



**NOMBRE DEL ALUMNO: Blanca Azucena
Sánchez López**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Alfonso Velázquez
Pérez**

LICENCIATURA: Enfermería

MATERIA: enfermería en urgencias y desastres

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 7° Escolarizado

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO: ensayo de
Hemorragia Digestiva**

Esta patología, constituye hoy en día un problema que conlleva una significativa morbilidad, mortalidad y un elevado consumo de recursos sanitarios , científicamente la Hemorragia Digestiva (HD) se ha dividido según su lugar de origen en alta y baja, y según su etiología como aquella HD de origen varicoso y no varicoso.

La mortalidad en pacientes que padecen de Hemorragia Digestiva en su mayoría ocurre en pacientes muy ancianos o que tenían severas enfermedades concurrentes mientras que para pacientes menores de 60 años en ausencia de malignidad o falla orgánica al momento de presentación fue de sólo 0,6%. Entre las razones de mayor importancia por las cuales la tasa de mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta ha permanecido estable en aproximadamente 10% desde 1945, son la edad creciente de los pacientes que presentan la hemorragia digestiva alta y el subsecuente incremento de enfermedades concurrentes asociadas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, CRITERIOS DE GRAVEDAD

Leve $tas > 120$ $fc < 100$

Moderada $tas < 100$ $fc > 100$ frialdad ligera, palidez. test ortatismo (-)

Grave $tas < 100$ - 120 $fc > 100$ pulso debil, sudor, palidez test ortatismo (+)

Masiva $tas < 80$ $fc > 120$ shock.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Monitorización cardiaca: TA,FC,FR,Sat O2. Control horario constantes. % Colocar 2 vías periféricas de gran calibre: analítica + pruebas cruzadas. % Reposición de volumen con cristaloides (TAS>100). % Colocar al paciente en posición de seguridad (evitar broncoaspiración). % Colocar SNG siempre para confirmar sangrado : Limpia (retirar), sangrado (lavados SF) % Valorar permeabilidad vía aérea (retirar prótesis) y O2 si necesario. % Control del nivel de conciencia, signos y síntomas. % Valorar colocación de SV, catéter central. % Realizar ECG. % Control aspecto y número de deposiciones. % Dieta absoluta y reposo absoluto. % Explicar los procedimientos y

tratamientos al paciente. % Pruebas complementarias: Rx, Eco, TAC, etc... %
Registrar todas las actuaciones y técnicas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Se reconoce como HDB a todo sangrado que provenga de una lesión distal al ángulo de Treitz. El espectro clínico es amplio debido a que involucra diferentes etiologías y varía desde una trivial hematoquezia hasta a una hemorragia exanguinante¹⁻⁵.

Puede ser aguda o crónica, la HDB aguda es la que provoca cambios hemodinámicos (anemia e inestabilidad de los signos vitales), que obligan a compensar el volumen perdido.

La historia clínica también nos permite inferir localización y probabilidades diagnósticas. El color y aspecto de la sangre es importante, así el sangrado rojo vivo rutilante sugiere un origen distal (ano, recto, sigmoides), en cambio el rojo oscuro “vinoso” hace pensar en colon derecho o intestino delgado¹⁻⁵.

La etiología de la HDB difiere en los grupos etáreos, así en niños o jóvenes se debe sospechar en divertículo de Meckel y enfermedad inflamatoria intestinal; en adultos debemos pensar en enfermedad diverticular de colon (EDC) y neoplasia de colon; y en adultos mayores hay que tener presente a la ectasia vascular o a la colitis isquémica.

BIBLIOGRAFIA

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300008

https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/congres_seeue_editora_46_3_140_1.pdf

