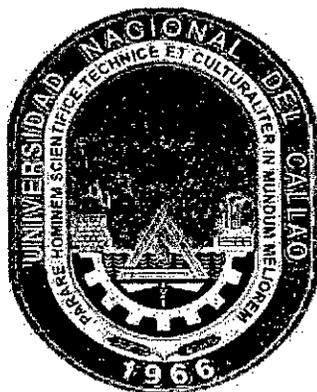


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA. LIMA. 2015 - 2017.**

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

JOAN RAMÍREZ ROSADIO

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joan Ramírez Rosadio', is written over a faint circular stamp.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 062

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°450-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. JOAN RAMÍREZ ROSADIO

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS:.....	38
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL:.....	40
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	41
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	48
IV. RESULTADOS	58
V. CONCLUSIONES.....	62
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIALES.....	64
ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno, ó 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 titulada "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ENERO - DICIEMBRE 2017" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería dentro del segundo nivel de atención.

El mencionado consta de 7 capítulos, los cuales se detallan a continuación:

El capítulo I describe el 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.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia gastrointestinal alta (HDA) es una emergencia relativamente común y potencialmente letal. En USA la incidencia anual de HDA es de 50 a 100 por 100 000 habitantes, en Inglaterra, varía entre 103 y 172 por 100 000 habitantes, y es dos veces más que la tasa reportada en Holanda de 47,7 por 100 000 habitantes en el año 2014. 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).

En el hospital nacional arzobispo Loayza, durante ENERO - DICIEMBRE

2017 la hemorragia del tracto digestivo constituye un reto diagnóstico y terapéutico asumirlo requiere el conocimiento estadístico de factores clínicos, demográficos y evolutivos así como procedimientos modernos en terapia endoscópica.

En dicho hospital se realiza un estudio retrospectivo de corte transversal que incluye 160 pacientes admitidos en el tópico de Emergencia con el diagnóstico de HDA, cuyo resultado arroja como predominio del sexo femenino (86.24%), el grupo etáreo más frecuente fue mayores de 80 años (23.12%), y la hematemesis como manifestación clínica más frecuente (57.5%). La causa más frecuente, lesiones agudas de mucosa gástrica (LAMG) (50%), úlcera gástrica (15.6%), várices esofágicas (12,5%), úlcera duodenal (11.2%), y cáncer gástrico (3,117c), llamando la atención la alta frecuencia (46.2%) de enfermedades concomitantes, cirrosis hepática con 20% y la hipertensión arterial con 12.5%, entre otras enfermedades se encuentra la neoplasia maligna, insuficiencia cardiaca coligestiva, insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria aguda. El 93% de pacientes recibió tratamiento médico y el 7% requirió cirugía. Como terapia de sustitución solo el 40% requirió transfusión sanguínea. La tasa de mortalidad global fue 6.25% y de morbilidad 93.8%.

1.2 OBJETIVO

Describir los "Cuidados de enfermería en pacientes con HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante ENERO - DICIEMBRE 2017".

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en el tratamiento de HDA en pacientes hospitalizados, 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.

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

El enfoque de este estudio está dirigido a conocer la realidad de nuestros pacientes hospitalizados por HDA. Conocer nuestra realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas y tiempo de estancia hospitalaria permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de HDA. Si se conoce dichos factores, es posible actuar acertadamente evitando un manejo inadecuado en estos pacientes. Debido a que no se han realizados estudios que describan la correlación entre los principales factores de riesgo en nuestro medio, se pretende identificar estas características para mejorar el conocimiento acerca de

los factores de riesgo, la forma de presentación y la etiología de HDA en los pacientes hospitalizados en nuestro medio.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener a los pacientes con HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de manera integral en el diagnóstico de HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los pacientes con HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre los cuidados tanto a nivel de emergencia, hospitalario como en el hogar, para detectar a primera instancia los signos y síntomas que puedan aparecer para identificar un HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Nivel Económico: Los pacientes con HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, al reposo, conllevando no solo a un problema clínico sino también social y económico ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de la, autonomía, independencia , autoestima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

SICCHA DIONICIO, W. J. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y RESULTADOS DE MANEJO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA QUE FUERON OPERADOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO; 2013; Fecha de publicación:14-oct-2014 La hemorragia digestiva se define como la extravasación de sangre a cualquier nivel del aparato digestivo, que alcanza la luz esófago-gástrica, intestinal o colónica. La hemorragia digestiva alta se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior, proximalmente al ángulo de Treitz, así la hemorragia digestiva baja va desde el ángulo de Treitz hasta el ano inclusive. La hemorragia digestiva corresponde a una mortalidad del 10 al 14%; constituyendo la principal urgencia gastroenterológica. **Objetivos:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y resultados de manejo quirúrgico en pacientes con Hemorragia Digestiva que fueron operados en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero 2002 – Diciembre 2011. **Materiales y métodos:** La población de estudio estuvo conformada por 21 pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva sometidos a cirugía. **Resultados y conclusiones:** El tipo de hemorragia digestiva más frecuente fue la hemorragia digestiva baja. El tipo de cirugía más frecuente de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva fue la hemorroidectomía. **Complicación más frecuente:** fiebre postoperatoria.

Palabras clave: Hemorragia digestiva baja, hemorragia digestiva alta, complicaciones, técnica quirúrgica, cirugía hemorragia digestiva. (5)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA- ESSALUD- PIURA 2015. MOYA HUERTAS, ÓSCAR DAVID; YARLEQUE CABRERA, Carlos H. Fecha de publicación: 26-ago-2016 objetivo: Describir las características clínico - epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud - Piura, entre los años 2004- 2008. MATERIAL Y MÉTODO: El presente estudio se realizó en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSALUD - Piura. El estudio es de tipo Serie de Casos, descriptivo, retrospectivo y observacional, el universo está constituido por todos los pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta y fueron hospitalizados posteriormente en el Servicio de Gastroenterología, durante el periodo de Enero 2004 - Diciembre 2008. Durante este periodo en total se hospitalizaron 460 pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, de los cuales se descartaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se incluyó en el estudio una muestra de 210 pacientes Los resultados se plasmaron en cuadros de frecuencia y porcentaje en base a las variables y objetivos del estudio.(6)

TROMBOCITOPENIA COMO FACTOR PRONOSTICO DE

MORTALIDAD EN PACIENTES CRITICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL EN EL HOSPITAL BELEN MINSA TRUJILLO PERIODO 2010 - 2014.Sosa Palacios, Carlo Francisco, Dr. IBAÑEZ RELUZ, Miguel Angel; Fecha de publicación: 15-jul-2016. Objetivo: Determinar si la trombocitopenia es factor pronóstico de mortalidad en cirróticos con hemorragia digestiva variceal en el Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se lleva a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 105 cirróticos con HDA variceal según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: fallecidos y sobrevivientes. Resultados: La frecuencia de trombocitopenia en los pacientes con HDA variceal fallecidos y sobrevivientes fue de 40% y 17% respectivamente. El odds ratio de trombocitopenia en relación a mortalidad fue de 3.2 ($p < 0.05$). Los promedios de recuento plaquetario en el grupo con y sin mortalidad fueron de 96540 y 114360 respectivamente ($p < 0.05$). Conclusiones: La trombocitopenia es factor pronóstico de mortalidad en pacientes críticos con hemorragia digestiva alta variceal. El promedio de recuento plaquetario de los pacientes con HDA variceal fallecidos es significativamente menor que el promedio de los pacientes sobrevivientes. (7)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA 2013.

VELÁSQUEZ CCOA, JAVIER GONZALO, CORONADO MENGOA, Eloy; Fecha de publicación: 25-nov-2017. Justificación: La hemorragia digestiva alta no variceal es una emergencia médico quirúrgica frecuente, que a pesar de los numerosos avances científicos y técnicos que se han producido en el campo del diagnóstico y tratamiento, mantiene una elevada morbimortalidad. El objetivo del presente trabajo fue estimar la prevalencia y características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo 2012. Material y metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se revisaron 164 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva no variceal hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el periodo 2012. Los cuales cumplieron los siguientes criterios de selección: Criterios de Inclusión- Pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta no variceal, hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a los que se les realizó endoscopia digestiva alta diagnóstica y/o terapéutica, y cuya causa no se debía a varices esófago gástricas, ni a gastropatía hipertensiva. Criterios de Exclusión- Pacientes a los que no se les realizó endoscopia, o cuya causa de hemorragia digestiva fuera originada por hipertensión portal (varices esófago-gástricas o gastropatía hipertensiva), Pacientes con historias clínicas incompletas. Producción y registro de datos: Para la obtención de

datos se empleó la revisión documentaria de historias clínicas. Análisis estadístico: Para el análisis de datos se aplicó sólo estadística descriptiva determinándose para los datos cualitativos frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) e inferencia estadística chi- cuadrado de Fischer para establecer diferencias significativas; y para los datos cuantitativas medidas de tendencia central como la media, mediana y medidas de dispersión como desviación estándar, y medidas de posición como valor mínimo y máximo. Resultados: La prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el servicio de gastroenterología es de 5,67%. Con predominio en el sexo masculino con una relación de 1.3:1. La comorbilidad asociada más frecuente es la gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica con una frecuencia de 50,0%. Los síntomas y signos más frecuentes de presentación fueron melena, palidez, hematemesis. El 59,8% presentó hemorragia moderada. La distribución de los diagnósticos endoscópicos en primer lugar se ubica la gastritis erosiva con 62,2%, luego la ulcera duodenal con un 36,6%. Según la clasificación de Forrest, el mayor porcentaje corresponde a la clasificación de Forrest III 56,1%. En lo que respecta al score de Rockall el 50% de los pacientes obtuvo un score de ≤ 2 (score leve), La prevalencia de resangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal es de 26,7%. La mortalidad es de 3,7%. Conclusión: La prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el servicio de gastroenterología de 5,67%. La distribución de los diagnósticos endoscópicos en primer lugar está a la gastritis erosiva con 62,2%.(8)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA -2015. PAREDES EGÚSQUIZA, JONATHÁN MOISÉS, NUÑEZ SEGURA, Patricia. Fecha de publicación: 5-abr-2017. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Hipólito Unanue" en el servicio de Gastroenterología -2015. Material y métodos: El diseño es observacional, analítico y retrospectivo. Se trabajó con 240 pacientes; para el análisis bivariado de asociación se utilizó la prueba exacta de OR. Resultados: Se incluyó 240 pacientes a los que fueron atendidos por presentar hemorragia digestiva alta. Se excluyó a aquellos con historias clínicas incompletas y con alteraciones mentales. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21 para el procesamiento de datos. Se revisó 240 historias clínicas, 10% tuvieron mortalidad intrahospitalaria, los > 60 años obtuvo OR 2,36 (0,971-5,755), OR de 4,39 (1,453-13,275) para los pacientes que consumían alcohol, para las comorbilidades se obtuvo un OR de 4,7 (1,888-11,988), la manifestación clínica de Hematemesis obtuvo un OR de 85,0 (11,18-646,19), diagnóstico endoscópico como Úlcera duodenal se obtuvo un OR de 4,3(1,806-10,264). Se observó que los factores de riesgo como la edad, consumo de alcohol, hematemesis y el diagnóstico de úlcera duodenal están relacionados a una alta mortalidad por hemorragia digestiva alta. Conclusiones: Se concluye que existe asociación estadísticamente

significativa entre los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015. (9)

UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE UREASA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN PÉPTICO. CLÍNICA ORTEGA DE HUANCAYO 2015; TRUJILLO CUNYAS, JOSÉ ANTONIO, NAVARRETE MEJÍA, Pedro Javier; Fecha de publicación: 27-abr-2017. Antecedentes: Helicobacter pylori juega un rol importante en la fisiopatología del desarrollo de la enfermedad ulcero péptica y sus complicaciones graves como la hemorragia digestiva siendo un factor de riesgo independiente que ocasiona el sangrado; la identificación de la bacteria en esta condición clínica se ve limitada por la disminución de la sensibilidad de la histología y test rápido de ureasa métodos utilizados para su diagnóstico. Objetivo: Identificar y valorar los resultados del test de ureasa para determinar la existencia de Helicobacter pylori en comparación con la histología en pacientes con hemorragia digestiva por enfermedad ulcero péptica. Materiales y métodos: Se incluyó 39 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva por úlcera péptica y tener reportado el resultado de la prueba de ureasa ingresados a la sala de endoscopía del servicio de gastroenterología de la Clínica Ortega. Resultados: De los 39 pacientes con resultado de test rápido de ureasa comparados con el resultado del estudio histológico como "Gold estándar" se determinó una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 92.3%

para el test rápido de ureasa en la detección de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con hemorragia digestiva alta. Con valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 94% y 80% respectivamente, con una prevalencia del 59%. Conclusiones: El test rápido de ureasa y la histología tienen una exactitud diagnóstica semejante en la detección de *Helicobacter pylori* en pacientes con hemorragia digestiva alta de origen péptico. Por lo que su uso y rapidez del resultado debe ser considerado en la práctica clínica. (10)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2013. Olivia M. CANALES SEVILLA, Juan MIYAGUI MAEDA, Ada Ciurlizza Huamaní, William Prado Cisneros. Servicio de Gastroenterología-Hospital Nacional Dos de Mayo-MINSA. Se realizó un estudio retrospectivo en 358 pacientes admitidos en el Centro de Endoscópico del Hospital Nacional Dos de Mayo con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta entre Enero de 1997 y Setiembre de 1998; los cuales fueron sometidos a endoscopia digestiva alta de emergencia. Resultados: 264 fueron de sexo masculino y 94 de sexo femenino con una relación de 3: 1 - La edad promedio fue 50 años (R: 16-92 años) La causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva Alta fueron: Úlcera Duodenal 22.4% (80p), Gastritis Erosiva 21.2% (76p); Úlcera Gástrica 21% (75p); Várices Esofágicas 8% (29); NM Gástrico Avanzado 5% (17p), Várices Gástricas 2% (8p). De un total de 21,048 hospitalizaciones 358 correspondieron a Hemorragia Digestiva Alta, configurando esta última el 1.7% del total de ingresos durante este periodo. Conclusiones: La

hemorragia digestiva alta fue más frecuente en varones mayores de 50 años. La úlcera péptica fue la causa más frecuente de sangrado digestivo alto. Las várices esófago-gástricas representan el 10% de las causas de sangrado digestivo alto en nuestro hospital. (11)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL «ARZO- BISPO LOAYZA» 2014 Gloria VARGAS C., Milagros QUINECHE R. El presente estudio es la primera comunicación sobre esta patología en el hospital Loayza, y constituye el punto de partida para estudios prospectivos para consolidar experiencias que nos permitan un manejo eficaz y eficiente de nuestros pacientes. **OBJETIVOS.** Determinar la causa más frecuente de HDA en el Hospital «Arzobispo Loayza» entre 1991 y 1995. Establecer la morbimortalidad. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo de corte transversal que incluye 160 pacientes admitidos en el tópico de Emergencia con el diagnóstico de HDA. **RESULTADOS.** Predominio del sexo femenino (86.24%), el grupo etáreo más frecuente fue mayores de 80 años (23.12%), y la hematemesis como manifestación clínica más frecuente (57.5%). La causa más frecuente, lesiones agudas de mucosa gástrica (LAMG) (50%), úlcera gástrica (15.6%), várices esofágicas (12,5%), úlcera duodenal (11.2%), y cáncer gástrico (3,117c), llamando la atención la alta frecuencia (46.2%) de enfermedades concomitantes, cirrosis hepática con 20% y la hipertensión arterial con 12.5%, entre otras enfermedades se encuentra la neoplasia maligna, insuficiencia cardiaca coligestiva, insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria aguda. El 93% de pacientes recibió tratamiento médico y el 7% requirió cirugía.

Como terapia de sustitución solo el 40% requirió transfusión sanguínea. La tasa de mortalidad global fue 6.25% y de morbilidad 93.8%. **CONCLUSIONES.** El grupo etáreo que predominó fue el de mayores de 80 años (23.1%) siendo las LAMG la causa más frecuente de HDA seguido por úlcera gástrica, várices esofágicas y úlcera duodenal. El 46.2% presenta enfermedades concomitantes destacando la cirrosis hepática. El 93% requirió tratamiento médico y el 7% tratamiento quirúrgico. La tasa de morbilidad fue 93.8% y la de mortalidad 6.2%.(12)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

a. Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA), podemos definirla como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre región faringoesofágica y ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melenas. En este concepto se incluyen también aquellas hemorragias de los órganos vecinos, que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, bien por orificios naturales, como en el caso de las hemorragias del árbol biliar o conductos pancreáticos, bien por orificios patológicos, como en las fístulas aortodigestivas. Algunos pacientes con HDA van a debutar con pérdidas de sangre roja por heces (rectorragia o hematoquecia), debido a la intensidad de la hemorragia y/o rapidez del tránsito. Asimismo, otro grupo

de pacientes con pérdidas importantes de sangre por una HDA, se manifestarán inicialmente por un cuadro de mareos, debilidad general, hipotensión e incluso shock, sin evidencia de hematemesis ni melenas; en un paciente con esas características se debe sospechar una HDA, y realizarle un tacto rectal, así como introducirle una sonda nasogástrica, buscando la presencia de restos de sangre en el tubo digestivo.

La hematemesis es el vómito de sangre. El color del contenido vomitado dependerá del tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia hasta el momento de la hematemesis. Si se produce pronto será de color rojo brillante, pero si ha permanecido mucho tiempo en la cavidad gástrica el material hemático se habrá oxidado por el contenido ácido gástrico y será de color rojo oscuro o negro, adoptando con frecuencia en esos casos el aspecto típico de "posos de café".

La melena es la deposición de color negro, brillante y adherente. Ello se debe a la presencia de sangre oxidada en su paso a lo largo del intestino delgado y colon. Pequeñas cantidades de sangre (100 ml), son capaces de producir heces melénicas. También pueden manifestarse como melenas, las hemorragias de lesiones situadas distalmente al ángulo de Treitz, en yeyuno, íleon e incluso en colon. Las heces melénicas, que suelen tener olor característico, deben diferenciarse de las "seudomelénicas", generalmente de color negro más apagado, y originadas por muy diversas causas, como el beber vino tinto, la ingestión

de calamares cocinados en su tinta, los tratamientos con hierro oral.

b. Diferencia entre HDA Y HDB

Hemorragia digestiva alta (HDA): sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente). Aunque ocasionalmente cuando es masiva (>1 litro), puede manifestarse como rectorragia. En los casos de hemorragia masiva la primera manifestación clínica puede ser la aparición de un shock hipovolémico, síncope e incluso ángor.

Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HDA

2.2.2.1. Valoración del estado hemodinámico:

Es el objetivo fundamental e imprescindible conocer en todo momento la situación hemodinámica del paciente, lo que implica que:

Un paciente no puede permanecer esperando a ser atendido sin valorar al menos su FC, TA y signos de perfusión periférica. Si está inestable pasarlo a una camilla y atenderlo prioritariamente.

Es más importante mantener la estabilidad hemodinámica que historiar y diagnosticar el tipo de hemorragia, por lo que en primer lugar se le tomarán al paciente las constantes y se le canalizarán una o dos vías

venosas para reponer volumen si fuera necesario.

Durante todo el tiempo que el paciente permanezca en Urgencias controlar frecuentemente las constantes y el aporte de líquidos.

Una hemorragia digestiva alta no puede pasar a la zona de observación si está inestable o sin vigilancia, ya que cualquier hemorragia puede pasar a shock hipovolémico en cualquier momento mientras no sepamos qué lesión es la causante.

Ante una hemorragia digestiva alta grave o masiva debemos tomar las siguientes medidas:

1.- Canalizar 2 VÍAS VENOSAS periféricas de gran tamaño. Si el paciente es cardiópata, nefrópata o entra en shock, es recomendable canalizarle una vía venosa central para medir la PVC.

2.- Reponer VOLUMEN con cristaloides (S. Salino al 0.9 %, S. Glucosado al 5 %, S. Glucosalino). Si TAS<100 o shock, utilizar coloides artificiales Poligenina al 3.5 % o Hidroxietilalmidón al 6 % "a chorro" ya que aumentan la expansión de plasma con poco líquido y disminuyen el riesgo de sobrecarga hídrica. Los coloides naturales (plasma fresco congelado y seroalbúmina) no son recomendados como expansores plasmáticos en la hemorragia digestiva alta.

3.- TRANSFUSIÓN (necesario consentimiento informado).

- Urgente: sin cruzar, sangre total isogrupo en shock hipovolémico o hipoxia.

- No urgente, tras pruebas cruzadas, concentrados de hematíes en pacientes estables hemodinámicamente si Hto <25%.
- Si Hto 25-30%, estables: transfundir considerando otros factores como edad, enfermedad de base que no permita correr riesgos (cardiopatía isquémica, ICC, hipoxia cerebral...) y las posibilidades de resangrado.
- Si estable, Hto>30%: no suele requerir transfusión.
- ¿Cuánto transfundir?

El objetivo es mantener al menos Hg=10 y Hto=30%, sabiendo que "1 unidad de hematíes concentrados eleva la Hg 1 punto y el Hto 3-4%".

- Transfusión de plasma fresco o plaquetas: únicamente si hay alteraciones de la coagulación (o se requieren más de 10 U. Hem.), o hay trombopenia severa, respectivamente.

4.- PACIENTE SEMIINCORPORADO para evitar vómitos y aspiraciones.

5.- SNG en aspiración.

6 . - ECG, SONDA VESICAL Y OXÍGENO: intubación si el paciente tiene bajo nivel de conciencia (encefalopatía, alcoholismo, ancianos) para evitar aspiraciones.

Comprobación del sangrado digestivo y confirmación de su localización y etiología.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Historia de dispepsia ulcerosa, reflujo, úlcera o HDA previa.
- Etilismo, cirrosis, hábitos tóxicos.
- Coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes.
- Salud constitucional, neoplasias.

HISTORIA ACTUAL: características del sangrado, tiempo transcurrido, síntomas desencadenantes (vómitos, estrés...) y acompañantes: disfagia, dolor, pirosis, acidez, cambios en el ritmo intestinal, Sd constitucional o síntomas de hipovolemia.

Importante recoger si existe ingesta de AINES, corticoides, alcohol, cáusticos u otros gastroerosivos y descartar ingesta de hierro o alimentos que puedan causar falsas melenas.

EXPLORACIÓN: atención a las cifras de TA, FC y FR, nivel de conciencia, signos de deshidratación, palidez mucocutánea e hipoperfusión periférica.

Buscar estigmas de hepatopatía crónica: telangiectasias, hipertrofia parotídea, eritema palmar, ginecomastia... El abdomen suele ser blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Descartar masas y visceromegalias.

Los ruidos hidroaéreos suelen estar aumentados.

Buscar manchas melánicas, telangiectasias, púrpuras palpables, etc.

Tacto rectal siempre: valorar la existencia de melenas, hematoquecia, hemorroides y masas. Si es negativo no descarta hemorragia, ya que

puede haber comenzado recientemente.

Sonda nasogástrica siempre, incluso si existen VGE. Hacer lavados con SSF y aspirar. Los lavados con suero frío con el fin de causar vasoconstricción no tienen eficacia hemostática demostrada y pueden agravar el shock por lo que no deben emplearse.

Por medio de la SNG:

- Identificamos y localizamos el sangrado, según el aspirado:

Sanguinolento: confirma hemorragia digestiva alta activa.

Posos de café: confirma hemorragia digestiva alta y orienta a inactividad, aunque no descarta sangrado activo a niveles más bajos.

Limpio: descarta hemorragia activa en esófago y estómago pero no en duodeno. Incluso si tiene bilis no descarta lesión sangrante postpilórica.

- Puede servirnos de guía si se reproduce el sangrado.

- Eliminamos los restos de sangre facilitando la endoscopia posterior.

Cuando se coloca la sonda nasogástrica:

- Si el aspirado es limpio, retirarla.

- Si el aspirado es en posos de café y no se va a realizar endoscopia urgente, retirarla tras lavados.

- Si el aspirado tiene sangre fresca o posos de café y se va a realizar la endoscopia urgente, mantenerla realizando lavados y con aspiración

continua hasta la realización de la endoscopia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Sistemático de Sangre: La Hb y el Htco orientan sobre el volumen de pérdidas, pero pueden ser normales si el sangrado es agudo (<24 h). El Hto comienza a descender y alcanza los niveles más bajos a las 24-72 horas, reflejando entonces las pérdidas con fiabilidad. El VCM bajo indica pérdidas crónicas.

Puede existir leucocitosis por estrés. Pedir control analítico para las siguientes horas o para el día siguiente dependiendo de la gravedad de la hemorragia digestiva alta.

- Estudio de Coagulación: solicitarlo siempre para descartar coagulopatías.

- Iones: el sodio y el potasio pueden aumentar por deshidratación.

- Urea: aumenta en la hemorragia digestiva alta e hipovolemia (2-3 veces). Normal en hemorragia digestiva baja. Pedir creatinina si existe sospecha de insuficiencia renal. Tiende a normalizarse con el cese del sangrado (48-72 h). Cociente urea/creatinina >100.

- ECG y CPK: para descartar cardiopatía isquémica.

- RX TÓRAX Y ABDOMEN: descartar perforación (neumoperitoneo).

- ENDOSCOPIA ORAL URGENTE:

Indicación de gastroscopia urgente:

- Sangrado activo: hematemesis, aspirado hemático en SNG.
- Sospecha de sangrado por VGE.
- Toda hemorragia severa aunque el sangrado se haya autolimitado.

En el resto se solicitará para el día siguiente

Contraindicaciones: negativa del paciente, intervenciones quirúrgicas recientes (<15 días), angina inestable o IAM en el último mes.

Se deben aportar al endoscopista los datos clínicos y analíticos antes de realizar la endoscopia.

El paciente debe firmar el consentimiento informado.

La endoscopia se puede realizar si la situación hemodinámica lo permite; si coma o insuficiencia respiratoria: intubación + quirófano.

La endoscopia permite identificar el punto de sangrado, realizar hemostasia y determinar las características de la lesión que orientan hacia el riesgo de recidiva, tal como se refleja en la siguiente clasificación.

ARTERIOGRAFÍA: (si la endoscopia no es diagnóstica). Puede localizar el lugar de la hemorragia si existen varices, malformaciones, angiodisplasias o aneurismas. Su utilidad está en relación directa con la actividad del foco hemorrágico (puede ser negativa si el sangrado es inferior a 0.5 ml/minuto.)

LAPAROTOMÍA: avisar al cirujano de guardia si la hemorragia es masiva o no se consigue la hemostasia tras la endoscopia o arteriografía... La

imposibilidad de practicar endoscopia no debe retrasar la intervención.

CALSIFICACION FORREST

Hemorragia activa	Ia	Sangrado a chorro 90%
	Ib	Sangrado babeante
Hemorragia reciente	Ila	Vaso visible no sangrante 50-80%
	Ilb	Coágulo negro o rojo adherido 30%
		Hematina en la lesión 5-10%
Hemorragia inactiva	III	Lesión limpia sin estigmas <5%

Modo de abordaje.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA PÉPTICA O LAMG:

- Reposo absoluto.
- Dieta absoluta salvo medicación.
- Control de deposiciones, diuresis y constantes. Sonda urinaria si existe inestabilidad hemodinámica o mala recogida de la orina.
- SNG en aspiración continua únicamente cuando el endoscopista lo recomiende por la inestabilidad de la hemostasia.
- Sueroterapia según edad, superficie corporal, enfermedades de base, y estado del paciente (2500-3000 cc).
- Antieméticos: metoclopramida 1 ampolla (=100 mg) iv/8h.

- Antagonistas H2: Ranitidina: 1 ampolla (=50 mg) iv/8h. Si tolerancia oral: 1 comprimido (=150 mg)/12h.

- Antiácidos: siempre que se haya realizado la endoscopia, ya que no pueden administrarse en las 6 horas previas puesto que ensucian el campo.

Almagato o magaldrato 1 sobre cada 4 horas respetando sueño una vez se inicie tolerancia oral.

- Omeprazol /pantoprazol iv. Indicaciones:

- Úlcera péptica con sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido.

- Úlcera péptica con estenosis pilórica.

- Úlcera péptica en paciente con tto previo correcto con antiH2.

- Úlcera péptica en pacientes de riesgo (ancianos y/o enfermedad asociada).

- Úlcera péptica de >2cm de diámetro.

- Esofagitis por RGE / Mallory-Weiss severo.

Dosis: OMEPRAZOL IV (Losec®): (bomba de perfusión)

1) 80mg (2 viales) en 200cc SSF a pasar en 30 minutos.

2) 120 mg (3 viales) en 300 cc a pasar en las primeras 12 horas.

3) 80 mg (2 viales) en 200 cc cada 12 horas (un máximo de 5 días).

PANTOPRAZOL IV (Pantocarm™) 40 mg (1 vial)/24 h a pasar en 2-15min.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR SD MALLORY –WEISS: lesión-desgarro de la mucosa esofagogástrica secundaria a vómitos intensos. Suelen ser hemorragias de escasa cuantía y poco recidivantes.

Tto: AntiH2 y antieméticos iv. a dosis previamente descritas, paciente semiincorporado (45°).

Si hemorragia severa: omeprazol/pantoprazol iv.

Si existe sospecha y la cuantía del sangrado es poco importante no poner SNG.

ESOFAGITIS/HERNIA HIATAL:

Suelen presentarse como sangrado oculto y anemia crónica. Si causan hemorragia digestiva alta suele ser escasa y autolimitada.

Tto: si HDA leve antiH2 iv p omeprazol / lansoprazol / pantoprazol 1cap. (=20mg/30mg/40mg) /12-24h vo.

Si HDA severa: omeprazol /pantoprazol iv.

ÚLCERAS DE ESTRÉS:

Realizar profilaxis intrahospitalaria en todos los pacientes gravemente enfermos, politraumatizados y grandes quemados.

Si está en dieta absoluta: ranitidina 1 amp/8h iv.

Si tolera dieta oral: omeprazol/ lansop.. / pantop. 1 cap /24h vo.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO URGENTE. INDICACIONES:

Úlceras con sangrado activo.

Úlceras con vaso visible (tto/ prevención de resangrado).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE. INDICACIONES:

Hemorragia masiva inicial con deterioro progresivo que precise más de 2.500 cc de sangre en 24 horas.

Hemorragia persistente (> 60h en HDA leve, >12 h en moderada).

Hemorragia recidivante durante el ingreso tras tto correcto.

Existencia de perforación u obstrucción.

En caso de riesgo quirúrgico muy elevado y fracaso del tto endoscópico se intentará tto angiográfico mediante la infusión de vasopresina arterial o preferiblemente practicando una embolización selectiva del punto sangrante previamente identificado.

PROFILAXIS DE LA GASTROPATÍA POR AINES Y AAS:

FACTORES DE RIESGO:

- Edad superior a 60 años.
- Historia previa de enfermedad ulcerosa o de sangrado digestivo.
- Tto concomitante con esteroides.
- Tto concomitante con anticoagulantes dicumarínicos.

- Uso de dosis altas de AINES o combinación de varios de éstos.
- Enfermedad grave concomitante.

TIPO DE AINE Y RIESGO RELATIVO:

Ibuprofeno < naproxeno < sulindaco < diclofenaco < indometacina < AAS
< ketoprofeno < piroxicam.

PROFILAXIS FARMACOLÓGICA:

Únicamente en aquellos pacientes con factores de riesgo.

El fármaco que ha demostrado mayor eficacia tanto en la prevención de úlceras gástricas y duodenales como en el tto de la dispepsia y enfermedad ulcerosa en pacientes en tto con AINES, presentando buena tolerancia, es el OMEPRAZOL a dosis de 20 mg/24h.

NUEVOS AINES: INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA COX-2:

- Menos gastrolesivos (no exentos totalmente).
- Mantienen potencial antiedematoso y antiálgico.
- Son ineficaces como antiagregantes.

Fármacos: Celecoxib y Rofecoxib.

NUEVOS ANTIAGREGANTES:

Clopidogrel.

Menor incidencia de úlcus gastroduodenal que con AAS (0.7 vs 1.2%).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL CIRRÓTICO (Particularidades)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A VARICES GASTRO-ESOFÁGICAS

Sospecharla ante todo paciente con HDA y datos que sugieran enfermedad hepática...

En pacientes cirróticos diagnosticados de VGE es la causa de la hemorragia en el 75-80% de los casos. En 1/3-1/4 de los pacientes cede espontáneamente aunque recidiva en 1/3 en las primeras horas.

La mortalidad del primer episodio es alta (35%). La mayor parte de las muertes se producen después de la recidiva hemorrágica precoz, que ocurre en el 30-50% de los pacientes entre los 7-10 primeros días tras la hemorragia.

TRATAMIENTO HEMOSTÁTICO INICIAL:

- MEDIDAS DE SOSTÉN como para cualquier HDA grave:

Además tener en cuenta:

Dificultades en canalizar vía central por coagulopatía.

Si encefalopatía III-IV: intubación.

Transfusión: reservar 2-4 concentrados de hematíes (sangre total si HDA masiva) ¡tened cuidado porque si es excesiva puede aumentar la presión portal y favorecer la recidiva hemorrágica!

Corrección de hipoprotrombinemia:

- Vitamina K (1amp=10mg) si existe colestasis crónica, malnutrición o alcoholismo: 1-2 ampollas iv/im.

- Plasma fresco congelado (vida media limitada) si insuficiencia hepática: 2-4 U (240ml/U) Ò 1U/6 horas hasta cese de hemorragia.

Corrección de trombopenia: cada unidad de plaquetas aumenta el recuento plaquetario en 10.000/mm³, siendo el objetivo alcanzar las 100.000/mm³.

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

-SOMATOSTATINA: (viales de 0.25 y 3 mg). Produce vasoconstricción esplácnica selectiva, disminuye el flujo sanguíneo portal y colateral así como la presión portal.

Su efecto es más evidente con las inyecciones en bolo. No mezclar con hemoderivados (se inactiva) ni con S.Glucosado (precipita).

- Bolos: 0.25mg (250 microgramos) cada 15 minutos (3 bolos) al inicio del tratamiento y ante una recidiva hemorrágica.

- Perfusión continua: 3 mg en 500cc SSF cada 12 horas durante 3-5 días.

Ha desplazado a otras terapéuticas por la ausencia de efectos colaterales importantes.

Iniciar el tto en Urgencias.

El tratamiento durante 5 días según diversos estudios es tan efectivo como la esclerosis endoscópica para la prevención de la recidiva

hemorrágica precoz por VGE.

- Vasopresina, glipresina, octeótrido (menos utilizados).

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO:

Escleroterapia, ligadura endoscópica.

El diagnóstico de HDA por VGE se establece con certeza cuando se visualiza:

- Hemorragia activa en chorro (no pulsátil) o rezumante.

- Estigmas en su superficie de hemostasia reciente: coágulo adherido, coágulo de fibrina o clavo plaquetario.

- Sangre reciente en la cavidad gástrica sin que existan otras lesiones potencialmente sangrantes.

El 20-25% de las HDA en pacientes cirróticos no son por VGE sino secundarias agastropatía de la HTP, úlcera péptica, LAMG o Mallory-Weiss.

TAPONAMIENTO ESOFÁGICO:

Control transitorio de la HDA por compresión directa del punto hemorrágico (tto de rescate):

-Balón de Sengstaken-Blakemore para varices esofágicas.

-Balón de Linton-Nachlas para varices gástricas.

Precisa vaciamiento del contenido gástrico mediante SNG para reducir las

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.....

aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

- i **MELENA:** Las materias fecales son negras o alquitranadas, frecuentemente mal olientes, fruto de la degradación de la hemoglobina en hematina y la acción de la flora microbiana entérica.
- j **HEMATEMESIS:** Pérdida de sangre con el vómito. Indica una hemorragia digestiva alta (esófago, estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno).

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS:

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

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, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática 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 del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

Recolección de Datos: Se obtuvo los datos estadísticos del cuaderno de registros de ingresos y egresos de pacientes del servicio de emergencia.

Datos del MOF, plan operativo del año 2017,

Procesamiento de Datos: Se realizaron 3 cuadros estadísticos, distribución según edad y sexo, distribución según tipo de seguro y grupo de edad, comportamiento según estancia hospitalaria y grupo de edad.

Resultados: Se obtuvieron los resultados en datos porcentuales.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

El 4 de diciembre del 2012 ingrese a laborar al Hospital Nacional Arzobispo Loayza con contrato CAS, al área de Emergencia; iniciando mi rotación en el tópicos de Medicina; y los meses siguiente rotando por sus diversos sub. Áreas, tales como:

- SHOCK TRAUMA
- UCE
- TARE
- TRIAJE
- OBSERVACIÓN DE MEDICINA
- OBSERVACION DE CIRUGÍA
- TÓPICO DE MEDICINA
- TÓPICO DE CIRUGIA.

Cabe mencionar que nuestra unidad de emergencia en la actualidad viene funcionando en el pabellón 9, por motivos de refacción.

Cada SUB AREA cuenta con particularidades diferentes; por ejemplo SHOCK TRUMA cuenta con 1 cama a cargo de 1 enfermera, dicha área cuanta con monitor, coche de paro, electrocardiograma y ventilador mecánico; la UCE (Unidad de Cuidados de Emergencia) cuenta con 6

camas todas equipadas con monitos y 6 ventiladores mecánicos (DRAGUER, VELA y NEWPORT), coche de paro, electrocardiograma, a cargo de 2 enfermeras y 2 técnicos ; TARE (Tópico de Atención Rápida de Emergencia), a esta área acuden solo las urgencias clasificadas en el triage, cuenta con camilla estática una computadora, electrocardiograma a cargo de 1 enfermera y 1 personal técnico; TRIAGE está a cargo de 1 enfermera y 1 técnico; OBSERVACIÓN DE MEDICINA, cuenta con 10 camas de las cuales, las 3 primeras cuenta con monitor a cargo de 2 enfermeras; OBSERVACIÓN DE CIRUGIA, cuenta con 8 camas a cargo de 1 enfermera y 1 técnico; TÓPICO DE MEDICINA, cuenta con 25 sillas de ruedas y 2 camillas a cargo de 3 enfermeras y 3 técnicos; TÓPICO DE CIRUGIA, cuenta con 10 sillas de ruedas y 1 camilla a cargo de 2 enfermeras, cabe mencionar que esta sub unidad, también es responsables de atender pacientes del tópico de TRAUMATOLOGIA y GINECOLOGIA.

En OCTUBRE 2015 se implementa en servicio de AMBULANCIA a cargo de 1 enfermera; cuya funciones realizar referencias y traslado de paciente para la realización de exámenes auxiliares en entidades particulares o dentro del mismo hospital.

En el 2016 continuó laborando en el área de emergencia, y ya para el 2017 se da el proceso de nombramiento en la cual adjudico por resolución ministerial esta modalidad.

- Descripción del Área Laboral

SERVICIO DE EMERGENCIA: Es una especialidad de área crítica que está encargado de brindar cuidados especializados y oportunos de enfermería a los adultos y adolescentes que estén en riesgo su salud y su vida manejando prioridades, su diagnóstico y tratamiento integral, oportuno y permanente en el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de su salud.

Organización:

El servicio de emergencia, la jefatura de enfermería y el personal de enfermería jerárquicamente depende del departamento de enfermería de la institución que cuenta con los siguientes órganos.

Jefatura de departamento.

Supervisión.

Jefatura de Servicio.

El servicio emergencia pertenece al área de unidad crítica organizado según MOF del departamento de enfermería, supervisora de área, enfermera jefa, enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería. El órgano de control está a cargo de la supervisora la Lic. Ana Valdivieso y como Jefa de servicio Mg. Martina Obando Zegarra.

Recursos humanos:

Dotado por enfermeras asistenciales (30) y técnicos de enfermería (26) quienes se encargan básicamente del cuidado de enfermería a los adultos desde los 15 años hasta los adultos mayores.

PERSONAL	NUMERO
MEDICO JEFE	1
MEDICOS ASISTENCIALES	16
ENFERMERA JEFA	1
ENFERMERAS ASISTENCIALES	30
TECNICOS DE ENFERMERIA	26
ASISTENTA SOCIAL	1
NUTRICIONISTAS	1
SUB JEFE DE ENFERMERIA	1
MEDICINA FISICA	1
COORDINADOR DE ENFEMERIA	1
LIMPIEZA	1

INFRAESTRUCTURA:

Está ubicado en Av. Alfonso Ugarte puerta de emergencia, cuenta con 8 ambientes distribuidos de la siguiente manera:

8 áreas de emergencia la cuales son, el área de medicina de cirugía dependerá de la cantidad de la demanda de pacientes, de observación medicina con 10 camas para los pacientes y observación cirugía 7 camas, inyectables, traje, trauma shock con 3 camas y UCE con 6 camas hospitalarias.

Oficina de jefatura medica

Estar de enfermería

Repostería

Estación de enfermería

Oficina de jefatura de enfermería

Ambiente de ropa sucia

Ambiente de material limpio

Almacén de material

Sala de reunión de médicos

Servicios higiénicos para pacientes

Servicios higiénicos personal de salud

Prestaciones

El servicio emergencia del hospital arzobispo Loayza , tiene la característica de prestar servicios las 24 horas durante los 365 días del año, integra las acciones del equipo de salud en el cuidado del adulto y adulto mayor en la especialidad con afecciones que estén en riesgo la salud y vida del paciente en el área de emergencia.

El servicio es un centro de referencias a nivel Nacional con personal altamente calificado especializado y capacitado.

Los pacientes reciben cuidados de alta complejidad como los pacientes de diagnósticos de mayor prioridad.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

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

Por otro lado el siguiente caso clínico de la adulta mayor H. CH. V. que ingresa al servicio de Emergencia del HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA a horas 3:30 am del día 3 de agosto del 2017 con las siguientes manifestaciones clínicas:

Datos Fisiológicos:

➤ Funciones Biológicas:

- **Apetito** : disminuido
- **Sed** : disminuido
- **Orina** : normal
- **Deposición** : disminuido (melena)
- **Sueño** : disminuido
- **Fatiga** : presente
- **Vómitos y nauseas** : presente (hematemesis)

Hábitos Nocivos:

Alcohol : niega

Tabaco : niega

Té y café : a menudo

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.

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.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El desarrollo del presente informe se debe una particular serie de actividades que mi persona realiza en el HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, en el servicio de emergencia, cabe resaltar que a la medida que pasaba los turnos se presenciaban atenciones de emergencia con las patologías de dificultad respiratoria, síndrome doloroso abdominal, intoxicación por órganos perforados, trabajos de

parto incluyendo, y hemorragias digestivas altas.

A continuación narrare dos experiencias vividas, uno de ellos; paciente adulto joven de 29 años de edad de sexo masculino, procedente del Cercado de Lima, universitario, soltero, católico. Y por otro lado una adulta mayor de 61 años de edad procedente del Distrito de Carabayllo, viuda con solo una hija a cargo y como cuidadora.

Estos dos casos clínicos se desarrollaron de diferentes maneras, empezando por el joven D. R. Q. que ingresa al servicio de Emergencia del HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA a horas 20:30 pm del día 7 de marzo del 2017 con las siguientes manifestaciones clínicas:

Datos Fisiológicos:

➤ Funciones Biológicas:

- **Apetito** : disminuido
- **Sed** : disminuido
- **Orina** : normal
- **Deposición:** disminuido (melena)
- **Sueño** : normal
- **Fatiga** : presente
- **Vómitos y nauseas:** presente (hematemesis)

B. Antecedentes de la Enfermedad:

➤ Enfermedades Anteriores

- Enfermedades Comunes : Gripe, otros.
- Hipertensión Arterial : Niega
- Tuberculosis : Niega
- Hepatitis : Niega
- Diabetes Mellitus : Niega
- Hospitalizaciones : Niega
- Enfermedades endémicas : Niega

➤ Enfermedad Actual

- Tiempo de Enfermedad: + o – 3 días
- Forma de Ingreso: Emergencia
- Relato: Paciente refiere “hace aproximadamente una semana atrás estaba en tratamiento de mi tendinitis en otro hospital, me recetaron “ _____ ” c/d 8 hrs y “ _____ ” cada 12 hrs, pero yo las consumía juntas, y entonces hace 3 días presente deposiciones con sangre (melenas), no le tome mucha importancia, mi sed había disminuido pero tome agua, me sentía cansado, Salí al mercado con mi mamá, y me sentía más débil, con escalofríos, llegue a mi casa y vomité sangre (hematemesis) me asuste, y fui al hospital hacerme ver, me mandaron hacer análisis de laboratorio, pero fui y ya todo estaba cerrado, espere al día siguiente y en la mañana vomite coágulos de sangre, es por eso que llegue de emergencia aquí”. Paciente se queda en observación en Emergencias hasta la tarde del día siguiente, donde

es hospitalizado en el servicio de medicina posteriormente.

Antecedentes Familiares: No se encuentran.

➤ **Examen Físico**

- General: Paciente LOTEP, Consiente.
- Cabeza: Normo cefálica, sin tumoraciones, no manifestó dolor durante la palpación, sin lesiones aparentes.
- Cabello: Corto, limpio, no se observa presencia de caspa no se palpa tumoraciones en cuero cabelludo, buena implantación.
- Cara: volumen proporcional al resto del cuerpo, ausencia de, movimientos involuntarios, hemicaras simétricas, no presenta edemas.
- Cejas: Bienes implantados, sin cicatrices, pobladas.
- Orejas: Simétricas, pabellón auricular bien implantado sin presencia de secreción.
- Ojos: Ojos y parpados simétricos, movimientos oculares presentes, no icterico.
- Nariz: Centrada, fosas nasales permeables, sin presencia de mucosidad ni secreciones.
- Labios: Labios gruesos, simétricos, centrados, hidratados.
- Boca: Centrada, mucosa oral semi-húmeda, sin lesiones presentes.

- **Dentadura:** Dientes acorde a su edad, no presenta sarro dental, de color blanco.
- **Cuello:** Central movilidad pasiva y activa, sin presencia de dolor, no se observan tumoraciones.
- **Tórax:** Simétrico, normo expandible, sin lesiones ni cicatrices evidentes, sin tumoraciones, sin presencia de dolor.
- **Abdomen:** Blando, depresible, sin presencia de dolor.
- **Genitales:** no se realizó.
- **Piel y Anexos:** piel de color ébano, diaforético, tibia.
- **Miembros Superiores:** con movilidad activa y pasiva presentes en ambos miembros, sin presencia de dolor, se observan uñas limpias, buen llenado capilar > 2"
- **Miembro Inferior Derecho:** Con movilidad pasiva y activa, presencia de dolor agudo leve con relación de tendinitis.
- **Miembro Inferior Izquierdo:** Con movilidad activa y pasiva
- **Locomotor:** Tono conservados, traslado y deambulaci3n presentes con presencia de pisada pasiva (cojeo), presencia de dolor leve (tendinitis).
- **Neurol3gico:** Responde a est3mulos
- **Examen neurol3gico:** 15/15 escala de Glasgow

B. Antecedentes de la Enfermedad:

➤ Enfermedades Anteriores

- Enfermedades Comunes: Gripe, otros.
- Hipertensión Arterial : En tratamiento
- Tuberculosis : Niega
- Hepatitis : Niega
- Diabetes Mellitus : Niega
- Hospitalizaciones : Neumonía
- Enfermedades endémicas: Niega

➤ Enfermedad Actual

- Tiempo de Enfermedad: + o – 2 días
- Forma de Ingreso: Emergencia
- Relato: Paciente refiere "Anteriormente he estado con dolores en el estómago, me ardía me quemaba, hace dos días eh estado tomando pastillas para el dolor, (Naproxeno), más omeprazol, todo el cuerpo me dolía, ya no podía subir las escaleras, por la noche de ese día, tenía deposiciones con sangre, y por la madrugada vomité sangre y por ello mi hija se asustó y me trajo al hospital". Paciente se queda en observación en Emergencias donde es hospitalizado en el servicio de medicina posteriormente.

Antecedentes Familiares: No se encuentran.

➤ Examen Físico

- General: Paciente LOTEPE, Consiente.
- Cabeza: Normo cefálica, sin tumoraciones, no manifestó dolor durante la palpación, sin lesiones aparentes.
- Cabello: largo, limpio, no se observa presencia de caspa, no palpa tumoraciones en cuero cabelludo, buena implantación.
- Cara: volumen proporcional al resto del cuerpo, ausencia de verrugas, sin movimientos involuntarios, hemicaras simétricas, no presenta edemas.
- Cejas: Bienes implantados, sin cicatrices, pobladas.
- Orejas: Simétricas, pabellón auricular bien implantado sin presencia de secreción.
- Ojos: Ojos y parpados simétricos, movimientos oculares presentes, no icterico.
- Nariz: Centrada, fosas nasales permeables, sin presencia de mucosidad ni secreciones.
- Labios: Labios delgados, simétricos, centrados, poco hidratado.
- Boca: Centrada, mucosa oral semi-húmeda, sin lesiones presentes.
- Dentadura: postizo
- Cuello: Central movilidad pasiva y activa, sin presencia de dolor, no se observan tumoraciones.
- Tórax: Simétrico, normo expandible, sin lesiones ni cicatrices evidentes, sin tumoraciones, sin presencia de dolor.
- Abdomen: Blando, depresible, con presencia de dolor. Escala 2/10

- Genitales: no se realizó.
- Piel y Anexos: piel de color blanca, diaforético, tibia.
- Miembros Superiores: con movilidad activa y pasiva presentes en ambos miembros, sin presencia de dolor, se observan uñas limpias, buen llenado capilar > 2"
- Miembro Inferior Derecho: Con movilidad pasiva y activa, presencia de dolor agudo leve con relación de tendinitis.
- Miembro Inferior Izquierdo: Con movilidad activa y pasiva
- Locomotor: Tono conservados, traslado y deambulaci3n presente con presencia de fatiga.
- Neurol3gico: Responde a est3mulos
- EXAMEN NEUROL3GICO: 15/15 escala de Glasgow

Posteriormente se actúa colocando a ambos paciente en posici3n semifowler, colocaci3n de oxigenoterapia (CBN a dos litros), valorando estado de conciencia; se canaliza dos v3as perif3ricas, una para perfundir Soluci3n fisiol3gica de 1000 cc a goteo progresivo, y la otra v3a en caso de emergencia o raz3n necesaria para perfundir paquete globular. Seg3n indicaci3n m3dica se realiza lavado g3strico con suero fisiol3gico, SNG mas colector. Monitorizando funciones vitales m3s saturaci3n.

Pacientes en ambos casos mostraron evoluci3n progresiva con el tratamiento farmacol3gico y los cuidados de enfermer3a brindados en

nnovaciones – 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

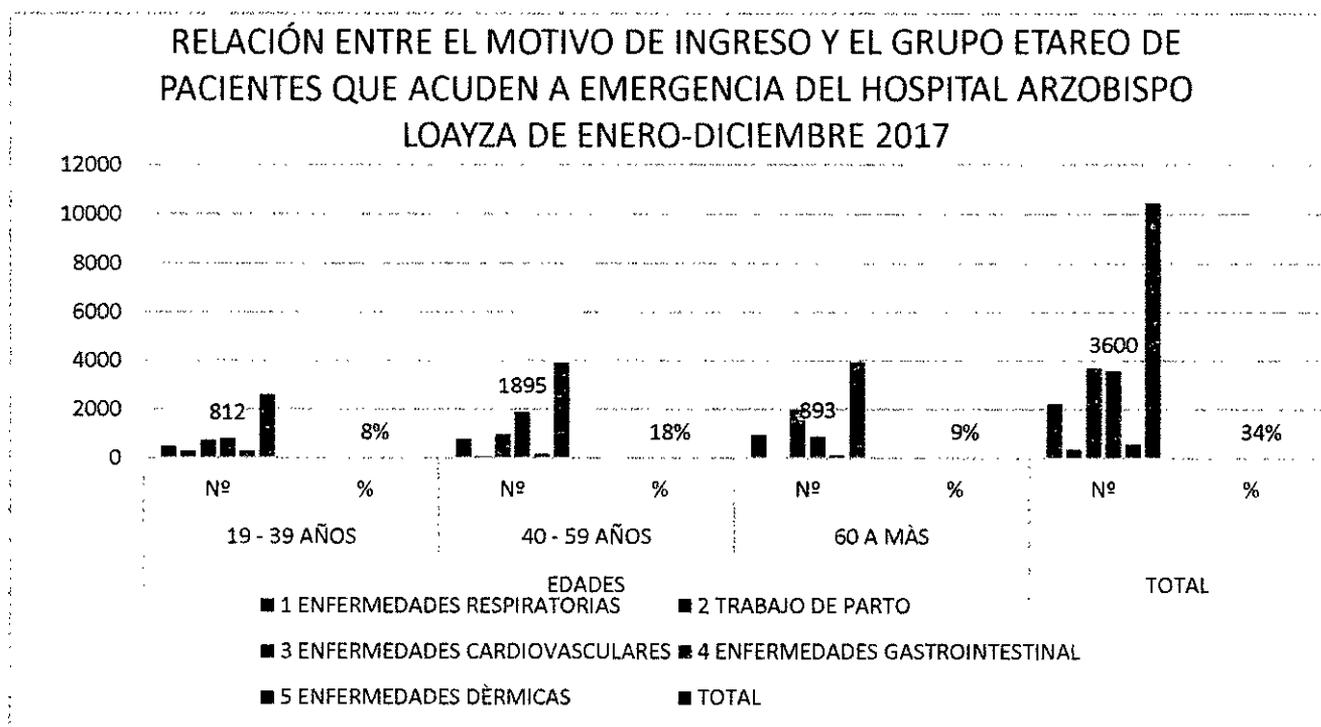
- Aumento de la carga de trabajo por el tiempo comprometido en reposicionar, reevaluar al paciente con cargos administrativos.
- Bajo grado de instrucción de familiares de los pacientes no permite que se logre la participación activa en los cuidados del paciente.
- Finalmente las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo y el dominio del manejo de la tecnología.

IV.RESULTADOS

CUADRO N° 01
RELACIÓN ENTRE EL MOTIVO DE INGRESO Y EL GRUPO ETAREO DE
PACIENTES QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA DE ENERO-DICIEMBRE 2017

N°	ENFERMEDADES	EIDADES						TOTAL	
		19 - 39 AÑOS		40 - 59 AÑOS		60 A MÁS		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
1	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	498	5%	784	7%	954	9%	2236	21%
2	TRABAJO DE PARTO	290	3%	58	1%	0	0%	348	3%
3	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	729	7%	986	9%	1985	19%	3700	35%
4	ENFERMEDADES GASTROINTESTINAL	812	8%	1895	18%	893	9%	3600	34%
5	ENFERMEDADES DÈRMICAS	279	3%	186	2%	122	1%	587	6%
TOTAL		2608	25%	3909	37%	3954	38%	10471	100%

FUENTE: Registro de Ingresos de Emergencia del Hospital ARZOBISPO LOAYZA – 2017

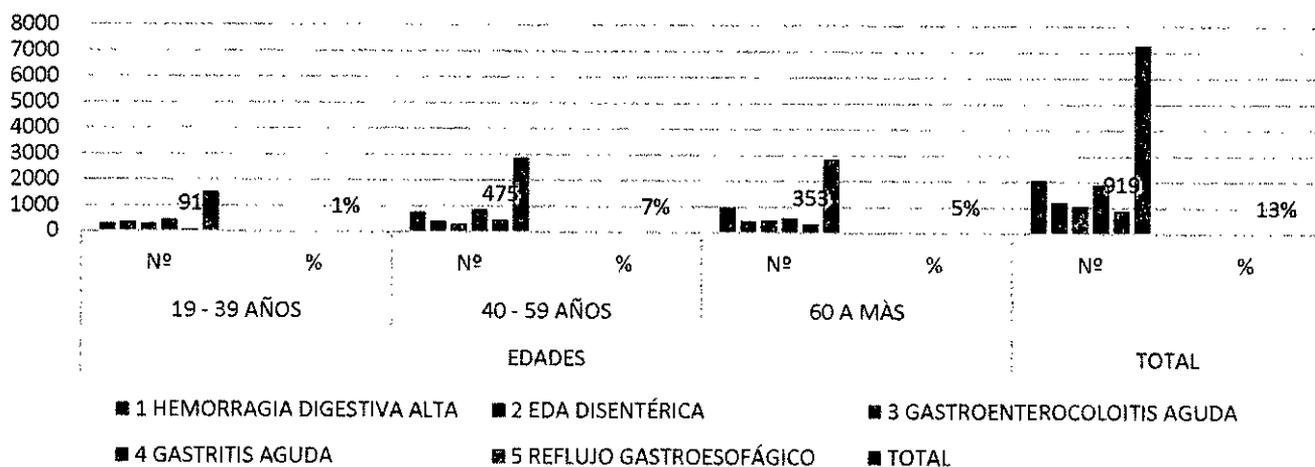


La gráfica nos muestra la comparación significativa de las enfermedades que son motivo de ingreso al servicio de Emergencia según edades; teniendo en primer lugar: (1) como acto de urgencia a los problemas cardiovasculares con un total de 3700 pacientes haciendo un porcentaje de 35%, en segundo lugar a las (2) enfermedades gastrointestinales con 3600 usuarios haciendo un 34 % teniendo como población más vulnerables en adultos de 40 a 59 años.

CUADRO Nº 4.2
RELACIÓN ENTRE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y OTROS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES SEGÚN GRUPO ETAREO QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA DE ENERO - DICIEMBRE 2017

Nº	ENFERMEDADES	EIDADES						TOTAL	
		19 - 39 AÑOS		40 - 59 AÑOS		60 A MÀS		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	312	4%	788	11%	984	13%	2084	29%
2	EDA DISENTÉRICA	368	5%	424	6%	462	6%	1254	17%
3	GASTROENTEROCOLOITIS AGUDA	311	4%	304	4%	488	7%	1103	15%
4	GASTRITIS AGUDA	459	6%	890	12%	591	8%	1940	27%
5	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	91	1%	475	7%	353	5%	919	13%
TOTAL		1541	21%	2881	39%	2878	39%	7300	100%

RELACIÓN ENTRE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y OTROS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES SEGÚN GRUPO ETAREO QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA DE ENERO - DICIEMBRE 2017



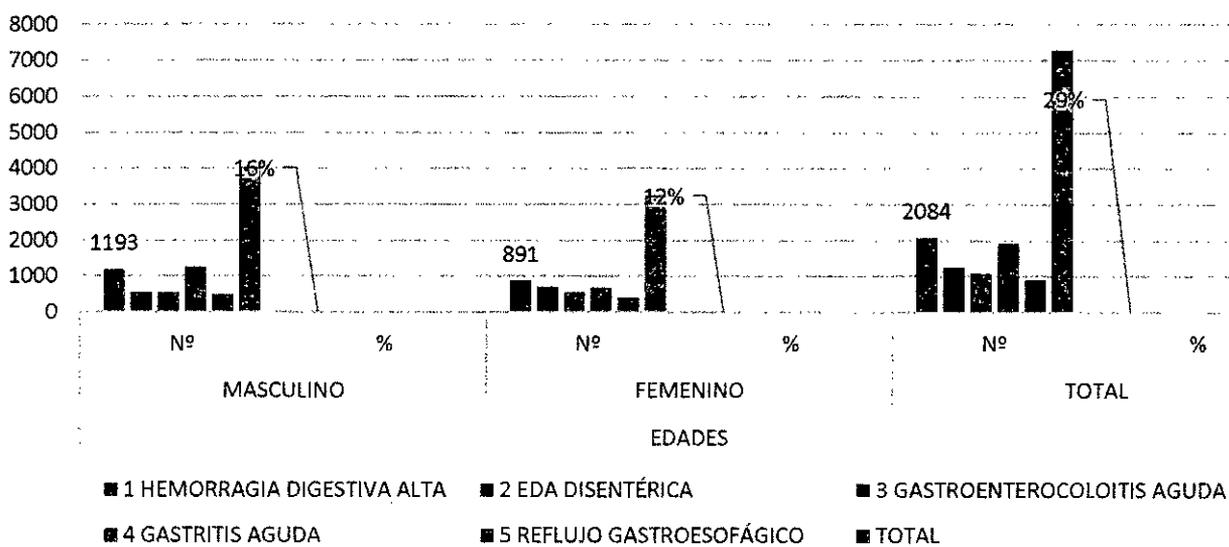
FUENTE: Registro de Ingresos de Emergencia del Hospital ARZOBISPO LOAYZA – 2017

En la gráfica podemos apreciar a las diferentes patologías gastrointestinales que se atendieron en el Hospital Arzobispo Loayza, durante los meses de Enero hasta diciembre del 2017, mostrándonos lo siguiente: que en primer lugar encontramos a la Hemorragia Digestiva Alta con 2084 casos de un total de 7300 pacientes, haciendo un total de porcentaje de 29%, afectando con mayor incidencia a los adultos mayores de 60 años con 984 casos registrados (13%), y a la población de 19 a 39 años con un solo caso presentado (4%). En segundo lugar HDA con un total de 788 pacientes de 7300 haciendo como porcentaje 11, afectando a los usuarios de 19 a 39 años de edad.

CUADRO Nº 03
RELACIÓN DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES CON GÉNERO QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO
LOAYZA DURANTE ENERO - DICIEMBRE 2017

Nº	ENFERMEDADES	EIDADES					
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	1193	16%	891	12%	2084	29%
2	EDA DISENTERICA	549	8%	705	10%	1254	17%
3	GASTROENTEROCOLOITIS AGUDA	541	7%	562	8%	1103	15%
4	GASTRITIS AGUDA	1254	17%	686	9%	1940	27%
5	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	498	7%	421	6%	919	13%
TOTAL		4035	55%	3265	45%	7300	100%

RELACIÓN DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES CON GÉNERO
 QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
 ARZOBISPO LOAYZA DURANTE ENERO - DICIEMBRE 2017



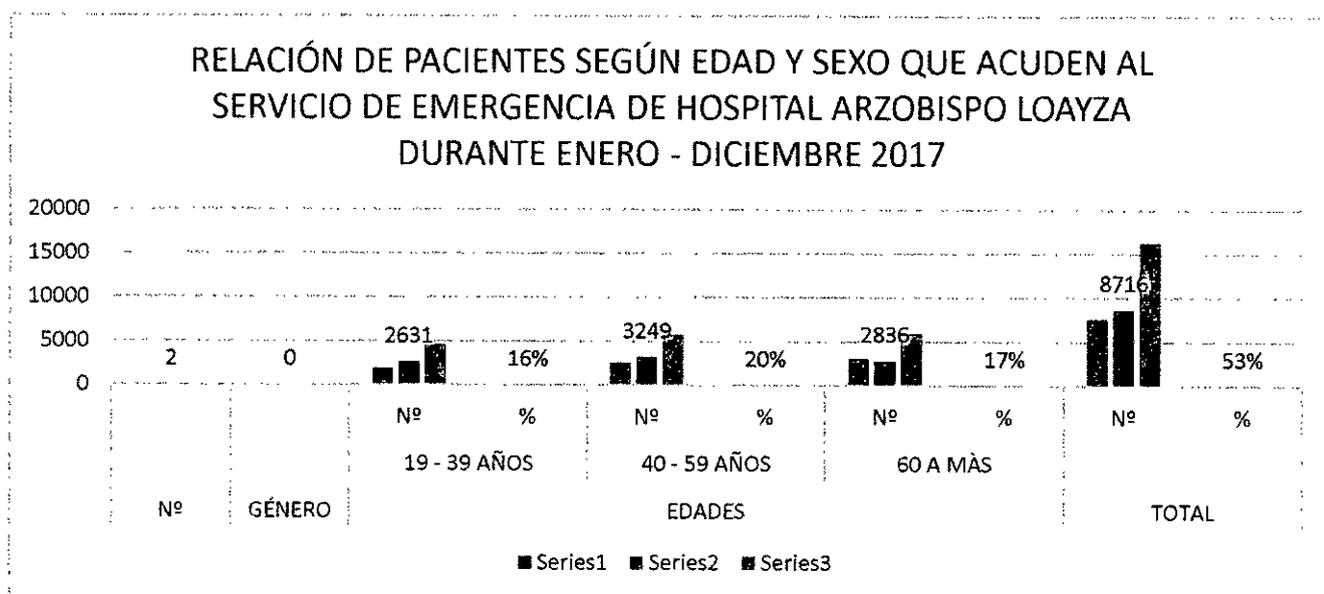
FUENTE: Registro de Ingresos de Emergencia del Hospital ARZOBISPO LOAYZA – 2017

Según los resultados mostrados podemos observar la comparación que se realiza entre la población más vulnerable según sexo con la incidencia de enfermedades gastrointestinales, presentados y atendidos en el Hospital Arzobispo Loayza en el área de emergencia durante Enero – Diciembre 2017, teniendo como en primer lugar a las HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA con un total de 2084 casos; que equivalen a 29% de un total de 7300 atendidos (100%). Siendo la población más vulnerable la MASCULINA con un 1193 casos; equivalente a 16% y 891 los del sexo FEMENINO equivalente al 12%.

CUADRO N° 04
RELACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE
ENERO - DICIEMBRE 2017

N°	GÉNERO	EIDADES						TOTAL	
		19 - 39 AÑOS		40 - 59 AÑOS		60 A MÁS			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	MASCULINO	1945	12%	2563	16%	3115	19%	7623	47%
2	FEMENINO	2631	16%	3249	20%	2836	17%	8716	53%
TOTAL		4576	28%	5812	36%	5951	36%	16339	100%

FUENTE: Registro de Ingresos de Emergencia del Hospital ARZOBISPO LOAYZA – 2017



En el siguiente cuadro presentaremos una comparación según sexo y edad de pacientes que fueron atendidos durante el mes de Enero a Diciembre 2017 en el Hospital Arzobispo Loayza, mostrando lo siguiente: que en primer lugar tenemos a la población femenina atendida con 8716 casos (53%) de un total de 16339 (100%), siendo los varones 7623 equivalente a (47%). teniendo como población más vulnerable a los adultos mayores de 60 años con un total 5951 de usuarios atendidos (36%), seguidos de personas entre los 40 a 59 años de edad con 5812 atenciones registradas (36%).

V. CONCLUSIONES

- a) La hemorragia digestiva es un síndrome de elevada incidencia y tasa de mortalidad, el paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario y que maneje frecuentemente éste tipo de situaciones; para ello se crean los protocolos de actuación en nuestros equipos de urgencias para dar una mejor atención profesional y a la vez los mejores cuidados a los enfermos.
- b) La endoscopia debe ser considerada como una intervención primaria y temprana para establecer la causa del sangrado, y a partir de ello realizar el tratamiento y estimar el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia.
- c) En la formación que seguimos tenemos mucho interés en que nuestro país se desarrolle, por lo tanto nuestro trabajo está centrado al cuidado de calidad, y sobre todo humanizado, recordando que ENFERMERÍA es una carrera de servicio hacia los demás, apoyándose nuestro trabajo en modelos y teorías donde se realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba las mejores atenciones por parte de enfermería logrando actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, dentro de todos sus esferas ya sea físico, mental, espiritual, etc.
- d) Este trabajo fue realizado con el propósito de brindar la atención necesaria a los pacientes con HDA que acuden al servicio de emergencia, aplicando todas las técnicas para el bienestar del paciente y su futura estabilización, es importante también brindar apoyo emocional a los familiares porque de ellos dependerán de la recuperación del paciente a esto llamamos educación de Enfermería.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermería en actos de urgencia en pacientes con HDA.
- b. Evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias de las enfermeras.
- c. Establecer planes de cuidados individualizados primando el aspecto preventivo en la atención al paciente en el servicio emergencia con el desarrollo de guías prácticas para mejorar la atención en situaciones de urgencia, en el mismo nosocomio y ambulancia en casos de referencias.

VII. REFERENCIALES

1. Cándid 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 ; 2014. p. 200-300.
3. Carlos Contardo Zambrano HER. Simposio: Hemorragia digestiva. In Hemorragia digestiva alta no originada por várices; 2006; Lima. p. p.1-6.
4. Christian Méndez PBJCAB. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL HOSPITALNACIONAL CAYETANO HEREDIA. Informe Científico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Medicina; 2013.
5. LAYTEN GAS. Prevalencia de Asociación entre Hemorragia Digestiva Alta no Variceal y Consumo de Antiinflamatorios no Esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2016.
6. Martines JZ. Hemorragia Digestiva. Informe Expositivo. Lima: Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Medicina Humana.
7. Galindo F. Hemorragia Digestiva. In Galindo F. Cirugía Digestiva.

Bueno Aires: F. Galindo; 2014. p. Tomo I-126,1-46.

8. Sergio MV. Hemorragia Digestiva alta. informe expositivo. Montevideo: Clínica de gastroenterología, Endoscopia Digestiva de Urgencia; 2014.
9. ROSADO DAMM. Prevalencia De Hemorragia Digestiva Alta En Pacientes Que Acuden Al Hospital Rodríguez Zambrano De Manta 2013-2016 Y Propuesta De Un Protocolo Actualizado De Atención. Tesis Magistral. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Medicina Humana; 2014.
10. Guyton AC. Fisiología Médica. Doceava ed. Borner B, editor. Barcelona: Elsevier España; 2013.
11. Marta Rojas Jiménez LDC. Aparato digestivo y estudio de las heces.
12. Informe Expositivo. , Laboratorio clínico; 2015.
13. Perez J. Enfermeriapri2015. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 3].
14. Dres Maucione A VS. Hemorragia Digestiva. Informe científico.
15. Montevideo: Clínica de Gastroenterología, Medicina Humana; 2015
16. Amado Tineo, José Percy, Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016

ANEXOS

ANEXO 01
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

