

Nombre del alumno: Axel Froilán González Pérez

Nombre del profesor: Alfonso Velásquez Pérez

**Licenciatura: Enfermería Escolarizado 7mo cuatrimestre
“A”**

Materia: Enfermería En Urgencias Y Desastres

Nombre del trabajo: Ensayo

Tema:

“Atención de enfermería con hemorragia digestiva”

Atención de enfermería con hemorragia digestiva.

Bueno para empezar con este tema primero comenzaremos hablando de la hemorragia digestiva, nos dice que la hemorragia digestiva es la pérdida de sangre en el aparato digestivos, esta pérdida de sangre lo podemos clasificar en dos, según su origen, que a continuación las mencionaremos

Una de ellas es la hemorragia digestiva alta: este sangrado se da por encima del ángulo de Treitz, provocando un una persona hematemesis, que como bien sabemos es vomito con sangre, también se manifiesta melenas, en algunas ocasiones cuando la hemorragia es mayor a un litro, se presenta rectorragia, también cuando se presenta hemorragia masiva hay un riesgo de que se presente un shock hipovolemico.

La segunda clasificación es la hemorragia digestiva baja: este sangrado se presenta en la parte distal al ángulo de Treitz, presentando comúnmente rectorragia, o también hematequecia.

Para comenzar con la atención de enfermería primero debemos de comenzar con la anamnesis para saber qué tipo de hemorragia digestiva es seguido de la valoración hemodinámica que es la toma de la presión arterial, la frecuencia cardiaca y los signos y síntomas que presentan este tipo de enfermedad digestiva.

Estos serian los parámetros hemodinámicos: Leve TAS>100mmhg y FC< 100lpm. Grave TAS100 lpm Signos de hipo perfusión periférica o central: frialdad acra, oliguria, taquipnea, ansiedad, letargia

En cuanto a una exploración física, para ello podemos necesitar de una sonda nasogastrica ya que nos puede servir por si hay alguna existencia del origen del sangrado pero cuando se presente una hemorragia digestiva alta y con esto podemos confirmarlo, aun qu en algunas ocasiones con el aspirado de esta sonda nos podemos confirmar el diagnostico de la hemorragia digestiva alta porque en este caso a veces el sangrado se puede aclarar con el estomago o también este sangrado se puede originar de una lesión duodenal.

La hemorragia digestiva alta la podemos clasificar en varicosa que está relacionada con la hipertensión portal. Y la no varicosa esta no está relacionada con la hipertensión portal.

Valoración pronostica:

Es muy importante aplicar las escalas pronósticas antes y después de la endoscopia, ya que al utilizar esto podemos saber si un paciente se beneficia de una endoscopia urgente, o también saber si existen efectos adversos para poder determinar el tratamiento que se llevará a cabo en ese paciente. Una de las escalas más utilizadas es la que propuso Rockall, ya que con esto podemos identificar a dos tipos de pacientes, uno de ellos es de riesgo bajo, presentando una incidencia de recidiva inferior al 5% y una mortalidad del 0,1%, consiguiendo el alta precoz y su tratamiento correspondiente. También identificaremos a los pacientes de alto riesgo que presentan un riesgo de recidiva superior al 25% y una mortalidad del 17%, en estos pacientes debemos de tenerlos en vigilancia constante para ver si no presentan complicaciones.

Tratamiento endoscópico:

Para poder diagnosticar la hemorragia digestiva alta debemos de completarla con una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%. En los casos graves se recomienda que se lleve a cabo en cuanto el paciente presente una buena estabilidad hemodinámica y lo demás podría ser dentro de las 12-24 horas siguientes.

Al administrar eritromicina previa a la realización de la endoscopia podemos vaciar el jugo gástrico de los restos hemáticos. Estos nos van a servir para poder visualizar más rápido y avanzar en cuanto al tratamiento.

Para un tratamiento más eficaz es recomendable aplicar inyecciones ya que estos son los más empleados, tales inyecciones como adrenalina al 1/10.000 asociada con polidocanol al 1%, con este tratamiento se controla la hemorragia con un 95%, mejoran los requerimientos transfusionales, y la necesidad de realizar una cirugía y poder dar de alta. El mejor tratamiento son los inhibidores de bomba de protones con un bolus de IBP de 80mg iv antes de la endoscopia, después un a perfusión de 8mg/h durante 72 horas. Después se llevará un tratamiento intravenoso se debe administrar un IBP a dosis estándar por vía oral hasta que las úlceras lleguen a cicatrizar.