



Nombre del alumno:

Fabiola Díaz Morales

Nombre del profesor:

Lic. Alfonso Velásquez Pérez

Licenciatura:

Enfermería

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

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) y Hemorragia digestiva baja (HDB).

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno. Esta entidad representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los servicios de urgencia hospitalaria. Su incidencia varía según el área estudiada y entre sus causas destacan la úlcera péptica, gástrica o duodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica, gastritis y las varices esofagogástricas.

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como la hemorragia que tiene su origen en el tracto digestivo distal al ángulo de Treitz. La hemorragia digestiva baja representa aproximadamente el 20%-25% de todas las hemorragias digestivas y su incidencia anual se estima en aproximadamente 20 casos por 100000 habitantes. La hemorragia digestiva es una causa frecuente de hospitalización, morbilidad y mortalidad, en particular en pacientes de edad avanzada en los que se concentra esta complicación.

Para llegar al diagnóstico de HDA debe confirmarse la existencia de sangre en el tubo digestivo, valorar la magnitud de la pérdida y averiguar si la hemorragia es activa. Nos valdremos de la anamnesis, la exploración física (con colocación de SNG y tacto rectal), los datos analíticos y la valoración endoscópica precoz. La hemorragia gastrointestinal GI puede originarse en cualquier punto desde la boca hasta el ano y ser manifiesta u oculta.

- La hematemesis o vómito en poso de café, indica un origen de la hemorragia alto GIA, en general por encima del ligamento de Treitz.
- La rectorragia indica generalmente una hemorragia GI baja, pero puede deberse también a un sangrado GIA intenso, con un tránsito rápido de la sangre por el intestino.
- Las melenas (deposiciones negras y alquitranosas), señalan habitualmente un GIA, pero un intestino corto o una hemorragia en el colon derecho pueden ocasionar también melenas.

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*.

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)

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.

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 médico 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.

Para un tratamiento más eficaz es recomendable aplicar inyecciones ya que estos son los más empleados, tales inyecciones como adrenalina al 1/10.000 asociada con polidocanol al 1%, con este tratamiento se controla la hemorragia con un 95%, mejoran los requerimientos transfusionales, y la necesidad de realizar una cirugía y poder dar de alta. El mejor tratamiento son los inhibidores de bomba de protones con un bolus de IBP de 80mg iv antes de la endoscopia, después un a perfusión de 8mg/h durante 72 horas. Después se llevará un tratamiento intravenoso se debe administrar un IBP a dosis estándar por vía oral hasta que las úlceras lleguen a cicatrizar.