

Nombre del alumno:

Nancy Esmeralda Ventura Jiménez

Nombre del profesor:

Lic. Alfonso Velásquez Pérez

Licenciatura:

Enfermería 7º cuatrimestre

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“4.2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.”

Frontera Comalapa, Chiapas a 02 de diciembre del 2020

La hemorragia digestiva, por definición, es cualquier sangrado que provenga del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Aunque generalmente se debe a patologías benignas y en la mayoría de los casos es una hemorragia de baja magnitud y auto-limitada, provoca gran ansiedad en padres y familiares. Toda hemorragia digestiva debe ser evaluada, pues puede generar, eventualmente, consecuencias severas.

Según la localización del sangrado, se clasifica en dos tipos: 1. Hemorragia digestiva alta (HDA): se origina en el esófago, estómago o en el duodeno (primera porción del intestino delgado). 2. Hemorragia digestiva baja (HDB): se origina en el yeyuno o íleon (segunda y tercera porción del intestino delgado), colon (intestino grueso), recto o ano.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las patologías más comunes y desafiantes que se presentan en el servicio de emergencia por representar un riesgo potencial de vida. Esta se define como una hemorragia proximal al Ligamento de Treitz y así poderla diferenciar de la hemorragia digestiva baja que envuelve el colon.

Los síntomas varían según se trate de un sangrado gastrointestinal alto o bajo, de un sangrado agudo/masivo o que se presente como un sangrado microscópico no visible para el paciente (detectado a través del examen de laboratorio de las deposiciones, por sospecha de hemorragia en un paciente con anemia crónica). Las manifestaciones de hemorragia digestiva alta (HDA), pueden incluir: • Vómito con sangre o algo que parece café molido (hematemesis) • Diarrea o evacuaciones de color negro y pastosas como alquitrán, muy mal olientes (melena) Las manifestaciones de hemorragia digestiva baja (HDB), pueden incluir: • Deposiciones rojo vinosas con coágulos (hematoquezia) • Deposiciones con sangre roja rutilante, cuyo origen suele ser rectal (rectorragia)

Durante esta etapa, se obtiene información para identificar los problemas de salud del paciente, como en cualquier urgencia, la asistencia inmediata de enfermería incluye la valoración rápida del nivel de conciencia, de la vía aérea, y la circulación, esto significa el control de las funciones vitales y el tiempo de llenado capilar, lo que nos permitirá determinar el grado de vulnerabilidad y/o morbilidad del paciente.

¿Qué valoramos? -Dolor abdominal, -dolor torácico -Náusea, -vómitos (hematemesis): características, cantidad. -Heces (melena, enterorragia, rectorragia): cantidad. -Alteración

neurosensorial: nivel de conciencia. -Funciones vitales (PA, FC, R, T) -Signos de Shock Hipovolemico: Hipotensión absoluta ú ortostática, palidez taquicardia, diaforesis, debilidad general, oliguria. Antecedentes patológicos. Conocimiento de su enfermedad, grado de instrucción y patrones culturales.

MANEJO INICIAL • Breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva. • Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso.

La HDA se clasifica fundamentalmente en varicosa (la relacionada con la hipertensión portal) y no varicosa (no relacionada con la hipertensión portal). El 80-90% de las HDA son de causa no varicosa, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%), que en nuestro medio se asocian en más del 95% a la toma de AINE y/o presencia de Helicobacter Pylori. Causas de hemorragia digestiva alta (HDA). HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

El diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%. La recomendación es que en los casos graves se lleve a cabo en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica del paciente, y en el resto dentro de las 12-24 horas siguientes (de forma ideal antes de transcurridas 6 horas). 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.

La actuación del equipo de servicio de emergencia dependerá mucho de la gravedad del paciente, donde la enfermera junto con el medico encargado confirmaran el diagnóstico de HDA y así valorar la repercusión hemodinámica y si existe algún factor agravante. Es por eso que la enfermera podría actuar de acuerdo a la teoría de la conservación.

Myra Estrin Levine, creo una estructura para la enseñanza de la enfermería médico - quirúrgica y animo al desarrollo de teorías. Ella relaciono la salud con el proceso de conservación ya que considera que la salud es uno de los principales elementos. La teoría

del modelo de la conservación se basó en tres conceptos, que fueron la globalidad, adaptación, y conservación.

El tratamiento de la HDB debe ser individualizado, en función de la causa, la gravedad y la evolución de la hemorragia. Independientemente de la causa de la hemorragia, el tratamiento inicial del paciente con HDB aguda es la reanimación y el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea. En la mayoría de casos la hemorragia es autolimitada, y es aconsejable un tratamiento conservador. Sin embargo, en un 20% de los casos la hemorragia es persistente o recidiva tras el ingreso en el hospital y requiere la intervención terapéutica para conseguir la hemostasia. En este caso, el tratamiento apropiado requiere el diagnóstico definitivo del origen de la hemorragia. Ninguno de los tratamientos farmacológicos ensayados ha demostrado claramente su eficacia en el tratamiento de la hemorragia digestiva baja.

El tratamiento endoscópico es una opción cuando la colonoscopia o enteroscopia muestran una lesión con sangrado activo o con signos de hemorragia reciente. Si éste fracasa, se deberá recurrir a la cirugía, aunque el tratamiento angiográfico sería una alternativa en pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

Antología UDS. 2020