

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBO, 2014 – 2016**

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

VICTORIA ELIZABETH URIBE RAMÍREZ

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ VOCAL

ASESOR: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 103

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 12/02/2018

Resolución Decanato N° 492-2018-D/FCS de fecha 07 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la Situación Problemática	03
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificación	05
II MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	33
III EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.1 Recolección de datos	35
3.2 Experiencia Profesional	36
3.3 Procesos realizados en el tema	39
IV RESULTADOS	41
V CONCLUSIONES	49
VI RECOMENDACIONES	50
VII REFERENCIALES	51
ANEXOS	53

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter superior y el ángulo de Treitz, esta entidad representa una de las condiciones clínicas más prevalentes y es la complicación del tracto gastrointestinal más frecuente en los Servicios de Emergencia. (1)

Haciéndolo una enfermedad potencialmente grave y como causa más frecuente de hospitalización en patología digestiva. Aunque podría esperarse un descenso en su incidencia con relación al tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, la HDA sigue teniendo una incidencia y mortalidad importantes probablemente debido al envejecimiento de la población asociado a un mayor consumo de AINE, antiagregantes y anticoagulantes. (2)

El presente informe de experiencia profesional titulada “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA CON DX DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBOO DURANTE LOS AÑOS 2014 - 2016” tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería dentro del segundo nivel de atención.

El presente trabajo académico consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del 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, el capítulo IV los resultados obtenidos, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII las Referenciales y por último contiene los anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia gastrointestinal alta (HDA) es una emergencia relativamente común y potencialmente letal. En USA la incidencia anual de HDA es de 50 a 100 por 100 000 habitantes, en Inglaterra, varía entre 103 y 172 por 100 000 habitantes, y es dos veces más que la tasa reportada en Holanda de 47,7 por 100000 habitantes en el año 2000. En el estudio holandés, la tasa de recurrencia de hemorragia fue del 15% y la mortalidad de 13%, a pesar del uso más frecuente de terapias combinadas, de métodos endoscópicos y de inhibidores de bomba de protones (IBP). Sin embargo; la mayoría de estudios documentan una mortalidad de 10%, sin mayor variación en las dos últimas décadas; aunque en un reciente estudio canadiense, sobre 1 869 pacientes, se encuentra una disminución en la mortalidad al 5,4%, con un promedio de edad de presentación de la hemorragia de 66 años. (3)

Es evidente, que el incremento en la proporción de pacientes afectados mayores de 60 años, usualmente con otras condiciones médicas mórbidas, hace que resistan menos las consecuencias de una hemorragia y que todavía las tasas de mortalidad permanezcan altas. Por último, en esta misma población el uso de antiinflamatorios no esteroideos es frecuente por artropatías y dolores músculo esquelético. Se considera que hasta la mitad de pacientes con úlcera péptica (UP) sangrante estuvieron usando drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINES) o aspirina. En un reciente estudio realizado en Lima en los hospitales Rebagliati, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, sobre 117 pacientes, excluyéndose sangrados por várices esófago-gástricas, 54% consumieron AINES; el 65% tenían más de 60 años y la úlcera gástrica fue más frecuente; existiendo

una asociación bien establecida de su uso con sangrado por lesiones ulceradas. (3)

Aproximadamente el 80% de las HDA se auto limitan, requiriendo solo medidas de soporte. Sin embargo; los pacientes restantes tienen riesgo de recurrir o persistir con la hemorragia y un peor pronóstico. La hemorragia digestiva alta aguda que se produce en un paciente hospitalizado anciano, tiene la mortalidad más alta (25%) (3)

La mortalidad debido a hemorragia digestiva alta no ha variado en los últimos 50 años y permanece entre 8 a 10%, a pesar de los avances en la terapia farmacológica, intervención endoscópica y manejo en unidades de cuidado intensivo, lo que se atribuiría a la cada vez mayor proporción de pacientes mayores de 60 años de edad, muchos de los cuales se presentan con otras enfermedades concomitantes, aunque dos meta-análisis recientes reportan una disminución significativa en las tasas de mortalidad con el empleo de la terapia endoscópica en el caso de úlceras sangrantes. (4)

Estudios anteriores manifiestan que el 37% de HDA no asociada a várices esofágicas son producto del consumo de AINES en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), y otro estudio parecido indica que esta frecuencia es más alta, 69% aproximadamente. Se observa así que esta frecuencia es muy variable. (5)

Es por ello que el presente informe tiene como misión principal describir el actuar de enfermería en el tratamiento de una HDA, en los pacientes del Hospital Barranca - Cajatambo.

1.2. OBJETIVO

Describir los Cuidados de enfermería en pacientes con HDA que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Barranca – Cajatambo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en el tratamiento de HDA en pacientes que acuden a la emergencia, asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería en esta patología. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio de los pacientes.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en el manejo de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta. El informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Relevancia Social: Se beneficiará a las enfermeras que brindan atenciones en la unidad de emergencia en el manejo de HDA, y que los resultados que se obtengan serán fundamentales para desempeñar con éxito la labor en el servicio de emergencia y brindar un trato humanizado y científico a este tipo de pacientes.

Vista Práctica: Permitirá aumentar los conocimientos a las enfermeras, al familiar y mismo paciente.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

a. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DEBIDO A ESTRÉS

Juana Arias: Omar Loli; Lourdes Ángeles; Marlene Cano
Verónica Campos: Julio Lorenzo Maritza Laura. Se realizó un estudio descriptivo transversal en 04 pacientes que presentaron hemorragia gastrointestinal luego de ocurrido el desastre aluvial, cuyas edades estaban comprendidas entre 31 y 65 años.

RESULTADOS. Se detectaron 04 casos de hemorragia digestiva alta luego de 12 horas, 17 horas, 3 días y 5 días después de sucedido el desastre. El 75% de los pacientes; tuvo una edad promedio de 58 y 60 años, con un caso (25%) de 31 años. En relación al sexo, el 75% pertenecía al femenino y el 25% al masculino. El 75.% 8 (03 casos) debutaron con hematemesis, mientras; que el 25% restante (0 1 caso) con melena. De los pacientes evaluados sólo el 50% se sometió a endoscopía alta resultando un caso con diagnóstico de úlcera sangrado y con lesiones sugerentes de sangrado antiguo. Las endoscopías; fueron realizadas luego de aproximadamente un mes de haberse presentado el sangrante. Al investigar los antecedentes de los pacientes, el 75% tenía antecedente de consumo de café, el 25% de consumo de alcohol y el 100% de consumo de alimentos condimentados. El 50% refirió consumir con frecuencia ají. En cuanto al horario de alimentación, en el 100% se vio que no había irregularidad en los horarios. El 25% de los casos presentaba antecedente de epigastralgia leve de aparición y remisión espontánea con duración de cada episodio menor de dos días. El antecedente más contributivo era que el

100% de los casos estuvieron sometidos a situaciones de estrés marcado (desastre aluvial). Uno de los pacientes (25%) tenía antecedente de hipertensión arterial en tratamiento regular con antihipertensivos (captopril y nifedipino).

CONCLUSIONES: Se demostró una incidencia de hemorragia digestiva alta del 0.9% en un distrito sometido a estrés agudo, con una predominancia en el sexo femenino. Teniendo en cuenta los antecedentes, se puede afirmar que el sangrado se debió a la exposición aguda a una situación estresante.

b. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO Héctor Paúcar S; Ernesto Cazorla C;

Edgar Briceño O. Servicio de Gastroenterología - Hospital regional del Cusco. - Se estudiaron en forma retrospectiva 78 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, y se obtuvieron sus datos demográficos, clínicos y endoscópicos. En los exámenes endoscópicos se utilizaron un video astros copio Fujinon EVE-200 y un gastrofibroscopio Olympus GIF-E.

RESULTADOS. Se estudiaron 78 pacientes cuya edad fue (Rango de 7m-87años), siendo el grupo de edad más comprometido el de 30-40 años (21.8%). La relación masculino/femenino fue de 2,3: 1. Se presentó melena y hematemesis en 47.2%) y solo melena 52.8%. El tiempo de sangrado a la admisión hospitalaria fue de 2,5 días (Rango 4 h - 8 días), las causas más frecuentes fueron: Úlcera gástrica (39,7%), Úlcera duodenal (23.3%), Lesiones agudas de mucosa gástrica (11.5%), Várices esófago - gástricas (6.4%), Cáncer gástrico (5.1 %), Síndrome de Mallory Weiss (3.8%), Otros diagnósticos (7.7%). No se precisó la causa de la hemorragia en 10.3%- En 12.8% coexistieron dos o más lesiones poten-

cialmente sangrantes. Nueve pacientes (11.5%) fueron sometidos a terapia endoscópica: 5 a inyectoterapia de úlcera con adrenalina al 1/10,000, 1 a electrocoagulación monopolar 2 a escleroterapia y 1 a endoligadura de várices esofágicas. Todos con buena respuesta. La mortalidad global fue del 3.8%.

CONCLUSIÓN. Es el primer reporte de casos de hemorragia digestiva alta en nuestro hospital, siendo la primera causa de sangrado la úlcera gástrica. Se presenta principalmente, en varones 2,3: 1, siendo el grupo de edad más afectado el de 30-40.

c. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2007-2008

Olivia M. Canales Sevilla, Juan Miyagui Maeda, Ada Ciurlizza Huamaní, William Prado Cisneros. Servicio de Gastroenterología-Hospital Nacional Dos de Mayo-MINSA. - Se realizó un estudio retrospectivo en 358 pacientes admitidos en el Centro de Endoscópico del Hospital Nacional Dos de Mayo con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta entre Enero de 2007 y Setiembre de 2008; los cuales fueron sometidos a endoscopia digestiva alta de emergencia. **RESULTADOS:** 264 fueron de sexo masculino y 94 de sexo femenino con una relación de 3: 1 - La edad promedio fue 50 años (R: 16-92 años) La causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva Alta fueron: Úlcera Duodenal 22.4% (80p), Gastritis Erosiva 21.2% (76p); Úlcera Gástrica 21% (75p); Várices Esofágicas 8% (29); NM Gástrico Avanzado 5% (17p), Várices Gástricas 2% (8p). De un total de 21,048 hospitalizaciones 358 correspondieron a Hemorragia Digestiva Alta, configurando esta última el 1.7% del total de ingresos durante este periodo. **Conclusiones:** La hemorragia digestiva alta fije más frecuente en varones mayores de 50 años.

La úlcera péptica fue la causa más frecuente de sangrado digestivo alto. Las várices esófago-gástricas representan el 10% de las causas de sangrado digestivo alto en nuestro hospital.

d. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL II SEGURO SOCIAL IQUITOS, JULIO 2008 – JUNIO 2010

Del Aguila Sánchez G.; Dr. Wong Vela H.; Dr. Pretell Lovaton O. Najar Llerena N. - El presente estudio fue realizado en 119 pacientes con diagnóstico clínico de Hemorragia Digestiva Alta, con el objetivo de determinar endoscópicamente las causas del sangrado. Para el desarrollo de la investigación se utilizó una ficha de recolección de datos, encontrándose predominio de Hemorragia digestiva alta en varones con un 76.5% y en edades que fluctuaban entre 17-90 años con un 53% entre 41-70 años. Los signos y síntomas más sobresalientes fueron: melena 71%, epigastralgia 68.2%, lipotimia 36.4%, Hematemesis más; melena 11%, hematemesis 6.4%. Dentro de los factores relacionados con hemorragia digestiva alta, se encontró que el 53.8% de pacientes en estudio manifestaron ingesta previa de alcohol, en segundo lugar con 24.4% la ingesta de AINES. El 28,5% de pacientes tuvieron valores de hematocrito que fluctuaron de 16-24%. En el estudio endoscópico se encontró que la causa más frecuente de Hemorragia digestiva alta fue la Úlcera gástrica (39.5%, seguido de Lesiones Agudas de mucosa gástrica (26%), úlcera duodenal (14.3%) : La actividad hemorrágica de las úlceras sangrantes pertenecieron al Forrest IIb con un 57.8%.

e. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL «ARZO-BISPO LOAYZA» 2008 – 2010

Gloria Vargas C., Milagros Quineche R. - El presente estudio es la primera comunicación sobre esta patología en el hospital Loayza, y

constituye el punto de partida para estudios prospectivos para consolidar experiencias que nos permitan un manejo eficaz y eficiente de nuestros pacientes. **OBJETIVOS.** Determinar la causa más frecuente de HDA en el Hospital «Arzobispo Loayza» entre 2008 y 2010. Establecer la morbi - mortalidad. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo de corte transversal que incluye 160 pacientes admitidos en el tópico de Emergencia con el diagnóstico de HDA. **RESULTADOS.** Predominio del sexo femenino (86.24%), el grupo etáreo más frecuente fue mayores de 80 años (23.12%), y la hematemesis como manifestación clínica más frecuente (57.5%). La causa más frecuente, lesiones agudas de mucosa gástrica (LAMG) (50%), úlcera gástrica (15.6%), várices esofágicas (12,5%), úlcera duodenal (11.2%), y cáncer gástrico (3,117c), llamando la atención la alta frecuencia (46.2%) de enfermedades concomitantes, cirrosis hepática con 20% y la hipertensión arterial con 12.5%, entre otras enfermedades se encuentra la neoplasia maligna, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria aguda. El 93% de pacientes recibió tratamiento médico y el 7% requirió cirugía. Como terapia de sustitución solo el 40% requirió transfusión sanguínea. La tasa de mortalidad global fue 6.25% y de morbilidad 93.8%. **CONCLUSIONES.** El grupo etáreo que predominó fue el de mayores de 80 años (23.1%) siendo las LAMG la causa más frecuente de HDA seguido por úlcera gástrica, várices esofágicas y úlcera duodenal. El 46.2% presenta enfermedades concomitantes destacando la cirrosis hepática. El 93% requirió tratamiento médico y el 7% tratamiento quirúrgico. La tasa de morbilidad fue 93.8% y la de mortalidad 6.2%.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Hemorragia Digestiva Alta

a. Definición:

Es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde la oro faringe al ligamento de Treitz.

La hemorragia digestiva alta (HDA) sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización. (6)

a.1 Diferenciación entre HDA y HDB:

La forma de presentación de la hemorragia nos va a orientar de manera importante sobre el origen alto o bajo de la hemorragia. Así, si estamos ante una lesión sangrante situada por encima del ángulo de Treiz (HDA) la hemorragia se exteriorizará fundamentalmente como un vómito de sangre roja, fresca (*hematemesis*), como un vómito negro de sangre en coágulos (*vómitos en posos de café*), o bien heces negras (*melenas*). Para que se formen melenas es necesario que la sangre permanezca al menos 10 horas en el tubo digestivo sufriendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. La hemorragia originada por debajo del ángulo de Treiz (HDB) suele manifestarse como heces entremezcladas con sangre roja (*hematoquezia*) o como sangre roja aislada por el ano (*rectorragia*). Es rara la melena como forma de presentación de una HDB. Por el contrario la hematoquezia es una rara forma de presentación de HDA a no ser que el sangrado sea tan brusco que no de tiempo a la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. (7)

a.2 Clasificación:

- ✓ **Clasificación evolutiva de la hemorragia digestiva:**
Atendiendo a su evolución y considerando las implicaciones terapéuticas y pronósticas que comporta, la hemorragia digestiva se clasifica en:
 - ◆ **Hemorragia limitada:** es aquella que tras su presentación mantiene por un periodo superior a 12 horas ausencia de signos externos de actividad o estabilidad hemodinámica y del hematocrito.
 - ◆ **Hemorragia persistente:** es aquella en que existen signos externos de hemorragia con repercusión hemodinámica (TA <100 mmHg y pulso >100 ppm), descenso de más de 6 puntos del hematocrito en 24 horas o pérdidas mantenidas de menor cuantía durante más de dos días. (7)
- ✓ **Según la gravedad de la HDA en base a la repercusión hemodinámica secundaria a la misma:**
 - ◆ **Hemorragia leve:** disminución de la volemia menor del 10%. Cursa de forma asintomática.
 - ◆ **Hemorragia moderada:** pérdida del 10-25% de la volemia (500-1250 cc). Cursa con TAS mayor de 100 mmHg y la FC menor de 100 lpm. Se puede acompañar de vasoconstricción periférica.
 - ◆ **Hemorragia grave:** disminución del 25-35% de la volemia (1250-1750 cc). Cursa con TAS menor de 100 mmHg y la FC entre 100 y 120 lpm. Se acompaña de vasoconstricción periférica evidente, inquietud, sed, sudoración y disminución de la diuresis.
 - ◆ **Hemorragia masiva:** pérdida de 35-50% de la volemia (1750-2500 cc). TAS menor de 7 mmHg y FC mayor de 120 lpm con intensa vasoconstricción y shock hipovolémico. (8)

b. ETIOLOGÍA:

Las dos causas más habituales son: **la hemorragia digestiva (HD) secundaria a hipertensión portal y por úlcera péptica.**

b.1 HDA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL:

La HDA secundaria a lesiones sangrantes que a su vez son complicaciones de la presencia de HTP, suelen presentar mayor severidad y peor pronóstico. Los pacientes con HDA y antecedentes o datos clínico-biológicos de hepatopatía deben ser evaluados y monitorizados con extrema precaución.

Las principales lesiones sangrantes de la HTP son:

- ◆ **Varices esofagogástricas:** se presentan en un 50% de los cirróticos de los cuales un 30% presentarán un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico. Tras un primer episodio el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las varices gástricas pueden ser bien extensión de varices procedentes de esófago, bien ser varices localizadas a nivel de fundus (varices fúndicas). Pueden aparecer varices gástricas aisladas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente.
- ◆ **Gastropatía de la H T P:** por lo general este tipo de sangrado suele ser crónico y oculto pero también puede presentarse como hemorragia aguda.
- ◆ **Varices ectópicas:** a nivel de intestino delgado y grueso.

b.2 HDA NO SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL:

Las principales causas de este tipo de hemorragias son:

- ◆ **Úlcera péptica (UP):** es la causa más frecuente de HDA constituyendo el 50% de los casos. Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. Como factores etiológicos más importantes de la hemorragia secundaria a ulcus péptico se encuentran **el Helicobacter pylori (HP)** y la **ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES)** siendo este último el más importante. El riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis-dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de UP y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente.
- ◆ **Síndrome de Mallory-Weiss:** se denomina así al desgarramiento a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es auto limitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente.
- ◆ **Hernia de hiato:** pueden llegar a ser causa de importantes sangrados crónicos a partir de lesiones erosivas lineales.
- ◆ **Esofagitis:** Es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).

b.3 OTRAS CAUSA DE MENOR FRECUENCIA SON:

- ◆ **Gastropatía erosiva y hemorrágica:** son hemorragias subepiteliales y erosiones que se originan fundamentalmente en situaciones de ingesta de AINES, alcohol y stress (cirugía mayor, quemaduras importantes). Por lo general no ocurren sangrados significativos a no ser que terminen desarrollando úlceras.

La melena sin hematemesis generalmente indica lesión distal del píloro.

- ✓ **Rectorragia / hematoquecia:** aunque la emisión de sangre roja por el ano suele deberse a sangrados bajos, la presencia de un peristaltismo suficientemente aumentado puede hacer que una hemorragia por encima del ángulo de Treitz se manifieste de esta forma.
- ✓ **Fiebre y/o escalofríos:** que pueden asociarse a causa inflamatoria infecciosa.
- ✓ **Disminución de peso**
- ✓ **Manifestaciones sistémicas:** dependen de la cuantía del sangrado, así como de la rapidez de instauración del mismo. Así los sangrados menores de 500 cc no producen prácticamente repercusión, salvo en pacientes ancianos o previamente anémicos, ya que son rápidamente compensados por la sangre del reservorio esplácnico y el líquido extracelular. Las pérdidas superiores provocan las siguientes alteraciones:
 - ◆ **Hipotensión:** Inicialmente ortostática. Un descenso de la tensión arterial mayor de 10 mmHg respecto al decúbito suele indicar una reducción del 20% de la volemia.
 - ◆ **Taquicardia:** Una frecuencia cardíaca mayor de 100 lat. x min. en reposo puede indicar una hemorragia grave.
 - ◆ **Signos de mala perfusión periférica:** palidez, sudoración, piel fría, mal relleno capilar.
 - ◆ **En fases avanzadas:** aturdimiento, náuseas, sed, síncope, oliguria.

d. DIAGNOSTICO DE EMERGENCIA:

d.1 ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN FÍSICA:

El primer escalón es una buena historia clínica debe sacar a la luz antecedentes de úlcera péptica, hepatopatía previa, ingesta de fármacos gastroerosivos o alcohol; así como patología crónica coincidente que agrava de manera importante el pronóstico.

El interrogatorio debe determinar la frecuencia y características de las deposiciones, la presencia de dolor abdominal, vómitos, así como la existencia de síntomas vegetativos.

La exploración física debe buscar estigmas de hepatopatía, como circulación colateral, ictericia, telangiectasias, ascitis, hepatoesplenomegalia, etc.

También se debe complementar con una evaluación de signos vitales, volumen urinario y el examen anal y rectal.

d.2 PRUEBAS DE LABORATORIO:

Se debe realizar una analítica que incluya:

- ✓ Concentración de hemoglobina y valor hematocrito. Teniendo en cuenta que puede ser normal en las primeras fases, hasta que se produce la hemodilución.
- ✓ Concentración de urea y creatinina.
- ✓ Estudio de coagulación.
- ✓ Perfil hepático.

d.3 ENDOSCOPIA:

La endoscopia urgente es la prueba diagnóstica de elección para identificar el origen de una HDA aportando datos pronósticos de resangrado y permitiendo realizar terapéutica sobre la lesión.

Ante una HDA hay que realizar la endoscopia con carácter urgente. Esto implica un tiempo aproximado menor de 6 horas en el caso de la HTP y de 12 horas en los otros casos. Es muy importante valorar la necesidad de transfusión y conseguir la estabilidad hemodinámica previamente a la realización de la endoscopia. En un pequeño porcentaje de pacientes en los que presenta la inestabilidad a pesar de las medidas de reanimación, puede estar indicada la cirugía de urgencias sin previa realización de endoscopia. Dado que en muchas ocasiones el paciente no estará en ayunas es muy importante la realización de lavados con SNG para aumentar la eficacia tanto diagnóstica como terapéutica de la gastroscopia.

✓ **Monitorización del paciente durante la endoscopia:**

Con respecto a la sedación, en un principio no es aconsejable durante la prueba ya que la disminución del nivel de consciencia favorece la broncoaspiración en un paciente con vómitos. De forma individualizada, si por las características del paciente fuera necesaria la sedación, se llevará a cabo controlando saturación de O₂ en sangre y frecuencia cardíaca mediante un pulsioxímetro. El midazolam es el fármaco de elección para la sedación durante la endoscopia. (9)

✓ **Contraindicaciones:**

- ◆ **Relativas:** insuficiencia respiratoria grave, cardiopatía grave, coagulopatía importante, divertículo de Zencker, cirugía de la región cervical, falta de colaboración del paciente.
- ◆ **Absolutas:** shock no compensado, angina inestable, aneurisma disecante de aorta, perforación gastrointestinal.

- ✓ **Desde el punto de vista endoscópico también se hace distinción entre los pacientes con y sin HTP:**
- ◆ **HDA secundaria a hipertensión portal:** los pacientes con enfermedad hepática descompensada sangran más y presentar peor pronóstico que los pacientes compensados. El sangrado por varices es la primera causa de hemorragia severa y persistente en pacientes con HTP. La endoscopia requiere en algunos casos intubación orotraqueal por disminución del nivel de conciencia si el paciente presenta encefalopatía severa. Durante la endoscopia podemos decir que el sangrado es de origen varicoso cuando observamos un chorro de sangre procedente de una variz, rezumamiento venoso o un coágulo adherido a una variz. En ausencia de otras lesiones que pudieran ser causa del sangrado, en todo paciente con HDA y varices esofágicas, se considerará a estas la causa del sangrado, aún no evidenciándose tal sangrado en el momento de la endoscopia..
- ◆ **HDA no secundaria a hipertensión portal:** dentro de este grupo nos vamos a centrar en la úlcera péptica ya que esta es la primera causa de HDA. Si bien un mayor tamaño de la úlcera se asocia a mayor riesgo de resangrado, son los signos endoscópicos de la base de la úlcera los que establecen el pronóstico. Podemos encontrar una base limpia, estigmas de sangrado reciente (puntos de hematina, un coágulo adherido o un vaso visible de superficie relativamente plana y resistente al lavado) o bien encontrar un sangrado activo (en chorro).

d.4 TÉCNICAS DE IMAGEN Y ELECTROCARDIOGRAMA (ECG):

- ✓ **Radiografía de tórax:** la realizaremos si existen enfermedades subyacentes (insuficiencia cardíaca o respiratoria, aneurisma de aorta, etc), sospecha de cuerpos extraños en esófago y para valoración prequirúrgica.
- ✓ **Radiografía simple de abdomen:** no es un método diagnóstico de HDA pero si nos permite descartar la existencia de un proceso obstructivo o la perforación de alguna víscera, lo que contraindicaría la endoscopia.
- ✓ **Ecografía Duplex Doppler:** es de utilidad para el reconocimiento de la anatomía venosa portal en pacientes con HTP, especialmente antes de cirugía o procedimientos intervencionistas. Entre otros hallazgos podemos encontrar dilatación del eje esplenoportal, fenómenos trombóticos, vasos colaterales o presencia de líquido ascítico. También podemos obtener datos del flujo portal (velocidad, dirección, turbulencias...).
- ✓ **ECG:** en aquellos pacientes con antecedentes de cardiopatía o inestabilidad hemodinámica.

2.2.2 CUIDADOS Y TRATAMIENTO EN HEMORAGIA DISGESTIVA ALTA

a. MANTENER VIAS AEREAS PERMEABLES:

Mediante la aspiración de líquido y sangre además de colocar al paciente semifowler

b. VENTILACION

Oxígeno por vía nasal a demanda controlando la saturación mediante el pulsoxímetro y especialmente en pacientes de edad avanzada o con alteraciones cardio-respiratorias.

c. CIRCULATORIO

En todos los pacientes con HDA se colocarán 1 ó 2 catéteres venosos periféricos de grueso calibre para:

Obtener muestras de sangre para una analítica de urgencia con (hemoglobina, hematócrito, recuento y fórmula leucocitaria, plaquetas, glucemia, urea, creatinina en sangre y orina, y sedimento urinario).

Pruebas cruzadas y sangre en reserva e iniciar reposición de la volemia:

- ✓ Se iniciará con la administración de soluciones cristaloides (glucosado, o fisiológico 0,9%). En caso de "shock" o TAS inferior a 100 mmHg, es necesario administrar soluciones coloides (hemocéle).

La cateterización de una vía venosa central esta indicado en pacientes con cardiopatía, nefropatía, Shock Hipovolémico que requiera medición de la P. V . C.

Se iniciara el reto de fluidos donde

PVC VELOCIDAD DE INFUSIÓN

< 8	200 ml. en 10 min.
8 -14	100 ml. en 10 min.
> 14	50 ml en 10 min.

REGLA 2 -5

Si PVC < 2 cm del basal : **Continuar**

Si PVC sube entre 2 a 5 cm : **Observar**

Si PVC sube > 5 cm del basal : **Suspender**

d.LAVADO GASTRICO

Colocación de un tubo nasogástrico para lavado gástrico con agua o solución salina a temperatura ambiente; la intubación es muy útil para descomprimir el estómago y determinar si la hemorragia continúa, pero no tiene efectos hemostáticos. También sirve para limpiar el tracto gastrointestinal superior en preparación para la endoscopia.

Sonda de Sengstaken-Blakemore que es un catéter grueso que tiene una triple luz y dos balones, utilizado para ejercer presión y detener la hemorragia por varices esofágicas.

e. MONITORIZACION:

- ✓ **Hemodinámica:** hay que intentar mantener la TAS por encima de 100 mmHg y la frecuencia cardiaca por debajo de 100 ppm y PVC entre 5 y 10 cm H₂O.
- ✓ **Ventilatoria:** dentro de esto tenemos que valorar constantemente la frecuencia respiratoria y los cambios significativos que puedan identificarse, además de la interpretación de análisis de gases arteriales (AGA)
- ✓ **Hidroelectrolítica:** Valorar BHE estricto , diuresis horaria y seguir la pauta estándar de fluidoterapia:

Necesidades basales de líquido: 3000 cc/24 h, normalmente 2000 cc de suero glucosado 10% y 1000 cc de suero fisiológico 0,9%.

Necesidades electrolíticas mínimas:

- K: 60-120 mEq/24 h.
- Na: 100-140 mEq/24 h.

Esta pauta se deberá modificar en función de las pérdidas y de los niveles plasmáticos.

- ✓ **Neurológica:** Dentro del estado de conciencia pasará de ser normal a un estado de intranquilidad, después estupor confusión, convulsiones y por último coma.

f. FARMACOLOGICO:

El uso de medicamentos para detener la hemorragia activa y prevenir el resangrado se basa en los siguientes principios:

- f.1)** Mejorar la estabilidad del coágulo al disminuir el efecto fibrinolítico del medio ácido, mediante:

Las drogas supresoras de ácido (antagonistas de los receptores H2 e inhibidores de bomba protones)

- **Omeprazol:** 40 mg IV iniciales, en bolo, seguidos de una infusión de 8 mg/ hora.
- **Ranitidina:** en dosis de 50 mg IV cada 6-8 horas o a una rata de infusion de 12,5 mg / hora después del bolo inicial.

- f.2)** Reducir el flujo arterial por la acción de agentes como:

- **Vasopresina (pitresina)** es una medida terapéutica inicial se administra en bolos IV de 20 U disueltas en 200 mL de solución

salina durante un periodo de 20 minutos, con intervalos de 30 minutos, por tres o cuatro dosis, y luego a intervalos de tres horas si la hemorragia no cesa.

- **Somatostatina y su análogo, el octreótido**, se administra un bolo intravenoso de 50 microgramos/ hora, seguido por una infusión de 50 microgramos/hora, durante 72 horas.

g. QUIRÚRGICO:

El tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado en la hemorragia masiva o en la hemorragia con sangrado activo arterial dentro de ellas tenemos:

- ✓ **ANASTOMOSIS:** unión quirúrgica de dos conductos o de dos vasos sanguíneos para permitir el flujo entre ambos
- ✓ **CAUTERIZACION:** acción de quemar una parte del cuerpo mediante cauterio
- ✓ **VAGOTOMÍA:** Consiste en seccionar el nervio vago que estimula producción de ácido en el estómago. Si se cortan todas las fibras el nervio vago, el píloro no puede abrirse y requiere un segundo procedimiento, la piroloplastia (Gastritis Erosiva Hemorrágica).
- ✓ **ANTRECTOMÍA O GASTRECTOMÍA SUBTOTAL:** Extirpación de la parte del estómago que produce ácido (úlceras duodenales sangrantes).
- ✓ **GASTRECTOMÍA TOTAL:** procedimiento extremo que en ocasiones se hace necesario por la magnitud y severidad de la hemorragia primaria, o por sangrado recidivante luego de un procedimiento menos radical (**Úlcera Gástrica Sangrante**).
- ✓ **LIGADURA/SUTURA DEL VASO SANGRANTE:** Es un procedimiento rápido, de fácil ejecución y que provee

satisfactorio control de la hemorragia (úlceras duodenales sangrantes).

2.2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA DOROTEA OREM “AUTOCUIDADO”

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, 15 de julio de 1914 – Savannah, 22 de junio de 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem. Define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo.

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano

como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.⁽⁶⁾

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, las autoras coinciden con las definiciones elaboradas por Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas

maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional del desarrollo.

Salcedo-Álvarez y colaboradores ⁽⁷⁾ plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes.

La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto las autoras asumen el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para

lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados. ⁽⁸⁾

1. Universales: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos requisitos que exponemos a continuación representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.

- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

3. De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia.⁽⁹⁾

Se puede afirmar que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Teoría de déficit de autocuidado, Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el

autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. el baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a

realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita (13)

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS:

- a) **HEMORRAGIA:** Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes. (10)
- b) **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA:** Pérdida de sangre que se produce en el segmento del tubo digestivo comprendido entre el esfínter esofágico superior y el ángulo Treitz. (7)
- c) **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA:** es toda aquella pérdida de sangre de inicio reciente originada por una lesión del tubo digestivo cuya localización es distal al ligamento de Treitz. (7)
- d) **ESTÓMAGO:** El estómago es la primera porción del aparato digestivo en el abdomen, excluyendo la pequeña porción de esófago abdominal. Funcionalmente se puede decir que almacena y procesa los alimentos y nutrientes consumidos, una vez bien mezclado en el estómago. (11)
- e) **ÚLCERA GÁSTRICA:** Una úlcera péptica es una llaga en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado.

- f) **DUODENO:** Parte del intestino delgado que está comprendida entre el final del estómago y el yeyuno. (11)
- g) **PACIENTE:** Del latín patiēns (“padecer”, “sufrir”), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar). (12)
- h) **CUIDADO DE ENFERMERÍA:** el cuidado de enfermería supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención. (12)
- i) **MELENA:** Las materias fecales son negras o alquitranadas, frecuentemente mal olientes, fruto de la degradación de la hemoglobina en hematina y la acción de la flora microbiana entérica. (7)
- j) **HEMATEMESIS:** Pérdida de sangre con el vómito. Indica una hemorragia digestiva alta (esófago, estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno). (7)

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y diagnóstico). Estos datos son coherentes y están relacionados al tema en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

Recolección de datos: Se consolidaron los datos de los pacientes con Dx HDA que acuden al servicio de emergencia del Hospital Barranca – Cajatambo del 2016, según registros de atenciones diarias del servicio de Emergencia.

Procesamiento de datos: se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes ingresado al servicio de Emergencia con diagnóstico final de HDA.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2010.

Análisis e interpretación de los resultados: El cruce de información los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del trabajo académico.

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Mi desarrollo en las labores como profesional de Enfermería tiene un gran significado en el Hospital Barranca - Cajatambo, en el año 2013 ingresé a laborar en mencionada institución en el mes de mayo como enfermera asistencial en Hospitalización por necesidad de personal y manteniéndome ahí por 06 meses .Posterior a ello en diciembre 2013 empecé a rotar en el área de emergencia en los diferentes tópicos de medicina, cirugía observación , Ginecología, tópico de procedimientos y shock trauma hasta la actualidad.

Entre otras actividades asistenciales que pude desarrollar, también desarrollamos diferentes comités los cuales tienen a su cargo actividades específicas durante todo el año, me desempeñe en el comité de sociales.

Motivo fue para elaborar mencionado informe de experiencia laboral en el área de emergencia, al desarrollo con mayor tiempo de actividades de enfermería asistenciales en esta área.

Pero sin dejar de mencionar que por ser un lugar de atención de nivel 2-II la concurrencia de pacientes es frecuente, y las actividades del personal de Salud continua, durante los turnos de guardias diurnas y nocturnas.

Las deficiencias siempre se muestran con el paso del tiempo y el incremento notorio de los usuarios, por ello es que se busca diferentes accionares para mejorar y elevar la atención del paciente. Actualmente en el área de emergencia del hospital de Barranca presenta inadecuada distribución de sus tópicos y áreas de procesamiento de muestras e imágenes ya que todos estos se encuentran dentro de un área reducida, obstruyendo el paso tanto del personal, los pacientes que llegan de emergencia como para los pacientes hospitalizados en dichos tópicos.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente. Valoración de enfermería.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
- Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferente vía.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.
- Decidir y ejecutar la colocación de sonda vesical.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Contribuir al desarrollo de las actividades según indicaciones médicas.

b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.

- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar de las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad..

c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Coordinar cursos, estancias u otros en el servicio.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.
- Asistir a capacitaciones programadas.

c) Área Investigativa

- En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se está trabajando en la elaboración al igual que la actualización de guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.
- Se desarrolló el mencionado trabajo académico.

3.3 Procesos Realizados en el tema del informe

El desarrollo del presente informe se debe una particular serie de actividades que mi persona realiza en el Hospital Barranca - Cajatambo, en los servicios de emergencia y hospitalización, cabe resaltar que a la medida que pasaba los turnos se presenciaban atenciones de urgencia con las patologías de dificultad respiratoria, síndrome doloroso abdominal, intoxicación por órganos perforados, trabajos de parto y hemorragias digestivas altas. Por tal motivo en la unidad de emergencia se nos presenta casos de hemorragia digestiva alta por úlceras gástricas o duodenales se necesita equipar con equipo de endoscopia de emergencia.

Participar en la capacitación del personal de enfermería al personal emergencista nuevo, programar actividades que faciliten la investigación.

3.4 Procesos Realizados en la Atención de Enfermería

- Sesiones educativas haciendo inclusión a paciente y familiares con Hemorragias Digestivas Altas.

- elaboración de protocolos en pacientes con urgencias con Hemorragias Digestivas en la unidad de emergencia.
- Se coordina con la estrategia de adulto para seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas

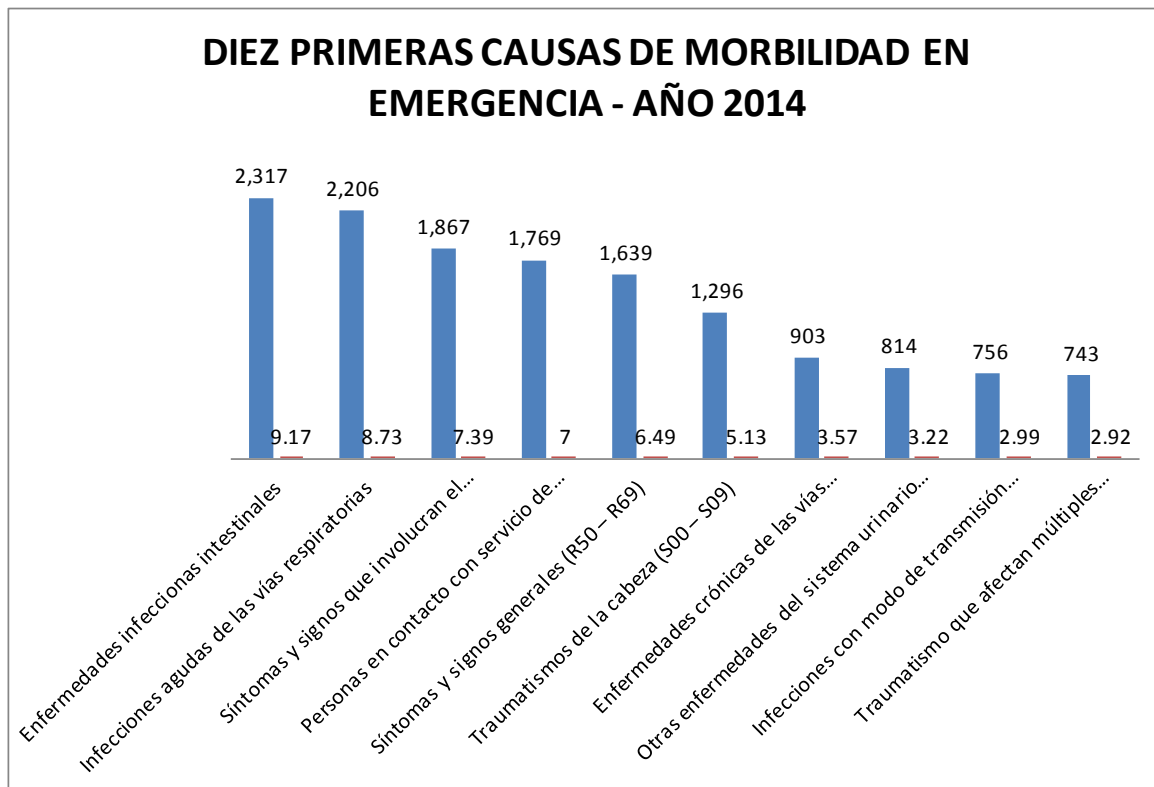
CAPITULO IV
RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

N°	Código	Morbilidad	Total	%
1º	2	Enfermedades infecciosas intestinales	2,317	9.17
2º	8	Infecciones agudas de las vías respiratorias	2,206	8.73
3º	1	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo	1,867	7.39
4º	1	Personas en contacto con servicio de salud en circunstancias	1,769	7.00
5º	1	Síntomas y signos generales (R50 – R69)	1,639	6.49
6º	4	Traumatismos de la cabeza (S00 – S09)	1,296	5.13
7º	5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	903	3.57
8º	5	Otras enfermedades del sistema urinario (N30 – N39)	814	3.22
9º	6	Infecciones con modo de transmisión predominantemente	756	2.99
10º	11	Traumatismo que afectan múltiples regiones del cuerpo	743	2.92
Otras Morbilidades			10,952	41.00
TOTAL			25,262	100.00

Fuente: Sistema de Emergencia Diresa Lima

GRÁFICO 4.1



FUENTE: Oficina de Estadística del Hospital Barranca – Cajatambo 2014

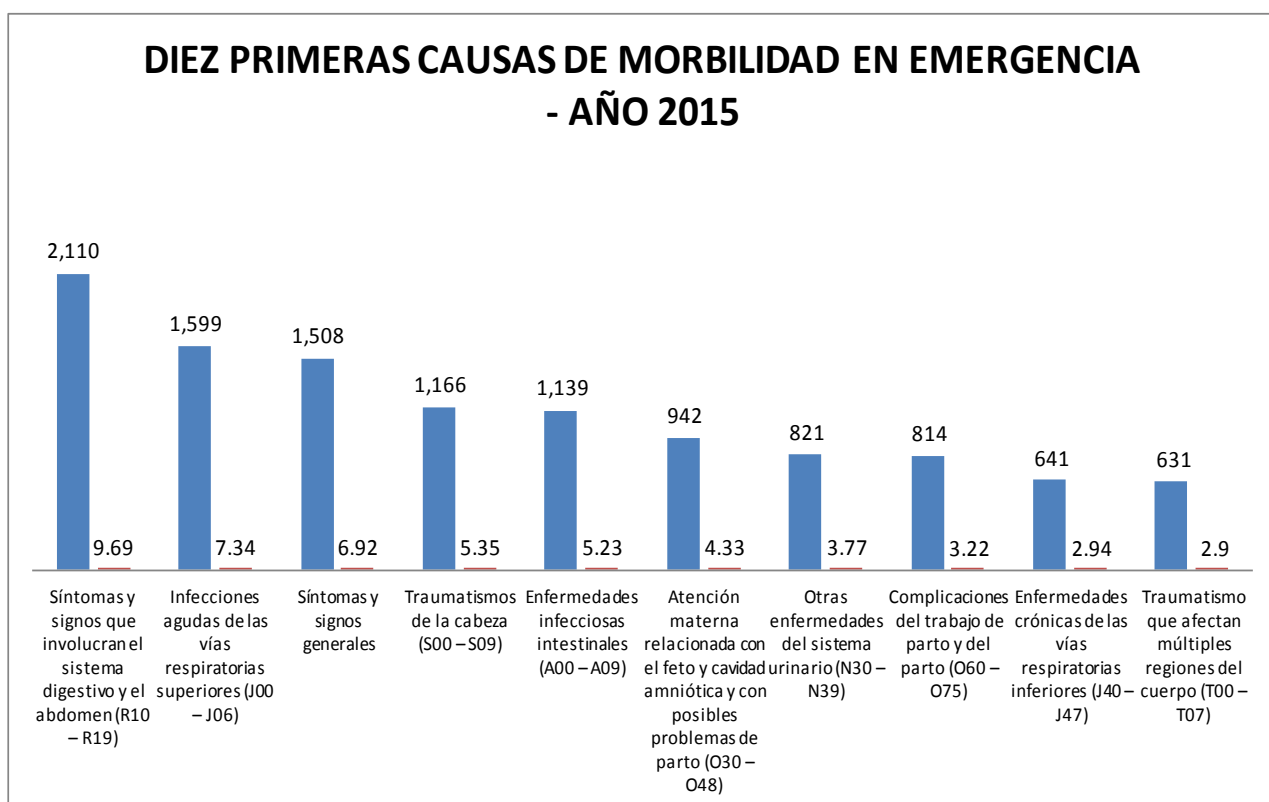
Interpretación.- En el grafico nos muestra las 10 primeras causas de morbilidad ocupando así, el tercer lugar las enfermedades que involucran al sistema digestivo teniendo un porcentaje 7.39 % en el año 2014

CUADRO 4.2

Nº	Código	Morbilidad	Total	%
1º	2	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen (R10 – R19)	2,110	9.69
2º	1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00 – J06)	1,599	7.34
3º	8	Síntomas y signos generales	1,508	6.92
4º	1	Traumatismos de la cabeza (S00 – S09)	1,166	5.35
5º	1	Enfermedades infecciosas intestinales (A00 – A09)	1,139	5.23
6º	4	Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas de parto (O30 – O48)	942	4.33
7º	6	Otras enfermedades del sistema urinario (N30 – N39)	821	3.77
8º	5	Complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60 – O75)	814	3.22
9º	5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40 – J47)	641	2.94
10º	11	Traumatismo que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00 – T07)	631	2.90
Otras Morbilibidades			10,952	41.00
TOTAL			25,262	100.00

FUENTE: Oficina de Estadística del Hospital Barranca – Cajatambo 2015

GRAFICO N° 4.2



Interpretación.- Podemos apreciar en el gráfico que para el 2015 encontramos en el primer lugar a las enfermedades que involucran al sistema digestivo.

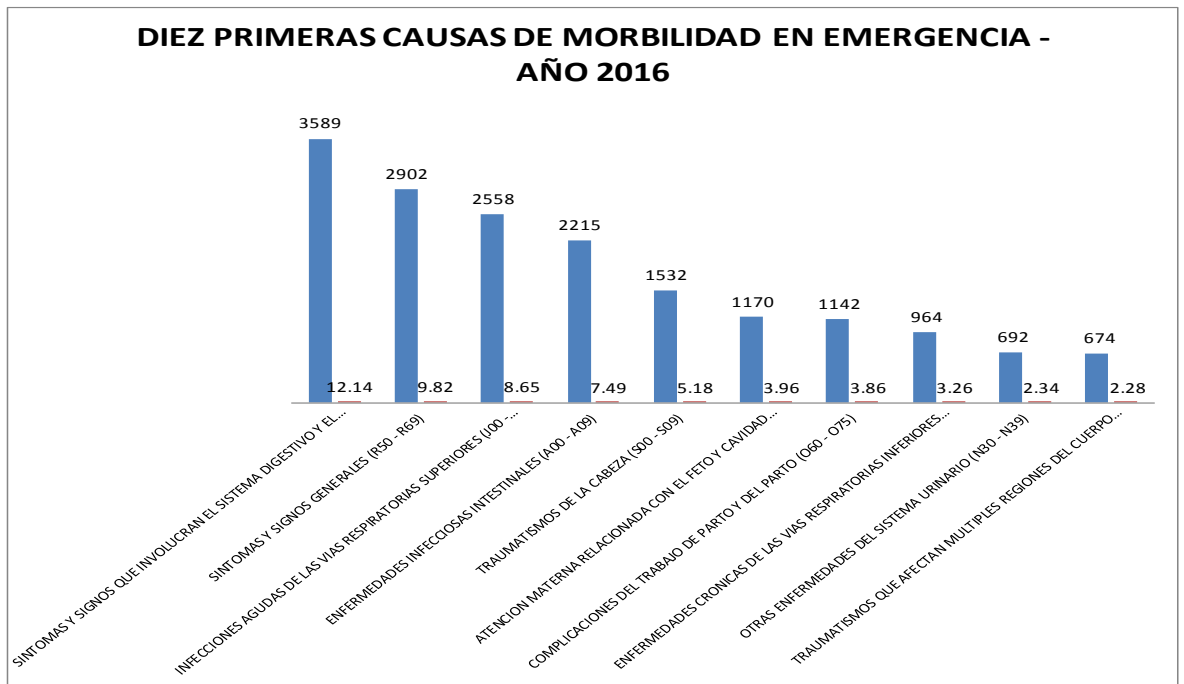
CUADRO N° 4.3

Nº	Codigo	Morbilidad	Total	%
1º	2	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN (R10 - R19)	3589	12.14
2º	8	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	2902	9.82
3º	1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	2558	8.65
4º	1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	2215	7.49
5º	1	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA (S00 - S09)	1532	5.18
6º	4	ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEM.DE PARTO(O30-O48	1170	3.96
7º	5	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO (O60 - O75)	1142	3.86
8º	5	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40 - J47)	964	3.26
9º	6	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	692	2.34
10º	11	TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO (T00 - T07)	674	2.28
Otras Morbidades			12118	41.00
TOTAL			29556	100.00

Fuente: Sistema de Emergencia Diresa Lima

FUENTE: Oficina de Estadística del Hospital Barranca – Cajatambo 2016

GRAFICO N° 4.3

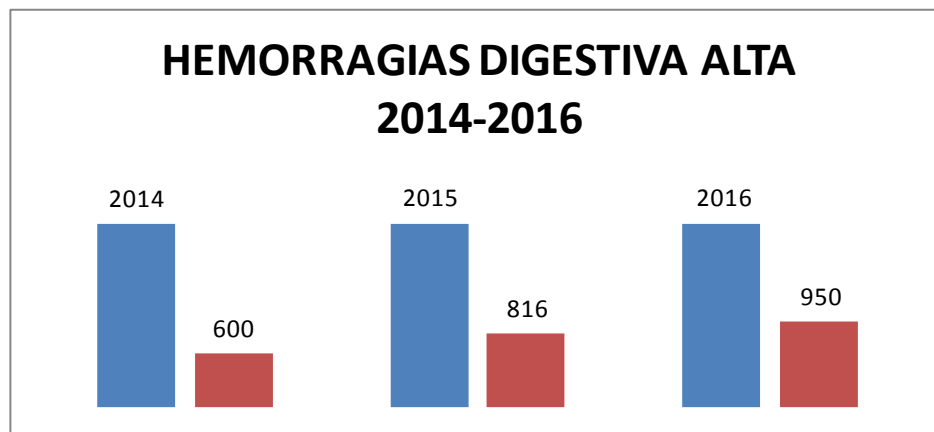


Interpretación.- En el gráfico nos muestra que continúan liderando las enfermedades que involucran al sistema digestivo, incrementándose con 12.14 % considerablemente en el año 2016, entre las 10 primeras causas de morbilidad

CUADRO N° 4.4

HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA			
AÑOS	2014	2015	2016
TOTAL	600	816	950

GRAFICO N° 4.4

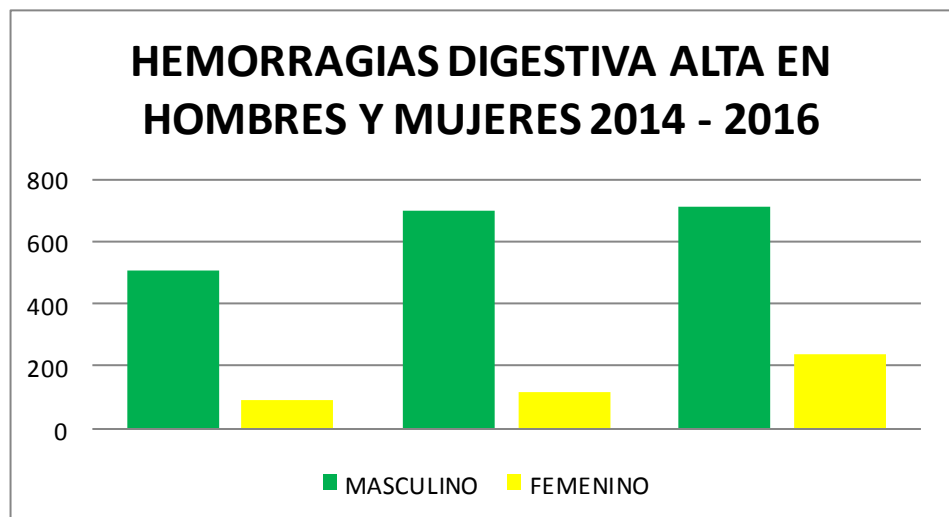


Interpretación.- En el gráfico podemos visualizar que en el 2014, encontramos 600 casos, durante el año 2015 sufre un incremento en 816 casos concluyendo así, con 950 totales de casos presentados por hemorragias digestivas altas en el 2016.

CUADRO N° 4.5

HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA EN HOMBRES Y MUJERES			
AÑO	2014	2015	2016
MASCULINO	510	700	710
FEMENINO	90	116	240

GRAFICO N° 4.5

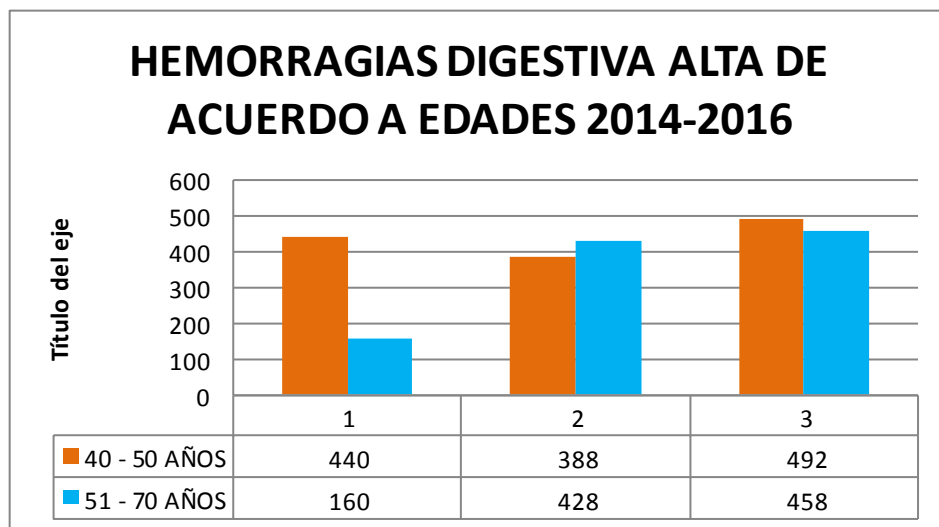


Interpretación.- En el gráfico podemos visualizar que en el 2014, el sexo de los pacientes presentados corresponde a un total de 510 sexo masculino, y un 90 de sexo femenino, en el 2015 vemos 700 casos presentados en el sexo masculino y 116 femenino, y en el 2016 con 710 casos de sexo masculino y 240 de sexo femenino.

CUADRO N° 4.6

HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA DE ACUERDO A EDADES			
EDADES	2014	2015	2016
40 - 50 AÑOS	440	388	492
51 - 70 AÑOS	160	428	458

GRAFICO N° 4.6



Interpretación.- En el gráfico podemos visualizar que en el 2014, las edades que presentaron hemorragias digestivas altas, entre 40 y 50 años fueron de 440, y en el rango de 51 a 70 años muestra 160 casos, incrementándose en el 2015 entre edades de 40 a 50 años 388 casos, y entre 51 y 70 años 428 casos, terminando en el año 2016 con 492 casos en edades de 40 a 50 años y 458 casos en las edades de 51 a 70 años, mostrándose un incremento elevado en cada año.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- a) En la formación que seguimos tenemos mucho interés en que nuestro país se desarrolle, por lo tanto nuestro trabajo está centrado al cuidado de calidad, y sobre todo humanizado, recordando que ENFERMERÍA es una carrera de servicio hacia los demás, apoyándose nuestro trabajo en modelos y teorías donde se realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba las mejores atenciones por parte de enfermería logrando actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, dentro de todos sus esferas ya sea físico, mental, espiritual, etc.
- b) Este trabajo fue realizado con el propósito de brindar la atención necesaria a los pacientes con HDA que acuden al servicio de emergencia, aplicando todas las técnicas para el bienestar del paciente y su futura estabilización, es importante también brindar apoyo emocional a los familiares porque de ellos dependerán de la recuperación del paciente a esto llamamos educación de Enfermería.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermería en actos de urgencia en pacientes con HDA.
- b) Gestionar un plan de prevención y promoción conjuntamente con servicios de consultorios externos de acuerdo a las enfermedades prevalentes de la emergencia.
- c) Fortalecer mediante capacitaciones el adecuado uso de barreras protectoras, así como el desecho de residuo sólido.
- d) Establecer planes de cuidados individualizados primando el aspecto preventivo en la atención al paciente en el servicio emergencia con el desarrollo de guías prácticas para mejorar la atención en situaciones de urgencia, en el mismo nosocomio y ambulancia en casos de referencias.
- e) Gestionar un plan de prevención y cuidado conjuntamente con central de esterilización sobre el mantenimiento del instrumental quirúrgico.
- f) Fortalecer los lazos de confraternidad entre el personal asistencial, mediante la participación de los comités sociales, humanización, científico y de calidad.

CAPITULO VII REFERENCIALES

1. Luis Jimenez Murillo. F. Javier Montero Perez Hemorragia Digestiva Alta. editor. Medicina de Urgencias y Emergencias. Barcelona (España) , S.L. : 4.a Edicion2010. p. p. 307-318.
2. Notari XCCyPA. Hemorragia Digestiva Alta. In García JP. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Madrid: Elsevier Doyma ; 2011. p. 200-300.
3. Carlos Contardo Zambrano HER. Simposio: Hemorragia digestiva. In Hemorragia digestiva alta no originada por várices; 2006; Lima. p. p.1-6.
4. Christian Méndez PBJCAB. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. Informe Cientifico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Medicina; 2000.
5. LAYTEN GAS. Prevalencia de Asociación entre Hemorragia Digestiva Alta no Variceal y Consumo de Antinflamatorios no Esteroides en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2006.
6. Martines JZ. Hemorragia Digestiva. Informe Expositivo. Lima: Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Medicina Humana.
7. Galindo F. Hemorragia Digestiva. In Galindo F. Cirugía Digestiva. Bueno Aires: F. Galindo; 2014. p. Tomo I-126,1-46.
8. Sergio MV. Hemorragia Digestiva alta. informe expositivo. Montevideo: Clinica de gastoenterologia, Endoscopia Digestiva de Urgencia; 2009.

9. ROSADO DAMM. Prevalencia De Hemorragia Digestiva Alta En Pacientes Que Acuden Al Hospital Rodríguez Zambrano De Manta 2010-2011 Y Propuesta De Un Protocolo Actualizado De Atención. Tesis Magistral. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Medicina Humana; 2014.
10. Guyton AC. Fisiologia Medica. Doceava ed. Bornet B, editor. Barcelona: Elsevier España; 2011.
11. Marta Rojas Jiménez LDC. Aparato digestivo y estudio de las heces. Informe Expositivo. , Laboratorio clinico; 2011.
12. Perez J. Enfermeriapri2015. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 3. Available from: <http://enfermeriapri2015ii.blogspot.pe/2015/12/definicion-de-cuidado-de-enfermeria-el.html>.
13. Dres Maucione A VS. Hemorragia Digestiva. Informe científico. Montevideo: Clinica de Gastroenterologia, Medicina Humana; 2009.

ANEXOS

HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS



FRONTIS DEL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS



ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS



ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

