

**HEMATEMESIS POR VARICES ESOFAGICAS:
A PROPÓSITO DE UN CASO.
CUIDADOS DE ENFERMERIA**

AUTORES:

- *DANIEL ARAGON SUAREZ (1)*
- *MARIA DE LOS ANGELES RIVERA VIZCAÍNO (2)*
- *MONICA GARCIA MONTES (3)*

ENFERMEROS DE URGENCIAS

- (1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL
- (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO
- (3) EMERGENCIAS SOPORTE VITAL AVANZADO
GUIPUZCOA

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 74 años de edad, con antecedentes de Cirrosis hepática de origen enólico y varices esofágicas , ex bebedor desde hace 5 años de 60 gr de alcohol diarios durante 35 años.

Acude a urgencias por episodio aislado de vómitos sanguinolentos en domicilio, presentando gran vómito hemático en sala de pretriaje.

Clasificado desde la sala de RAC como nivel 1 de urgencias, y atendido de forma inmediata en la Sala de Reanimación-Críticos.

Con sudoración profusa y piel fría , Ta 80/40 y 135 ppm

Se canalizan dos vías periféricas del calibre 18G con Suero Salino Fisiológico , con ritmo de perfusión variable en relación a TA.

Se administra 1500 cc de Suero Salino Fisiológico, hasta alcanzar una Tensión Arterial estable de 110/60 y Fc 100 ppm, posteriormente se dejan ambas vías a una velocidad de 125 ml/hora.

Se cursan pruebas cruzadas y se piden 2 bolsas de sangre compatibles.

El paciente sube a quirófano de Urgencias para realización de Endoscopia Urgente.

El cirujano necrosa punto sangrante de variz esofágica con inyección de sustancia hemostática.

Posteriormente permanece en Unidad de Reanimación

Postquirúrgica unas horas, e Ingresa en planta para control y seguimiento.

ETIOLOGÍA:

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior, proximalmente al ángulo de Treitz, y constituye la urgencia gastroenterológica más importante. Los avances en el diagnóstico y tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico han mejorado el pronóstico y la evolución clínica de los pacientes con hemorragia digestiva alta, pero la mortalidad ha permanecido estable en la última década entre el 7-10%, debido al incremento de las enfermedades concomitantes y la edad de la población¹. A continuación se expondrán las principales causas, así como los procedimientos diagnósticos de los que disponemos en la práctica clínica habitual frente a la HDA.

Las dos causas más frecuentes son la HDA por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal.

Al considerarse la HDA varicosa una entidad clínica diferente no será objeto de referencia en esta monografía. No obstante, a pesar de todos los procedimientos diagnósticos disponibles, hasta el 20% de los casos de HDA quedan sin demostrar con exactitud su causa.

La úlcera péptica continúa siendo la causa más frecuente de HDA, constituyendo entre el 37-50% de los casos, siendo dos veces más frecuente el sangrado por úlcera duodenal que por úlcera gástrica.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de úlcera péptica son la infección por *Helicobacter pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con la gravedad de la misma, aunque habitualmente es leve.

Excepcionalmente, cuando la esofagitis se asocia a la presencia de una úlcera puede producirse un sangrado que clínicamente sea más relevante.

El síndrome de Mallory-Weiss es un desgarro localizado en la unión esofagogástrica, produciéndose habitualmente un sangrado autolimitado. El cuadro típico es la instauración de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, principalmente en sujetos alcohólicos.

Endoscopia Oral:

La endoscopia es la exploración diagnóstica de referencia y permite establecer un diagnóstico, pronóstico del paciente y, en la mayoría de los casos, se convierte en una exploración terapéutica de eficacia demostrada, reduciendo la estancia hospitalaria y mejorando la supervivencia⁶. Existen diferentes métodos endoscópicos hemostáticos (térmicos, inyección de sustancias, mecánicos y tópicos) con una eficacia demostrada similar, alrededor del 80%, utilizándose habitualmente en función de las disponibilidades y experiencia del endoscopista. Además, la endoscopia permite la toma de biopsias de las úlceras gástricas para descartar malignidad, así como la determinación de *H. pylori* mediante test rápido de ureasa o histología, si bien en el contexto de una HDA disminuye de forma significativa su sensibilidad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Para llegar al diagnóstico de HDA debe confirmarse la existencia de sangre en el tubo digestivo, valorar la magnitud de la pérdida y averiguar si la hemorragia es activa.

La hematemesis o vómito en poso de café, indica un origen de la hemorragia alto GIA, en general por encima del ligamento de Treitz.

La rectorragia indica generalmente una hemorragia GI baja, pero puede deberse también a un sangrado GIA intenso, con un tránsito rápido de la sangre por el intestino.

Las melenas (deposiciones negras y alquitranosas), señalan habitualmente un GIA, pero un intestino corto o una hemorragia en el colon derecho pueden ocasionar también melenas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA POR LA NANDA

NECESIDAD ALIMENTACIÓN – HIDRATACIÓN

Código	diagnóstico	f.relacionado	objetivos	código	intervenciones
00134	náuseas	Irritación gástrica	No vómitos, no náuseas	1750	Manejo del vomito
00028	Riesgo de déficit de volumen líquidos	Pérdidas excesivas a través de vías normales	No presentará signos ni síntomas de deshidratación	4180	Manejo de la hipovolemia

NECESIDAD ESTADO EMOCIONAL

código	diagnóstico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00146	ansiedad	Amenaza de cambio en estado de salud	Manifestará dudas por pronóstico	5820	Disminución de la ansiedad
00148	temor	Procedimientos hospitalarios	Demandará información sobre procesos	5618	Enseñanza: procedimiento/t ratamiento

NECESIDAD SEGURIDAD

código	diagnóstico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00132	Dolor agudo	Agente lesivo físico	No presentará dolor	1400	Manejo del dolor
00004	Riesgo de infección	Procedimientos invasivos	no presentará infección	6550	Protección contra las infecciones
00045	Deterioro de la mucosa oral	Dieta absoluta más de 24h	Realizará cuidados bucales	1710	Mantenimiento de la salud bucal
00039	Riesgo de aspiración	Retraso vaciado gástrico	no presentará aspiración	3200	Precauciones para evitar aspiración

NECESIDAD CUIDADOS DE LA SALUD

código	diagnostico	Factor relacionado	objetivos	código	intervenciones
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos	Manifestará comprender las recomendaciones dietéticas y terapéuticas	5614 5602	Enseñanza: dieta prescrita y proceso enfermedad

Evaluación del paciente con hemorragia digestiva

La evaluación inicial del paciente con hemorragia debe incluir:

La confirmación de su existencia.

La valoración de su cuantía y su repercusión hemodinámica.

La anamnesis de los antecedentes que puedan involucrarse en su etiología o influir en su pronóstico.

Pruebas básicas de laboratorio.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Irán encaminados a prevenir el shock hipovólemico, en primer lugar monitorizaremos al paciente, colocaremos dos vías periféricas de perfusión de gran calibre si fuera posible.

Incluiremos una vía central para medición de presión venosa central y controlaremos:

La tensión arterial

La presión venosa central

La frecuencia cardiaca

La temperatura corporal

Analítica con gases arteriales, hemograma completo, estudios de coagulación iones y glucemias

Pruebas cruzadas para una posible transfusión sanguínea

Colocaremos una sonda nasogástrica para poder observar la evolución de la hemorragia y nos permita realizar lavados gástricos si fuera necesario. El lavado gástrico con suero frío se ha demostrado que carece de efecto hemostásico alguno

Colocaremos una sonda vesical permanente para control de posible shock

BIBLIOGRAFÍA:

1- Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Br Med J* 1995;311:222-6.

2- Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a metaanalysis. *Lancet* 2002;359:14-22.

3- Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981;27:80-93.

4- Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004;59:172-8.

5- Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981;27:94-102.

6- Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139-48.

7- Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review *Arch Intern Med* 2001;161:1393-404.