

ENFERMERIA URGENCIAS. ATENCION DE ENFERMERIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.

LIC. ALFONSO VELAZQUEZ PEREZ. ENSAYO.

PRESENTA LA ALUMNA:
IRIS DIANETH GARCIA MENDEZ.

MODALIDAD, CUATRIMESTRE Y GRUPO:

ENFERMERIA ESCOLARIZADO, 7TO
CUATRIMESTRE "A".

Hematemesis es el vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros "posos de café" y melena es la emisión de heces blandas, de color negro intenso y brillante y muy maloliente. La melena requiere de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre en el estómago, la melena puede aparecer en hemorragias procedentes del intestino delgado o del colon derecho, especialmente si existe un tránsito lento. Otra situación que se puede presentar es la hematoquecia es la exteriorización, a través del ano, de sangre roja fresca o de color rojo oscuro.

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 (proximal o distal al ángulo de Treitz), y según su etiología como aquella HD de origen varicoso (HPT) y no varicoso (cuyo principal responsable es la úlcera gastroduodenal).

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).

MANEJO INICIAL

□ Breve	anamnesis que confirme el ep	oisodio de hemorra	agia digestiva.	
□ Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso.				
Gravedad	Parámetros hemodinámicos			
Leve	TAS>100mmhg y FC< 100lpm			
Grave	TAS<100mmhg	y/o	FC>100	lpm

Signos de hipo perfusión periférica o central:

Frialdad acra, oliguria, taquipnea, ansiedad, letargia

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 le 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. En todo caso, su uso no ha mostrado utilidad en la monitorización de la recidiva ni en la limpieza del estómago previa endoscopia, por lo debe retirarse tras valorar el aspirado gástrico.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

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

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 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.