



Nombre del alumno:

Ramírez López Kevin Reynol

Nombre del profesor:

Lic. Velásquez Pérez Alfonso

Licenciatura:

Enfermería.

Materia:

Enfermería en Urgencias y Desastres.

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema: Atención de enfermería con hemorragia
digestiva.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.

La Hemorragia Gastrointestinal o digestiva constituye un problema de urgencia médica que exige la toma de decisiones correctas en el momento oportuno. Es por esto que a continuación se describe los puntos más importantes de esta patología, tomando en cuenta la intervención de nosotros como personal de enfermería en cualquier área hospitalaria. Primeramente es muy importante definir que es una hemorragia digestiva, y efectivamente, se define hemorragia digestiva como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Según el origen del sangrado la clasificamos en: Hemorragia digestiva alta (HDA): sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente). Aunque ocasionalmente cuando es masiva (>1 litro), puede manifestarse como rectorragia. En los casos de hemorragia masiva la primera manifestación clínica puede ser la aparición de un shock hipovolémico, síncope e incluso ángor. Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

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. Nos valdremos de la anamnesis, la exploración física (con colocación de SNG y tacto rectal), los datos analíticos y la valoración endoscópica precoz. La hemorragia gastrointestinal GI puede originarse en cualquier punto desde la boca hasta el ano y ser manifiesta u oculta. La mortalidad en pacientes que padecen de Hemorragia Digestiva (HD) 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% (3), (7). 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 (HDA) y el subsecuente incremento de enfermedades concurrentes asociadas. Los pacientes que presentan este tipo de hemorragia tienen cada vez edades más avanzadas, debido al envejecimiento. Los adultos mayores son un grupo susceptible ante las hemorragias digestivas altas por su gran consumo de fármacos y porque en estas edades las complicaciones son mayores, ya que con la edad disminuye la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos. Al ser esta una de las

complicaciones más graves del aparato digestivo, tiene que ser tratada por un equipo sanitario multidisciplinario y altamente cualificado. Para ello cada hospital idea manuales y guías de actuación en las urgencias gastrointestinales, donde el papel de la enfermería es decisivo y requiere de continuas actualizaciones. La profesión enfermera en cualquiera de sus actuaciones ha de respetar los cuatro principios éticos, que son la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; y cumplir las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería.

Es muy importante su valoración antes de iniciar el tratamiento y para ello Se recomienda el empleo de escalas pronosticas tanto antes como después de la endoscopia. Su empleo permite identificar los pacientes que se beneficiarían de una endoscopia urgente, predecir el riesgo de efectos adversos y determinar el tratamiento a seguir. La más utilizada y conocida es la propuesta por Rockall (Tabla 5). Su ventaja principal es que permite diferenciar claramente a dos grupos de pacientes: unos con riesgo muy bajo (0-2), que presentan una incidencia de recidiva inferior al 5% y una mortalidad del 0,1%, para los cuales se sugiere el alta precoz y tratamiento ambulatorio; y por otro lado los pacientes de riesgo alto (≥ 5), que presentan un riesgo de recidiva superior al 25% y una mortalidad del 17%, para los que deberemos adecuar la asistencia para evitar complicaciones.

Para su tratamiento farmacológico encontramos la administración de eritromicina (dosis única de 3mg/kg) previa a la realización de la endoscopia (30 a 90 minutos antes de la endoscopia) promueve el vaciamiento gástrico de los restos hemáticos acumulados. Esta medida ha demostrado ser eficaz para mejorar la visibilidad, acortar el tiempo de exploración y reducir la necesidad de cirugía. Pero en cualquier caso esta terapia no debe demorar la realización de una endoscopia urgente. El tratamiento hemostático endoscópico está indicado en úlceras con hemorragia activa, vaso visible no sangrante o coágulo adherido. El tratamiento más empleado consiste en métodos térmicos y de inyección, habitualmente con adrenalina al 1/10.000 asociada a polidocanol al 1%. Con ellos se consigue el control de la hemorragia en más del 95% de los sangrados activos por úlcera, mejoran los requerimientos transfusionales, la necesidad de cirugía, la duración de la estancia hospitalaria y la supervivencia. La eficacia de la inyección de adrenalina mejora añadiendo un segundo agente esclerosante, un método térmico de contacto o la implantación de clips. Otras terapias como el argón plasma pueden ser útiles en el tratamiento de lesiones que sangran de forma difusa, como el watermellon o las lesiones actínicas.

BIBLIOGRAFIAS:

1. ALAN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008). ALIAS ROVIRA GIL, URGENCIAS EN ENFERMERÍA, LIMOSA, 2002.
2. LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.
3. JANET GRAN PARKER, ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2012.
4. M, RIVAS, MANUAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2015.
5. GUSTAVO MALAGÓN-LONDOÑO, MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL.