

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**MANEJO INMEDIATO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL II CAÑETE - ESSALUD. 2015 - 2017.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ANA CECILIA SACSÁ ORMEÑO

CALLAO, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 065

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°453-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ANA CELILIA SACSA ORMEÑO

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	04
1.2. OBJETIVO.....	08
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	08
II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL.....	11
2.1. ANTECEDENTES.....	11
2.2. MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEORICO....	18
2.1.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	18
2.1.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	33
2.1.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	40
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	47
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	50
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	51
3.3. PROCESOS REALIZADOS.....	57
IV.RESULTADOS.....	59
V. CONCLUSIONES.....	64
VI.RECOMENDACIONES.....	65
VII.REFERENCIALES.....	66
ANEXOS.....	70

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico-quirúrgica, a pesar de los numerosos avances científicos y técnicos que se han producido en el campo del diagnóstico y tratamiento mantiene una elevada morbi-mortalidad. (1)

Las manifestaciones clínicas, como la hematemesis y melena es característica de la hemorragia digestiva alta. Para su presentación requieren de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre y puede persistir hasta cinco días después del cese del sangrado. La hematoquecia sugiere una hemorragia digestiva baja; sin embargo, hasta el 5% de los pacientes con HDA presentan hematoquecia bien debido a una hemorragia masiva (volumen superior a 1000 cc) a un tránsito rápido. (2)

La hemorragia digestiva alta es una causa frecuente de hospitalización y de morbimortalidad. La endoscopia nos permite determinar la etiología, así como la posibilidad de realizar tratamiento y determinar el riesgo de resangrado del paciente. Diversos scores han sido desarrollados para predecir la evolución de los pacientes que acuden por hemorragia digestiva a los servicios de un hospital, entre los más conocidos se encuentran los de Rockall y Blatchford, ambos tratan de predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y el grado de severidad de los pacientes con hemorragia digestiva. (3)

El siguiente trabajo académico tiene por finalidad describir la experiencia laboral profesional en el manejo inmediato de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital II EsSalud Cañete, aportando los conocimientos científicos acerca de esta patología que va a permitir detectar y prevenir la aparición de eventualidades adversas que ponga en peligro la vida del paciente y así poder actuar oportunamente en el momento indicado.

Debido a la gran importancia del actuar de la enfermera el presente trabajo académico titula "Manejo inmediato de la Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete 2015 – 2017" tiene como objetivo general describir la experiencia profesional en el manejo inmediato del paciente, definir HDA, su etiología, sintomatología, fisiopatología. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados, capítulo V: conclusiones; capítulo VI: las conclusiones y capítulo VII: referencias bibliográficas, y terminando con un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia digestiva alta constituye una de las urgencias gastroenterológicas más frecuentes que representa aproximadamente entre el 1% y el 3,5% de las internaciones de los servicios de emergencia.

A nivel mundial la HDA es una patología actual que se da habitualmente en urgencia, su morbilidad está entre el 5-10% y 1 de cada 20 españoles que la presentan fallecen (10). Por ello sería recomendable disponer de protocolos estandarizados de actuación en urgencias ante una sospecha de hemorragia digestiva, ya que su abordaje cambia según la organización de los diferentes hospitales.

La tasa anual de hemorragias por úlcera gástrica o duodenal se estima en 100 por 100.000 habitantes (128.3 para los hombres y 65.8 para las mujeres). Es decir, que para nuestra población se registrarían unos 33.000 casos cada año, a los que deben agregarse una cantidad similar de pacientes que sangran por otras causas y aquellos que lo hacen durante una internación motivada por otra patología. Como la mortalidad global se mantiene en las últimas décadas prácticamente constante, alrededor del 10% (entre 5 y 20%), cada año morirán entre nosotros unos 7.000 pacientes a consecuencia de una hemorragia digestiva alta. (1) La circunstancia

que las cifras de mortalidad no hayan descendido se atribuye, de manera principal, al incremento registrado en la población añosa, con enfermedades concomitantes graves y mayor riesgo quirúrgico, que pueden enmascarar una evidente mejoría de los resultados. (2)

Actualmente, se menciona una elevada prevalencia en las edades avanzadas de la vida, observándose la mayor concentración de pacientes entre la 6ª y 8ª década, con un promedio de 60 a 65 años. En casi todas las publicaciones el número de casos aumenta con la edad y más de la tercera parte de los mismos supera los 65 años, con un predominio 2 veces más frecuente en el hombre. (3)

Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta (HDA) son la úlcera péptica y la hipertensión portal de la que no se trata en esta revisión. La úlcera péptica constituye el 37-50% de las causas, siendo más frecuente la duodenal que la gástrica. Los factores principales que influyen en su aparición son la infección por *Helicobacter pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos. (4)

La hemorragia digestiva alta es un problema clínico muy frecuente, implica más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100.000 habitantes de la población general y es dos veces más frecuente en

la población masculina respecto a la femenina. Asimismo, la incidencia se incrementa marcadamente con la edad. (5)

Un importante cambio en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa (especialmente la úlcera péptica) ha sido el uso de la endoscopia alta para determinar el riesgo de resangrado mediante la clasificación de Forrest, lo que permite el manejo ambulatorio de los pacientes con bajo riesgo con el consiguiente ahorro de costos. (6)

En 1995, Rockall y col. desarrollaron un sistema de puntaje para la predicción de mortalidad en pacientes con HDA, basado en una cohorte poblacional de 4.185 pacientes en el Reino Unido. Este puntaje incluye variables clínicas (edad, estado circulatorio y comorbilidad) así como parámetros endoscópicos (diagnóstico endoscópico y presencia de signos mayores de sangrado) los cuales son graduados en una escala numérica del 0 al 3 de acuerdo con su magnitud. (7)

Este sistema de puntaje fue diseñado para estratificar grupos de riesgo de mortalidad y es la herramienta de predicción clínica más utilizada para la evaluación del pronóstico para casos de hemorragia digestiva alta, pese a que algunas publicaciones posteriores han cuestionado su capacidad de predicción. En nuestro medio, sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado la utilidad del Sistema de Puntaje de Rockall.

En el Perú, la hemorragia digestiva también es un problema clínico frecuente, lo cual, determinó que en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins (Essalud) se creara el 10 de enero de 1994, a iniciativa del Dr. Hernán Espejo R., una Unidad de Hemorragia Digestiva altamente especializada, para un mejor manejo de estos casos, hasta la fecha han atendido más de 8000 pacientes.

El Hospital II Cañete Es Salud ubicado en el distrito de San Vicente provincia de Cañete Departamento de Lima, cuenta con una población adscrita de 56,620 asegurados, cuenta en el servicio de emergencia y shock trauma, donde la enfermera brinda atención integral a los pacientes que acuden a este establecimiento, observando así la incidencia de pacientes con HDA registrándose un promedio de 54 paciente hasta este tercer trimestre 2017 en comparación al año pasado, las causas más frecuentes son la úlcera péptica constituyendo un 37 -50 % de las causas siendo la más frecuente la duodenal que la gástrica, los factores principales que influyen en su aparición son las infecciones por *Helicobacter Pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroides. Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen el 20% de las causas de HDA y se asocian a la toma de AINE, alcohol, o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, etc. La esofagitis, síndrome

de Mallory-Weiss, lesiones vasculares, neoplasias esófago gástricas, fístula aorta entérica y hemofilia son causas menos frecuentes.

Lo que ha llevado a la realización de este trabajo académico sobre las hemorragias digestivas altas es, que siguen teniendo un porcentaje muy elevado de morbilidad pese a los avances terapéuticos de los últimos años y una gran incidencia debido a múltiples factores.

Algunas de las causas que provocan la HDA residen en los factores de riesgo modificables adquiridos por las personas, la prevención llevada a cabo por la enfermería es una medida muy eficaz.

1.2. OBJETIVO

Describir el manejo inmediato de la Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – Essalud.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Lo que ha llevado a la realización del presente trabajo académico es la incidencia de pacientes con HDA a pesar de los avances terapéuticos

Sabemos que algunas de las causas que provoca la HDA residen en los factores de riesgo modificable adquirido por la persona, la prevención juega un papel muy importante

De igual manera que la institución realice programas de capacitación continua e implemente programas de monitoreo y supervisión relacionado a la atención inmediata y cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta.

Conocer nuestra realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva alta permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva alta grave. Si se conoce dichos factores, es posible actuar acertadamente evitando un manejo inadecuado en estos pacientes.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel teórico: El presente trabajo académico servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la atención inmediata que se deben brindar al paciente con Hemorragia Digestiva Alta aplicando así las guías o manuales asistenciales en urgencias y emergencias los mismos que están sustentados por bases científicas.

Nivel metodológico: El presente trabajo académico es importante a nivel metodológico, ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer acertadamente la atención inmediata y

cuidados en la adecuada educación al paciente y su familia, y por el tiempo que lo requiera para su pronta recuperación.

Nivel social: A nivel social el trabajo académico beneficiará a los pacientes que se atienden con Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de emergencia, ya que los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio y brindar una excelente atención, así mismo trabajar con los pacientes y familia proporcionando una orientación adecuada atenúa el estado de nervios y miedos que presentan.

Nivel práctico: Este trabajo académico se justifica a nivel práctico porque existe la necesidad de mejorar el nivel de desempeño de la competencia de indagación científica en los pacientes y familia sobre el control y manejo de su enfermedad, estilos de vidas saludables, hábitos de higiene y hábitos nocivos a prevenir para evitar complicaciones.

Nivel económico: Este trabajo académico viene a representar una oportunidad importante para la institución objeto de estudio, de abordar con precisión cuáles son los problemas que actualmente se presentan en la aplicación de los procesos de control de los bienes y los factores que han facilitado su permanencia en el tiempo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

MUÑOZ PORTILLA, Gisella (2013) "Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2013". Objetivo: Determinar la frecuencia de factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en pacientes ingresados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante octubre de 2012 a septiembre de 2013. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en un universo de 135 pacientes. Los datos se obtuvieron por fuente directa y se analizaron con la ayuda del software Excel y SPSS. Resultados: Predominó pacientes del sexo masculino (62.2%). La edad mínima fue de 18 años; la máxima, de 94. El 44.4% tenían edad igual o mayor a 65 años. El antecedente de ingesta de alcohol fue del 57.8% y de AINES del 14.1%. Hepatopatía crónica en el 52.6% de casos. Se detectó hematemesis en el 88.9% y fueron catalogados como hemorragia leve el 71.9%. En la valoración endoscópica se observó várices esofágicas en el 48.9%, gastritis erosiva en el 18.5%, úlcera gástrica en el 17.7%, úlcera duodenal en el 10.3% y esofagitis erosiva, neoplasias digestivas, Mallory Weiss, duodenitis erosiva y malformaciones vasculares en menos del 10%. Según la escala de Rockall el 31.1%

de pacientes tuvieron alto riesgo de recidiva de sangrado. Según la escala de Child Pugh, se clasificó como Child C el 37.8% de pacientes. La mortalidad al momento del alta fue del 17.03%. Conclusiones: Se observó el antecedente de ingesta crónica de alcohol en el 57.8% de casos y hepatopatía crónica en el 52.6% de casos. Por endoscopia se detectó várices esofágicas en el 48.9%. Con la escala de Rockall se observó 31.1% de pacientes con riesgo alto de recidiva de sangrado. Los pacientes cirróticos Child C en 37.8% y la mortalidad general del 17%. (8)

IBAÑEZ GARCIA, Patricia (2015) "Papel de la enfermería en la Hemorragias Digestivas Altas en urgencias y emergencias" Objetivo: Conocer cuál es el papel que ejerce la enfermería ante una Hemorragia Digestiva Alta en las emergencias Extra hospitalaria y urgencias hospitalarias. Se diferencian dos tipos de hemorragias según la causa que las produzcan; las varicosas, causadas por la rotura de varices esofágicas y las no varicosas, producidas por úlceras pépticas, tumores, lesiones de la mucosa gástrica, etc. La manifestación clínica de las hemorragias digestivas altas puede observarse a través de la hematemesis, las melenas, la hematoquesia o la rectorragia. El método diagnóstico de elección es la gastroscopia, y se complementa con los datos de una analítica obtenidos en laboratorio, la exploración física y la historia clínica del

paciente, puede confirmar así su existencia. La actuación enfermera lleva a cabo una serie de cuidados enfocados a aumentar la supervivencia del paciente, Las tres elecciones de tratamiento disponibles para solucionar esta complicación son: el Médico-farmacológico, el endoscópico o el quirúrgico. Una combinación de los anteriores puede hacer más efectivos el tratamiento.

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Iyemai (2012) "Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta". Objetivo: Identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y los tratamientos empleados y fundamentar la atención de enfermería. Se realiza un estudio de tipo retrospectivo con diseño de caso-control en el Hospital General Calixto García en el período Septiembre 2007 - 2011. Material y métodos: Se llevó a cabo mediante muestreo irrestricto aleatorio, obteniéndose 150 casos, 100 para casos y 50 para controles. Resultados: Los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino total de 75 pacientes para un 78.6 %, el antecedente de ingestión de alcohol; para un 50 % seguido del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en un 33.3%, antecedentes de úlcera péptica con 32 %; seguido de la diabetes Mellitus, e hipertensión arterial con un 26.6 % y 23.3 % respectivamente. Se manifestó

clínicamente como hematemesis–melena en un 42.6 % y solo hematemesis para 33.3 %; en cuanto a los resultados endoscópicos obtenidos la presencia de úlcera gástrica 49.3 % y gastritis erosiva 24.6 % fueron los más apreciados. El tratamiento médico y endoscópico fueron los más utilizados, presentando una mortalidad de 2.6%. Conclusiones: La atención de enfermería es de vital importancia para el manejo de estos pacientes. La valoración de enfermería se basa en la observación del paciente, el interrogatorio y la determinación de las repercusiones hemodinámicas, se actuará de forma rápida y eficiente, sin precipitación, y en función del estado del paciente se establecerá la prioridad de los cuidados de enfermería. Se concluye que la gastritis erosiva y la manifestación clínica de hematemesis más melena son factores que incrementan la morbimortalidad. (9)

MERO ROSADO, Ana Monserrate (2014) “Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2012 -2013 y propuesta de un protocolo actualizado de atención”. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia, identificar edad, sexo y comorbilidad que tienen los pacientes con esta patología y en base a un amplio marco teórico y análisis de las encuestas, se elaboró un protocolo actualizado de atención. La metodología fue de tipo retrospectivo y

descriptivo, consistió en un universo constituido por los 38325 de la que se obtuvo 134 pacientes que acudieron a emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano con hemorragia digestiva alta. Como resultado de esta investigación, fue la prevalencia de 0.3% pacientes, el grupo etario con mayor prevalencia fue de 61 – 80 años con el 35.8% (38 pacientes), el sexo masculino con 68% (91 pacientes) y femenino con 32% (43 pacientes), la comorbilidad fue hipertensión arterial con el 34%(49) diabetes mellitus con 16%(22), y cirrosis(18), con respecto a las características del evento hemorrágico los pacientes ingresaron con un volumen estimable leve con 51% (69) y moderado con 34% (46). La mortalidad fue de 9.7 % (13), con una recurrencia de 19% (26), de los 134 pacientes con hemorragia digestiva alta. Conclusiones: Se puede observar que los pacientes que fueron atendidos tuvieron una leve pérdida sanguínea con 51,5%, a diferencia del moderado con un 34,3% de pérdida sanguínea y por último el masivo posee un 9,7% de pérdida. (10)

ROMERO MONDALGO, Pritsy Mariney (2016) "Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica". El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional,

retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 64 pacientes como casos y 64 pacientes como controles según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin hemorragia digestiva alta. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de hemorragia digestiva alta fueron: el uso de AINES, la Edad Avanzada; p 65 años y el Alcoholismo; no se encontró asociación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y HDA en grupo de casos. Conclusiones: La Polifarmacia ((Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), el uso AINES, el Alcoholismo y la Edad Avanzada >65 años son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Úlcera Péptica. (11)

SOTO URQUIAGA, Laura Marisol (2015) "Factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa Hospital Belen de Trujillo 2009- 2013". Con el objetivo de determinar los factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, se seleccionó aleatoriamente dos grupos de 40 pacientes. El primero formado por pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa y con endoscopia alta fallecidos entre los siete días posteriores a su ingreso por emergencia al Hospital Belén de Trujillo durante los años 2009 y

2013. El segundo grupo estuvo conformado por pacientes con el mismo diagnóstico del grupo anterior sometidos a endoscopia alta pero que no murieron hasta siete días posteriores a su ingreso al establecimiento de salud en mención durante el mismo periodo de tiempo. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi² fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$). (12)

ROCA REYES, Juan Carlos (2016) "Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014". Objetivo: Determinar las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron informes de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), efectuadas en el servicio de Gastroenterología; se incluyeron los pacientes en los cuales se comprobó HDA mediante la realización de EDA. En estos casos se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales patológicos, sintomatología de la enfermedad actual y hallazgo endoscópico Resultados: De los pacientes que se han estudiado el 55% son de sexo masculino, la lesión endoscópica más frecuente que se encontró es gastritis erosiva con un porcentaje de 26%, con respecto a la edad tenemos que 55% representa a mayores de 60

años. La localización anatómica más frecuente se encontró a nivel gástrico y en la región del antro. El motivo de consulta más frecuente fue la melena. Conclusiones: Los factores asociados para el desarrollo de hemorragia digestiva alta, fue de patologías previas en un 32,5%; que podemos entender que debido a la población añosa que se encontró en el presente trabajo, ya que debido a su condición etaria se agregan otras enfermedades. (13)

SALVATIERRA LAYTEN, Gustavo Adolfo (2016) "Prevalencia de la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Periodo Junio-Noviembre 2015". Objetivo: Determinar la prevalencia de HDA asociado al uso de AINES. Materiales y Metodología: Trabajo prospectivo, descriptivo. Se evaluó pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que ingresaron a la unidad de hemorragia digestiva, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Se excluyeron a los pacientes con cirrosis y a los que presentaron sangrado de origen variceal. Resultados: Se evaluó, en 6 meses, a 147 pacientes (108 varones y 39 mujeres), todos en edad promedio de 63+/-17 años (rango: 18-94 años). 83 de ellos (56.5%) consumían AINEs, principalmente aspirina (51.8%), ibuprofeno (30%), diclofenaco (17%) y naproxeno (10%), piroxicam (10%); el 16% consumió simultáneamente más de un AINE. El

86.7% del grupo-AINES tenía más de 50 años. Los factores de riesgo determinantes fueron: el antecedente de HDA, enfermedad cardiovascular y reumatológica ($p \leq 0.001$). La úlcera gástrica fue más frecuente en el grupo-AINES 47 (56.6%) vs 27 (37%) $p < 0.05$. La presentación clínica (en el grupo-AINES) no se diferenció estadísticamente con el de otro grupo. El nivel de hemoglobina al ingreso y el número de transfusiones no fue significativamente diferente en ambos grupos. En el grupo AINES 45 (54.2%) presentaron lesiones digestivas que evolucionaron asintomáticas antes de sangrar. Conclusiones: La prevalencia de HDA no variceal asociada al uso de AINEs es alta en el HNERM, especialmente en el adulto mayor, siendo la lesión más importante la úlcera péptica, principalmente la gástrica. (14)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

a) Definición

Es una emergencia muy habitual y la forma de presentación depende de la cuantía y rapidez del sangrado así como de la localización de la lesión sangrante.

Se considera una hemorragia digestiva alta (HDA) cuando existe un sangrado vertido a la luz del tubo digestivo cuyo

origen se localiza por encima del ángulo de Treitz, es decir, en el esófago, estómago o duodeno.

Su gravedad es muy variable, y oscila entre pequeños sangrados digestivos sin repercusión general y sangrados masivos que comprometen la vida del individuo. (15)

b) Etiología

Las Hemorragias Digestivas Altas podemos dividirla en dos grupos, las varicosas y las No varicosas, dependiendo de las causas que les origine, ya que su manejo y mortalidad son diferentes: (16)

Causas más frecuentes:

- ❖ Úlceras gástricas
- ❖ Úlcera duodenal
- ❖ Varices esofágicas
- ❖ Desgarro de Mallory-weis.

Causas menos frecuente

- ❖ Lesiones de Dieulafoy
- ❖ Ectasias vasculares
- ❖ Gastropatía por hipertensión portal
- ❖ Ectasia vascular antral gástrica(estomago en sandia)
- ❖ Varices gástricas

- ❖ Neoplasia
- ❖ Esofagitis
- ❖ Erosiones gástricas

Causa raras

- ❖ Úlcera esofágica
- ❖ Duodenitis erosiva
- ❖ Fístula aortoentericas
- ❖ Hemofilia
- ❖ De origen pancreático
- ❖ Enfermedad de Crohn
- ❖ Ausencia de lesión identificable

c) Fisiopatología

La hemorragia digestiva alta tiene los fenómenos propios de toda pérdida sanguínea, pero además presenta algunas peculiaridades debido al paso de sangre al tubo digestivo. La hemorragia, sobre todo si es mayor de 500 cc, produce hipovolemia, con el consiguiente descenso del retorno venoso y presión arterial, lo cual activa mecanismos compensadores como el sistema renina-angiotensina-aldosterona, o la liberación de catecolaminas. Todo ello conlleva a una vasoconstricción periférica y un paso de líquido intersticial a la luz vascular; compensando el sangrado. Si el sangrado es persistente, este mecanismo

puede conducir a un shock hipovolémico. Por otro lado, la sangre en el tubo digestivo provoca un aumento del peristaltismo, las proteínas liberadas de la digestión de la sangre son metabolizadas por la flora intestinal bacteriana, liberándose grandes cantidades de amoníaco, que en el hígado será convertido en urea, elevándose sus niveles plasmáticos. En pacientes con daño hepático, que no pueden llevar a cabo esta transformación, el exceso de amoníaco en sangre provoca frecuentemente encefalopatía. (17)

d) Factores de riesgo

La HDA es auto limitada en la mayoría de los casos. Sin embargo, hasta en un 20% de casos la hemorragia persiste o recidiva tras el ingreso en el hospital, y es en este grupo de pacientes donde se concentra la mortalidad. Numerosos estudios han demostrado el valor predictivo de recidiva y de mortalidad de factores clínicos como el sexo, la edad avanzada, el antecedente de ingesta de alcohol, consumo de AINES y tabaco; además de la presencia de enfermedades concomitantes (cardiopatía, enfermedades reumatológicas, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, neoplasias no digestivas).¹⁸

Respecto al sexo, se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres.

El riesgo se incrementa marcadamente con la edad y en un estudio el factor de riesgo más determinante fue la edad mayor de 65 años ($p < 0.001$).

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 g en la mujer y 70 g en el hombre. La ingesta reciente de alcohol en grandes cantidades puede ocasionar gastritis erosiva y la ingesta crónica predispone la producción de várices esófago gástrico como expresión de cirrosis hepática e hipertensión portal.

El alcohol (más de 80 g al día) multiplica por 4 el riesgo de HDA en patología ulcerosa. Después de una inusual ingesta de alcohol, es probable que una hematemesis se deba a lesiones agudas de la mucosa gástrica.

Sólo el 15% de los bebedores excesivos constantes genera daño hepático crónico. La ingesta de alcohol es un factor clave en la mortalidad, inclusive el que ha desarrollado la enfermedad hepática y sigue bebiendo tiene mucha mayor mortalidad. (19)

Existen fármacos que se relacionan con la presencia de hemorragia digestiva alta como los AINES, que son los más

usados mundialmente en los últimos 15 años en la profilaxis secundaria de enfermedades vasculares y que son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y determinar un mayor riesgo de producir hemorragia digestiva alta. En el 2013, Salvatierra y Frisancho concluyen que el 54.1% de pacientes con hemorragia digestiva consumen antiinflamatorios. Este último estudio fue prospectivo y multicéntrico (Hospitales Rebagliati, Hipólito Únanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia del Perú), siendo los AINES más consumidos: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%). El 31% de los casos consumieron más de un AINE simultáneamente. 20

Se observa que la tercera parte de los pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta tienen antecedente de ingesta de AINES y son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, mayores de 75 años. Entre el 15 y el 30% de los enfermos expuestos a AINES desarrollan úlceras gastroduodenales; aunque las complicaciones como sangrado, perforación u obstrucción se presentarán en una proporción 10 veces menor. Aproximadamente, del 10 al 30% de los consumidores crónicos de AINES desarrollan úlcera péptica en 6 meses

de tratamiento continuo; además, el riesgo de sangrado digestivo se cuadruplica en relación a la población general. El ácido acetil-salicílico (AAS) multiplica por 2 el riesgo de sangrado o de perforación; no se evidencia diferencias con su presentación con cobertura entérica. Actualmente, tiene un gran impacto clínico por su uso abusivo. Tampoco se presentan diferencias con dosis entre 75 y 300 mg. Los usuarios simultáneos de AINES y antiagregantes, situación bastante común, presentan un riesgo 16.6 veces superior de HDA que la población general.

El consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas sanitarios de la sociedad actual. Al igual que el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más usadas en el ámbito mundial. En el Ecuador la prevalencia de vida del consumo de tabacos afecta al 51.6% de la población comprendida entre los 12 y 49 años, según la Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, realizada en 2015. El tabaco es un factor predisponente para las complicaciones ulcerosas.

Fumar más de 15 cigarrillos al día implica multiplicar por 3 el riesgo de perforación y sangrado por úlcera péptica.

La presencia de 4 o más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad por hemorragia digestiva que

puede llegar al 70%; además, los pacientes hospitalizados por otras causas tienen un mal pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante la hospitalización.

e) Clínica

Los signos y síntomas que se presenta en la HDA son la base de que una enfermedad tiene que ser diagnosticada y tratada. Clínicamente se presenta de diferentes formas dependiendo de la cantidad, la rapidez de sangrado y la localización de la lesión:

Hematemesis: Son vómitos con sangre. Existe la hematemesis franca, de color rojo brillante (indicativa de un sangrado en curso de cuantiosa intensidad) o bien los vómitos en “posos de café” (resto de sangre alterada por la secreción gástrica que adquiere un color negro).

Melenas: Son deposiciones de heces negras y brillantes, malolientes y pegajosas, de una consistencia pastosa. Para que se produzca la sangre ha de haber permanecido en el tubo digestivo ocho horas y al menos requiere de 60 – 100 ml de sangre en el estómago.

Hematoquecia: Emisión de sangre roja fresca por el ano, sola o mezclada con deposiciones. Suele indicar

Hemorragia Digestiva Baja, aunque la HDA masiva si el tránsito es rápido y las pérdidas importantes (más de 1L en menos de 1 hora).

Rectorragia: Expulsión de sangre roja por el ano. Suele indicar hemorragia digestiva en recto y tramos distales del colon. En menos frecuencia indica HDA cuando el sangrado es muy intenso y el tránsito muy rápido.

La Organización Mundial de Gastroenterología acepta como criterio diagnóstico de HDA la referencia por parte del paciente de vómitos con sangre frescas o con coágulos. Cuando el propio enfermo o sus familiares refieren vómitos o en “posos de café” y/o melenas, exige su comprobación por parte del personal sanitario cualificado.

f) Diagnóstico

El mejor método de exploración de elección para el diagnóstico de la HDA es la gastroscopia, con ella se puede informar del pronóstico y aplicar tratamiento terapéutico. La endoscopia digestiva alta identifica la lesión causante de la hemorragia y debe realizarse una vez el paciente esté estable.

La endoscopia ha de realizarse tan pronto como sea posible, en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario.

Se aconseja en las primeras 8 horas de inicio de la hemorragia, para que su eficacia diagnóstica sea mayor y se considera como ideal la endoscopia precoz realizada dentro de las 6 horas tras el ingreso. Cuanto menor sea el tiempo en el que se realiza, más posibles beneficios pueden obtenerse: la reducción del tiempo y los costes de hospitalización, disminuye la recidiva, la cirugía y la mortalidad en pacientes de alto riesgo al aplicar tratamiento hemostático. (21)

Utilizamos la clasificación de Forrest (en úlceras pépticas) para pronosticar el riesgo de sangrado o recidiva hemorrágica, este se correlaciona con las diferentes características de las lesiones endoscópicas observadas, y permite así seleccionar a los pacientes candidatos para el tratamiento endoscópico. En el caso de la HDA por varices esófago-gástricas la endoscopia ha de realizarse sin haber superado las 12 horas de inicio de la hemorragia.

Otros métodos diagnósticos empleados cuando la gastroscopia no puede realizarse son, la arteriografía del tronco celíaco (se puede observar extravasaciones de contraste que localizan el punto sangrante cuando la hemorragia está activa en el momento de la exploración) y la cirugía, si el paciente está hemodinámicamente

inestable. También la tomografía axial computarizada o TAC y la ecografía abdominal sirven para descartar posibles lesiones pancreáticas.

La endoscopia está contraindicada en: infarto agudo de miocardio, inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria grave, coma (hasta la protección de la vía aérea), postoperatorio reciente (<7 días) del tracto digestivo superior, perforación de víscera hueca, pacientes que no colaboren.

Si se da una hemorragia masiva o shock se valora la cirugía urgente con endoscopia preoperatoria y si hay una perforación u obstrucción intestinal hay que realizar radiografías de tórax o abdomen previo a la endoscopia.

Los datos del laboratorio de una analítica nos dan información para confirmar la HDA: los parámetros de la serie roja (hematocrito, hemoglobina y recuento de hematíes) disminuyen ante una pérdida aguda de sangre, causando una anemia normo crónica normocítica. Estos valores carecen de valor hasta pasadas 6-24 horas del comienzo de la hemorragia. El riesgo de sufrirla aumenta cuando el número de plaquetas es inferior a 10.000/ μ l y es necesario valorar con la coagulación el riesgo de hepatopatía crónica. Los índices de urea plasmática

edad, el estado circulatorio, las enfermedades asociadas, el diagnóstico endoscópico y los signos de hemorragia reciente.

Hemorragias digestivas altas no varicosas

Los fármacos empleados en estos casos son: los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, pantoprazol, esomeprazo), son fármacos antisecretores que se utilizan para elevar el pH gástrico y mantenerlo por encima de 6, de esta forma se acelera la cicatrización de la úlcera, y por eso en la HDA por VE no son tan necesarios. Se administra por vía endovenosa (EV), un bolo de 80 mg y seguido una perfusión de 8 mg/h disuelto en suero salino fisiológico (SSF), cambiándolo cada 12 horas. Se debe poner previo a la endoscopia y reduce el sangrado y la necesidad de tratamiento endoscópico.

La administración de somatostatina y octreótido, aunque no empleada ni recomendada en la práctica clínica de la HDA por úlcera péptica, puede ser útil como tratamiento adyuvante antes de la endoscopia, cuando no es posible realizarla o está contraindicada.

La suspensión prolongada de antiagregantes (AAS y clopidogrel) en estos pacientes produce un aumento de la mortalidad asociada a complicaciones de la patología

cardiovascular de base, por ello se ha de reiniciar el tratamiento lo antes posible. Es recomendable en pacientes anticoagulados suspender los dicumarínicos (acenocumarol y warfarina), y poner vitamina K si el paciente está estable o concentrados del complejo protombínicos (Protomplex) si el paciente está inestable, ya que su acción es inmediata.

Tras la endoscopia se inicia el tratamiento con IBP por vía EV si previamente no se ha hecho, ya que se reduce el riesgo de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad.

Los pacientes que hayan sufrido una HDA, al ser dados de alta han de tratarse con IBP durante la pauta farmacológica que establezca el médico, y aquellos que estén tratados con AAS o AINES el tratamiento será mantenido.

Hemorragias digestivas altas varicosas

Los fármacos vasoconstrictores son de elección inmediata en este tipo de hemorragias, y hay que aplicarlos cuanto antes, bien en el traslado hacia el hospital o desde la llegada a urgencias:

Tratamiento endoscópico

Para poder realizar la endoscopia es imprescindible disponer de un lugar adecuado y de personal autorizado y

entrenado para ello, médicos y enfermeros experimentados para la preparación y asistencia en la endoscopia terapéutica.

Tratamiento preendoscópico: Usar procinéticos (eritromicina y metoclopramida) por vía EV en pacientes seleccionados, ya que mejora el tránsito intestinal aumentando la velocidad del vaciado gástrico, la función de los esfínteres y puede aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia.

2.1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de desequilibrio de volumen de Líquidos R/C pérdidas excesivas a través de vómitos y diarreas.

Criterio de Evaluación: Durante el turno el paciente mejorará su equilibrio hidroelectrolítico.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Control de funciones Vitales.
- ✓ Evaluar los signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolíticos
- ✓ Administrar electrolitos prescritos en la Historia Clínica.
- ✓ Balance Hídrico Estricto.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (catéter endovenoso, transfusión sanguínea).

Criterio de Evaluación: Durante el turno el paciente no presenta ningún signo de infección.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Monitorizar funciones vitales
- ✓ Vigilar signos de alarma.
- ✓ Mantener catéter endovenosos permeable.
- ✓ Vigilar constantemente al paciente durante la transfusión del paquete globular.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la perfusión tisular periférico R/C disminución de la concentración de hemoglobina en sangre.

Criterio de Evaluación: Paciente mantiene una adecuada perfusión tisular periférica con las intervenciones de enfermería.

.Acciones de Enfermería:

- ✓ Valoración del estado de conciencia a través de la escala de Glasgow y pupilas.
- ✓ Monitorear y controlar funciones vitales.

- ✓ Canalizar vía endovenosa periférica y administrar Cloruro de Sodio al 9%.
- ✓ Mantener vía permeable
- ✓ Administración de oxígeno.
- ✓ Coordinar toma de muestra de sangre monitorear gases arteriales y electrolitos, hemoglobina, perfil de coagulación y otros que requiera el paciente.
- ✓ Transfundir paquete globular.
- ✓ Control de B.H.E.

Diagnóstico de Enfermería:

Intolerancia a la actividad física R/C debilidad generalizada

Criterio de Evaluación: Durante su estadía paciente incrementa paulatinamente sus actividades físicas.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Proporcionar las condiciones necesarias para permanencia en reposo del paciente.
- ✓ Vigilar presencia de fatiga excesiva.
- ✓ Asegurar un adecuado aporte de calorías
- ✓ Proporcionarle equipos de ayuda para ahorro de energía.
- ✓ Control hematológico Diario.
- ✓ Medir signos vitales en cada turno.

Diagnóstico de Enfermería:

Ansiedad R/C cambio en el estado de salud e/v por preocupación

Criterio de Evaluación: Paciente disminuye su nivel de ansiedad con apoyo del personal de salud.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Valorar el nivel de ansiedad: leve, moderado, grave.
- ✓ Brindar seguridad y confianza al paciente.
- ✓ Informar al paciente sobre su enfermedad y los procedimientos a realizar
- ✓ Enseñar al paciente técnicas de relajación: respirar lento profundo y rítmico.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit del autocuidado Baño / Higiene R/C debilidad muscular e/v reposo en cama.

Criterio de Evaluación: Paciente mantiene una adecuada higiene.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Educar al paciente y familiar sobre las medidas de higiene personal.
- ✓ Apoyar al paciente en el aseo personal.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones.

Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial:

- N. de respirar.
- N. de beber y comer.
- N. de eliminar.
- N. de moverse y mantener una buena postura.
- N. de dormir y descansar.
- N. de vestirse y desvestirse.
- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- N. de evitar los peligros

- N. de comunicarse.
- N. según sus creencias y sus valores.
- N. de ocuparse para realizarse.
- N. de recrearse.
- N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

d) Rol de enfermera:

Es un rol de suplencia ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones:

El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera

consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas:

Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería:

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Hemorragia:** Salida de sangre de las arterias, las venas o los capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en gran cantidad.
- b) **Digestivo:** Transformación, en el aparato digestivo, de un alimento en sustancias que el organismo asimila (relativo al aparato digestivo).
- c) **Alta:** Término anatómico diferencial de baja.

- d) **Hematemesis:** Es el vómito de sangre. El color del contenido vomitado dependerá del tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia hasta el momento de la hematemesis.
- e) **Melena:** Es la salida de sangre por el ano, en forma de una deposición de color negro brillante, pastosa mal oliente. Suele indicar un origen alto de la hemorragia y se debe a la transformación de la hemoglobina en hematina en el tracto gastrointestinal.
- f) **Enterorragia:** Indica una hemorragia de origen intestinal sin especificar su lugar de origen.
- g) **Hematoquezia:** Es una deposición con sangre pura, roja, con o sin coágulos, con o sin materia fecal. La presencia de coágulos indica cierto retardo en la evacuación. Generalmente se trata de hemorragias del colon distal y recto. Cuando tienen un origen más alto indican una aceleración del tránsito.
- h) **Proctorragia:** Es sangre rutilante, roja, no mezclada con materias fecales. La mayor parte de las veces observada con la defecación o al asearse el paciente. La existencia de coágulos indica cierto retardo en la ampolla rectal.
- i) **Sangre oculta:** Sangre en materia fecal no detectable macroscópicamente siendo necesaria su investigación por el laboratorio.

j) Hemorragia visible: La que se exterioriza por pérdidas de sangre por vía oral (hematemesis) o por vía rectal (melena, hematoquezia, proctorragia). Lo contrapuesto es hemorragia digestiva oculta.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria para la cual se hizo la revisión de los libros de ingreso de emergencia como de historias clínicas de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente trabajo académico se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio a fin de tener acceso a los libros de registros e historias clínicas.

Recolección de datos: Para la recolección de datos la técnica que se utilizará la revisión documental y el instrumento será datos estadísticos e historia clínica. También se obtuvieron datos del área de estadística para ver los casos por semestres ingresados en el Hospital.

Procesamiento de datos: Luego de concluida la recolección de datos, estos serán procesados en forma manual y mediante el uso de paquete estadístico Microsoft Excel y SPSS versión 20.0.

Resultados: Los resultados fueron analizados e interpretados en tablas de frecuencias absolutas y porcentajes.

Análisis e interpretación de resultados: Los datos se revisaron, codificaron y se ingresaron a una base de datos.

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

– Recuento de la experiencia profesional

Mi desempeño Profesional en el Hospital II Es Salud Cañete inicia en el mes de Junio del año 2002, luego de haber prestados mis labores en diferentes Centros de Salud perteneciente al MINSA, observando que el desempeño laboral y profesional no iba acorde a mis paradigmas éticos profesionales, lo que motivaría mi renuncia para así poder postular a una vacante de enfermería en un Centro Hospitalario y poder poner en práctica en mis pacientes la amplia gama de conocimientos asistenciales directamente a los pacientes críticos ya que durante mis años académicos tome mayor énfasis en la asistencia de urgencias y emergencias, ante tales hechos me vengo desarrollando en el servicio de emergencia shock trauma y UVI por un período de 15 años ininterrumpidos demostrando puntualidad, organización, observancia de protocolos y alto nivel profesional, participación constantes de congresos, cursos presenciales, diplomados etc.

– Descripción del área laboral: El servicio de Emergencia se ubica en la parte izquierda del Hospital II Cañete-ESSALUD, tiene una

puerta principal de ingreso, en el cual ingresan las ambulancias, autos y el personal que la labora en la Institución, fue construido en año 1996.

– **Organización:** El servicio de emergencia del Hospital II Cañete se encuentra a cargo una Jefa de enfermera del servicio.

– **Recursos humanos:** En el servicio de emergencia de Es Salud II Cañete trabajan:

2 licenciados asistenciales

1 licenciada administrativa

2 técnicos de enfermería

1 médico por cada especialidad: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría.

1 tecnólogo en radiología

1 tecnólogo laboratorista

1 personal de vigilancia

1 personal de limpieza

1 terminalista que recepciona al paciente cuando ingresa con su debida identificación, entregando la hoja suscinta para su atención.

– **Infraestructura:**

Triage: Es atendido por enfermeras (os) en turno con ayuda de un técnico de enfermería.

Área de admisión: Es un área administrativa donde se verifica la documentación de los pacientes y se entrega la hoja sucinta de historia clínica, análisis de resultado de laboratorio, rayos x, ecografías.

Tópico de inyectable e hidratación: Cuenta con una enfermera por turno en forma rotativa con ayuda de un personal técnico de enfermería.

Unidad de trauma shock: Es atendido por enfermeros(as) de turno con ayuda del personal técnicos de enfermería y se comunica al médico en turno según la emergencia y /o se toca un timbrado de EMERGENCIA donde acuden el personal en forma inmediata. Cuenta con una capacidad para 1 paciente con cama de prioridad de grado de dependencia II, III y IV, con un monitor completo en frecuencia cardiaca, presión arterial saturación de oxígeno, electrocardiograma frecuencia respiratoria, temperatura en esta unidad, se brinda cuidados a pacientes en estado crítico, se realizan procedimientos de RCP básico y avanzado entubación TET y se conecta a ventilación mecánico portátil una vez que el paciente es estabilizado el medico indica que el paciente debe pasar a UVI o sala de observación y/o hospitalización.

Materiales biomédicos:

- ✓ Un coche para cardiorrespiratorio
- ✓ Monitor cardíaco con desfibrilador
- ✓ Ventilador mecánico
- ✓ Un balón de oxígeno
- ✓ Una vitrina para material biomédico
- ✓ Equipo para aspiración
- ✓ Equipo para toma EKG
- ✓ O2 balones chicos de oxígeno para transporte de pacientes a otra unidad, etc.

– Prestaciones:

Tópicos: En el servicio de emergencia cuenta con consultorio Medicina, Ginecología, cuenta con su ecografía portátil, Pediatría, Cirugía General donde se realiza intervenciones de cirugía menor y realiza interconsulta tanto para traumatología, oftalmología y al otorrinolaringólogo.

En esos tópicos acuden médicos al llamado con su respectiva especialidad apoyado por un enfermero(a) responsable y técnica de enfermería en turno.

Se brinda atención a pacientes con prioridad II o III. Los enfermeros asisten a los médicos en los procedimientos como:

Suturas, curaciones, colocación de sondas vesical, colocación de catéter venoso central, enyesados y férulas.

Sala de observación y hospitalización: Está compartido en 3 ambientes. La primera sala es para observación u hospitalización de pediatría con una capacidad de 3 cunas más una cama, la segunda y tercer sala es para adultos con una capacidad para 8 camas los pacientes son evaluados las 24 horas del día por el equipo multidisciplinario hasta su alta y/o hospitalización en los diferentes servicios ya mencionados o a centro quirúrgico. Algunos pacientes permanecen más de 24 horas por que necesitan continuar su tratamiento en otro nivel de atención o ser referidos a hospital de mayor nivel.

Unidad de Vigilancia Intensiva: Se brinda atención a pacientes en estado crítico que requieren vigilancia continua y atención especializado durante las 24 horas del día, cuenta con 3 camillas cada uno de ella con su respectivo monitor, una bomba de infusión y un balón de oxígeno.

La unidad de vigilancia intensiva cuenta con 2 ventiladores mecánicos operativos y un ventilador chico para transporte de pacientes en ambulancia cuando es referido a otro hospital de mayor nivel.

El servicio de emergencia cuenta con 2 ambulancias operativas equipadas con un balón de oxígeno más un ventilador mecánico portátil y un monitor para control de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca se transporta paciente referidos en estado críticos y postrados citados a hospital de mayor nivel, comandado por enfermera más un personal técnico de enfermería.

– **Funciones desarrolladas en la Actualidad**

a) Área asistencial

- Encaminada a apoyar al individuo en la recuperación de sus salud, en ayudar a incrementar la salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.
- Dentro de la Unidad de Emergencia todas las enfermeras administran medicamentos, realizan curaciones y dar cuidados de enfermería a cada uno de los pacientes.
- Realizamos cateterización de vías periféricas.
- Toma de muestras (AGA, sanguínea).
- Administración de tratamiento.
- Curación de heridas, úlceras de presión de diferentes grados.
- Colocación de sondas (nasogástricas, vesical, rectal).
- Toma de electrocardiograma

- Control de signos vitales.
- Cuidados propios de enfermería en pacientes de sala de observación.
- Cuidados propios de enfermería dentro del área de shock trauma.
- Cuidados propios de enfermería dentro del área de hidratación.
- Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:
 - Atender las necesidades básicas.
 - Aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

- ✓ Ingresó el paciente después de haber sido acreditado por el personal de computo, de acuerdo al estado físico del paciente y de haber controlado sus funciones vitales es dirigido para ser atendido por tópico de medicina o directamente a shock trauma
- ✓ Se brinda cuidados inmediatos de acuerdo a la guía de prácticas Clínicas para la evaluación y el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta 2015 elaborado por el equipo multidisciplinario de la Red de Rebagliati siendo distribuidos posteriormente

- ✓ Para la implementación de esta guía Práctica conformaron un equipo liderado por la enfermera coordinadora del servicio de emergencia un médico internista y tecnólogo de laboratorio planificando y coordinando una capacitación para el personal de salud de los diferentes servicios del Hospital.
- ✓ Con esta capacitación que se desarrolló en un día, se pretendió:
 - *Poner a disposición las herramientas adecuadas que faciliten el desempeño de sus funciones y la toma de decisiones.
 - *Comprometer y promover la utilización de la Guía Práctica.
 - *Unificar criterios para la atención.
 - *Mejorar la calidad de atención del paciente.
- ✓ Se realiza supervisiones de Evaluación verificando el cumplimiento de la aplicación de las Guías semestralmente.
- ✓ El Gastroenterólogo tiene programado dos veces a la semana el procedimiento de Endoscopia.
- ✓ El Hospital II Cañete no cuenta con Banco de Sangre motivo por el cual el Jefe de Emergencia realizo coordinaciones para el aumento de paquetes globulares.
- ✓ El Paciente con HDA después de haber sido estabilizado es transferido a hospitalización de medicina, UVI o si lo requiere es referido a un hospital de mayor complejidad en nuestro caso es al Hospital Rebagliati.

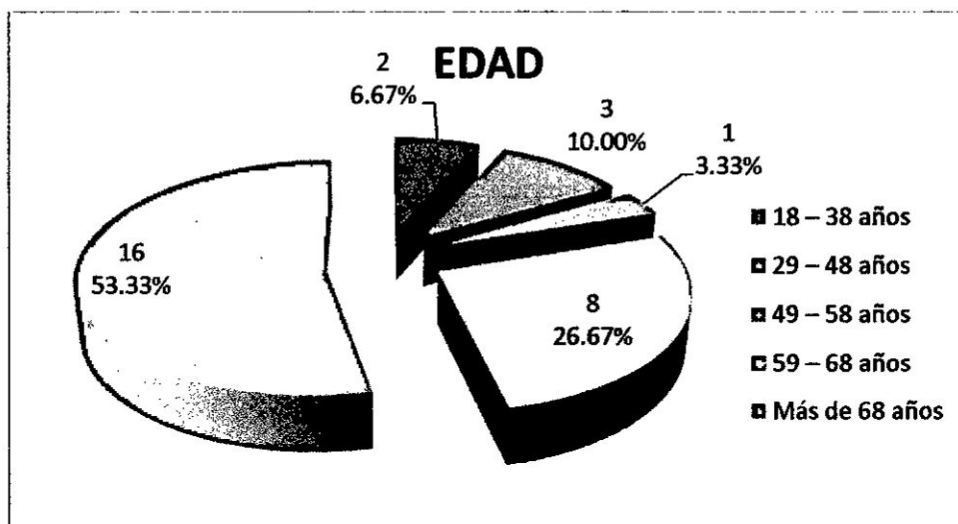
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1
EDAD DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE, 2015

GRUPO DE EDAD	N°	%
18 – 38 años	2	6.67
29 – 48 años	3	10.00
49 – 58 años	1	3.33
59 – 68 años	8	26.67
Más de 68 años	16	53.33
TOTAL	30	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.1



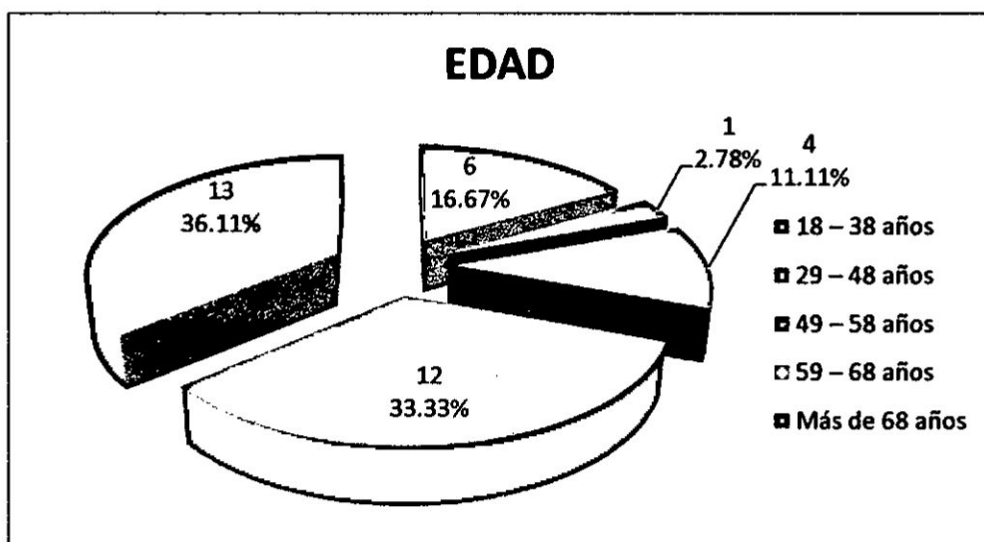
En el cuadro 4.1 podemos observar que la mayoría de pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar HDA en el año 2015 fueron del grupo de edad de Más de 68 años de edad y representa el 53.33% y una minoría de pacientes tuvieron edades que oscilaban de 49 a 58 años representando el 3.33%.

CUADRO 4.2
EDAD DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE, 2016

GRUPO DE EDAD	N°	%
18 – 38 años	6	6.67
29 – 48 años	1	10.00
49 – 58 años	4	3.33
59 – 68 años	12	26.67
Más de 68 años	13	53.33
TOTAL	46	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.2



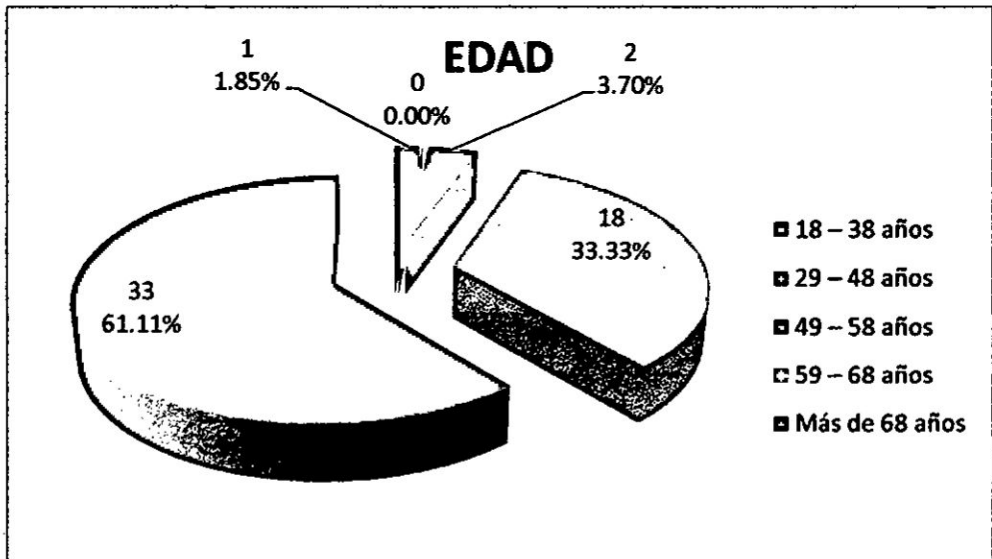
En el cuadro 4.2 podemos observar que la mayoría de pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar HDA en el año 2016 fueron del grupo de edad de Más de 68 años de edad y representa el 36.11% y una minoría de pacientes tuvieron edades que oscilaban de 29 a 48 años representando el 2.78%.

CUADRO 4.3
EDAD DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE, 2017

GRUPO DE EDAD	N°	%
18 – 38 años	1	1.85
29 – 48 años	0	0.0
49 – 58 años	2	3.70
59 – 68 años	18	33.33
Más de 68 años	33	61.11
TOTAL	54	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.3



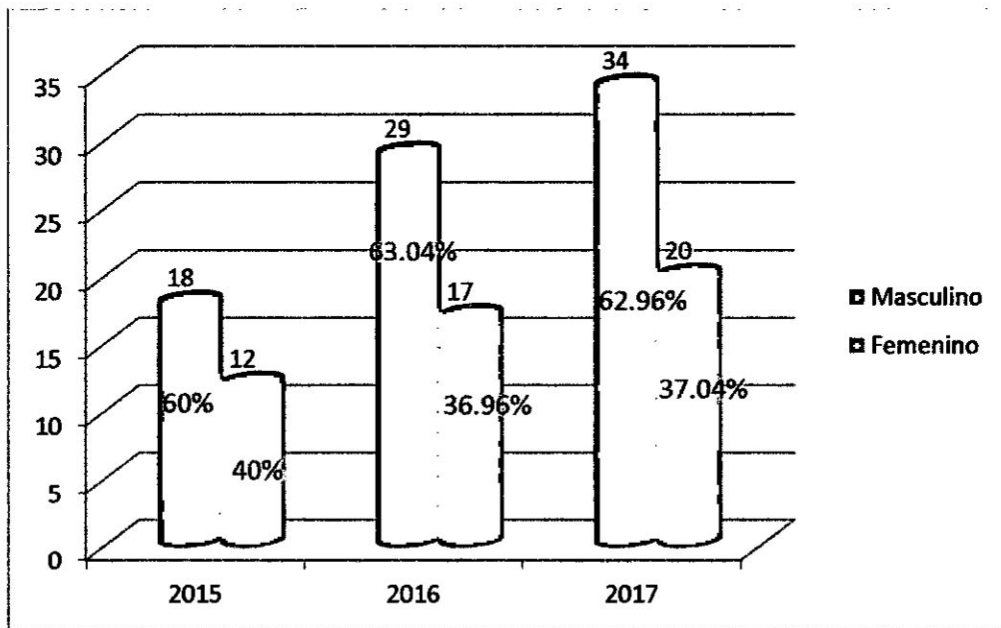
En el cuadro 4.3 podemos observar que la mayoría de pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar HDA en el año 2017 fueron del grupo de edad de Más de 68 años de edad y representa el 61.11% y una minoría de pacientes tuvieron edades que oscilaban de 18 a 38 años representando el 1.85%.

CUADRO 4.4
SEXO DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE, 2017

AÑO	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
2015	18	60.00	12	40.00	30	100.0
2016	29	63.04	17	36.96	46	100.0
2017	34	62.96	20	37.04	54	100.0

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.4



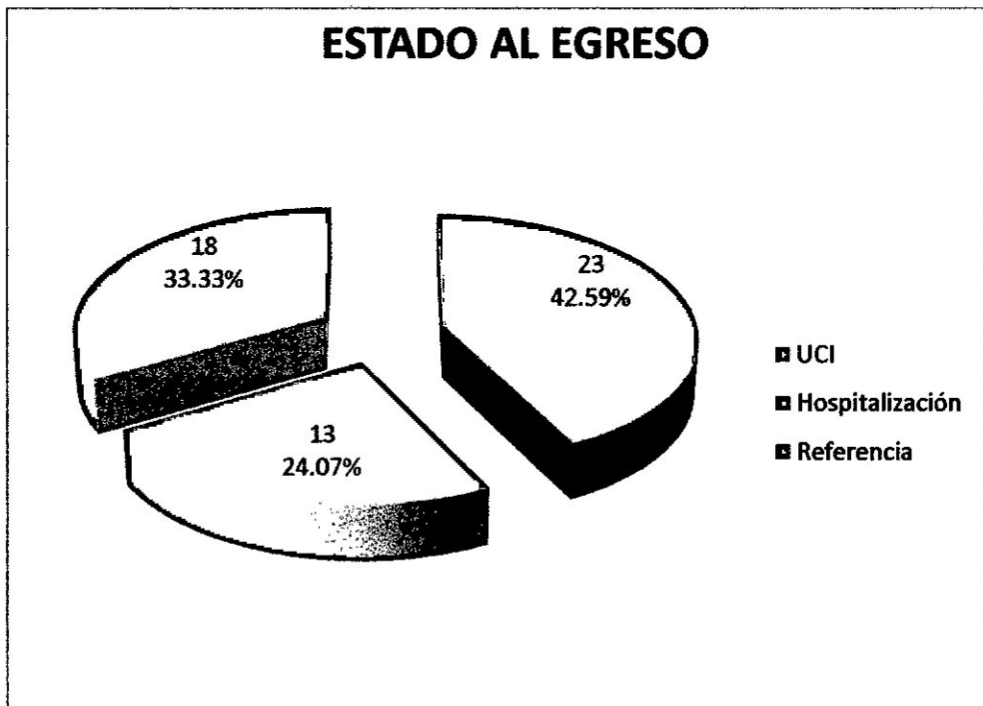
En el cuadro 4.4 podemos observar que de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar hemorragia digestiva alta la mayoría fueron del sexo masculino con un 60%, 63.04% y 62.96% para los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente y por pacientes del sexo femenino con un 40%, 36.96% y 37.04% para los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente.

CUADRO 4.5
ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESAR DE LA SALA DE
EMERGENCIA POSTERIOR A HDA DEL HOSPITAL II CAÑETE,
2017

ESTADO AL EGRESO	N°	%
UVI	23	42.59
Hospitalización	13	24.07
Referencia	18	33.33
TOTAL	54	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.4



En el cuadro 4.5 podemos observar que de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar HDA el 42.59% pasó a UVI, el 29.63% fue hospitalizado y el 27.78% fue referido.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuna y segura al paciente.
- b) La hemorragia digestiva alta es una patología de pronóstico bueno; que demanda gran inversión de recursos económicos, humanos y tiempo para su manejo y control, además de presentar una mortalidad mínima.
- c) La enfermera en su actuación tiene que ser organizada, aséptica y registrar cada acto llevado a cabo. Al igual que informar al paciente de cada procedimiento a realizar.
- d) Los pacientes que acudieron al servicio de Emergencia por presentar HDA se observa que la mayor concentración son adultos mayores con predominio en los varones.
- e) Los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar HDA el 42.59% pasó a UVI, el 29.63% fue hospitalizado en Medicina y el 27.78% fue referido a un hospital de mayor Nivel.

VI. RECOMENDACIONES

a) A los profesionales:

El personal de enfermería de emergencias se centrará en la estabilización hemodinámica del paciente, en función de su gravedad.

Es más importante que diagnosticar el tipo de hemorragia.

b) A la institución:

Tener un equipo multidisciplinario capacitado en hemorragia digestiva alta, y en todas las emergencias que lleguen a nuestro hospital.

c) Al servicio:

Es necesario unificar criterios y aplicar las guías de Prácticas Clínicas de las hemorragias digestivas altas, para mejorar la calidad asistencial, disminuir el tiempo de estancia, los costes sanitarios y facilitar al personal de enfermería la actuación específica que tiene que llevar a cabo en cada situación.

VII. REFERENCIALES

1. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Br Med J* 1995; 311:222-6. 2-
2. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a metaanalysis. *Lancet* 2002; 359:14-22.
3. Turon F, Casu S, Hernandez-Gea V, García-Pagán JC. Variceal and other portal hypertension related bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013; 27: 649-64.
4. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2013; 368:11-21.
5. Farooq FT, Lee MH, Das A, Dixit R, Wong RC. Clinical triage decision vs risk scores in predicting the need for endotherapy in upper gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med Gastro One.* 2012; 30(1):129–34.
6. De Ramon B. Implementacion de un protocolo de alta precoz en pacientes con Hemorragia digestiva alta y bajo riesgo de resangrado. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona 2004

7. Jaime Avarado B Maestros de la Endoscopia en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2004; 19:167-169.
8. Muñoz G. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2013
9. Rodríguez I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. 2012
10. Mero A. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2012 -2013 y propuesta de un protocolo actualizado de atención. (Tesis para optar el grado de magíster en emergencias médicas) Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. 2014
11. Romero P. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano) Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. 2016
12. Soto L. Factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa Hospital Belén de Trujillo 2009- 2013. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano) Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. 2016
13. Roca J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano) Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. 2016

14. Salvatierra G. Prevalencia de la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Periodo Junio-Noviembre 2015. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano) Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. 2016
15. Pérez FJM. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. *Emergencias*. 2005; 17:S40-S49
16. Vargas Tank, L. Hemorragia digestiva alta. En: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Weitz JC, Berger Z, Sabah S y Silva H editores. Editorial Iku, Santiago de Chile, 2002; pp: 29-35.
17. Wara P. Incidence, diagnosis, and natural course of upper gastrointestinal hemorrhage. Prognostic value of clinical factors and endoscopy. *Scand. J. Gastroenterol*. 2007; 137
18. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2003; 26(2):70-85.
19. Balanzó Tintoré J, Villanueva Sánchez C. Hemorragia Digestiva Alta. In: Calvet Calvo X, Almela Notari P, editors. *Tratado de las Enfermedades Digestivas*. Ed. Médica Panamericana; 2009. p. 71–81.

20. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA*. 2012; 307(10):1072–9.
21. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc*. 1981; 27(2):80–93.
22. Wara P, Stødkilde H. Bleeding pattern before admission as guideline for emergency endoscopy. *Scand J Gastroenterol*. 1985; 20(1):72–8.
23. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc*. 1981; 27(2):94–102.
24. Wara P. Endoscopic treatment of bleeding peptic ulcer. *J. Gastroenterol. Hepatol. [Internet]*. 1990; 5 (Suppl 1):22–31.

ANEXOS

ANEXO N° 01

GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA EVALUACION Y MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ESSALUD

(Versión Corta)

1. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las personas con Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

2. OBJETIVOS

- Establecer recomendaciones basadas en evidencias para una adecuada evaluación y manejo de los pacientes adultos con HDA.
- Contribuir a reducir las complicaciones en pacientes adultos con HDA.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La guía está dirigido al personal médico y no médico que participa en la atención multidisciplinaria del paciente adulto con HDA. Las recomendaciones serán aplicadas por médicos generales, emergenciólogos, gastroenterólogos, internistas, intensivistas, cirujanos generales, radiólogos, médicos residentes de las diversas especialidades, médicos gestores, enfermeras y personal técnico, en todos los niveles de atención de Essalud.

4. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- Evaluación y manejo de la HDA
 - a) Nombre y código de CIE 10
- Hemorragia Gastrointestinal sin especificar (K92.2)
- Hematemesis (K90.0)
- Melena (K92.1)

5. CONSIDERACIONES GENERALES

a) DEFINICION.

Se denomina hemorragia digestiva alta (HDA) al escape de sangre hacia el lumen del tubo digestivo, entre el esófago alto y el ángulo de Treitz. Es una causa frecuente de consulta y de hospitalización en Servicios de Urgencia y uno de los principales motivos de ingreso con elevada mortalidad.

b) ETIOLOGIA

La HDA se suele dividir en dos tipos: variceal y no variceal. La mayoría de casos de HDA son de tipo no variceal, lo cual incluye úlceras pépticas, enfermedades erosivas de la mucosa, síndrome de Mallory-Weiss, entre otras condiciones menos frecuentes (1,2).

La HDA de origen variceal se subdivide a su vez de acuerdo a la localización de las várices sangrantes en HDA de várices esofágicas y HDA de várices gástricas.

c) FISIOPATOLOGIA

Los mecanismos fisiopatológicos varían dependiendo de la causa subyacente.

d) ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica relativamente frecuente, habiéndose estimado una incidencia anual de 40 a 150 casos por 100 000 personas (1, 2). La incidencia de HDA es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad (3).

e) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

HDA variceal: Las várices esofágicas se presentan en pacientes con cirrosis. Los factores de riesgo para que se presente sangrado activo de estas várices son tener un gradiente de

presión venosa hepática >20mmHg, Child Pugh C e infecciones activas (4).

HDA no variceal: Los factores de riesgo principales para HDA no variceal son la infección por *Helicobacter pilory*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y el uso de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios

6. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

a.- CUADRO CLINICO

i. Signos y síntomas

Los signos de la HDA son la melena, hematemesis o hematoquezia. Los síntomas que acompañan a estos signos varían dependiendo de las causas subyacentes.

Tabla N° 1

Condiciones clínicas	Síntomas
Úlceras pépticas	Dolor en epigastrio
Úlceras Esofágica	Odinofagia, reflujo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory_Weiss	Vómitos, tos previo al sangrado
Hemorragia variceal /gastropatía por hipertensión portal	Ictericia, ascitis
Neoplasia Maligna	Disfagia, llenura precoz, perdida involuntaria de peso, caquexia.

b.- DIAGNÓSTICO No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

c. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

i. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS –

Valoración de riesgo de HDA

Recomendación:

1.- En pacientes con sospecha de HDA y un puntaje menor a dos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia.

(Recomendación débil a favor)

Puntos de buena práctica clínica:

2. Los pacientes dados de alta sin endoscopia, serán informados sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y serán orientados sobre las acciones a realizar en dichos casos.

3. Los pacientes con puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford serán evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.

4. Los pacientes con puntaje menor o igual a dos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente luego de la endoscopia

TERAPEUTICA

Manejo inicial de pacientes con HDA –

Necesidad de Transfusión

Recomendación:

1. En pacientes con HDA recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL.

(Recomendación fuerte a favor)

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con enfermedad cardiovascular (síndrome coronario agudo, enfermedad cardiaca isquémica crónica, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, o enfermedad vascular

periférica): realizar transfusión de glóbulos rojos cuando la hemoglobina sea menor a 9 g/dL.

3. En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hidrodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.

- Inhibidores de bomba de protones y otras medidas

Recomendación:

1. En pacientes con HDA, sugerimos que antes de la realización de la endoscopia digestiva alta se brinde omeprazol IV 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora.

(Recomendación débil a favor)

Puntos de buena práctica clínica:

2. La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopia.

3. En pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida, se puede colocar sonda de SengstakenBlakemore.

4. En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada administrar octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 microgramos seguido de infusión de 50 microgramos/hora durante 5 días.

- Endoscopia Alta

Puntos de buena práctica clínica:

1. En pacientes con HDA que tengan un puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización. **(Recomendación débil a favor)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica.

3. En pacientes con alta sospecha de sangrado activo (manifestado por signos como inestabilidad hemodinámica que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica, o hematemesis intrahospitalaria) o con contraindicación a la interrupción de la anticoagulación: se sugiere que la endoscopia digestiva alta se realice dentro de las 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica.

Terapia Dual

Recomendación:

1. En pacientes con HDA no variceal, recomendamos usar terapia dual (es decir, adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica) en vez de usar monoterapia con adrenalina. **(Recomendación fuerte a favor)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA no variceal, realizar hemostasia endoscópica solo a quienes tienen estigmas de hemorragia reciente en la endoscopia (Forrest Ia, Ib, o IIa; así como Forrest IIb en los que al retirar el coágulo hayan presentado sangrado compatible con Forrest Ia, Ib, o IIa).
3. En pacientes con HDA no variceal en los que el sangrado no puede controlarse endoscópicamente, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.
4. En pacientes con HDA no variceal que han requerido tratamiento hemostático, seguir brindando omeprazol IV 40mg cada 12 horas, por 72 horas post-endoscopia, o hasta iniciar omeprazol VO.

Manejo de HDA no variceal

- Seguimiento Endoscópico

Recomendación:

1. En pacientes con HDA no variceal, recomendamos no realizar seguimiento endoscópico de rutina. **(Recomendación débil en contra)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que realizó la primera endoscopia tenga dudas sobre la adecuada hemostasia.

- Resangrado

Recomendación:

1. En pacientes con HDA no variceal que resangra, recomendamos realizar como primera opción una segunda endoscopia con posibilidad de terapia hemostática, en vez de cirugía. (**Recomendación fuerte a favor**)

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA no variceal que resangra, en los que el sangrado no pueda controlarse con la segunda hemostasia endoscópica, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal

- Profilaxis Antibiótica

Recomendación:

1. En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica. (**Recomendación fuerte a favor**)

Puntos de buena práctica clínica:

2. Usar los siguientes regímenes de profilaxis antibiótica, por 7 días:
 - a. Ciprofloxacino IV 200mg cada 12 horas o
 - b. Ceftriaxona IV (1g cada 24h): de elección en pacientes con cirrosis avanzada (Child Pugh B o C), en ámbitos hospitalarios con alta prevalencia de infecciones bacterianas resistentes a las quinolonas, y en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente

Manejo de HDA variceal

HDA por várices esofágicas

- Tratamiento de HDA por varices esofágicas

Recomendación:

1. En pacientes con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en vez de escleroterapia. **(Recomendación fuerte a favor)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.
3. En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.
4. Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.
5. Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

- Resangrado de varices esofágicas

Recomendación:

1. En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, realizar una endoscopia. Si se encuentra sangrado, sugerimos aplicar una hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia en vez de TIPS. **(Recomendación fuerte a favor)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas que resangran, si la segunda hemostasia endoscópica falla, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

HDA por várices gástricas

- Tratamiento de HDA por varices gástricas

Recomendación:

1. En pacientes con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en vez de ligadura. **(Recomendación fuerte a favor)**

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA por várices gástricas, si el sangrado no se controla con el uso de cianoacrilato, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.
3. En pacientes con HDA por várices gástricas en los que se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, intentar una segunda hemostasia endoscópica. Si esta falla, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

- iii. **SIGNOS DE ALARMA** No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.
 - iv. **CRITERIOS DE ALTA** No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.
 - v. **PRONÓSTICO** No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.
- d. **COMPLICACIONES** No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.
 - e. **CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA** De acuerdo al nivel que correspondan las recomendaciones y puntos de buena práctica clínica que brinde la presente Guía de Pr

TRATAMIENTO

El tratamiento de la HDA va encaminado a alcanzar 2 objetivos:

- Reponer la volemia.

- Detectar el sitio de sangramiento con la finalidad de suprimir aquello que lo ha causado. Al ingreso tiene prioridad el tratamiento del shock, si este está presente, a continuación la realización del diagnóstico etiológico del sangramiento y llevar a cabo el tratamiento consecuente de la causa, pudiendo ser el este médico o quirúrgico.

Criterios de admisión en la UCIQ:

- Hemorragia digestiva alta Grado II-IV.
- Hemorragia digestiva asociada a otras enfermedades donde se pronostique una evolución tórpida o riesgo de complicaciones.

Medidas generales:

- Reposo físico y mental.
- Monitoreo de signos vitales según el estado del paciente.
- Catéter en vena profunda y medición de PVC.
- Balance hídrico estricto.
- Sonda nasogástrica gruesa y lavado gástrico hasta que salga limpio. Si cesa el sangramiento retirar la sonda.
- Sonda vesical y medición de la diuresis.
- Reposición de volumen según lo pautado para el shock hipovolémico.
- Vitamina K, si el tiempo de protrombina está prolongado.
- Oxigenoterapia si es necesario.
- Hemoglobina y hematocrito seriados o al menos a las 6 u 8 horas después del inicial.

El pronóstico de los pacientes con sangrado digestivo alto va a depender de ciertos factores como son la edad y la comorbilidad. Para la estratificación del riesgo se aplica el índice de Rockall. Esta escala utiliza cinco variables, que se obtienen fácilmente en el momento del

ingreso. La puntuación para cada paciente es la suma de los valores para cada una de las variables (mínimo: 0 puntos; máximo: 10 puntos).

Reposición de sangre (ver GPC de hemoderivados).

La cantidad real de sangre perdida para producir shock varía de acuerdo a la conformación física, edad y condiciones generales del paciente.

Es necesario mantener la hemoglobina del paciente alrededor de 100 g/l.

El cálculo de la pérdida de sangre se puede realizar según la clasificación cualitativa descrita anteriormente teniendo en cuenta que el volumen sanguíneo de una persona es 75 mL/kg de peso corporal.

Debemos insistir en la reposición de sangre lo antes posible, considerando el shock como moderado si la tensión arterial sistólica se encuentra entre 90 y 70 mm de Hg, el pulso entre 110 y 120 por minutos y signos clínicos de hipovolemia, requiriéndose en este caso restituir hasta un 25% de la volemia. Si el shock es grave (TA por debajo de 70 mm de Hg) el volumen a reponer puede ser de un 40 a un 50% de la volemia.

En las várices esofágicas debe reponerse el volumen con precauciones pues la hipervolemia puede aumentar la presión portal aumentando el sangramiento, mientras que la hipovolemia restringe la perfusión hepática con el riesgo de necrosis hepática.

Recordar administrar 1 gramo de Gluconato de Calcio por cada 1000 ml de sangre transfundida.

Medidas específicas

- Lavado gástrico con suero fisiológico.
- Enema evacuante de suero fisiológico cada 8 horas, para evitar la intoxicación hepatoamoniaca, que además indica cuando cesa el sangramiento.

- En caso de varices esofágicas se puede utilizar neomicina vía oral en tabletas trituradas 1,5 gramos cada 6 horas o metronidazol 1 gramo al día y magma de magnesio 30 ml cada 6 u 8 horas para la prevención de la encefalopatía hepato-amoniaca.
- Sedación si necesario.
- Antiácidos. Está demostrado que la disminución de la acidez gástrica manteniendo un PH por encima de 5 contribuye a disminuir el sangramiento y protege la mucosa, por lo que se utiliza una mezcla de gel de hidróxido de aluminio y magnesio o gel de hidróxido de aluminio 30 mL cada 2 o 3 horas.
- Citoprotectores: sucralfato, no tiene acción antiácida. Se utiliza 1 gramo 4 veces al día por vía oral; subnitrito de bismuto: (tab 125 mg) 1 tab 1 hora antes de desayuno, almuerzo y comida y a las 10.00 p.m.
- Inhibidores de la secreción clorhidropéptica: cimetidina (amp 300 mg) 1 amp endovenosa cada 6 horas, dosis máxima 1,2 gramos al día. Es posible utilizarlo también en infusión endovenosa continua de 50 a 75 mg por horas; ranitidina (amp 50 mg) 50 mg 2 veces al día por vía endovenosa; famotidina (amp 20) 20 mg endovenoso 2 veces al día a pasar en 30 minutos.
- Bloqueadores de la bomba de hidrógeno (actúa inhibiendo la bomba gástrica de protones): omeprazol (Bb 40 mg) 40 mg al día.

- Drogas vasoactivas en la hemorragia por várices esofágicas actúan disminuyendo la presión portal y el flujo del sistema ácidos:
 - a) Vasopresina. Es útil en caso de hemorragias por várices esofágicas por vía intraarterial o endovenosa y en el caso de sangramiento arterial por vía intraarterial solamente en dosis de 0,4 a 0,8 UI en dosis decrecientes por 2 ó 3 días. Puede disminuir el gasto coronario y cardíaco, pudiendo esto ser contrarrestado por la nitroglicerina. Se debe realizar electrocardiograma previo a su administración.
 - b) Somatostatina. Hormona que tiene acción sobre el tractus gastrointestinal al disminuir la secreción gástrica, el flujo sanguíneo y la motilidad intestinal. Infusión continua en dosis de 3,5 mg/kg/horas disuelta en suero fisiológico. Es posible utilizar un bolo inicial de 250 mg.
 - c) Levorterenol. Es posible utilizarlo instilándolo en el estómago diluido en suero fisiológico y produce vasoconstricción local.
 - d) Propanolol (tabletas de 40 mg), se utiliza para prevenir recurrencia de hemorragia al disminuir el gasto cardíaco y la tensión portal, dosis de hasta 180 mg/día usadas cuidadosamente con monitoreo del gasto cardíaco.
- Métodos endoscópicos
 - a) Ligadura elástica de várices esofágicas.

- b) Escleroterapia cuando la ligadura resulte técnicamente difícil, e inyectoterapia con cianocrilato en las várices gástricas.
- c) El tratamiento endoscópico debería combinarse siempre con el farmacológico, que preferiblemente debe ser iniciado antes de la endoscopia.
- **Balones:** Únicamente deben utilizarse en hemorragia masiva como terapia de rescate en ausencia de otros procedimientos y como puente hacia ellos. Si es necesario utilizarlos debe ser en una unidad de cuidados intensivos y durante un máximo de 24 horas (esofágico). El uso de la sonda de Sengstaken-Blackemore, o algunas de sus variedades como la de Boyce o Linton (sólo balón gástrico), es útil aún en el presente siglo. Se introduce preferentemente por vía nasofaríngea (fosa nasal más permeable o amplia) previa anestesia local. Con el paciente en posición de semisentado, se introduce la sonda lubricada hasta casi la totalidad, con ayuda de movimientos de deglución y respiración profunda, luego se insufla el balón gástrico (250 mL de agua más 20 mL de contraste yodado y unas gotas de azul de metileno) y se tira de la sonda hacia fuera hasta que se perciba la detención del globo en el cardias. Se aplica la tracción con un peso de 0,5 kg. De no detenerse la hemorragia se insufla el balón esofágico, lo cual se hace con aire a una presión entre 30-40 mmHg. Debe anotarse la fecha y hora de colocado pues no debe mantenerse insuflado más

de 24 horas (esófago) o 48 horas (estómago) consecutivas por el riesgo de necrosis de la pared del órgano. Para retirar la sonda, siempre debe comenzarse por el balón esofágico y se le debe dar a tomar al paciente 1 cucharada de aceite mineral previamente.

- Prevención de complicaciones:
 - a) Infecciones (sepsis, peritonitis bacteriana espontánea): Deben administrarse antibióticos. (norfloxacino, ceftriaxona, cefotaxime, ciprofloxacino) durante 7 días.
 - b) Broncoaspiración: Debe realizarse intubación orotraqueal en los pacientes con encefalopatía hepática grado III ó IV.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía está indicada en aquellos casos en los que no se consigue restablecer el equilibrio hemodinámico del paciente, debido a la intensidad de la hemorragia y a la imposibilidad de detenerla endoscópicamente, y especialmente en pacientes ancianos con enfermedades asociadas.

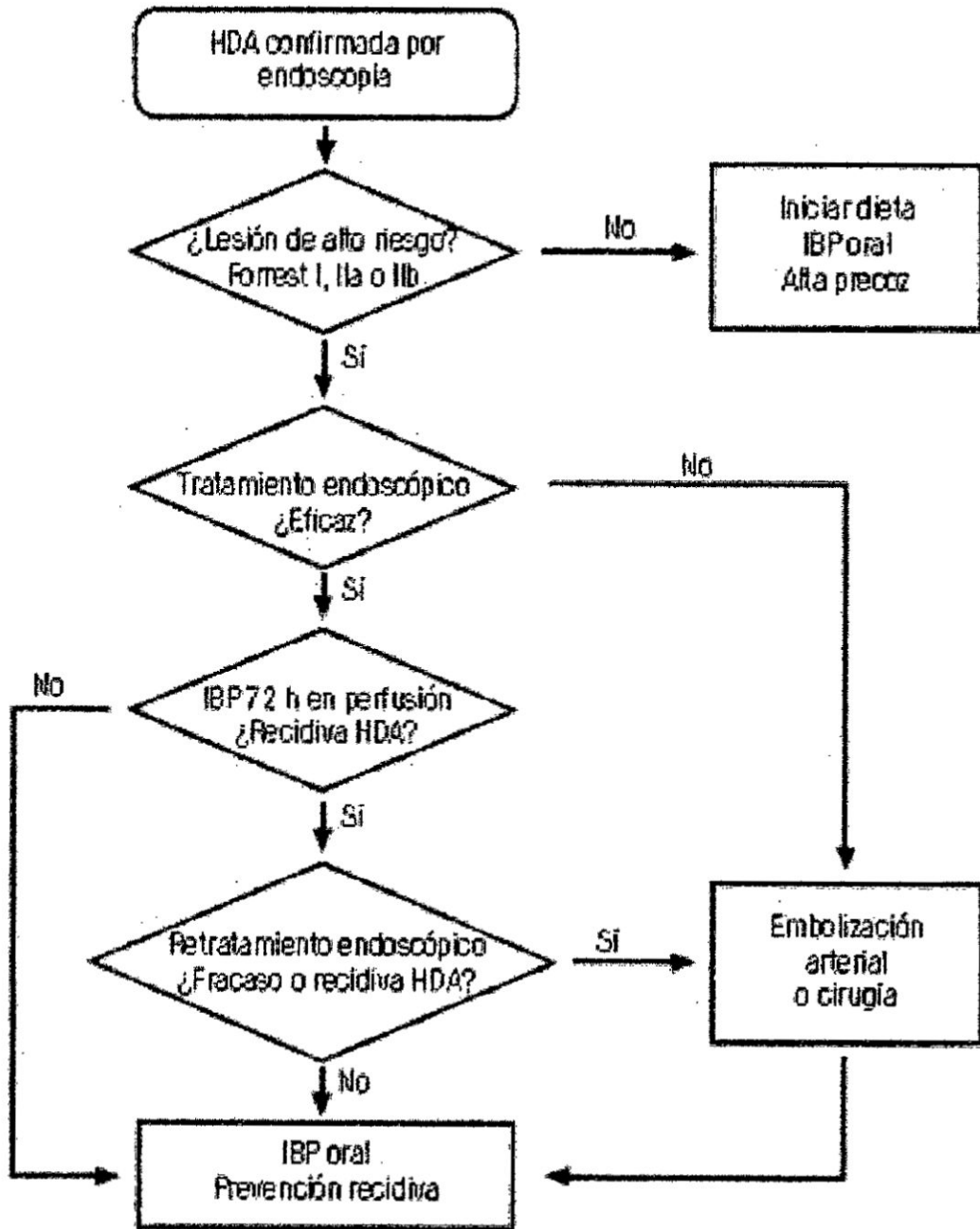
Es importante definir el mejor momento para la intervención quirúrgica valorando integralmente al enfermo. El riesgo quirúrgico y la mortalidad operatoria están en relación con la edad del paciente, el número de transfusiones recibidas y las enfermedades asociadas.

Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la HDA

- Si el sangrado es masivo.
- Si después de transfundir 1500 - 2000 mL de sangre en un período de 2 - 24 horas, no se establece la PA = 100mmHg, Hto. 0,28 F/V, Hb 8 g/l.
- Si la hemorragia va asociada a perforación.
- Si la cantidad de sangre del grupo del paciente disponible en el banco de sangre es escasa.
- Si a pesar de ceder inicialmente reaparece estando el paciente recibiendo un tratamiento adecuado.
- Paciente en shock

ANEXO N° 02

ALGORITMO DE LA HDA



ANEXO N° 03

PLAN DE CUIDADOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Desequilibrio de volumen de líquidos R/C pérdidas excesivas a través de vómitos y diarreas.	Paciente mantendrá un equilibrio hidroelectrolítico normal con las intervenciones de enfermería durante el turno.	<ul style="list-style-type: none"> Control de funciones vitales. T°= 36.2 C° FC= 106. P/A=110/60 SpO=100% Evaluar los signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico 	<ul style="list-style-type: none"> Permite observar si hay una alteración en las funciones vitales. Permite al personal de salud tomar las medidas adecuadas para el 	Usuario mejoró su equilibrio hidroelectrolítico durante el turno.

		<p>(deshidratación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar electrolitos prescritos en la historia clínica. CNa 0.9% 1000cc y Dextrosa 5% 1000cc. • Monitorear y registrar los ingresos y egresos del paciente. 	<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a mejorar el equilibrio hidroelectrolítico del paciente. • Permite contabilizar los ingresos y egresos del paciente. 	
<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (catéter endovenoso,</p>	<p>Paciente no presentara signos ni síntomas de infección durante el turno con apoyo de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar funciones vitales. (T°). Vigilar signos de alarma. • Mantener catéter endovenoso permeable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ya que un aumento en la misma indicara un signo de infección. • Permite tomar las acciones indicadas en el 	<p>Paciente no presentó ningún signo de infección durante el turno.</p>

<p>transfusión sanguínea).</p>	<p>enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir con una gasa el catéter. • Vigilar constantemente al usuario durante la transfusión del paquete globular. 	<p>momento indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evita la proliferación bacteriana. • Ayuda a observar algún signo de alarma durante el procedimiento. 	
<p>Dolor agudo R/C agente lesivo físico e/v gestos físicos.</p>	<p>Paciente lograra disminuir la intensidad del dolor con apoyo del personal de salud durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar funciones vitales. • Valorar la intensidad del dolor mediante la escala del dolor (1-10). • Administrar 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite observar si hay alguna alteración en las funciones vitales. • Permite indicar el tratamiento a indicar. • El metamizol actúa 	<p>Paciente manifiesta disminución del dolor después de las intervenciones de enfermería.</p>

		<p>medicamentos prescritos en la historia clínica: metamizol 1gr + hioscina 20 mg EV.</p> <p>Brindar comodidad y confort.</p>	<p>sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa.</p>	
<p>Alteración de la perfusión tisular periférico R/c disminución de la concentración de hemoglobina en sangre</p>	<p>Usaria mantendrá una adecuada perfusión tisular periférica con las intervenciones de enfermería durante el turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de conciencia del usuario a través de la escala de Glasgow y pupilas. • Monitorear y controlar funciones vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona información del compromiso neurológico de la usuaria. • Revelan cambios súbitos del estado del usuario así como alteraciones que se producen de 	<p>Mantuvo una adecuada perfusión tisular periférica con las intervenciones de enfermería.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar vía endovenosa periférica y administrar: Cloruro de Sódio 9% 1000cc xxx gts x`. Mantener vía permeable. • Administración de oxígeno: x CBNA 4 L. LPM. • Coordine toma de 	<p>forma progresiva durante un cierto periodo de tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite reponer líquidos al torrente sanguíneo en forma rápida y oportuna. • Permite lograr una concentración aprox. 37% de O2 en el aire alveolar. • Se analizan los gases en 	
--	--	---	---	--

		<p>muestra de sangre monitorear gases arteriales y electrolitos y Agilizar la toma de muestras de Hgma, perfil de coagulación y otros que requiera el usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfundir paquete globular. <p>Control de B.H.E</p>	<p>la sangre para valorar el equilibrio acido-básico. Un hemograma nos revelará si los valores sanguíneos se encuentran alterados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivados se utilizan para restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno. 	
--	--	---	---	--

HOSPITAL II CAÑETE ESSALUD



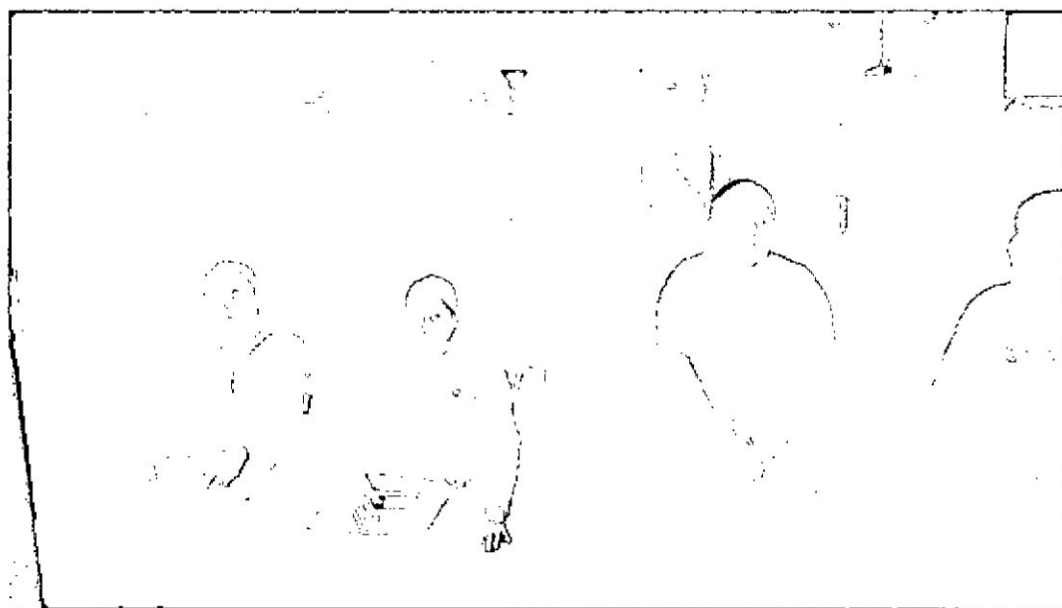
SERVICIO DE EMERGENCIA



TÓPICO DE CIRUGÍA



ÁREA DE HIDRATACIÓN



SALA DE OBSERVACIÓN ADULTO



SALA DE UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA



ATENCION INMEDIATA EN SHOCK TRAUMA



SALIDA EN AMBULANCIA REFERENCIA A REBAGLIATI

