

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA.**

TRABAJO ACADEMICO

**PRESENTADO POR:
LIC. ROCIO SILVA ANTAURCO**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
CUIDADOS CRITICOS ADULTOS**

**ASESOR:
MG. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY**

LIMA – PERÚ

2017

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	3
ABSTRACT AND KEY WORDS	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.1- Base Teórica	7
1.2- Cuidados de Enfermería	13
1.3- Teoría de Enfermería	17
CAPITULO II APLICACION DEL PAE – EBE	
2.1- Valoración Subjetiva y Objetiva	21
2.2- Planteamiento de Objetivos y Prioridades	30-42
2.3- Ejecución de las Intervenciones	30-42
2.4- Evaluación de los Resultados	30-42
CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	
3.1- Conclusiones	43
3.2- Recomendaciones	43
Referencias Bibliográficas	44
Anexos	45

RESUMEN

El presente caso clínico es de un paciente con diagnóstico médico de Hemorragia Digestiva Alta, que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica San Juan, a quien se le proporciona cuidados de enfermería especializados, humanizado y altamente cualificados, utilizando el Proceso de Cuidados de Enfermería como metodología científica.

Se define como hemorragia digestiva alta aquella que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis de sangre fresca o en «poso de café», de melenas, con menor frecuencia, como hematoquecia. Es una emergencia médica frecuente y se pretende la aplicación de protocolos que permita un manejo más homogéneo, mejorar la calidad de los cuidados y optimizar la utilización de recursos.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en 3 capítulos: capítulo I Marco Teórico, capítulo II Aplicación del Proceso Cuidado de Enfermería, capítulo III Conclusiones y Recomendaciones, haciendo uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, fundamentado en La Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: Cuidado, enfermería, hemorragia, digestiva.

ABSTRACT

The present work is about a clinical case of a patient who has been diagnosed of Upper Gastrointestinal Bleeding, and he is in The Intensive Care Unit at San Juan clinic, which is provided by specialized, humanized and highly qualified nursing care who is using the Nursing Care Process as a scientific methodology.

Furthermore, it is defined as upper digestive hemorrhage that it is originate in a lesion located above angles of Treitz. Clinically it manifests itself in the form of hematemesis of fresh blood or in "coffee grounds", manes, of both, or less frequently as hematoquezia. It is a frequent medical emergency and it is intended the application of protocols that allow a more homogeneous management, improve the quality of assistance and optimize the use of resources.

Finally, for this medical case it has been made three chapters: Chapter I, the theoretical framework, Chapter II, nursing care Process Application and Chapter III that it is about the conclusions and recommendations, besides, using of the NANDA taxonomy, NIC and NOC, based in the theory of the fourteen needs of Virginia Henderson.

KEY WORDS: Nursing, care, gastrointestinal, Bleeding.

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva constituye un problema de urgencia médica que exige la toma de decisiones correctas en el momento oportuno. Se define como hemorragia digestiva alta aquella que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz, clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis de sangre fresca o en poso de café, de melenas, de ambas o, con menor frecuencia, como hematoquecia, Su incidencia varía según el área estudiada y entre sus causas destacan la úlcera péptica, gástrica o duodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica, gastritis y las varices esofagogástricas. Samame Medina (2003)

Los centros hospitalarios deben de disponer de protocolos que permitan un abordaje multidisciplinar de este problema, el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva requiere de un trabajo en equipo de la mejor calidad y solo puede obtenerse resultados óptimos cuando los miembros de este equipo multidisciplinario se encuentren capacitados y acordes a los avances tecnológicos, con conocimientos en el cuidado del paciente crítico. El profesional de enfermería forma parte de este equipo multidisciplinario y son indispensables para garantizar la atención del paciente las 24 horas del día. Jaime Arias (2000)

El referente caso clínico tiene como objetivo dar a conocer el Proceso del Cuidado de Enfermería de un paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico médico de Hemorragia Digestiva Alta, entendiéndose este como base y fundamento de todas las actividades de la profesión. El Proceso de Cuidados de Enfermería es un método sistemático de resolución de problemas, que proporciona a los pacientes cuidados personalizados y permite al profesional de enfermería gestionar el cuidado con eficiencia, calidad y con un enfoque humanizado. Consta de 5 fases relacionadas entre sí: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y evaluación.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en 3 capítulos: capítulo I Marco Teórico, capítulo II Aplicación del Proceso Cuidado de Enfermería, capítulo III Conclusiones y Recomendaciones, haciendo uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, fundamentado en La Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1.1- DEFINICIÓN

Se define como toda extravasación de sangre en el tubo digestivo en el tramo localizado entre el esófago y el ángulo de Treitz. Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia.

El sangrado puede provenir de cualquier sitio a lo largo del tubo digestivo, pero a menudo se divide en:

- **Hemorragia digestiva alta:** El tubo digestivo alto incluye el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago), el estómago y la primera parte del intestino delgado.
- **Hemorragia digestiva baja:** El tubo digestivo bajo incluye la mayor parte del intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano

1.1.2.- FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología común a todas las hemorragias digestivas es la de hemorragia masiva: pérdida de volumen circulante y hemoderivados que llevan a un shock hipovolémico y posteriormente al paro cardiorrespiratorio y la muerte.

La hemorragia digestiva alta tiene los fenómenos propios de toda pérdida sanguínea, pero además presenta algunas peculiaridades debido al paso de sangre al tubo digestivo. La hemorragia, sobre todo si es mayor de 500 cc, produce hipovolemia, con el consiguiente

descenso del retorno venoso y presión arterial, lo cual activa mecanismos compensadores como el sistema renina-angiotensina-aldosterona, o la liberación de catecolaminas. Todo ello conlleva a una vasoconstricción periférica y un paso de líquido intersticial a la luz vascular; compensando el sangrado. Si el sangrado es persistente, este mecanismo puede conducir a un shock hipovolémico. Por otro lado, la sangre en el tubo digestivo provoca un aumento del peristaltismo, las proteínas liberadas de la digestión de la sangre son metabolizadas por la flora intestinal bacteriana, liberándose grandes cantidades de amoníaco, que en el hígado será convertido en urea, elevándose sus niveles plasmáticos. En pacientes con daño hepático, que no pueden llevar a cabo esta transformación, el exceso de amoníaco en sangre provoca frecuentemente encefalopatía.

1.1.3.- CAUSAS

Las causas más frecuentes de una hemorragia digestiva alta son:

- Úlcera duodenal.
- Gastritis medicamentosa (lesiones ulceradas múltiples de la mucosa gástrica).
- Várices esofágicas.
- Úlcera gástrica.
- Mallory-Weis.
- Neoplasias digestivas.
- Úlcera Péptica 50—75%de casos.
- Desgarro de la mucosa esofágica.

1.1.4.- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los síntomas de la hemorragia digestiva alta vienen condicionados por múltiples factores, entre ellos, la cuantía del sangrado:

- Si el sangrado es muy importante y agudo, dará lugar a un cuadro, con debilidad, mareo, palidez y sudoración profusa, pudiendo llegar incluso a comprometer la vida del paciente.
- En sangrados leves, agudos o crónicos, la clínica será mucho más larvada. Así, el sangrado crónico puede ser asintomático durante un tiempo más o menos largo y dar lugar, finalmente, a síntomas derivados de la anemia producida.
- Desmayo (síncope).
- Sudoración (diaforesis).
- Taquicardia (más de 100 latidos por minuto).
- Pérdida de más de 250 ml de sangre.
- Melenas.
- Hipotensión.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal.
- Anemia.
- Palidez piel y mucosas.

1.1.5.-COMPLICACIONES

A. SHOCK HIPOVOLEMICO

- Hipotensión severa.
- Taquicardia.
- Sudoración

B. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR NECROSIS TUBULAR

- Oliguria

C. ANGOR HEMODINAMICO

- Dolor torácico

1.1.6.- DIAGNÓSTICO

- **Arteriografía.** (cateterismo de arterias y venas del abdomen)
La indicación de la arteriografía se halla limitada a aquellos pacientes con HDA que presentan una hemorragia persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta o baja, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión.
- **Estereoscopia.** Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroscopia y del colon por colonoscopia. Es una técnica delicada y precisa de sedación del paciente. Además, nos permitirá visualizar el intestino delgado.
- **Gastroscopia.** Deberá practicarse a todos los pacientes con HDA confirmada por la presencia de hematemesis y/o melenas o salida de sangre por la sonda nasogástrica. Se procurará realizarla precozmente, una vez se haya logrado remontar al paciente y cuando éste se encuentre estable hemodinámica mente. Siempre que sea posible se efectuará con sedación del paciente.
- **Esofagogastroduodenoscopia o endoscopia digestiva.** en las primeras 6 horas tras la hospitalización. Ésta prueba permite

el diagnóstico de la causa por visualización directa, así como la toma de biopsias si fuera necesario.

- **gastroscopia o a la colonoscopia** (esófago, estómago, duodeno, colon o última porción de intestino delgado), éstas son el método más útil. Una endoscopia llegará en la mayoría de los casos a precisar el punto del sangrado, a establecer su causa y, en muchas ocasiones, servirá para aplicar un tratamiento eficaz para cortarla. En caso de que la gastroscopia y la colonoscopia no aporten información sobre el origen del sangrado (aproximadamente un 5% de las ocasiones), se realiza una exploración de todo el intestino delgado mediante la cápsula endoscópica.
- **Exploración general completa.** observación de las heces, con la realización de un tacto rectal.
- **colocación de sonda nasogástrica.** En caso de sangrado importante permite el vaciamiento del estómago y controlar la actividad de la hemorragia. No usar si existe sospecha de varices esofágicas.
- **pruebas complementarias.** (radiografías de tórax y abdomen, ECG endoscopia.

1.1.7.- TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS

- **Omeprazol 20 mg vo c/12 horas:** EV: 80 mg en bolo, seguidos de perfusión a 8 mg/hora durante 3 días.
Oral: 40 mg cada 12 horas durante 3 días.
- **Ácido tranexámico:** es un antifibrinolítico, mediante la inhibición del plasminógeno, reduciendo el sangrado, así como la mortalidad de

los pacientes, la dosis es de 3-6 gr / día fraccionado ev. seguido de la misma dosis por vía oral durante 5 días.

- **Ranitidina: 150 mg / c/8 hrs**
- **Omeprazol** cada 12 horas + amoxicilina 1 g cada 12 horas + claritromicina 500 mg cada 12 horas. El tratamiento debe mantenerse durante 7 días.
- **Propranolol:** Útil como profilaxis de HDA por varices esofágicas
Administración de somatostatina (somiatón® ampollas con 2ml con 250µg y con 3mg) en dosis inicial de 250µg en bolo intravenoso seguida, de una perfusión de 250µg/h durante 24-30h. Éste fármaco controla la hemorragia en la mayor parte de los casos tras 15min de administración
- Taponamiento esofágico mediante la sonda balón de Sengstaken-Blakemore. Este es un método transitorio de control de la hemorragia por varices esofágicas que está indicada cuando fracasa la administración la somatostatina y en las hemorragias exanguinantes.
- Esclerosis transendoscópica de las varices
- Ligadura transendoscópica con bandas de las varices
- Cirugía de derivación porto sistémica.

1.1,8.- PREVENCIÓN

- Importante no tomar ningún fármaco que no le haya prescrito previamente el médico.
- Si usted padece una enfermedad crónica que pueda favorecer una hemorragia digestiva alta, debe seguir rigurosamente las instrucciones de su médico y cumplir el tratamiento establecido para evitar la aparición de complicaciones.
- En todos los casos debe abstenerse de beber alcohol y fumar. Siempre que presente usted hematemesis o melenas debe acudir a

una urgencia hospitalaria para que se valore su estado y se pongan las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias.

- Asimismo, debe acudir a su médico siempre que presente síntomas como ardor de estómago, pirosis, etc. o un dolor abdominal persistente.

1.2.- CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Encaminados a prevenir el shock hipovolémico, en primer lugar, monitorización al paciente, colocación de vías periféricas de perfusión de gran calibre, vía central para medición de presión venosa central y controlar:

1. La tensión arterial
2. La presión venosa central
3. La frecuencia cardiaca
4. La temperatura corporal
5. Analítica con gases arteriales, hemograma completo, estudios de coagulación iones y glucemias
6. Pruebas cruzadas para una posible transfusión sanguínea
7. Colocar una sonda nasogástrica para poder observar la evolución de la hemorragia y permita realizar lavados gástricos si fuera necesario.
Colocación de sonda vesical permanente.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

- 1) Confirmar la presencia de la hemorragia;
- 2) evaluar la magnitud del sangrado, y
- 3) comprobar si la hemorragia persiste activa.

Es la situación clínica del paciente la que determina las prioridades de actuación del médico que trata este proceso. Así, cuando la condición clínica del enfermo es óptima, se puede realizar una anamnesis detallada y una exploración clínica cuidadosa. Sin embargo, cuando se trata de una

HDA masiva, que provoca un shock hipovolémico, el paciente no puede proporcionar información y, además, se encuentra en grave riesgo vital.

HDA leve: Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada

y seca. Indica una pérdida de hasta un 10 % de la volemia circulante.

HDA moderada: TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 x', discreta vasoconstricción periférica

(Palidez, frialdad), signos posturales negativos. Pérdida de un 10-25 % de la

Volemia.

Agitación, estupor o coma, anuria. Pérdida superior al 35 % de la volemia

HDA grave: TA sistólica: < 100 mmHg, FC: 100-120 x', intensa vasoconstricción

periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, Oliguria, signos posturales positivos. Pérdida del 25-35 % de la volemia.

HDA masiva: Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso,

En tal caso, es necesario iniciar las maniobras de reanimación que restituyan la estabilidad cardiovascular.

Clasificación hemodinámica de la HDA:

1. Sin repercusión hemodinámica

- PA sistólica >110mmHg
- Fc < 100 lat./min
- **Ausencia del ortostatismo (descenso <10mmHg de PA sistólica y aumento de < 20 lat./min de frecuencia cardiaca)** respecto a la posición del paciente en decúbito.

- Piel seca, de color y temperatura normales

2. Con repercusión hemodinámica: concurren de dos o más signos de los siguientes

- PA sistólica <100mmHg
- Frecuencia cardiaca > 100lat/min

- Cambios significativos en el ortostatismo (descenso >10 mmHg en la PA sistólica y aumento >20lat/min de frecuencia cardiaca)
- Evidencia de hipoperfusión periférica: palidez, sudoración, frialdad de piel, pérdida de recuperación capilar, cianosis, livideces y alteraciones del estado de la conciencia.

SISTEMÁTICA DE LA REANIMACIÓN HEMODINÁMICA

- a. Los pacientes con hemorragia activa que presenten hematemesis, especialmente si presentan alteración del nivel de conciencia, tienen un alto grado de sufrir una bronca aspiración pulmonar. Por ello es conveniente colocar al paciente en posición de decúbito lateral e intubarlo si fuera necesario. Si además existe una grave alteración hemodinámica, se debe adoptar la posición de Trendelenburg para mejorar la perfusión cerebral. Una vez recuperados es mejor mantenerlos en posición semisentada para mejorar los movimientos respiratorios otra medida que contribuye a mejorar la respiración es la colocación de una cánula nasal rechazando la mascarilla por el riesgo de aspiración pulmonar en caso de hematemesis.
- b. Se deben colocar dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre (14-16G) para iniciar la reposición de volemia. Es más rápido conseguir que dos enfermeras simultáneamente obtengan dos vías periféricas de grueso calibre que intentar canalizar una vía central.
- c. En la HDA graves o masivas una vez mejorada la situación hemodinámica se canalizará una vía central (preferible la yugular interna por el rápido acceso sin comprometer al resto del equipo que está reanimando) que permita conocer la presión venosa central y controlar así el volumen de líquidos a infundir al paciente. También como es natural se colocará una sonda vesical para control exhaustivo de la diuresis y no provocar una situación de colapso circulatorio
- d. Al mismo tiempo que colocamos la primera vía periférica venosa antes de perfundir se extraerá muestras sanguíneas para hemograma completo, urea/BUN, creatinina, glucosa, ionograma,

estudio de coagulación completo, gasometría venosa, determinación de tipaje y pruebas cruzadas por si tuviera que ser trasfundido. Si la hemorragia fuera importante se debe reservar en el banco de 2-4 unidades de concentrado de hematíes ya tipadas en el banco de sangre por si fuera necesario de forma urgente.

- e. Fluidoterapia: se iniciará rápidamente con la administración rápida de soluciones cristaloides (suero fisiológico o ringer lactato) y si el paciente lo requiere expansores del plasma (gelatinas, dextrans, etc....) En determinados pacientes como los cardiópatas o hepáticos se debe ser más estricto en la reposición de la volemia, aunque si la situación clínica lo exige tendrá prioridad la recuperación hemodinámica del paciente. La velocidad de la infusión se debe adecuar a la gravedad de la hemorragia y a la recuperación de los indicadores hemodinámicos del paciente (TA, FC, PVC, diuresis)
- f. Transfusión sanguínea de hemoderivados debe de ser individualizada en cada paciente y será valorada en función de la hemoglobina y del hematocrito, aunque en la hemorragia aguda los valores iniciales tienen poco valor.
- g. Respecto al producto a elegir se debe recordar que lo tratamos es de mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, por lo que se debe transfundir es concentrado de hematíes. Los pacientes que presenten coagulopatías con INR prolongado se debe transfundir plasma fresco o plaquetas respectivamente, y si existiera una coagulopatía específica (hemofílicos,) se remplazarán los factores específicos de coagulación.
- h. Monitorización de los pacientes con signos de hemorragia activa y grave inestabilidad hemodinámica (shock, hipotensión ortostática, alteración del nivel de conciencia y oliguria) deben ingresar en la unidad de cuidados intensivos para proceder a su estabilización. El control de la diuresis es fundamental para controlar la perfusión tisular. Se deben registrar aparición de nuevas hematemesis o melenas, así como su cantidad y frecuencia. Las hemorragias leves

pueden ser observadas en una unidad de hospitalización convencional. La frecuencia de los controles viene determinada por la situación clínica del paciente, oscilando desde una monitorización constante de FC y TA desde el inicio de la reanimación, hasta intervalos de 4 horas durante las primeras 24-48h desde la estabilización y posteriormente cada 8-12h durante los días posteriores

- i. Otras exploraciones: se realizará un ECG a todas las personas con HDA y también es conveniente la realización de un Rx tórax. Deben realizarse controles periódicos de análisis de sangre para control de hemorragia y desequilibrio ácido-base.
- j. Supresión de la secreción gástrica del ácido.
- k. En HDA activas o con elevado riesgo de recidiva es preciso informar al servicio de Cirugía de guardia por si fuera necesario intervención quirúrgica de urgencia.
- l. La endoscopia que es sin duda la mejor exploración para efectuar el diagnóstico de la lesión sangrante y debería ser llevada a cabo a casi todos los pacientes. Los riesgos y contraindicaciones incluyen la bronca aspiración (especialmente en pacientes agitados, excesivamente sedados o con encefalopatía), la hipoventilación (generalmente asociado a sobre sedación) y la hipotensión (asociada a una inadecuada reposición de la volemia). Otras complicaciones pueden aparecer como la hemorragia o la perforación como consecuencia de la terapéutica endoscópica. Brunner (2017)

1.3- TEORÍA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson Fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 definiendo a la enfermería como: La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la

realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.

META PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Salud: Margen de vigor físico y mental que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y desarrollo de un individuo.

Persona: Individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila. El cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Elementos importantes de su teoría:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Desarrolla el criterio de independencia.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros"
- Similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las Necesidades Humanas

- Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.
- Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existe independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.
- De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.
- El fundamento de su teoría es que normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente),

14 Necesidades Básicas

- a. Respirar normalmente.
- b. Comer y beber adecuadamente.
- c. Eliminar por todas las vías corporales
- d. Moverse y mantener posturas adecuadas.
- e. Dormir y descansar.
- f. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- g. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

- h. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- i. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- j. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- k. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- l. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- m. Participar en actividades recreativas.
- n. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

CAPITULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS DE FILIACION:

- **Nombres y Apellidos** : Ñ.Q.D
- **Edad** : 65 años
- **Sexo** : Masculino
- **Lugar de nacimiento** : Lima
- **Procedencia** : Av. Las Flores nº152

DATOS DE HOSPITALIZACION:

- **Hospital** : Clínica San Juan Bautista
- **Servicio** : UCI
- **N° Seguro** : 7241389
- **N° de cama** : 02
- **Fecha de ingreso** : 10/092017
- **Ingreso** : Servicio Emergencia- Trauma
shock
- **Hora de ingreso** : 7 am.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

- ✓ intervenciones quirúrgicas operado de próstata hace 1 año-
- ✓ Niega DM HTA TBC.
- ✓ Niega alergias.

MOTIVO DE INGRESO:

Familiar del paciente refiere que hace aproximadamente 11 hr presenta malestar general y dolor de estómago y se aplica medicamento que le dan en farmacia, pero el dolor persiste, luego presenta vómitos con sangre, debilidad generalizada, palidez y es traído por emergencia.

1.3 SITUACION PROBLEMATICA

DATOS SUBEJTIVO: paciente adulto mayor con pseudoanalgesa RAMSAY -4.

DATOS OBEJTIVOS: Paciente adulto mayor de 60 años se encuentra en la unidad de cuidados intensivos con soporte ventilatorio, ventilando por TET, conectado al ventilador mecánico con los parámetros ventilatorios establecidos en modo A/C: PEEP 5, FIO2 70%,FR: 15, con sedo analgesia: Rass -4, pupilas isocoras puntiformes reactivas a la luz 1/1 piel pálida fría , mucosa oral secas ; SNG a gravedad con secreción Hemática en regular cantidad, con CVC en subclavia derecha de tres lúmenes; pasando infusión de sedo analgesia fentanilo y midazolán ; más infusión vasopresor noradrenalina, a dosis titulable, línea arterial en MSD; a la auscultación mv pasa en ACP , Abdomen distendido , presencia de RH (++) , presencia de sonda Foley permeable con diuresis colúrica, no déficit motor, al control de FV; T: 35.5°C,FC: 120 FR:35, PA 80/40 mmHg ,PAM 53 PVC: 4 cm H2O, taquicárdico, hipotenso, sudoración profusa con inestabilidad hemodinámica, permanece en la unidad en monitoreo invasivo.

❖ Exámenes Auxiliares:

- Aga y electrolitos
- Rx. tórax post intubación y cvc.

- Hemograma.
- perfil hepático.
- Ecografía abdominal.
- Biopsia.

AGA Y ELECTROLITOS	VALORES NORMALES
PH 7.31	7.35 – 7.45
PCO2 26.2 mmHg ↓	40- 45 mmHg
PO2 67 mmHg ↓	75 – 85 mmHg
HCO3 13.1meq ↓	22-28 meq
SPO2 93 %	95-99%
Sodio 136 meq	136-146 meq
Potasio 3.7meq	3.5-5.0 meq
Cloro 103 meq	102-109 meq

PERFIL HEPATICO	VALOR NORMAL
fosfatasa alcalina 77 u/l	44 – 147 u/l
Transaminasas 14 u/l	5 – 60 u/l
Bilirrubina 0.6 mg/dl	0.3 – 1.9 mg/dl

HEMOGRAMA	VALORES NORMALES
HB 5.5 mg/dl ↓	13.5 – 16 mg/dl
Hematocrito 23.1% ↓	40 – 54 %
Leucocitos 10.900 mil/mm ³ ↑	4,8 - 10,5 mil/mm ³
Plaquetas 329.000 /mm ³	150.000 400.000 /mm ³
Amilasa 47 u/l	20 – 96 u/l
Lipasa 33 u/l	12 – 70 u/l
Urea 74 mg/dl ↑	7 – 20 mg/dl
Creatinina 0.8 mg/dl	0.7 – 1.3 mg/dl
PCR 14.97 mg7dl ↑	0.1 – 1 mg/dl
glucosa 92mg/dl	82 – 102 mg/dl

❖ ECOGRAFÍA ABDOMINAL

En la ecografía se observa:

- ✓ Esteatosis hepática leve.
- ✓ Quiste simple en riñón derecho.
- ✓ Ectasia calicial izquierda.
- ✓ Meteorismo abdominal incrementado

❖ **Diagnostico medico:**

- HDA
- Anemia severa
- Shock hipovolémico hemorrágico.
- Acidosis metabólica.

❖ **Tratamiento médico:**

- NPO
- Ventilación Mecánica
- Dextrosa 5% 1000ml + clna20% 1amp + clk20% 1 amp pasar a 80cc/h
- Poligelina 300ml STAT
- Midazolam 50 mg + CLNa 0.9% 100cc pasar a 10cc/h
- Fentanilo 1 amp + CLNa 0.9% 100cc pasar a 10cc/h
- Noradrenalina 4 mg 2 amp en 100 de dextrosa al 5% pasar en 10cc/h
- Ácido tranexámico 1 amp c/8 ev
- Metoclopramida 10mg ev c/8 hrs
- Vitamina k 01 amp c/6 hrs ev
- Omeprazol 05 amp + CLNa 0.9% 500cc a 20cc/1h
- Dimenhidrinato 50 mg c/8 ev
- BHE
- Colocar Sonda Foley.
- AGA y electrolitos
- Transfusión de 2 PFC,
- Transfusión de PG

VALORACION POR DOMINIOS

DOMINIO	DATOS RELEVANTES
<p>DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO (clase 4: función respiratoria) Deterioro del intercambio de gases (0402)</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>AGA: PH: 7.31 ↓ PCO2: 26.2 mmHg HCO3: 13.1meq/l PO2: 67mmHg Pafi: 96 mmHg.</p>
<p>DOMINIO: 2 NUTRICION (CLASE 5 Hidratación)</p> <p>Desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematemesis ✓ Distención abdominal. ✓ Diuresis de >30cc/h ✓ PVC 5ccH2O

<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>Clase 4 Perfusión tisular inefectiva</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Fc 120xmin,</p> <p>Piel fria.</p> <p>PAM 53mmhg</p> <p>hipo perfusión</p>
<p>DOMINIO11: SEGURIDAD PROTECCION</p> <p>(Clase 2 lesión física o daño corporal)</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Inmovilización física,</p> <p>Piel fría.</p>
<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION</p> <p>Clase 2: Riesgo de Infección</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Paciente con TOT mas VM, CVC, vía periférica con SNG, Sonda Foley</p>
<p>DOMINIO11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Clase :2 lesión física</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>paciente con secreciones por TET, vómitos.</p>

<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES Clase 2:Afrontamiento Familiar comprometido</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable. DATOS OBJETIVOS: Familiares preocupados por el estado de salud de la paciente,</p>
<p>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES Clase. -3 valores/creencias congruencias de la acción</p>	<p>DATOS SUBJETIVO: Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable. DATOS OBJETIVOS: Facies de angustia.</p>

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

1. Deterioro del intercambio Gaseoso R/C, desequilibrio en la ventilación perfusión m/p PH: 7.31, PCO₂: 26.2, HCO₃: 13.1, PaO₂ 67mmHg.
2. Déficit de volumen de líquidos R/C perdidas activas (hematemesis, sangrado 500cc por SNG) m/p diuresis >30cc por hora, PVC 5ccH₂O.
3. Perfusión tisular ineficaz periférica R/C hipovolemia, m/p frialdad distal.
4. Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física
5. Riesgo de infección R/C Procedimientos Invasivos.
6. Riesgo de aspiración R/C acumulo de secreciones y vomito
7. Afrontamiento familiar comprometido R/C incertidumbre sobre el estado de salud de la paciente y desconfianza para afrontar la situación m/p Manifestación verbal del familiar.
8. Sufrimiento moral R/C pérdida de autonomía.

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION E ENFERMERIA Y EBE

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION DE OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>AGA:</p> <p>PH: 7.31 ↓</p> <p>PCO2: 26.2mmHg</p> <p>HCO3: 13.1 meq/l</p> <p>PaO2: 67mmHg</p> <p>Pafi: 97 mmHg</p> <p>SaO2: 95%</p>	<p>Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C desequilibrio en la ventilación perfusión.</p> <p>m/p AGA anormal</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mejorará el intercambio gaseoso durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Paciente mejorará los resultados del AGA durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene en posición semifowler. • Se ausculta ACP. • Se vigila la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones. • Se monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno y soporte ventilatorio. • Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM. • Se Toma muestra para AGA, y se interpreta los resultados. • Se aspira secreciones de acuerdo a la necesidad. 	<p>Paciente presenta AGA:</p> <p>PH: 7.4</p> <p>PaO2:100</p> <p>HCO3: 26</p> <p>PCO2: 42</p> <p>SatO2: 95%</p>

			<ul style="list-style-type: none">• Se evalúa las características de las secreciones respiratorias del paciente.• Se coloca un tubo de mayo para impedir morder el TOT• Se evita el desplazamiento del TOT, fijar y marcar el número de fijación.• Se cambia los filtros humidificador o antibacteriano, cada vez que sea necesario.• Se cambia la cinta de sujeción cada 24h, inspeccionando la piel y mucosa bucal y mover el tubo al otro extremo.• Monitoreo de BHE.	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">• Se vigila la respuesta del paciente en sincronía con el ventilador.	
--	--	--	---	--

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Hematemesis. Perdida sanguínea 500cc por SNG. PVC: 5ccH2o PA 80/40 mmhg Fc: 120xmin.</p>	<p>Déficit del volumen de líquidos R/C pérdida activa (Hematemesis, sangrado de 500cc por SNG) M/P, Diuresis: 30cc/h PVC: 5ccH2O</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Paciente recuperara el volumen de líquidos durante su estancia en UCI</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Paciente presentará PAM > 80mmhg. Mantener soporte transfuncional</p>	<p>Manejo De Líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene acceso I.V. permeable y CVC. ➤ BHE. ➤ Se administra terapia Intravenosa. ➤ Se administra coloides y cristaloides según indicación. <p>Manejo de Electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se vigila el estado de hidratación. ➤ Se controla resultados de laboratorio. ➤ Monitorizar signos vitales. ➤ Se determina la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario. <p>Manejo de la Hipovolemia:</p>	<p>-Paciente presenta PAM 80mmhg.</p> <p>-Hto 30% Hb 10mg/dl luego de 6 horas de la transfusión sanguínea.</p> <p>-PVC: 8ccH2O</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le monitoriza el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC. ➤ Se vigila las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea). ➤ Se monitorizar la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda ➤ Se usa una bomba infusión para mantener un flujo constante de infusión intravenosa. ➤ Se administra los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda. <p>.</p> <p>Manejo de Shock</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">➤ Se controla la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.➤ Se administra líquidos EV. como cristaloides y coloides.➤ Se administra líquidos ev. y hemoderivados.➤ Se administra oxígeno, ventilación mecánica.➤ Se realiza gasometría arterial.➤ Se administrar hemoderivados (concentrados de hematíes, plaquetas o plasma fresco congelado).➤ Se monitoriza los estudios de laboratorio (p. ej., lactato sérico, equilibrio acido base, perfiles metabólicos y electrolitos).	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Fr 35xmin</p> <p>SatO2 93%,</p> <p>Piel fria.</p> <p>Hb 5.5mg/dl</p>	<p>Perfusión tisular ineficaz periférica R/C hipovolemia, m/p frialdad distal.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mejorara el riego tisular periférico durante su estancia hospitalaria.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO.</p> <p>Paciente mantendrá un riego tisular adecuado:</p> <p>Estable hemodinámicamente, piel tibia normotérmica, PAM mayor a 70 mmHg PVC de 8 – 12 cc H2O, balance hídrico (+) llenado capilar 2”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se coloca 2 vías de grueso calibre. ➤ Se administración de grandes volúmenes de líquidos (cristaloides, coloides, sangre y hemoderivados). ➤ Se monitorizar signos vitales. ➤ Se valora BHE. ➤ Se vigila los gases en sangre arterial para valorar si hay hipoxia y acidosis metabólica. ➤ Se mantiene vía venosa permeable ➤ Mantener actualizados los registros incluyendo signos vitales y administración de medicamentos. ➤ Vigilar signos y síntomas de sobrecarga hídrica. 	<p>Paciente con pronóstico reservado.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Dato Subjetivo</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica,</p> <p>No evaluable</p> <p>Dato Objetivo</p> <p>Inmovilización física.</p> <p>Piel fria</p>	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mantendrá piel integra durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se cambia de posición cada 2 horas. ➤ Se observa y evaluar el color, textura temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel. ➤ Se observa si hay fuentes de presión y fricción ➤ Se mantiene limpia, seca e hidratada la piel del paciente. ➤ Se mantiene la cama limpia, seca y sin arrugas ➤ Se realiza la limpieza de la piel con jabón antibacteriano. ➤ Se realiza masajes con cremas que no contengan 	<p>Paciente mantiene la piel integra libre de lesiones.</p>

			alcohol sobre zonas con mayor presión.	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente en ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Familiares preocupados por el estado de salud de la paciente,</p>	<p>Afrontamiento familiar comprometido R/C incertidumbre sobre el estado de salud de la paciente y desconfianza para afrontar la situación m/p Manifestación verbal del familiar.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Familiares afrontaran los cambios de rutina por el estado de salud del paciente.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO.</p> <p>Familiares recibirán información respecto al estado de salud de la paciente diariamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda apoyo emocional a la familia con respecto al proceso de internamiento en la UCI. ➤ Se ayude a la familia a identificar y solucionar los conflictos de valores. ➤ Se busca apoyo del especialista para apoyar a la familia sobre el caso del paciente. ➤ Refuerce a la familia con respecto a las estrategias para enfrentar los problemas. 	<p>Familiares muy preocupados por el estado de salud del paciente, pero muestran colaboración y disponibilidad en todo momento.</p>

	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Dato Subjetivo</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica,</p> <p>No evaluable</p> <p>Dato Objetivo</p> <p>Vomito (hematemesis).</p> <p>Rass -4</p>	<p>Riesgo de aspiración R/C acumulo de secreciones y vómitos (hematemesis).</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mantendrá vía aérea permeable durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se cambia de posición cada 2 horas. ➤ Se aspira secreciones a libre demanda. ➤ Manejo de vía aérea ➤ Vigilar el color de la piel. ➤ Manejo de la sedación. ➤ Mantener dispositivo traqueal inflado. ➤ Mantener equipo de aspiración disponible. ➤ Observar si hay fatiga muscular diafragmática. 	<p>Paciente mantiene vía aérea permeables.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente con TOT mas VM, CVC, vía periférica con SNG, Sonda Foley</p>	<p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mantendrá temperatura y Hemograma dentro de los límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda cuidados teniendo en cuenta los cinco momentos de la Bioseguridad, Lavado de manos. ➤ Se cambia sujetador del TOT cada vez que sea necesario. ➤ Se realiza limpieza y curación de la CVC y catéter periférico y SNG según guía de procedimientos. ➤ Se vigila control de hemograma, hematocrito y leucocitos. ➤ Se aplica medidas antisépticas durante los procedimientos. ➤ Se vigila temperatura corporal. ➤ Se vigila vigencia de catéteres. <p>Se tiene en cuenta la higiene perineal y el cambio de la sonda Foley y protocolo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente presenta temperatura de 36°C

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente en Ventilación mecánica, No evaluable.</p> <p>DATOS OBJETIVO</p> <p>Agitación. Angustia.</p>	<p>Sufrimiento moral R/C pérdida de autonomía m/p facies de angustia.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente se mantendrá tranquilo durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar al paciente que se mantenga tranquilo. ➤ Conversar con la familia ➤ Establecer periodo de descanso frecuente. ➤ Observar cambios de humor. ➤ Observar si el paciente padece ansiedad. ➤ Permanecer cerca del paciente. 	<p>Paciente no presenta facies de angustia.</p>

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.- Conclusiones

El Proceso del Cuidado de Enfermería es una metodología científica que permite sistematizar intervenciones y personalizar los cuidados a pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva, mejorando la calidad de atención.

El uso de diagnósticos enfermeros NANDA, NIC NOC, nos permite proporcionar cuidados holísticos y humanizado, y comunicarnos en un lenguaje común entre los enfermeros.

3.2 - Recomendaciones

Se recomienda incluir en el Plan de Capacitación institucional, la capacitación del Proceso del Cuidado de Enfermería Basado en evidencias en la atención del paciente en unidades críticas servicio de emergencia

Todas las enfermeras que laboran en unidades críticas como el servicio de emergencia deben ser especialistas y gestionar el cuidado especializado.

IV.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Bravo Peña Mery. Guía Metodológica del Pae Taxonomía Nanda NOC NIC. 4ta ed. 2016.
2. Cortez Cuaresma, Castillo lujan. Guía para elaborar Nanda NIC, NOC.6ta ed. Rrohhas Lima Perú 2012
3. Jaime Arias, Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar;2000.
[Books.google.com.pe/books/id](https://books.google.com.pe/books/id).
4. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de resultados en Salud, 5ta edición, Editorial Elsevier, Barcelona 2014.
5. NANDA INTERNACIONAL, Diagnósticos Enfermeros: definiciones clasificación 2015- 2017, 3ra edición, Ed. Elsevier, 2016, Barcelona
6. BRUNNER Y SUDART, Tratado de enfermería Médico Quirúrgica, 12ava edición, Mc Graw Hill, Interamericana, 2017.

IV.- ANEXOS