

Actuación de enfermería en la Hemorragia Digestiva Alta

Sara Alejandro Marrero
Hospitalización Digestivo. Planta 9 Norte
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción

- La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) supone el 1,5 a 3% de los ingresos totales hospitalarios y aproximadamente el 20% de los ingresos en un servicio de digestivo.
- Papel relevante de enfermería:
 - Conocer las formas de presentación
 - Identificar situaciones de alerta
 - ¿Quién tiene más probabilidades de presentar complicaciones?

Definiciones

- **HDA:** origen por encima ángulo de Treitz
- **Hematemesis:** Sangre expulsada por la boca (vómito). Rojo intenso-negruzco
- **Melenas:** Sangre expulsada por el recto. Sangre negra, alquitranada y maloliente.
- **Rectorragia:** Sangre roja expulsada por el recto en caso de tránsito rápido (menos frecuente/HDB)

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>
Nula		
Leve		
Moderada		
Grave		

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>
Nula	Ninguno	10-15% (600-700 ml)
Leve		
Moderada		
Grave		

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>
Nula	Ninguno	10-15% (600-700 ml)
Leve	Taquicardia leve, hipotensión ortostática, frialdad ligera de pies y manos	15-20% (750-1250 ml)
Moderada		
Grave		

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>
Nula	Ninguno	10-15% (600-700 ml)
Leve	Taquicardia leve, hipotensión ortostática, frialdad ligera de pies y manos	15-20% (750-1250 ml)
Moderada	Taquicardia (100-120 lpm) TA < 100mmHg, pulso débil, inquietud, sudoración, palidez	25-35% (1250-1750 ml)
Grave		

Clasificación según repercusión hemodinámica

<u>HDA</u>	<u>Signos clínicos</u>	<u>Pérdida de volumen sanguíneo</u>
Nula	Ninguno	10-15% (600-700 ml)
Leve	Taquicardia leve, hipotensión ortostática, frialdad ligera de pies y manos	15-20% (750-1250 ml)
Moderada	Taquicardia (100-120 lpm) TA < 100mmHg, pulso débil, inquietud, sudoración, palidez	25-35% (1250-1750 ml)
Grave	Taquicardia > 120 lpm, TA < 60 mmHg, estupor, palidez extrema, anuria	35-50% (1750-2500 ml)

Medidas generales

- **Valoración del estado hemodinámico**
- **Catéteres venosos: 1-2 VVP gruesas**
- **Analítica (pruebas cruzadas)**
- **Sonda nasogástrica (según valoración)**
- **Reposición de la volemia**
- **En HDA graves valorar oxígeno, VVC y SV**
- **Control de constantes y monitorización**
- **Control de diuresis y deposiciones**
- **Dieta absoluta (según valoración)**

Causas

- Úlcera duodenal 20-30%
- Úlcera gástrica 15-25%
- Varices esofagogástricas 10-20%
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica 12-18%
- Síndrome de Mallory–Weiss 2-7%
- Esofagitis por reflujo 1-3%
- Otras (angiodisplasia, neo, ...)

Causas

Varicosas

- Úlcera duodenal 20-30%
- Úlcera gástrica 15-25%
- **Varices esofagogástricas 10-20%**
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica 12-18%
- Síndrome de Mallory–Weiss 2-7%
- Esofagitis por reflujo 1-3%
- Otras (angiодisplasia, neo, ...)

Causas

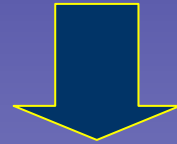
No varicosas

- Úlcera duodenal 20-30%
- Úlcera gástrica 15-25%
- Varices esofagogástricas 10-20%
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica 12-18%
- Síndrome de Mallory–Weiss 2-7%
- Esofagitis por reflujo 1-3%
- Otras (angiodisplasia, neo, ...)

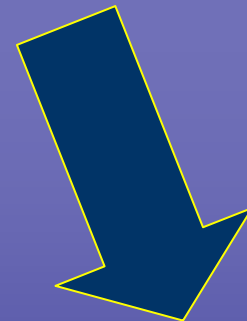
HDA



**Estabilización
hemodinámica**



Endoscopia



HDA Varicosa

HDA No varicosa

HDA Varicosa

**Tratamiento
endoscópico**

Control

**Somatostatina
octeótrido
terlipresina**

No recidiva

**Protocolos unidad:
Ligadura de varices
Tratamiento farmacológico**

Recidiva

Recidiva

**Sengstaken
DPPI**

**Retratamiento
endoscópico**

HDA No Varicosa

**Endoscopia
diagnóstica/terapéutica**

Control

**Tratamiento
Perfusión IBP**

No recidiva

Recidiva

**Protocolos unidad:
Alta/Cirugía electiva
Consultas externas/Atención
Primaria**

Recidiva

**Reesclerosis
Cirugía Urgente**

Objetivos

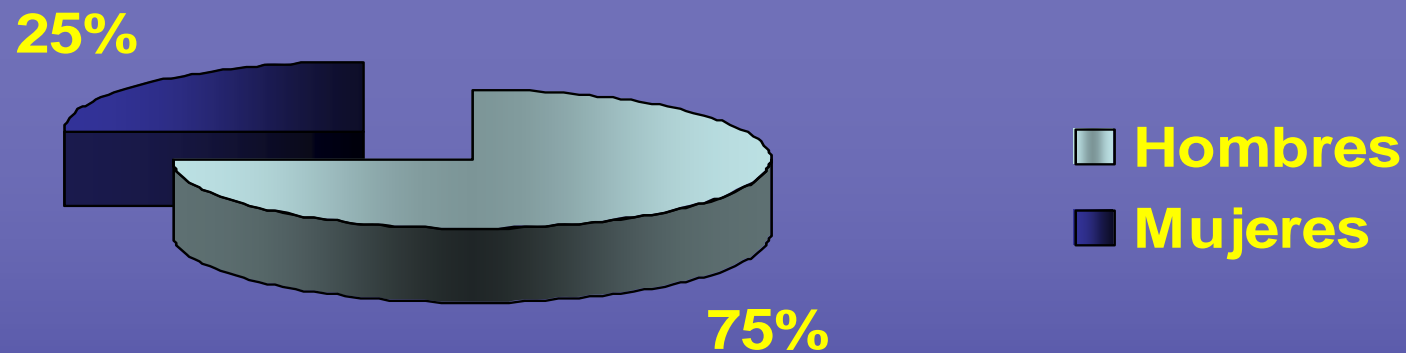
- **Conocer las características clínicas de los pacientes que ingresan en nuestra planta con HDA no varicosa**
- **Identificar a los pacientes que tienen más probabilidades de presentar complicaciones**

Material y métodos

- Estudio retrospectivo
- Se incluyeron a los pacientes que ingresaron con HDA no varicosa durante un período de 5 años y habían sido tratados con esclerosis endoscópica
- Inestabilidad hemodinámica: TAS < 100 mm Hg y/o FC > 100 lpm

Resultados

- $n = 314$
- Edad media 62 ± 17 (16-94)



Resultados

Causas HDA

• Úlcera duodenal	130 (41%)	20-30%
• Úlcera gástrica	114 (36%)	15-25%
• Mallory-Weiss	49 (16%)	2-7%
• Dieulafoy	7 (2%)	8-12%
• Neoplasia gástrica	7 (2%)	8-12%
• Úlcera esofágica	6 (1,9%)	1-3%
• Angiodisplasia	1 (0,3%)	8-12%

Resultados

- Inestabilidad hemodinámica 106 (34%)
- Enfermedades concomitantes 205 (65%)
- Consumo de AINEs/AAS 161 (51,3%)
- Anticoagulantes 14 (4,5%)
- Hemorragia activa 139 (44%)
 - Babeo 122 (88%)
 - Jet 16 (12%)
- Recidiva 51 (16%)
- Cirugía 16 (5,1%)
- Exitus 18 (5,7%)

Resultados

Análisis estadístico

- Factores de buen pronóstico:
 - Edad < 60 años
 - Mallory-Weiss
- Factores de mal pronósticos:
 - Edad > 80 años
 - Presencia de enfermedades asociadas
 - Sangrado activo en endoscopia
 - Neoplasias

Conclusiones

- Tenemos una mayor frecuencia de Síndrome de Mallory-Weiss
- Los pacientes con inestabilidad al ingreso, los de mayor edad, los que presentan sangrado activo en la endoscopia y los que presentan enfermedades asociadas son los que más probabilidades tienen de presentar complicaciones
- La ubicación del paciente en la planta y el uso de monitores se debe guiar por estos factores