgados) en volver a obtener sangre, después de que han sido momentáneamente comprimido

MANIOBRA DE VALSALVA.- Maniobra que consiste en realizar una espiración forzada sin expulsar aire, con la boca y la nariz tapadas, de modo que aumenta la presión en la rinofaringe y el aire penetra, a través de la trompa de Eustaquio, hacia el tímpano.

NORMOVOLEMIA.- Son pérdidas hemáticas inferiores a 500ml en pacientes sanos, no se produce ninguna repercusión importante en la hemodinámica general, a excepción de que esa pérdida se produzca en el anciano o en un paciente anémico.

PRESIÓN ORTOSTÁTICA.- la hipotensión ortostática es una condición de regulación de presión arterial anormal al ponerse de pie. La presión arterial disminuye de forma abrupta 20mmhg y más de 20 ppm

RADIOGRAFIA.- Son una forma de radiación electromagnética, como la luz visible. En un ambiente de cuidados médicos, los rayos x son emitidos por una máquina como partículas individuales, llamadas fotones, las cuales atraviesan el cuerpo. Se utiliza una computadora o una película especial para registrar las imágenes que se crean.

Las estructuras densas, como los huesos, bloquearán la mayoría de las partículas de rayos X y aparecerán de color blanco; el metal y los medios de contraste (tintes especiales utilizados para resaltar áreas del cuerpo) también aparecerán de color blanco. Las estructuras que contienen aire se verán negras y los músculos, la grasa y los líquidos aparecerán como sombras de color gris.

SOLUCIÓN ISOTÓNICA.- Se dice que las soluciones que tienen la misma concentración de sales que el suero de la sangre son isotónicas. Por lo tanto tienen la misma presión osmótica que la sangre y no producen la deformación de los glóbulos rojos.

SONDAS DE TAPONAMIENTO CON BALON.- Minnesota, Sengstaken-Bladmore y Linton para la hemorragia ejerciendo presión directa sobre los vasos sangrantes mientras se descomprime el estómago. Durante la DIPT se crea una conexión entre los sistemas venosos portal y sistémico, derivando el flujo portal y reduciendo así la hipertensión portal y descomprimiendo las varices.

TAQUICARDIA.- Es el incremento de la frecuencia cardíaca. Es la contracción demasiado rápida de los ventrículos. Se considera taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a cien latidos por minuto en reposo.

VOLEMIA.- Es la cantidad de sangre total en el organismo en un momento dado, en mililitros por centímetros de altura o por kilogramo de peso.

La distribución de la volemia establece que prácticamente el 71 % se encuentra acumulado en el lecho de capacitancia venoso.

El volumen central derecho (volumen contenido entre la aurícula derecha y hasta el lecho pulmonar) constituye el 20 % de la

volemia, que es el que compensa rápidamente ante una pérdida brusca de volumen como una hemorragia.

VASOPRESINA.- Reduce la presión venosa portal y el flujo sanguíneo mediante la constricción del lecho arteriolar esplácnico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRES, E de la Torre y cols. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. Ed Masson. Ed 3ª. 2003 p 300

A. Potter Patricia y Cols. Fundamentos de Enfermería. Ed. Océano. Vol. LII. Ed. 5ª Barcelona 2002. P. 1312

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA. Medicina interna en urgencias. Ed. Medica Celsus. 2005 224 pp.

BONGARD, Sue y Vintch. Diagnóstico y Tratamiento en cuidados intensivos. Ed. Manual moderno. 3ª ed. 2009. 775 pp.

BERENGUER, Joaquín. Gastroenterología y Hepatología. Ed. Elsevier. 3ª ed. 2002 39 pp.

CEDIEL Ángel Ricardo. Medicina Interna. Ed. Celsus. 6ª ed. 2005 651pp

FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ed. Elsevier. 16ª ed. Vol I 2010. 278

HARRISON, Tinsley R. Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill. Ed 14ª vol. I 1998. 281 pp.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill. Ed 16ª vol. I 2005. 267 pp.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill. Ed 17ª vol. I 2009. 257 pp.

HANI, Albis y Cols. Gastroenterología. Ed. Mc Graw Hill. 20001. 16 pp.

JAEN, Izquierdo Roció y Cols. Urgencias Digestivas Formación Continuada Sanitaria. Ed. Lcala. 2ª Ed. 2005. 113 pp.

LÓPEZ, Ortega Jesús y cols. Cuidados al Paciente Adulto Critico. Ed. Difusión de Avances de Enfermería. 1ª ed. 2007. 415 pp.

MENDEZ, Sánchez Nahúm. Gastroenterología. Ed Mc Graw Hill. 2005. 125 pp

NETTER, Frank. Gastroenterología. Ed. Masson. 2006. 197 pp.

Revista de Posgrado del 20 a VIa Cátedra de Medicina. No 185. Septiembre 2008 p. 19-20

ROVIRA, Gil. Urgencias en Enfermería. Ed. 2ª 2005 186 pp.

SLEISENGER, Fortran. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. Ed Elsevier. Vol I 2008 . 255 PP.

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia intensiva. Ed. Médica Panamericana. 4ª ed. 2007. 866 pp.

SLEISENGER, Fortran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Ed. Panamericana. 7ª ed. 2004 226 pp.

STEPHEN, J. Mc Phee. Papadakis. Diagnostico Clínico y Tratamiento. Ed Mc Graw Hill. 49ª ed. 2010. 517 pp

SMELTEZER Suzanne C. Y Cols. Enfermería Medico Quirúrgica De Brunner y Suddarth. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Ed. 10ª 2005. P 1121