

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA 2014 – 2016**

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

RUHAMA MIRIAM LÁZARO PECHO

Callao, 2017

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruhama', enclosed within a circular scribble.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Presidenta
DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA	Secretario
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON	Vocal

ASESOR: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 004

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 411

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución de Decanato N°2697-2690-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. LÁZARO PECHO RUHAMA MIRIAM

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	24
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	28
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	34
ANEXOS.....	37

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es actualmente una emergencia quirúrgica cada vez más frecuente en el servicio de emergencia del Hospital, Mediante la actuación conjunta del equipo multidisciplinar vamos a lograr establecer los criterios de gravedad, lo cual nos permitirá efectuar una actuación de enfermería eficaz, encaminada a la recuperación del paciente y la prevención de complicaciones a través de los cuidados sustentados en las teorías de enfermería.

El presente informe titulado "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA 2014 – 2016", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico conceptual, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII Referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el mundo, la hemorragia digestiva alta (HDA) constituye un frecuente problema de salud al provocar más de 500 000 ingresos hospitalarios anuales, y considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etáreos. En los países occidentales su incidencia global varía de 50 a 150 casos por cada 100 000 habitantes y representa una tasa de ingreso hospitalario anual de 50 por cada 100 000 ingresos, cifra que incluso no refleja la realidad ya que un número importante de pacientes hospitalizados por otra causa presentan un episodio de sangrado como complicación de su enfermedad. (1)

Según la Sociedad Británica de Gastroenterología (BSG), tan sólo en el Reino Unido el trastorno afecta a 70 000 personas cada año; y una de cada 10 muere como resultado de la hemorragia, en parte debido a que los médicos no saben cómo diagnosticarla y tratarla, en particular en los pacientes que llegan a la sala de emergencias en la noche o durante el fin de semana. (2)

El sangrado gastrointestinal superior (HGIS) es una emergencia médica común que es causante del ingreso de aproximadamente de

7000 pacientes al año en Estados Unidos y Latinoamérica, siendo su mortalidad durante el año 2009 del 7% del total de pacientes ingresados a las unidades de cuidados intensivos, su incidencia es de aproximadamente 170 pacientes por cada 100 000 habitantes. (3)

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye la emergencia más frecuente en el área de la gastroenterología, con una mortalidad aproximada de 10%, llegando a ser hasta 25% en adultos mayores hospitalizados, es comúnmente causada por la úlcera péptica (40%) en algunos hospitales de Lima. (4)

En un 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, 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. La hemorragia digestiva alta aguda que se produce en un paciente hospitalizado anciano, tiene la mortalidad más alta (25%). (5)

Actualmente en la emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo hay una alta incidencia de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, quienes requieren una atención inmediata con criterios sustentados en conocimiento y práctica actualizada, que den como resultado la atención oportuna y la minimización de complicaciones. Más aún

considerando que la gravedad puede abarcar desde las formas masivas agudas hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes, manifestándose de tres maneras: hematemesis, melena y hematoquecia, presentaciones que dependen de la magnitud de sangrado, evidenciándose a través de manifestaciones clínicas del compromiso hemodinámico.

Por ello, se determinó realizar el presente informe de experiencia profesional, que se enfocará en los principales cuidados que necesitan los pacientes con patología hemorrágica digestiva alta.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014 – 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos De Mayo en el periodo 2014 – 2016, y se justifica:

Nivel Teórico: Profundizará los conocimientos en cuanto al reconocimiento oportuno y los cuidados de enfermería necesarios en el manejo de pacientes con HDA en el servicio de emergencia del hospital Nacional Dos De Mayo.

Nivel Metodológico: Logrará precisar algunos aspectos a considerar en la diversa producción científica de profesionales en el área de la salud, así como los requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados en pacientes con HDA, para su pronta recuperación.

Nivel Práctico: Permitirá aumentar los conocimientos de los profesionales enfermeros sobre el cuidado adecuado a pacientes que ingresan a los servicios de emergencia con HDA, iniciando por la pronta identificación de signos y síntomas, la administración terapéutica a indicación, el monitoreo de exámenes auxiliares, la efectiva coordinación con el equipo de salud, la educación al paciente y su familia, entre otros.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

CAMACHO, VALVERDE, y CABALLERO (2016) investigaron sobre el “Grado de conocimiento de los pacientes diagnosticados con HDA en el servicio de urgencias” con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad, en el servicio de urgencias. Estudio descriptivo observacional, transversal y prospectivo de pacientes con HDA que acuden a urgencias. El tamaño de muestra del estudio consta de una población de 540 pacientes ingresados en urgencias del Hospital Regional Universitario de Málaga, desde marzo a octubre del 2014. Seleccionamos por muestreo aleatorio simple 225 pacientes, con un nivel de confianza de 95% y nivel de significación $p < 0,005$. Los criterios de inclusión y exclusión: Acceder voluntariamente, firmar el consentimiento y encontrarse ingresado en el servicio durante el estudio. Barrera idiomática y padecer E.M. Resultados: Para la recogida de datos, se utilizó una encuesta anónima y voluntaria sobre los sujetos de estudio. De los 225 pacientes (100%), el 60% (135 pacientes) conoce cuál es su enfermedad, el 40 % (90 pacientes), conoce los factores predisponentes, el 80% (180 pacientes) conoce la sintomatología, el 88% (198 pacientes) conoce las recomendaciones para prevenir nuevos episodios. Conclusiones: Los datos obtenidos nos muestran un nivel

medio-alto del nivel de conocimiento que tienen los pacientes respecto a su enfermedad, HDA en el servicio de urgencias. (6)

ROMERO, CASTELLANOS, FUENTECILLA, GARCÍA, Y PÉREZ. (2016) realizaron una "Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes ingresados con úlcera péptica", a través de un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo en el periodo enero 2013, diciembre 2014, con el diagnóstico de úlcera péptica y el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente los mismos. Se trabajó con un universo de 76 pacientes, se analizaron variables tales como: sexo, grupos de edad, causas, factores de riesgos, complicaciones. Para el análisis de estas variables se aplicó la técnica de análisis de distribución de frecuencia en escala cualitativa. Los resultados fueron presentados en tablas de porcentaje. Predominaron los pacientes del sexo masculino, el mayor porcentaje de los pacientes se encontró en el grupo de edad 20-59 años, dentro de los factores de riesgos más frecuentes se encontró el consumo de alcohol. La infección por *Helicobacter Pylori* se encontró como causa fundamental y las hemorragias digestivas como complicación. (7)

IBÁÑEZ (2015) realizó una revisión sobre "Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias", con el objetivo de conocer cuál es el papel que ejerce la enfermería ante una hemorragia

hasta Diciembre de 2012. Encontramos que 243 pacientes causaron ingresos por hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencia en el período analizado y de éstos el 122 tenían más de 60 años que fue el universo del estudio. El sexo masculino predominó con 85 pacientes (69,67%). La séptima década de la vida fue la más representada. La forma de presentación más frecuente fue la melena. Los antecedentes de úlcera péptica y de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos fueron los antecedentes más frecuentes. La úlcera péptica fue la causa más habitual encontrada. Solo el 4,91 % requirió tratamiento quirúrgico de urgencia, y la mortalidad de la serie fue de 6 pacientes. La mayor estadía estuvo entre los 5 a 7 días. (10)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Hemorragia Digestiva Alta

Es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde la orofaringe al ligamento de Treitz. Por su volumen de pérdida puede ser:

- HDA leve (anemia crónica)
- HDA moderada
- HDA masiva (pérdida del 30-40% del volumen sanguíneo)

Puede presentarse como:

Hematemesis: Vómitos de sangre fresca no digerida por la secreción gástrica, por Hemorragia entre Orofaringe y Treitz y puede acompañarse de Melena. El carácter de la hemorragia depende: del sitio, la rapidez, la velocidad del vaciamiento gástrico, y puede ser: Macroscópica y microscópica.

Melena: Expulsión de heces negras sólo se necesitan 50-150 ml de sangrado para producirla. Color alquitranado de la hemorragia del tubo gastrointestinal se debe a la producción de Hematina ácida por la acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina o la producción del sulfuro a partir del HEM. Por acción del sulfuro de hidrógeno sobre el fierro de la Hb. La melena sin hematemesis generalmente indica lesión distal del píloro.

a) Clasificación según repercusión hemodinámica

HDA	SIGNOS CLÍNICOS	PÉRDIDA DE VOLUMEN
Nula	Ninguno	10-15% (600-700 ml)
Leve	Taquicardia leve, hipotensión ortostática, ligera frialdad de pies y manos	15-20% (750-1250 ml)
Moderada	Taquicardia (100-120 lpm) TA<100mmHg, pulso débil, inquietud, sudoración, palidez	25-35% (1250-1750 ml)
Graves	Taquicardia>120 lpm, TA<60 mmHg, estupor, palidez extrema, anuria.	35-50% (1750-2500 ml)

Fuente: Alejandro Marrero 2006 (11)

2.2.2 Cuidados de enfermería en Infarto Agudo de Miocardio

Los planes de cuidado de enfermería están sustentados en la valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación de las acciones a realizar. (12)

Durante la valoración se obtiene información para identificar los problemas de salud del paciente, como en cualquier urgencia, la asistencia inmediata de enfermería incluye la valoración rápida del nivel de conciencia, de la vía aérea, y la circulación, esto significa el control de las funciones vitales y el tiempo de llenado capilar, lo que nos permitirá determinar el grado de vulnerabilidad y/o morbilidad del paciente.

En la fase diagnóstica utiliza su experiencia en el análisis e interpretación de la información recabada en la valoración, y es así como se deben registrar los diagnósticos según prioridad. a continuación se muestran algunos de los más frecuentes:

- Disminución del gasto cardíaco en relación con hipovolemia
Alteración del equilibrio electrolítico por el intento del organismo de compensar la pérdida.
- Alteración de la perfusión tisular por vasoconstricción asociada a la pérdida de sangre.

- Riesgo de aspiración con relación a reducción del nivel de conciencia.
- Riesgo de infección en relación con procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento.
- Ansiedad relacionada con el sangrado, dolor abdominal y el desenlace incierto.
- Déficit de conocimiento relacionado a su enfermedad.

En el planeamiento se establecen las prioridades, los objetivos y desarrollan los resultados esperados, para lo cual se formula el plan de cuidados. Los principales en este tipo de patologías son:

- Permeabilizar una vía periférica de calibre grueso y perfundir rápidamente soluciones cristaloides.
- Suministrar Oxígeno por cánula ó máscara según necesidad del paciente.
- Monitorear Funciones Vitales y tiempo de llenado capilar.
- Monitorear Saturación de Oxígeno.
- Participar en la colocación de una vía central.
- Monitorear hemograma y microhematocrito.
- Colocar Sonda vesical, para medir diuresis horaria.

- Extracción de muestras de sangre para hemograma, bioquímica, perfil de coagulación, grupo Rh, prueba cruzada.
- Transfundir sangre, plasma, y expansores sanguíneos.
- Cuantificar el aporte y la eliminación total de líquidos a lo largo de un periodo de 24 hrs.
- Preparar al paciente y la sala de procedimientos para una endoscopía de urgencia.
- Elevar la cabecera de la cama de 30- 45 grados y colocar al paciente en decúbito lateral.
- Aspiración de secreciones y sangrado.
- Colocar el cuello en hiperextensión y asegurar un tubo de mayo. Tomar muestra de sangre para analizar gases arteriales.
- Realizar lavado escrupuloso de las manos.
- Cambio de catéter periférico cada tres días.
- Eliminar todas las llaves de paso innecesarias.
- Mantener vendaje oclusivo de la vía central y cambiarlo cada 24 hrs.
- Control de temperatura en hoja aparte.
- Alentar al paciente a manifestar sus temores y preocupaciones, así como a hacer las preguntas que considere necesarias.

- Animarlo, comentándole diariamente lo favorable de su evolución.
- Proporcionarle apoyo emocional, seguridad y compañía.

En la ejecución se requieren de aptitudes cognitivas, interpersonales y técnicas. La ejecución es el eje del proceso de enfermería, permite una nueva valoración del paciente, la revisión de prioridades y la modificación del plan de cuidados.

Finalmente en la evaluación se mide la respuesta del paciente a las actuaciones de enfermería y su progreso hace la consecución de los objetivos planificados. Los resultados esperados son:

- Funciones Vitales entre los límites normales.
- Temperatura 36-37 grados
- Presión venosa 10 cms agua
- Frecuencia cardiaca 60-80 por minuto.
- Frecuencia respiratoria 16-20 por minuto, rítmica y simétrica.
- Llenado capilar menor de 3 segundos.
- Volumen urinario 30ml/ por hora .
- Vías aéreas libres de secreciones bronquiales.

- Valores de gases arteriales dentro de los límites normales:
PaO₂ mayor de 90-100 mmHg y PaCO₂ 35-40 mmHg.
- Saturación de Oxígeno mayor de 95%.
- Ausencia de aleteo nasal y tiraje costal.
- Valor de hemoglobina mayor de 10gr y hematocrito en 30%.
- El paciente y familia establecen una relación de confianza con el personal de enfermería.
- Participa activamente en los cambios de su estilo de vida.
- Verbaliza sus preocupaciones; sin temor a rechazo y/o crítica.

2.2.3 Teoría del Autocuidado

Para el desarrollo de este informe tomaremos como referencia el Modelo de Dorothea Orem, la enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. Reconociendo como el foco de la enfermería, identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes; siendo la meta, eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. (13)

Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos o necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

a) Meta paradigmas de la teoría:

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos (14):

- **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.
- **Entorno:** no es definido como tal, pero 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.

a) Postulados

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire,

agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Aplicación a la práctica

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal; mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales; prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones; prevención de la incapacidad o su compensación; y la promoción del bienestar.

(15)

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ej. realizar ejercicios.

- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ej. vacunación Seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares. Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ej. Baja de peso involuntaria autoexamen de mamas.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.

El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Anastomosis:** operación para unir dos partes del cuerpo. Un ejemplo es una operación en la cual se extirpa una porción del colon y los dos extremos que quedan se vuelven a unir.
- **Atresia:** ausencia de un orificio normal en el esófago, los intestinos o el ano.
- **Dispepsia no ulcerosa:** dolor constante o incomodidad en el tracto gastrointestinal superior.

- **Endoscopia:** procedimiento que utiliza un endoscopio para diagnosticar o tratar una condición.
- **Endoscopia del tracto gastrointestinal superior:** mirar dentro del esófago, estómago y duodeno con un endoscopio.
- **Esofagitis por reflujo:** irritación del esófago debido a que el contenido del estómago regresa al esófago.
- **Espasmos esofágicos:** calambres musculares en el esófago que causan dolor en el pecho.
- **Hematemesis:** Sangre expulsada por la boca (vómito). Rojo intenso-negruczo
- **Hemorragia oculta:** sangre en las heces que no es visible a simple vista.
- **Melenas:** Sangre expulsada por el recto. Sangre negra, alquitranada y maloliente.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recabaron de la oficina estadística del Hospital Nacional Dos de Mayo, así como del libro de registros de enfermería del servicio de emergencias.

Para su presentación se procesará a través del programa informático Excel, y posteriormente se mostrarán a través de tablas y gráficos para su respectiva interpretación.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Soy egresada de la universidad nacional daniel alcides Carrión de cerro de pasco en el años 1998. Realicé el SERUMS en el Centro de Salud Izcosacín en 1999.

Inicie labores asistenciales en Mayo del 2000 en el servicio de medicina san pedro por 7 años, donde tuve la encargatura de la jefatura en diciembre del 2001, 2001 y 2003. A la vez, tuve a cargo al tutoría de los internos de la Universidad Nacional Mayor San Marcos.

Durante el 2007 al 2008 pase al servicio de cirugía, a partir del 2008 hasta la actualidad, me encuentro laborando en el servicio de emergencia

Funciones del cargo o puesto de trabajo:

Las funciones que desempeño según el Manual de Organización y Funciones como enfermera en el servicio de emergencia son:

- Atención de enfermería en forma directa y especializada, brindando seguridad y confort al paciente en situación de emergencia y/o urgencia.
- Coordinación y ejecución de cuidados al paciente antes, durante y después de los diferentes procedimientos en Emergencia, siempre pendiente de las necesidades del paciente.
- Coordinación y asistencia al equipo médico en los procedimientos invasivos de Emergencia, contribuyendo a garantizar lo protocolizado.
- Evaluación, monitoreo y registro del estado hemodinámico, neurológico, respiratorio y otras funciones que el paciente requiera.
- Reporte de enfermería escrito y verbal al cambio de turno y cuando el paciente lo requiera en emergencia.

- Brindar terapia médica indicada y reportar las reacciones adversas al médico de guardia en Emergencia, para poder prevenir cualquier episodio que comprometa la vida del paciente o de algún otro.
- Coordinar e informar al personal médico de guardia de las diferentes especialidades la evolución de los pacientes para poder acortar plazos en la atención que requiere nuestro paciente.
- Controlar el stock y uso racional de medicinas, insumos y equipos.
- Coordinar y ejecutar la atención de enfermería inmediata en situaciones de emergencia trabajando junto al equipo de Salud, contribuyendo a la pronta solución de la contingencia.
- Coordinar y ejecutar el Plan Nacional de Desastres cumpliendo con lo indicado para la atención de enfermería, en coordinación con el comité encargado.
- Coordinar y supervisar la limpieza, desinfección y esterilización de equipos médicos y materiales que son requeridos para la atención de pacientes, así como realizar y vigilar el manejo adecuado de objetos punzocortantes cumpliendo con las normas de bioseguridad.
- Responsabilidad del desecho y vigilancia y reporte de ocurrencias con medicinas, insumos y equipos que no cumplan con los

requerimientos mínimos, con la finalidad de brindar al paciente una atención de calidad.

- Supervisión, control y revisión del coche de paro de los diferentes servicios, para poder utilizarlos en situaciones de emergencia.
- Coordinar el traslado y movilización del paciente para la realización de los exámenes auxiliares, interconsultas y otros, con las condiciones de comodidad y seguridad.
- Coordinación con los diferentes servicios la hospitalización o transferencia de pacientes en condiciones adecuadas, con Historia Clínica, evolución del turno y registros completos, asegurando que el paciente sea recepcionado.
- Coordinar, organizar, informar y brindar la atención integral de enfermería junto a todo el equipo de salud, en caso de emergencias, desastres y operativos especiales, brindando al paciente seguridad.
- Participar y promover la realización de investigación y capacitación en el campo de la enfermería en el servicio de Emergencia con la finalidad de desarrollar conocimientos en dicho campo, respetando y cumpliendo con el código de ética y Deontología.
- Demás funciones asignadas por su jefe/a inmediato superior.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

En la recepción de un paciente son signos de Hemorragia digestiva alta en la emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, las medidas de enfermería para la mantención de la vida, se basan principalmente en la valoración y la observación del paciente:

- Valoración de la situación hemodinámica del paciente (Presión arterial y frecuencia cardiaca), signos de perfusión periférica (temperatura, coloración de la piel y extremidades.), con ello se valorará la gravedad de la hemorragia.
- Comprobar que el origen de la hemorragia: Hematemesis, por vómito de sangre fresca; Melena, heces negras, brillantes, pastosas, pegajosas y malolientes; Hematoquecia, heces sanguinolentas, indica HDA sólo si el tránsito es rápido y las pérdidas importantes (>1 litro en <1 hora).
- Síntomas de hipovolemia sin manifestaciones externas de sangrado: mareo, hipotensión ortostática, taquicardia, palidez, disnea, ángor, síncope.
- Continuar con el tratamiento médico indicado, y seguir con la valoración y monitorización del paciente en busca de signos y síntomas que señalen algún tipo de complicación.

En general, ante cualquier con paciente con sospecha de HDA debe llevarse a cabo una historia y examen físico minucioso y una evaluación analítica elemental que permitan asegurar el cumplimiento de tres principios básicos:

- 1) Confirmar la presencia de la hemorragia
- 2) Evaluar la magnitud del sangrado
- 3) Comprobar si la hemorragia persiste activa.

Es la situación clínica del paciente la que determina las prioridades de actuación. Así, cuando la condición clínica del enfermo es óptima, se puede realizar una anamnesis detallada y una exploración clínica cuidadosa. Sin embargo, cuando se trata de una HDA masiva, que provoca un shock hipovolémico, el paciente no puede proporcionar información y, además, se encuentra en grave riesgo vital. En tal caso, es necesario iniciar las maniobras de reanimación que restituyan la estabilidad cardiovascular.

Limitaciones

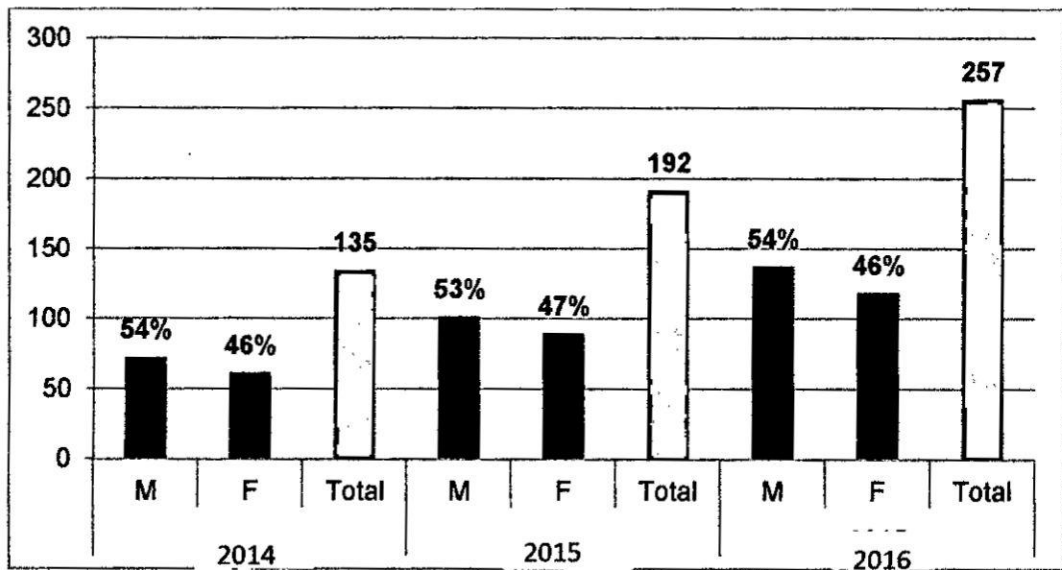
- La principal limitación es el horario de atención del centro endoscópico de emergencia, que solo atiende desde las 8 am hasta las 3 pm, y si posterior a ese horario llega un paciente con problema por varices esofágicas, pueden morir al hacer una hemorragia, sin un adecuado diagnóstico de imágenes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

GRÁFICO 4.1

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2014 - 2016

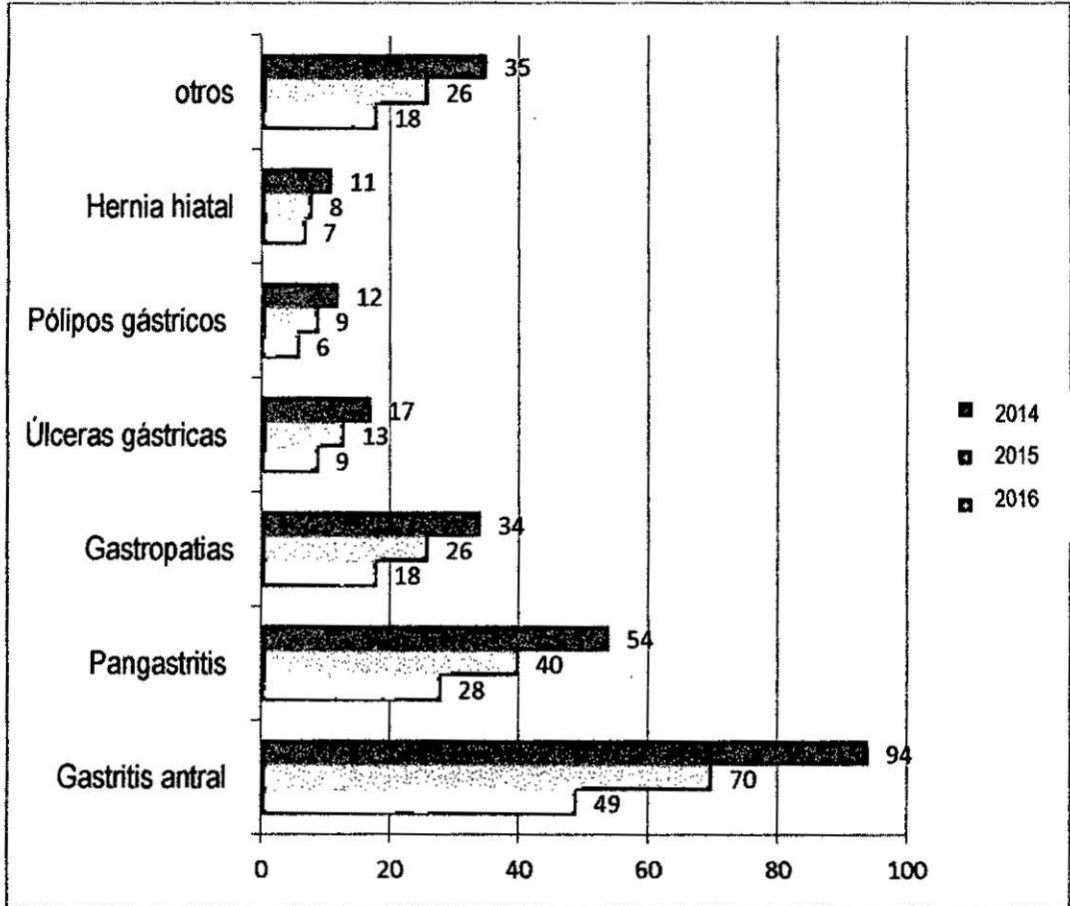


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.1, podemos apreciar que la distribución por sexo y edad de los pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden al hospital, la misma que casi se ha duplicado, pasando de 135 pacientes en el 2014 a 257 atenciones para el 2016. Por otro lado el sexo masculino es el que más requiere la prueba a través de los años; sin embargo, no hay una diferencia superior al 8%.

GRÁFICO 4.2

DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2014 - 2016



Fuente: elaboración propia

En este gráfico 4.2 apreciamos los diagnósticos develados en los pacientes con hemorragia digestiva alta. Resalta la gastritis antral como la principal causa de HDA; seguida de la pangastritis y gastroscopias generales.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) Los pacientes con sospecha de HDA debe ser inmediatamente atendido valorando mínimamente su frecuencia cardiaca, presión arterial y signos de perfusión periférica, a fin de mantener la estabilidad hemodinámica e identificar oportunamente el tipo de hemorragia.

- b) El personal profesional de enfermería en el servicio de urgencias es el primer contacto clínico para el paciente, así pues, ante la sospecha de HDA, la existencia de un protocolo de actuación para enfermería en urgencias, aceleraría y potenciaría el proceso de estabilización del paciente.

- c) La principal causa de hemorragia digestiva alta en los pacientes que acuden a la emergencia del hospital nacional Dos de Mayo son la gastritis antral y la pangastritis principalmente.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de la salud, actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado holístico oportuno y seguro del paciente con Hemorragia digestiva alta y el soporte necesario a la familia que acude al servicio de emergencia.

- b) A la jefatura de enfermería del servicio de emergencias, estandarizar los cuidados que el paciente con hemorragia digestiva alta requiere, a través de un protocolo de actuación.

- c) A la institución, evaluar e implementar atención diaria de 24 horas en el hospital, a fin de brindar una atención y cuidado oportuno al paciente con Hemorragia digestiva alta.

REFERENCIALES

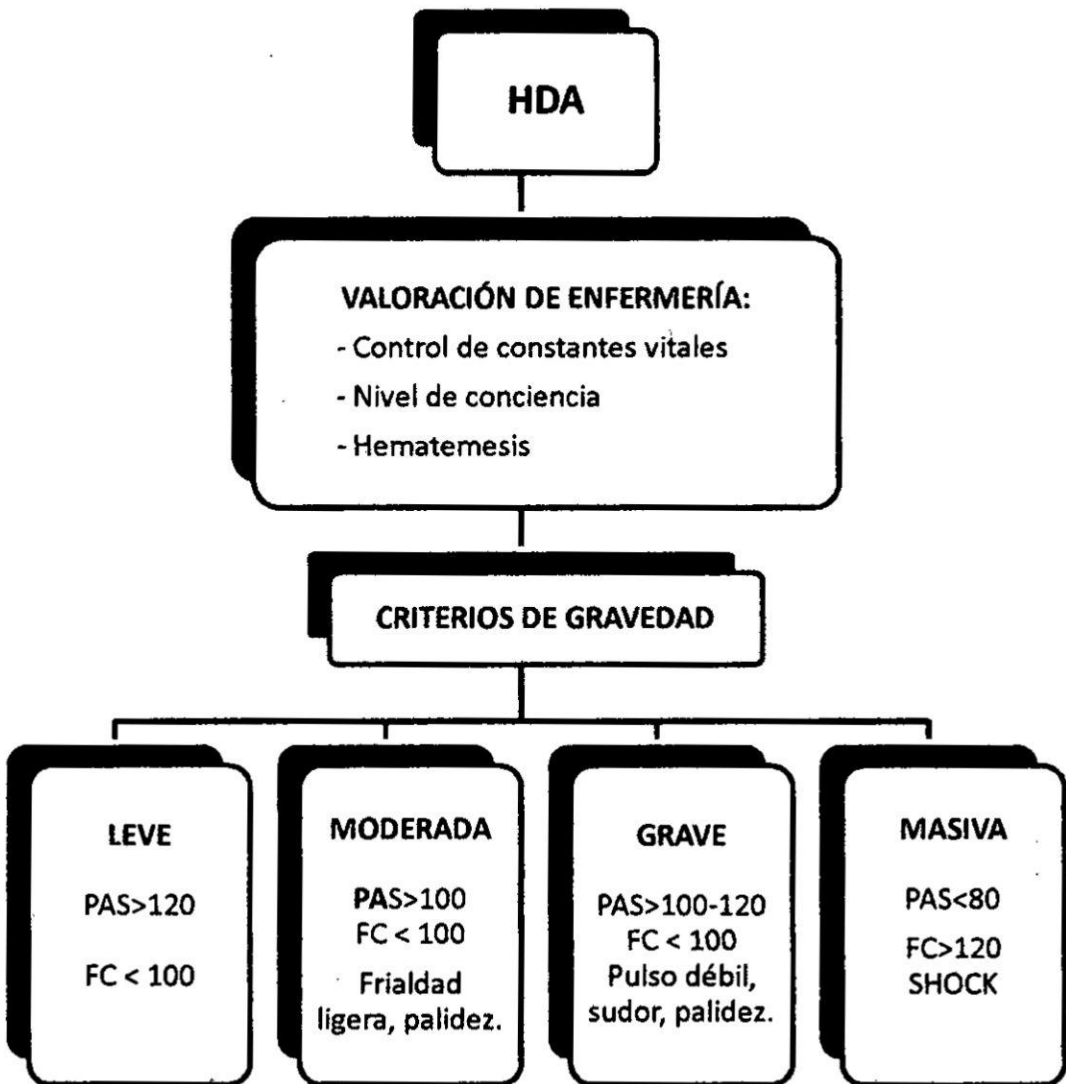
1. OLIVER Solaz L, JORDÁN Alonso AD, ALFONSO Moya O, ALEJO Concepción O, CRUZ Méndez D. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2017 May-Jun [citado 20 de Julio del 2017]; 39(3): p. 432-442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300002&lng=es.
2. SOCIEDAD BRITÁNICA DE GASTROENTEROLOGÍA. BBC Mundo [Internet]; 2011 [citado 4 de Julio del 2017]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/03/110315_riesgo_hemorragia_digestiva_men.shtml.
3. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. Guía de Hemorragia Gastrointestinal Superior Ciudad Capital. Disponible en: http://www.igssgt.org/images/gpc-be/medicina_interna/GPC-BE%2033%20HGS.pdf; 2011.
4. BRAVO Paredes EA, et al. Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *Estudio caso control. Rev Gastroenterol Perú*. 2013; 33(4): p. 307-313.
5. CONTARDO Zambrano C, ESPEJO Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta méd peruana*. 2006 Dic; 23(3): p. 162-173.
6. CAMACHO Abolafio MR, VALVERDE Fernández MB, CABALLERO León MD. Grado de conocimiento de los pacientes diagnosticados con HDA en el servicio de urgencias. *Revista Enfermería Docente*. 2016; 1(106): p. 220.

7. Romero Barrientos C, Castellanos Garden L, Fuentecilla Jiménez S, García Díaz M, Pérez Villalón E. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes. Rev Inf Cient [Internet]. 2016 [citado 4 de Julio del 2017]; 95(5): p. 683-691. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/48/1283>.
8. IBÁÑEZ García P. Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias. [Trabajo de fin de Grado]. Soria: Universidad de Valladolid, Escuela Universitaria de Enfermería; 2015.
9. RODRÍGUEZ Hernández I. Conocimiento del personal de enfermería sobre el sangrado digestivo antes y después de una estrategia de intervención. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 Mar [citado 24 de Julio del 2017]; 12(1): p. 133-141. Disponible en: goo.gl/ywVuas
10. PORTUONDO Avalos I, AMARO Arias E, RODRÍGUEZ Hernández A, PÉREZ Pozo M, BARRO Blanco A, FARRAT Rodríguez R. La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario "Héroes del Baire". 2002-2012. REMIJ [En línea]. 2013 [citado 28 de Julio del 2017]; 14(2): p. 1-18. Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/78/165>.
11. ALEJANDRO Marrero S. Sociedad Canaria de Patología Digestiva. [Internet]; 2006 [citado 13 de Julio del 2017]. Disponible en: http://www.scpd.info/documentos/XXVII_JORNADAS_SCPD/Hemorragia_Digestiva_Alta.pdf
12. BARRANTES C, CIRILO E, GARCIA C, SAMAME L. Proceso de atención de enfermería en la unidad de hemorragia digestiva. Enfermedades del aparato digestivo. 2003 Oct - Dic; 6(4).

13. SALCEDO Álvarez R, GONZÁLES Camaño B, JIMÉNEZ Mendoza A, NAVA Ríos V, CORTÉS Olguín D, EUGENIO Retana M. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enfermería Universitaria*. 2012 Setiembre; 9(3).
14. PRADO Solar L, GONZÁLES Reguera M, PAZ Gómez N, ROMERO Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 2014 Diciembre; 36(6).
15. POPPER C. SlideShare [Internet]; 2011 [citado 2016 Mayo 27]. Disponible en: goo.gl/q4yLpP

ANEXOS

ANEXO N° 01
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



ANEXO N° 02

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- Monitorización cardiaca: TA, FC, FR, Saturación de O₂, y control horario constante.
- Colocar vías periféricas de gran calibre: analítica + pruebas cruzadas (según indicación médica)
- Reposición de volumen con cristaloides (PAS>100).
- Colocar al paciente en posición de seguridad (evitar bronco aspiración).
- Colocar SNG siempre para confirmar sangrado: Limpia (retirar), sangrado (lavados SF).
- Valorar permeabilidad vía aérea (retirar prótesis) y O₂ si necesario.
- Control del nivel de conciencia, signos y síntomas.
- Valorar colocación de SV, catéter central.
- Realización de Electrocardiograma.
- Control aspecto y número de deposiciones.
- Dieta absoluta y reposo absoluto.
- Explicar los procedimientos y tratamientos al paciente.
- Pruebas complementarias: rayos x, ecografía, entre otros.
- Registrar todas las actuaciones y técnicas.