

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
PNP LUIS N. SAENZ. 2015 - 2017**

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

AUTORA:

Teresa Claudia Layme Alfaro

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ	PRESIDENTA
MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES	SECRETARIO
MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ	VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 185-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 640-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	4
I. PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA	6
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	15
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	31
2.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON	32
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL INFORME).....	41
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	60

Figuras

Gráfico N° 4.1	Comorbilidad según sexo de los pacientes con HDA ...	48
Gráfico N° 4.2	Egreso según sexo de los pacientes com HDA.	49
Gráfico N° 4.3	Área de atención según tempo de atención de pacientes con HDA.	52

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las patologías más comunes y desafiantes que se presentan en el servicio de emergencia por representar un riesgo potencial de vida. Esta se define como una hemorragia proximal al ligamento de Treitz y así poderla diferenciar de la hemorragia digestiva baja que envuelve el colon.⁽¹⁾

Como se sabe es difícil distinguir una hemorragia digestiva alta de una aparente pérdida hemática del tracto gastrointestinal inferior, ya que aproximadamente el 75% las pérdidas tienen origen proximal al ángulo de Treitz. La incidencia de HDA es de 60 a un 90% mayor que la hemorragia digestiva baja y la mortalidad por HDA es 2 a 3 veces superior en comparación con esta.⁽²⁾

El presente informe de experiencia profesional titulado "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PNP "LUIS N. SAENZ". 2017", tiene por finalidad describir el manejo de los pacientes con HDA dentro del hospital de la policía en el servicio de emergencia.

El mencionado consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados obtenidos, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII las Referenciales y por último contiene un apartado de anexos.

Debido a que el HDA es una patología tan común en el servicio de emergencia y en el hospital donde laboro decido realizar mi informe de experiencia profesional con la finalidad de describir el manejo de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia del Hospital PNP Luis N Sáenz 2018. Asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería en esta patología. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio de los pacientes.

Nivel Teórico: En un sentido teórico-científico la presente investigación contribuirá con la generación de evidencias científicas válidas, principalmente para el Hospital PNP "LNS" y referenciales para otros establecimientos sanitarios. Información que ha de ser empleada para la realización de intervenciones

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

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

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

Ibáñez P. “Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias”. 2015. El objetivo de esta revisión bibliográfica fue conocer el papel que desempeña la enfermera ante una hemorragia digestiva alta en las emergencias extra hospitalarias y urgencias hospitalarias; mediante la búsqueda bibliográfica en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo del 2015. Concluyendo que el personal de salud que trabaja en emergencias extra hospitalarias se centra en la estabilización hemodinámica del paciente, en función a su gravedad, además la enfermera tiene que ser organizada, aséptica y registrar cada acto que lleva a cabo al mismo tiempo que tiene que ir informando al paciente de cada técnica a realizar.⁽⁷⁾

Portuondo I., Amaro E., Rodríguez A., Pérez M., Barro A. y Farrat R. “La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario “Héroes del Baire”. 2002-2012” 2014. El objetivo de esta investigación fue determinar el comportamiento de la Hemorragia Digestiva Alta, en los pacientes de la tercera edad en el servicio de cirugía de urgencia del Hospital Universitario “Héroes del Baire”, de la Isla de la Juventud. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo y transversal, donde se encontró que 243 pacientes causaron ingresos por hemorragia

digestiva alta en el servicio de urgencia. Observándose que 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. ⁽⁸⁾

De la Cruz A. y Sánchez J. “Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional” 2013. El objetivo de esta investigación fue comparar la presentación sindromática de las patologías que condicionan sangrado del tubo digestivo alto en pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa dependiente de la SSA en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, con la reportada para la República Mexicana. Siendo este un estudio descriptivo, diagnóstico, transversal y retrospectivo, en donde se incluyeron todos los pacientes que ingresaron con datos de sangrado digestivo alto, mayores de 15 años de edad, después se hizo la comparación final con la prevalencia en México reportada en otros estudios nacionales. Dando como resultados que

mayores de 15 años de edad, con datos clínicos de sangrado digestivo alto al ingreso a Urgencias, con base en la puntuación de Rockall, previa y posterior a la endoscopia. El 42% se encontró con enfermedad variceal, El 35% enfermedad ulcerosa, 4% traumatismo esofágico, el 3% lesión sugerente de neoplasia concluyendo al final del estudio que el sangrado del tubo digestivo alto es una afección frecuente en nuestro medio. La principal causa es secundaria al síndrome de hipertensión portal manifestada por várices esofágicas, seguida de la enfermedad ulcerosa y gastropatía erosiva derivado del análisis de indicadores establecidos en el estudio.⁽⁹⁾

Plaza R, Froilan C. Martin M. Suarez J. Aldeguer M. "La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años".2012. El objetivo de este estudio fue analizar las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano. Este fue un estudio prospectivo donde se incluyeron 103 pacientes, mayor o igual a 80 años que ingresaron en una Unidad de Sangrantes por un episodio de HDA en un año. El estudio mostro que la etiología más frecuente de la HDA fue por sangrado de úlcera gastroduodenal en el 65,1%, siendo el 60,2% consumidor crónico de AINES, además se realizó una endoscopia diagnóstica urgente en todos ellos, con una eficacia del 94,2% y terapéutica en el 28,2%. La tasa de resangrado fue del 8%, requiriendo cirugía urgente el 4,9%, con una

mortalidad global del 5,8%.Este estudio dio como conclusiones que la realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado por HDA en el anciano. ⁽¹⁰⁾

Antecedentes nacionales

Mamani C. y Yucra N. “Factores asociados con las formas de presentación e incidencia de la hemorragia digestiva alta en adultos hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, de Setiembre a Noviembre del 2015” Esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores asociados con las formas de presentación e incidencia de la hemorragia digestiva alta en adultos hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, de Setiembre a Noviembre del 2015. Se realizó un estudio descriptivo que estuvo constituido por 37 pacientes con HDA, observándose que el 87% presento HDA no variceal, también el 84% fueron pacientes de sexo masculino y el 78% de pacientes con HDA no variceal tienen entre 47 y 84 años y el 95% están en Se concluye que las manifestaciones clínicas y las hábitos nocivos se relacionan con las formas de presentación e incidencia de la hemorragia digestiva alta en adultos hospitalizados del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. ⁽¹¹⁾

Corzo M, et al. "Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control". 2013. Este estudio tuvo como objetivo 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 donde se realizó un estudio observacional analítico caso-control retrospectivo con una proporción caso: control de 1:3, analizando 180 pacientes, siendo 135 los controles y 45 los casos. Se determinó por plausibilidad biológica como posibles factores de riesgo a 14 variables, con las cuales se realizó un análisis logístico bivariado y multivariado. Encontrándose en el análisis logístico bivariado como variables relacionadas estadísticamente a la mortalidad: edad (OR=1,02), hematemesis (OR=2,57), hemorragia digestiva alta intrahospitalaria (OR=4), cirrosis (OR=2,67), neoplasia maligna (OR=5,37), ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma (OR=9,29), score de Rockall mayor a 4 (OR=19,75), resangrado (OR=5,65), y paquetes globulares transfundidos (OR=1,22). Mientras que en el análisis logístico multivariado se encontró solamente a las variables neoplasia maligna (OR=5,35), ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma (OR=8,29), y score de Rockall mayor a 4 (OR=8,43). Conclusiones: 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. ⁽¹²⁾

Bravo E. et al “Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima – Perú”.2013 El objetivo de esta investigación fue demostrar la utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera péptica, en términos de mortalidad y recidiva de hemorragia a 30 días de seguimiento. Para realizar esta investigación se tuvo que recolectar datos prospectivamente en un formato de registro de las historias clínicas. Los pacientes incluidos fueron aquellos que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, durante el periodo de Junio del 2009 a Mayo del 2011, por hemorragia digestiva alta debido a úlcera péptica evidenciada por endoscopia. Se analizaron los datos con la curva ROC obteniéndose como resultados 181 de 380 pacientes con HDA (47,63%), 74% fueron varones con una edad promedio de 56 años, 20 pacientes fallecieron durante el seguimiento: 8 por hemorragia digestiva y 12 por otras causas, 10 pacientes presentaron recidiva de hemorragia durante el seguimiento. Al realizar el análisis de la curva de ROC con el score de Baylor y mortalidad, se reportó un valor de área bajo la curva de 0,89 IC 95% (0,83-0,95), con recurrencia de sangrado, un valor de 0,81 IC 95% (0,68-0,93) y necesidad de transfusión de más de dos paquetes

globulares, un valor de 0,79 IC 95% (0,70-0,86). Se concluyó que el score de Baylor es un buen predictor de mortalidad y recidiva del sangrado durante los primeros 30 días después del primer episodio de hemorragia digestiva alta. ⁽⁴⁾

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situado en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz. Las lesiones de origen péptico son su causa más frecuente. ⁽¹³⁾

2.2.1 Causas de la Hemorragia Digestiva Alta

- Úlcera péptica y duodenal, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINES y o también a la presencia de *Helicobacter Pylori*
- Síndrome de Mallory-Weiss, se denomina así al desgarro a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es autolimitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente

- Lesión de Dieulafoy se denomina así a una arteria anormalmente grande que erosiona la mucosa rompiéndose hacia la luz. La hemorragia puede ser masiva o recurrente. Su identificación es difícil salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido.
- Esofagitis péptica, es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).
- Gastritis; es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica
- Duodenitis hemorrágica; La duodenitis es la inflamación que ocurre en el duodeno, el comienzo del intestino delgado. La duodenitis principalmente acompaña a otros problemas de salud tales como hepatitis, gastritis y dispepsia. Algunos médicos también conectan esta

enfermedad con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

- **Fistulas aortoentéricas;** se clasifican en primarias, menos frecuentes y originadas a partir de un aneurisma aórtico. Y las secundarias más frecuentes y que se originan principalmente a partir de prótesis aórticas (otra causa más rara son los cuerpos extraños). Comunican en el 75% con el duodeno La forma de presentación es fundamentalmente melenas o hematemesis. Es característico de las fistulas aortoentéricas la “hemorragia heráldica” en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo que varía de horas a incluso meses
- **Angiodisplasia;** entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiosarcomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Son más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias.
- **Lesiones tumorales benignas y malignas;** se denomina así a una arteria anormalmente grande que erosiona la mucosa rompiéndose hacia la luz. La hemorragia puede ser masiva o recurrente. Su identificación es difícil salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido.

- Varices esofágicas; se presentan en un 50% de los cirróticos de los cuales un 30% presentarán un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico. Tras un primer episodio el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las varices gástricas pueden ser bien extensión de varices procedentes de esófago, bien ser varices localizadas a nivel de fundus (varices fúndicas). Pueden aparecer varices gástricas aisladas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente.
- Hemorragia post papilotomía⁽¹³⁾

2.2.2 Presentación clínica

La HDA se manifiesta habitualmente en forma de hematemesis o deposiciones melénicas. Dependiendo de la cantidad de sangre extravasada, estos hallazgos se acompañan de hipovolemia y de anemia aguda post hemorrágica, observándose palidez, taquicardia, sudor frío e hipotensión.

En los pacientes con HDA grave se presente con una clínica de síncope, angor o disnea, antes de producirse la exteriorización hemorrágica. Esta forma de presentación traduce la existencia de un fallo de oxigenación cerebral, miocárdica o de

insuficiencia respiratoria, que, por sí solas, son indicativas de gravedad. Tal situación debe sospecharse en cualquier paciente que presenta, además de los signos mencionados, los típicos de una anemia aguda posthemorrágica. ⁽¹³⁾ La ingesta previa o reciente de AINE aumenta la probabilidad de que estos síntomas sean debidos a una HDA todavía no exteriorizada

2.2.3 Evaluación inicial

Ante la sospecha de un paciente con hemorragia digestiva debe llevarse a cabo un examen inicial, examen físico 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 necesario tener en cuenta estos pasos en el momento de la evaluación inicial, es decir cuando llega al servicio de:

- Siempre que el paciente lo requiera por su situación hemodinámica, se deben priorizar las medidas de reanimación.
- La situación clínica del paciente determina las prioridades de actuación. 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, dado el grave riesgo vital, es necesario iniciar las maniobras de reanimación, que restituyan la estabilidad cardiovascular y aseguren la perfusión adecuada de los órganos vitales, obteniendo los datos más relevantes a partir de los familiares o acompañantes del paciente.

- Siempre que sea posible, es importante indagar datos que orienten a la sospecha de una hepatopatía subyacente ya que de detectarse se deberán iniciar de forma inmediata tratamiento con fármacos vasoactivos y profilaxis antibiótica.
- También se debe interrogar acerca de la ingesta de fármacos potencialmente lesivos para la mucosa gastroduodenal, medicamentos que pueden agravar la hemorragia (anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios) o fármacos que dificultan la reanimación del paciente (betabloqueadores, hipotensores, etc.).⁽¹³⁾

TABLA 1. Parámetros clínicos que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática

GRAVEDAD	SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS
HDA leve	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca • Indica una pérdida de hasta un 10% de la volemia circulante
HDA moderada	<ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos • Pérdida de un 10-25% de la volemia
HDA grave	<ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica < 100 mmHg, FC 100-120 ppm, taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos • Pérdida del 25-35% de la volemia
HDA masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria • Pérdida superior al 35% de la volemia

FUENTE: Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología.

(13)

2.2.5 Factores de riesgo

Algunos de los factores de riesgo de la HDA son:

- Personas mayores de 60 años
- Pacientes que presenten alguna patología concomitante (cirrosis hepática, alteraciones de la coagulación).

- Ingesta de fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, ASPIRINA: Aproximadamente 130% más de riesgo de Hemorragia).
- Antecedentes personales de úlcera.
- Sangrado anterior.
- Ingesta de alcohol. ⁽¹⁴⁾

Tabla 2: Grupos de Riesgo

Grupos de riesgo	Causa
Bajo riesgo	Mallory – Weiss; esofagitis; lesiones agudas.
Riesgo Medio	Úlcera péptica
Alto riesgo	Várices esofágicas; origen no determinado, es decir no encontrar la causa.

Fuente: Ríos E, Almarsegui G. y Gálvez. Medicina Interna Gastroenterología. Chile 2010 ⁽¹⁵⁾

2.2.6 Tratamiento

La cirugía está indicada en la HDA solo en las siguientes situaciones clínicas ⁽¹⁶⁾

- Como una perforación intestinal o un divertículo de Meckel.

- Paciente inestable que no responde a la reanimación, en el cual no puede realizarse un procedimiento endoscópico.
- Fracaso de tratamiento endoscópico para el control de la hemorragia.

2.2.7 Rol de enfermería en el manejo del paciente con HDA

La actuación del equipo del servicio de emergencia dependerá mucho de la gravedad del paciente, donde la enfermera junto con el médico encargado confirmaran el diagnóstico de HDA y así valorar la repercusión hemodinámica y si existe algún factor agravante.

Es por eso que la enfermera podría actuar de acuerdo a la teoría de la conservación.

2.2.7.1 Teoría de la conservación de Myra Estrin Levine

Myra Estrin Levine, creó una estructura para la enseñanza de la enfermería médico - quirúrgica y animó al desarrollo de teorías. Ella relacionó la salud con el proceso de conservación ya que considera que la salud es uno de los principales elementos.

La teoría del modelo de la conservación se basó en tres conceptos, que fueron la globalidad, adaptación, y conservación.

- **GLOBALIZAD** Se basa en una relación mutua sólida, orgánica y progresiva entre diversas funciones y partes de un todo cuyos límites son abiertos y fluidos.
- **ADAPTACIÓN** Es un proceso de cambio a través del cual el individuo mantiene su integridad dentro de la realidad de su entorno interno y externo. El resultado es la conservación.
- **CONSERVACIÓN** Su teoría presenta a la persona de forma holística y como el centro de las actividades de enfermería, donde mantener la integridad del individuo es totalmente importante, gracias a la conservación las personas se enfrentan a los obstáculos y se adaptan a ellos, el tiempo que mantiene su unidad su fin es la salud y la fortaleza de afrontar la incapacidad.

Para alcanzar los objetivos del modelo de la conservación se emplea "Los Cuatro Principios de la Conservación" que pueden utilizarse en todos los conceptos de enfermería donde se considera que la salud está predeterminada por los grupos sociales y no es solamente una ausencia de situaciones patológicas, que son:

- Energía; se refiere a equilibrar la energía y el consumo de ésta, para así prevenir el agotamiento.
- Integridad estructural se refiere a mantener o restaurar la estructura del cuerpo, es decir, la prevención de la degradación física y la promoción de la curación y cicatrización.
- Integridad personal, se refiere al reconocimiento del paciente como un ser social que involucra la presencia y la interacción de otros individuos.
- Integridad social, se refiere al mantenimiento de la identidad y la autoestima.

2.2.7.2 Funciones de la enfermera en la HDA

El diagnóstico y tratamiento de la HDA requiere del trabajo en equipo para poder tener resultados óptimos, pero para esto es necesario que el equipo multidisciplinario se encuentre capacitado en el cuidado de pacientes críticos, destreza en las técnicas endoscópicas terapéuticas.

El personal de enfermería forma parte importante de este equipo multidisciplinario y es indispensable para garantizar la atención del paciente ya que proporciona los cuidados necesarios según el PAE que es un método sistemático de

resolución de problemas este consta de cinco pasos relacionados entre sí: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación:

- Valoración; en la HDA valoramos:
 - ✓ Presencia de dolor abdominal, dolor torácico
 - ✓ Náuseas, vómitos (características y cantidad)
 - ✓ Heces (características y cantidad)
 - ✓ Alteración neurosensorial
 - ✓ Funciones vitales
 - ✓ Signos de shock hipovolémico
 - ✓ Antecedentes patológicos

- Diagnóstico de enfermería; en esta etapa se utilizará los conocimientos y experiencias, los siguientes diagnósticos corresponden a pacientes con sangrado digestivo que acuden a emergencia:
 - ✓ Disminución del gasto cardíaco en relación con la 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.
- Planificación; el establecimiento de prioridades está basada en la urgencia del problema. Las prioridades pueden ser altas, intermedias y bajas. El objetivo de la enfermería en todo paciente con sangrado gastrointestinal, consiste en controlar la hemorragia, corregir el volumen circulante y prevenir complicaciones
 - ✓ Acceso venoso: Se deberá obtener un acceso venoso periférico de buen calibre ya que, permitirá la administración de fármacos y fluidoterapia. El acceso venoso central solo será necesario cuando es importante conocer la presión venosa central como parte de la monitorización del paciente.
 - ✓ Estabilización hemodinámica: Esta estabilización se efectúa con el objetivo de asegurar la supervivencia del paciente debido a que permite una adecuada perfusión tisular, y brinda tiempo

para determinar la fuente del sangrado. Si no responde a la resucitación inicial, es importante valorar la fuente del sangrado en paralelo que se continúa la resucitación. Para la estabilización hemodinámica, se sugiere la infusión rápida de cristaloides entre 500-1000 ml a modo de restaurar la perfusión tisular y se deberá interrumpir dicha infusión cuando el paciente se encuentre clínicamente estable y se proseguirá con fluidos de mantenimiento para así evitar la sobrecarga de volumen. Por otro lado, el uso de coloides no es beneficioso excepto en situaciones especiales cuando el paciente es crítico se deberá infundir 500 ml en 15 minutos. Para establecer que el paciente está estable, se debe normalizar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el volumen urinario que es 50ml/h en el adulto. En casos particulares como en pacientes con sospecha de hemo0rragia digestiva variceal, la reposición del volumen debe efectuarse con cautela, puesto que, una reposición vigorosa puede provocar la persistencia del sangrado.

- ✓ Transfusión de hemoderivados: En pacientes con un nivel de hemoglobina menor o igual a 7 gr/dl, se deberá transfundir paquetes globulares con la finalidad de obtener una hemoglobina entre 7-9 gr/dl luego de la transfusión. Del mismo modo, la transfusión de plaquetas, se indicará para mantener un valor mayor de 50000/mm³ hasta que se haya controlado la hemorragia.
- ✓ Entubación endotraqueal: Se indicará si existe algún temor sobre la seguridad de las vías respiratoria, en pacientes con dificultad respiratoria y/o con disminución del nivel de conciencia.
- ✓ Lavado gástrico: En ocasiones orienta al diagnóstico de actividad de la hemorragia digestiva cuando el líquido que se obtiene sea hemático color rojo vivo. Cabe resaltar que no contribuye a mejorar la visualización de la mucosa gástrica pero sí a facilitar la exploración endoscópica. ⁽¹⁷⁾
- Ejecución; es la fase del proceso de enfermería orientada a la acción. Requiere de aptitudes cognitivas, interpersonales aquí se revisan prioridades y el plan de

- cuidados existente. Este paso planificado y ejecutado correctamente ayuda en la recuperación del paciente.
- Evaluación; es un proceso continuo que sirve para replantear diagnóstico, modificar plan de cuidados, y reevaluar respuestas del paciente.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1 HEMORRAGIA

Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes. ⁽¹⁷⁾

2.3.2 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Pérdida de sangre que se produce en el segmento del tubo digestivo comprendido entre el esfínter esofágico superior y el ángulo Treitz. ⁽¹⁸⁾

2.3.3 ESTÓMAGO

El estómago situado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, mide aproximadamente 25 cm en su eje longitudinal, 12 cm en su eje transversal y 8 cm en su eje anteroposterior. Su capacidad es de 1 000 a 1 500 cm³. ⁽¹⁹⁾

2.3.4 PACIENTE

Del latín *patiens* ("padecer", "sufrir"), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de

soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).⁽²⁰⁾

2.3.5 CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.⁽²⁰⁾

2.3.6 MELENA

Las materias fecales de color negro o alquitran, mal oliente, fruto de la degradación de la hemoglobina en hematina y la acción de la flora microbiana entérica.⁽¹⁸⁾

2.3.7 HEMATEMESIS

Pérdida de sangre junto con el vómito puede o no contener contenido alimenticio, este signo es indicador de hemorragia digestiva alta (esófago, estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno).⁽¹⁸⁾

2.4 TEORIA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Este modelo surge a partir de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como principal motivación para el actuar de la/el enfermera (o). El modelo de Virginia Henderson se encuentra en los modelos que tienen en cuenta

las necesidades humanas y se ubica en la categoría de la enfermería humanística, en donde el papel de la enfermera consiste en la realización de las acciones que la persona es incapaz de llevar a cabo en un periodo determinado de su ciclo vital. Según este modelo, el ser humano es un ser integral que está compuesto de elementos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que se integran entre sí para fomentar el mayor desarrollo de su potencial. ⁽²¹⁾ Virginia Henderson piensa que el rol en esencia de la enfermería es ayudar a otra persona sea sana o enferma a fin de conservar o recuperar su salud, de esta manera, la enfermería contribuirá con la recuperación de la independencia de la persona lo más rápido posible. ⁽²²⁾

De acuerdo con esta teoría, la autora identifica 14 necesidades humanas básicas que comparten todos los seres humanos y que pueden verse alteradas o no satisfechas por una enfermedad. Las necesidades humanas básicas de acuerdo con Henderson son:

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos del organismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

- Descansar y dormir. 6°.-Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. ⁽²³⁾

Pese a que las necesidades básicas son iguales para todas las personas, éstas se manifiestan independientemente de la situación en que se encuentre cada ser humano, no obstante, estas necesidades se modifican por dos tipos de factores:

- Permanentes
 - ✓ Edad
 - ✓ Nivel de inteligencia
 - ✓ Medio social o cultural
 - ✓ Capacidad física.
- Variables
 - ✓ Estados patológicos.

- ✓ Falta aguda de oxígeno
- ✓ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- ✓ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- ✓ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ✓ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- ✓ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ✓ Una enfermedad transmisible.
- ✓ Estado preoperatorio.
- ✓ Estado postoperatorio
- ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.⁽²³⁾

Teniendo en cuenta las necesidades del ser humano y los factores que pueden modificarlas, el rol de la/el enfermera(o) radica en:

- Valoración: Se identifican las necesidades del paciente y se valoran, esto implica el recojo de datos y su correspondiente validación.

- **Diagnóstico:** El diagnóstico de enfermería está referido a la interpretación de los resultados que se obtienen de la valoración, es importante delimitar el factor causal que puede ser de tipo fuerza, falta de recurso, falta de conocimientos, entre otros. En resumen, se definirán los problemas en base a las fuentes de dificultad que se identifiquen.
- **Planificación:** Durante esta etapa, se establece un consenso de los objetivos y metas a alcanzar con los pacientes, así como, de las acciones del cuidador en relación a la fuente de dificultad que presente el paciente.
- **Ejecución:** En esta etapa, se ejecutan los cuidados, se revalúa al paciente y se comunican las estrategias de enfermería.
- **Evaluación:** Se recolectan datos para verificar el alcance de los objetivos previamente plateados, se intentará conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad a través de una nueva valoración del paciente. ⁽²²⁾

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo una serie de pasos:

- Para la recolección de datos, se solicitara los permisos correspondientes al Hospital PNP Luis N. Sáenz y al Servicio de Emergencia, para la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y diagnóstico).
- Se consolidaron los datos de los pacientes con diagnóstico de HDA que acuden al servicio de emergencia del Hospital PNP Luis N. Sáenz en el año 2017.
- Las tareas de recolección de los datos serán realizadas por la propia investigadora, ya que así se asegurará el cumplimiento del plan de recolección y la confiabilidad de la información recolectada.
- Culminada la recolección de datos, estos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

Culmine mis estudios de enfermería en la universidad Federico Villareal y realice mi internado en el año 2008 donde tuve mis primeras experiencias en el área de emergencia.

Mi experiencia profesional comienza cuando realizo mi SERUMS en la "Primera brigada de Fuerzas Especiales del Ejército" en Agosto del 2010, es en esta institución donde nace mis ganas de asimilarme y poder pertenecer a una institución de las fuerzas armadas.

En el año 2012 ingreso a trabajar a la Clínica Ricardo Palma al área de hospitalización, esta área cuenta en total con 172 camas en 12 zonas hospitalarias, cada una de ellas cuenta con un equipo de enfermería y médico de piso cuya función principal es cuidar al paciente durante su estadía, al ser un centro particular los pacientes como sus familiares son más exigentes

En el año 2014 realice mi asimilación a la Policía Nacional del Perú con el grado de Capitán, actualmente trabajo en el servicio de Emergencia, este servicio cuenta con 6 áreas:

- Tópico de inyectables
- Clasificación
- Observación
- Cuidados intermedios
- Unidad de shock trauma
- Emergencia pediátrica

En este servicio todo el personal que labora realiza rotaciones por las 6 áreas, cumpliendo así diferentes funciones en cada área de acuerdo al diagnóstico del paciente.

Actualmente yo me encargo de:

a) Área Asistencial

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente. Valoración de enfermería.
- Registrar en el cuaderno de estadística o de movimiento, los pacientes que ingresan al área de emergencia.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- Decidir y ejecutar junto con el medico colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
- Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferente vía.

- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.
- Decidir y ejecutar junto con el médico la colocación de sonda vesical.
- Detectar úlceras por presión.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.

b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Participar en las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.

c) Área Docencia

- Controlar y dar instrucciones a las internas de enfermería.
- Impartir docencia.
- Diseñar programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud que laboran en el servicio de emergencia.
- Coordinar cursos en el servicio.
- Asistir a capacitaciones programadas.

d) Área Investigativa

- Contamos con guías, protocolos y manuales que se revisan constantemente y que son actualizados.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Cabe resaltar que en el Hospital PNP “Luis N Sáenz” se presentan atenciones de urgencia con patologías como dificultad respiratoria, síndrome doloroso abdominal, intoxicación por órganos fosforados, trabajos de parto, hemorragias digestivas altas y bajas.

Desde que empecé a laborar en el servicio de emergencia del Hospital PNP “Luis N Sáenz” he visto infinidad de patologías y casos que han quedado gravados en mi mente, de los cuales muchas veces está comprometida la vida quizás convirtiéndose en una dificultad para mí, ya que esto me afectaba emocionalmente.

Actualmente siento que he madurado y puedo tomar con calma este tipo de situaciones, también siento que ha mejorado mi atención hacia los pacientes que acuden a emergencia del Hospital PNP "Luis N Sáenz"

El servicio de emergencia es uno de los pocos servicios donde se trabaja en equipo, donde cada personal es parte fundamental y todo para beneficio del paciente.

El personal de enfermería forma parte importante de este equipo multidisciplinario y es indispensable para garantizar la atención del paciente.

El proceso de atención de enfermería en un paciente con hemorragia digestiva alta en el área de observación del servicio de emergencia del Hospital PNP "Luis N Sáenz", es el siguiente:

- Se recibe al paciente con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, quien ingresa en compañía del técnico de enfermería.
- Se registra al paciente en el cuaderno de estadística de enfermería.
- Se procede a ubicar al paciente en una camilla y se empieza a realizar la valoración de ingreso:
 - ✓ Funciones vitales
 - ✓ Signos y síntomas
 - ✓ Antecedentes patológicos

✓ Exámenes de laboratorio

- Se procede a realizar el armado de la historia clínica mientras se le va monitoreando.
- Se permeabiliza una vía periférica de calibre grueso.
- La mayoría de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia vienen acompañados de algún familiar a quienes se les explica sobre la HDA.
- Se realiza una revisión céfalo caudal al paciente y se controlara funciones vitales cada hora siempre brindando cuidados y confort al paciente. Muchas veces con ayuda del familiar.
- De acuerdo a la prescripción del médico se administrara tratamiento en los horarios y dosis indicadas.
- Se coordinara y tramitara los exámenes auxiliares que se requiera, al igual que los procedimientos especiales requeridos por el especialista.
- se educa a paciente sobre cada examen a realizarse,
- se estará a la expectativa de ver si el paciente presente de signos y síntomas de alarma,
- se esperara la evaluación médica con exámenes auxiliares y resultados de exámenes especiales

paciente para poder coordinar el alta o la hospitalización a piso.

- **APORTES/ Innovaciones**

Con el pasar del tiempo se ha ido observando que el servicio de emergencia es uno de los servicios con mayor afluencia de pacientes, muchas veces llegando a no abastecerse y causando discomfort en ellos. Es por eso que se está tratando de mejorar por medio de:

- ✓ Mostrando un trato humanizado con el paciente en estado de urgencia y emergencia.
- ✓ Brindando educación a los familiares de los pacientes, y consejería de acuerdo a la patología presentada por el paciente.
- ✓ Desarrollando la evaluación y valoración según dominios.

- **Limitaciones**

Entre las principales limitaciones que puedo encontrar en el servicio de emergencia del Hospital PNP Luis N. Sáenz son:

- ✓ Espacios reducidos para atender al paciente desde el momento que ingresa al servicio de emergencia
- ✓ Falta de equipo de monitoreo y de material necesario (camillas, pulsioxímetros) para la atención de pacientes
- ✓ Demasiada carga laboral para dos enfermeros que tiene a cargo 20 pacientes que se encuentran en camillas, sin contar a los pacientes que reciben tratamiento o son estabilizados en sillas en el área de observación área donde se estabilizara al paciente con HDA que no son críticos.
- ✓ Demora de parte del personal médico de gastroenterología para acudir al servicio de emergencia a evaluar a los pacientes con HDA.
- ✓ Bajo grado de instrucción de familiares de los pacientes lo cual no permite que se logre la participación activa en los cuidados del paciente.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1 Características generales de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"

Edad	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
	63.2 \pm 20.3 (18 - 95)	
	n	%
18 - 19 años	14	9%
30 - 59 años	50	31%
\geq 60 años	95	60%
Sexo		
Masculino	104	65%
Femenino	55	35%
Parentesco		
Titular	97	61%
Familiar	62	39%
Comorbilidad		
HDA	141	89%
HDA / HTA	2	1%
HDA / HTA / DM	2	1%
Otras	14	9%
Tiempo		
\leq 1 día	55	35%
2 - 3 días	69	43%
4 - 7 días	31	19%
$>$ 7 días	4	3%
Egreso		
Alta	96	99%
Fallecido	1	1%
Area		
Clasificación	53	33%
Intermedios	33	21%
Observación	38	24%
UST	35	22%
Total	159	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP "Luis N. Sáenz", 2017

En la tabla 4.1 se muestra que la edad promedio de los pacientes fue 63.2 \pm 20.3, donde el 60% de los pacientes tuvieron edades \geq 60 años, el 65%

de los pacientes eran del sexo masculino, el 61% eran titulares, el 89% presentaron Hemorragia Digestiva Alta (HDA), el 43% de los pacientes tuvieron un tiempo entre el ingreso y su egreso al hospital 2 – 3 días, el 99% fueron altas y el 33% de los pacientes estaban en el área de clasificación.

Tabla N° 4.2 Comorbilidad según Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
HDA	90	64%	51	36%	141	100%
HDA / HTA	2	100%	0	0%	2	100%
HDA / HTA / DM	2	100%	0	0%	2	100%
Otras	10	71%	4	29%	14	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

En la tabla 4.2 se muestra que el 64% de los pacientes que presentaron HDA eran de sexo masculino y 36% eran del femenino, el 100% que presentaron HDA / HTA y HDA / HTA / DM eran del sexo masculino y el 71% que presentaron otras enfermedades eran del sexo masculino y el 29% eran femeninos (Ver gráfico N° 4.1).

Gráfico N° 4.1 Comorbilidad según Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"

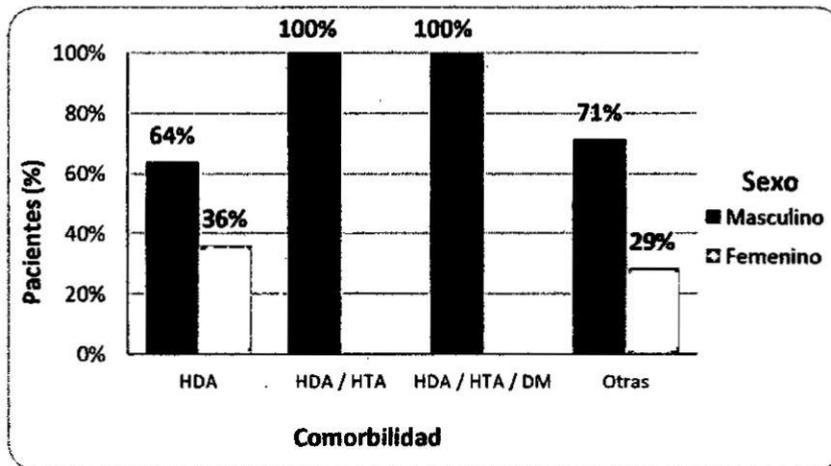


Tabla N° 4.3 Comorbilidad según Edad de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP "Luis N. Sáenz"

Comorbilidad	Edad						Total	
	18 - 19 años		30 - 59 años		≥ 60 años		n	%
	n	%	n	%	n	%		
HDA	14	10%	40	28%	87	62%	141	100%
HDA / HTA	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
HDA / HTA / DM	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Otras	0	0%	6	43%	8	57%	14	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP "Luis N. Sáenz", 2017

En la tabla 4.3 se muestra que de los pacientes que presentaron HDA el 10% tenían edades 18 - 19 años, el 28% 30 - 59 años y 62% eran ≥ 60 años. De los pacientes que presentaron HDA / HTA y HDA / HTA / DM el 100% tenían edades entre 30 - 59 años y de los pacientes que

presentaron otras enfermedades el 43% tenían edades de 30 - 59 años y 57% eran \geq 60 años.

Tabla N° 4.4 Egreso según Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Egreso	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Alta	64	67%	32	33%	96	100%
Fallecido	0	0%	1	100%	1	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

En la tabla 4.4 se muestra que el 67% de los pacientes que estuvieron de alta eran del sexo masculino y el 33% femenino. También se muestra que el 100% fueron fallecidos y tenían sexo femenino (Ver gráfico N° 4.2)

Gráfico N° 4.2 Egreso según Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

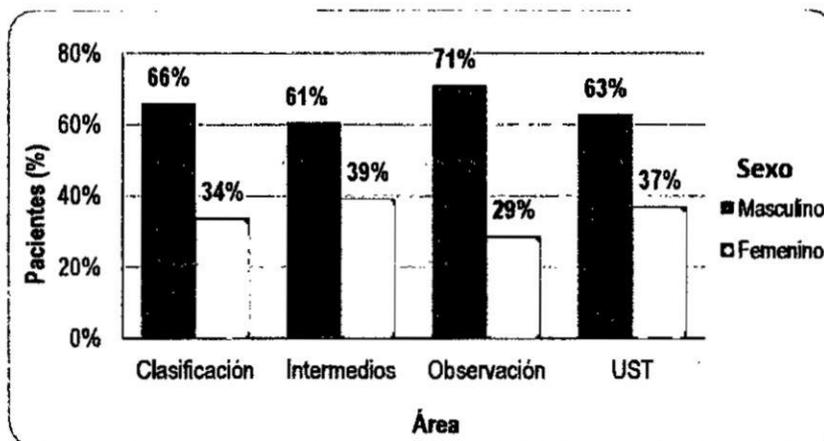


Tabla N° 4.5 Área de atención según Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Área	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Clasificación	35	66%	18	34%	53	100%
Intermedios	20	61%	13	39%	33	100%
Observación	27	71%	11	29%	38	100%
UST	22	63%	13	37%	35	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

En la tabla 4.5 se muestra que el 66% de los pacientes que estuvieron en el área de clasificación eran del sexo masculino y el 34% del femenino, el 61% que estuvieron en intermedios eran masculinos y 39% femeninos, el 71% que estuvieron en observación eran masculinos y el 29% femeninos, el 63% de los que estaban en UST eran masculinos y el 37% femeninos.

Tabla N° 4.6 Comorbilidad según tiempo desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Comorbilidad	Tiempo								Total	
	≤ 1 día		2 - 3 días		4 - 7 días		> 7 días		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
HDA	51	36%	61	43%	26	18%	3	2%	141	100%
HDA / HTA	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
HDA / HTA / DM	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Otras	4	29%	8	57%	1	7%	1	7%	14	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

La tabla 4.6 se muestra que de los pacientes que presentaron HDA el 36% tuvieron un tiempo entre el ingreso y el egreso menor a 1 día, 43% entre 2 - 3 días, el 18% entre 4 - 7 días y 2% más de 7 días. También se muestra que los que presentaron HDA / HTA y HDA / HTA / DM tuvieron un tiempo del 100% de 4 - 7 días respectivamente y que de los que presentaron otras enfermedades el 29% tuvieron \leq 1 día, 57% de 2 - 3 días, 7% de 4 - 7 días y más de 7 días respectivamente.

Tabla N° 4.7 Área de atención según tiempo desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Área	Tiempo								Total	
	\leq 1 día		2 - 3 días		4 - 7 días		> 7 días			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clasificación	14	26%	25	47%	13	25%	1	2%	53	100%
Intermedios	5	15%	15	45%	11	33%	2	6%	33	100%
Observación	7	18%	24	63%	7	18%	0	0%	38	100%
UST	29	83%	5	14%	0	0%	1	3%	35	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

La tabla 4.7 se muestra que los pacientes que estuvieron en área de Clasificación, el 26% tuvieron un tiempo \leq 1 día, el 47% de 2 - 3 días, 25% de 4 - 7 días y 2% más de 7 días. De los pacientes que estuvieron en el área Intermedio el 15% tuvieron \leq 1 día, el 45% de 2 - 3 días, 33% de 4 - 7 días y 6% más de 7 días. Los pacientes que estuvieron en el área de Observación el 18% tuvieron un tiempo de \leq 1 día, 63% de 2 - 3 días, 18% de 4 - 7 días y de los que estuvieron en UST el 83% tuvieron un

tiempo de ≤ 1 día, el 14% de 2 - 3 días y el 3% más de 7 días (Ver gráfico N° 4.3)

Gráfico N° 4.3 Área de atención según tiempo desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

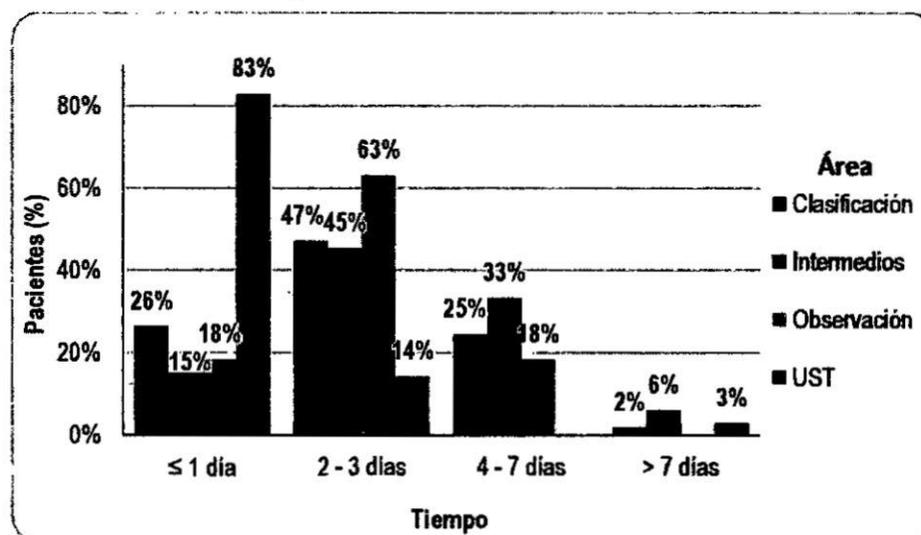


Tabla N° 4.8 Egreso según tiempo desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Egreso	Tiempo								Total	
	≤ 1 día		2 - 3 días		4 - 7 días		> 7 días		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alta	20	21%	47	49%	26	27%	3	3%	96	100%
Fallecido	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

La tabla 4.8 se muestra que de los que estuvieron de alta el 21% tuvieron un tiempo ≤ 1 día, el 49% de 2 - 3 días, el 27% de 4 - 7 días y el 3% más

de 7 días. También se muestra que de los fallecidos el 100% de los pacientes tuvieron un tiempo de 2 - 3 días.

Tabla N° 4.9 Egreso según tiempo desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”

Comorbilidad	Egreso				Total	
	Alta		Fallecido		n	%
	n	%	n	%		
HDA	87	99%	1	1%	88	100%
HDA / HTA	2	100%	0	0%	2	100%
HDA / HTA / DM	1	100%	0	0%	1	100%
Otras	6	100%	0	0%	6	100%

FUENTE: Registro del servicio de emergencias del Hospital PNP “Luis N. Sáenz”, 2017

La tabla 4.9 se muestra que de los pacientes que presentaron HDA el 99% estuvo de alta y el 1% fallecido. Los que presentaron HDA / HTA y HDA / HTA / DM el 100% estuvo de alta y de los pacientes que presentaron otras enfermedades el 100% estuvo de alta.

V. CONCLUSIONES

- Los pacientes que son atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital PNP "Luis N. Sáenz por hemorragia digestiva alta son principalmente adultos mayores (60%), de sexo masculino (65%).
- El gran porcentaje de los pacientes con hemorragia digestiva alta han presentado con anterioridad un episodio de hemorragia digestiva alta (91%), hubieron pocos casos de pacientes con hipertensión arterial (1%) y diabetes mellitus (1%). Los pacientes que presentaron las comorbilidades de hipertensión y diabetes mellitus fueron de sexo masculino.
- El tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con hemorragia digestiva alta es de 2-3 días en el 43% de los casos, en menor frecuencia es de 1 día (35%), seguido de 4-7 días (19%). La condición al egreso del paciente es de alta en el 99%, la mortalidad presentó el 1% en los pacientes con hemorragia digestiva alta.
- El manejo de la enfermera en la atención de pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de emergencia se centra en brindar los cuidados que necesita el paciente, vigila y monitoriza sus funciones vitales, y se encarga de coordinar y tramitar los exámenes auxiliares, al igual que los procedimientos especiales requeridos por el especialista

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a todo el personal de enfermería del servicio de emergencia que en todos los registros de enfermería debe figurar la firma y sello de la enfermera que le confiere responsabilidad de su actuación profesional
- El diagnóstico y el tratamiento de hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia podría ser de mejor calidad, si se realizara capacitaciones sobre el cuidado de enfermería en urgencia en pacientes con HDA.
- Se recomienda evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias de las enfermeras.
- Se recomienda revisar los manuales de atención del paciente con hemorragia digestiva alta

VI. REFERENCIALES

1. Lahiff C, Shields W, Cretu I, Mahmud N, McKiernan S, Norris S, et al. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of risk in a mixed patient group including variceal and nonvariceal haemorrhage. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2012; 24(2): p. 149-154.
2. Pereira A. Hemorragia Digestiva Alta. *Rev Portuguesa de cirurgia*. 2012.
3. Aguilar V, Alban E, Paredes J, L P, Valenzuela V, Espinoza J. Validación del score AIMS65 para hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2017; 35(4): p. 323-329.
4. Bravo E, Guzmán P, Gallegos R, Cilliotta A, Corzo M, Mercado J, et al. Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima – Perú. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2013; 33(4): p. 307-314.
5. Cobtardo C, Espejo H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta méd. peruana*. 2006; 23(3): p. 162-174.
6. Càndid A. Gastroenterología y Hepatología. Hematemesis y Melenas. 2012;; p. 61-80.
7. Ibanez P. Papel de la enfermería en las hemorragias digestivas altas en urgencias y emergencias. Tesis de Grado. España: Universidad de

Valladolid; 2015.

8. Portuondo I, AE, Rodríguez A, Pérez M, Barro A, Farrat R. La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario "Héroes del Baire". Rev. Med. Isla de la Juventud. 2013; 14(2): p. 1-18.
9. De la Cruz A, Sánchez J. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Med Int Mex. 2013; 29: p. 449-457.
10. Plaza R, Froilán C, Martín M, Suárez J, Aldeguer M. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47: p. 110-113.
11. Mamani C, Yucra N. Factores asociados con las formas de presentación e incidencia de la hemorragia digestiva alta en adultos hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, de Setiembre a Noviembre del 2015. Tesis de Grado. Perú: Universidad Andina Nestor Cáceres Velazques; 2015.
12. Corzo A, Guzmán P, Bravo E, Gallegos R, Huerta J, Surco Y. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. Rev. gastroenteral. Perú. 2013; 33(3): p. 223-230.
13. Montoro M, García J. Práctica clínica en Gastroenterología y

- Hepatología. 12th ed.; 2015.
14. Mero A. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y propuesta de un protocolo actualizado de atención. Tesis de Grado. Ecuador: Universidad de Guayaquil.; 2014.
 15. Ríos E, Almarsegui G, Gálvez E. Medicina Interna Gastroenterología Chile; 2010.
 16. Álvarez D. Hemorragia digestiva alta y baja. [Online]. [cited 15 enero 2018]. Available from: <http://186.64.116.140/~socieda2/schcp.cl/wp-content/uploads/2016/10/2.-Hemorragia-digestiva.pdf>.
 17. AC. G. Fisiología Médica. 12th ed. B B, editor. España: Elsevier; 2011.
 18. Galindo F. Hemorragia Digestiva. ; 2014.
 19. Abreu L. Gastroenterología. Endoscopia diagnóstica terapéutica. 2nd ed. España: Med Panamericana; 2007.
 20. Pérez J. Enfermeriapi. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 15. Available from: <http://enfermeriapi2015ii.blogspot.pe/2015/12/definicion-de-cuidado-de-enfermeria-el.html>).
 21. Bellido J, Lendínez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN España; 2010.
 22. Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Tesis de Grado. Universidad de Valladolid; 2015.
 23. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Análisis de las teorías y

modelos de enfermería; 2017.

24. Hospital Dos de Mayo. Guía técnica: Guía Práctica Clínica de Hemorragia Digestiva Alta Perú; 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 1 IMÁGENES DE LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Foto1: Sala de Observación del Servicio de Emergencia



Foto2: Servicio de Emergencia

**ANEXO Nº 2 IMÁGENES DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**



Foto 3: Solicitando los datos para el registro de la historia clínica



Foto 4: Atención a los pacientes en el Servicio de Emergencia