

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con hemorragia digestiva alta en la
Unidad de Emergencia de un hospital de Lima, 2018

Por:

Rosarias Débora Flores Albino

Asesor:

Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, RODOLFO AMADO ARÉVALO MARCOS, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con hemorragia digestiva alta en la Unidad de Emergencia de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada FLORES ALBINO ROSARIAS DÉBORA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Emergencias y desastres ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con hemorragia digestiva alta en la
Unidad de Emergencia de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Emergencias y desastres

JURADO CALIFICADOR



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Presidente



Mg. María Guima Reinoso Huerta

Secretario



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

A sesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I	10
Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales.....	10
Datos de valoración complementarios:	12
Tratamiento médico.....	12
Capítulo II.....	14
Diagnóstico, planificación y ejecución	14
Diagnóstico enfermero	14
Primer diagnóstico.....	14
Tercer diagnóstico	15
Cuarto diagnóstico.....	15
Quinto diagnóstico.	15
Sexto diagnóstico.	15
Séptimo diagnóstico.	16
Octavo diagnóstico.....	16
Planificación.....	16
Priorización.	16
Plan de cuidados.....	18
Capítulo III.....	24

Marco teórico	24
Déficit de volumen de líquidos.	24
Disminución del gasto cardiaco	29
Dolor agudo.....	33
CP: Anemia	37
Riesgo de infección	40
Capítulo IV	45
Evaluación y conclusiones	45
Evaluación por días de atención:.....	45
Primer diagnóstico.....	45
Tercer diagnóstico.	45
Dolor agudo.....	45
Cuarto diagnóstico.....	46
Quinto diagnóstico.	46
Conclusiones	46
Referencias bibliográficas.....	47
Apéndices.....	49

Índice de tablas

Tabla 1 Hemograma completo 28/01/201.....	12
Tabla 2 Diagnóstico de enfermería: Deficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca (120x´), aumento de la temperatura corporal (37.3C°), disminución de la presión arterial (90/50mmHg), llenado capilar >2´´, pérdida de peso súbita.....	18
Tabla 3 Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la precarga, poscarga, evidenciado por piel fría, disminución del pulso periférico, edema +++	20
Tabla 4 Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente biológico manifestado por EVA 3/10, expresión facial de dolor	21
Tabla 5 Diagnóstico de enfermería: CP. Anemia.....	22
Tabla 6 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a leucopenia, dispositivos invasivos catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo, sonda nasogástrica	23

Índice de apéndice

Apéndice A: Guía de valoración.....	48
Apéndice B: Consentimiento informado	51
Apéndice C: Escalas de evaluación	52

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

ST: Trauma shock

DVL: Déficit de volumen de líquidos

CP: Complicación potencial

TBC MDR: Multidrogorresistente

PRN: Por razones necesarias

EVA: Escala visual análoga

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al paciente F.M.T, aplicado durante seis primeras horas de su ingreso al servicio de Emergencia de un Hospital de Lima. El diagnóstico médico del paciente al ingreso fue Hemorragia Digestiva Alta. El (PAE) es un método sistemático y racional. Su finalidad es reconocer el estado de salud del paciente y los problemas a las necesidades reales y potenciales del mismo. Está compuesto por cinco fases: la valoración, dónde se recolecta los datos más importantes y se distribuyen en patrones funcionales, el diagnóstico, de enfermería en el cual asociamos los problemas e identificamos su causa, la planificación, en el cual se distribuye las intervenciones que se va a realizar, la ejecución, en el cual se confirma y registra las intervenciones. Finalmente, la evaluación, que es en base de los objetivos que planteamos en la planificación. El 1 día de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 08 diagnósticos de los cuales se priorizaron 05 diagnósticos que fueron: Déficit de volumen de líquidos, disminución del gasto cardiaco, dolor agudo, C.P. Anemia y riesgo de infección. Los objetivos generales fueron: Paciente mejorará equilibrio hídrico, paciente mantendrá gasto cardiaco dentro de los valores normales, paciente manifestará disminución del dolor, revertir anemia, paciente disminuirá riesgo de infección. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primero, segundo, tercero y quinto objetivo. Sin embargo, el cuarto diagnóstico no fue alcanzado por presentar complicaciones posteriores. Se concluye que el presente trabajo del proceso de atención de enfermería fue aplicado con éxito en beneficio del paciente y del desarrollo intelectual de la alumna en poder adquirir destrezas prácticas en los diferentes campos de la profesión de la salud.

Palabras claves: Hemorragia digestiva alta, proceso de atención de enfermería, emergencia, dolor, melenas, hematoquesia.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: F.M.T

Edad: 67 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente adulto mayor de sexo masculino; ingresa a la unidad de Trauma shock Emergencia por presentar vómitos con sangre, además refiere que hace una semana realizó deposiciones negras en regular cantidad.

Quedando en observación en la unidad de Emergencia con diagnóstico médico:
Hemorragia digestiva alta.

Días de hospitalización: Un día.

Días de atención de enfermería: Seis horas.

Valoración según patrones funcionales

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente adulto mayor con antecedentes de TBC (MDR) hace 6 años y haber culminado el tratamiento; también presenta antecedentes quirúrgicos por obstrucción intestinal y hernia inguinal hace 10 años. No consume alcohol ni tabaco, ni refiere alergias. Estado de higiene corporal regular.

Patrón II: Nutricional - metabólico

Paciente refiere que “vomitó sangre en regular cantidad”, a la valoración se observa piel pálida, icterica, dentadura incompleta, apetito disminuido, bajo de peso 2 kilos súbitamente con

náuseas, glucosa de 92.48 mg/dl. Dieta prescrita nada por vía oral se observa sonda nasogástrica a gravedad, a la palpación abdomen distendido timpánico con ruidos hidroaéreos disminuidos. Temperatura 37.3 C°, Hemoglobina 6.2 mg/dl, Hematocrito 17.6%, Leucocitos 2.730 K u/L.

Patrón III: Eliminación

Paciente refiere realiza deposiciones dejando un día, pero hace una semana tuvo deposiciones negras en regular cantidad, micción espontánea, diuresis 300 cc en 6 horas.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria: Paciente se encontró en posición semifowler respirando espontáneamente 20x', con FiO2 21%, saturación de oxígeno que oscila entre 94 – 95%; a la auscultación presencia de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Actividad circulatoria: presencia de taquicardia 120x', hipotensión con 90/50mmHg; a la palpación piel fría, pulso periférico disminuido, presencia de edema +++ en miembros inferiores, llenado capilar mayor de 2'', presencia de líneas invasivas en miembro superior izquierdo; siendo parcialmente dependiente.

Patrón V: Descanso – sueño

Paciente refiere dormir 7 a 8 horas aproximadamente, no toma ningún medicamento para el sueño.

Patrón VI: Perceptivo – cognitivo

Paciente orientado en tiempo y persona, no en espacio, con glasgow 13/15 AO (4) RV (4) RM (5) no presenta anomalías en audición ni visión; refiere que siente dolor en el estómago (cuadrante inguinal e hipogastrio) en una escala de 3/10.

Patrón VII: Auto percepción – Autoconcepto

Paciente refiere estar preocupado por su salud; temor a morir en cualquier momento.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Adulto mayor soltero sin hijos de ocupación negociante; única fuente de apoyo hermanos.

Patrón IX: Sexualidad – reproducción

En regular estado de higiene.

Patrón X: Valores y creencias

Religión católico

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Hemograma completo 28/01/2019

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	6.2mg/dl
Hematocrito	17.6%
Plaquetas	118 *10
Leucocitos	2.730 células /mm ³
TGO	126.21 U/L
TGP	44.33 U/L
Bilirrubina total	2.05 mg/dl
Bilirrubina directa	0.42 mg/dl
Factor RH	Positivo

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia crónicas más leucopenia

Tratamiento médico**Primer día 28/01/2019**

NPO

CINa al 9% 1000 cc + kalium 20% 1 ampolla en 24 horas

Dextrosa 5% 1000 cc + Kalium 20% 1 ampolla en 24 horas

Omeprazol 40 mg C/12 horas E.V

Metoclopramida 10 mg C/8 horas E.V

Control de glucosa C/ 8 horas

Dextrosa 33% PRN cuando la glucosa < 70

Paquete globular 2 unidades inicialmente.

Oxigeno por CBN con saturación <92%

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Aumento de la frecuencia cardiaca ($120 \times \hat{\text{}}$), aumento de la temperatura corporal (37.3 C°), disminución de la presión arterial (90/50 mmHg), llenado capilar $>2''$, pérdida de peso súbita.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de volumen de líquidos.

Factor relacionado: Perdida activa del volumen de líquidos.

Enunciado diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con perdida activa del volumen de líquidos evidenciado por aumento de la frecuencia cardiaca ($120 \times \hat{\text{}}$), aumento de la temperatura corporal (37.3 C°), disminución de la presión arterial (90/50 mmHg), llenado capilar $>2''$, pérdida de peso súbita.

Segundo diagnóstico

Características definitorias: Piel fría, disminución del pulso periférico, edema +++.

Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardiaco.

Factor relacionado: alteración de la precarga, poscarga

Enunciado diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco relacionado a la alteración de la precarga, poscarga, evidenciado por piel fría, disminución del pulso periférico, edema +++.

Tercer diagnóstico

Características definitorias: Informe verbal según visual analógica 3 puntos, expresión facial de dolor.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Factor relacionado: Agente lesivo biológico.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado por eva 3/10, expresión facial de dolor.

Cuarto diagnóstico.

C.P: Anemia

Definición: Lee y Weaver (2012) definen la anemia como la falta de eritrocitos dentro del cuerpo conduce a una disminución en el oxígeno de los tejidos cardiacos. Esto somete al corazón a estrés y hace que trabaje duro para llevar los eritrocitos disponibles a las células.

Signos y síntomas: Hemoglobina 6.2 mg/dl, hematocrito 17.6%, piel pálida, ictericia.

Enunciado: CP. Anemia.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: No tiene.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Leucopenia, dispositivos invasivos catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo, sonda nasogástrica.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con leucopenia, dispositivos invasivos catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo, sonda nasogástrica.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: Temor, preocupación.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Factor relacionado: Estado de salud.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad manifestado por temor, preocupación evidenciado por estado de salud.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: No tiene.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: Afección gastrointestinal.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado manifestado por afección gastrointestinal.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: Distensión gástrica.

Etiqueta diagnóstica: Náuseas.

Factor relacionado: Irritación gastrointestinal.

Enunciado diagnóstico: Náuseas relacionado a distensión gástrica evidenciado por irritación gastrointestinal.

Planificación

Priorización.

1. Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por aumento de la frecuencia cardíaca ($120 \times \hat{\text{}}$), aumento de la temperatura corporal (37.3 C°), disminución de la presión arterial ($90/50 \text{ mmHg}$), llenado capilar $>2''$, pérdida de peso súbita.
2. Disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la precarga, poscarga evidenciado por piel fría, disminución del pulso periférico, edema +++.

3. Dolor agudo relacionado agente lesivo biológico manifestado por eva 3/10, expresión facial de dolor.
4. CP: Anemia
5. Riesgo de infección relacionado a leucopenia, dispositivos invasivos catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo, sonda nasogástrica.
6. Riesgo de sangrado relacionado a afección gastrointestinal
7. Ansiedad manifestada por temor, preocupación evidenciado por estado de salud.
8. Nauseas relacionado a distensión gástrica evidenciado por irritación gastrointestinal.

Plan de cuidados.

Tabla 2

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por aumento de la frecuencia cardiaca (120x'), aumento de la temperatura corporal (37.3 C°), disminución de la presión arterial (90/50 mmHg), llenado capilar >2'', pérdida de peso súbita

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 28/01/2019		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará equilibrio hídrico durante el turno.	1. Monitorizar los signos vitales: F.C, P.A, F.R y saturación de oxígeno cada 2 horas.	→		
Resultados:	2. Monitorizar y comunicar cambios en el color, temperatura, humedad de la piel y el llenado capilar.	→		
1. El paciente presentará frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura dentro de los valores normales.	3. Mantener reposo en cama, evitar el vómito. Eliminar los estímulos nocivos.	→		
2. El paciente presentará llenado capilar <2''.	4. Observar cambios en el estado cognitivo o nivel de conciencia.	→		
3. El paciente mantendrá su peso adecuado.	5. Comprobar la respuesta fisiológica individual del paciente a la hemorragia; p., cambios en el estado mental, debilidad, ansiedad, palidez, diaforesis, taquipnea y aumento de la temperatura.	→		
	6. Medir la presión venosa central.	PRN		
	7. Administrar líquidos endovenosos expansores de volumen, según indicación médica; p.ej.: cloruro de sodio al 0.9%, lactato de Ringer.	→		
	8. Colocar sonda nasogástrica.	7.30am		
	9. Realizar lavado gástrico con solución salina fría o a temperatura ambiente.	8.00am		
	10. Llevar control del balance hídrico; cuantificar la pérdida de sangre/ líquidos en la emesis, aspiración/ lavado gástrico y heces.	→		

11. Administrar medicamentos, como se indique; p.ej.: →
inhibidor de bomba de protones (p. ej., omeprazol).

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado a la alteración de la precarga, poscarga, evidenciado por piel fría, disminución del pulso periférico, edema +++

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución		
		28/01/2019		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente mantendrá gasto cardiaco dentro de los valores normales en el turno.	1. Monitorizar las funciones vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria cada dos horas	→		
Resultados:	2. Fomentar reposo en cama en posición semifowler apoyar con los cuidados físicos según necesidad.	→		
1. El paciente presentará piel tibia.	3. Brindar un entorno tranquilo, explicar el tratamiento médico y de enfermería; ayudar al paciente a evitar situaciones estresantes; escuchar y responder a las expresiones, sentimientos de temor.	→		
2. El paciente evidenciará pulsos periféricos presentes.	4. Auscultar el pulso apical: valorar la frecuencia y ritmo cardiaco.	→		
3. El paciente presentará disminución del edema paulatinamente.	5. Palpar pulsos periféricos.	→		
	6. Inspeccionar la piel en busca de palidez, cianosis.	→		
	7. Observar los cambios sensoriales que podría presentar como; p. ej., letargo, confusión, desorientación, ansiedad y depresión.	→		
	8. Administrar oxigenoterapia cuando la saturación de oxígeno es <92%.	→		
	9. Registrar el control de la diuresis a horario; observar si disminuye la cantidad, aspecto y/o concentrado.	→		
	10. Evaluar el grado de edema (en una escala +1 a +4) en cada turno.	→		

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado por EVA 3/10, expresión facial de dolor

Objetivo / Resultados	Planificación		Ejecución		
	Intervenciones	28/01/2019			
		M	T	N	
Objetivo general: El paciente manifestará disminución de dolor durante el turno.	1. Recomendar al paciente que informe de las situaciones de dolor.	→			
Resultados:	2. Valorar los informes de dolor abdominal, comprobando la localización, duración e intensidad (escala del 0 al 10). Investigar y escribir los cambios del dolor.	→			
1. El paciente presentará expresión facial de tranquilidad.	3. Observar la existencia de señales no verbales; p. ej., inquietud rechazo al movimiento, contractura abdominal, retraimiento y depresión.	→			
2. El paciente verbalizará dolor en una escala de 0.	4. Repasar los factores que agravan o alivian el dolor.	→			
	5. Recomendar al paciente que adopte una postura cómoda; p. ej., rodillas flexionadas.	→			
	6. Proveer medidas de confort (p. ej., masaje, respiración profunda). Entre otros enseñar ejercicios de relajación/ visualización. Ofrecer actividades recreativas.	→			
	7. Administrar medicamento, como se indique; p. ej., paracetamol.	PRN			

Tabla 5
Diagnóstico de enfermería: C.P: Anemia

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución		
		28/01/2019		
		M	T	N
Objetivo general: Revertir anemia.	1. Controlar los signos vitales cada 2 horas en especial el pulso, presión arterial, saturación de oxígeno.	→		
	2. Administrar sangre completa/concentrado en eritrocitos.	→		
	3. Administrar plaquetas.	→		
	4. Valorar al paciente, viendo los signos de alarma, palidez, taquicardia, disnea.	→		
	5. Realizar la prueba del llenado capilar.	→		
	6. Administrar paquete globular según indicación médica.	→		
	7. Valorar resultados del hemograma completo en especial la hemoglobina y hematocrito.	→		

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a leucopenia, dispositivos invasivos catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo, sonda nasogástrica

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución		
		28/01/2019		
		M	T	N
Objetivo general:	1. Controlar la temperatura cada turno.	→		
Paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia hospitalaria.	2. Ejecutar lavado de manos antes y después de cada procedimiento.	→		
	3. Aplicar las medidas de bioseguridad en cada procedimiento.	→		
	4. Usar técnica aséptica al insertar y retirar el catéter periférico.	→		
	5. Mantener el catéter periférico permeable.	→		
	6. Cambiar el catéter periférico y las conexiones cada 72 horas, o cuando sean necesarias.	→		
	7. Observar signos de infección e inflamación; p. ej., fiebre, rubor.	→		

Capítulo III

Marco teórico

Déficit de volumen de líquidos.

Según Boro y Boulpaep (2017), las células del cuerpo humano viven en un habitat de líquido cuidadosamente regulado. Los compartimientos intracelular y extracelular están separados por la membrana celular. Dentro del líquido intracelular, el plasma y el líquido intersticial están separados por el endotelio y la membrana basal de los capilares. El líquido intersticial rodea las células y están en estrecho contacto con las células y el plasma. Para mantener y continuar con la vida, el organismo debe llevar rigurosamente el volumen y la composición de los compartimientos intracelular y extracelular.

Por otro lado, Lemone y Burke (2009) refieren constantemente se producen cambios en la distribución y composición normal de líquidos corporales en respuesta a enfermedades y traumatismo. Estos cambios afectan el equilibrio hídrico de los compartimientos intracelular y extracelular del cuerpo, la concentración de electrolitos dentro de los compartimientos líquidos y la concentración de iones hidrogeno del cuerpo. Los procesos fisiológicos normales dependen de un equilibrio en el ambiente interno del cuerpo. La homeostasis es la tendencia del cuerpo para mantener un estado de equilibrio fisiológico en presencia de condiciones que cambian constantemente.

Además, Smeltzer, Hinkle, Bare y Cheever (2013) manifiestan que los cambios fisiológicos normales por el envejecimiento, incluidas la disminución de las funciones cardiacas, renal, respiratoria y las alteraciones de la proporción de los líquidos corporales respecto a la

masa muscular, pueden alterar las respuestas de los ancianos a las variaciones de los líquidos y electrolitos. Por otra parte, el uso numeroso de medicamentos en los adultos mayores puede afectar la función renal y cardíaca, con la que se incrementa la probabilidad de que experimenten anomalías de líquidos y electrolitos.

El déficit de volumen de líquidos es el resultado de la pérdida de líquidos corporales y se desarrolla con mayor frecuencia cuando coincide con el menor consumo de líquidos. Las causas del DVL comprenden las pérdidas anormales de líquidos producidas por el vómito, diarrea y sudoración; la disminución del consumo, como en el caso de náuseas o la falta de acceso a líquidos, y los desplazamientos del líquido hacia el tercer espacio, o movimientos de líquidos desde el sistema vascular hasta otros espacios corporales (p. ej., formación de edema, en las quemaduras, ascitis en la disfunción hepática). Otras causas son la diabetes insípida, la insuficiencia suprarrenal, la diuresis osmótica, la hemorragia y el coma.

Por otra parte, Harrison (2009) afirma que el sangrado digestivo tiene distintos efectos. Por una parte, la sangre es un irritante gástrico y típicamente desencadena náuseas y vómitos sanguinolentos (hematemesis). Si la sangre permanece en el estómago por mucho tiempo y está ligeramente digerida, entonces se manifiesta en vómitos “posos de café”. La acumulación de sangre en el tracto gastrointestinal estimula el peristaltismo intestinal, aumentando los ruidos intestinales produciendo diarrea; puede ser negruzca (melenas) o con sangre evidente (hematoguesia). La respuesta fisiológica frente a una hemorragia depende de la velocidad y la magnitud del sangrado. La pérdida de gran cantidad de sangre produce rápida depleción del volumen sanguíneo con signos de taquicardia, hipotensión, palidez, aumento de la temperatura, lecho ungueal mayor de 2 segundos y disminución de la eliminación urinaria. Se produce vasoconstricción periférica para mantener la perfusión de los órganos vitales.

Así mismo, Contanzo (2018) afirma cuando un individuo pierde una cantidad considerable de sangre, la presión braquial disminuye prontamente, y por consiguiente se realiza una serie de respuestas fisiológicas a nivel cardiovascular compensando y ayudando a restablecer la presión braquial a la normalidad para mantener la vida del individuo.

Finalmente, Aragonés y De Rojas (2016) refieren que el tratamiento adecuado del paciente con hemorragia digestiva requiere la evaluación clínica inmediata, evaluación de la magnitud, orientación hacia su etiología y el inicio de las maniobras de estabilización de manera precoz.

Según NANDA (2015), el déficit de volumen de líquidos se define como un descenso del líquido dentro del vaso sanguíneo, intersticial que circulan entre las células de los tejidos y/o intracelular.

El paciente en evaluación presentó las siguientes características definitorias: aumento de la frecuencia cardiaca ($120x^{\wedge}$), aumento de la temperatura corporal (37.3 C°), disminución de la presión arterial (90/50 mmHg), llenado capilar $>2''$, pérdida de peso súbita. Como menciona el autor Lemone y Burke (2009) los cambios en el equilibrio de los líquidos corporales en respuesta a enfermedades y traumatismos afectan el equilibrio hídrico de los compartimientos intracelular y extracelular del cuerpo y según (Harrison, 2009) si el individuo pierde una cantidad importante de sangre, la presión arterial disminuye rápidamente, que conlleva a trabajar al corazón con más esfuerzo desencadenando una taquicardia, palidez, aumento de la temperatura, lecho ungueal mayor de 2 segundos.

Según NANDA (2015), el factor relacionado para esta etiqueta diagnóstica es: mecanismos de regulación comprometidos, pérdida activa del volumen de líquidos.

En diagnóstico enfermero se ve relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos, siendo que el paciente en estudio es un adulto mayor de 67 años con diagnóstico médico de hemorragia digestiva alta; lo cual se genera por la pérdida hemática cuyo origen se encuentra entre las zonas del esófago y por encima del ángulo de Tristz (ligamento de treitz o unión duodenoyeyunal) (Hernández, 2012).

Para favorecer la solución frente a este problema y actuar rápidamente en la mejoría del paciente se ejecutaron las siguientes intervenciones. Enfocarse en el efecto del sangrado en el estado cardiovascular: Monitoreo de los signos vitales como: la presión braquial, pulso, patrón respiratorio, saturación de oxígeno. Es de suma importancia monitorizar la presión arterial y el pulso pueden servir para estimar la hemorragia (p. ej; una P.A inferior a 90mmHg y un pulso superior a 110 x´ indican un 25% de disminución del volumen sanguíneo o, aproximadamente, de 1000 ml). La hipotensión ortostática refleja un descenso del volumen circulante. Ojo puede que la frecuencia cardíaca no este elevada por encima de lo normal hasta que se produzca una pérdida total de sangre del 30%. Los signos vitales, la saturación de oxígeno y la presión hemodinámica proporcionan indicadores de la eficacia de la perfusión tisular periférica de la oxigenación y del reemplazo de fluidos (Doenges, Moorhouse, y Murr, 2008).

Seguidamente monitorizar y comunicar cambios en el color, temperatura, humedad de la piel y el llenado capilar. La vasoconstricción periférica y la activación del sistema nervioso simpático causan típicamente palidez, frialdad y humedad de la piel o piel diaforética. El desarrollo de cianosis o moteado indica un descenso de la perfusión tisular y la oxigenación (Lemone y Burke, 2009).

Dentro de los cuidados primordiales es mantener reposo en cama; evitar el vómito. La actividad/el vómito aumenta la presión intra abdominal y pueden desencadenar otra hemorragia (Berman, 2013).

Luego valorar y comprobar la respuesta fisiológica individual del paciente a la hemorragia; p., cambios en el estado mental, debilidad, ansiedad, palidez, diaforesis, taquipnea y aumento de la temperatura. La sintomatología es útil para determinar la gravedad/ duración de un episodio hemorrágico. El empeoramiento de los síntomas puede indicar que la hemorragia continua, la reposición de líquidos es insuficiente o la presencia de choque (Potter y Perry 2015).

Medir la presión venosa central. Facilita la evaluación del grado de déficit de líquidos/eficacia del tratamiento de reposición hídrica, y de la respuesta a los medicamentos (Lynn, 2017).

Luego administrar líquidos endovenosos expansores de volumen, según indicación médica; p.ej.: cloruro de sodio al 0.9%, lactato de Ringer. La reposición hídrica con soluciones cristaloides isotónicas depende del grado de hipovolemia y la duración de la hemorragia (aguda o crónica). Puede administrarse otros expansores de volumen, como albumina, hasta que se conozca la compatibilidad sanguínea y comience la transfusión de sangre. Aproximadamente, el 80 al 90% de las hemorragias gástricas se controla la reposición hídrica y tratamiento médico, sin transfusión de hemoderivados. Ojo el uso del lactato de Ringer puede estar contraindicado en caso de insuficiencia hepática porque el metabolismo del lactato esta alterado y puede manifestarse en acidosis láctica (Lee y Weaver, 2012).

Colocar sonda nasogástrica. Proporciona una vía para eliminar las secreciones gástricas irritantes, la sangre y los coágulos; reduce nauseas/vomito facilitando para la endoscopia (Perry y Potter 2015).

Realizar lavado gástrico con solución salina fría o a temperatura ambiente. Lava y rompe los coágulos y puede reducir la hemorragia por vasoconstricción local. También facilita la visualización para la endoscopia y localizar el origen de la hemorragia (Hinkle y Cheever, 2014).

Luego administrar medicamentos, como se indique; p.ej.: inhibidor de bomba de protones (p. ej., omeprazol). Los estudios han demostrado que los inhibidores de la bomba de protones con los medicamentos más eficaces después de una hemorragia para reducir la posibilidad de otra hemorragia. Su acción farmacológica es inhibir la secreción ácida y tienen un efecto de acción prolongado (Hurst, 2011).

Finalmente, controlar el balance hídrico; cuantificar la pérdida de sangre/ líquidos en la emesis, aspiración/ lavado gástrico y heces. Proporciona las pautas para la reposición hídrica (Doenges et al., 2008).

Todas las actividades mencionadas y programadas ayudaron a mejorar el equilibrio hídrico del paciente durante el turno.

Disminución del gasto cardiaco

Según, Smeltzer *et al.* (2013) manifiesta que el gasto cardiaco se refiere a la cantidad de sangre que bombea cada ventrículo en un periodo determinado.

Luego, Potter y Griffin (2015) afirman que la presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardiaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial.

Seguidamente, Contanzo (2018) refiere que el volumen total de sangre expulsado por unidad de tiempo es el gasto cardiaco. Siendo que el gasto cardiaco depende del volumen expulsado en un latido (volumen sistólico) y el número de latidos por minuto (frecuencia cardiaca).

Por otra parte, Koeppen y Stanton (2018) manifiestan que hay cuatro factores que controlan el gasto cardiaco: la frecuencia cardiaca, la contractibilidad miocárdica, la precarga y la poscarga. La frecuencia cardiaca y la contractibilidad miocárdica son factores puramente cardiacos, aunque se controlan mediante varios mecanismo neuronales y humorales. La precarga y la poscarga son factores mutuamente dependientes de la función del corazón y de los vasos, y son importantes determinantes del gasto cardiaco. La precarga y la poscarga están determinadas, a su vez, por el gasto cardiaco y por algunas características vasculares.

Finalmente, Lemone y Burke (2009) afirman que la asistencia en el paciente con hemorragia gastrointestinal alta debe enfocarse en la restauración y el mantenimiento de un gasto cardiaco efectivo y una perfusión tisular adecuada controlando la hemorragia y prevenir futuros sangrados. A su vez, el riesgo de la disminución del gasto cardiaco puede perderse en cantidades significativas de sangre en un corto periodo de tiempo cuando sufre una hemorragia gastrointestinal alta. Debido a que la sangre permanece en el intestino, puede ser difícil precisar la cantidad de sangre perdida midiendo el vómito, aspirado gástrico y la sangre eliminada por heces. Tanto como el volumen sanguíneo cae baja el retorno venoso. El latido cardiaco aumenta su frecuencia para mantener la función cardiaca y los vasos sanguíneos periféricos sufren vasoconstricción para mejorar el retorno venoso y la función cardiaca.

Según NANDA (2015), la disminución del gasto cardiaco se define como la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

El paciente en estudio evidencio los siguientes factores de riesgo: alteración en la precarga, alteración en el poscarga. Como menciona el autor Koeppen y Stanton (2018): hay cuatro factores que controlan el gasto cardiaco: la frecuencia cardiaca, la contractibilidad

miocárdica, la precarga y la poscarga. La precarga y la poscarga son factores mutuamente dependientes de la función del corazón y de los vasos, y son importantes determinantes del gasto cardiaco y según Lemone y Burke (2009) refiere el actuar en el paciente con hemorragia gastrointestinal alta se debe abordar en la restauración y mantener un gasto cardiaco efectivo con una perfusión tisular adecuada.

Según NANDA (2015), el factor de riesgo para esta etiqueta diagnóstica es: alteración de la contractibilidad, alteración de la frecuencia cardiaca, alteración de la poscarga, alteración de la precarga, alteración del ritmo cardiaco, alteración del volumen de eyección. En el caso en el cliente en estudio fue alteración de la precarga, alteración de la poscarga.

Como es bien sabido los cambios en la estructura y la función del corazón se ven alterados con el envejecimiento cardiaco. Por tanto, las condiciones físicas y emocionales que generen tensión, en particular aquellas que ocurren de manera súbita, pueden tener efectos adversos para la persona de edad avanzada (Smeltzer *et al.*, 2013). Como se sabe el paciente en estudio tuvo una hemorragia gastrointestinal que conlleva a un riesgo de descompensación a nivel cardiaco.

Continuando con los cuidados propios evitando posibles complicaciones futuras, se realizaron las siguientes actuaciones de enfermería. De manera rápida es enfocarse en la monitorización de los signos vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria cada dos horas. El monitoreo continuo de las funciones vitales ayuda valorar el estado hemodinámico mediante la valoración de los signos y síntomas, la medición de estos indicadores sirve para evaluar la actividad de los órganos vitales (Doenges *et al.*, 2008).

Seguidamente, fomentar reposo en cama, semifowler; apoyar con los cuidados que demanda esfuerzo físico según necesidad. Se debe mantener reposo físico para disminuir el

consumo de energía y mejorar la eficiencia de las contracciones cardiacas para reducir la demanda de consumo de oxígeno del miocardio y el gasto cardiaco (Hurst, 2011).

Luego proporcionar un entorno tranquilo; explicar el tratamiento médico y de enfermería; ayudar al paciente a evitar situaciones estresantes; escuchar y responder a las expresiones, sentimientos de temor. El reposo psicológico ayuda a disminuir el estrés emocional que puede causar vasoconstricción, aumentando la presión arterial y la frecuencia cardiaca (Berman, 2013).

También auscultar el pulso apical: valorar la frecuencia y ritmo cardiaco. Se suele observar taquicardia (incluso durante el reposo) para compensar la disminución de la contractibilidad ventricular (Potter y Perry 2015).

Luego palpar pulsos periféricos. Un gasto cardiaco reducido puede estar reflejado en los pulsos radial, poplíteo, dorsal pedio y tibial posterior. Los pulsos pueden ser fugaces o irregularidades a la palpación y se puede observar pulsos alternos (latidos fuertes alternados con latidos débiles) (Doenges et al., 2008).

También inspeccionar la piel en busca de palidez, cianosis. La palidez es indicativa de una disminución de la perfusión periférica, secundaria a un gasto cardiaco inadecuado, vasoconstricción y anemia. En la insuficiencia cardiaca resistentes al tratamiento se puede producir cianosis. Las regiones declive suelen presentar un color azul o moteado a medida que aumenta la congestión venosa (Lynn, 2017).

Observar los cambios sensoriales; p. ej., letargo, confusión, desorientación, ansiedad y depresión. Puede indicar una perfusión cerebral insuficiente secundaria a una disminución del gasto cardiaco (Lemone y Burke, 2009).

Tener en cuenta administrar oxigenoterapia cuando la saturación de oxígeno es $<92\%$. La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la hemoglobina (Hinkle y Cheever, 2014).

También registrar el control de la diuresis a horario; observar si disminuye la cantidad, aspecto y/o concentrado. El riñón responde a una disminución del gasto cardiaco reteniendo agua y sodio. La diuresis suele disminuir durante el día ya que el líquido se traslada a los tejidos, pero puede aumentar de noche al volver a la circulación cuando el paciente se encuentra durmiendo (Doenges *et al.*, 2008).

Finalmente evaluar el grado de edema periférico. El desplazamiento de los líquidos hacia los tejidos es debido a la retención de sodio y agua, disminución de la albumina y aumento de la hormona antidiurética. El edema se produce principalmente, en las partes declives del cuerpo, p.ej., manos, pies, zona lumbosacra (Lee y Weaver, 2011).

Con todas las actividades que se realizó el paciente pudo lograr y mantener un gasto cardiaco dentro de los valores normales en el turno.

Dolor agudo

Según, Aragonés y De Rojas (2016), el dolor es una sensación desagradable que percibe el sistema sensorial siendo subjetiva y emocionalmente fastidioso provocado por un estímulo potencialmente perjudicial. Su propósito es principalmente protector; asociada con una lesión en el momento o venidero. En el paciente consiente, la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) son las recomendadas para la evaluación del dolor.

Además, Lemone y Burke (2009) manifiestan que el dolor es una afirmación de percepciones a factores fisiológicos y emocionales. Cada acontecimiento doloroso es individual es una prueba distinta y personal influenciada por mecanismos del cuerpo tanto físicos,

psicológicos cognitivos socioculturales y espirituales. El dolor es el síntoma más asociado a la descripción de uno mismo como enfermo, y es la razón con más importancia para buscar ayuda médica. Actualmente existen muchas definiciones y descriptores del dolor, la más relevante es que el dolor es “todo lo que la persona experimente como tal, y existe siempre que la persona diga lo que tiene”

Se sabe que el sistema nervioso periférico está compuesto por dos tipos de neuronas: sensitivas y motoras. El dolor capta a través de las neuronas sensitivas y estas a su vez responden a través de las neuronas motoras, produciendo sinapsis en el interior de la medula espinal llevando la información en el interior del sistema nervioso central donde el análisis cognitivo del estímulo doloroso lleva a una respuesta.

Seguidamente, Harrison (2009) afirma que los receptores nerviosos del dolor se llaman nociceptores y se encuentran localizados en las partes distales de las neuronas aferentes pequeñas que se ubican en los tejidos del cuerpo, con la excepción del encéfalo. Los nociceptores son abundantes en la piel y en los músculos. El dolor se produce cuando hay una alteración de los factores biológicos, mecánicos, térmicos, eléctricos o químicos que estimulan a los nociceptores. El dolor es una percepción de naturaleza compleja que ayuda a estar en alerta al cuerpo que está ocurriendo un daño potencial o real a los tejidos.

Finalmente, Smeltzer *et al.* (2013) afirman que el dolor puede ser un síntoma importante de la enfermedad gastrointestinal. El carácter, la duración, el patrón, la frecuencia, la localización la distribución del dolor referido y el momento en que este presenta varía mucho según la causa subyacente. Otros factores como: comida, reposo, actividad y patrones de defecación puede afectar en forma directa el dolor.

Según NANDA (2015), el dolor agudo se define como estado en el que una persona experimenta y verbaliza la presencia de una sensación desagradable experiencia ocasionada por un daño tisular real o potencial de inicio repentino o pausado de cualquier intensidad de ligero a severo.

El paciente en estudio evidencio la siguiente característica definitoria: expresión facial de dolor. Como menciona el autor Aragonés y De Rojas, (2016) el dolor es una sensación desagradable que percibe el sistema sensorial siendo subjetiva y emocionalmente fastidioso y según (Smeltzer *et al.*, 2013) el dolor puede ser un síntoma importante de la enfermedad el carácter, la duración, el patrón, la frecuencia, la localización la distribución del dolor referido.

Finalmente, Harrison (2009) sostiene que el dolor se produce cuando hay una alteración de los factores biológicos, mecánicos, térmicos, eléctricos o químicos que estimulan a los nociceptores.

Según NANDA (2015), el factor relacionado para esta etiqueta diagnostica son: agentes lesivos biológicos (p. ej., infección isquemia, cáncer), agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento), agentes lesivos químicos (p. ej., quemadura, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con agentes lesivos biológicos ya que el origen de la enfermedad desencadeno múltiples causas siendo una de ellas el dolor que es subjetiva y desagradable con una percepción muy compleja.

Para evitar complicaciones y favorecer la recuperación del paciente se realizaron las siguientes actuaciones:

Una de las actuaciones es la comunicación del paciente y el profesional recomendar al paciente que informe de las situaciones de dolor. Puede intentar tolerar el dolor en lugar de solicitar analgésicos (Doenges *et al.*, 2008).

Luego escribir y valorar los informes de dolor abdominal, comprobando la localización, duración e intensidad (escala del 0 al 10). Investigar y anotar los cambios del dolor. Permite valorar de manera objetiva los cambios en la intensidad y características del dolor que puede indicar la extensión de la enfermedad y aparición de complicaciones actuando oportunamente (Potter y Perry 2015).

Seguidamente observar la existencia de señales no verbales; p. ej., inquietud rechazo al movimiento, contractura abdominal, retraimiento y depresión. Las señales de lenguaje corporal / no verbal puede ser tanto fisiológicas como psicológicas, y pueden emplearse junto con las verbales para determinar el grado/gravedad del problema (Carpenito, 2003).

Preguntar y repasar los factores que agravan o alivian el dolor. Puede señalar los factores desencadenantes o agravantes (como sucesos estresantes, intolerancia a los alimentos), o identificar complicaciones en desarrollo (Lynn, 2017).

Seguidamente recomendar al paciente que adopte una postura cómoda; p. ej., rodillas flexionadas. Reduce la tensión abdominal y favorece la sensación de control (Doenges *et al.*, 2008).

También proporcionar medidas de confort (p. ej., masaje, respiración profunda). Entre otros enseñar ejercicios de relajación/ visualización. Ofrecer actividades recreativas. Favorece la relajación y puede aumentar la capacidad de afrontamiento al recuperar la atención (Carpenito, 2005).

Finalmente, administrar medicamento según este indicado: analgésicos. Reduce, controla el dolor y disminuye la estimulación del sistema nervioso simpático (Smith et al., 2009).

Todas las actividades que se ejecutaron dieron los resultados positivos, siendo que el paciente verbalizó no tener dolor durante el turno.

CP: Anemia

Según, Smeltzer *et al.* (2013) afirma que la anemia no es un estado patológico específico, sino el signo de un trastorno subyacente. La disminución de la cantidad de eritrocitos circulantes es la causa habitual de anemia y se puede deber a una pérdida de sangre, producción inadecuada de eritrocitos o aumento de su destrucción.

Además, Lemone & Burke (2009) afirman que los eritrocitos transportan el oxígeno a los tejidos corporales y ayudan a devolver el dióxido de carbono a los pulmones para su excreción. Las alteraciones en el número, tamaño, forma o composición de los eritrocitos afectan a su capacidad de realizar estas funciones de forma eficaz. La anemia es el trastorno más frecuente de los eritrocitos, es un recuento anormalmente bajo de eritrocitos o una disminución de la concentración de hemoglobina. Distintos mecanismos patológicos pueden ocasionar una anemia. Cualquiera que fuera la causa, todos los tipos de anemia reducen la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre por deficiencia de eritrocitos o hemoglobina lo que ocasiona una hipoxia tisular. Las manifestaciones generadas dependen de la gravedad de la anemia, de la rapidez de su desarrollo y de otros factores, como la edad y el estado de salud.

Por otro lado, Harrison (2009) afirma que la hemorragia produce anemia por dos mecanismos principales: uno de ellos es, por la pérdida directa de los eritrocitos; en segundo lugar, si se prolonga la hemorragia, gradualmente producirá agotamiento de las reservas de hierro y tarde o temprano ocasionará deficiencia de este elemento.

Finalmente, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2015) manifiesta que la anemia es definida por la Organización Mundial de Salud (OMS) como una hemoglobina (Hb) < de 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. La tolerancia de la anemia depende del estado del volumen intravascular, de la reserva fisiológica y del tiempo de instalación. En los pacientes críticos la anemia puede ocasionar una carga excesiva, ya que sus mecanismos de compensación incluyen aumento del volumen minuto cardiaco y de la descarga adrenérgica, disminución de la viscosidad, redistribución del flujo y aumento de la extracción de oxígeno.

El paciente en estudio presentó la siguiente causa: hemorragia digestiva alta. Como menciona el autor Guyton (2016), la hemorragia produce anemia por dos mecanismos principales uno de ellos es: pérdida directa de los eritrocitos, el segundo lugar la prolongación de la hemorragia y según Smeltzer *et al.* (2013), la anemia no es un estado patológico específico, sino el signo de un trastorno subyacente.

Según Carpenito (2003), el indicador para evaluar esta complicación potencial es: hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, plaquetas, leucocitos, saturación de oxígeno, tono de piel.

En el caso expuesto el usuario en estudio fue: hemoglobina de 6.2 mg/dl, hematocrito 17.6%, leucocitos 2.730 K u/L.

Para disminuir complicaciones y apoyar en la recuperación frente a esta problemática, se brindó los siguientes cuidados. Controlar de los signos vitales cada dos horas en especial el pulso, presión arterial, saturación de oxígeno. La alteración de una de las funciones vitales en especial del pulso y la disminución de la presión arterial; son signos compensatorios para suplir las demandas del oxígeno a nivel tisular; la hipotensión provocada por pérdida sanguínea reducirá la perfusión en el paciente provocando debilidad por aporte de oxígeno insuficiente para las demandas metabólicas lo cual son consecuencia de la anemia (Doenges *et al.*, 2008).

Realizar las coordinaciones previas para administrar sangre completa/concentrado en eritrocitos. La sangre completa reciente está indicada solo en caso de hemorragia aguda, si el volumen de sangre y la concentración de eritrocitos han disminuido notablemente, porque la sangre almacenada puede ser deficiente en factores de coagulación. Los concentrados de eritrocitos son adecuados en pacientes con hemorragia subaguda / crónica, para aumentar la capacidad de transportar oxígeno (Morillo y Fernández, 2017).

Luego administrar plaquetas. Las plaquetas son el componente hemático que se trasfunde más a menudo, para corregir los déficits en el número de plaquetas y la función de la coagulación. Los factores de coagulación disminuyen por dos mecanismos; pérdida hemorrágica y el proceso de coagulación en el lugar de la hemorragia (Doenges *et al.*, 2008).

Después valorar al paciente, viendo los signos de alarma, palidez, taquicardia, disnea. La valoración adecuada permite prevenir complicaciones a futuro actuando en el momento correcto (Lynn, 2017).

Realizar la prueba del llenado capilar. Nos brinda información sobre la cantidad del flujo sanguíneo en los lechos capilares. La prueba mide el tiempo de retorno de la sangre y el color observado cuando se cargan de nuevo los capilares de la uña. También mide que tan bien funciona el sistema vascular en las manos y los pies que son las partes más alejadas del corazón (Potter y Perry, 2015).

Realizar las coordinaciones previas para la administración de paquete globular según indicación médica. Es el concentrado de hematíes resultantes de retirar la mayor parte del plasma de la sangre total, dando un volumen resultante de 200 a 250cc; por ello tiene mayor hematocrito que la sangre total - que oscila entre 60 y 70% - contiene entre 50 y 60 gramos de hemoglobina y

250 microgramos de hierro y posee la misma capacidad transportadora de oxígeno que la sangre total, pero en menor volumen (Morillo y Fernández, 2017).

Luego valorar resultados del hemograma completo en especial la hemoglobina y hematocrito. La valoración del hemograma permite evaluar la hemoglobina, proteína pigmentada que existe en el interior de los glóbulos rojos, encargada de transportar el oxígeno y el dióxido de carbono (y responsable del color rojo de la sangre), y el hematocrito, que es la porción de glóbulos rojos en relación con el volumen total de la sangre (Doenges et al., 2008).

Finalmente, brindar psicoeducación a los familiares sobre la importancia de una alimentación adecuada rica en hierro y vitamina C. El conocimiento sensibiliza a la facilitación y colaboración en el cumplimiento de los objetivos. El hierro estimula la producción de la hemoglobina y la vitamina C su absorción más eficaz en el organismo (Brunner y Suddarth, 2014).

Se realizó las actividades dentro del turno, pero no se logró alcanzar el objetivo ya que el paciente presenta una complicación potencial donde todos los profesionales de la salud aportaran en el cuidado del paciente.

Riesgo de infección

Según, Smeltzer *et al.* (2013) afirma que la infección es un indicio de interacción del hospedador con un microorganismo; también la evidencia clínica de enrojecimiento, calor y dolor, así como los resultados de laboratorio.

Por otro lado, Koeppen y Stanton (2018) afirman que los pacientes críticos son particularmente vulnerables a las infecciones intrahospitalarias, que son siete a ocho veces más frecuentes en áreas críticas.

También, Smeltzer *et al.* (2013) afirman que el riesgo de infección se incrementa en forma significativa conforme el equipo para la atención al paciente se torna más complejo y se utilizan más dispositivos que alteran las barreras anatómicas de protección natural.

Finalmente, Potter y Perry (2015) afirman que el cuerpo tiene defensas naturales que protegen contra las infecciones: la flora normal, las defensas del sistema corporal y la inflamación son todas las defensas no específicas que protegen contra los microorganismos. Si cualquier defensa corporal falla, se produce normalmente una infección, que conduce a un problema de salud.

La enfermera desempeña un importante papel en el control y prevención de las infecciones. La educación de los pacientes puede disminuir su riesgo de resultar infectados o las secuelas de la infección. La aplicación de precauciones de barrera apropiadas, además de ser rigurosos en la higiene de las manos y el cuidado aséptico de los catéteres intravenosos y el equipo invasivo en general, también ayuda a reducir las infecciones.

Según NANDA (2015), el riesgo de infección se define como susceptible a ser invadida por microorganismos oportunistas invasión o patógenos procedentes de fuentes internas o externas que pueden comprometer la salud.

El paciente en estudio presentó los siguientes factores de riesgo: disminución de la hemoglobina, leucopenia, dispositivos invasivos. Como menciona Aragonés & De Rojas (2016), los pacientes en estado críticos donde las defensas están bajas son más susceptibles a las infecciones intrahospitalarias sobre todo en áreas críticas y según Smeltzer *et al.* (2013), el riesgo de infección incrementa grandemente conforme el equipo para la atención al paciente se torna más complejo y se utilizan más dispositivos que alteran las barreras anatómicas de protección natural.

Según NANDA (2015), el factor de riesgo para esta etiqueta diagnóstica es: conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos. Enfermedad crónica (p. ej., diabetes mellitus); malnutrición, obesidad, procedimiento invasivo, aumento de la exposición a patógenos ambientales (exposición a brotes de enfermedades); defensas primarias insuficientes (alteración de la integridad de la piel, alteración del peristaltismo, alteración del pH de las secreciones, disminución de la acción ciliar, retención de los fluidos corporales); ruptura prematura de la membrana amniótica, ruptura prolongada de la membrana amniótica, tabaquismo; defensas secundarias insuficientes (disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia); supresión de la respuesta inflamatoria (p. ej., interleucina 6 IL-6, proteína C reactiva PCR), vacunación inadecuada. El diagnóstico enfermero se ve relacionado con los siguientes factores de riesgo disminución de la hemoglobina, leucopenia, dispositivos invasivos como (sonda nasogástrica, catéter periférico). Culinado con los cuidados y evitando las complicaciones frente a este problema de riesgo, favoreciendo la mejoría y el cuidado del paciente se realizaron en las siguientes intervenciones.

Lo primero es controlar la temperatura cada turno. El cambio súbito de la temperatura puede ser signo de un proceso infeccioso. El hipotálamo cuenta con neuronas que recogen las sensaciones de frío y de calor a través de los nervios periféricos, a su vez recoge información sobre la temperatura de la sangre, teniendo en cuenta esto, regula la temperatura corporal (Lynn, 2017).

Luego realizar lavado de manos antes y después de cada procedimiento. Una efectiva descontaminación de manos resulta en significativa reducción en el transporte de patógenos potenciales en las manos y en el descenso de incidencia de infecciones asociadas a la asistencia

sanitaria prevenible destacable en la disminución de morbilidad y mortalidad de los pacientes (Hinkle y Cheever, 2014).

Aplicar las medidas de bioseguridad en cada procedimiento. El uso de barreras: comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barrera (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las probabilidades de una infección (Lemone y Burke, 2009).

Seguidamente, usar técnica aséptica al insertar y retirar el catéter periférico. La técnica aséptica es un conjunto de acciones utilizada en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular (Doenges *et al.*, 2008).

Mantener el catéter periférico permeable. La permeabilidad del catéter es un signo de la buena valoración, logrando una buena administración del medicamento, evitando signos de flebitis (Lee y Weaver, 2012).

Cambiar catéter periférico y las conexiones cada 72 horas o cuando sean necesarias. La presencia de vías invasivas en el torrente sanguíneo por más de 72 horas, pueden traer como resultado la colonización de las bacterias produciendo una infección. Se recomienda cambiar el catéter venoso periférico cada 72 horas; rotando la zona de punción (Morillo y Fernández, 2017).

Valorar los signos de infección e inflamación; p. ej., fiebre, rubor. La llegada de los restos tisulares y microorganismos provocan el desarrollo de los signos de inflamación (enrojecimiento, temperatura local elevada, hinchazón y dolor). La coagulación de la sangre y la

formación de un coágulo de fibrina ayudan a crear un obstáculo que impide el movimiento de estas sustancias. La buena valoración ayuda a prevenir el desarrollo de la infección, actuando de manera oportuna (Hurst, 2011).

Se realizó todas las actividades mencionadas y se tuvo en cuenta las medidas de bioseguridad para disminuir el riesgo de infección que presenta el paciente.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendió al usuario el 28/01/2019 en el turno de 6 horas. Así mismo la atención al paciente F.M.T en la unidad de trauma shock emergencia, durante 1 día, cuya valoración inicio el 28 de enero y finalizó el mismo día.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, ese mismo día se tuvo 8 diagnósticos, identificados.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Déficit de volumen de líquidos

Objetivo alcanzado: El paciente mejoró equilibrio hídrico durante en el turno; al evidenciar valores normales en la frecuencia cardiaca 82 x', presión arterial 120/70 mmHg, temperatura de 36.7 °C, llenado capilar menor de dos segundos y mantuvo peso adecuado.

Segundo diagnóstico.

Disminución del gasto cardiaco

Objetivo alcanzado: El paciente mantuvo gasto cardiaco dentro de los valores normales en el turno; al evidenciar piel tibia, pulsos periféricos presentes y disminución del edema.

Tercer diagnóstico.

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: El paciente manifestó disminución del dolor en el turno; al evidenciar expresión facial de tranquilidad, verbalizando escala de dolor 0.

Cuarto diagnóstico.

CP. Anemia

Objetivo no alcanzado: No se revirtió anemia al evidenciar hemoglobina baja de 7.4mg/dl en el turno; esto se debe a la complejidad de la enfermedad del paciente, el cual no evidencio mejoría.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: El paciente disminuyó riesgo de infección durante el turno. Porque se tuvo en cuenta todas las medidas de bioseguridad al brindar los cuidados propios del diagnóstico.

Conclusiones

Se concluye que el presente trabajo del proceso de atención de enfermería fue aplicado con éxito en beneficio del paciente y del desarrollo intelectual de la alumna en poder adquirir destrezas prácticas en los diferentes campos de la profesión de la salud.

De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primero, segundo, tercero y quinto objetivo. Sin embargo, el cuarto diagnóstico no fue alcanzado por presentar complicaciones posteriores.

Referencias bibliográficas

- Aragonés, R., & De Rojas, J. (2016). *Cuidados Intensivos*. Buenos Aires: Medica panamericana.
- Berman, A. (2013). *Kozier & Erb Fundamentos de enfermería: conceptos proceso y práctica* (9°). Madrid: Pearson.
- Boro, W., & Boulpaep, E. (2017). *Fisiología medica* (Tercera). Barcelona: Elsevier.
- Carpenito, L. (2003). *Diagnósticos de enfermería Aplicaciones a la practica clínica*. (Washinton, Ed.) (9°). McGrawHill.
- Contanzo, L. (2018). *Fisiología* (Sexta). Barcelon: Elsevier.
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (7ma ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Guyton, J. (2016). *Tratado De Fisiología Médica* (13°). Madrid: Elsevier España, S.L.
<https://doi.org/10.1007/s12369-009-0019-1>
- Harrison, T. (2009). *Principios de Medicina Interna* (17°). Mexico D.F: McGrawHill.
- Hinkle, J., & Cheever, K., (2014). *Brunner y Suddarth Manual de diagnósticos de enfermería medicoquirúrgica* (13°). Buenos Aires: Wolters kluwer heal.
- Hernández, J. (2012). *Enfermería en terapia intensiva*. Buenos Aires: Barcel Baires América.
- Hurst, M. (2011). *Enfermería médico quirúrgica*. Mexico D.F: Manual Moderno.
- Koeppen, B., & Stanton, B. (2018). *Fisiología* (7°). Barcelona: Elsevier España.
- Lee, C., & Weaver, A. (2011). *Enfermería de cuidados intensivos*. Mexico D.F: Manual Moderno.
- Lemone, P., & Burke, K. (2009). *Enfermería medicoquirúrgica* (Cuarta). PEARSON Prentice Hall.
- Lynn, P. (2017). *Enfermería clínica de Taylor* (4°). Barcelona: wolters kluwer heal.

- Morillo, J., & Fernández, D. (2017). *Enfermería Clínica II Cuidados críticos y especialidades médico-quirúrgicas*. Barcelona: Elsevier.
- NANDA. (2015). *Diagnosticos enfermeros nanda 2015 - 2017*. Mexico D.F: harcourt brace & company -elsevier.
- Potter, P., & Perry, A. (2015). *Fundamentos de enfermería* (Octava). Barcelona: Elsevier.
- Smeltzer, S., Hinkle, J., Bare, B., & Cheever, K. (2013). *Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica* (12°). wolters kluwer heal.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2015). *Terapia intensiva* (Quinta). Buenos Aires: Medica panamericana.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado – UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: _____	Fecha nacimiento: _____ Edad: _____
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____	Persona de referencia: _____ Telf. _____
Procedencia: Admisión _____	Emergencia _____ Otro _____
Forma de llegada: Ambulatorio _____	Silla de ruedas _____ Camilla _____
Peso: _____ Estatura: _____	PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____
Fuente de Información: Paciente _____	Familiar/amigo _____ Otro: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____
Fecha de la valoración: _____	

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:
HTA DM Gastritis/úlcera TBC Asma
Otros _____ Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas No Si (fechas)

Alergias y otras reacciones

Fármacos: _____

Alimentos: _____

Signos-síntomas: _____

Otros _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco	No	Si
Consumo de alcohol	No	Si
Consumo de drogas	No	Si

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estado de higiene

Buena Regular Mala

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero _____ Casado/a _____
Conviviente _____ Divorciado/a _____ Otro _____

¿Con quién vive?

Solo _____ Con su familia _____ Otros _____

Fuentes de apoyo: Familia _____ Amigos _____ Otros _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS

Religión: _____

Restricciones religiosas: _____
Solicita visita de capellán: _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:

Tranquilo ansioso Negativo
Temeroso Irritable Indiferente
Preocupaciones principales/comentarios:

PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO

Horas de sueño: _____

Problemas para dormir: Si No

Especificar: _____

¿Usa algún medicamento para dormir? No Si

Especificar: _____

PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO

Despierto Somnoliento Soporoso inconsciente

Orientado: Tiempo Espacio Persona

Presencia de anomalías en:

Audición: _____

Visión: _____

Habla/lenguaje: _____

Otro: _____

Dolor/molestias: No Si

Descripción: _____

Escala de Glasgow:

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece órdenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza el dolor
2 Al dolor	3 Palabras inapropiadas	4 Sólo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Puntaje total: _____

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Reactivas No reactivas

Tamaño: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial profunda

Disnea: en reposo al ejercicio

Se cansa con facilidad: No Si
 Ruidos respiratorios: _____
 Tos ineficaz: No Si
 Reflejo de la tos: presente disminuido ausente
 Secreciones: No Si
 Características: _____
 O2: No Si Modo: _____ l/min/FIO2: _____
 TET: Traqueostomía: VM: Sat O2: _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: _____ Regular Irregular
 Pulso periférico: normal disminuido ausente
 Edema: No Si Localización: _____

+ (0-0.65cm) ++ (0.65-1.25cm) +++ (1.25-2.50cm)

Riego periférico:

MI I Tibia Fría Caliente
 MID Tibia Fría Caliente
 MSI Tibia Fría Caliente
 MSD Tibia Fría Caliente

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: _____
 Cateter central: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente
 2= Parcialmente dependiente

1 2 3

Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno muletas andador
 bastón S. ruedas Otros _____

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez
 Contracturas Parálisis

Fuerza muscular: Conservada Disminuida

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Piel:

Coloración: Normal Pálida
 Cianótica Ictérica
 Hidratación: Seca Turgente
 Integridad: Intacta Lesiones
 Especificar: _____

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa Ausente
 Incompleta Prótesis

Mucosa oral: Intacta Lesiones

Hidratación: Si No

Cambio de peso durante los últimos días: Si No

Especificar: _____

Apetito: Normal Anorexia Bulimia

Dificultad para deglutir: Si No

Nauseas Pirosis Vómitos Cantidad: _____

SNG: No Si Alimentación Drenaje

Abdomen: Normal Distendido Doloroso

Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales

Disminuidos Ausentes

Drenajes: No Si Especificar: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: _____ Normal

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Hábitos vesicales

Frecuencia: _____ / día

Oliguria: _____

Anuria: _____

Otros: _____

Sistema de ayuda:

Sondaje Colector Pañal

Fecha de colocación: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si

Especifique: _____

Otras molestias: _____

Comentarios adicionales: _____

Observaciones:

Tratamiento Médico Actual:

Nombre del enfermero: _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico hemorragia digestiva alta del Hospital nacional Hipólito Unanue, Lima-2019”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales F.M.T. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Rosarias Débora Flores Albino, bajo la asesoría del Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: Francia Morales Tito

DNI: 08904160

Fecha: 28/01/2019

Firma

Apéndice C: Escala de evaluación

