



**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".**



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. 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 que 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 ( $\geq 5$ ), que presentan un riesgo de recidiva superior al 25% y una mortalidad del 17%, para los que deberemos adecuar la asistencia para evitar complicaciones.