



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Elizabeth Guadalupe Espinosa López

TEMA: Atención de Enfermería al paciente con hemorragia digestiva

PARCIAL: IV

MATERIA: Enfermería en Urgencias y Desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: Enfermería Escolarizado

Frontera Comalapa, Chiapas, a 05 diciembre de 2021

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

El aparato digestivo está formado por el tracto gastrointestinal, el hígado y el páncreas. Está formado por una serie de órganos huecos unidos por un tubo que recorre desde la boca hasta el ano, está formado por estructuras como; boca, esófago, estómago, intestino grueso, intestino delgado, recto y ano. El intestino delgado está dividido en tres partes; la primera es el duodeno, le sigue el yeyuno y termina con el íleon que es la parte final de este.

El aparato digestivo tiene la función más importante que es la digestión, ya que es quien produce los nutrientes provenientes de los alimentos y bebidas que ayudan a mantenerse sano.

Una hemorragia es pérdida de sangre en grandes cantidades, pueden ser externas o internas dependiendo la etiología del sangrado. Cuando ocurre un sangrado interno puede ser debido a una hemorragia digestiva, se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo, puede producirse en cualquier punto del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, puede verse fácilmente a simple vista o puede estar en cantidades demasiado pequeñas para ser visibles.

Puede llegar a causarse un síndrome anémico en aquellos pacientes en los que el sangrado digestivo no se manifiesta visiblemente o en cantidades muy pequeñas, ocasionando pérdida de hemoglobina lo que provocaría un estado anémico del paciente.

En un paciente con hemorragia digestiva se debe prestar atención a signos de alarma en los que se encuentran desmayos, sudoración excesiva, taquicardia por encima de 100 latidos por minuto y pérdida mayor de 250 mililitros de sangre. Cuando estamos frente a un caso de este tipo, es necesaria realizar una exploración física en donde se puede determinar el origen del sangrado, de igual forma se realiza una anamnesis en donde se va a determinar la velocidad, cantidad y causa de la hemorragia, también se debe cuestionar al paciente sobre el momento de la aparición del sangrado así como la frecuencia de estos.

Además de realizar pruebas complementarias que nos ayuden a determinar el tipo de sangrado, algunos de estos son; análisis de sangre, endoscopia digestiva alta cuando se sospecha que el sangrado se encuentra a esa altura, una colonoscopia en caso de que la hemorragia se en el tubo digestivo bajo y una angiografía si la hemorragia es rápida o grave, es como una prueba de emergencia.

Se puede clasificar en dos tipos según la altura en la que se encuentre el sangrado:

Se indica que se trata de una hemorragia digestiva alta cuando el sangrado se encuentra por encima del Angulo de treitz, abarcando el estómago, esófago y duodeno. Se manifiesta en forma de hematemesis que es vomito con sangre, melenas son aquellas deposiciones negras y mal olientes. Su causa puede estar indicada por úlceras pépticas que es un daño causado a nivel de los tejidos por infecciones causadas por helicobacter pylori, se da también por varices esofágicas lesión a nivel vascular, por AINES como el naproxeno, ibuprofeno y ketorolaco, síndrome Mallory Weiss son desgarros del revestimiento del esófago que se producen al vomitar, el aumentar la presión del abdomen al toser o un parto puede ser causante de un desgarro, dielafov que es una malformación vascular presente en la arteria gástrica, gastritis puede ser ocasionado por AINE y otros fármacos produciendo inflamación y úlceras en el revestimiento del estómago.

Las hemorragias pueden ser por sangrado variceral que ocurre por hipertensión de la vena portal $>12\text{mmHg}$ siendo lo normal de esto de 3 – 5 mmHg, principalmente en cirrosis hepática causando que la sangre se acumule en la vena porta, se llega a manifestar por; hematoquecia, melena, hematemesis y un shock hipovolémico. En cuanto al sangrado no variceral se va a manifestar por hematoquecisis, melena, anemia y shock hemodinámico.

La atención que se da a una hemorragia a esta altura, se divide en preEDA: se utiliza Glasgow blatchford en donde se valora la urea, Hb, PAS, FC, melena y comorbilidad, si el paciente da como resultado menor o igual a 1 este puede darse de alta del hospital pero si por el contrario indica mayor o igual a 2 debe seguir con manejo médico, se realiza una endoscopia antes de 24 hrs y si el paciente sufrió un shock hipovolémico se debe realizar 12 hrs antes.

EDA: se valora mediante la escala de Forrest que evalúa el resangrado y la mortalidad, solo se utiliza en caso de úlceras peptídicas. Se divide en 3 grados que luego se subdividen; I activo se divide en Ia (sangrado a chorro), Ib (sangrado por sabana o por capa), II reciente se divide en IIa (vaso visible), IIb (presencia de coágulos adheridos), IIc (hematina), III inactivo se divide en IIIa (fibrina, es una capa blanca que se encuentra en la úlcera). La escala se clasifica en alto riesgo (Ia, Ib, IIa), riesgo intermedio (IIb) y bajo riesgo (IIc, IIIa).

postEDA: Mediante Rockall valora la edad, hemodinámica, comorbilidad, etiología y los estigmas, cuando el paciente da como resultado menor de 2 el paciente puede ser dado de

alta por el contrario cuando esto indica mayor a 2 el paciente debe continuar con manejo médico.

En cuanto a su tratamiento se debe valorar el estado hemodinámico en donde se evalúa la presión arterial y la frecuencia cardiaca del paciente, se debe valorar ya que con la gran pérdida de sangre el paciente puede descompensarse o no, dependiendo de eso será el tratamiento que se indicara. Si su estado hemodinámico es estable, es decir, la presión arterial se encuentra normal lo que se indica es la realización de una endoscopia antes de las 24 hrs. Por el contrario si la PA esta descompensada es necesaria reponer la volemia, con Na 0.9%, paquete globular y plasma fresco congelado, así como los tiempos de coagulación.

Para un tratamiento más específico es necesario tomar en cuenta la valoración de Forrest antes mencionada, en caso de Ia, IIb y IIa se administra omeprazol 80 mg en bolo y 8mg por bomba de infusión, en caso de IIb si llegase a sangrar se debe realizar la atención antes mencionada y si no sangra no es necesario aplicar ningún tipo de tratamiento, para IIc y IIIa no es necesario ningún tratamiento. Se previene erradicando helicobacter pilory mediante la administración de medicación como; omeprazol, claritromizina y amoxicilina durante 14 días.

La hemorragia digestiva baja se define como el sangrado originado por debajo del Angulo de treitz que abarca estructuras como el yeyuno e Íleon, este sangrado puede ser en cantidades menores casi imperceptibles o en grandes cantidades. Se llega a manifestar como hematoquecia que se refiere a la mezcla de sangre con las heces, o por rectorragia que es la expulsión de sangre por el ano.

Las causas de una hemorragia digestiva pueden ser por diverticulosis que llega a afectar las cuatro capas del colon ascendente, causando un sangrado MIA (masivo, indoloro y auto controlado), puede ser ocasionado por hemorroides ya sean internas que son la segunda causa de sangrado que llegan a causar dolor o externas que son visibles, además del cáncer de colon son la tercer causa más común, por lo general produce sangrado que no es visible. Fisuras ano rectales, puede ser causado por colitis que es una inflamación del colon por infecciones, la falta de flujo sanguíneo y radiación, angiodisplasia que son anomalías en los vasos sanguíneos del intestino.

Los factores de riesgo van a estar determinados por la edad entre más años tenga el paciente más riesgoso se volverá, por un tratamiento anti plaquetario como la aspirina, inmunodepresión o la duración de la hospitalización.

El tratamiento que se da a pacientes con hemorragia digestiva baja, es por medio de una colonoscopia que consiste en un procedimiento que utiliza el médico para observar el interior del colon y el recto se utiliza un tubo flexible que tiene una luz, cámara de video en su extremo para visualizar el interior. También se realiza una angiografía que es una prueba que obtiene información sobre el estado de los vasos sanguíneos, se utiliza una sustancia de contraste fluorescente para identificar el transcurso de las venas.

En una hemorragia digestiva aguda es un sangrado repentino y se manifiesta con debilidad, mareo, falta de aire, cólicos abdominales, diarrea y palidez. Ya que la hemorragia aguda se da por sangrado repentino, puede provocar que el paciente entre en shock caracterizado por el pulso acelerado, disminución de la presión arterial y oliguria.

También existe la hemorragia digestiva crónica conocida como sangrado leve pero de larga duración o intermitente, es decir, que el sangrado comienza y se detiene, en este caso el paciente puede sufrir fatiga y falta de aire con el paso del tiempo, está pérdida significativa de sangre puede llegar a producir anemia.

La atención de enfermería en estos casos, se pueden dividir en cuidados generales y otros un poco más específicos, dentro de los generales podemos encontrar; Verificar la legalización del ingreso es básicamente el papeleo del paciente para hacer constar la estancia del paciente, se debe comprobar la identidad del paciente preguntando datos personales para evitar confusión al momento de la atención, realizar la higiene de las manos en los 5 momentos para protegernos a nosotros mismos y al paciente, se debe comprobar que la vía intravenosa no se encuentre infectada para evitar complicaciones, registrar los datos antropométricos al ingreso del paciente para poder compararlo con el momento en el que el paciente se haya dado de alta.

Para prevenir hemorragias gastrointestinales son limitar el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, limitar el consumo de alcohol, si el paciente consumo tabaco debe dejar de hacerlo, si presenta enfermedad por reflujo gastroesofágico debe seguir las instrucciones del médico para tratarla y evitar que se complique desarrollando un sangrado.

En cuanto a los cuidados mucho más específicos, se pueden encontrar: la monitorización de los signos vitales cada 15 minutos durante 6 horas si la hemorragia es activa, es decir, que el sangrado sea constante pero si la hemorragia está controlada se puede hacer cada hora por 6 horas y después 3 veces en 12 horas, también se debe vigilar signos de shock hipovolémico como el estado de consciencia que se valora a través de la escala de Glasgow, se valora la frecuencia respiratoria identificando signo de disnea, palidez, frialdad, cianosis, mediante la valoración de frecuencia cardiaca se identifica el pulso acelerado y mediante la presión arterial se valora el signo presente de hipotensión.

Se debe mantener al paciente en decúbito lateral para evitar bronco aspiración con la sangra que pueda estar expulsando vía oral. Valorar el tipo de hemorragia que se presenta para identificaren a que altura se está produciendo el sangrado, se canaliza una segunda vía de mayor calibre por si es necesaria transfusión sanguínea así como administración de líquidos en cantidades mayores, extraer muestras sanguíneas, observar las características de las deposiciones en cuanto a su color, olor, cantidad y la frecuencia de estos sangrados, colocación de una sonda vesical si el paciente lo requiere y preparar al paciente para realizar procedimientos endoscópicos que se utiliza para identificar el lugar del sangrado para analizar la manera de tratar estos sangrados.

Para los procedimientos endoscópicos es necesario preparar al paciente, mediante la confirmación del procedimiento, indicar a la familia del paciente que deben estar preparados antes de que se pase al EDA, realizar limpieza bucal si el paciente no puede hacerlo por su cuenta, retirar prótesis dental si es que cuenta con alguna y transportar al paciente en la camilla con medidas de seguridad para evitar caídas.

Después de los procedimientos también se deben brindar cuidados al paciente, entre los que se encuentran; recibir al paciente después del procedimiento con la información y novedades, monitorizar los signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación, durante dos horas. Mantener al paciente en reposo absoluto hasta que se encuentre estable hemodinámicamente, valorar la escala de EVA que indica la cantidad de dolor que presenta el paciente, administrar medicación si el paciente presenta dolor, vigilar al paciente si existen presencia de episodios hemorragias, mantener cerca el coche de paro por cualquier descompensación hemodinámica que se puede presentar, realizar un informe de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/047f535e7abc30bce21a0d905208789c-LC-LEN702.pdf>
- Hemorragia en el tracto digestive.pdf
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragia-digestiva#:~:text=La%20hemorragia%20digestiva%20es%20la,hemorragia%20digestiva%20alta%20o%20baja.>