



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Yazmin Ku Robledo

TEMA: Atención de enfermería con hemorragia digestiva

PARCIAL: Cuarto

MATERIA: Enfermería en urgencia y desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: En Enfermería

CUATRIMESTRE: Séptimo

INTRODUCCION

En la realizacion de este trabajo hablaremos de un tema importante como lo es la atención de enfermería al paciente con hemorragia digestiva, en donde veremos su definicion, asi como su clasificacion, sobre la hemorragia digestiva alta y baja.

Asi como tambien en su tratamiento endoscopico, y su tratamiento medico, entre otras cosas en el cual veremos para poder entender mas el temas de las hemorragias.

DESARROLLO

En la atencion de enfermeria a pacientes con hemorragias digestivas es mas que nada la pérdida de sangre por el tubo digestivo, es por esto que la pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido.

Por lo tanto la hemorragia digestiva lo podemos clasificar en hemorragia digestiva alta o baja, por lo tanto son hemorragias altas las que se originan en esófago, estómago y duodeno, y bajas las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon, en si son:

- ✚ Hemorragia digestiva alta (HDA): se refiere a sangrado por encima del ángulo de Treitz. En la hemorragia digestiva alta se manifiesta generalmente en forma de hematemesis como vómito en sangre roja o en poso de café o melenas que es deposición negra, pegajosa y maloliente. Por lo tanto sabemos que 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): Se refiere a sangrado distal al ángulo de Treitz, que se manifiesta habitualmente como rectorragia como la emisión de sangre roja fresca y/o coágulos, o tambien hematoquecia que es sangre mezclada con las heces.

A lo que nos lleva a preguntarnos ¿Qué es el angulo de Treitz? es una especie de músculo fibroso localiza la unión duodeno yeyunal del intestino delgado, es decir, la división entre la cuarta sección del duodeno y el yeyuno

De igual manera en el manejo inicial nos referimos a breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva, y valoración hemodinámica que es determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso, por lo tanto existen tres que son la de gravedad que es parámetros hemodinámicos, leve que es $TAS > 100 \text{ mmHg}$ y $FC < 100 \text{ lpm}$, y la grave $TAS < 100 \text{ mmHg}$ y/o $FC > 100 \text{ lpm}$, asi como signos de hipo perfusión periférica o central: frialdad acra, oliguria, taquipnea, ansiedad, letargia.

Y si hablamos de la anamnesis y exploración física es mas que nada un interrogatorio, conversación con el paciente a través de la entrevista dirigida por nosotros, como lo son datos subjetivos y hay que considerarla como tal, y la exploración física es mas ue nada una serie de maniobras en las cuales se obtienen datos objetivos sobre la salud del paciente, por lo que son más fiables.

Una 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, por lo tanto 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.

en la hemorragia digestiva alta se clasifica fundamentalmente en varicosa esta es la relacionada con la hipertensión portal y no varicosa esta no relacionada con la hipertensión portal, estas son por 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 Pylor.

En la hemorragia alta no varicosa su valoración pronóstica se recomienda el empleo de escalas pronósticas tanto antes como después de la endoscopia, 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%. El índice de Rockall, es la probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest, el estigmas endoscópicos de riesgo se maneja como:

I activo: Ia (sangrado a chorro) Ib (sangrado por sabana o capa)

II resistente: IIa (vaso visibles) IIb (coagulación adherido) IIc (Hematina)

III inactivo: IIIa (fibrina)

En el cual (Ia, Ib, IIa) es de alto riesgo, (IIb) es de riesgo intermedio y el de (IIc, IIIa) es de riesgo bajo.

En el tratamiento endoscópico se sabe que el diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%, es por eso que se le recomienda 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.

Y en la administración de eritromicina en la dosis única de 3mg/kg es previa a la realización de la endoscopia en 30 a 90 minutos antes de la endoscopia eso promueve el vaciamiento gástrico de los restos hemáticos acumulados.

En el tratamiento o hemostático endoscópico está indicado en úlceras con hemorragia activa, vaso visible no sangrante o coágulo adherido, es el mas empleado consiste en métodos térmicos y de inyección, habitualmente con adrenalina al 1/10.000 asociada a polidocanol al 1%.

Por lo tanto en la eficacia de la inyección de adrenalina mejora añadiendo un segundo agente esclerosante, un método térmico de contacto o la implantación de clips, existen otras terapias como el argón plasma pueden ser útiles en el tratamiento de lesiones que sangran de forma difusa, como el watermellon o las lesiones actínicas, en 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 como en úlceras de gran tamaño, localizadas en la cara posteroinferior del bulbo, o con importante pérdida hemática inicia.

En el tratamiento medico es de elección son los inhibidores de la bomba de protones por lo que 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). En la reintroducción de la dieta si habamos de que el paciente presenta un alto riesgo de recidiva tras la endoscopia se debe de mantener en dieta absoluta durante al menos 24-48 horas, es por eso que en cuanto a la reposición hidroelectrolítica se ajustará a la función renal, la diuresis y la comorbilidad asociada como la insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática.

En la Erradicación Helicobacter Pylori se le recomienda mas que nada realizar tratamiento erradicador frente al Helicobacter pylori en todos los pacientes con HDA por ulcera duodenal si se descarta tratamiento con aines, como ejemplo en el caso de que éste resultara negativo, se deberá realizar un test de aliento tras completar tratamiento antisecretor, es por eso que la pauta de primera elección recomendada es IBP y a la dosis estándar /12 h + amoxicilina 1 g/12 h + claritromicina 500 mg/12 h durante 7 días y en caso de alergia a la penicilina, la amoxicilina deberá ser sustituida por metronidazol 500 mg/12 h.

Algunas de las pruebas que se puede realizar para diagnosticar son:

- 1 - Análisis de heces, es un análisis de una muestra de heces.
- 2 - Análisis de sangre.
- 3 - Endoscopia gastrointestinal.
- 4 - Enteroscopia.
- 5 - Cápsula endoscópica.
- 6 - Colonoscopia.
- 7 - Sigmoidoscopia flexible.
- 8 - Tomografía abdominal computarizada

En los cuidados de enfermería a paciente con hemorragia digestiva pueden ser

Cuidados generales:

- 1 – Verificar la legalización del ingreso
- 2 – Comprobar identidad del paciente
- 3 – realizar higiene de mano
- 4 – comprobar que el paciente tenga una vía intravenosa permeable sin flebitis y extravasación
- 5 – revisar que el paciente tenga uñas cortas de manos y pies y sin barniz de uñas
- 6 – dar apoyo emocional a paciente y familiar, manifestando confianza para tratar de evitar ansiedad entre lo desconocido por tratamiento terapéutico
- 7 – registrar los datos de peso y talla al ingreso del paciente a la unidad

Cuidados alta y bajas:

- 1 – monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 hrs cuando la hemorragia es activa, controlada la hemorragia cada hora por 6 hrs y después cada 4 hrs por doce horas
- 2 – vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la frecuencia respiratoria, palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la frecuencia cardíaca y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de presión arterial
- 3 – mantener el decubito lateral para evitar aspiración
- 4 – valorar el tipo de hemorragia si es hematemesis, melena o hematoquecia
- 5 – administración de oxígeno en caso de alteración en la saturación del paciente
- 6 – canalizar una segunda vía venosa periférica de gran calibre por posible transfusión sanguínea y administración de líquidos en grandes cantidades
- 7 – extraer muestras de sangre
- 8 – administrar líquidos intravenoso
- 9 – realizar control de ingesta y concreta escrito y reportado
- 10 – observar las características de las deposiciones, color, olor, cantidad, frecuencia
- 11 – colocación de sonda vesical, si el paciente requiere
- 12 – preparar al paciente para realización de procedimiento endoscópico

CONCLUSION

En el trabajo que ya e realizado hablamos sobre la hemorragia digestiva, donde vimos lo que es la hemorragia alta y baja, hablamos tambien sobre el indice de Forrest ya que esto sirve para la valoracion del sangrado que son tres la activa, la resistente, y la inactiva, asi como tamnien cuales la de alto riesgo, riesgo intermefio, y riesgo bajo.

Asi como tambien sobre los cuidados a pacientes que padece la hemorragia digestiva, desde que entra al hospital y sobre los cuidado al tratar la hemorragia alta y baja.

El tema de hemorragia digestiva es importante conocer mas que nada de que trata en como se clasifica en tre otras cosas, para tener conocimiento cuando estemos en el hospital y nos llegue un paciente con esta enfermedad, ya sabremos como actuar al tener estos conocimientos de lo que ya hemos hablado y visto.

REFERENCIA

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/assignatura/81e5dd52d507a361012f462e443a0f55.pdf>

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/sangrado-gastrointestinal/diagnostico>