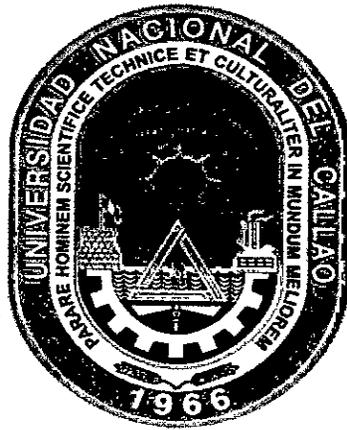


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
II/2 SULLANA, 2014 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

MARÍA GABRIELA ZAPATA CASTRO

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 04

Nº de Acta de Sustentación: 209 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1666-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

	Págs.:
INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2. OBJETIVO	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	18
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.3. PROCESOS REALIZADOS	19
IV. RESULTADOS	23
V. CONCLUSIONES	27
VI. RECOMENDACIONES	29
VII. REFERENCIALES	30
ANEXOS	31

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno, o segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz, esta entidad representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Emergencia hospitalaria y de Gastroenterología. (1)

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

El presente informe de experiencia profesional titulado "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL HOSPITAL II- 2 SULLANA, 2014 al 2016" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería dentro del segundo nivel de atención.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

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

Es evidente, que el incremento en la proporción de pacientes afectados mayores de 60 años, usualmente con otras condiciones médicas mórbidas, hace que resistan menos las consecuencias de una hemorragia y que todavía las tasas de mortalidad permanezcan altas. Por último, en esta misma población el uso de antiinflamatorios no esteroideos es frecuente por artropatías y dolores músculo esquelético. Se considera que hasta la mitad de pacientes con úlcera péptica (UP) sangrante estuvieron

usando drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINE) o aspirina. En un reciente estudio realizado en Lima en los hospitales Rebagliati, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, sobre 117 pacientes, excluyéndose sangrados por várices esófago-gástricas, 54% consumieron AINES; el 65% tenían más de 60 años y la úlcera gástrica fue más frecuente; existiendo una asociación bien establecida de su uso con sangrado por lesiones ulceradas. (3)

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

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

Estudios anteriores manifiestan que el 37% de Hemorragia Digestiva Alta no asociada a várices esofágicas son producto del consumo de AINEs en

el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), y otro estudio parecido indica que esta frecuencia es más alta, 69% aproximadamente. Se observa así que esta frecuencia es muy variable. (5)

Es por ello que el presente informe tiene como misión principal describir el actuar de enfermería en el tratamiento de una Hemorragia Digestiva Alta, en los pacientes atendidos en emergencia del Hospital II-2 Sullana durante .2014- 2016.

1.2. Objetivo

Describir los Cuidados de enfermería en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de Emergencia del Hospital II-2 Sullana, 2014- 2016.

1.3. Justificación

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en el tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia durante 2014 – 2016, asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería en esta patología. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio de los pacientes.

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

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

Desde el punto de vista práctico: Permitirá aumentar los conocimientos a las enfermeras, al familiar y mismo paciente, para su autocuidado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

A Nivel Nacional

- ✓ ROMERO MONDALGO Pritsy Marineya. (PERÚ - 2016). FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON ULCERA PÉPTICA. Objetivo. Demostrar que la ancianidad, el shock, el uso de corticoterapia, el uso de antiagregantes plaquetarios y el uso de anticoagulantes son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva nosocomial en pacientes críticos en el Hospital Belén de Trujillo, Perú. Metodología Total de pacientes atendidos en el Servicio de Unidad de Cuidados Críticos en el Hospital Belén de Trujillo durante el período 2009 – 2013 .Conclusiones: La Polifarmacia (Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), el uso AINES, el Alcoholismo y la Edad Avanzada >65 años son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Ulcera Péptica. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de hemorragia digestiva alta fueron: el uso de AINES (OR: 10.96; p0.05), la Edad Avanzada (OR: 2.82; p

65 años y el Alcoholismo; no se encontró asociación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y HDA en grupo de casos.

- ✓ ROCA REYES JUAN CARLOS. (PIURA-2015) LESIONES ENDOSCÓPICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL AÑO 2014. Objetivo principal: Determinar las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014. METODOLOGIA.-Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron informes de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), efectuadas en el servicio de Gastroenterología; se incluyeron los pacientes en los cuales se comprobó Hemorragia Digestiva Alta mediante la realización de Endoscopia. CONCLUSIONES En este trabajo se tiene como resultado que la lesión endoscópica más frecuente en paciente con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014, es gastritis erosiva representando el 26% de nuestra población y la de menor frecuencia fue de ulcera duodenal y gástrica con 8% Con respecto al género más afectado de hemorragia digestiva alta, es el sexo masculino con un 55%, y se tiene también con respecto a la edad un porcentaje de 55% que corresponde a personas mayores de 60 años. Los factores asociados para el desarrollo de hemorragia digestiva alta, fue de

patologías previas en un 32,5%; que podemos entender que debido a la población añosa que se encontró en el presente trabajo, ya que debido a su condición etaria se agregan otras enfermedades. La localización anatómica que se vio más afectada es el estómago, se observó en 50% de los pacientes y entre esta, siendo en antro gástrico más afectado. La ubicaciones menos frecuente es la del duodeno con 12%.

- ✓ OSCAR FRANCISCO SANDOVAL EVANGELISTA. (PIURA 2004-2010). CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NO VARICEAL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA III ESSALUD OBJETIVO. Determinar las características clínica y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta aguda no variceal del adulto mayor en el Hospital III Cayetano Heredia de Piura en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2010. Metodología.- El tipo de investigación es descriptivo, observacional, transversal, no experimental. La muestra está constituida por 167 historias clínicas de pacientes mayores a 65 años ingresados por la emergencia El 74,9% del total de pacientes tienen edad de 65 a 79 años, y el 73.1% son de sexo masculino, el 91% presentaron sangrado melena y el 52,1% sangrado hematemesis, el 66.5% presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera y el 46.7% presentaron hallazgo endoscópico Forrest III. Conclusiones 1. El

74,9% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, tienen edad de 65 a 79 años, con una edad promedio 70 años y el 73.1% del total de pacientes son de sexo masculino. 2. El 82,6% presentaron ingesta de medicamentos y el 91% presentaron sangrado melena y el 52,1% sangrado hematemesis 3. El 92,8% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron al menos una enfermedad. 4. El 74.3% del total pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron hemoglobina mayor de 10 gr/dl, mientras que el 63.5% de pacientes tuvieron más de 100 de frecuencia cardiaca por minuto y el 68.3% del total de pacientes no presentaron dolor abdominal 5. El 18.6% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron transfusión de sangre, mientras que el 66.5% 66 presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera y de estos el 46.7% presentaron hallazgo endoscópico Forrest III.

A Nivel Internacional

- ✓ PEZANTES CASTILLO, Carlos Grimaldo. (ECUADOR – 2014). Hemorragia digestiva alta. Factores de riesgo, localización más frecuente y tiempo de estancia hospitalaria. Hospital Universitario de Guayaquil Objetivo de este estudio identificar los principales factores de riesgo asociados, además de ubicar endoscópicamente la

localización del sangrado y determinar el tiempo de estancia hospitalaria en los pacientes que presentan Hemorragia Digestiva Alta. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo analizando las historias clínicas de los pacientes ingresados con Hemorragia Digestiva Alta al servicio de hospitalización del Hospital Universitario de Guayaquil (HUG) desde enero 2013 hasta diciembre del 2014. Resultados: Se incluyeron 184 pacientes, 131 varones (71%) y 53 mujeres (29%). La mayoría de pacientes eran mayores de 55 años (70%). Se encontró asociada a otras patologías en la mayoría de pacientes (72.2%), principalmente cardiovasculares (17.9%) y hepatopatías (11.4%). Se encontró como factor de riesgo el consumo de AINES regularmente (36.9%). La mayoría de pacientes no presentaron sangrado previo al evento estudiado (82.6%) y la presentación clínica más frecuente fue la hematemesis (50.6%). Las principales causas de la Hemorragia Digestiva Alta fueron la úlcera péptica (46.7%) y la gastropatía erosiva (37.5%), obteniéndose que topográficamente el sangrado provino del estómago en la mayoría de pacientes (70.7%). El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente fue entre 6 y 8 días (48.9%). Conclusiones: La Hemorragia Digestiva Alta es un cuadro agudo que afecta con mayor frecuencia a ancianos y varones. Asociada con frecuencia a patologías cardíacas y hepáticas y al consumo de AINES. Las principales causas son úlcera péptica y gastropatía

erosiva, siendo la manifestación clínica más frecuente la hematemesis. El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente está en el intervalo de 6 a 8 días.

2.2. Marco Conceptual

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

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

- DIFERENCIACIÓN ENTRE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA:

La forma de presentación de la hemorragia nos va a orientar de manera importante sobre el origen alto o bajo de la hemorragia. Así, si estamos ante una lesión sangrante situada por encima del ángulo de Treiz (HDA) la hemorragia se exteriorizará fundamentalmente como un vómito de sangre roja, fresca (*hematemesis*), como un vómito negro de sangre en coágulos (*vómitos en posos de café*), o bien heces negras (*melenas*). Para que se formen melenas es necesario que la sangre permanezca al menos 10 horas en el tubo digestivo sufriendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. La hemorragia originada por debajo del ángulo de Treiz (HDB) suele manifestarse como heces entremezcladas con sangre roja (*hematoquecia*) o como sangre roja

aislada por el ano (*rectorragia*). Es rara la melena como forma de presentación de una Hemorragia Digestiva Baja. Por el contrario la hematoquecia es una rara forma de presentación de Hemorragia Digestiva Alta a no ser que el sangrado sea tan brusco que no dé tiempo a la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. (7)

CLASIFICACIÓN:

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA en base a la repercusión hemodinámica secundaria a la misma:

- ◆ Hemorragia leve: disminución de la volemia menor del 10%.
Cursa de forma asintomática.
- ◆ Hemorragia moderada: pérdida del 10-25% de la volemia (500-1250 cc). Cursa con TAS mayor de 100 mmHg y la FC menor de 100 lpm. Se puede acompañar de vasoconstricción periférica.
- ◆ Hemorragia grave: disminución del 25-35% de la volemia (1250-1750 cc). Cursa con TAS menor de 100 mmHg y la FC entre 100 y 120 lpm. Se acompaña de vasoconstricción periférica evidente, inquietud, sed, sudoración y disminución de la diuresis.
- ◆ Hemorragia masiva: pérdida de 35-50% de la volemia (1750-2500 cc). TAS menor de 7 mmHg y FC mayor de 120 lpm con intensa vasoconstricción y shock hipovolémico. (8)

ETIOLOGÍA:

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

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL:

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

Las principales lesiones sangrantes de la Hipertensión Portal son:

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

- ◆ Gastropatía de la Hipertensión Portal: Por lo general este tipo de sangrado suele ser crónico y oculto pero también puede presentarse como hemorragia aguda.
- ◆ Varices ectópicas: A nivel de intestino delgado y grueso.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO SECUNDARIA

HIPERTENSIÓN PORTAL:

Las principales causas de este tipo de hemorragias son:

- ◆ Úlcera péptica (UP): Es la causa más frecuente de HDA constituyendo el 50% de los casos. Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. Como factores etiológicos más importantes de la hemorragia secundaria a úlcus péptico se encuentran el *Helicobacter pylori* (HP) y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo este último el más importante. El riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de Úlcera Péptica y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente.
- ◆ Hernia de hiato: Pueden llegar a ser causa de importantes sangrados crónicos a partir de lesiones erosivas lineales.
- ◆ Esofagitis: Es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).

2.3. Definición de términos:

- ✓ Hematemesis: Vómitos de sangre fresca no digerida por la secreción gástrica, por Hemorragia entre Orofaringe y Treitz y puede acompañarse de Melena lo que indica que la lesión es proximal al ligamento de Treitz, pudiendo estar localizada en el esófago, estómago o duodeno.
- ✓ Melena: Materias fecales negras o alquitranadas, frecuentemente mal olientes, fruto de la degradación de la hemoglobina en hematina y la acción de la flora microbiana entérica (7)
- ✓ Hemorragia Digestiva Alta: Pérdida de sangre que se produce en el segmento del tubo digestivo comprendido entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.(7)
- ✓ Hemorragia Digestiva Baja: Es toda aquella pérdida de sangre de inicio reciente originada por una lesión del tubo digestivo cuya localización es distal al ligamento de Treitz(7)
- ✓ Úlcera Péptica: Es una llaga en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado.
- ✓ Rectorragia es un tipo de hemorragia que consiste en la pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto.

- ✓ **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).
- ✓ **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.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

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

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

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

Recolección de datos: Se consolidaron los datos de los pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta que acuden al servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana durante el 2014-2016, según los registros de atenciones diarias del servicio de Emergencia.

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

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y

gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2 Experiencia Profesional

Enfermera asistencial desde el 2002 con 14 años de experiencia, he trabajado en los diferentes servicios y desde el año 2005 hasta la actualidad trabajo en el servicio de Emergencia con 11 años, 2 meses en el servicio, 05 años como tutora de internas de Enfermería de la Universidad Nacional de Piura hasta la actualidad, hace 02 años en la coordinación del servicio, desempeñando como enfermera asistencial y así mismo hago labor administrativa. He rotado en UCI- Emergencia, Ucin, Trauma Shock, Pediatría Emergencia, Tópico de cirugía. Mi hospital de Sullana, es referencial único en la región de Piura, con nivel II-2.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente. Valoración de enfermería.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.

- Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
- Aspirar secreciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.
- Decidir y ejecutar la colocación de sonda vesical.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Contribuir al desarrollo de las actividades según indicaciones médicas.

b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.

- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el pase de visitas en conjunto de médicos y enfermera.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.
- Cumplir, actualizar con el manual de organizaciones y funciones del Hospital II-2 Sullana.

c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

- Coordinar cursos, estancias u otros en el servicio.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.
- Asistir a capacitaciones programadas.

c) Área Investigativa

- En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.
- Se desarrolló el mencionado informe.

Innovaciones - Aportes

- ✓ Se logró involucrar la participación del personal en el servicio (trato humanizado con el paciente en estado de urgencia y emergencia).
- ✓ Se brindó educación individualizada a los familiares de los pacientes, consejería.
- ✓ Se desarrolló la evaluación y valoración según dominios

Limitaciones para el desempeño profesional

- ✓ Aumento de la carga de trabajo por el tiempo comprometido en la valoración del paciente, reevaluar al paciente y los cargos administrativos.
- ✓ Bajo grado de instrucción de familiares de los pacientes no permite que se logre la participación activa en los cuidados del paciente.

IV. RESULTADOS

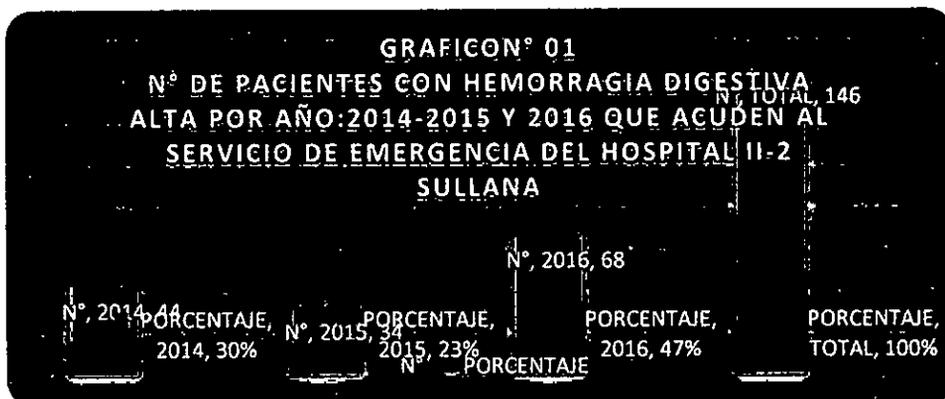
CUADRO 4.1

N° DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR AÑO:
2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL II-2 DE SULLANA.

AÑO	N°	PORCENTAJE
2014	44	30%
2015	34	23%
2016	68	47%
TOTAL	146	100%

GRAFICO 4.1

N° DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR AÑO:
2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL II-2 DE SULLANA.



Fuente: Registro de atenciones diarias e ingresos de pacientes al servicio de emergencia del Hospital de Sullana II-2.

En el gráfico N°01 podemos observar que en el año 2016 fue el de mayor afluencia de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, 68 pacientes en un porcentaje de 47 %, en el año 2014 fueron 44 pacientes en un porcentaje de 30 % y en el año 2015 fueron 34 pacientes en un porcentaje de 23 %.

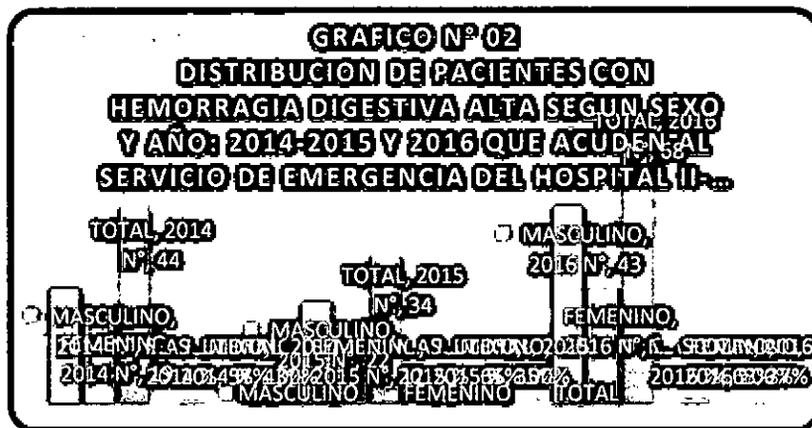
CUADRO 4.2

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN SEXO Y AÑO: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.

AÑO	2014		2015		2016	
SEXO	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	25	57%	22	65%	43	63%
FEMENINO	19	43%	12	35%	25	37%
TOTAL	44	100%	34	100%	68	100%

GRAFICO 4.2

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN SEXO Y AÑO: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.



Fuente: Registro de atenciones diarias e ingresos de pacientes al servicio de emergencia del Hospital de Sullana II-2.

Podemos observar que los pacientes del sexo masculino fueron los que más acudieron a emergencia en los 03 años consecutivos.

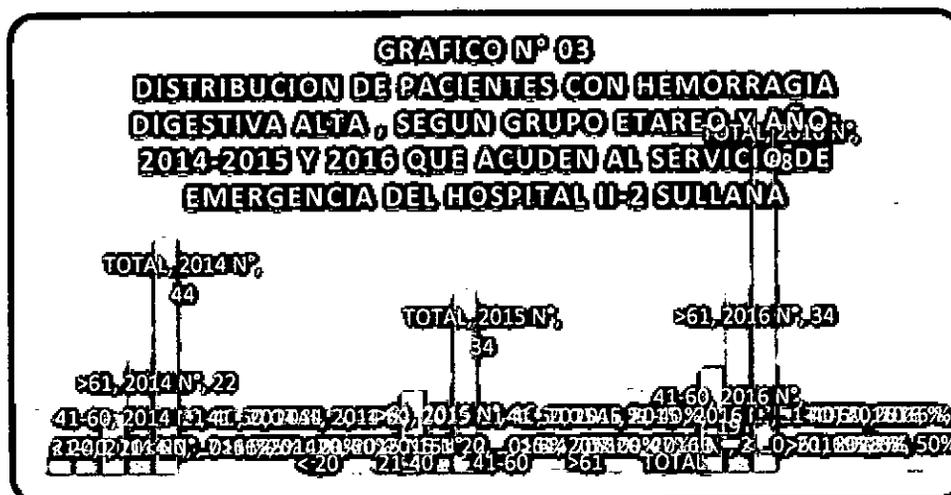
CUADRO 4.3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN GRUPO ETAREO Y AÑO: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.

AÑO	2014		2015		2016	
EDAD	N°	%	N°	%	N°	%
<20	4	9%	1	3%	2	3%
21-40	7	16%	2	6%	13	19%
41-60	11	25%	15	44.7%	19	28%
≥61	22	50%	16	47%	34	50%
TOTAL	44	100%	34	100%	68	100%

GRAFICO N° 4.3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN GRUPO ETAREO Y AÑO: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.



Fuente: Registro de atenciones diarias e ingresos de pacientes al servicio de emergencia del Hospital de Sullana II-2.

La Hemorragia Digestiva Alta se presentó con mayor frecuencia en los pacientes mayores de 60 años en los tres años, representando el 34 % en el año 2016 y 16% en el 2015.

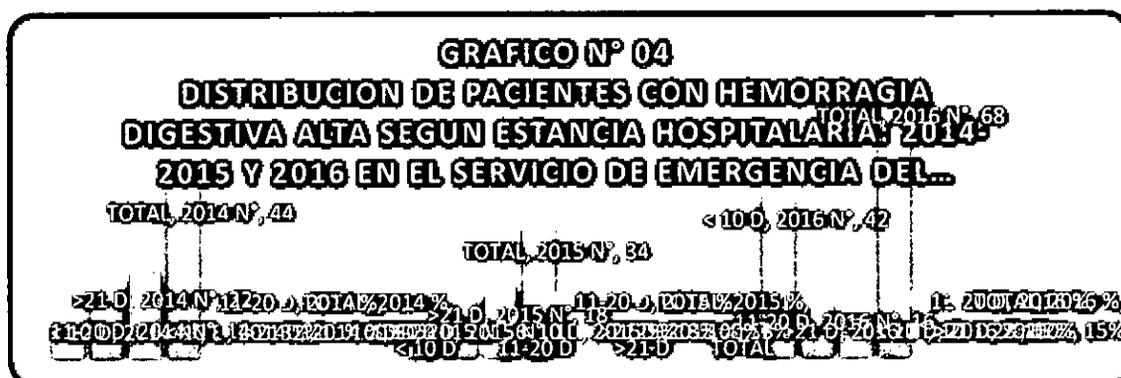
CUADRO 4.4

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.

AÑO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
<10 D	8	18%	6	18%	42	62%
11-20	14	32%	10	29%	16	23%
≥21 D	22	50%	18	53%	10	15%
TOTAL	44	100%	34	100%	68	100%

GRAFICO N°4.4

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA: 2014-2015 Y 2016 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II-2 DE SULLANA.



Fuente: Registro de atenciones diarias e ingresos de pacientes al servicio de emergencia del Hospital de Sullana II-2.

La mayoría de pacientes presentó una estancia hospitalaria: En el año 2016, 42 pacientes; en el 2014, 8 pacientes y en el 2015, 6 pacientes con una estancia de < de 10 días. En el año 2016, 16 pacientes; en el año 2014, 14 pacientes y en el año 2015, 10 pacientes con una estancia de 11 a 20 días. En el año 2014, 22 pacientes; en el año 2015, 18 pacientes y en el año 2016, 10 pacientes con una estancia hospitalaria de > de 21 días.

V. CONCLUSIONES

Basándonos en el presente informe titulado "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL HOSPITAL II- 2 SULLANA, 2014 al 2016" Se concluyó en lo siguiente:

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

familiares porque de ellos dependerán de la recuperación del paciente, a esto le llamamos educación de Enfermería.

c.. La mayoría de pacientes presento una estancia hospitalaria:

En el año 2016, 42 pacientes; en el 2014, 8 pacientes y en el 2015 6 pacientes con una estancia de < de 10 días .En el año 2016, 16 pacientes; en el año 2014, 14 pacientes y en el año 2015 ,10 pacientes con una estancia de 11 a 20 días.

En el año 2014, 22 pacientes; en el año 2015, 18 pacientes y en el año 2016, 10 pacientes con una estancia hospitalaria de > de 21 días.

VI. RECOMENDACIONES

Se hace evidente la relevancia que tiene la Hemorragia Digestiva Alta dentro de las afecciones más frecuentes del tracto digestivo en nuestro medio por cual se hace necesario lo siguiente:

- a) Identificar los conocimientos y cuidados en la atención del paciente, para evitar complicaciones que conllevarían a la cronicidad de la enfermedad y también a la muerte del paciente.
- b) Aplicar los protocolos de atención al paciente las cuales deben estar actualizadas y/o basadas en las experiencias de las enfermeras.
- c) Calcular en forma adecuada la contratación de más enfermeras especialistas para el servicio, ya que resulta deficiente el número existente, para una atención de calidad.

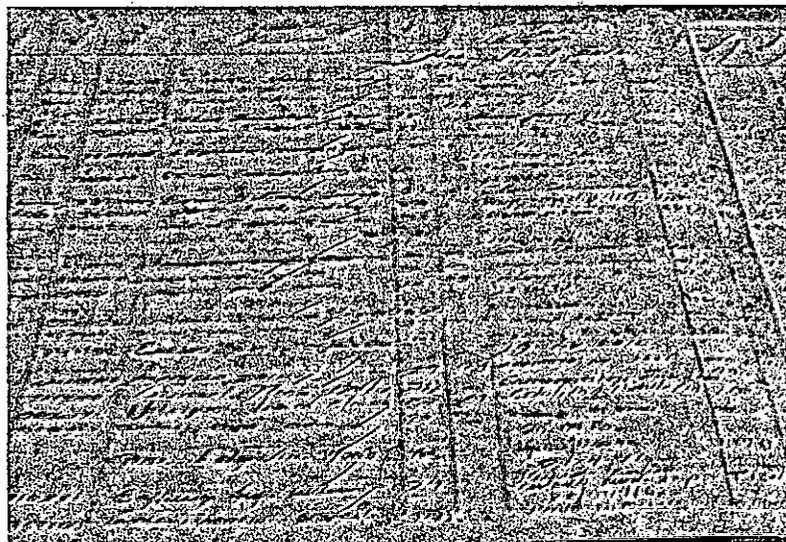
VII. REFERENCIALES

1. CÀNDID VILLANUEVA AJH. Hematemesis y Melenas. In Santolaria S, editor. Gastroenterología y Hepatología. Barcelona: Jarpyo Editores; 2012. p. p. 61-80.
2. NOTARI XCCYPA. Hemorragia Digestiva Alta. In García JP. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Madrid: Elsevier Doyma ; 2011. p. 200-300.
3. CARLOS CONTARDO ZAMBRANO HER. Simposio: Hemorragia digestiva. In Hemorragia digestiva alta no originada por várices; 2006; Lima. p.p1-6.
4. CHRISTIAN MÉNDEZ PBJCAB. Hemorragia digestiva en el hospital nacional cayetano heredia. Informe Científico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Medicina; 2000.
5. LAYTEN GAS. Prevalencia de Asociación entre Hemorragia Digestiva Alta no Variceal y Consumo de Antinflamatorios no Esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2006.
6. MARTINES JZ. Hemorragia digestiva. Informe Expositivo. Lima: Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Medicina Humana.
7. GALINDO F. Hemorragia Digestiva. In Galindo F. Cirugía Digestiva. Bueno Aires: F. Galindo; 2014. p. Tomo I-126,1-46.
8. PEREZ J. Enfermeriaprí2015. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 3.

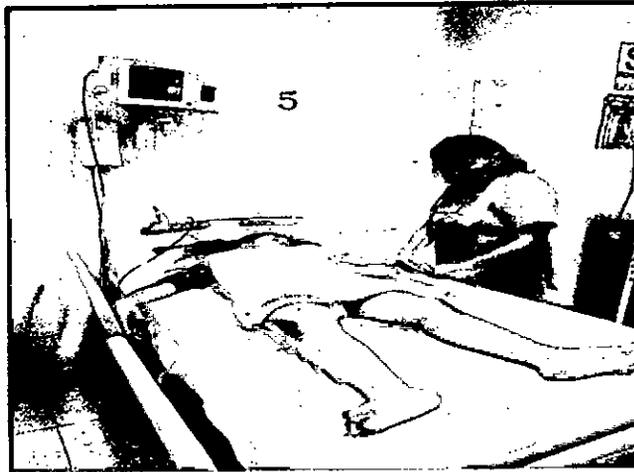
ANEXOS

ANEXO Nº 1.

**REGISTRO DE ATENCIONES DIARIAS E INGRESOS DE PACIENTES
AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE SULLANA II-2.**



ANEXO N°2
CONTROLANDO LA SATURACION DE OXIGENO.



ANEXO N° 03
TRANSFUNDIENDO SANGRE A UN PACIENTE DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA APLICACIÓN DE LA TEORIA
DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL PROCESO DE ATENCION DE

ENFERMERÍA AL ADULTO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE SULLANA.

OBJETIVO DEL PAE: Realizar intervenciones de Enfermería basadas en la Atención integral, oportuna, eficaz y científica al paciente con desviación de la Salud Hemorragia digestiva alta, aplicando la teoría de Orem, con el fin de detectar y disminuir los problemas de salud reales y evitar los potenciales, para así reducir las complicaciones, fomentando el Autocuidado con base en el mantenimiento de la salud.

Nombre del paciente: J C N P.

Fecha de inicio del PAE: 22 diciembre 2016

Fecha de finalización del PAE: 23 diciembre 2016

Número de días en sala de Observación: 1

Diagnostico Medico: Hemorragia Digestiva Alta

1. Fase PAE: VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA:

Nombre: JCNP.

Edad: 60 años

Fecha de nacimiento: 15 diciembre de 1957

Sexo: Masculino

Sis: 41736740

Natural: Ayabaca.

Diagnóstico médico: Hemorragia Digestiva Alta.

Fecha de ingreso: 22 de diciembre 2016

Valoración Inicial de Enfermería:

Paciente de sexo Masculino de 60 años de edad que ingresa al servicio de emergencia en compañía del familiar procedente de Ayabaca, con dolor en parte media del epigastrio y tórax, hematemesis, dice "ensuciar rojo tirando a negro y grasa" melena y esteatorrea, temperatura de 36.5° fiebre, taquipnea, Fr 22 rpm, taquicárdico, 110 puls/min, hipotenso 90/60 mmHg, manifiesta haber consumido "cañazo" y "chicharrones" alimentos ricos en lípidos hace 12 horas aproximadamente, fuma tabaco hace 30 años (2 diarios), y se auto medica con acetaminofén (Aines), manifiesta haber estado en emergencia por gastritis erosiva hace 4 años.

1. EXAMEN FÍSICO COMPLETO EN EJE CEFALOCAUDAL:

- **Signos vitales:** Temperatura: 36.5°C, Pulso: 110/Min, FR: 32/Min, TA: 90//60 mmHg.
- **Estatura:** 1.54 cm
- **Peso:** 62 Kg
- **IMC:** 23
- **Apariencia General:** Somnoliento, en regular estado General.
- Piel: pálida, sudorosa y fría, sin lesiones,
- **Examen físico Cabeza:** sin masas a la palpación, cabello corto, de canoso.
- **Ojos:** pupilas isocoras, normo reactivas a la luz, iris color café, no usa lentes, y manifiesta tener regular visión.
- **Oídos:** Pabellón auricular sin masas, con cerumen, no dolorosa, a la palpación retro y peri auricular, presenta una regular audición.
- **Nariz:** capacidad olfatoria conservada, sin obstrucción ni dolor, tabique nasal sin desviaciones.
- **Boca:** labios húmedos, con prótesis dental, con secreción rojiza "hematemesis en forma de pozos de café", dental y bucal, con halitosis.
- **Tórax, pulmones, corazón:**
- Inspección: , de gran expansión.
- **Palpación:** no doloroso.
- **Auscultación:** murmullo vesicular normal, no ruidos agregados.
- **Ruidos cardiacos:** anormales (taquicardia)
- **Abdomen:** Inspección: distendido, doloroso a la palpación disminución de la peristalsis (1 en 1 minuto).
- **Palpación:** dolor intenso en epigastrio y en hipocondrio derecho, con distensión abdominal.
- **Auscultación:** perístasis disminuida. (1 en 1 minuto),
- **Extremidades superiores:** simétricos, sin deformidades en articulaciones ni puntos dolorosos en las mismas.

- **Extremidades inferiores:** Simétricos, con tono muscular conservado, sin atrofas, ni deformidades, ni puntos dolorosos en las articulaciones, no presenta edema.

A. Factores condicionantes básicos

El señor JCNP, de 60 años de edad, natural de Ayabaca, con sis, curso hasta 5 de primaria, vive en unión libre con su compañera sentimental , y sus 3 hijos, de 18, 25 y 28 años de edad, es cabeza de hogar, y su familia depende de los ingresos que este genera. No realiza ejercicio físico, Profesa religión católica, vive una parcela con aproximadamente 5 hectáreas la cual la cuida, donde tiene cultivos de plátano, café y cría animales de corral . Cuenta con los servicios de electricidad, cocina los alimentos en leña, y consume el agua de pozo, la cual no es tratada con cloro, sino en su hogar, se desempeña como agricultor, consume 3 comidas diarias, con abundantes lípidos, carbohidratos, fumador hace 30 años, (2 cigarros diarios), se auto medica con Aines, no realiza ejercicio, ingiere cañazo 4 veces a la semana, manifiesta sentirse solo aislado porque su familia no lo comprende, además una mala relación con su pareja y familiares por el alcoholismo.

Teoría del Autocuidado De Orem

- **Requisitos Universales de Autocuidado**
- El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire: Disnea, taquipnea, Frecuencia respiratoria de 32 RPM.
- El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua: Hemorragia, Hipotensión, taquicardia, TA 90/60 mmHg, FC 98pul /min).
- El mantenimiento de una ingesta suficiente de nutrientes: IMC 23, la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, lípidos y alcoholismo.

- La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos: vomito, diaforesis, melena.
- El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso: Dolor en epigastrio.
- El mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social: imposibilidad para realizar actividades del quehacer diario.
- La prevención de peligros en la vida funcionamiento y bienestar humano: desequilibrio entre líquidos y electrolitos, necrosis del estómago, Choque hipovolémico, sepsis, hiperglucemia, acidosis, alcalosis y falla multiorganica, isquemia.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal: El paciente siente ansiedad y preocupación por su recuperación. (su familia depende económicamente de él, y siente que su capacidad de apoyo familiar disminuyese debido al considerarse la columna vertebral de su hogar).

- **Requisitos para el autocuidado de desarrollo**

El señor JCNP solo tuvo formación académica hasta 5 de primaria. Al ser de una región rural, al estar en contacto con personal del centro de salud de Ayabaca y demás trabajadores siente temor y desconfianza. La edad del señor JCNP, es un factor que contribuye al déficit de auto cuidado, debido a que la enfermedad siente mucho temor por dejar su casa e hijos solos en su hogar, puesto que la comunidad donde reside es frecuentada por delincuentes. El señor JCNP, siente temor y ansiedad pues es la segunda oportunidad de estar hospitalizado, y su anterior experiencia según él, fue muy traumático para él y su familia. Siente un sometimiento ante enfermeros y médicos del servicio, puesto que el solo termino su formación académica de básica primaria, y siente temor por estar bajo la vigilancia y control de enfermeros y técnicos de enfermería.

La Hemorragia digestiva Alta, ocasiono un problema a nivel de su organismo, lo que indujo a una alteración fisiológica nuevamente debido al déficit de Autocuidado y al manejo ineficaz del régimen terapéutico en su comunidad, lo que incluso podría terminar en muerte.

Requisitos para el Autocuidado de alteración o desviación de la salud

Nombre: JCNP.

Edad: 60 años

Fecha de nacimiento: 15 de diciembre de 1957

Sexo: Masculino

SIS:

Natural: Ayabaca.

Diagnósticos médicos: Hemorragia de Vías Digestivas Altas.

Fecha de ingreso: 22 Diciembre 2016 Hora 10 pm

- **Motivo de consulta:** "vomito sangre desde ayer, me duele la barriga y he ensuciado café rojizo tirando a negro y grasa hace 2 días"
- **Enfermedad actual:** Paciente masculino de 60 años de edad que ingresa al servicio de emergencia manifestando dolor persistente en todo el abdomen y tórax, con cuadro clínico de más o menos 7 horas de evolución, acompañado: Taquipnea 32 Rpm, nauseas, hematemesis y melena, en regular estado general, manifiesta haber consumido un gran cantidad de alcohol y alimento rico en lípidos, 12 horas antes de presentar los síntomas.
- **Antecedentes personales médicos y quirúrgicos:** Manifiesta Úlcera Gástrica hace 4 años.
- **Diagnostico Medico:** Hemorragia Digestivas Alta.
- **Hallazgos Diagnósticos Resultado Exámenes Laboratorio**
Diciembre 22 de 2016 hora 10 pm
Exámenes e imágenes diagnosticas realizado: BUN: 25 mg/dln - Hemoglobina: 10 mg/dl - Hematocrito: 31% - Leucocitosis: 21.000 mm³ -

Glicemia: 230 mg/dl - Urea: 48 mg/dl - Albumina: 3.3 mg/dl - Calcio: 8 mg/dl - Sodio: 140 mEq/L - Potasio: 3.5 mEq/L - LDH: 500 u/l - Urobilinogeno: 2 mg/dl (valores Normales <0 .02="02" alto="alto" dl="dl" mg="mg" span="span">

PO₂: 90% - Amilasa: 800 u/l- Lipasa: 380 u/l - Bilirrubina Total: 1.9 mg /dl - Gasometría Arterial: PH: 7.38 - PaCO₂: 45 mmHg – SO₂: 90% - HCO₃: 25 meq/l

Rx Tórax: Ascenso del diafragma, especialmente al lado derecho derrame pleural del lado derecho - TAC Abdominal: Aumento del Tamaño del Páncreas, Pseudoquistes Pancreáticos ruptura conducto de wirsing.

Teoría del Déficit de Autocuidado De Orem.

- **Enfermería:** Está compuesta por el personal de Enfermería del servicio de Emergencia Enfermeros, técnicos de enfermería e internos de Enfermería del asignado para el cuidado del paciente; personas con capacidades especializadas que les permite cuidar de una manera positiva a personas y ayudarlas a superar los déficit de autocuidado o cuidado de dependientes derivados o relacionados con la salud.
- **Demanda terapéutica de autocuidado:** La demanda terapéutica de autocuidado que requiere el señor JCNP, para lograr una acción continua de autocuidado para su propio beneficio y para mejorar su salud es la totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Proporcionando cuidados directos, indirectos y brindando conocimientos sobre posibles factores de riesgos que contribuyeron al desarrollo de esta patología, y así mismo sobre los cuidados que debe tener para mejorar las manifestaciones clínicas de esta, y así disminuir los problemas reales o potenciales.

Cuidados Generales en la Demanda Terapéutica de Autocuidado

- Acceso venoso de calibre Grueso (administrar de forma rápida Líquidos Endovenosos, medicamentos, soluciones) con el fin de

disminuir el problema real, dolor y la hemorragia, evitando posible problemas potenciales, como shock, acidosis respiratoria, hipovolemia, desequilibrio hidroelectrolítico).

- Oxigenoterapia por cánula nasal a 3l/min (contrarrestar una posible insuficiencia respiratoria aguda, acidosis; disminuir el trabajo del Miocardio, evitar la cianosis, mantener oxigenación celular y una perfusión tisular adecuada)
- Vigilancia y control de la Sonda Naso gástrica (succionar sustancias presentes en el estómago y duodeno como la colecistocinina, secretina y HCl, ya que estas sustancias erosionan la mucosa gástrica y provocan una molestia en el paciente y mayor riesgo de la Hemorragia)
- Control del dolor (prioridad en el paciente), Valorar el dolor con la ayuda del paciente, según la escala de 1 a 10. Suspender alimentación oral (reducir la formación secreción de HCl, secretina y colecistocinina)
- Administración de Inhibidores de la Bomba de protones Omeprazol 20 mg IV c 12 hrs. Actuando sobre las células de la mucosa gástrica, inhibiendo hasta un 80% la secreción de HCl mediante la anulación de la salida de protones en la bomba electro génica H^+ / K^+
- Administración de antieméticos Metoclopramida 10 mg Iv c 6hrs (para evitar el vómito, y así la posibilidad de un desequilibrio acido base, y el desequilibrio hidroelectrolítico)
- Administración de Antagonistas de los receptores H2 de la histaminas, ranitidina 50 mg IV c 8hrs (para evitar la secreción de HCl,
- Administración Heparina de bajo peso molecular HPBM 1mg (100U) SC c/24 horas (profiláctico disminuir la posibilidad de una Coagulopatía intravascular diseminada debido a la posible formación de trombos durante la hemorragia a nivel pancreático) signos de Cullen y GrayTurne.

- Administración de Ciprofloxacino 200 mg Iv c 12hrs (contrarrestar una posible infección a nivel del tejido gástrico, para así disminuir la posibilidad de una bacteriemia y un posible shock séptico) e interpretar hematocrito leucocitosis.
- Administrar SSN 0,9% 2000 CC, Lactato de Ringer 1500 cc IV para 24 horas.(compensar las pérdidas de líquidos y electrolitos de la hemorragia gástrica y así disminuir una posible falla multiorganica, Shock hipovolémico)
- Monitorización continúa de signos vitales.(detectar falla multiorganica, shock, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, taquicardia)
- Preparar al paciente para realizar estudios
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio: hemograma, glicemia, , albumina, gases arteriales, tac, recuento leucocitos, calcio, PO₂, bilirrubina, BUN, electrolitos séricos.
- Control de líquidos ingeridos y eliminados. (valorar patrón renal, diuresis, hemorragia, edema, cantidad y signos de shock)
- Apoyo psicológico y emocional al paciente y a la familia.
- Vigilar llenado capilar (valorar signos de shock, cianosis, palidez)
- Vigilar Signos de Hemorragia (hematomas, petequias, interpretar hematocrito, lo cual me evidenciaría un posible choque o hipovolemia).
- Vigilar signos y síntomas de Infección (fiebre, dolor, calor, e hinchazón)
- Mantener reposo en cama (disminuir la demanda metabólica y así evitar la exacerbación de los síntomas y de la hemorragia)
- Aspiración naso gástrica (para extraer las secreciones gástricas y aliviar la distensión abdominal).
- Posición semifowler (disminuir la presión del diafragma por la distensión abdominal e incrementar la expansión respiratoria y la

capacidad vital, aumentando la perfusión tisular hística periférica, cerebral, cardiaca)

- Brindar un ambiente cómodo al paciente.(seguridad y disminuir la ansiedad)
- Valoración del estado nutricional y observación de factores que modifican los requerimientos nutricionales (elevación de la temperatura, hemorragia)
- Realizar peso diario (verificar patrón nutricional y posible retención de líquidos o paso de estos a un tercer espacio; edema, ascitis, acumulación de líquidos en el peritoneo)
- Evitar presencia de ruidos.
- Mantener una Temperatura adecuada
- Aplicar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor (relajación, respiración dirigida y distracción).

Diagnósticos NANDA Prioritarios

- Dolor agudo (epigástrico) RC erosión de la mucosa gástrica SA hemorragia de vías digestivas altas MP verbalización, y codificación del dolor 9
- Perfusión Hística Inadecuada: Gastrointestinal RC disminución de la Hemoglobina sérica MP movimientos peristálticos bajos (1 en 1 min), distensión abdominal, dolor a la palpación abdominal y Nivel de Hemoglobina sérica de 10mg/dl SA Hemorragia de vías digestivas altas.
- Nauseas RC irritación y distensión gástrica MP Vómitos SA HVDA
- Intercambio de gases alterado RC desequilibrio ventilación perfusión alveolo-capilar M/P Taquipnea e hipoxemia. Gasometría Arterial: PH: 7.38 - PaCO₂: 45 mmHg – SO₂: 90% - HCO₃: 25 meq/l SA HVDA
- Diarrea RC abuso del alcohol y mala absorción de nutrientes e irritación gástrica MP deposiciones líquidas, esteatorrea, melena.

- Desequilibrio de la Nutrición por Defecto R/C restricción de esta por la patología subyacente SA ulcera gástrica
- Intolerancia a la actividad física RC reposo en cama SA HVDA
- Déficit del volumen de líquidos RC hemorragia gástrica MP hematemesis, melena, TA 90/60mmHg, diuresis disminuida S/A HVDA
- Manejo Inefectivo de la patología RC educación sobre el cuidado de la Ulcera Gástrica en el hogar hace 4 años MP Hemorragia Digestiva Alta SA consumo excesivo de alcohol, dieta inadecuada y automedicación.
- Procesos Familiares disfuncionales: Alcoholismo RC resistencia y falta de habilidades para afrontar la situación MP malas relaciones intrafamiliares y comunicación inefectiva con la pareja
- Aislamiento social RC conducta y valores socialmente inaceptables MP mal contacto ocular, tristeza y hostilidad SA alcoholismo y tabaquismo Crónico (30 años)
- Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico RC vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular gástrica.
- Riesgo del déficit del Volumen de Líquidos RC movimiento del líquido del compartimiento vascular al tracto gastrointestinal
- Riesgo de Deterior de la Integridad cutánea RC reposo en cama, inmovilización y alteración del estado metabólico-nutricional
- Riesgo de C