



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Polet Berenice Recinos Gordillo.

TEMA: 4.2. Atención de enfermería al paciente con hemorragia digestiva.

PARCIAL:4

MATERIA: URGENCIAS Y DESASTRES.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez.

LICENCIATURA: ENFERMERIA.

CUATRIMESTRE: 7TO

3 de diciembre del 2021

INTRODUCCION

En este nuevo cuatrimestre de me dha dado la tarea de realizar un ensayo con fines de aprendizaje y comprencion de lectura, para adquirir conociendo sobre los temas requeridos durante el parcial, asi mismo definire lo que son, como funcionan, y para que nos sirve en las condiciones de la labor de enfermeria.

Agradezco su labor en este cuatrimestre al guiarme por la materia, a pesar de las dificultades por el tiempo, gracias y espero sea se su agrado.

Y feliz navidad y año nuevo lic.

“4.2. Atención de enfermería al paciente con hemorragia digestiva.”

¿Qué es? La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido. Según su origen, se clasifican en hemorragia digestiva alta o baja.

Clasificación:

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 (>1litro), 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. Es la hemorragia que se produce en la parte alta del tubo digestivo que comprende al esófago, el estómago y el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado.

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).

Sangrado del intestino delgado, el intestino grueso, el recto o el ano. Las causas de la hemorragia digestiva baja son la constipación, las hemorroides y el cáncer. La hemorragia grave puede ser mortal. Las hemorragias leves pueden provocar otras complicaciones con el paso del tiempo, como la anemia.

El sangrado gastrointestinal bajo puede manifestarse con sangre en las heces, en el papel sanitario o en la taza del inodoro. La sangre puede ser de color marrón oscuro o rojo intenso.

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

El sangrado gastrointestinal bajo puede manifestarse con sangre en las heces, en el papel sanitario o en la taza del inodoro. La sangre puede ser de color marrón oscuro o rojo intenso.

TRATAMIENTO:

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.

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.

Tratamiento endoscópico:

El diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%.

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 (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).

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 (4 semanas para la úlcera duodenal y 8 para la gástrica).

Reintroducción de la dieta.

Erradicación Helicobacter Pylori.

Causas:

1. Várices esofágicas.
2. Úlcera péptica.
3. Gastritis.
4. Síndrome de Mallory – Weiss.
5. Neoplasia.
6. Esofagitis erosiva.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- ✓ Monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, una vez controlada la hemorragia, cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por doce horas, siempre dependiendo de la condición hemodinámica del paciente y luego controlar signos vitales en cada turno por razones necesarias (PRN).
- ✓ Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardíaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA).
- ✓ Mantener al paciente en estricto reposo absoluto por 24 a 48 horas según la hemodinámica del paciente para prevenir nuevos episodios de hemorragia y descompensación hemodinámica.
- ✓ Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración si el paciente presenta hematemesis.
- ✓ Mantener al paciente en posición de semifowler si amerita, elevar miembros inferiores a 45° para obtener un adecuado retorno venoso, cuando sea una hemorragia activa.
- ✓ Valorar el tipo de hemorragia si es hematemesis, melena o hematoquecia.
- ✓ Controlar en cada turno am, pm, hs y PRN la perfusión tisular (color, temperatura y llenado capilar).
- ✓ Administrar oxígeno en caso de alteración en la saturación del paciente.
- ✓ Colaborar y circular al médico en la colocación de Sonda Nasogástrica (SNG) en caso de hemorragia digestiva alta para prevenir broncoaspiración.

- ✓ Canalizar una segunda vía venosa periférica de gran calibre por posible transfusión sanguínea y administración de líquidos en grandes cantidades: Práctica Organizacional Requerida Cuidados de Enfermería en pacientes con Terapia Intravenosa Segura (vías venosas periféricas y centrales) HCAM-EN-PR-1400.
- ✓ Extraer muestras de sangre, y verificar que se transporten a laboratorio correctamente por el personal auxiliar de enfermería en los tiempos correctos.
- ✓ Administrar líquidos intravenosos indicados de acuerdo a prescripción médica, utilizando bombas de infusión, Práctica Organizacional Requerida Capacitación en Bombas de Infusión SGC-EN-POR-CBI-006.
- ✓ Administrar componentes sanguíneos, según prescripción médica. Instructivo Práctica de Enfermería en Unidades Médicas SGC-EN-I-PE001.
- ✓ Realizar control de ingesta y excreta estricto y reportar novedades.
- ✓ Observar las características de las deposiciones, color, olor, cantidad, frecuencia, y reportar a médico de turno.
- ✓ Circular en el procedimiento de colocación de sonda vesical, si el paciente requiere.
- ✓ Valorar en cada turno (am, pm, hs) la evolución del paciente, por si aparecen signos de nuevos episodios de la hemorragia, informar al médico inmediatamente.
- ✓ Preparar al paciente para realización de procedimientos endoscópicos.

CONCLUSION:

En conclusión, las hemorragias digestivas se clasifican en dos, altas y bajas, y pueden ser causas por diferentes factores, la clave estará en la endoscopia, y el tratamiento para la recuperación del paciente.

Bibliografía:

ALAN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008).

□ ALIAS ROVIRA GIL, URGENCIAS EN ENFERMERÍA, LIMOSA, 2002.

□ LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.

□ JANET GRAN PARKER, ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2012.

□ M, RIVAS, MANUAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2015.

□ GUSTAVO MALAGÓN-LONDOÑO, MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL.