

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 –
HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA, LIMA 2014 - 2016**

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

GLENY HILARIO BENAVIDES

Gleny Hilario Benavides

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA PRESIDENTA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GOMEZ

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 132

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02/03/2018

Resolución Decanato N° 586-2018-D/FCS de fecha 22 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	32
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Recolección de Datos	34
3.2 Experiencia Profesional	34
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	38
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIALES	47
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se considera un problema de salud pública, constituyendo una de las principales emergencias atendidas en los hospitales; es un problema de salud, de elevada frecuencia en todo el mundo y con una alta morbilidad y mortalidad. (1)

Entre los factores de riesgo relacionados con la morbilidad y mortalidad de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta se encuentra la edad, resangrado, coagulopatías, etc. Como factor de riesgo la edad es importante, pues, hay una alta prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en mayores de 60 años; son un grupo altamente susceptible a la Hemorragia Digestiva Alta, pues, a mayor edad disminuye la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos. (2,3,4)

Por tanto, los cuidados de enfermería deben estar orientados a una actuación más consciente y responsable de la seguridad del paciente, a fin de prevenir las complicaciones generadas por dicho evento. Por ello, se cree conveniente realizar el presente informe a fin de contribuir a un mejor manejo y desempeño de las actuaciones y procedimientos que se practiquen, en relación a los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

El informe de experiencia laboral se divide en VII capítulos; así tenemos, **capítulo I:** Planteamiento del problema, donde se describe la problemática de la HDA; **capítulo II :** Marco teórico, el cual describe los fundamentos teóricos de la HDA; **capítulo III:** Experiencia profesional, donde se describe los procesos que se realizan en el área de emergencia, **capítulo IV:** Resultados ; **capítulo V:** Conclusiones; **capítulo VI:** Recomendaciones; **capítulo VII:** Referencias bibliográficas; además, contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La hemorragia digestiva alta se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad. Se estima que a nivel mundial se presenta un caso por cada 20,000 habitantes. La mortalidad a nivel mundial está en el rango de 5-15%. (5)

La Hemorragia Digestiva Alta en Estados Unidos tiene una incidencia de 48 a 160 casos por cada 100.000 adultos/año y, una mortalidad general que alcanza el 14%; en España la tasa de incidencia es de 34 a 45 casos por 100.000 habitantes. En Colombia reporta una tasa de mortalidad del 9,5% y, en el Perú, se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%. (6,7)

En un estudio realizado en la Unidad de Hemorragia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), se determinó que de cerca de los 500 pacientes que se hospitalizaron el 82,7% correspondían a Hemorragia Digestiva Alta, siendo las principales causas la úlcera duodenal (24,5%) y la úlcera gástrica (19,8%). (8)

En el Hospital Marino Molina Scippa, los casos de Hemorragia Digestiva Alta se presentan con regularidad en el servicio de emergencia, presentándose en los años del 2014-2016 un total de 267 casos, dichos pacientes al ingresar generalmente presentaron diaforesis, palidez, confusión, náuseas, etc., muchos de ellos refieren que desconocen los síntomas de la enfermedad, así como también que descuidan el tratamiento; todo esto genera una preocupación para el personal de enfermería y, es por ello, que la enfermera debe realizar estrategias educativas para el paciente y para sus familiares, relacionadas con la enfermedad del paciente y,

de esta manera, poder disminuir los índices de ingresos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Por tal motivo, el reconocimiento temprano de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta evita complicaciones que suponen mayor mortalidad y mayor gasto para el sistema de salud, además de la saturación de las emergencias y acelerar la derivación del paciente a unidades críticas. (9)

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, Lima 2014-2016.

1.3. Justificación

La Hemorragia Digestiva Alta es una de las principales emergencias gastroenterológicas que se presenta en los servicios de emergencias en los hospitales, siendo en nuestro país una causa de mortalidad en los pacientes.

En el Hospital Marino Molina Scippa se presenta un alto número de casos de pacientes con hemorragia digestiva alta que ingresan al servicio de emergencia, requiriendo un equipo multidisciplinario para su cuidado, entre ellos la enfermera, la cual cumple una función importante ya que su rol principal se centra en el cuidado de los pacientes.

Con el fin de optimizar los cuidados de enfermería en los casos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, es necesario tener en cuenta una adecuada atención con la finalidad de que el paciente pueda estabilizarse y, a la par, poder brindarle una adecuada

orientación para un mejor autocuidado; por ende, los cuidados de enfermería es un tema de interés profesional, debido a que una adecuada acción de los cuidados reduce los costos generados y también mejora la calidad de vida de los pacientes y, a su vez, fomenta la mejora de la calidad en los cuidados en enfermería.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería en la Hemorragia Digestiva Alta tiene como principal objetivo cubrir las necesidades básicas del paciente, permitiéndole de esta manera, la estabilización de su estado y la prevención de posibles complicaciones; también, es necesario lograr que el paciente tome consciencia de su enfermedad generando acciones de autocuidado e involucrando también a la familia, de esta manera, reducir el ingreso por HDA en el área de emergencia.

Considerando el ingreso al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa por casos de Hemorragia Digestiva Alta, se hace necesario describir los cuidados de enfermería, con la finalidad de reforzar y unificar los conocimientos acerca de los cuidados que se deben tener en cuenta en los casos de Hemorragia Digestiva Alta.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

RODRÍGUEZ CRUELL, Diana / MANTILLA CAÑIZARES, Tamara. **“Comportamiento de un modelo de protocolo de actuación de enfermería en la hemorragia digestiva alta”**. (Ciudad de la Habana). 2013. En esta investigación se evaluó un protocolo de actuación de enfermería en 138 pacientes que acudieron a realizarse endoscopia digestiva alta por sospecha de hemorragia digestiva alta en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA), que establece una clasificación de riesgo para la realización de esta. Cuyo objetivo de este trabajo es mostrar los resultados preliminares de la aplicación de un protocolo de actuación para optimizar al máximo la atención médica y de enfermería durante la realización de la endoscopia. Obteniéndose como resultado que 13 pacientes tenían asociadas afecciones graves, mientras que 64 tenían enfermedades crónicas, 77 pacientes se clasificaron con riesgo intermedio, 44 pacientes con riesgo bajo y 17 enfermos presentaron un riesgo alto. No se presentaron complicaciones durante el proceder aplicando el protocolo de actuación de enfermería, facilitando el procedimiento, obteniendo además un nivel de satisfacción óptimo. Llegándose a la conclusión que el protocolo de actuación de enfermería propuesto contribuyó de forma eficiente a la realización del proceder endoscópico. (10)

ABREU JARRÍN, Mayelin / RAMOS TIRADO, Solange / TREJO MUÑOZ, Noelvis / CINTADO TORTOLÓ, Dominga. **“Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos”.** (Ciudad de Matanzas) 2013. Estudio descriptivo prospectivo, donde se tuvo en cuenta diferentes variables clínicas y endoscópicas como: edad, sexo, presentación clínica, tipo de lesión y clasificación de la hemorragia por úlcera; cuyo objetivo fue caracterizar clínica y endoscópicamente a los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital General Pedro Betancourt, en el período comprendido entre enero del 2012 a enero del 2013. El cual tuvo como resultado que, la presentación clínica más frecuente fue la melena (65%), el principal hallazgo endoscópico fue la úlcera duodenal (45%) y, la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera más frecuente fue el sangrado reciente, llegando a la conclusión que la hemorragia digestiva alta continúa siendo una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años. Fue la úlcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente, el hallazgo endoscópico más común. (11)

IBÁÑEZ GARCÍA, Patricia. **“Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias”.** (Ciudad de Valladolid). 2015. Estudio de Caso, cuyo objetivo fue conocer cuál es el papel que ejerce la enfermería ante una hemorragia digestiva alta en las emergencias extrahospitalarias y urgencias hospitalarias. Se obtuvo como conclusión que La hemorragia digestiva alta es la complicación gastroenterológica más grave y requiere de una actuación de urgencia, la etiología que con mayor frecuencia suele darse es la de origen ulceroso, y la de mayor

gravedad por comprometer el estado hemodinámico del paciente es la HDA por rotura de VE, los cuidados de enfermería aplicados se determinan por el estado en el que se encuentra el paciente, los factores de riesgo como el consumo de AINES, AAS, alcohol, café y tabaco, contribuyen a la formación de úlceras pépticas, el método diagnóstico-terapéutico de elección es la endoscopia digestiva alta, las complicaciones que pueden presentarse en las gastroscopias hace necesaria la presencia de personal de enfermería cualificado, el personal sanitario de emergencias extrahospitalarias se centrará en la estabilización hemodinámica del paciente en función de su gravedad, la enfermera en su actuación tiene que ser organizada, aséptica y registrar cada acto llevado a cabo. (12)

PUENTE BARO, Ana / HEMNY OCHOA, Virgen / Martínez Rustan, Maniorkis / Maslen Bonnane, Marely / MARTÍNEZ MATOS, Yanny. **"Caracterización de cuidados de enfermería en pacientes con sangrado digestivo alto". (Ciudad de Guantánamo). 2016.** Estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" durante el año 2015, teniendo como muestra 98 pacientes analizándose las variables edad, sexo, modalidades de Medicina Natural y Tradicional (MNT) aplicadas. Se obtuvo como resultado que el grupo en que más prevaleció la enfermedad fue el de hombres de 60 años y más con el 64.3 % de los casos reportados. Se concluye que estos pacientes requieren de cuidados especializados de enfermería participativos y la efectividad de la MNT. (1)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CORZO MALDONADO, Manuel / GUZMÁN ROJAS, Patricia / BRAVO PAREDES, Eduar / GALLEGOS LÓPEZ, Roxana / MERCADO TENORIO, Jorge / SURCO OCHOA, Yolanda y col. **“Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control”**. (Ciudad de Lima). 2013. Estudio observacional analítico caso-control retrospectivo, en donde se analizaron 180 pacientes, siendo 135 los controles y 45 los casos. El objetivo fue determinar y establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta (HDA) a los 30 días posteriores al episodio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se obtuvo como resultado que las variables relacionadas a la mortalidad empleando un análisis logístico bivariado fueron edad, hematemesis, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis, neoplasia maligna, ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, score de Rockall mayor a 4, resangrado, y paquetes globulares transfundidos, mientras que con el análisis logístico multivariado se encontró solamente a las variables neoplasia maligna, ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, y score de Rockall mayor a 4. Obteniéndose como conclusión Los factores que aumentan el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta son: un score de Rockall mayor a 4, ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, resangrado, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis, presencia de hematemesis, neoplasia maligna, número de paquetes globulares transfundidos y edad. (13)

VELÁSQUEZ LEÓN, Vanessa. **“Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, 2013 – 2014”**. (Ciudad de Lima). 2016. Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo con una muestra de 412 pacientes con hemorragia digestiva. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, a fin de determinar las características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA). Se determinó en el estudio que la melena fue la principal manifestación clínica, la causa principal de HDA fue la úlcera duodenal, el compromiso hepático descompensado se presentó en 56% y el riesgo Rockall de recidiva alto fue de 50%. (14)

FLORES CONDORI, Silvia. **“Hemorragia Digestiva Alta en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, año 2015”**. (Ciudad de Lima). 2017. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuya población estuvo constituida por 100 pacientes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, seleccionando aquellos que presentaron por lo menos un episodio de hemorragia digestiva alta. Tuvo por objetivo determinar la hemorragia digestiva alta en el servicio de Medicina Interna del Hospital José Agurto Tello. El estudio tuvo como resultado que la edad promedio de la población estudiada es de 63 años, de los cuales el 51% era del género masculino y el 49% pertenecían al género femenino, se encontró dentro de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la hemorragia digestiva alta son el uso de AINES, el tabaquismo y el alcoholismo; por lo tanto se llegó a

la conclusión que el uso de AINES asociado a comorbilidades en los pacientes, son factores que favorecen el desarrollo de hemorragia digestiva alta, al igual que la edad mayor a 60 años, la recurrencia esta principalmente asociado al grado de instrucción y el estrato socioeconómico y el uso continuo de cigarrillos y el consumo de alcohol son también factores de riesgo con mayor recurrencia en el desarrollo de la hemorragia digestiva alta. (15)

ALCALÁ TINEO, Estefani. **“Estilos de vida en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta atendidos en emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales de Enero a diciembre del 2015.”** (Ciudad de Lima). 2017. Estudio de tipo descriptivo retrospectivo, observacional y transversal, cuya población estuvo conformada por 70 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Sergio Bernales. Se tuvo como objetivo determinar los estilos de vida en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta atendidos en emergencia. Obteniéndose como resultado que en relación a los estilos de vida se presenta el tabaquismo con un (68.6%), el consumo de AINES por automedicación 40% y por indicación médica con un 28.6%, la edad más frecuente es a partir de los 60 años, siendo el género masculino el predominante. De esta manera se concluye que el tabaquismo y el consumo de AINES son los estilos de vida que se dan con mayor frecuencia en pacientes que han sufrido de hemorragia digestiva alta, seguido del consumo de alcohol, y el grupo etáreo donde se presenta con mayor frecuencia es en adultos mayores y es el género masculino es el que predomina en esta complicación. (16)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Enfermedades del Sistema Digestivo:

Una enfermedad digestiva es cualquier problema de salud que ocurre en el sistema digestivo, el cual está compuesto por el esófago, el estómago, los intestinos grueso y delgado, el hígado, el páncreas y la vesícula biliar. (17)

Entre las enfermedades del sistema digestivo tenemos:

- ✓ **Enfermedades del esófago, estómago y duodeno:** esofagitis, úlcera del esófago, úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica, gastritis, dispepsia, etc.
- ✓ **Enfermedades del apéndice:** apendicitis, hernia diafragmática, hernia abdominal, etc.
- ✓ **Enfermedades hepáticas:** hepatitis, cirrosis hepática, insuficiencia hepática, etc.
- ✓ **Enfermedades de la vesícula biliar, vías biliares, páncreas:** colecistitis aguda, colecistitis crónica, obstrucción de la vesícula biliar, obstrucción del conducto biliar, etc.
- ✓ **Otras enfermedades del tracto digestivo:** mala absorción intestinal, hemorragia gastrointestinal (hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva baja), enfermedad celíaca, esteatorrea pancreática, etc. (18)

2.2.2. Hemorragia Digestiva Alta.

a) Definición:

La HDA se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior, cuyo origen se encuentra desde la

boca, bucofaringea, esófago, estómago y duodeno hasta el ángulo de Treitz; constituye toda pérdida hemática de volumen suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas. (19,20)

b) Etiología:

La mayoría de las HAD son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente, úlcera gástrica y úlcera duodenal. En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*. Entre las causas menos frecuentes encontramos a las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas, las lesiones vasculares (angiodisplasia, fistula aortoenterica, etc.). Cabe señalar que en un 5-8% de las ocasiones no se llega a determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. (21)

c) Cuadro clínico

- **Signos y síntomas:**

Hematemesis: Vómitos con sangre. Existe la hematemesis franca, de color rojo brillante (indicativa de un sangrado bastante intensidad) o bien los vómitos en "posos de café" (restos de sangre alterada que adquiere un color negro). (12)

Melenas: Depositiones de heces negras y brillantes, malolientes y pegajosas, de una consistencia pastosa. (12)

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

hemorragia digestiva baja, aunque a veces HDA masiva si el tránsito es rápido y las pérdidas importantes. (12)

Vómito borráceo: vómito en “borra de café”

Dependiendo del volumen de sangre perdido se pueden presentar síntomas y signos de anemia y de compromiso hemodinámico. (22)

d) Factores de riesgo asociados

Medio Ambiente:

Falta de saneamiento adecuado, agua potable e higiene básica, mala alimentación y el hacinamiento, juegan un papel relevante en la prevalencia de la infección de *Helicobacter pylori*, considerando frecuentemente como agente causal de la úlcera péptica. (22)

Estilo de vida:

El uso de fármacos lesivos para la mucosa del tubo digestivo (AINEs, antidepresivos, bifosfonatos). Corticoides, anticoagulantes, consumo de alcohol y tabaco aumentan el riesgo de sangrado digestivo alto, así mismo la edad incrementa el riesgo de HDA. (22)

Factores hereditarios:

Un 20 a 50% de los pacientes con úlcera duodenal presentan antecedentes familiares. Las personas con grupo sanguíneo O tienen un 30% de incremento de riesgo. Se cree que algunos de los factores hereditarios postulados para la úlcera duodenal no representan más que la diseminación intrafamiliar del *H. pylori*. (22)

e) Exámenes Auxiliares

- **De patología clínica:**
 - **Hemoglobina y Hematocrito:** Su nivel en sangre expresan directamente la pérdida sanguínea, sin embargo, su modificación está relacionada con el tiempo transcurrido entre la hemorragia y la obtención de la muestra. Se necesitan que transcurra varias horas para que el nivel de estos parámetros expresan adecuadamente la magnitud de la hemorragia. (22)
 - **Plaquetas y perfil de coagulación:** Una alteración en sus valores pueden ser el origen del sangrado digestivo. Si es necesario se hará su corrección a través de la transfusión de hemoderivados, como medida terapéutica para el control del sangrado o para mejorar las condiciones del paciente para el estudio endoscópico. (22)
 - **Creatinina-Urea (BUN):** El cálculo de la relación U/Cr es un buen parámetro para el diagnóstico de HDA, esto ocurre en más del 90% de casos con valores por encima de 100. Cuando se presenta un evento de HDA se observa una elevación importante en la concentración de U en sangre mas no de la Cr, esto resulta útil sobre todo cuando existe controversia en el origen del sangrado. (22)
 - **Perfil hepático:** Solicitado en pacientes con sospecha de HTP de causa hepática. (22)
 - **Grupo sanguíneo y factor Rh:** Indispensable, no para el diagnóstico de HDA sino ante la eventualidad de que se requiera transfundir sangre. (22)
- **De imágenes:** Radiografía de torác.

- **De exámenes especializados complementarios :**

Endoscopia digestiva alta diagnóstica.

Endoscopia digestiva alta terapéutica

f) Diagnóstico diferencial

Para la realización del diagnóstico es necesario diferenciarla de otras entidades que puedan simular y llevarnos a una confusión:

1. Hemorragia de otro origen que se manifieste como

hematemesis o melenas: En ambos casos la sangre deglutida puede eliminarse simulando una hematemesis o una melena, y puede aumentar la urea plasmática. En estos casos de duda diagnóstica, debe inspeccionarse la cavidad oral, las fosas nasales, la faringe y las vías respiratorias altas para descartar un sangrado a ese nivel. (23)

2. Pseudohepatemesis:

La ingestión reciente de bebidas de cola, café, vino tinto y de ciertos alimentos como tomate, cerezas, etc., puede dar al vómito un aparente aspecto de "posos de café" o de sangre fresca. La isquemia mesentérica y la obstrucción intestinal mecánica cursan a menudo con vómitos cuyo aspecto semeja el de los de contenido hemático, mientras el resto de hallazgos de la exploración física y las exploraciones complementarias son los que llevan al diagnóstico. (23)

3. Pseudomelenas:

La ingestión de ciertos alimentos, medicamentos y otros productos, pueden teñir las heces de negro y simular una melena. En estas circunstancias, la única características de la melena que presentan las heces teñidas es el color, aunque

éste no es negro alquitranado no son pastosas, pegajosas, fétidas ni adherentes como las melena. (23)

4. Hemorragia digestiva baja (HDB): Generalmente se manifiesta como hematoquecia, con frecuencia acompañada de dolor abdominal, de carácter cólico en hemiabdomen inferior, y en ocasiones tenesmo rectal. Sin embargo, la HDA profusas suelen generar un tránsito intestinal acelerado y pueden manifestarse por deposición de color rojo oscuro, e incluso rojo vivo, que puede llevar a la confusión con respecto al origen del sangrado. (23)

g) Exámenes especializados complementarios

Endoscopia digestiva alta diagnóstica

Permite identificar la lesión responsable de la hemorragia, precisar el lugar de sangrado, establecer la presencia o no de sangrado activo o de signos de sangrado reciente y prever el riesgo de resangrado. Es responsable del diagnóstico etiológico en el 90% de casos. Es necesario que sea realizada en condiciones de seguridad para el paciente y con cualidad técnica para el gastroenterólogo endoscopista. (22)

Momento de la EDA:

La EDA debe realizarse tan pronto como sea posible; idealmente dentro de las 12 horas siguientes a la presentación del paciente para atención médica y no más allá de las 24 horas. La realización de una EDA debe ser precoz, con la posterior estratificación del paciente en riesgo de resangrado y mortalidad, debido a que conlleva importantes beneficios. (22)

Dentro de las ventajas de una EDA precoz podemos mencionar:

- a) Permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo y que pueden ser datos de alta.
- b) En pacientes con lesiones de alto riesgo permite aplicar un tratamiento hemostático, disminuyendo de esa manera la recidiva, la cirugía y la mortalidad.
- c) Disminuye el coste de la asistencia médica ya que evita ingresos innecesarios de pacientes de bajo riesgo y acorta la estancia de aquellos con lesiones de alto riesgo.
- d) Incrementa de forma marcada el rendimiento diagnóstico. (22)

Se debe tener en cuenta que el hallazgo de signos endoscópico-predictivos de resangrado es mayor cuanto más precozmente se realiza la endoscopia, (22)

Condiciones del paciente previa EDA

Recomendaciones para la realización de una endoscopia:

- Estabilización hemodinámica antes del estudio endoscópico, idealmente.
- Entubación endotraqueal en caso se trate de un paciente con inestabilidad persistente, con trastorno del sensorio o que se encuentre vomitando. Permite asegurar la vía aérea y prevenir la aspiración durante la endoscopia.
- Plaquetas $> 20000/\text{mm}^3$ en pacientes con cirrosis hepática permite la realización de una EDA diagnóstica; se debe considerar plaquetas $> 50000/\text{mm}^3$ en procedimientos de alto riesgo de sangrado como la

endoscopia terapéutica de várices esofágicas.
Transfundir Plaquetas si fuera necesario.

INR de 1,5 a 2,5 en pacientes anticoagulados, permite la realización de una EDA diagnóstica y terapéutica exitosa. El TP/INR no es un indicador fiable del estado de coagulación en pacientes con cirrosis hepática, no dispone de datos para determinar si el INR es necesario para el tratamiento endoscópico seguro y eficaz en pacientes con insuficiencia hepática pero el rango mencionado ($< 2,5$) puede considerarse como tal. (22)

h) Criterios de ingreso

Ingresan todos los pacientes con HDA comprobada, así como aquellos con sospecha de HDA, entendiéndose que tras la anamnesis, la exploración física y los resultados analíticos, hay dudas razonables acerca de que esté en curso una HDA. El destino de los pacientes depende que el diagnóstico emitido sea de un HDA comprobada o sospechada y de la repercusión hemodinámica:

1. Ingresarán en la Unidad de Sangrantes los pacientes que presenten:

- HDA comprobada con repercusión hemodinámica, cuya situación biológica general permita tratamiento y recuperación adecuados.
- HDA comprobada sin repercusión hemodinámica con antecedentes confirmados de hepatopatía crónica y cuya situación biológica general permita tratamiento y recuperación adecuados.

- HDA comprobada que se manifieste por hematenesis franca (sangre clara), aunque inicialmente no haya repercusión hemodinámica. (23)

2. Ingresarán en el Área de Observación del Servicio de Urgencias los pacientes que presenten:

- HDA comprobada, con o sin repercusión hemodinámica, que acontezca en el contexto de una afección crónica asociada que impida tratamiento y recuperación adecuados, fundamentalmente neoplasias diseminadas, edad > 80 años con taras biológicas graves, etc.
- HDA comprobada sin repercusión hemodinámica y sin contestación de varices esofágicas.
- Sospecha HDA. (23)

i) Medidas terapéuticas en urgencias

Medidas generales y tratamiento de urgencia (24)

- Colocación del paciente en decúbito, en situación de Tendelemburg si está en situación de shock. En decúbito lateral izquierdo si presenta vómitos para minimizar la posibilidad de aspiración.
- Aporte suplementario de oxígeno, fundamental en pacientes en shock (O2 a 15 litros/minuto).
- Medición de la TA y la frecuencia cardíaca en decúbito y en bipedestación si el estado del paciente lo permite.
- Canalizar vía venosa periférica con Abocath no 14, o DRUM a ser posible, y si no hay repercusión hemodinámica, perfundir suero fisiológico a 21 gotas/minuto. En la hemorragia grave valorar la

canalización de vía venosa central y medición de la presión venosa central.

En caso de afectación hemodinámica se repondrá la volemia. Para ello, se perfundirá "a chorro" soluciones cristaloides hasta la desaparición de los signos de hipoperfusión periférica y estabilización de las cifras tensionales. Son preferibles las soluciones cristaloides (Ringer lactatoR, Suero fisiológicoR) que las coloides de macromoléculas artificiales (HemoceR, RheomacrodexR) ya que estas, además de favorecer el edema intersticial, interfieren las pruebas de tipificación sanguínea y los mecanismos de coagulación, fundamentalmente la agregación plaquetaria.

- Realización de electrocardiograma: en todos los pacientes de más de 50 años de edad o con cardiopatía isquémica, anemia importante, dolor torácico, disnea o hipotensión arterial grave.
- Realización de radiografía de tórax y abdomen: solo está indicada ante la sospecha de aspiración broncopulmonar a consecuencia del vomito o ante la presencia de síntomas y signos de perforación de víscera hueca (infrecuente en pacientes con HDA). La radiografía simple de abdomen no está indicada ante una HDA. La radiografía de abdomen en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal estaría solo indicada ante la sospecha de perforación de víscera hueca u obstrucción intestinal.
- Sondaje uretral y diuresis horaria si existe repercusión hemodinámica.

- Solicitar reserva de 2-4 concentrados de hematíes para realizar transfusión si es necesario. (24)

Medidas hemostáticas específicas

HDA de origen no varicoso:

- Administración de somatostatina: aunque no introducida en la práctica clínica para este tipo de HDA, la administración de somatostatina en la HDA de origen no varicoso, o de su derivado el octreotido, parece ser útil bien como tratamiento adyuvante antes de la endoscopia o cuando la endoscopia es imposible, está contraindicada. La somatostatina (SomiatonR ampollas de 250 µg) se utiliza a dosis inicial de 250 µg en bolo intravenoso, seguido de perfusión continua de 250 µg/hora durante 2-5 días. El octreotido se inicia a dosis de 50 µg en bolo intravenoso, seguido de 25 µg/hora, durante 2-3 días. (24)
- Cirugía: sus indicaciones son:
 - Hemorragia masiva: aquella que requiere la transfusión de más de 2000 ml de hemoderivados (5 Unidades de concentrados de hematíes) en las primeras 24 horas.
 - Shock refractario a pesar de medidas de reposición de volumen correctas y de tratamiento endoscópico.
 - Hemorragia persistente, refractaria al tratamiento endoscópico: aquella que continua más allá de las 48 horas, a pesar de tratamiento endoscópico.

- Hemorragia recidivante, refractaria al tratamiento endoscópico: aquella que recidiva tras 48 horas y sigue siendo refractaria al tratamiento endoscópico.
- Hemorragia complicada: cuando la HDA coexiste con obstrucción o perforación. (24)

HDA por varices esofágicas:

Se dispone de los siguientes recursos terapéuticos, excluyendo los quirúrgicos. (24)

- Administración iv de somatostatina (SomiatonR amp. de 2 ml con 250 µg): a dosis inicial de 250 µg (1 ampolla) en bolo iv, seguida de una perfusión de 250 µg/ hora durante 24 a 30 horas. Para ello, se diluyen 12 ampollas de SomiatonR en 500 ml de suero salino perfundiéndose a un ritmo de 14 gotas minuto (42 ml/hora). Este fármaco controla el sangrado en el 75-90% de los casos, la mayor parte de ellos en los primeros 15 minutos desde su administración. Actúa disminuyendo el flujo esplácnico y hepático, así como la presión venosa transhepática y a nivel de las varices esofágicas. La somatostatina tiene menos efectos secundarios que la vasopresina y no presenta las contraindicaciones de esta. Además, su administración no requiere una monitorización tan exhaustiva del paciente como ocurre con la vasopresina.
- Recientemente se ha incluido al arsenal terapéutico el octreotido, un análogo sintético de la somatostatina, con similar eficacia y ventajas. Se utiliza igualmente por vía intravenosa a dosis de 50 µg/hora tras un bolo

inicial de 50-100 µg. También puede utilizarse por vía subcutánea.

- Taponamiento esofágico mediante la sonda balón de Sengstaken-Blakemore: es un método transitorio de control de la hemorragia por varices esofágicas, indicado ante el fracaso de la administración de somatostatina y en hemorragias exanguinantes, capaz de detener la hemorragia en aproximadamente el 80% de los pacientes con HDA por varices esofágicas. No debe utilizarse sin un diagnóstico endoscópico previo del origen de la hemorragia, salvo casos excepcionales en pacientes con hemorragia exanguinante, cuyo origen puede estar en las varices esofágicas, cuando no se disponga de endoscopia y no se ha podido detener ni disminuir la hemorragia con vasopresina.
(24)

j) Terapéutica Farmacológica

- Inhibidores de bomba de protones (IBP)

Debe indicarse su administración endovenosa (EV) en dosis alta en eventos de HDA no variceral pues disminuye la tasa de resangrado. A pesar de los estudios donde muestran poca eficacia en el control directo del sangrado, está indicado pues ocasiona la inhibición de la secreción ácida, induciendo la cicatrización de la úlcera e inhibiendo la fibrinólisis causada por el jugo gástrico estabilizando el coágulo.

Un bolo endovenoso (EV) inicial de 80 mg de omeprazol seguido de la infusión continua de 8

mg/hora mantiene el pH gástrico por encima de 6 de forma sostenida, debe mantenerse por 3 días. (22)

- **Fármacos vasoactivos:**

En pacientes con sospecha de HDA variceal debe iniciarse el tratamiento con fármacos vasoactivos tan pronto como sea posible, pues disminuyen la presión en la circulación portal controlando la hemorragia y/o resangrado precoz. Su utilización disminuye la incidencia de sangrado activo durante el examen endoscópico y facilita el tratamiento del vaso sangrante. (22)

- **Antibióticos:**

Todo paciente cirrótico, principalmente con ascitis, con sospecha de HDA variceal, debe recibir terapia antibiótica de amplio espectro, preferentemente por vía EV y mínimo 5 días, como profilaxis de peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Es relevante señalar que la infección bacteriana está asociada con recurrencia del sangrado variceal. La ceftriaxona a una dosis de 1gr/día EV se recomienda en pacientes hospitalizados en estadio avanzado pues es más efectivo que el norfloxacin. VO para prevenir infecciones bacterianas, esto debido probablemente a la resistencia bacteriana a las quinolonas. Se puede emplear también el norfloxacin 400 mg VO bid por 7 días o el ciprofloxacino VO o EV. (22)

- **Procinéticos:**

Pueden ser utilizados por vía endovenosa inmediatamente antes de la EDA, sobre todo si ésta es precoz, para contribuir con el vaciamiento gástrico y

mejorar la visualización del estómago y disminuir así la necesidad de repetir el examen. (22)

k) Tratamiento alternativo (22)

Balón esofagogástrico

Es un dispositivo que permite el taponamiento mecánico de las várices esofagogástricas interrumpiendo el sangrado, lo que propicia condiciones favorables para la estabilización hemodinámica del paciente. Los más empleados son las sondas de Sengstaken-Blakemore y Minnesota.

Es una medida de soporte temporal en situaciones de falencia del tratamiento farmacológico y endoscópico, dispone al paciente para una segunda tentativa de tratamiento endoscópico u otros tratamientos alternativos. (22)

Tratamiento quirúrgico

Se debe valorar la indicación de cirugía urgente en caso de sangrado activo refractario a hemostasia endoscópica, dos o más episodios de resangrado, lesiones sangrantes de difícil acceso con endoscopio o tratamiento endoscópico no satisfactorio. La cirugía de descompensación portal es también una terapia de rescate ante el fracaso del tratamiento médico y endoscópico de HDA variceal. (22)

Radiología Intervencionista:

Tiene las mismas indicaciones que el tratamiento quirúrgico. Es de destacar la colocación de TIPS (transjugular intrahepatic portasystemic shunt) para el control de HDA variceal que se mantiene o recidiva en 48 horas, a pesar de la utilización de fármacos y terapia endoscópica. Es una técnica radiológica intervencionista que crea una comunicación portocava en el interior del parénquima hepático, a través de una prótesis vascular expandible con la finalidad de reducir la presión del sistema porta. (22)

2.2.3. Cuidado de enfermería

Se entiende por cuidado de enfermería al conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente para satisfacer sus necesidades. (25)

Los cuidados de enfermería presentan tres momentos: la prevención del episodio hemorrágico, la actuación durante el mismo y la atención después el período crítico. Durante la atención de la emergencia de HDA, se hace necesario precisar una serie de cuidados destinados a cubrir las necesidades básicas que permitan la estabilización de su estado y la prevención de posibles complicaciones. (26)

En base a esto podemos establecer lo siguiente con respecto al cuidado de la HDA:

- ✓ Orientar reposo absoluto constante.

- ✓ Chequear parámetros vitales, revisando pulso y TA cada 2h, si tensión arterial menor de 100 mmHg avisar a guardia de cirugía.
- ✓ Canalizar vena periférica para administrar sangre, derivados de la misma y electrolitos.
- ✓ Pasar sonda nasogástrica y realizar lavado gástrico con soluciones heladas para controlar sangramiento.
- ✓ Vigilar signos de shock hipovolémico tales como: paciente intranquilo, polipneico con sed de aire por hipoxia acentuada, palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado y débil en ocasiones hipotensión. Avisar a la guardia de cirugía.
- ✓ Elevar los miembros inferiores ligeramente para aumentar la irrigación venosa en el cerebro (no tren de Lemburt).
- ✓ Mantenerse al tanto de los resultados complementarios del paciente.
- ✓ Verificar cualquier alteración y datos del paciente de las transfusiones de sangre.
- ✓ Chequear diuresis cada 4 horas.
- ✓ Observar y registrar el color, consistencia y volumen de las heces fecales y vómito. (27)

Dentro de las principales acciones después del sangrado se encuentran el chequeo de los parámetros vitales para detectar complicaciones, así como brindar charlas educativas al paciente y familiares para orientarlos sobre cómo mantener una buena disciplina dietética, así como regular estilos de vida para evitar recaídas. (27)

2.2.4. Teoría de Necesidades Básicas: Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería, concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente. (28)

Para Henderson los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. (29)

Metaparadigmas:

Comprende los cuatro elementos siguientes.

- ✓ **Salud:** Lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (29)
- ✓ **El entorno:** Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo. (29)
- ✓ **Persona:** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. (29)
- ✓ **Enfermera:** Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza,

voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

(29)

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona, las cuales son:

- ✓ Respirar normalmente.
- ✓ Comer y beber adecuadamente.
- ✓ Eliminar por todas las vías corporales.
- ✓ Moverse y mantener posturas adecuadas.
- ✓ Dormir y descansar.
- ✓ Escoger la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ✓ Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales seleccionando la ropa y modificando el ambiente.
- ✓ Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- ✓ Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- ✓ Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ✓ Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- ✓ Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- ✓ Participar en actividades recreativas.

- ✓ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. (30)

Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. (30)

Aplicación del modelo de necesidades básicas:

La aplicación de la teoría a la práctica asistencial proporciona un método lógico y racional a través del cual se puede organizar la información, considerando la importancia de otorgar una atención adecuada, eficiente y eficaz. Los cuidados básicos son llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, basándose en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a recuperarla de tal manera que pueda satisfacerla por sí mismo. (30)

En la teoría de Necesidades Básicas se considera 14 necesidades; sin embargo, durante la planificación y la ejecución de los cuidados de un paciente, se tiene en cuenta que cada persona satisface y manifiesta sus necesidades básicas de una manera individual. (30)

En la planificación y la ejecución de los cuidados de un paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia se prioriza las siguientes necesidades:

- ✓ Necesidad de respirar: Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria,

mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

- ✓ Necesidad de beber y comer: Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.
- ✓ Necesidad de eliminar: Términos que debemos valorar entre otros: defecación, diuresis, micción, heces, sudor.
- ✓ Necesidad de moverse y mantener una buena postura:
Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.
- ✓ Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: Términos que debemos valorar: faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.
- ✓ Necesidad de comunicar: Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo. (31)

2.3. Definición de Términos

- ✓ **Cuidado de enfermería:**

Conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente para satisfacer sus necesidades. (25)

✓ **Hematemesis o vómito de sangre:**

Forma de sangre fresca rutilante o rojo oscuro, lo que indica una hemorragia activa, o puede ser en forma de restos hemáticos oscuros similares al "poso de café", que habitualmente indica que la hemorragia ha cesado o que su débito es muy bajo. (22)

✓ **Hematoquecia:**

Emisión de sangre por el ano en forma de sangre fresca rutilante o de sangre rojo vinoso oscuro, que acompaña a la deposición o se presenta de forma aislada. (22)

✓ **Hemorragia Digestiva Alta:**

Sangrado originado en el tracto digestivo superior, cuyo origen se encuentra desde la boca, bucofaringe, esófago, estómago y duodeno hasta el ángulo de Treitz. (19)

✓ **Melena:**

Salida de sangre por el ano, en forma de una deposición de color negro brillante, pastoso y maloliente. Suele indicar un origen alto de la hemorragia y se debe a la transformación de la hemoglobina en hematina en el tracto gastrointestinal. (22)

✓ **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. (23)

✓ **Úlcera:** Lesiones tipo erosión que ocurren en el tejido que recubre las vísceras huecas del mismo como el estómago y el intestino delgado. (22)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional, se tuvo que llevar a cabo lo siguiente:

- ✓ Solicitar el permiso correspondiente al director del Hospital Marino Molina Scippa para que me diera la respectiva autorización de poder acceder a los datos estadísticos de emergencia.
- ✓ Solicitar la autorización correspondiente a la jefa de enfermeras para tener acceso a los registros de enfermería del área de emergencia.
- ✓ Coordinar con el responsable de la oficina de estadística para que me proporcione la información sobre la Hemorragia Digestiva Alta al período correspondiente del mes de enero del 2014 al mes de diciembre del 2016.
- ✓ La información proporcionada por la oficina de estadística fue trabajada en una base de datos del programa operativo Microsoft Excel versión 2010, el mismo que nos permitió obtener cuadros y gráficos estadísticos para el análisis de la Hemorragia Digestiva Alta.

3.2. Experiencia Profesional

3.2.1. Recuento de la experiencia laboral:

Mi labor profesional se inicia en el año 2012 al realizar el SERUMS en el "Puesto de Salud Iglesia Huasi", ubicado en el departamento de Ayacucho en donde asumí la jefatura del Puesto de salud, siendo esta una población de extrema pobreza, en donde se atendía a niños menores de 5 años, gestantes, adolescentes, así como también se realizaba

visitas domiciliarias entre otras actividades, convirtiéndose en una experiencia valiosa y satisfactoria en mi carrera. Además, durante el Serums trabajé paralelamente en "Clínicas Medicas Peruanas" en abril 2012- abril 2013, en donde me desempeñé como enfermera asistencial en el área de Observación de Emergencia.

Seguidamente en Julio del 2013 Ingrese al Hospital Sergio Bernales (Collique), con la modalidad (CAS) donde me desempeñe en el área asistencial del servicio de emergencia realizando la atención en tóxico, observación y shock trauma. En el 2014 Ingreso a trabajar en la Clínica Universitaria, trabajando paralelamente con el Hospital dando mis días libres disponibles en el área de emergencia como enfermera asistencial.

En setiembre del 2015 ingreso a trabajar al Hospital Marino Molina Scippa modalidad CAS en el área de Emergencia, desarrollándome como enfermera asistencial hasta la actualidad; en dicho nosocomio las experiencias profesionales son muy amplias, y esto nos permite poder fortalecer los conocimientos, así como realizar aportes para una mejor labor en el área de trabajo.

3.2.2. Descripción del área laboral:

El Hospital Marino Molina Scippa Nivel I, se encuentra ubicado en el cono norte de Lima, en el populoso y cada vez más creciente distrito de Comas, se inauguró el 25 de Mayo del 2000, en donde se atiende también las referencias de otros Centros asistenciales de la Red Sabogal como las UBAP Carabaylo, y Puente Piedra. Es el único Hospital de

Contención de Referencia a nivel del Cono Norte de la Provincia de Lima, manteniendo un crecimiento sostenido de sus servicios, ofertando en la actualidad un promedio de 14 especialidades en Consulta Externa, Atención en Emergencia las 24 horas del día, cuenta con servicios de Ayuda al Diagnóstico como Laboratorio, Rayos X, Ecografías, EKG, Medicina Física y Rehabilitación. Con respecto a las áreas de emergencias se divide en Shock Trauma, UCE, observación I, observación II, observación III, observación IV, Observación de pediatría, tópico de emergencia. El personal de enfermería en el servicio de emergencia es distribuido por cada área con la finalidad de cubrir las necesidades de atención ante la demanda de pacientes.

3.2.3. Funciones realizadas desarrolladas en la actualidad:

a) Función asistencial:

- Brindar cuidados integrales al usuario en estado crítico en el Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.

- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.

b) Función administrativa:

- Realizar la supervisión del personal de enfermería y técnicos, controlando así el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Coordina con el jefe de la guardia para la atención del asegurado.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad en actividades de enfermería.
- Suministros de materiales e insumos a utilizar.
- Trámite administrativo del alta.

c) Función docente

- Fui invitada en la Universidad Loayza para dictar una clase de Ética y Bioética para estudiantes de Enfermería.
- Realice una ponencia en el Colegio Regional de Enfermeros del Perú sobre experiencias de Serums para los enfermeros que se colegiaban.

3.3. Procesos Realizados en el tema

Durante el tiempo de la estancia laboral en el Hospital Marino Molina Scippa Nivel I, las emergencias de alta complejidad son referidos no obstante se presentan diversos casos de emergencia entre ellos: ACV, celulitis, crisis hipertensiva, EDA, IRA, Hemorragia Digestiva Alta, entre otros; Cabe resaltar que la enfermedad de Hemorragia Digestiva Alta va en aumento, viéndose reflejado en las estadísticas del Hospital; el aumento de los casos por HDA pueden deberse a múltiples factores como la úlcera duodenal, úlcera gástrica, várices esofágicas, así como también la edad, etc. El incumplimiento o desconocimiento del tratamiento farmacológico, así como también podría ser que el personal de salud no está brindando la información adecuada o suficiente al usuario, o que el usuario no logre captar la información recibida por el personal de salud.

Cabe resaltar que en el H.M.M.S. desde el año 2000 existe el Programas de prevención y promoción donde uno de sus funciones es brindar consejería, tratamiento, control de glucosa, presión arterial, peso, talla y hacer seguimiento a los usuarios que no acuden a su control pero, a pesar de la existencia de dicho

programa se observa el ingreso continuo al servicio de emergencia por presentar anemia , gastritis crónica crisis hipertensivas y glucosa elevada y al preguntarles si acuden al programa refieren que lo hacen con poca frecuencia y además agregan desconocer sobre una dieta estricta a seguir.

Muchas veces en el servicio de emergencia cuando ingresa el paciente que refieren a ver vomitado sangre se le deja esperando para su atención, debido a que los médicos se encuentran atendiendo a pacientes más inestables, y el único actuar por parte de enfermería es colocar una vía periférica, controlar las F.V, colocación de una sonda para hacer lavado gástrico y la administración de cloruro de sodio, hasta que el médico deje sus indicaciones y poder tratar la enfermedad, ya que en el servicio de emergencia no cuenta con guía de atención de HDA; la infraestructura de nuestra emergencia es inadecuada, la demanda de paciente va aumentando dando lugar al hacinamiento intrahospitalario perjudicando la salud de los enfermeros presenciándose ausentismo laboral por contagio de enfermedades en dicho nosocomio ,la falta de personal y el abuso de un contrato laboral (CAS) donde no se reconoce nuestra ardua labor profesional por este motivo surge la importancia del presente informe e experiencia laboral para estandarizar los cuidados de enfermería que se debe dar en el momento del ingreso del paciente mediante un protocolo de atención y además la educación respectiva al paciente y así poder disminuir el índice de ingreso de usuarios con HDA.

A continuación, narraré una de las experiencias vividas en el servicio de emergencia.

CASO CLÍNICO:

Paciente MAL, jubilado, de 69 años de edad, que ingresó al servicio de UCE. Ingresa en silla de ruedas, despierto ventilando espontáneamente a FIO2 21 l, pálido, decaído. Dx; HDA, Examen Físico: Signos vitales: PA: 80/50, FC: 88, T°: 36,4, Sat: 95%, LOTEPE, Glaswo 15Ptos, piel tibia, mucosas deshidratadas, abdomen blando, depresible a la palpación, micción espontánea, Paciente refiere que no acude a ninguna consulta médica es más desconoce de los programas de prevención y promoción para hacerse sus controles respectivos, y agrega que el día de hoy al medio día” he vomitado sangre viva, comí ceviche con bastante ají” y al sentir mal, acude a emergencia. Paciente se queda en UCE de emergencia en una silla por falta de cama, se evalúa la E.G., se controla sus funciones vitales. Al momento del ingreso se canaliza 2vías periféricas, se administra Dext 5% a 500 gx´, + 5 ampollas de omeprazol a 60cc por hora en bomba de infusión y se deriva las ordenes de laboratorio para el manejo de la enfermedad si es que se necesite transfusión sanguínea según indicación médica, y se controla escala de glaswo cada hora y monitoreo continuo, se le brindó orientación sobre signos de alarma de la enfermedad, importancia de cumplir con una dieta estricta y acudir a sus controles respectivos; al paciente se le observa luego de varias horas una evolución progresiva y favorable con el tratamiento farmacológico y los cuidados de enfermería brindados .Es llevado al área de observación y recibir interconsulta con el gastroenterólogo para continuar tratamiento y es dado de alta.

3.3.1. Innovaciones- Aportes

- ✓ Se logró involucrar la actuación del personal en el servicio, conllevando a un trato más humanizado con el paciente en estado de emergencia.

- ✓ Se logró brindar educación personalizada a los familiares de los pacientes.

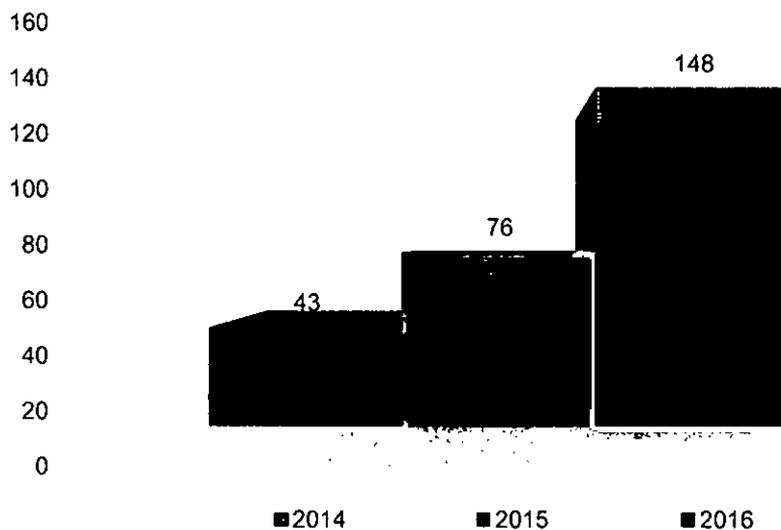
3.3.2. Limitaciones para el desempeño profesional

- ✓ Hacinamiento en el área de emergencia.
- ✓ Falta de equipamiento adecuado de mobiliario médico.
- ✓ Desabastecimiento de material de bioseguridad: respiradores N° 95, chaquetas y mandilones descartables, guantes, etc.
- ✓ Desabastecimiento de material médico y medicamentos en el servicio de farmacia.
- ✓ Aumento de la carga laboral por el tiempo comprometido en los procedimientos administrativos.
- ✓ Bajo grado de instrucción en los familiares de los pacientes conllevando a una mínima participación activa en los cuidados del paciente.

IV. RESULTADOS

Gráfico N° 4.1

Número de pacientes que ingresan con Hemorragia Digestiva Alta al Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa entre los años 2014-2016

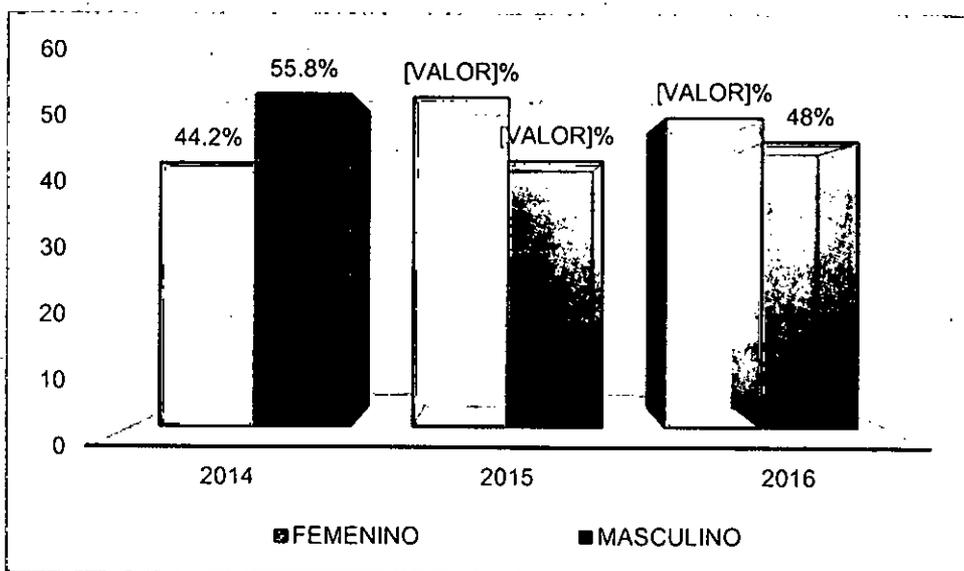


Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital Marino Molina Scippa

Interpretación: En el gráfico N° 4.1. se observa que en el año 2014 hubo un ingreso de 43 pacientes, en el año 2015 ingresaron 76 pacientes y en el año 2016 ingresaron 148 pacientes con Hemorragia Digestiva Alta al área de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa. Este resultado refleja un aumento en el ingreso de pacientes por Hemorragia Digestiva Alta, en cada año evaluado.

Gráfico N° 4.2

Porcentaje de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta que ingresan al Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa según sexo entre los años 2014-2016

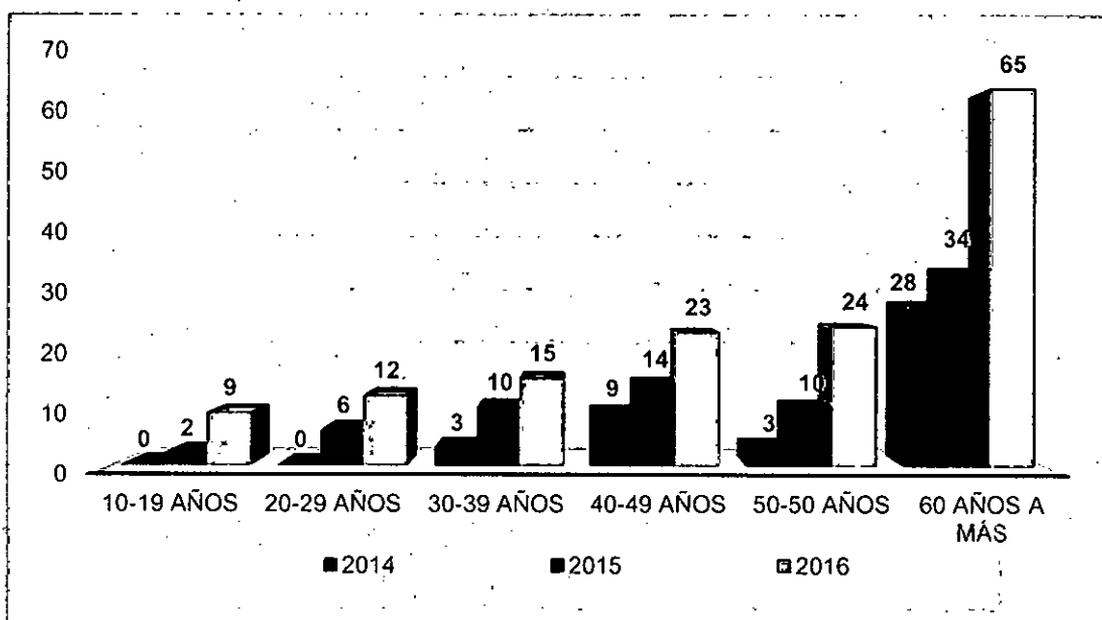


Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital Marino Molina Scippa

Interpretación: En el gráfico N° 4.2 se observa el porcentaje de ingreso al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según sexo, en donde se puede apreciar que en el año 2014 hubo un mayor porcentaje de hombres con Hemorragia Digestiva Alta y, en los años 2015 y 2016 el mayor porcentaje correspondió al sexo femenino.

Gráfico N° 4.3

Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta que ingresan al Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa según edad, entre los años 2014-2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital Marino Molina Scippa

Interpretación: En el gráfico N° 4.3 se observa el ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según edad, estos resultados reflejan que ocurre un mayor ingreso de pacientes al servicio de emergencia a partir de los 60 años de edad.

V. CONCLUSIONES

- a) El número de ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa presentó un incremento durante los años 2014 al 2016.
- b) El ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según sexo, en el año 2014 presentó un porcentaje elevado en las mujeres y, en los años 2015 y 2016 se presentó un mayor porcentaje en hombres.
- c) Se presentó un mayor número de ingreso de pacientes a partir de los 60 años de edad con Hemorragia Digestiva Alta al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa durante los años 2014 al 2016.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Realizar charlas a los pacientes sobre las implicancias de una mal cuidado que podría conllevar a una Hemorragia Digestiva Alta, de esa manera fortalecer sus conocimientos y disminuir los casos de Hemorragia Digestiva Alta.

- b) Involucrar a los familiares de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, para que puedan ser un soporte en el tratamiento y cuidado de ellos, de esa manera poder fortalecer la adherencia al tratamiento de los pacientes.

VII. REFERENCIALES

1. PUENTE A, Hemny V, MARTÍNEZ M, MASLEN M, MARTÍNEZ Y. Caracterización de cuidados de enfermería en pacientes con sangrado digestivo alto. *Rev Inf Cient.* 2016; 95(6):893-901.
2. DOMSCHKE W, LEDERER P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2014 cases. *Endoscopy* 1998;15:126-31.
3. LÓPEZ A, TAPIA M. Estudio comparativo entre ulcera péptica gastroduodenal vs varices esofágicas en la incidencia de hemorragia digestiva alta, por medio de informes endoscópicos e historia clínica, realizados en el hospital del instituto de seguridad social de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo en el periodo comprendido septiembre del 2009 hasta febrero del 2010. [Internet]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2010. [Citado 6 de Nov 2017] Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/49/1/UNACH-EC-MEDI-2010-0014.pdf.pdf>
4. REGO J, LEYVA C, PÉREZ M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm.* 2007; 41(3).
5. SKOK P. The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the mid-nineties: has anything changed. *Hepatogastroenterology* 1998;45:2228.
6. ESPINOZA J, HUERTA J, LINDO M, GARCÍA C, RÍOS S, VILA S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *Rev Gastroenterol Perú,* 2009;29(2):111-7
7. BARKUN A, BARDOU M, KUIPERS E, SUNG J, HUNT R, MARTEL M, et al. International Consensus Recommendations on the

Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding *Ann Intern Med*, 152 (2010), pp. 101-113

8. ICHIYANAGUI. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. *Acta Med Per*. 2006;23(3): 152-155.
9. CASSANA A, SCIALOM S, SEGURA E, CHACALTANA A. Estudio de validación diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú (junio 2012-diciembre 2013). *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107(8):476-482.
10. RODRÍGUEZ D, MANTILLA T. Comportamiento de un modelo protocolo actuación de enfermería en la hemorragia digestiva alta. 2012. *Revista Electrónica de Portal Médico*. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4021/1/Comportamiento-de-un-modelo-de-protocolode-actuacion-de-enfermeria-en-la-hemorragia-digestiva-alta.html>
11. ABREU M, RAMOS S, TREJO N, CINTADO D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2013 [citado 18 Nov 2017];35(2). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>
12. IBÁÑEZ P. Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias. [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14819/1/TFG-O%20637.pdf>
13. CORZO M, GUZMÁN P, BRAVO E, GALLEGOS R, HUERTA T, SURCO y col. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2013 [citado 22 de Nov 2017]; 33(3): 223-229. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004&lng=es.

14. VELÁSQUEZ V. Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud, 2013 – 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
15. FLORES S. Hemorragia Digestiva Alta en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, año 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
16. ALCALÁ E. Estilos de vida en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta atendidos en emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernal de Enero a Diciembre del 2015. [Internet]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. [Citado 9 de Nov 2017] Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/843>
17. BIBLIOTECA NACIONAL DE MEDICINA EEUU. Enfermedades del Sistema Digestivo. [Internet]. 2017. [Citado 9 de Dic 2017] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/digestivediseases.html>
18. MED CICLOPEDIA. Clasificación Internacional de las Enfermedades. [Citado 9 de Dic 2017] Disponible en: <http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm>
19. GARCÍA L, PIÑA L, LOZADA G, DOMÍNGUEZ E, ESCALONA M. Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 2017 Nov 15];17(4): 617-624. Disponible: en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400008&lng=es.
20. MARTÍNEZ J, CALLEJA J. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Emergencias. 2005;17:50-54.

21. CARRILLO G. Manejo terapéutico del sangrado digestivo alto basado en evidencia en pacientes del servicio de Gastroenterología Hospital IESS Ambato. [Internet]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los andes; 2014. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2953/1/TUAMED035-2014.pdf>
22. MINISTERIO DE SALUD. Hospital Dos de Mayo: Guía Técnica de Práctica Clínica de Hemorragia Digestiva Alta. 2016. [Citado 6 de Nov 2017] Disponible en: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2017/enero/guia_de_practica_clinica_de_hemorragia_digestiva_alta_dr_0001.pdf
23. JIMÉNEZ L, MONTERO F. Medicina de urgencias y emergencias Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 3 a. ed. Madrid: EDIDE; 2004.
24. MONTERO F. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. Emergencias. 2005; 17:40-49
25. POLETTI R. Cuidados de Enfermería, tendencias y Conceptos Actuales. Editorial Interamericana. 5a. ed. Barcelona: Interamericana; 2004.
26. FERRITE I, AYZA I, Alonso S, SAURINA M, CANARI X, CAUS F. Actuación de enfermería ante la sospecha de hemorragia digestiva alta en urgencias. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en: http://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/congres_seeue_editora_46_3140_1.pdf
27. PUENTE BARO Ana, HEMNY OCHOA Virgen M. Cuba Caracterización de cuidados de enfermería en pacientes con sangrado digestivo alto. Rev Inf Cient. 2016; 95(6):893-901
28. REYES I. Definición de Enfermería. Monografía Virginia Henderson, 2000. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en: www.monografias.com/filosofia.2009 .

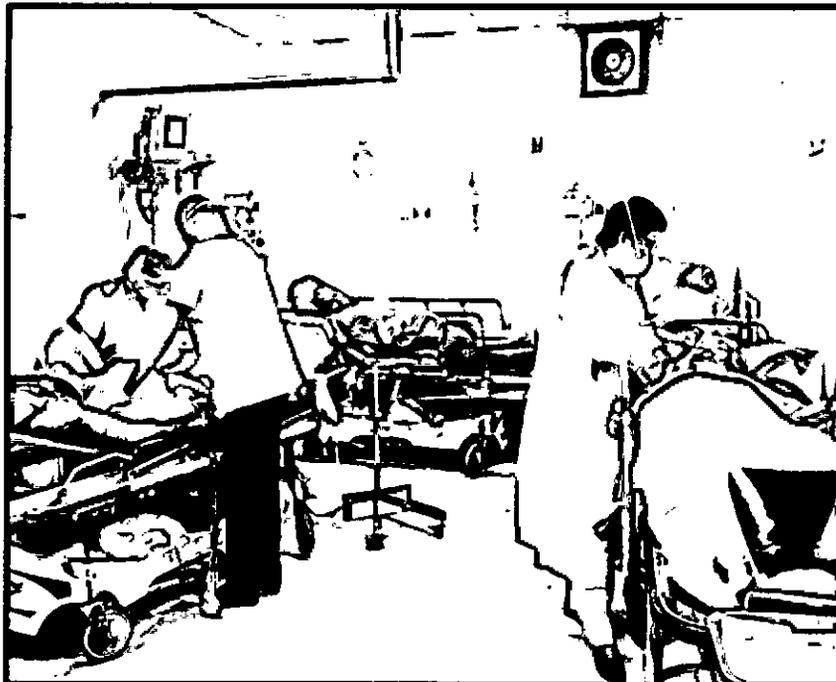
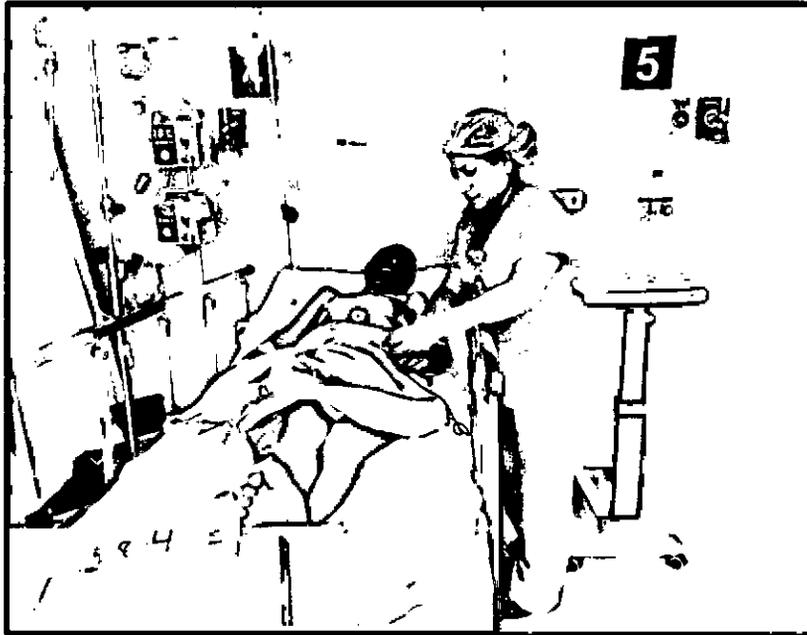
29. MARRINER T. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª. ed. Española: Mosby; 1999.
30. BELLIDO J, LENDÍNEZ J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes. [Citado 10 de Nov 2017] Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
31. M Luis, FERNÁNDEZ M, NAVARRO M. De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.

ANEXOS

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MARINO

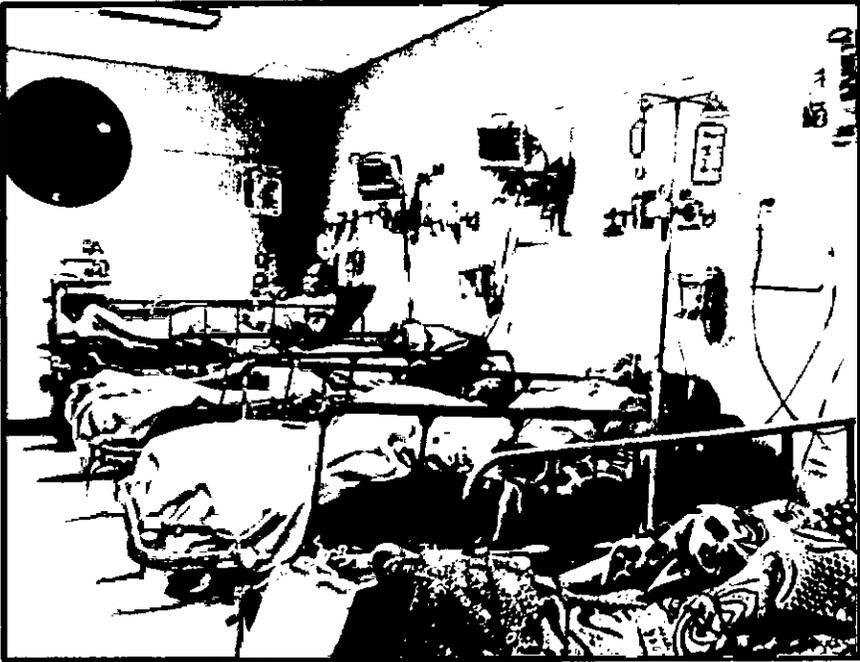
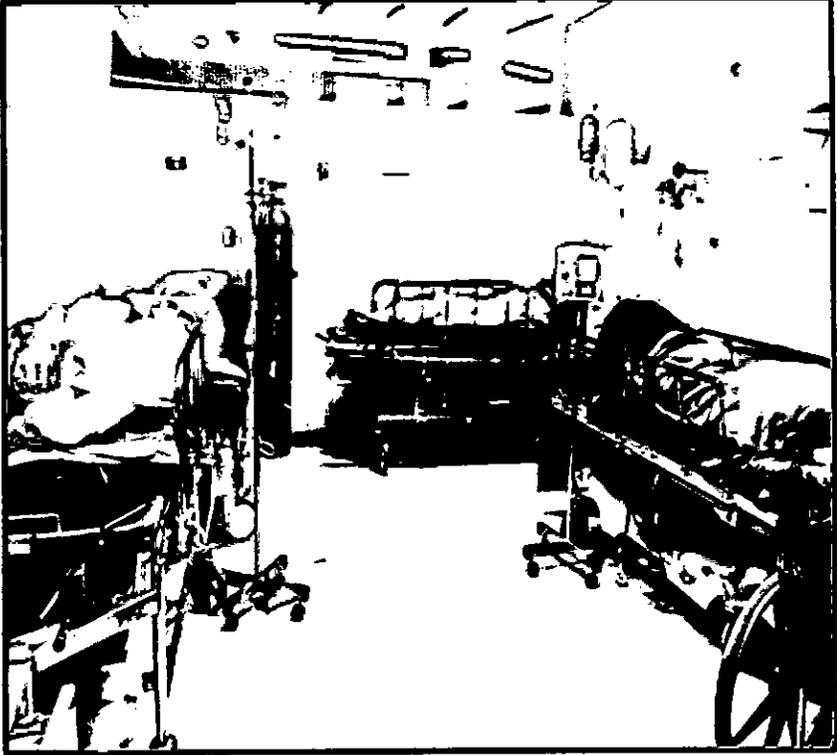
MOLINA SCIPPA

Cuidado de los pacientes por parte del personal profesional



Fuente: Elaboración propia, 2017

Cuidado de los pacientes por parte del personal profesional



Fuente: Elaboración propia, 2017

Hacinamiento en el área de Emergencia



Fuente: Elaboración propia, 2017