

Nombre del alumno:

Ramirez Roblero Edson Caleb

Nombre del profesor:

Mtro. Alfonso Velázquez Pérez

Licenciatura:

7mo Cuatrimestre “A”, Enfermería Escolarizado

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“Atención de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva”

Atención de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva

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).

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.

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 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.

Tratamiento endoscópico:

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.

Tratamiento médico:

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, seguida de una perfusión de de IBP a 8mg/h durante 72 horas.

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.

Conclusión, es de mucha importancia tratar estos tipos de hemorragias ya que ponen en peligro la vida del paciente; brindar los cuidados necesarios ayudará a nuestro paciente a tener una pronta recuperación.

Bibliografía

ANTOLOGIA LEN702 ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES. (2020). Frontera Comalapa:
UNIVERSIDAD DEL SURESTE.