

Nombre del alumno:

Lesli Esperanza Tomas López

Nombre del profesor:

Mro. Alfonso Velásquez Pérez

Enfermería 7mo cuatrimestre

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

**Ensayo del tema: atención de enfermería con hemorragia
digestiva”**

Ciencia y conocimiento

Atención de enfermería con hemorragia digestiva

Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. según el origen del sangrado se clasifica 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. en hemorragia digestiva baja (HDB) es todo aquello sangrado que proviene de cualquier localización distal al ángulo de treitz un ejemplo de 10 a 15% de todos los sangrados digestivos pertenecen a este tipo de hemorragia sin embargo las cifras mayores en el adulto mayor es el espectro clínico es amplió debido a que involucra diferentes etiologías y varía desde una trivial hematoquezia hasta una hemorragia exanguinante, la hdb aguda puede provocar importantes cambios hemodinámicos es por ello muy importante definir la magnitud de la perdida y categorizar el riesgo del paciente e iniciar las medidas de reposición de la volemia , se revisa el algoritmo diagnóstico y terapéutico, el (hdb) puede ser aguda debido a que produce cambios hemodinámicos y puede provocar la anemia e inestabilidad de los signos vitales que obligan a compensar el volumen perdido ,

el manejo inicial que se lleva a cabo para determinar en qué gravedad se encuentra breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva. La valoración hemodinámica: determina la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso de gravedad y se lleva a cabo anamnesis y exploración física sonda nasogástrica (SNG): puede ser necesaria su colocación si existe duda del origen del sangrado, permitiendo confirmar que nos encontramos ante una HDA si se objetivan restos hemáticos. sin embargo, un aspirado normal no excluye el diagnóstico de HDA, puesto que la sangre puede haber sido aclarada del estómago en el momento del sondaje o bien exista una lesión sangrante duodenal que vierta su contenido distalmente si no hay reflujo pilórico, la hemorragia digestiva alta la HDA se clasifica fundamentalmente en varicosa y se origina en una lesión del tubo digestivo situada por encima del ángulo duodeno y yeyuno , se presenta con hematemesis y en 30% de los casos, melenas , hemorragia digestiva alta no varicosa valoración pronóstica se recomienda el empleo de escalas pronósticas 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 probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo, tamaño de la úlcera (mayor de 2 cm) y su localización (cara posterior de bulbo o porción alta de la curvatura menor gástrica), el diagnóstico que 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, 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 revisión endoscópica electiva sistemática no es útil, aunque algunos estudios sugieren que pudiera serlo cuando el riesgo de fracaso del primer tratamiento es alto (tabla 7), como en úlceras de gran tamaño, localizadas en la cara posteroinferior del bulbo, o con importante pérdida hemática inicial,

el tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones (ibp): la pauta recomendada es bolus de IBP de 80mg iv antes de la endoscopia (reduce la tasa de signos de riesgo endoscópico o requerimiento de tratamiento endoscópico), seguida de una perfusión de de IBP a 8mg/h durante 72 horas (reduce las tasas de recidiva, requerimientos de cirugía y mortalidad en pacientes con vaso visible no sangrante o hemorragia activa, tras el tratamiento intravenoso se debe administrar un ibp a dosis estándar por vía oral durante, como mínimo, el tiempo necesario para la cicatrización de la úlcera (4 semanas para la úlcera duodenal y 8 para la gástrica) los pacientes con bajo riesgo después de la endoscopia pueden ser alimentados en las primeras 24 horas, en cuanto a la reposición hidroelectrolítica se ajustará a la función renal, la diuresis y la comorbilidad asociada (insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática). erradicación helicobacter pylori: se recomienda realizar tratamiento erradicado frente al helicobacter pylori en todos los pacientes con HDA por úlcera duodenal si se descarta tratamiento con Aines.

Bibliografía

.com.mx/assets/docs/files/asignatura/81e5dd52d507a361012f462e443a0f55.pdf