UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS

VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN URGENCIA Y EMERGENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

"DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA PARA ENFERMERAS: MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA, SERVICIO DE URGENCIA, HOSPITAL EZEQUIEL ABADÍA, SONÁ, 2026"

PRESENTADO POR:

FRANCHESCA UZKUDUN MARÍN

9-730.2383

ASESORA:

DOCTORA ANDREA MOJICA

2026

CONTENIDO

Resumen 3
Introducción 5
CAPÍTULO 1 6
Marco Conceptual 6
1.1. Planteamiento del problema 6
1.2. Justificación 7
1.3. Objetivos Fase Diagnóstica 9
1.3.1. General: 9
1.3.2. Específicos: 9
CAPÍTULO 2 10
Marco Teórico 10
2.1 Definición de Hemorragia Digestiva 10
2.1.2Manifestaciones clínicas: 10
2.1.3 Clasificación: 11
2.2.1 CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 11
2.2.3. Medios Diagnóstico para Hemorragia Digestiva Alta 13
2.2.4. ***Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA).*** 14
2.3.1. Manifestaciones clínicas: 15
2.3.2. Causas 16
2.3.3. Medios Diagnósticos 17
2.3.4. Tratamiento 18
3. MARCO METODOLÓGICO 20
3.2. **Población y Muestra** 20
3.3. **Variable** 21
3.4. **Instrumento** 24
3.5. Análisis de los Datos 24
3.6. Procedimiento 25
3.7. **Consideraciones Éticas** 28
CAPITULO 4 30
ANÁLISIS DE RESULTADOS 30
Conclusiones 39
Recomendaciones 40
Anexos 44

PRESUPUESTO: 44
CRONOGRAMA 45
IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA EDUCATIVA 47
CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ 50
CONSENTIMIENTO INFORMADO 51
INTERVENCIÓN 58
GUÍA EDUCATIVA 62
ANEXOS COMPLEMENTARIOS
…….. 113

Resumen

En la última década, se ha observado un aumento en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas que afectan múltiples funciones orgánicas. Entre estas, la hemorragia digestiva destaca como una emergencia médico-quirúrgica con alta morbimortalidad, siendo una causa común de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias. Su etiología es diversa y la edad constituye un factor de riesgo significativo. En este contexto, la formación continua de las enfermeras es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención. El **objetivo** fue diseñar una guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencia. **Material y Método**: Se realizó un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, no experimental. La muestra comprendió 24 enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Ezequiel Abadía de Soná. Se aplicó un pretest mediante un cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos para determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras. Posteriormente, se llevó a cabo una intervención educativa de capacitación como apoyo para las enfermeras en el cuidado de pacientes con hemorragia digestiva; seguido a esto, se aplicó un postest para valorar la efectividad de la intervención. El **análisis** de los datos se realizó con Microsoft Excel 16.0 2018 y SPSS versión 29. **Resultados:** Tras la intervención educativa, las enfermeras incrementaron sus competencias y confianza en el manejo de pacientes con hemorragia digestiva en el servicio de urgencias, mejorando la atención proporcionada.

Palabras claves: hemorragia digestiva, servicio de urgencia, guía educativa para enfermeras.

Introducción

La hemorragia digestiva es una emergencia frecuente, comúnmente asociada a elevada morbimortalidad. Esta patología representa un alto costo sanitario y económico y es una causa frecuente de hospitalización en los servicios de urgencia.

Constituye uno de los principales motivos de hospitalización por enfermedades del tracto gastrointestinal, y se puede acompañar de una significativa morbimortalidad en grupos de riesgo, como son los pacientes mayores de 65 años. De modo general, la tasa cruda de la HD a nivel mundial va entre 37 a 172 casos por cada 100.000 (Martínez et al., 2021)

En la última década, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas ha impactado significativamente en la salud de la población, afectando diversos sistemas, incluido el digestivo. La hemorragia digestiva, causada por lesiones en el esófago, estómago o duodeno, tiene múltiples etiologías, entre las que destacan las úlceras pépticas, lesiones agudas de la mucosa gástrica, gastritis y várices esofágicas.

La atención de pacientes con hemorragia digestiva exige la implementación de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, que permitan estandarizar los criterios de evaluación y priorizar intervenciones efectivas basadas en evidencia científica. Como señala Vera (2019), estos instrumentos "dan mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y desalientan la utilización de otras intervenciones de efectividad ".

En este contexto, el papel de la enfermera es crucial, requiriendo una formación continua que no solo actualiza conocimientos, sino que también transforma la práctica laboral y social para mejorar la disposición en la atención del paciente.

Este proyecto de intervención se enfoca en abordar la necesidad de evaluar y mejorar el conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de la hemorragia digestiva en los servicios de urgencia. El objetivo del estudio es desarrollar una guía actualizada que facilite una respuesta más rápida y efectiva a las necesidades de los pacientes con esta condición, contribuyendo así a la mejora de la atención y potencialmente a la reducción de la morbimortalidad asociada a esta patología.

CAPÍTULO 1

Marco Conceptual

1.1.Planteamiento del problema

La hemorragia digestiva representa una condición clínica prevalente y potencialmente grave en los servicios de urgencia hospitalaria. Según la Asociación Española de Gastroenterología (AEGASTRO, 2019), su prevalencia oscila entre 48 y 160 casos por cada 100.000 habitantes. Esta patología se manifiesta principalmente a través de hematemesis o deposiciones melénicas, aunque el color de las heces no siempre es un indicador fiable del origen de la hemorragia.

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es particularmente preocupante, siendo la emergencia gastroenterológica más frecuente a nivel mundial, con una prevalencia de 150 por 100.000 adultos por año y una mortalidad entre el 10% y el 20%. Por su parte, la Hemorragia Digestiva Baja (HDB), aunque menos común, también puede ser mortal y manifestarse como anemia ferropénica o sangre en heces (Guachamín et al., 2020).

En Latinoamérica, la mortalidad por sangrado digestivo se estima en un 4%, con una incidencia mayor en el sexo masculino (Cuarta-Agudelo et al., 2020). La gravedad de esta condición aumenta con la edad del paciente y la presencia de comorbilidades, lo que subraya la importancia de una intervención rápida y efectiva por parte de la enfermera y el equipo de salud en los servicios de urgencias.

Un estudio realizado en Panamá por Duarte-Chang et al. (2016), identificaron 218 pacientes con hemorragia digestiva en el servicio de urgencia del Hospital Santo Tomás entre 2015 y 2016, evidenciando que esta problemática también afecta significativamente al país.

Dada la frecuencia y potencial gravedad de esta condición, es crucial evaluar el nivel de conocimiento que poseen las enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias. Este conocimiento debe abarcar desde la identificación de poblaciones en riesgo hasta el manejo en etapas críticas. La creación de una guía actualizada y específica para enfermeras podría mejorar significativamente la calidad de la atención, estandarizar los protocolos de manejo y en última instancia, reducir la morbimortalidad asociada a esta condición.

En este contexto, surge la necesidad de desarrollar una guía de manejo para el sangrado digestivo que sea accesible y comprensible para todo el personal de enfermería, tanto para aquellos que ya

trabajan en el área como para los nuevos integrantes. Esta guía no solo facilitaría una respuesta más rápida y efectiva a las necesidades de los pacientes, sino que también promovería la actualización continua del personal en esta área crítica de la atención de urgencias.

Por lo tanto, la pregunta central de esta investigación es: ¿Será efectiva una guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias?

1.2.Justificación

La hemorragia digestiva (HD) representa un desafío crítico en el ámbito de la salud, exigiendo una intervención médica inmediata y efectiva. En este escenario, el papel de la enfermera es fundamental para garantizar una atención integral y de alta calidad a los pacientes afectados.

En el contexto hospitalario, especialmente en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos, el manejo oportuno y adecuado de la HD es crucial para reducir la morbimortalidad asociada. Sin embargo, se ha identificado una brecha significativa en el conocimiento y aplicación de protocolos estandarizados por parte de equipo de enfermeras, quienes desempeñan un papel vital en la detección temprana y atención inicial de estos pacientes.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad urgente de reevaluar las prácticas actuales y desarrollar guías de manejo basadas en la mejor evidencia científica disponible. En consecuencia, surge la necesidad imperiosa de conocer el grado de información que mantiene la enfermera sobre el manejo de la HD en los servicios de urgencias y determinar cómo una guía educativa podría mejorar la atención brindada a los pacientes con esta condición.

Las enfermeras desempeñan un papel crucial en la evaluación continua de los signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la oxigenación, lo cual es fundamental para detectar cambios que puedan indicar complicaciones. Además, son responsables de administrar con precisión los medicamentos prescritos, asegurando así el control del sangrado y la prevención de complicaciones.

La intervención de la enfermera no solo promueve la estabilidad hemodinámica del paciente, sino que también facilita una recuperación más rápida y efectiva mediante cuidados individualizados. El compromiso con la actualización constante y el uso de tecnologías avanzadas, como vendajes compresivos y monitoreo no invasivo, permite a las enfermeras mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

El desarrollo de guías basadas en evidencia científica proporciona un marco estructurado para el manejo eficiente y seguro de las hemorragias digestiva en el servicio de urgencias. Estas guías no solo estandarizan las prácticas clínicas, sino que también fomentan la coordinación interdisciplinaria, garantizando así una atención coherente y continua.

La creación de estas guías resulta fundamental para mantener a los profesionales actualizados en cuanto a los desarrollos científicos y tecnológicos, garantizando que la atención proporcionada se base en las evidencias más sólidas disponibles. Esto no solo beneficiará a las enfermeras al potenciar su conocimiento y la implementación de protocolos estandarizados, sino que también contribuirá a la reducción de la morbimortalidad asociada a la hemorragia digestiva (HD) a través de un manejo adecuado y oportuno.

Además, favorecerá la estabilidad hemodinámica del paciente, facilitando una recuperación más rápida y efectiva. Estas guías abordan una brecha significativa en el conocimiento y la aplicación de protocolos para el manejo de la HD, integrando los últimos avances en el cuidado de pacientes con esta condición. Al proporcionar un marco estructurado para la gestión eficiente y segura de la HD en servicios de urgencias, se estandarizan las prácticas clínicas, lo que mejora la calidad de la atención a los pacientes y apoya a las enfermeras en la evaluación continua de signos vitales críticos y en la administración precisa de medicamentos.

Los resultados de este estudio serán divulgados a través de diferentes estrategias para maximizar su impacto y alcance. Se organizarán charlas y talleres dirigidos al personal de enfermería y otros profesionales de la salud en los servicios de urgencias, con el objetivo de presentar la guía educativa de manejo de la hemorragia digestiva basadas en evidencia. De igual forma, se contará con un código QR donde se podrá consultar la nueva guía educativa en el momento necesario.

1.3.Objetivos Fase Diagnóstica

1.3.1. General:

- Diseñar una guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel.

1.3.2. Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre la hemorragia digestiva en el servicio de urgencia mediante la aplicación del pretest.
- Categorizar el nivel de conocimiento sobre hemorragia digestiva que tienen las enfermeras en el servicio de urgencia a través de los resultados del pretest.
- Identificar las necesidades educativas sobre hemorragias digestivas que tienen las enfermeras en el servicio de urgencia.
- Elaborar una guía educativa sobre el manejo de la hemorragia digestiva, que facilite el aprendizaje significativo y promueva la mejora de habilidades clínicas en enfermería.

CAPÍTULO 2

Marco Teórico

2.1 Definición de Hemorragia Digestiva

Hemorragia digestiva (HD): Es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo desde el esófago hasta el ano. La hemorragia digestiva es la causa más común de hospitalización relacionada con trastornos gastrointestinales, es un motivo frecuente de consulta en urgencias, que implica además un importante número de ingresos tanto al área crítica de Urgencias, Unidad Adultos Área de Cuidados Intensivos y hospitalización. La mortalidad por esta causa es variable, se estima entre el 3,5% al 10,0% (Guachamín et al., 2020).

2.1.1 Factores de Riesgo:

- Edad avanzada: a medida que las personas envejecen, el riesgo de hemorragia digestiva alta aumenta significativamente.
- Uso de medicamentos: el uso de anticoagulantes y medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) son factores de riesgo importantes. Los AINES, en particular, están asociados con un riesgo elevado de úlceras pépticas y sangrado.
- Historia previa de hemorragia: tener antecedentes de hemorragia digestiva alta incrementa considerablemente el riesgo futuro (Rodríguez, 2019).
- Consumo de alcohol y tabaquismo: estos hábitos están relacionados con un mayor riesgo de desarrollar úlceras y, por ende, hemorragias. Un estudio encontró que el 27.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta eran consumidores de alcohol y el 35.8% eran fumadores.
- Enfermedades crónicas: condiciones como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática aumentan el riesgo.
- Infección por Helicobacter pylori: esta bacteria está asociada con la gastritis y las úlceras pépticas, que son causas comunes de hemorragia digestiva alta (Wilkins et al., 2020).

2.1.2 Manifestaciones clínicas:

- Hematemesis: el vómito de sangre, que puede ser roja, fresca, con coágulos si corresponde a una hemorragia activa y no ha sido digerida aún en el estómago, o en forma de “posos de café”, si ha dado tiempo a digerirla y a la formación de hematina.

- Melena: emisión de heces negras “como el alquitrán”, debido a la formación de hematina ácida en la cavidad gástrica con evacuación posterior (Pueden persistir hasta cinco días después del cese del sangrado).
- Hematoquecia: evacuación de sangre roja parcialmente digerida que, si se produce proximalmente al ángulo de Treitz, implica tránsito acelerado que no da tiempo a la digestión de la hemoglobina por el ácido gástrico (Vázquez, 2020).
- Rectorragia: es la emisión de sangre roja por el ano sola o asociada con las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto (Galindo 2020, pág. 1).

2.1.3 Clasificación:

- De acuerdo al volumen: depende de los centímetros cúbicos de pérdida de sangre se clasifica en hemorragia leve, moderada, grave y masiva.
- De acuerdo al lugar de origen: se considera como referente el ángulo de Treitz. Se clasifican en Hemorragia Digestiva Alta (HDA) y Hemorragia Digestiva Baja (HDB)

2.2. Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine próxima al ligamento de Treitz (Yunga y Montenegro, 2020, pág. 3).

2.2.1 Causas de Hemorragia Digestiva Alta

- Úlcera Péptica. Son responsables del 40 al 50% de todas las HDA, siendo las úlceras de tipo duodenal las que ocasionan mayor sangrado a diferencia de las úlceras gástricas. También se sabe que la ingesta de AINES previa se da en el 20-50% de los casos en los que la hemorragia se produce secundaria a una úlcera péptica lo cual no significa que necesariamente la ingesta de AINES esté involucrada. La principal causa de HDA es la úlcera péptica, alcanzando un 50% de los casos, siendo frecuentemente de localización gástrica en adultos y duodenal en niños.
- Síndrome de Mallory-Weiss. En pacientes que sufren de crisis de vómitos constantes ocurren unos desgarros longitudinales en la unión de la zona esofagogástrica, habitualmente en la cara posterior denominada como Síndrome de Mallory - Weiss. Inicialmente, este síndrome se describió en personas alcohólicas que se inducían al vómito para seguir bebiendo. Actualmente, independientemente de que el paciente sea bebedor o no, se habla de Síndrome de Mallory Weiss a todo aquel desgarro ocasionado por vómitos.

Estadísticamente se conoce que pertenecen entre el 2 y 7% de las causas de HDA y que ocasionan una mortalidad alrededor del 5%.

- Neoplasias. Ocasionan sangrado importante secundario a hemorragias de larga data por lo general ocultas
- Esofagitis. Esta enfermedad está presente en el 1 a 2 % del total por lo que no es común. Suelen ser generadas por la presencia de úlceras esofágicas, más que nada aquellas esofagitis de grado IV.
- Angiodisplasias. También llamadas telangiectasias, son capilares aberrantes que se localizan frecuentemente en el tracto gastrointestinal. Son vasos que se dilatan en la mucosa y submucosa, que si se ubican en el colon derecho generan sangrado limitado en pacientes ancianos.
- Varices Esofagogástrica. Esta es una de las etiologías que causan el sangrado más grave pues la ruptura de las varices puede conllevar hasta un 30% en la tasa de mortalidad dentro del primer mes siguiente a ocurrido el accidente hemorrágico. Dentro de áreas en las que existe un alto consumo de alcohol tiene como incidencia entre el 10 y 22% (Yunga y Montenegro, 2020, pp. 4-5).

2.2.2. Factores Clínicos:

- Edad: La recurrencia del sangrado y la mortalidad es más elevada en mayores de 60 años, pudiendo llegar al 39%. Por sí sola, no sería un factor determinante si no se acompaña de enfermedades graves.
- Presencia de enfermedades asociadas: Representan una de las principales causas de muerte, la mayoría de las cuales se debe a la descompensación de alguna afección coexistente.
- Magnitud de la hemorragia: Es el principal factor pronóstico de recidiva. El shock hipovolémico es el mejor índice clínico para medir la magnitud de la hemorragia y su pronóstico. La asociación de shock y sangrado activo en el momento de la endoscopía tendría un fuerte valor predictivo de persistencia o recurrencia de la hemorragia.
- Curso evolutivo de la hemorragia: la persistencia o recidiva temprana se observa en una tercera o cuarta parte de los casos con cifras de mortalidad superiores al 20% que, cuando se acompañan de shock en pacientes mayores de 60 años, asciende a 60%
  (Ures y Easton,2018)

2.2.3. Medios Diagnósticos para Hemorragia Digestiva Alta

- Pruebas de laboratorio: Son necesarias para la valoración clínica y sistémica integral del paciente, como el hemograma completo, el estudio de coagulación y la determinación del grupo sanguíneo. El hematocrito es valorable tras un período de aproximadamente 24 horas después de la hemorragia inicial, cuando se ha restaurado la volemia. Valores iniciales bajos pueden indicar sangrado.
- Radiografía de tórax: Se realiza para verificar la existencia de enfermedades subyacentes (insuficiencia cardíaca o respiratoria, aneurisma de aorta, etc.) o ante la sospecha de cuerpos extraños en el esófago.
- Radiografía simple de abdomen: No es un método diagnóstico de hemorragia digestiva, pero permite descartar la existencia de un proceso obstructivo o la perforación de alguna víscera, lo que contraindicaría la endoscopia.
- Electrocardiograma: Es un método de utilidad diagnóstica basado en el registro de la actividad eléctrica cardíaca. Esta se recoge a través de una serie de cables conectados a la superficie corporal del individuo y se envía a un amplificador que aumenta la pequeña diferencia de potencial producida en el músculo cardíaco.
- Endoscopia digestiva alta: Es el método que permite visualizar la presencia y severidad del daño de la mucosa gastrointestinal, así como descubrir la causa de la hemorragia en el tracto digestivo. Consiste en la visualización directa del esófago, el estómago y el duodeno mediante un tubo flexible llamado endoscopio, que se dirige a través del tramo digestivo superior. Además, se puede extraer una muestra para biopsia, que consiste en extirpar una pequeña porción de tejido para ser examinada bajo un microscopio.
- Tomografía computarizada abdominal: Es un estudio de imagen con alta sensibilidad para diagnosticar patologías abdominales.
- Ecoendoscopia digestiva: Es un procedimiento que combina la endoscopia con la ultrasonografía. Permite obtener imágenes e información sobre el tracto digestivo, los tejidos circundantes y los órganos. La exploración es diagnóstica y es la técnica de elección en la estadificación de algunos tumores, como los de esófago, gástrico o rectal, así como en el estudio del páncreas y la vía biliar (Guachamín et al., 2020, pág.4).

2.2.4. *Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA).*

- Se basa en restaurar la volemia mediante la administración de soluciones cristaloides, transfundir concentrados de hematíes y mantener Hemoglobina en 8 mg/dl, colocar vía central y sonda vesical fija, mantener monitoreo de constantes vitales presión arterial, frecuencia cardíaca, función respiratoria y saturación de oxígeno, Solicitar: Hematocrito, Glóbulos blancos, Pla-quetas, Hemoglobina, urea, ionograma, transaminasas, fosfatasa alcalina, Bilirrubina, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo y factor RH (Guzmán et al.,2018).
- Estabilización hemodinámica: Consiste en restituir la estabilidad cardiovascular y asegurar la perfusión adecuada de los órganos vitales, las medidas diagnósticas como la endoscopia se deben realizar una vez conseguida la estabilidad hemodinámica inicial y con el paciente adecuadamente perfundido y bien oxigenado.
- Reposición de la volemia: Dependerá de la cantidad de sangre perdida como de la rapidez con la que se produjo dicha pérdida, la hipovolemia ocasionada por la hemorragia se debe corregir para evitar las graves consecuencias que se pueden derivar, como la insuficiencia renal o el daño isquémico en órganos como el cerebro o el corazón.
- Transfusión sanguínea: El objetivo es mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, que puede verse comprometido en caso de pérdida de sangre extrema. En los pacientes que se niegan a recibir la transfusión de componentes sanguíneos por cualquier motivo, se utiliza cristaloides y coloides para reposición, pero teniendo en cuenta que no reemplazan la administración de hemo componentes hasta lograr estabilidad hemodinámica, sin ser esta segura en 100%
- Terapia endoscópica: Está indicada en todas las lesiones que tiene un alto riesgo de recidiva hemorrágica. La terapia endoscópica puede ser térmica (electrocoagulación, aplicación).
- Terapéutica farmacológica: La administración de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), se encargan de disminuir la formación de ácido del estómago reduciendo la recurrencia del sangrado lo que aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento endoscópico. La disminución del pH gástrico tiene como objetivo elevar el pH por encima de 6,8; que es el requerido para una función normal del coágulo sanguíneo, al favorecer la agregación plaquetaria y la formación de fibrina para que ceda el sangrado

Las dosis más recomendadas son altas durante las primeras 72 horas y de mantenimiento durante las 8 semanas Inhibición de la secreción de ácido gástrico. Todo paciente con úlcera péptica documentada deberá recibir un inhibidor de la bomba de protones. La administración de estos fármacos en forma intravenosa y en dosis altas por 3 días es más efectivo y menos costoso que el no administrarlos a los pacientes con sangrado por úlceras luego de hemostasia endoscópica satisfactoria. La dosis de omeprazol es de 80 mg en bolo seguido de una infusión continua IV a 8 mg/h.

- Terapia Quirúrgica: Es poco utilizado y se aplica para los pacientes que no se logran detener el sangrado por medio de endoscopia y fármacos. Para las úlceras duodenales se realiza piloroplastia y para las gástricas se realiza gastrectomías parciales (Guachamín et al., 2020 p. 5).

2.3.Hemorragia Digestiva Baja (HDB):

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como el sangrado con un origen distal al ángulo duodeno yeyunal (ángulo de Treitz). Su presentación clínica varía desde el sangrado menor o imperceptible, al sangrado masivo (Zarate et al., 2020).

2.3.1. Manifestaciones clínicas:

Varían en los grupos etarios y fundamentalmente con la causa del sangrado y comorbilidades del paciente. La mayor parte de las hemorragias digestivas bajas son de origen colorrectal (90%) y en su mayoría cesan espontáneamente. Es importante interrogar comorbilidades y medicación anticoagulante, así como la cantidad y frecuencia del sangrado, el color y la asociación con diarrea, gleras, fiebre o dolor abdominal.

- Melenas: Materias negras, alquitranadas, intensamente fétidas debidas a la presencia de sangre degradada al permanecer varias horas en el aparato digestivo. No es patognomónica de la HDB, ya que así se presenta también el sangrado digestivo alto (proximal al ángulo de Treitz)
- Enterorragia (Hematoquecia): Sangre oscura, rojo vinoso, entremezclada con las materias o recubriendo a las mismas. Cuanto más proximal se vierta, más formará parte de la constitución del bolo fecal; cuanto más distal, tiende a recubrir por fuera la materia ya formada. Es importante tener en cuenta que un sangrado digestivo alto puede manifestarse como enterorragia (signo típico de la HDB, pero no exclusivo), cuando se produce una hemorragia de gran volumen en un lapso corto, la sangre estimula el peristaltismo y acelera

el tránsito intestinal, no dando tiempo al proceso de digestión y formación de las melenas. Así es que, frente a un sangrado digestivo en apariencia bajo, de gran entidad, sobre todo si se acompaña de repercusión hemodinámica, debe estudiarse una posible hemorragia digestiva alta (HDA) como causante del mismo, aun cuando no se haya producido una hematemesis.

- Rectorragia: Sangre roja rutilante, que sale sola (rectorragia aislada) o luego de las materias, precedida de pujo y/o tenesmo rectal (elementos del síndrome rectal).
- El sangrado banal de origen hemorroidal es típicamente rojo rutilante y aparece al final de la deposición; puede observarse como simple mancha en el papel o en forma de goteo salpicando la taza y el examen clínico suele ser negativo, a excepción que exista sangrado activo que pueda percibirse en el tacto rectal o endoscopía. Sangrado oculto: de escaso volumen, no alteran la coloración de las materias y son por ello imperceptibles pudiendo provocar anemia ferropénica (shah et al.,2018).

2.3.2. Causas

Las causas de la HDB son múltiples y tienen un predominio en determinados grupos etarios y en grupos de pacientes con enfermedades crónicas específicas. Según la topografía de origen del sagrado podemos dividirlas en causas: Anales: el sangrado originado en hemorroides internas es la causa más frecuente de sangrado intestinal; usualmente no es significativo, pero pacientes que sangran diariamente pueden sufrir anemia ferropénica. Le sigue en frecuencia la fisura anal, y luego en forma más alejada las lesiones neoplásicas del canal anal.

- Diverticulosis: Es la principal causa de sangrado clínicamente significativo en adultos y se estima acontece en 3–5% de la diverticulosis. Si bien los divertículos predominan en el sigmoides, la diverticulosis del colon derecho es responsable de más del 50% de los sangrados; el 80% se resuelven en forma espontánea.
- Cáncer colorrectal: Representa el 10% de las hematoquecias luego de la 5 década; es común que se acompañen de anemia por sangrado oculto.
- Malformaciones arteriovenosas o angiodisplasias: Son lesiones adquiridas cuya prevalencia se incrementa a partir de la sexta década. Se desarrollan por diferentes condiciones que provocan congestión venocapilar y dilatación microvascular. Pueden asentar en cualquier localización del tracto gastrointestinal, pero son más frecuentes en el colon proximal. Por ser hemorragias de origen venoso el sangrado masivo es menos frecuente que en los

divertículos. Se vinculan a enfermedades como Von Willebrand, estenosis aórtica y enfermedad renal crónica. En el 90% los sangrados cesan espontáneamente pero el resangrado es común.

- Enfermedad inflamatoria intestinal: El sangrado por colitis ulcerosa crónica es más común que el de la enfermedad de Crohn. La pancolitis sangrante puede provocar hemorragia grave que requiera colectomía total de urgencia.
- Colitis isquémica: El colon es el sector del tacto gastrointestinal más afectado por la isquemia. Se observa en ancianos con comorbilidad cardiovascular y las áreas más afectadas son el ángulo izquierdo y la unión rectosigmoidea. El sangrado suele ser moderado y se asocia a dolor abdominal.
- Rectitis actínica: La radioterapia para el tratamiento del cáncer de próstata puede afectar la mucosa rectal con formación de telangiectasias, inflamación y ulceración. Suele aparecer después de finalizado el tratamiento con una media de 6 meses a 5 años y provocar un sangrado leve a moderado recurrente (shah et al.,2018).

2.3.3. Medios Diagnósticos

- Colonoscopia: Nos permite visualizar el colon y el recto a través del orificio anal. En caso de considerar necesario, durante la exploración se tomarán mues-tras (biopsias) que con su estudio microscópico (histología) nos pueden ayudar a completar el diagnóstico de la enfermedad. En algunas ocasiones (extirpación de pólipos, dilatación de una estenosis, colocación de sondas y prótesis, cauterización o inyección de sustancias), el procedimiento endoscópico no sólo es diagnóstico, sino también terapéutico.
- Gammagrafía: Es más sensible que la arteriografía (detecta lesiones sangrantes con flujos de hasta 0.1 ml/min) pero menos específica y no permite realizar terapéutica.
- Radiografía con bario: Nos permite detectar lesiones del intestino delgado al que no se puede acceder por otras técnicas es útil para la fase aguda de la hemorragia.
- Cápsula endoscópica: Es una cámara en forma de cápsula que, tras la deglución por el paciente, avanza por el peristaltismo y permite el examen endoscópico de la totalidad del tracto digestivo. Sus principales inconvenientes so su capacidad limitad para localizar con precisión la lesión identificada y que no permite aplicar tratamiento.
- Arteriografía: Permite diagnosticar hemorragias arteriales o capilares si existe un extravasado sanguíneo mínimo de 0,5 ml/min, aunque no suele detectar san-grados venosos

(Guachamín et al., 2020 p. 6).

2.3.4. Tratamiento

El tratamiento de la HDB es más terapéutico, una vez que se conozca la etiología causante se le proporciona un tratamiento farmacológico la cual debe ser individualizada, en función de la causa, la gravedad y la evolución de la hemorragia, el tratamiento inicial del paciente con HDB aguda es la reanimación y el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia4 y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea.

El tratamiento de reanimación debe iniciarse en el mismo momento en que iniciamos el estudio etiológico, ante una HDB aguda, se iniciará de forma rápida las medidas de reanimación y estabilización hemodinámica, con monitorización del paciente y toma de constantes, colocación de 1 o 2 catéteres venosos periféricos de grueso calibre y extracción de muestras de sangre para analítica y sangre en reserva según protocolo. En caso de una HDB grave o en cualquier paciente de alto riesgo por edad avanzada y enfermedades asociadas, el médico puede indicar además la colocación de una vía central para monitorización de la presión venosa central, sondaje vesical para control horario de la diuresis y oxigenoterapia.

Después de la anamnesis y exploración física inicial con evaluación del estado hemodinámico del paciente, se inician las medidas de reanimación. Para ello, en todos los pacientes se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Colocación de uno o dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre, mediante los cuales se iniciará la reposición de la volemia. o Toma de constantes cada 15 minutos, que pasara a tomarse cada hora y después cada 4 - 6 horas, siempre dependiendo del estado hemodinámico del paciente.

- Control de perfusión tisular (color, temperatura y relleno capilar) o Administración de oxígeno a través de una mascarilla o lentillas nasales a una concentración del 35%, si no existen contraindicaciones por enfermedad pulmonar de base.

- Al colocar el catéter se realizará la extracción de muestras de sangre para analítica de urgencia con hemograma y fórmula leucocitaria, coagulación, glucemia, urea, creatinina y ionograma y petición de reserva de 2 o 4 concentrados de hematíes, según la gravedad de la hemorragia.

- En los pacientes con hemorragia grave y en los pacientes de alto riesgo por ejemplo por cardiopatía asociada, se cateterizará una vía central para la monitorización de la presión venosa central.

- En estos casos se obtendrá un electrocardiograma (ECG) y se realizará también sondaje vesical para control de diuresis.

- La reposición de la volemia se iniciará en general mediante la administración de soluciones cristaloides (glucosado o salino 0.9 %). En caso de shock o tensión arterial (TA) sistólica inferior a 100 mm Hg, frecuencia cardiaca (FC) superior a 100 x´ y diuresis inferiores a 50 ml/hora es necesario administrar soluciones coloides El objetivo es intentar conseguir una tensión arterial sistólica (TAS) por encima de 100 mmHg, FC por debajo de 100 ppm, y una diuresis horaria superior a 50 ml y PVC entre 5 y 10 cm H2O. Así, inicialmente se administrará 500 ml de coloide en 30 min y posteriormente 500 ml por hora y se continuará según la evolución de los controles hemodinámicos, de los signos cutáneos de perfusión periférica y de la diuresis horaria. Una vez conseguida la estabilidad hemodinámica, se continuará la pauta de fluido terapia con glucosado y salino 0.9%.

- Transfusión sanguínea en todos los pacientes se dispondrá de sangre en reserva. La hemoglobina y hematocrito pueden no reflejar de forma precisa la gravedad de la hemorragia al inicio de la misma porque no descienden hasta que no se produce la hemodilución. La indicación de transfusión sanguínea no tiene un criterio absoluto, pero hay que considerar la transfusión con hemoglobina inferior a 8 g/dl y hematocrito igual o inferior 24%. Sin embargo, en pacientes jóvenes sin enfermedades asociadas se puede evitar hasta hemoglobina de 7 g/dl y 21 hematocrito 21%, mientras que en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad vascular cerebral es aconsejable mantener la hemoglobina alrededor de 10 g/dl. La transfusión se debe realizar siempre con pruebas cruzadas. Sólo en situaciones excepcionales de hemorragia masiva se puede indicar la transfusión sanguínea urgente, sin pruebas cruzadas. En caso de poli transfusión (6 o más concentrados de hematíes en 24 horas) es necesario controlar el tiempo de protrombina para valorar coagulo Patía dilucional que requiera corrección. En estos casos el médico responsable se pondrá en contacto con el Servicio de hematología para valorar el tratamiento adecuado. (shah et al.,2018 p. 34-36).

MARCO METODOLÓGICO

La metodología de este estudio se fundamenta en el proceso de descubrimiento científico, orientando la selección de instrumentos y estableciendo criterios de verificación para las afirmaciones realizadas en la investigación. Este enfoque permite abordar el fenómeno de interés de manera que se optimizan los objetivos fijados en relación con los recursos disponibles y las características del proceso.

3.1. Diseño y Tipo de Estudio

El diseño de este proyecto de intervención se enmarca en el paradigma cuantitativo, con un enfoque descriptivo y diseño no experimental transeccional, a realizarse en el Servicio de Urgencias del Hospital Ezequiel Abadía.

El estudio descriptivo se refiere a la investigación que prevé un retrato preciso de las características de un individuo en particular, de una situación, o de un grupo (Pereyra, 2020, p.4). Esta elección metodológica se evidencia por la naturaleza de la investigación, que busca proporcionar un retrato preciso de las características de un grupo específico sin manipular deliberadamente las variables de interés, con el objetivo de definir estrategias y recomendaciones para la elaboración de una guía de tratamiento para la hemorragia digestiva.

Según Hernández Sampieri et al., 2022, edición actualizada): "la investigación no experimental observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, sin manipular variables, y clasifica sus diseños en transeccionales (medición en un momento único) y longitudinales (mediciones repetidas)".

*3.2.*Población y Muestra

Arias y Covinos (2021), definen la población como el conjunto total de individuos, eventos o elementos que poseen características comunes y que son objeto de estudio

La población del estudio estuvo compuesta por la totalidad de las enfermeras profesionales que laboran en el servicio de urgencia del Hospital Ezequiel Abadía de Soná, que constituyen un total de 24, pero solo participaron 23 enfermeras.

Ñaupas, Valdivia, Palacios y Romero (2018), señalan que una muestra es “una porción de la población que por lo tanto tiene las características necesarias para la investigación, es suficientemente clara para que no haya confusión alguna”

la muestra fue no probabilística e incluyó a las enfermeras que cumplieron con los criterios. La muestra estuvo conformada por 24 enfermeras e incluyó a la totalidad de la población (participando finalmente 23)

Criterios de inclusión:

- Enfermeras que laboran de forma permanente en el servicio de urgencia.
- Aceptación libre y voluntaria de participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Enfermeras que realizan a turnos de apoyo en el servicio de urgencias, cuando se requiera por necesidad del servicio.

3.3. Variable

Oyola-García, (2021) señala que la variable es una característica, cualidad o propiedad observada que puede adquirir diferentes valores y es susceptible de ser cuantificada o medida en una investigación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Independiente: Guía educativa para enfermeras	Declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se elaboraron mediante la revisión sistemática de las evidencias existentes y la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes opciones de cuidados'. (Instituto de Medicina. IOM. Citado por Alva et al.2017)	Instrumento sistematizado con recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, diseñado para asistir a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones sobre el cuidado apropiado de los pacientes en situaciones clínicas específicas de sangrado digestivo. De allí que se medirá mediante la comprensión de la misma, lo cual va a estar sustentado por la experiencia profesional dada por el tiempo de laborar en el servicio, el nivel académico y la orientación sobre hemorragia digestiva recibida.	Experiencia Profesional	Tiempo de laborar en el servicio de urgencias	Pregunta 3 de datos generales
			Nivel Académico	Formación	Pregunta 4 de datos generales
			Orientación sobre hemorragia digestiva	Orientación previa recibida	Pregunta 5 de datos generales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Dependiente: Manejo de la hemorragia digestiva.	Se fundamenta en el abordaje precoz y adecuado de la hemorragia digestiva, dirigido a la estabilización clínica del paciente. (Guerrero et al. 2019)	Conjunto de acciones y cuidado que la enfermera lleva a cabo para atender a los pacientes con hemorragia digestiva que permite una atención efectiva, eficiente y personalizada, lo que se traduce en mejores resultados para los pacientes. La misma se medirá por medio de los indicadores utilizados en el manejo del paciente con hemorragia digestiva y determinará el nivel de conocimiento de la enfermera para ejecutarlo; estos son: los factores de riesgo, síntomas, clasificación de la hemorragia, causas, cumplimiento del protocolo, manejo de la vía aérea, ventilación, circulación, evaluación neurológica, exposición y examen físico.	Conocimiento	Definición Factores de riesgo Síntomas Clasificación de la hemorragia digestiva. Causa de hemorragia digestivas alta y baja	Pregunta 1 Pregunta 2 Pregunta 3 Pregunta 4 Pregunta 5 Pregunta 6 Pregunta 7 Pregunta 8 Pregunta 9
			Eficacia de los cuidados	Cumplimiento de protocolo	Pregunta 10
			Manejo inicial	Vía aérea, Ventilación Circulación, Evaluación neurológica Exposición	Pregunta 11 Pregunta 12 Pregunta 13 Pregunta 14 Pregunta 15 Pregunta 16
			Manejo secundario	Examen físico	Pregunta 17 Pregunta 18

3.4. Instrumento

Se utilizo un cuestionario estructurado de 18 preguntas cerradas, al cual se le realizó juicio por tres expertos especialistas en Medicina Interna, Gastroenterología y Cuidados Críticos respectivamente; posteriormente se realizó la prueba de validación del cuestionario con la técnica de índice de validez de contenido, con el objetivo de determinar la claridad, pertinencia, relación y relevancia de los ítems incluidos. El resultado de dicha prueba es 0.97, lo que indica una alta validez del contenido ya que supera el umbral recomendado de 0.80.

El instrumento para la recolección de datos consta de dos secciones que pretende evaluar el conocimiento y características sociodemográficas de las enfermeras del servicio de urgencias; las secciones son los datos generales, que incluyen la edad, sexo, tiempo de laborar en el servicio, nivel académico y orientación sobre hemorragia digestiva recibida; el conocimiento sobre el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva, que incluye aspectos como factores de riesgo, síntomas, clasificación, causas, cumplimiento del protocolo, vía aérea, ventilación, circulación, evaluación neurológica, exposición y examen físico; consta de 18 preguntas de opción múltiple, cada respuesta correcta tiene un valor de 5 puntos**,** para clasificar el conocimiento según la siguiente escala en:

- Nivel bajo: 0- 30 Puntos
- Nivel medio: 35 -60 Puntos
- Nivel alto: 65-90 Puntos

El instrumento fue aplicado en dos momentos (pretest y postest) con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras para el cuidado de los pacientes con hemorragia digestiva e identificar necesidades educativas en el primer momento para diseñar una guía instructiva; posteriormente en un segundo momento se aplicó para evaluar la efectividad de la intervención educativa ejecutada.

3.5. Análisis de los Datos

El análisis de datos en estadística, es un proceso científico que abarca la organización, descripción, análisis e interpretación de datos numéricos mediante técnicas estadísticas, con el fin de extraer

conclusiones válidas, apoyar la toma de decisiones y validar hipótesis en diferentes campos del conocimiento (Hernández Sampieri y Mendoza Torres ,2023).

Para el procesamiento y análisis de la información, se utilizarán dos herramientas informáticas especializadas:

1. Microsoft Excel 16.0 (versión 2018)
2. SPSS versión gratuita

Estas aplicaciones permitirán organizar los datos de manera eficiente, realizar los cálculos estadísticos necesarios y generar las tablas y figuras correspondientes para una presentación clara y concisa de los resultados para una mayor comprensión.

3.6.Procedimiento

Para la realización de este proyecto de intervención se consideró varias etapas.

Etapa 1: Selección y desarrollo del tema de investigación

La primera etapa del proyecto se centró en la elección del tema de estudio, considerando las necesidades específicas identificadas en los servicios de urgencia. Una vez seleccionado el tema, en colaboración con los asesores, se procedió a definir el título del proyecto. A continuación, se realizó una exhaustiva búsqueda de información relacionada con el tema elegido para elaborar el marco teórico o "historia del arte".

Paralelamente, se buscó un instrumento adecuado para evaluar el conocimiento de las enfermeras sobre el tema en cuestión. Al no encontrar una herramienta existente que se ajustara a las necesidades del estudio, se tomó la decisión de desarrollar un instrumento propio. Este nuevo instrumento se basó en la revisión de artículos científicos relevantes.

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento creado, se sometió a un proceso de validación por expertos en el área. Este paso fue crucial para asegurar que la herramienta fuera capaz de medir con precisión los conocimientos de las enfermeras sobre el tema de investigación.

Simultáneamente, se iniciará la implementación de la prueba piloto del instrumento previamente validado, lo que permitirá evaluar su efectividad y realizar ajustes si fuera necesario.

Etapa 2: Gestión de autorizaciones y desarrollo del anteproyecto

Una vez definido el título del proyecto, se iniciaron dos procesos paralelos:

Solicitud de permisos institucionales:
Se procedió a solicitar las autorizaciones necesarias a los hospitales seleccionados para llevar a cabo el proyecto de intervención. Este paso fue fundamental para asegurar la viabilidad y el respaldo institucional del estudio.

Elaboración del anteproyecto:
Simultáneamente, se trabajó en la redacción y refinamiento del anteproyecto. Este documento fue preparado meticulosamente para su presentación ante dos entidades clave:

- El Departamento Nacional de Docencia e Investigación (DENADOI)
- El Departamento de Registro y Seguimiento de Investigaciones para la Salud (REGESIS)

La presentación del anteproyecto a estas instancias fue un paso crucial para obtener la aprobación oficial y el reconocimiento institucional necesario para proceder con la investigación.

Etapa 3: Aprobación ética y desarrollo de la guía de intervención

Tras obtener las autorizaciones institucionales y finalizar el anteproyecto, se procedió con los siguientes pasos:

- Selección del comité de bioética
  Con la aprobación de la asesora, se identificó y seleccionó un comité de bioética apropiado para evaluar el proyecto de intervención. Este paso fue crucial para garantizar que la investigación cumpliera con todos los estándares éticos requeridos.
- Presentación al comité de bioética:
  Se sometió el proyecto de intervención a la evaluación del comité seleccionado. Este proceso aseguró que todos los aspectos éticos del estudio fueran revisados y aprobados por expertos en la materia.
- Desarrollo de la guía de intervención:
  Paralelamente al proceso de aprobación ética, se inició la elaboración de una guía de intervención. Esta guía se basó en la literatura más reciente y relevante sobre el tema

elegido, asegurando que la intervención propuesta estuviera fundamentada en evidencia científica actualizada.

La combinación de estos pasos permitió avanzar en el proyecto de manera eficiente, garantizando tanto la solidez ética como la base científica de la intervención propuesta

Etapa 4: Aprobación final

Tras la aprobación del comité de bioética de la Universidad de Santander, se envió el proyecto a la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado de la Universidad de Panamá para su revisión final.

Etapa 5: Implementación de la intervención y evaluación

Esta etapa se desarrollará en varias fases:

- Evaluación inicial:
  Se aplicó el pretest utilizando el instrumento validado para establecer una línea base de conocimientos del personal de enfermería.
- Diseño de sesiones educativas:
  Basándose en los resultados del pretest, se programarán sesiones educativas en colaboración con el departamento de docencia de la institución. Estas sesiones abordarán el contenido completo de la guía, con énfasis en las áreas identificadas como más débiles.
- Implementación de la intervención:
  Las sesiones educativas incluyeron Presentación del contenido de la guía, tomando como referencias los puntos tratados en el pretest
- Evaluación post-intervención:
  Al concluir las sesiones educativas, se aplicó los postest utilizando el mismo cuestionario del pretest. Esta evaluación final permitió medir la eficacia de la intervención y el grado de asimilación de los conocimientos por parte del personal de enfermería.

Etapa 6: Análisis de resultados*:*

Se realizó un análisis comparativo entre los resultados del pretest y postest para determinar el impacto de la intervención educativa y evaluar si se lograron los objetivos propuestos en términos de mejora del conocimiento del personal de enfermería. Con los datos recopilados, se contará con la colaboración de un estadístico experto. Este profesional se encargará de:

1. Analizar rigurosamente los resultados obtenidos

2. Realizar los cálculos estadísticos pertinentes
3. Elaborar tablas y figuras ilustrativas

El objetivo de esta colaboración es garantizar una presentación clara, concisa y visualmente atractiva de los hallazgos del estudio. Esto permitirá una mejor comprensión e interpretación de los resultados por parte de la audiencia objetivo.

Etapa 7: Finalización y Presentación del Proyecto

Una vez obtenida la aprobación final de la asesora, se procederá a la culminación del proyecto, que comprende las siguientes acciones:

1. Programación de la presentación formal de los resultados ante el comité evaluador.
2. Revisión lingüística exhaustiva por parte del profesor de español, garantizando la excelencia en la redacción y el estilo del documento.
3. Preparación y entrega de la versión física completa del proyecto, incluyendo todos los anexos y documentación complementaria.

Esta etapa final asegura la calidad integral del trabajo, desde su contenido hasta su presentación, y marca la conclusión exitosa del proceso de investigación

*3.7.*Consideraciones Éticas

El estudio se adhiere a rigurosos estándares éticos que incluyen la aprobación del comité de bioética y la obtención del consentimiento informado de los participantes. Estos protocolos son esenciales en la investigación médica, ya que garantizan la protección de los participantes y la integridad de los datos recolectados.

La ética es un componente crucial en cualquier proyecto de intervención, ya que busca salvaguardar el bienestar de las personas y comunidades involucradas. Al llevar a cabo una intervención, es fundamental evaluar cuidadosamente los posibles riesgos y beneficios, así como respetar los derechos y la autonomía de los participantes.

La investigación cumplió con los principios éticos de acuerdo con los reglamentos internacionales requeridos de toda investigación que involucra sujetos humanos: Declaración de Helsinki de la

Asociación Médica Mundial (1964, 2013), Belmont Report (1979), Pautas éticas CIOMS (2016) y, la Guía Tripartita para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la ICH (1996), la Ley 81 del 2019 de protección de datos personales., la Ley 84 del 2019, de investigación en salud, Ley 68/2003 de deberes y derechos de los pacientes y su Reglamentación, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)].

Ante todo, se considerará el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño. Los estándares establecidos sobre los cuales se fundamenta esta propuesta aseguran que los investigadores sean objetivos y honestos y no cometan prácticas como plagio y falsificación de datos.

Se respeto la autonomía de los participantes para abandonar el proyecto cuando ellos estimen sea conveniente. Se respetará la confidencialidad de los participantes asignándoles un código a cada uno. No se divulgarán sus datos personales.

El consentimiento informado se realizará para explicar detalladamente en qué consiste el proyecto y permite que el participante conozca en un lenguaje sencillo, el alcance de su participación en la investigación y autorice la misma, consciente de que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto constituya un incumplimiento.

Los datos recogidos con las encuestas serán guardados bajo llave, por un periodo de 5 años para luego ser destruidos (en el caso de encuestas online, serán guardados en un documento encriptado o memoria accesible solo por el investigador y/o asesor por 5 años para luego ser destruido).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Fase diagnóstica: "Evaluación diagnóstica (Pretest) sobre el manejo de la hemorragia digestiva por parte del personal de enfermería en el Servicio de Urgencias del Hospital Ezequiel Abadía, enero 2026."

4.1. Determinación del Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería sobre la Hemorragia Digestiva.

Con el propósito de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del servicio de urgencias sobre el manejo de la hemorragia digestiva, se aplicó un pretest estructurado compuesto por 18 preguntas, con un puntaje máximo posible de 90 puntos. La prueba fue aplicada a 23 profesionales de enfermería del servicio de urgencias. La muestra eran 24 pero 1 profesional no quiso participar.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva, lo que permitió caracterizar la tendencia central, la dispersión y la forma de distribución de los puntajes obtenidos. En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes al puntaje total del pretest.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos del puntaje obtenido en el pretest sobre manejo de la hemorragia digestiva de las enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Ezequiel Abadía, enero 2026.

Estadístico	Valor
Media	51.09
Error típico	4.09
Mediana	55
Moda	30
Desviación estándar	19.60
Varianza de la muestra	383.99

Curtosis	-1.03
Coeficiente de asimetría	-0.32
Rango	70
Mínimo	15
Máximo	85
Suma	1175
Cuenta	23

El análisis de los resultados evidencia que el puntaje promedio obtenido fue de 51.09 puntos, con una mediana de 55 puntos, lo que sitúa el nivel general de conocimiento del personal de enfermería en un nivel medio. La diferencia entre la media, la mediana y la moda sugiere una distribución heterogénea de los puntajes, con presencia de valores bajos que influyen en el promedio general.

La desviación estándar de 19.60 puntos indica una alta dispersión de los resultados, reflejando una marcada variabilidad en el nivel de conocimiento sobre el manejo de la hemorragia digestiva entre los participantes. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que pone de manifiesto diferencias sustanciales en la preparación del personal ante una condición crítica frecuente en los servicios de urgencias.

El rango de 70 puntos, con valores mínimos de 15 y máximos de 85 puntos, confirma la existencia de diferencias significativas en el dominio del tema evaluado. Asimismo, el coeficiente de asimetría negativo (-0.32) indica una ligera concentración de los puntajes hacia los valores medios y altos, mientras que la curtosis negativa (-1.03) evidencia una distribución aplanada, característica de grupos con conocimiento no homogéneo.

Los hallazgos sugieren que el conocimiento del personal de enfermería en urgencias no es uniforme, lo que plantea un área de oportunidad en la ejecución del manejo inicial. Dado que la hemorragia digestiva requiere intervenciones oportunas, es fundamental estandarizar las prácticas bajo un esquema protocolizado.

4.1.2. Categorización del Conocimiento del Personal de Enfermería

A partir del puntaje total obtenido en el pretest, el nivel de conocimiento del personal de enfermería fue categorizado en bajo, medio y alto, según los rangos previamente establecidos. La distribución de los niveles de conocimiento se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución del nivel de conocimiento de las enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Ezequiel Abadía, enero 2026.

Nivel de conocimiento	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Bajo (0–30)	6	26.09
Medio (35–60)	9	39.13
Alto (65–90)	8	34.78
Total	**23**	**100**

Los resultados muestran que el 65.22 % del personal de enfermería se ubica en los niveles bajo y medio de conocimiento, frente a un 34.78 % que se sitúa en el nivel alto. Esta distribución identifica un área de oportunidad para fortalecer las competencias técnicas y consolidar el dominio del manejo de la hemorragia digestiva en la mayoría del grupo evaluado.

La predominancia de niveles de conocimiento bajo y medio pone en evidencia la existencia de brechas formativas relevantes, las cuales pueden afectar la toma de decisiones clínicas, la adherencia a protocolos institucionales y, en consecuencia, la calidad y seguridad de la atención brindada a los pacientes con sangrado digestivo en el servicio de urgencias.

4.1.3. Identificación de Necesidades Educativas en el Manejo de la Hemorragia Digestiva

Con el objetivo de identificar las necesidades educativas del personal de enfermería del servicio de urgencias, se realizó un análisis del porcentaje de respuestas correctas e incorrectas obtenidas en cada uno de los ítems del pretest. Este análisis permitió identificar áreas específicas de fortaleza y debilidad en el conocimiento relacionado con el manejo de la hemorragia digestiva.

4.2. Análisis e Interpretación de Resultados (Postest)

El presente capítulo expone el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, en correspondencia con los objetivos planteados en la fase diagnóstica y de intervención. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas del personal de enfermería participante, con el propósito de contextualizar la población de estudio. Posteriormente, se presentan los resultados del pretest y postest, incluyendo el análisis descriptivo de los puntajes, la categorización del nivel de conocimiento y la evaluación comparativa por ítems. Finalmente, se realiza el análisis inferencial mediante pruebas estadísticas que permiten determinar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias.

4.2.1 Características Sociodemográficas del Personal de Enfermería

Tabla 3

Características sociodemográficas de las enfermeras(os) participantes (n=23)

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	20	87.0
	Masculino	3	13.0
Edad	25-29	0	0.0
	30-34	17	73.9
	35-39	6	26.1
	40-44	0	0.0
	45 y Más	0	0.0
Nivel de Escolaridad	Licenciatura	14	60.9
	Postgrado	4	17.4
	Maestría	5	21.7
	Doctorado	0	0.0
Ha Recibido Orientación en el Tema	Si	12	52.2
	No	11	47.8

La distribución sociodemográfica del personal de enfermería evidencia un predominio del sexo femenino (87%), lo cual es consistente con la composición tradicional de la profesión.

En cuanto a la edad, la mayoría de los participantes se concentra entre los 30 y 34 años (73.9%), seguida del grupo de 35 a 39 años (26.1%), lo que indica que se trata de un personal en etapa productiva, con potencial consolidación de experiencia clínica.

Respecto al nivel de escolaridad, predomina la formación de licenciatura (60.9%), complementada por estudios de posgrado (39.1% entre maestría y postgrado), lo que refleja una base académica adecuada para la implementación de intervenciones educativas especializadas.

En relación con la formación previa sobre hemorragia digestiva, el 52.2% refiere haber recibido orientación, mientras que el 47.8% no cuenta con capacitación específica. Este hallazgo evidencia la necesidad de fortalecer la educación continua, particularmente en áreas críticas del manejo en urgencias.

4.2.2. Análisis Descriptivo de los Puntajes Obtenidos en el Pretest y Postest

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos en el pretest y postest

Prueba	Media	n	Desviación Estándar	Error Típico
Pretest	51.09	23	19.60	4.09
Postest	80.00	23	5.84	1.22

Se observa un incremento notable en los puntajes promedio tras la intervención educativa, pasando de una media de 51.09 en el pretest a 80.00 en el postest. El valor inicial evidencia un nivel de conocimiento predominantemente medio, acompañado de una alta dispersión en los resultados, lo que sugiere la presencia de diferencias importantes en el dominio de los contenidos entre el personal de enfermería.

Posterior a la intervención, los resultados muestran no solo un aumento significativo en la media, sino también una reducción considerable de la variabilidad, reflejada en la disminución de la desviación estándar. Este comportamiento indica una mayor homogeneidad en los conocimientos adquiridos.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la intervención educativa no solo permitió elevar el nivel de conocimiento, sino también estandarizar las competencias del personal de enfermería en el manejo de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias.

4.2.3. *Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería Antes y Después de la Intervención*

Tabla 5

Nivel de conocimiento del personal de enfermería antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimiento	Pretest n (%)	Postest n (%)
Bajo (0–30)	6 (26.09)	0 (0)
Medio (35–60)	9 (39.13)	0 (0)
Alto (65–90)	8 (34.78)	23 (100)
Total	23 (100)	23 (100)

Previo a la intervención, el nivel de conocimiento del personal de enfermería se distribuye en las tres categorías establecidas, con predominio del nivel medio (39.13%). La presencia de un 26.09% en nivel bajo, junto con la dispersión observada en los puntajes, evidencia una base de conocimientos heterogénea y no completamente consolidada en aspectos fundamentales del manejo de la hemorragia digestiva.

Posterior a la intervención, se observa una modificación completa en la distribución de los niveles de conocimiento, alcanzando el 100% de los participantes la categoría alta. Este resultado refleja un cambio consistente y generalizado, indicando que la estrategia educativa fue efectiva no solo para incrementar el nivel de conocimiento, sino también para uniformar el dominio de los contenidos entre el personal de enfermería.

4.2.4. Análisis Comparativo por Ítems del Pretest y Postest

Tabla 6

Comparación del porcentaje de respuestas correctas por ítems en el pretest y postest

Ítem	Descripción resumida	Pretest (%)	Postest (%)	Diferencia (%)
1	Definición de hemorragia digestiva	34.78	88.89	54.11
2	Factores de riesgo	56.52	88.89	32.37
3	Manifestaciones clínicas	52.17	83.33	31.16
4	Clasificación (alta vs baja)	52.17	77.78	25.61
5	Causas de hemorragia alta	56.52	77.78	21.26
6	Causas de hemorragia baja	60.87	88.89	28.02
7	Manejo inicial	69.57	83.33	13.76
8	Uso de omeprazol	69.57	94.44	24.87
9	Dosis de octriotide	56.52	88.89	32.37
10	Cumplimiento de guías	60.87	94.44	33.57
11	Evaluación ABCDE	52.17	83.33	31.16
12	Posición del paciente	39.13	83.33	44.2
13	Hemorragia leve	65.22	94.44	29.22
14	Hemorragia moderada	65.22	88.89	23.67
15	Hemorragia grave	56.52	100	43.48
16	Reposición de volemia	73.91	77.78	3.87
17	Evaluación previa a intubación	47.83	94.44	46.61
18	Examen físico prioritario	52.17	94.44	42.27

El análisis por ítems permitió identificar, en el pretest, áreas específicas de menor dominio, particularmente en contenidos clave para el abordaje inicial del paciente con hemorragia digestiva, como la definición del evento, la posición del paciente y la evaluación previa a la intubación. Estos resultados evidencian vacíos en conocimientos fundamentales que pueden incidir en la toma de decisiones clínicas en el contexto de urgencias.

Posterior a la intervención, se observa una mejora generalizada en todos los ítems, con porcentajes de respuestas correctas superiores al 77% en la mayoría de los casos. Los incrementos más relevantes se registran en la evaluación previa a la intubación, la posición del paciente y la valoración clínica integral, evidenciando una ganancia sustancial en áreas críticas del manejo inicial.

En conjunto, estos hallazgos reflejan un fortalecimiento significativo de las competencias clínicas del personal de enfermería, especialmente en la valoración y estabilización del paciente, aspectos esenciales para una atención oportuna y segura en el servicio de urgencias.

4.2.*5. Prueba de Normalidad*

Tabla 7

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la diferencia de puntajes

Variable	Estadístico	gl	p valor
Diferencia	0.949	23	0.286

Con el propósito de verificar los supuestos necesarios para la aplicación de pruebas paramétricas, se evaluó la normalidad de la distribución de las diferencias entre los puntajes del pretest y postest mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

El resultado obtenido ($p = 0.286$) es superior al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0.05$), lo que indica que no existen desviaciones significativas de la normalidad en la distribución de las diferencias. Este hallazgo permite asumir el cumplimiento del supuesto de normalidad requerido para la aplicación de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

En consecuencia, se justifica el uso de dicha prueba paramétrica para comparar los puntajes antes y después de la intervención educativa.

4.2.6. *Prueba de Hipótesis: t de Student para Muestras Relacionadas*

Tabla 8

Comparación de medias del pretest y postest mediante prueba t de Student

Diferencia Media	Desviación Estándar	Error Estándar	IC 95% (Inferior – Superior)		t	gl	Sig. (bilateral)
-28.913	16.986	3.542	-36.259	-21.568	-8.163	22	0.000

La comparación de medias, basada en la prueba t de Student para muestras relacionadas, evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del pretest y postest ($p < 0.001$). El intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias no incluye el valor cero, lo que confirma la consistencia y dirección del efecto observado a favor del postest.

En consecuencia, esta prueba concluye que la intervención educativa produjo un incremento significativo en el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de la hemorragia digestiva.

4.7. Síntesis Interpretativa

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que, previo a la intervención, el personal de enfermería presentaba un nivel de conocimiento heterogéneo, con vacíos en contenidos fundamentales relacionados con el manejo inicial del paciente con hemorragia digestiva.

Tras la implementación de la guía educativa, se observa una mejora sustancial en los niveles de conocimiento, acompañada de una reducción en la variabilidad de los resultados, lo que indica una mayor uniformidad en el dominio de los contenidos. Asimismo, el análisis por ítems refleja un fortalecimiento en áreas críticas del abordaje clínico, particularmente en la valoración inicial y la toma de decisiones en situaciones de urgencia.

En conjunto, estos hallazgos confirman que la intervención educativa constituye una estrategia efectiva para mejorar el desempeño cognitivo del personal de enfermería y contribuir a la optimización de la calidad del cuidado en el servicio de urgencia.

Conclusiones

- La aplicación del pretest permitió determinar de manera cuantitativa el nivel de conocimiento inicial de las enfermeras, cumpliendo con el objetivo de establecer una línea base para la intervención.
- Mediante los resultados obtenidos, se logró clasificar al personal de enfermería en niveles (bajo, medio o alto), lo que facilitó la identificación de brechas de conocimientos específicas en el manejo de la hemorragia digestiva.
- El análisis de los resultados del primer momento permitió identificar áreas críticas y necesidades educativas particulares, asegurando que la formación posterior fuera pertinente y enfocada en los vacíos reales del personal.
- Se cumplió el objetivo general mediante el diseño de una guía educativa actualizada y basada en evidencia científica, estructurada para optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar las habilidades en el servicio de urgencias.
- La elaboración de la guía y su posterior evaluación buscan no solo el aprendizaje significativo, sino también la estandarización de protocolos que contribuyan directamente a la reducción de la morbimortalidad de los pacientes con esta patología.

Recomendaciones

- Todo personal de enfermería de nuevo ingreso al área de urgencias debe realizar, de manera mandataria, la capacitación basada en la guía diseñada. Dado que el diagnóstico inicial mostró un nivel de conocimiento diverso, es vital nivelar las competencias técnicas desde el primer día para mitigar riesgos clínicos.
- Considerando que el aprendizaje requiere refuerzo, se recomienda aplicar el instrumento de evaluación (postest) de forma semestral. Esto permitirá identificar si existe una curva de olvido y programar "talleres de actualización relámpago" sobre los puntos críticos detectados, como la valoración hemodinámica y la preparación para procedimientos invasivos.
- Se recomienda diseñar y colocar flujogramas de decisiones extraídos de la guía en áreas estratégicas del servicio de urgencias (estación de enfermería y cubículos de choque). Estas ayudas visuales facilitan la consulta rápida durante situaciones de alta tensión, reduciendo el margen de error en la priorización de intervenciones.
- Se recomienda incentivar al personal que participó en la docencia a iniciar un registro de seguimiento sobre los resultados clínicos de los pacientes atendidos bajo el nuevo protocolo. Comparar indicadores como el "tiempo de respuesta inicial" o la "estabilidad hemodinámica al ingreso" proporcionará datos locales valiosos para futuras publicaciones académicas.
- Dado que la medicina y la enfermería evolucionan constantemente, se recomienda establecer un comité de revisión que actualice el contenido de la guía cada dos años. Esto garantiza que las intervenciones propuestas sigan alineadas con las últimas guías de práctica clínica internacionales y los recursos disponibles en la institución

Referencias

Alva Díaz, C., García-Mostajo, J. A., Gil-Olivares, F., Timaná, R., Pimentel, P., & Canelo-Aybar, C. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 317–322. https://doi.org/10.35754/AMP.2017.344.385

Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Causal. http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260

Cristian Xavier Proaño-Bautista, María Cristina López-Maldonado, Jhoana Alexandra Rivera-Chilliquinga Ricardo Daniel López-Mier (2024) Hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión Pol. Con. (Edición núm. 85) Vol. 9, pp. 1128-1139 ISSN: 2550 - 682X DOI: 10.23857/pc.v9i1.6426.http://file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-HemorragiaDigestivaAltaEtiologiaDiagnosticoYTratam-9257847%20(3).pdf

Cuarto-Agudelo, Y. S., & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Revista Médicas UIS*, 33(3), 17–26. https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001

Duarte-Chang, C., Beitia, S., & Adames, E. (2019). Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta novariceal atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomás, 2015-2016. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 39(2), 105–110.

Fernando Galindo (2020) Hemorragia digestiva, *Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva* Volumen 1-126 https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/uveintiseis.pdf.

Guachamin, P. A. Peralvo, Rodríguez, S. A. D., Orozco, B. J. V., Hidalgo, V. E. C., Ramírez, R. M. C., & González, B. L. Y. (2020). Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, *19*(1), Article. https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.520

Guerrero, A., Aldehuela, RS, Miguel, AF de, & Albillos, A. (2019). Actualización de la hemorragia digestiva. Valoración clínica, diagnóstico diferencial y manejo hospitalario. *Medicina*, *12* (87), 5117–5125. https://doi.org/10.1016/j.med.2019.10.004.

Guzmán JD, Dávila ES, Palomeque WF. Tratamiento del San-grado Digestivo Alto. Protocolo médico. Quito. Unidad Técnica de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Cambios rev méd; 2018;17(2):95-104.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, R. Fernández C, batista pilar, metodología de la investigación, Mc Graw Hill, chile 200.

Jiménez, Pacheco, M. J. (2020). Revisión bibliográfica acerca las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los pacientes que presentan sangrado digestivo alto en los servicios de emergencias. Tesis para optar al grado y título de Especialista en Medicina de Emergencias. Universidad de Costa Rica.

Martínez S., Guillermo, Figueroa N., Pedro, Toro P., Javier, García C., Carlos, & Csendes J., Attila. (2021). Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Revista de cirugía, 73(6), 728-743. https://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132

Ñaupas, H.; Valdivia, M.; Palacios, J.; Romero, H. (2018). Metodología de la investigación, Cuantitativa, Cualitativa y redacción de Tesis. Bogotá: ediciones de la U. 5ta. Edición, p. 334.

Oyola-García, Alfredo E. (2021). La variable. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, *14*(1), 90-93. https://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.905.

Pereyra, L. E. (2020). *Metodología de la investigación*. Editorial soluciones educativas. México.

Puente Baro, A. E. P., Hemry Ochoa, V. M., Marty Rustan, M. M., Bonnane, M. M., & Matos, Y. M. (2016). Caracterización de los cuidados de enfermería en pacientes con sangrado digestivo alto. *Sistema de Información Científica Redalyc 95(6), 893-901.*

Roberto Hernández Sampieri, Christian Paulina Mendoza Torres (2023) Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, México: McGRAW-HILL.

Rodríguez, H. (2019). Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.

Shah, A. R., Jala, V., Arshad, H., & Bilal, M. (2018). Evaluation and management of lower gastrointestinal bleeding. *Disease-a-Month*, *64*(7), 321-332. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.02.002Vázquez, A. R. S. (2020). Hemorragia digestiva alta en adultos: Intervención enfermera en urgencias. *Nuberos Científica, Fundación de Enfermeria de Cantambria 38-43.*

Vera Carrasco, O. (2019). Guías de Atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz.*

Wilkins, T., Wheeler, B., & Carpenter, M. (2020). Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *American Family Physician*, *101*(5), 294-300.

Anexos

PRESUPUESTO, Fuente de financiación: **Autogestión.**

Rubros	Fuentes	Subtotal.
Investigador principal.	200.00	**200.00**
Etapa 1. Diseño del proyecto.		
Materiales e insumos. • **Materiales de oficina.** • **Impresora y tinta** • **Uso de Internet**	300	**400.00**
Adquisición de material bibliográfico.	100.00	
Etapa 2. Ejecución.		
Comité de Bioética **Viajes y gastos asociados.** • **Trasporte y alimentación para aplicación de encuestas y realización de la intervención.**	290.00	**790.00.**
Equipos tecnológicos. • **utilización de programas estadísticos y gráficos.**	200.00	
Gastos operacionales. • **uso de Internet** • **asesorías estadísticas.** • **SPSS version gratuita.** • **Revisión por el profesor de español.**	300.00	
Etapa 3. Presentación de resultados.		**600.00**
Impresos y publicaciones. • **elaboración del informe final.** • **reproducción de material didáctico.** • **Encuadernado del trabajo final.**	400.00.	
Comunicaciones.	200.00	
Total.	**B/. 1,990.00**	**B/.1,990.00**

CRONOGRAMA

TÍTULO: GUÍA EDUCATIVA PARA ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIA DE SEGUNDO NIVEL

OBJETIVO: EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL TIEMPO ESTABLECIDO.

Año 24-26 / Actividades	2024												2025												2026								
Meses	E1	F2	M3	A4	M5	J6	JL7	A8	S9	O10	N11	D12	E1	F2	M3	A4	M5	J6	JL7	A8	S9	O10	N11	D12	E1	F2	M3	A4	M5	J6	JL7	A8	S9
Selección del tema																																	
Asesoría																																	
Revisión de datos.																																	
Elaboración del Proyecto.																																	
Revisión y aprobación por las Comisión Académica																																	
Entrega de carta a la comisión académica e institución donde se realizará el proyecto.																																	

Aprobación de la institución para la realización del proyecto.																																
Sometimiento al comité de bioética																																
Registro del proyecto en la vip.																																
Elaboración del marco teórico.																																
Ejecución de la intervención.																																
Análisis, discusión e interpretación de los resultados																																
Revisión Y ortográfica																																
Sustentación del proyecto y encuadernación																																

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA EDUCATIVA

Tema: Guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en un servicio de urgencia de segundo nivel

Dirigido a: Enfermeras del servicio de urgencias implementado por: Lic.: Franchesca Uzkudun

Objetivo: Actualizar el conocimiento de las Enfermeras sobre el sangrado digestivo en el servicio de urgencia

Lugar: salón de conferencias Duración: 1 hora fecha: 10 marzo de 2026

Objetivo	Contenido	Desarrollo	Recursos	Evaluación
Definir que es sangrado digestivo y sus factores de riesgo	• Que es sangrado digestivo. • Factores de riesgo de la hemorragia digestiva. • Manifestaciones hemorragia digestiva • Clasificación de la hemorragia digestiva.	• Definición de sangrado digestivo. • Mencionar los factores de riesgo y mencionar los más comunes que hemos visto en nuestro servicio • Hematemesis • Melena • Hematoquecia • Rectorragia • Volumen • Evolución • Origen 1. Se realizará una lluvia de idea buscando un sondeo de conocimiento de cuanto sabe el personal sobre el tema a tratar. 2. Partiendo desde ahí se realizará una docencia tratando los temas principales sobre el sangrado digestivo	Docencia Tríptico Infografía Video ilustrativo Pluma y papel	Se realizarán preguntas de cierre para comprobar que la información brindada fue comprendido. (se darán incentivos por responder)

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA EDUCATIVA

Tema: Guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en un servicio de urgencia de segundo nivel

Dirigido a: Enfermeras del servicio de urgencias implementado por: Lic.: Franchesca Uzkudun

Objetivo: Actualizar el conocimiento de las Enfermeras sobre el sangrado digestivo en el servicio de urgencia

Lugar: salón de conferencias Duración: 1 hora fecha 11 de marzo 2026

Objetivo	Contenido	Desarrollo	Material	Evaluación
• Conocer la clasificación de la hemorragia digestiva según su origen.	• clasificación de la hemorragia digestiva según su origen. ✓ Hemorragia digestiva alta ✓ Hemorragia digestiva baja	• Concepto de sangrado digestivo alto • Etología ✓ No varicosas ✓ Varicosa • Medio de diagnóstico. • Tratamiento. • Concepto de sangrado digestivo bajo • Factores de riesgo • Etiología • Manifestaciones clínicas ✓ Melena ✓ Enterorragia ✓ Rectorragia ✓ Sangrado oculto 1. Se realizará realimentación para las enfermeras que no estuvieron en la primera docencia. 2. Se preguntará cual es la diferencia de sangrado digestivo alto y bajo y de ahí se partirá para la docencia	• Docencia • Tríptico • Infografía • Video ilustrativo • Pluma y papel	• Se realizará un quiz de 5 preguntas para comprobar que la información fue comprendida. • Será discutido por todo el grupo.

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA EDUCATIVA

Tema: Guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva en un servicio de urgencia de segundo nivel

Dirigido a: Enfermeras del servicio de urgencias implementado por: Lic.: Franchesca Uzkudun

Objetivo: Actualizar el conocimiento de las Enfermeras sobre el sangrado digestivo en el servicio de urgencia

Lugar: salón de conferencias Duración: 1 hora fecha: 11 de marzo 2026

Objetivo	Contenido	Desarrollo	Material	Evaluación
• Establecer recomendaciones basadas en evidencia para la evaluación y manejo de pacientes adultos con hemorragia digestiva.	• Evaluación inicial • Evaluación secundaria • Manejo farmacológico	• ABCDE • Pruebas complementarias • Anamnesis y examen físico • Omeprazol • octriotide Cierre con un resumen de los puntos más destacados.	• Docencia • Video ilustrativo • Pluma y papel	• Se realizará unas postest de cierre con el cual se evaluará si el conocimiento fue internalizado.

Carta de Aprobación del Comité

CBI-U Santander-M- 104- 2025

Panamá, 08 de agosto de 2025.

MEMORANDO

Para: FRANCHESCA UZKUDUN MARÍN
Investigadora Principal.

De: Dra. Nydia Flores Chiari
Presidenta del Comité de Bioética de la Investigación

Asunto: **Consideraciones sobre protocolo revisado**

En reunión ordinaria del 21 de julio 2025 del Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad Santander Panamá se discutieron, en segunda revisión, los documentos del protocolo: **"DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA PARA ENFERMERAS: MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA, SERVICIO DE URGENCIA, HOSPITAL EZEQUIEL ABADÍA, SONÁ, 2025"** Y se decide aprobar con correcciones menores, mismas que se completaron el 30 de julio de 2025.

Los Miembros del Comité de Bioética de la Investigación deciden entonces:

[X] Aprobar [ ] Solicitud de Modificaciones [ ] Suspender para correcciones [ ] Den

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"DISEÑO DE GUÍA EDUCATIVA PARA ENFERMERAS: MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA, SERVICIO DE URGENCIA, HOSPITAL EZEQUIEL ABADÍA, SONÁ, 2025"



Investigadora: Franchesca Uzkudun Marín

La presente investigación trata de conocer el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Ezequiel Abadía respecto al manejo de la hemorragia digestiva, así como identificar áreas que puedan ser fortalecidas mediante una intervención educativa.

Usted ha sido invitado a participar de manera voluntaria en este estudio dirigido a las enfermeras que laboren en el servicio de urgencia y que cumplan con los criterios.
Para Diagnosticar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el Manejo hemorragia digestiva en el servicio de urgencias.

Procedimiento
Hacemos de su conocimiento que es nuestra responsabilidad informarle acerca de la investigación y aclarar las dudas que la misma le genere, los datos serán recolectados a través de un cuestionario cerrado y validado por expertos, se estima que le tomará aproximadamente 20 minutos responder lo solicitado.

Su participación es voluntaria, tiene derecho a negarse, puede decidir no participar o luego de haber aceptado, puede retirarse de la investigación, aun así, tendrá la oportunidad de ser incluido (a) en cualquier programa de atención o prevención que redunde en beneficio del resto de los participantes.

Riesgos y beneficios
Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas ante las preguntas que se relacionan con su nivel académico como son, dificultades para concentrarse, pensar con claridad, la cual debe tomarse en cuenta, no se ofrecen beneficios económicos ni materiales.

Confidencialidad y ética
Los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados, serán tratados con estricta confidencialidad, los datos serán manejados por los investigadores sin ofrecer la posibilidad de identificación de los participantes.
La investigación cumple con los lineamientos de confidencialidad establecidos en la Ley 68/2003 de deberes y derechos de los pacientes, la Ley 84/2019 de investigación en salud y en la Ley 81/2019 de protección de datos personales.

Ante todo, se considerará el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño.
Los datos recogidos con las encuestas serán guardados por un periodo de 5 años.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD SANTANDER APROBADO
Fecha: Firma:
08AGO25

Consultas y dudas
La persona responsable de esta investigación es Franchesca Uzkudun, si surgen dudas o necesita alguna información puede contactarla al correo: franchescauzkudun@gmail.com También puede consultar al Comité de Bioética de la Investigación Avenida Colombia calle 44 Bellavista Edificio Capto Tel. 394-3490, comite.etica@usantander.edu.pa

Firma del participante

Yo _____ afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que he sido invitado (a) a participar, y del uso que se dará a los datos recolectados, entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto participar voluntariamente y responder los cuestionarios para recoger los datos.

Firma del participante_____Código de identificación_____

Fecha _____ Hora _____

Declaración del investigador
Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: _____

Firma _____

Fecha _____ Hora _____

Número de Documento _____

Modelo basado en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Instrumento

Título: "Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025".

Investigador: Franchesca Uzkudun

Fecha: Agosto, 2025

Código: F001____

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRÍA EN URGENCIA Y EMERGENCIA

Cuestionarios dirigidos a enfermeras del servicio de urgencia

Estimados(as) colegas.

El presente cuestionario forma parte del proyecto de intervención: **"Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025"** *objetivo* del mismo es determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras en el manejo de la hemorragia digestiva en un servicio de urgencia e identificar las necesidades educativas relacionadas al tema.

Cada respuesta correcta tiene un valor de 5 puntos.

La información es anónima y solo se utilizará con fines académicos. Para valorar el conocimiento sobre la Hemorragia Digestiva se utilizará la siguiente escala:

Nivel bajo: 0- 30 Puntos

Nivel medio: 35 -60 Puntos

Nivel alto: 65-90 Puntos

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las preguntas, marque con una equis (X**)** la respuesta que considere correcta.

A- DATOS GENERALES

1) Edad:

a) 25-29

b) 30-34

c) 35-39

d) 40-44

e) 45 y más

a) Femenino

2) Sexo: b) Masculino

Título: "Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025".

Investigador: Franchesca Uzkudun

Fecha: Agosto, 2025
Código: F001

3) Nivel académico que posee

a) Licenciatura
b) Postgrado
c) Maestría
d) Doctorado

4) Ha recibido orientación sobre hemorragia digestiva.

a) Si b) No Que tipo a) Charla b) Curso c) Diplomado

Donde_____ Cuanto tiempo _____

B- Manejo del paciente con hemorragia digestiva.

1. ¿Qué es la hemorragia del tubo digestivo?

a) Es la expulsión de sangre, por el conducto digestivo.
b) Es la pérdida de sangre que se origina en el tubo digestivo desde el esófago hasta el ano.
c) Presencia de sangre en las heces o vomito.
d) Todas

2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la hemorragia digestiva?

a) Edad avanzada del paciente, Comorbilidades crónicas.
b) Fármacos: corticoides inhibidores de la recaptación de serotonina; inhibidores de la aldosterona.
c) Fármacos Anticoagulantes orales, Antiinflamatorios no esteroides (AINES)
d) Todas.

3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva?

a) Hematemesis, Melena, Rectorragia.
b) Sangre en las heces, vomito con sangre, heces negras.
c) Vomito que parece café molido, Heces mezcladas o recubiertas de sangre de color rojo brillante.
d) Todas.

Título: "Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025".

Investigador: Franchesca Uzkudun

Fecha: Agosto, 2025

Código: F001

4. La diferencia entre Hemorragia digestiva alta y Hemorragia digestiva baja está determinada por:

a) La forma de presentación.

b) Según la hemorragia se exteriorice por la boca o el ano respectivamente.

c) Según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz.

d) Todas.

5. ¿Cuáles son las causas de la hemorragia digestiva alta?

a) Ulcera duodenal, úlcera gástrica y varices esofágicas

b) Divertículos, Angiodisplasia, Enfermedad inflamatoria de intestino.

c) Tumores colónicos, Esofagitis erosiva, fistula

d) Todas.

6. ¿Cuáles son las causas de la hemorragia digestiva baja?

a. Divertículos, Angiodisplasia, Enfermedad inflamatoria de intestino.

b. Gastritis, ulceras pépticas, varices esofágicas.

c. Neoplasia, Esofagitis erosiva, ulcera duodenal.

d. Todas.

7. Ante una hemorragia digestiva alta o baja lo primero es:

a) Localizar el punto de sangrado.

b) Poner urgentemente una unidad de concentrado de hematíes antes que nada porque, independientemente de la severidad del sangrado esto nunca le va a venir mal.

c)Valoración y estabilización del paciente.

d) Todas.

8. ¿Cuál es la administración inicial de omeprazol en el servicio de urgencia?

a) 80 mg en bolo y luego 80 mg en 100 c/c SSN PP. IV a 10 c/c /h

b) 80 mg en bolo y luego 120 mg en 100 c/c SSN pp. IV a 10 c/c /h

c) 80 mg en bolo y luego 80 mg en 100 c/c SSN PP. IV a 20 c/c /h.

d) Todas.

Título: "Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025".

Investigador: Franchesca Uzkudun

Fecha: Agosto, 2025

Código: F001

9. ¿cuál es la dosis de octriotide para el sangrado variceal?

a) 50mcg en bolo (impregnación) y 1000mcg +200 de salina de mantenimiento.

b) 100mcg en bolo (impregnación) y 50mcg +250 de salina de mantenimiento.

c) 50mcg en bolo (impregnación) y 500mcg +250 de salina 0 dextrosa en agua de mantenimiento.

d) Todas.

10. ¿Las guías de enfermera en el sangrado digestivo ayudan al cumplimento de protocolos por qué?

a) Proporcionan una estructura clara sobre cómo llevar a cabo determinadas acciones

b) Permite hacer más rápido el trabajo y tener tiempo libre

c) Se logra atender más paciente en menos tiempo y con menos personal.

d) Todas.

11. ¿Qué no debe hacer, al evaluar el abcde del paciente con sangrado digestivo?

a) Evaluar la presencia de sangrado en la boca

b) Evaluar intubación según el nivel de conciencia

c) Colocación de sonda nasogástrica y lavado.

d) Ninguna.

12. ¿En qué posición se debe colocar al paciente si presenta vomito con sangre?

a) Decúbito supino con ligero Trendelenburg o en decúbito lateral izquierdo

b) Decúbito supino con ligero Trendelenburg o en decúbito lateral derecho

c) Decúbito prono con ligero Trendelenburg o en decúbito lateral izquierdo.

d) Todas

13. ¿Cuáles son los síntomas de una hemorragia leve?

a) Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada y seca

b) intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria.

c) TA sistólico > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos.

Título: "Diseño de guía Educativa para Enfermeras: manejo de la Hemorragia Digestiva, servicio de urgencia, Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2025".

Investigador: Franchesca Uzkudun

Fecha: Agosto, 2025

Código: F001

14. ¿Cuáles son los síntomas de una hemorragia moderada?

a) Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada y seca

b) Intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria.

c) TA sistólico > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad).

d) Todas.

15. ¿Cuáles son los síntomas de una hemorragia grave?

a) Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada y seca.

b) Intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria

c) TA sistólico > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos ·

d) Todas.

16 ¿Con qué se realiza la reposición de la volemia?

a) Suero salino 0.9% o Ringer lactato.

b) Ringer lactato, Dextrosa al 5%

c)Dextrosa al 5% en agua.

d) Todas.

17. ¿Que se toma en cuenta en la evaluación inicial antes de entubar a un paciente con sangrado digestivo?

a) El tipo de hemorragia (leve, moderada, grave)

b) La cantidad de sangre perdida

c) El nivel de conciencia del paciente

18 ¿En el examen físico del paciente con sangrado digestivo se debe priorizar la valoración de?

a) Los resultados de laboratorios (hemoglobina, hematocritos, tiempo de coagulación)

b) La clasificación hemodinámica del sangrado digestivo (leve, moderada, grave)

c) La inspección de la piel, la exploración abdominal, tacto rectal,

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INTERVENCIÓN

Se realizo en dos sesiones



Invitación al personal de enfermería del servicio de urgencia



Tarjeta con código qr que se entregó al personal donde podían acceder la guía completa.


MURAL INFORMATIVO NEF
HEMODIALISIS
DIALISIS PERITONEAL
PROTOCOLO TRASPLAN
FACTORES DE RIESGO


HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine próxima al ligamento de Treitz.

Resumen proporcionado a los participantes

RESUMEN GUÍA EDUCATIVA: HEMORRAGIA DIGESTIVA 2026

CONCEPTO GENERAL Y RELEVANCIA CLÍNICA

La hemorragia digestiva es una urgencia médica caracterizada por la pérdida de sangre proveniente de cualquier segmento del tubo digestivo desde el es6fago hasta el ano.

Se clasifica principalmente en: respecto al **ángulo de Treitz:**

Alta por encima
Baja por debajo

- **Hemorragia digestiva alta:** sangrado originado desde el esófago hasta el ligamento de Treitz.
- **Hemorragia digestiva baja:** sangrado proveniente del intestino delgado distal, colon, recto o ano.

- **Factores de riesgo:** Uso de AINES, alcoholismo, tabaquismo Enfermedad cr6nica, trastornos de coagulaci6n, Edad avanzada. Helicobacter pylori

Manifestaciones clínicas

- Hematemesis (vomito con sangre).
- Melena (heces negras).
- Hematoquecia (sangre roja por recto).
- Palidez, mareos, debilidad.
- Taquicardia e hipotensión

Hemorragia digestiva alta -causas principales

- Ulcera péptica (lamás frecuente).
- Varices esofágicas.
- Gastritis erosiva.
- Desgarro de Mallory-Weiss.
- Tumores gastrointestinales.

Hemorragia digestiva baja -causas frecuentes: Divertículos, hemorroides, colitis. pólipo, cáncer colorrectal. En casos graves pueden aparecer signos de shock: Confusi6n, Disminución del estado de conciencia, Oliguria, Frialdad cutánea

Evaluación y diagnóstico
El diagnóstico de la hemorragia digestiva combina valoraci6n clínica, estudios de laboratorio e imágenes.

Evaluación inicial

Incluye: Historia clínica detallada, evaluaci6n hemodinámica, exploraci6n física completa.

Estudios complementarios

- Hemograma.
- Tiempo de coagulaci6n.
- Niveles de hemoglobina *y* hematocrito.
- Pruebas de funci6n hepática.

Métodos diagnósticos específicos

- Endoscopia digestiva alta (principal herramienta diagnostica y terapéutica).
- Colonoscopia.

La endoscopia es el método más importante porque permite identificar la fuente del sangrado y tratarla simultáneamente.

Manejo terapéutico: El tratamiento se basa en.

Estabilización inicial: Valoración y estabilizaci6n hemodinámica del paciente (ABC) antes de cualquier otra intervención
.

Control de vía aérea si es necesario
- Acceso venoso.
- Reposici6n de líquidos.
- Transfusion sanguínea según necesidad.

Tratamiento farmacológico

- inhibidoras de bomba de protones. (omeprazol, 80 mg en bolo Y luego 80 mg en 100 c/c SSN PP. IV a 10 c/c /h)
- octriotide: 50mcg en bolo (impregnaci6n) y 500mcg +250 de salina O dextrosa en agua de mantenimiento

Cuidados de Enfermeria

incluye monitoreo de:

- Signos vitales.
- Estado neurol6gico.
- Balance hídrico.
- Características de las heces y vomito

intervenciones prioritarias

- Vigilar signos de shock.
- Mantener acceso venoso
- permeable.
- Administrar medicamentos
- prescritos.
- Registrar pérdidas sanguíneas.
- Preparar al paciente para estudios diagn6sticos.

Tratamiento farmacológico inicial
Omeprazol IV
Luego infusión continúa diluida en soluci6n salina
Octriotide (sangrado variceal)
50mcg en bolo (impregnaci6n) y 500mcg +250 de salina O dextrosa en agua de mantenimiento.

Posición del paciente con hematemesis
- Decúbito lateral (preferiblemente izquierdo)

- Supino con leve Trendelenburg

Clasificación según gravedad Grado Características

Leve Signos vitales normales
Taquicardia, palidez, TA sist61ico > 100 mmHg, FC <

Moderado 100 ppm, discreta vasoconstricci6n periférica

Grave (palidez, frialdad).
Hipotensi6n, alteraci6n mental, anuria

Reposición de volemia
Se realiza con cristaloides:
- Soluci6n salina 0.9o/o
- Ringer lactato

Intubaci6n - criterios previos
Debe evaluarse principalmente:
- Nivel de conciencia
- Riesgo de aspiraci6n
- Cantidad de sangra.do Prioridades del examen físico Se debe priorizar:
- Clasificación hemodinámica
-
- Exploraci6n abdominal
- Evaluaci6n cutánea y tacto rectal

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

GUÍA EDUCATIVA *PARA ENFERMERAS*

PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA, EN EL SERVICIO DE URGENCIA. HOSPITAL EZEQUIEL ABADÍA

ELABORADO POR

FRANCHESCA UZKUDUN MARÍN

SONÁ, 2026

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 64
JUSTIFICACIÓN 65
OBJETIVO GENERAL 66
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 66
UNIDAD 1 67
CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE HEMORRAGIA DIGESTIVO 67
HEMORRAGIA DIGESTIVA (HD) 67
1.1 Factores de riesgo: 68
1.2 Manifestaciones clínicas: 68
1.3 Clasificación: 70
2. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 72
2.1 Causas de hemorragia digestiva alta 72
2.2 Factores clínicos 73
2.3 Etiologías 74
2.4Tratamiento hemorragia digestiva alta (HDA). 75
Riesgos y complicaciones de la (HDA) 77
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB) 77
3.1Manifestaciones clínicas 78
3.2 Causas 79
3.3Medios diagnósticos 80
3.4Tratamiento 81
UNIDAD 2 84
EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA . 84
1. Evaluación inicial: 84
1.1 Evaluar requerimientos de hemoderivados: 85
2. Evolución secundaria: 85
Manejo farmacológico del sangrado digestivo 87
VALORACIÓN DE ENFERMERIA POR NECESIDADES 90
PLAN DE CUIDADOS 91
CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA PARA LA HEMORAGIA DIGESTIVA 104
REFERENCIAS 108

INTRODUCCIÓN

La formación en enfermería es un pilar fundamental en el ámbito de la salud, y su actualización constante resulta indispensable para responder a las nuevas tendencias en el manejo de patologías. En este contexto, las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias desempeñan un papel crucial, ya que son las primeras en atender a los pacientes, brindándoles los cuidados necesarios para optimizar su pronóstico médico. Por ello, la educación continua se convierte en una herramienta esencial para el desarrollo profesional y la mejora constante de la práctica de enfermería. La enfermería es un campo dinámico que evoluciona al ritmo de los avances científicos y tecnológicos, así como de los cambios en los tratamientos y las políticas de salud. La formación continua no solo permite que las enfermeras se mantengan actualizadas, sino que también previene la obsolescencia de sus conocimientos. Además, garantiza el cumplimiento de los estándares revisados periódicamente en la práctica de enfermería, promoviendo así la integridad profesional y evitando posibles sanciones.

En este sentido, las guías educativas adquieren una relevancia significativa. Estas herramientas permiten adquirir conocimientos de manera rápida y estructurada, facilitando una comunicación uniforme entre los profesionales al tratar diversas patologías. Es natural que surjan lagunas en el conocimiento, especialmente cuando se es un personal nuevo en un servicio o no se está familiarizado con el manejo específico de ciertos pacientes. Las guías educativas no solo refrescan estos conocimientos, sino que también proporcionan directrices claras sobre cómo actuar y cuándo hacerlo, asegurando así una atención óptima al paciente. Un ejemplo destacado de la importancia del profesional de enfermería es su papel en emergencias médicas como el sangrado digestivo. Esta condición requiere una intervención rápida y eficaz para prevenir complicaciones graves como el shock hipovolémico. Las enfermeras desempeñan funciones esenciales en el reconocimiento temprano del problema, la estabilización inicial del paciente, el apoyo diagnóstico, la educación del mismo y la coordinación del cuidado integral. Su trabajo es clave para mejorar los resultados clínicos en este tipo de emergencias. La presente guía aborda las generalidades del sangrado digestivo y su manejo desde la perspectiva del personal de enfermería. El objetivo es

proporcionar herramientas de atención práctica y actualizadas que permitan garantizar la seguridad y eficiencia en los cuidados brindados a los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermeras que trabajan en los departamentos de emergencia enfrentan el desafío de atender a pacientes con una amplia variedad de condiciones médicas, muchas de las cuales requieren intervenciones rápidas y precisas. Para desempeñar este rol de manera efectiva, es fundamental que cuenten con habilidades actualizadas y conocimientos sólidos que les permitan responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes.

La constante actualización de conocimientos y competencias no solo es una exigencia del entorno dinámico en el que se desempeñan, sino también una responsabilidad profesional que garantiza la calidad y seguridad en la atención. En este contexto, la educación continua se convierte en una herramienta esencial para fortalecer su práctica clínica, proporcionando una base sólida de conocimientos y habilidades que les permita actuar con confianza y eficacia.

Por ello, resulta indispensable brindarles información clara, accesible y basada en evidencia, diseñada específicamente para facilitar su aprendizaje y aplicación práctica. Este enfoque no solo beneficia a las enfermeras al enriquecer su desempeño profesional, sino que también impacta positivamente en la calidad del cuidado ofrecido a los pacientes.

Una guía educativa estructurada proporcionaría conocimientos claros sobre causas, síntomas, opciones terapéuticas y cuidados postratamiento, fortaleciendo así su capacidad para brindar una atención segura y efectiva. Que no solo responde a la necesidad de mejorar los estándares de atención, sino que también empodera a las enfermeras para desempeñar un rol más efectivo en la prevención, manejo y recuperación de estos pacientes críticos.

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar una guía educativa para enfermeras sobre el manejo de la hemorragia digestiva, en el servicio de urgencia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una guía actualizada sobre el manejo de la hemorragia digestiva basada en la evidencia científica más reciente.
- Presentar la guía para el manejo de la hemorragia digestiva a las enfermeras que laboran en el servicio de urgencias.
- Evaluar la efectividad de la guía mediante la comparación del conocimiento de las enfermeras antes y después de su presentación.

UNIDAD 1

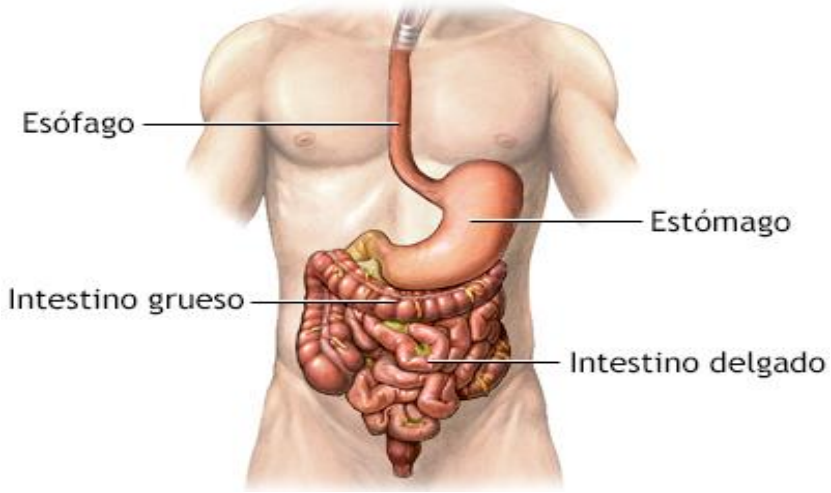
CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE HEMORRAGIA DIGESTIVA

HEMORRAGIA DIGESTIVA (HD)

Es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo desde el esófago hasta el ano. La hemorragia digestiva es la causa más común de hospitalización relacionada con trastornos gastrointestinales, es un motivo frecuente de consulta en urgencias, que implica además un importante número de ingresos tanto al área crítica de Urgencias, Unidad Adultos, área de Cuidados Intensivos y hospitalización. La mortalidad por esta causa es variable, se estima entre el 3,5% al 10,0%. (Guachamín et al.,2020)

Figura 1

Título: Anatomía del sistema digestivo



Nota: Adaptado de El sistema digestivo humano, por J. Pérez y M. Gómez, 2022, Revista Médica de Anatomía (p. 45), obtenido de https://ejemplo.com/sistema-digestivo.

1.1 Factores de riesgo:

La hemorragia digestiva cuenta con varios factores de riesgo entre ellos:

- Edad avanzada: La incidencia de hemorragia digestiva aumenta en el paciente anciano debido a tres factores: enfermedades digestivas propias del anciano (diverticulosis, angiodisplasias, neoplasias, isquemia), las comorbilidades (cardiopatías, insuficiencia renal, diabetes mellitus) y los fármacos asociados (antiagregantes, anticoagulantes y antinflamatorios no esteroides (Molero et al., 2017, p. 91).
- Uso de medicamentos: El uso de anticoagulantes y medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) causan la inhibición persistente y moderada de la COX1 gástrica, lo cual resulta en una inhibición de la síntesis de prostaglandinas (PGE2 y PGI2), claves para mantener el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica e incrementar la producción de mucus y bicarbonato; y en un aumento de la síntesis de leucotrienos, que inducen la isquemia e inflamación de la mucosa (Zapater,2016)
- Historia previa de hemorragia: Tener antecedentes de hemorragia digestiva alta incrementa considerablemente el riesgo futuro (Rodríguez, 2019).
- Consumo de alcohol y tabaquismo: Estos hábitos están relacionados con un mayor riesgo de desarrollar úlceras y, por ende, hemorragias. Un estudio encontró que el 27.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta eran consumidores de alcohol y el 35.8% eran fumadores.
- Enfermedades crónicas: Condiciones como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cirrosis hepática aumentan el riesgo.
- Infección por Helicobacter pylori: Esta bacteria está asociada con la gastritis y las úlceras pépticas, que son causas comunes de hemorragia digestiva alta (Wilkins et al., 2020).

1.2 Manifestaciones clínicas:

Entre las manifestaciones clínicas se incluyen las mencionadas por Guzmán (2018).

- Hematemesis: El vómito de sangre, que puede ser roja, fresca, con coágulos si corresponde a una hemorragia activa y no ha sido digerida aún en el estómago, o en forma de “posos de café”, si ha dado tiempo a digerirla y a la formación de hematina.

- Melenas: Emisión de heces negras “como el alquitrán”, debido a la formación de hematina ácida en la cavidad gástrica con evacuación posterior (Pueden persistir hasta cinco días después del cese del sangrado).

  Vásquez (2020) Menciona otras manifestaciones clínicas

- Hematoquecia: Evacuación de sangre roja parcialmente digerida que, si se produce proximalmente al ángulo de Treitz, implica tránsito acelerado que no da tiempo a la digestión de la hemoglobina por el ácido gástrico.
- Rectorragia: Es la emisión de sangre roja por el ano sola o asociada con las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto.

Figura 2

Título: Diferencia clínica entre hematoquecia y melena



Nota: https://es.slideshare.net/slideshow/hemorragia-digestiva-33019758/33019758

1.3 Clasificación:

Guachamín (2020) Clasifica la hemorragia digestiva según:

1. El volumen: Depende de los centímetros cúbicos de pérdida de sangre se clasifica en hemorragia leve, moderada, grave y masiva.

   Figura 3

   Título: Clasificación de la hemorragia digestiva según el volumen

	Grado I o leve	Grado II o moderada	Grado III o severa	Grado IV o masiva
Pérdida hemática	Hasta 750 cc	750 - 1500 cc	1500 – 2000 cc	> 2000 cc
Pérdida de volemia	< 10-15%	15-30%	30-40%	> 40%
Frecuencia cardíaca	<100	100-120	120-140	>140
Amplitud de pulso	Normal	Disminuida	Disminuida	Marcadamente disminuida
Presión arterial (mmHg)	Normal	Normal (PAS >100 mmHg)	Disminuida (caída de 40 mmHg o más de su presión normal o <100 mmHg)	Disminuida (difícil establecer la presión diastólica)
Llene capilar	Normal (<2 segundos).	Lento	Lento	Ausente
Piel	Normocoloreada, templada y seca	Discreta vasocontricción periférica, palidez, frialdad)	Moderada vasocontricción periférica y colapso venoso	Intensa vasocontricción periférica y colapso venoso
Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto)	Normal (12-20)	20-30	30-35	>35
Diuresis (ml/hora)	>30	20-30	5-15	Oliguria franca
Estado mental	Normal	Medianamente ansioso	Ansioso, agitado y confuso	Confuso o letárgico

Nota: tomado del articulo Hemorragia digestiva alta j. Schmitz, aj. zarate. Universidad finis terrae.

2. La evolución: La clasificación se realiza según los signos que se visualizan mediante estudios endoscópicos que permiten predecir el riesgo alto de recurrencia de la hemorragia digestiva en base a la clasificación de Forrest.

Figura 4

Título: clasificación de Forrest

Clasificación	Hallazgo Endoscópico
	Hemorragia activa
Forrest IA	Sangrado en chorro (activo).
Forrest IB	Sangrado babeante (activo).
	Hemorragia recurrente
Forrest IIA	Vaso visible (no sangrante).
Forrest IIB	Coágulo adherido (no sangrante).
Forrest IIC	Fondo hemático, mancha pigmentada (no sangrante).
Forrest III	Fondo limpio No estigmas (fibrina).

Nota: Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología (Guachamín et al., 2020)

3. De acuerdo al lugar de origen: Se considera como referente el ángulo de Treitz. Se clasifican en Hemorragia Digestiva Alta (HDA) y Hemorragia Digestiva Baja (HDB).

Figura 5

Título: Clasificación de la hemorragia de acuerdo a su origen

Clasificación	Hemorragia digestiva alta	Hemorragia digestiva baja
Situación	Por encima del ángulo de Treitz.	Por debajo del ángulo de Treitz.
Síntomas	Hematemesis, poso de café, melena, rectorragia (poco frecuente).	Rectorragia, proctorragia, hematoquecia, melena (menos frecuente).
Edad de presentación	Pacientes más jóvenes.	Pacientes más añosos
Comorbilidades	Habitualmente ausentes.	Habitualmente presentes
Anticoagulación	Menos frecuente.	Más frecuente.
Morbimortalidad	Moderadamente alta, en Relación con la hemorragia.	Baja, en relación con la Comorbilidad.
Necesidad de endoscopia urgente	Siempre.	En casos seleccionados.

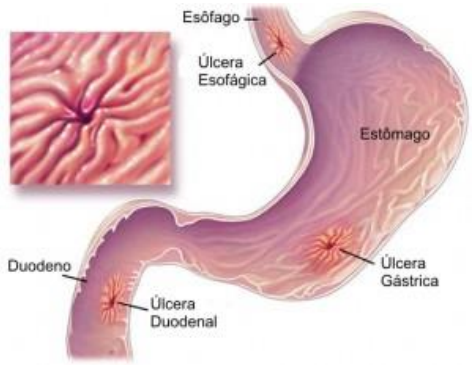
Nota: Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología (Guachamín et al., 2020)

2. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta (HDA) Se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine próxima al ligamento de Treitz (Yunga y Montenegro 2020 p. 3).

Figura 6

Título: Causas de la hemorragia digestiva alta



NOTA: Obtenido de https://www.clinicadigestivanavarro.com/servicios-2/manejo-sangrado-digestivo/

2.1 Causas de hemorragia digestiva alta

Yunga y Montenegro (2020) Mencionan que las causas de la hemorragia digestiva son:

Úlcera Péptica. Son responsables del 40 al 50% de todas las HDA, siendo las úlceras de tipo duodenal las que ocasionan mayor sangrado a diferencia de las úlceras gástricas. También se sabe que la ingesta de AINES previa se da en el 20-50% de los casos en los que la hemorragia se produce secundaria a una úlcera péptica, lo cual no significa que necesariamente la ingesta de AINES esté involucrada. La principal causa de HDA es la úlcera péptica, alcanzando un 50% de los casos, siendo frecuentemente de localización gástrica en adultos y duodenal en niños.

Síndrome de Mallory-Weiss. En pacientes que sufren de crisis de vómitos constantes ocurren unos desgarros longitudinales en la unión de la zona esofagogástrica, habitualmente en la cara posterior denominada como Síndrome de Mallory - Weiss. Inicialmente, este síndrome se describió en personas alcohólicas que se inducían al vómito para seguir bebiendo. Actualmente, independientemente de que el paciente sea bebedor o no, se habla de Síndrome de Mallory Weiss

a todo aquel desgarro ocasionado por vómitos. Estadísticamente se conoce que pertenecen entre el 2 y 7% de las causas de HDA y que ocasionan una mortalidad alrededor del 5%.

Neoplasias. Ocasionan sangrado importante secundario a hemorragias de larga data por lo general ocultas

Esofagitis. Esta enfermedad está presente en el 1 a 2 % del total por lo que no es común. Suelen ser generadas por la presencia de úlceras esofágicas, más que nada aquellas esofagitis de grado IV

Angiodisplasias. También llamadas telangiectasias, son capilares aberrantes que se localizan frecuentemente en el tracto gastrointestinal. Son vasos que se dilatan en la mucosa y submucosa, que si se ubican en el colon derecho generan sangrado limitado en pacientes ancianos.

Varices Esofagogástrica. Esta es una de las etiologías que causan el sangrado más grave pues la ruptura de las varices puede conllevar hasta un 30% en la tasa de mortalidad dentro del primer mes siguiente a ocurrido el accidente hemorrágico. Dentro de áreas en las que existe un alto consumo de alcohol tiene como incidencia entre el 10 y 22%.

2.2 Factores clínicos

Ures y Easton (2018) Mencionan los factores clínicos más comunes:

Edad: La recurrencia del sangrado y la mortalidad es más elevada en > 60 años, pudiendo llegar al 39%. Por sí misma no sería un factor determinante si no se acompaña de enfermedades graves. Numerosos trabajos proponen una conducta más agresiva en los pacientes añosos.

Presencia de enfermedades asociadas: Representan una de las principales causas de muerte, la mayoría de las cuales se deben a la descompensación de alguna afección coexistente.

Magnitud de la hemorragia: Es el principal factor pronóstico de recidiva. El shock hipovolémico es el mejor índice clínico para medir la magnitud de la hemorragia y el pronóstico de la misma. La asociación de shock y sangrado activo en el momento de la endoscopía tendría un fuerte valor predictivo de persistencia o recurrencia de la hemorragia.

Curso evolutivo de la hemorragia: La persistencia o recidiva temprana se observa en una tercera o cuarta parte de los casos con cifras de mortalidad superiores al 20% que, cuando se acompañan de shock en pacientes mayores de 60 años, asciende a 60%.

2.3 Etiologías

La Hemorragia Digestiva Alta según (Cuartas et al., 2020), se divide en dos grupos: no varicosa y varicosa, teniendo cada una presentación diferente, como se explica a continuación:

- La hemorragia no varicosa engloba las úlceras esofágicas bajas, gástricas y duodenales, erosiones gastroesofágicas, reflujo gastroesofágico, gastropatía hipertensiva portal y tumor gástrico, por su parte.
- El sangrado de origen varicoso se presenta principalmente mediante las várices esofágicas. El síndrome de Mallory Weiss también es considerado una causa importante Las patologías más prevalentes son la úlcera péptica (duodenal y gástrica) y las várices esofágicas.

La hemorragia digestiva no varicosa se presenta de la siguiente manera:

Cuartas et al (2020), menciona las principales presentaciones:

Esofagitis: Representa aproximadamente el 10% de los casos de HDA, el reflujo gastroesofágico grave y el abuso de alcohol son los dos factores de riesgo más comunes para la esofagitis erosiva. Otras causas de esofagitis asociada con sangrado son la esofagitis infecciosa y la asociada a fármacos. La isquemia puede conducir a necrosis esofágica, aunque es poco frecuente. En pacientes con HDA secundaria a esofagitis, la hematemesis es más común que la melena, la presencia de odinofagia y disfagia dependerá de la cronicidad y gravedad de la condición subyacente. Fuente

Neoplasia: Masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y está descoordinado con el de los tejidos normales, y que persiste en su anormalidad después de que haya cesado el estímulo que provocó el cambio. Los tumores benignos y el cáncer de esófago, estómago y duodeno pueden causar hemorragias. Fuente

Esofagitis erosiva: Se da cuando los músculos entre el esófago y el estómago no se cierran adecuadamente, dejando que los alimentos y los jugos gástricos fluyan de regreso al esófago, algunas zonas de la mucosa esofágica se inflaman y se ulceran. La causa más frecuente de la esofagitis erosiva es el reflujo crónico de ácido.

La hemorragia digestiva varicosa se manifiesta de la siguiente manera:

Úlcera péptica: Es una lesión del tracto digestivo generada por el ácido peptídico el cual ocasiona una rotura epitelial que alcanza la submucosa, generalmente localizada en el estómago o la porción proximal del duodeno. Las dos principales causas de esta patología son la colonización por Helicobacter pylori y el uso de AINES (Vaca Antepara et al.,2019)

Várices esofágicas: Son dilataciones venosas patológicas en la submucosa del esófago que se producen habitualmente en pacientes con hipertensión portal. La cirrosis es la causa más común de las várices esofágicas, el sangrado digestivo por várices suele ser masivo y cuando ocurre, es potencialmente mortal El aspecto clínico de estos pacientes es producto del aumento de presiones que tienen como consecuencia el sangrado de origen varicoso, el cual, cuando se presenta en conjunto con ascitis en pacientes con cirrosis (Ángel Arango et al., 2020).

Síndrome de Mallory Weiss: Es una causa de HDA que en la mayoría de los casos es autolimitada. Esta patología consta de laceraciones longitudinales que no perforan la unión gastroesofágica, origina del 3 al 15% de los sangrados y su mecanismo es la generación de un aumento de presiones en la cavidad abdominal y gástrica que se refleja a nivel de la unión entre el estómago y el esófago. Los factores de riesgo documentados son el hipo, la tos, convulsiones y traumas torácicos; el consumo de alcohol está presente en un 30-60% de los pacientes mientras que la hernia hiatal en un 40-80%. La presentación clínica generalmente está precedida por vómito, náuseas o tos y los pacientes presentan de manera frecuente hematemesis, aunque también puede cursar con otras manifestaciones de menor incidencia como dolor epigástrico o de espalda, melena y hematoquecia (Cuartas et al.,2020).

2.4 Tratamiento hemorragia digestiva alta (HDA).

- Se basa en restaurar la volemia con administración de soluciones cristaloides, transfundir concentrados de hematíes y mantener Hemoglobina en 8 mg/dl, colocar vía central y sonda vesical fija, mantener monitoreo de constantes vitales presión arterial, frecuencia cardíaca, función respiratoria y saturación de oxígeno, Solicitar: Hematocrito, Glóbulos blancos, Pla-quetas, Hemoglobina, urea, ionograma, transaminasas, fosfatasa alcalina, Bilirrubina, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo y factor RH (Guzmán et al., 2018)

Mientras tanto Guachamín et al., (2020) menciona:

- Estabilización hemodinámica: Consiste en restituir la estabilidad cardiovascular y asegurar la perfusión adecuada de los órganos vitales, las medidas diagnósticas como la endoscopia se deben realizar una vez conseguida la estabilidad hemodinámica inicial y con el paciente adecuadamente perfundido y bien oxigenado.
- Reposición de la volemia: Dependerá de la cantidad de sangre perdida como de la rapidez con la que se produjo dicha pérdida, la hipovolemia ocasionada por la hemorragia se debe corregir para evitar las graves consecuencias que se pueden derivar, como la insuficiencia renal o el daño isquémico en órganos como el cerebro o el corazón.
- Transfusión sanguínea: El objetivo es mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, que puede verse comprometido en caso de pérdida de sangre extrema. En los pacientes que se niegan a recibir la transfusión de componentes sanguíneos por cualquier motivo, se utiliza cristaloides y coloides para reposición, pero teniendo en cuenta que no reemplazan la administración de hemo componentes hasta lograr estabilidad hemodinámica.
- Terapia endoscópica: Está indicada en todas las lesiones que tiene un alto riesgo de recidiva hemorrágica.
- Terapéutica farmacológica: La administración de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), se encargan de disminuir la formación de ácido del estómago reduciendo la recurrencia del sangrado lo que aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento endoscópico. La disminución del pH gástrico tiene como objetivo elevar el pH por encima de 6,8; que es el requerido para una función normal del coágulo sanguíneo, al favorecer la agregación plaquetaria y la formación de fibrina para que ceda el sangrado. Las dosis más recomendadas son altas durante las primeras 72 horas y de mantenimiento durante las 8 semanas Inhibición de la secreción de ácido gástrico Todo paciente con úlcera péptica documentada deberá recibir un inhibidor de la bomba de protones. La administración de estos fármacos en forma intravenosa y en dosis altas por 3 días es más efectivo y menos costoso que el no administrarlos a los pacientes con sangrado por úlceras luego de hemostasia endoscópica satisfactoria. Omeprazol a dosis de 80 mg en bolo seguido de una infusión continua IV a 8 mg/h.
- Terapia Quirúrgica: Es poco utilizado y se aplica para los pacientes que no se logran detener el sangrado por medio de endoscopia y fármacos. Para las úlceras duodenales se realiza piloroplastia y para las gástricas se realiza gastrectomías parciales.

Hemorragias digestivas altas varicosas

Patricia Ibáñez García (2015), señalan que los fármacos vasoconstrictores son de elección inmediata en este tipo de hemorragias, y hay que aplicarlos cuanto antes, bien en el traslado hacia el hospital o desde la llegada a urgencias.

- Terlipresina: Derivado de la vasopresina, es el fármaco de primera elección hoy en día, con resultados demostrados de la disminución de la mortalidad. Disminuye la presión venosa portal produciendo una vasoconstricción mantenida en el tiempo. Se administra en bolo EV (2mg > 70kg, 1mg < 50kg, 1,5mg entre 50-70 kg) y en perfusión continua (6mg/12h y 3mg/12h) diluido en SSF.
- Somatostatina: Es la segunda elección terapéutica, controla las hemorragias en un 75-90% de casos, generalmente actúa en los primeros 15 minutos de administrarlo. Posee una acción reductora del flujo sanguíneo esplénico y la tensión portal. Tiene menores efectos secundarios que la vasopresina y no tiene las contraindicaciones de esta. Se administra directa en bolo EV (250µg) o en perfusión continua (250µg/h) diluida en SSF.
- Octriotide: Análogo sintético de la somatostatina, con similar eficacia y ventajas de esta. Inhibe la secreción pancreática, gástrica y de péptidos gastrointestinales, reduce la motilidad intestinal y el flujo sanguíneo esplácnico. Se administra el bolo EV (50-100µg) y perfusión continua (50µg/h) diluido en SSF, también puede administrarse por vía subcutánea.

Riesgos y complicaciones de la (HDA)

- Broncoaspiración especialmente en pacientes agitados o con depresión del nivel de consciencia.
- Hipo ventilación que puede estar asociada a sedación excesiva.
- Hipotensión.
- Hipovolemia mantenida.
- Otras complicaciones asociadas en especial con la endoscopia terapéutica: incluyen la inducción de hemorragia o la perforación.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB)

De Rungs Brown et al. (2014), manifiestan que la hemorragia digestiva baja es potencialmente mortal; puede manifestarse como anemia ferropénica, sangre en las heces o hematoquecia. La

hemorragia digestiva baja se define como sangrado a partir del ligamento de Treitz hasta el ano, siendo el común en el colon.

Su presentación clínica varía desde el sangrado menor o imperceptible, al sangrado masivo. La manifestación más frecuente de HDB, es la **hematoquecia**, que se define como sangre visible en el papel luego de la defecación o en las deposiciones. También se puede presentar el sangrado gastrointestinal como **rectorragia,** que es la expulsión de sangre fresca, roja, rutilante. Siempre recordar que otra manifestación es la melena, en casos de pacientes con constipación o tránsito lento, que puede simular una. Según su origen aproximadamente un 75-80% de los casos ocurren en el colon y recto, 9% intestino delgado y 6% son indeterminados (5). A pesar que el 80% de las HDB se detienen en forma espontánea y que la necesidad de transfusión o la inestabilidad hemodinámica son infrecuentes, el identificar el sitio de sangrado es el desafío clínico permanente, en especial, si consideramos que la recurrencia de la hemorragia ocurre hasta en un 25% de los casos (Zarate et al.,2019 p. 2)

Figura 7

Título: Factores que se asocian a un mayor riesgo para desarrollar HDB

Factores
Adulto mayor (a mayor edad mayor riesgo)
Tratamiento antiplaquetario (aspirina, clopidogrel)
Tratamiento anticoagulante (warfarínicos, NOACS)
Antiinflamatorios no esteroidales
Inmunodepresión
Duración de la hospitalización y número de comorbilidades

Nota: *Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas 2019*

3.1Manifestaciones clínicas

Shah, et al., (2018), mencionan que la mayor parte de las hemorragias digestivas bajas son de origen colorrectal (90%) y en su mayoría cesan espontáneamente. Es importante interrogar

comorbilidades y medicación anticoagulante, así como la cantidad y frecuencia del sangrado, el color y la asociación con diarrea, gleras, fiebre o dolor abdominal.

- Melenas: Materias negras, alquitranadas, intensamente fétidas debidas a la presencia de sangre degradada al permanecer varias horas en el aparato digestivo. No es patognomónica de la HDB, ya que así se presenta también el sangrado digestivo alto (proximal al ángulo de Treitz).
- Enterorragia (Hematoquecia): Sangre oscura, rojo vinoso, entremezclada con las materias o recubriendo a las mismas. Cuanto más proximal se vierta, más formará parte de la constitución del bolo fecal; cuanto más distal, tiende a recubrir por fuera la materia ya formada. Es importante tener en cuenta que un sangrado digestivo alto puede manifestarse como enterorragia (signo típico de la HDB, pero no exclusivo), cuando se produce una hemorragia de gran volumen en un lapso corto, la sangre estimula el peristaltismo y acelera el tránsito intestinal, no dando tiempo al proceso de digestión y formación de las melenas. Así es que, frente a un sangrado digestivo en apariencia bajo, de gran entidad, sobre todo si se acompaña de repercusión hemodinámica, debe estudiarse una posible hemorragia digestiva alta (HDA) como causante del mismo, aun cuando no se haya producido una hematemesis.
- Rectorragia: Sangre roja rutilante, que sale sola (rectorragia aislada) o luego de las materias, precedida de pujo y/o tenesmo rectal (elementos del síndrome rectal).
- sangrado banal de origen hemorroidal es típicamente rojo rutilante y aparece al final de la deposición; puede observarse como simple mancha en el papel o en forma de goteo salpicando la taza y el examen clínico suele ser negativo, a excepción que exista sangrado activo que pueda percibirse en el tacto rectal o endoscopía. Sangrado oculto: de escaso volumen, no alteran la coloración de las materias y son por ello imperceptibles pudiendo provocar anemia ferropénica.

3.2 Causas

(Galindo,2019), indica que las causas de la HDB son múltiples y tienen un predominio en determinados grupos etarios y en grupos de pacientes con enfermedades crónicas específicas. Según la topografía de origen del sagrado se dividen en causas: Anales: el sangrado originado en hemorroides internas es la causa más frecuente de sangrado intestinal; usualmente no es

significativo, pero pacientes que sangran diariamente pueden sufrir anemia ferropénica. Le sigue en frecuencia la fisura anal, y luego en forma más alejada las lesiones neoplásicas del canal anal.

Shah et al., (2018), describen las siguientes causas:

- Diverticulosis: Es la principal causa de sangrado clínicamente significativo en adultos y se estima acontece en 3–5% de la diverticulosis. Si bien los divertículos predominan en el sigmoides, la diverticulosis del colon derecho es responsable de más del 50% de los sangrados; el 80% se resuelven en forma espontánea.
- Cáncer colorrectal: Representa el 10% de las hematoquecias luego de la 5 década; es común que se acompañen de anemia por sangrado oculto.
- Malformaciones arteriovenosas o angiodisplasias: Son lesiones adquiridas cuya prevalencia se incrementa a partir de la sexta década. Se desarrollan por diferentes condiciones que provocan congestión venocapilar y dilatación microvascular. Pueden asentar en cualquier localización del tracto gastrointestinal, pero son más frecuentes en el colon proximal. Por ser hemorragias de origen venoso el sangrado masivo es menos frecuente que en los divertículos. Se vinculan a enfermedades como Von Willebrand, estenosis aórtica y enfermedad renal crónica. En el 90% los sangrados cesan espontáneamente pero el resangrado es común.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: El sangrado por colitis ulcerosa crónica es más común que el de la enfermedad de Crohn. La pancolitis sangrante puede provocar hemorragia grave que requiera colectomía total de urgencia.
- Colitis isquémica: El colon es el sector del tacto gastrointestinal más afectado por la isquemia. Se observa en ancianos con comorbilidad cardiovascular y las áreas más afectadas son el ángulo izquierdo y la unión rectosigmoidea. El sangrado suele ser moderado y se asocia a dolor abdominal.
- Rectitis actínica: La radioterapia para el tratamiento del cáncer de próstata puede afectar la mucosa rectal con formación de telangiectasias, inflamación y ulceración. Suele aparecer después de finalizado el tratamiento con una media de 6 meses a 5 años y provocar un sangrado leve a moderado recurrente.

3.3Medios diagnósticos

(Guachamín et al., 2020, p. 6), muestran los siguientes métodos diagnósticos:

- Colonoscopia: Nos permite visualizar el colon y el recto a través del orificio anal. En caso de considerar necesario, durante la exploración se tomarán mues-tras (biopsias) que con su estudio microscópico (histología) nos pueden ayudar a completar el diagnóstico de la enfermedad. En algunas ocasiones (extirpación de pólipos, dilatación de una estenosis, colocación de sondas y / o prótesis, cauterización o inyección de sustancias), el procedimiento endoscópico no sólo es diagnóstico, sino también terapéutico
- Gammagrafía: Es más sensible que la arteriografía (detecta lesiones sangrantes con flujos de hasta 0.1 ml/min) pero menos específica y no permite realizar terapéutica.
- Radiografía con bario: Permite detectar lesiones del intestino delgado al que no se puede acceder por otras técnicas es útil para la fase aguda de la hemorragia.
- Cápsula endoscópica: Es una cámara en forma de cápsula que, tras la deglución por el paciente, avanza por el peristaltismo y permite el examen endoscópico de la totalidad del tracto digestivo. Sus principales inconvenientes so su capacidad limitad para localizar con precisión la lesión identificada y que no permite aplicar tratamiento.
- Arteriografía: Permite diagnosticar hemorragias arteriales o capilares si existe un extravasado sanguíneo mínimo de 0,5 ml/min, aunque no suele detectar sangrados venosos.

3.4Tratamiento

Shah, et al., (2018), mencionan que el tratamiento de la HDB es más terapéutico, una vez que se conozca la etiología causante se le proporciona un tratamiento farmacológico la cual debe ser individualizado, en función de la causa, la gravedad y la evolución de la hemorragia, el tratamiento inicial del paciente con HDB aguda es la reanimación y el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea.

En caso de una HDB grave o en cualquier paciente de alto riesgo por edad avanzada y enfermedades asociadas, el médico puede indicar además la colocación de una vía central para monitorización de la presión venosa central, sondaje vesical para control horario de la diuresis y oxigenoterapia.

Después de la anamnesis y exploración física inicial con evaluación del estado hemodinámico del paciente, se inician las medidas de reanimación. Para ello, en todos los pacientes se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Colocación de uno o dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre, mediante los cuales se iniciará la reposición de la volemia. o Toma de constantes cada 15 minutos, que pasara a tomarse cada hora y después cada 4 - 6 horas, siempre dependiendo del estado hemodinámico del paciente.

- Control de perfusión tisular (color, temperatura y relleno capilar) o administración de oxígeno a través de una mascarilla o lentillas nasales a una concentración del 35%, si no existen contraindicaciones por enfermedad pulmonar de base.

- Colocar catéter de grueso calibre y procurar la extracción de muestras de laboratorios por el personal idóneo, para hemograma y fórmula leucocitaria, coagulación, glucemia, urea, creatinina y petición de reserva de 2 o 4 concentrados de hematíes, según la gravedad de la hemorragia.
  - En los pacientes con hemorragia grave y en los pacientes de alto riesgo por ejemplo por cardiopatía asociada, se cateterizará una vía central para la monitorización de la presión venosa central. En estos casos se obtendrá un electrocardiograma (ECG) y se realizará también sondaje vesical para control de diuresis.
  - La reposición de la volemia se iniciará en general mediante la administración de soluciones cristaloides (glucosado o salino 0.9 %). En caso de shock o tensión arterial (TA) sistólica inferior a 100 mm Hg, frecuencia cardiaca (FC) superior a 100 x´ y diuresis inferiores a 50 ml/hora es necesario administrar soluciones coloides. El objetivo es intentar conseguir una tensión arterial sistólica (TAS) por encima de 100 mmHg, FC por debajo de 100 ppm, y una diuresis horaria superior a 50 ml y PVC entre 5 y 10 cm H2O. Así, inicialmente se administrará 500 ml de coloide en 30 min y posteriormente 500 ml por hora y se continuará según la evolución de los controles hemodinámicos, de los signos cutáneos de perfusión periférica y de la diuresis horaria. Una vez conseguida la estabilidad hemodinámica, se continuará la pauta de fluido terapia.
  - Transfusión sanguínea en todos los pacientes se dispondrá de sangre en reserva. La hemoglobina y hematocrito pueden no reflejar de forma precisa la gravedad de la hemorragia al inicio de la misma porque no descienden hasta que no se produce la hemodilución. La indicación de transfusión sanguínea no tiene un criterio absoluto, pero hay que considerar la transfusión con hemoglobina inferior a 8 g/dl y hematocrito igual o

inferior 24%. Sin embargo, en pacientes jóvenes sin enfermedades asociadas se puede evitar hasta hemoglobina de 7 g/dl y 21 hematocrito 21%, mientras que en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad vascular cerebral es aconsejable mantener la hemoglobina alrededor de 10 g/dl. (pág. 34-36).

Figura: 8

Título: Diferencia entre la hemorragia digestiva baja y alta

	HDA	HDB
Situación	Por encima del ángulo de Treitz	Por debajo del ángulo de Treitz
Síntomas	Hematemesis, poso de café, melena, rectorragia (poco frecuente)	Rectorragia, melena (menos frecuente)
Edad de presentación	Pacientes más jóvenes	Pacientes más añosos
Comorbilidades	Habitualmente ausentes	Habitualmente presentes
Anticoagulación	Menos frecuente	Más frecuente
Morbimortalidad	Moderadamente alta, en relación con la hemorragia	Baja, en relación con la comorbilidad
Necesidad de ingreso	Casi siempre	En casos seleccionados
Necesidad de endoscopia urgente	Siempre	En casos seleccionados
Frecuencia relativa	70%	30%

Nota: Tesis doctoral de hemorragia digestiva alta de Colomo Ordoñez (2017)

UNIDAD 2

EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

Flores et al., (2020), señalan que todo paciente que consulta por síntomas sugerentes de HD debe ser evaluado de forma ordenada y sistemática, considerando la posibilidad de compromiso hemodinámico y potencial deterioro en los próximos minutos a horas.

La evaluación inicial del paciente con sangrado digestivo implica valorar el estado hemodinámico para determinar el manejo. Esta debe incluir la valoración de la vía aérea, respiración y circulación del paciente. (ABCDE) Mediante el examen físico se puede determinar la estabilidad hemodinámica del paciente según los siguientes signos clínicos documentados:
Taquicardia en reposo: sugiere hipovolemia de leve a moderada en la cual hay pérdida sanguínea inferior a 15%. El primer paso en el enfrentamiento en una HD incluso previo a la anamnesis es, sin pérdida de tiempo y con los elementos clínicos, una evaluación inicial del estado hemodinámico para definir la magnitud del sangrado.

1. **Evaluación inicial:**

Chuecas et al., (2019) Nos menciona la realización del ABCDE con algunos puntos:

- Monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, una vez controlada la hemorragia, cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por doce horas, siempre dependiendo de la condición hemodinámica del paciente y luego controlar signos vitales en cada turno por razones necesarias (PRN).
- Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardiaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA).
- Vía Aérea: Asegurar permeabilidad de la vía aérea, evaluar intubación según el nivel de conciencia y magnitud del sangrado para evitar patología aspirativa. No se recomienda uso sonda nasogástrica y lavado. Coloque al paciente en decúbito supino con ligero Tredelenburg o en decúbito lateral izquierdo, en caso de hematemesis.

- Oxigenoterapia: Administrar a alto flujo, para mantener $SatO_2$ > 92% evitando hipoxemia, excepto en EPOC, donde se valorará el uso de mascarilla Venturi con FiO_2 de 24-28% (3-4 l/minuto) para objetivos de $SatO_2$ entre 88 a 92%.
- Circulación: Reponer volumen: Instalar doble vía venosa gruesa (preferentemente calibre 16 o mayor: recordar que vías venosas aumentan tamaño de manera inversamente proporcional a su numeración la vía 14 es de mayor calibre que la 16). Reponer volumen inicialmente con cristaloides (Solución salina 0,9% o Lactato de Ringer) con bolos de 500mL a chorro. No hay diferencias demostradas entre cristaloides y coloides.

1.1 Evaluar requerimientos de hemoderivados:

- Paciente sano: Transfundir con Hemoglobina (Hb) <7 con objetivo de Hemoglobina mayor o igual a 7. (1 UGR aumenta 1-1,5 g/dL Hb)
- Paciente cardiópata coronario inestable: La recomendación es transfundir con objetivo de hemoglobina mayor o igual a 9.
- Pacientes con <50.000 Plaquetas deberían recibir Unidades de plaquetas. (1 U cada 10 kg de peso). Uso restrictivo de hemoderivados disminuye mortalidad.
- Neurológico: Evaluar compromiso neurológico. Si hay alteración del nivel de conciencia o riesgo de aspiración, proceda a la intubación orotraqueal
- Exposición: Buscar otras fuentes de sangrado, realizar examen físico e historia clínica que oriente a la etiología del cuadro. (Ginez, 2016)

2. Evaluación secundaria:

Shah et al., (2020), recalcan lo siguiente:

- Pruebas complementarias. Orientados a determinar la severidad y la repercusión de la hemorragia en el paciente, más que a definir la etiología. Grupo sanguíneo y factor Rh: Examen fundamental para poder aportar hemoderivados cuando sea necesario. Hemograma: la hemoglobina y hematocrito orientan al volumen de las pérdidas, pero pueden estar falsamente normales si el sangrado es agudo (<24 horas). El hematocrito comienza a descender y alcanza los niveles más bajos a las 24-72 horas por el paso de líquidos del medio intersticial, reflejando entonces las pérdidas con fiabilidad.

- El control de hematocrito siempre es útil para evaluar el seguimiento y respuesta al tratamiento, por lo que deben tomarse pruebas seriadas. Una anemia ferropénica orienta a pérdidas crónicas, por ejemplo, sangrado oculto. Principalmente en pacientes con hepatopatía, se deben evaluar los niveles plaquetarios.
- Pruebas de coagulación: para descartar y corregir probables coagulopatías
- Electrolitos: el sodio y potasio pueden aumentar en deshidratación.
- Función renal: creatinina y nitrógeno ureico (BUN). Este último aumenta 2-3 veces en la HDA por dos factores principales: por hipovolemia y por absorción intestinal de los productos nitrogenados procedentes de la digestión de la sangre y acción de bacterias en el tubo digestivo.
- En casos de HDB suele estar normal.
- Ácido láctico: su elevación orienta a mayor severidad del sangrado y riesgo de mortalidad

Por su parte, (Schmitz & Zarate,2016), indican:

- Anamnesis y examen físico. Una vez que el paciente ha sido estabilizado, se debe realizar una anamnesis y examen físico minucioso, ya que estos permiten, en la mayor parte de los casos, valorar la magnitud y la causa de la hemorragia, anamnesis remota. Edad del paciente: importante porque frecuentemente guarda relación con la causa y permite orientar a la posible etiología, antecedente de episodios previos: hasta el 60% de los pacientes volverán a sangrar. Antecedente de vómitos previo a la hemorragia: orientan a hemorragia digestiva alta y a la posibilidad de un Síndrome de Mallory Weiss.
- Uso de medicamentos: AINES, AAS u otros que predispongan a úlceras Alendronato, tetraciclinas, u otros que predispongan a esofagitis Anticoagulantes o antiagregantes que predispongan a sangrado Hierro, bismuto u otros que puedan simular una hemorragia digestiva Enfermedades crónicas: Úlceras gastroduodenales conocidas Reflujo gastroesofágico: predispone a esofagitis DHC o várices conocidas Coagulopatías personales o familiares Neoplasias o antecedentes familiares.
- Anemia ferropénica, por probable hemorragia crónica oculta Cardiopatía coronaria: pacientes de mayor riesgo por menor tolerancia a la anemia.
- Hábitos: Alcoholismo o historia de cirrosis (mayor riesgo). Tabaco (mayor riesgo de úlcera péptica) Drogas. Anamnesis próxima. Preguntar por las características del sangrado y cuantía, tiempo de evolución, número de episodios, eventos desencadenantes (vómitos,

ingesta de cáusticos u otros gastro erosivos, estrés, etc.), y acompañantes (disfagia, dolor, pirosis, cambios del hábito intestinal, baja de peso, síntomas de hipovolemia). Siempre descartar ingesta de alimentos o medicamentos que puedan simular falsas melenas., También, descartar sangrado nasofaríngeo o hemoptisis (en caso de hematemesis). Generalmente el volumen estimado por el paciente es inexacto. Por tanto, es recomendable estimar el grado de pérdida mediante: mareos, síncope, confusión y debilidad pueden ser indicadores de hipovolemia. Dolor torácico y disnea pueden ser síntomas de isquemia miocárdica asociada a la HDA.

Manejo farmacológico del sangrado digestivo

- **Omeprazol:**

Inhibidor de la secreción ácida gástrica que promueve la curación de las úlceras en estómago, duodeno y esófago El omeprazol suprime tanto la secreción ácida basal como la inducida por diversos estímulos. Su efecto inhibidor de la secreción ácida gástrica.

Indicaciones

Tratamiento de las úlceras gástrica y duodenal benignas y de la esofagitis por reflujo. Tratamiento del síndrome de hipersecreción gástrica.

Contraindicaciones y precauciones

Contraindicado en casos de hipersensibilidad al omeprazol. No se aconseja su administración durante el embarazo y la lactancia. Su uso enmascara las manifestaciones de las úlceras malignas. Ajustar con cuidado la dosis en pacientes con insuficiencia cardiaca. Aumenta el pH gastrointestinal, acción que puede modificar de manera sustancial la absorción de fármacos aplicados en forma simultánea

Reacciones adversas

- Frecuentes: náusea, diarrea, cólicos abdominales.
- Poco frecuentes: regurgitación, flatulencia, estreñimiento, cansancio, somnolencia, cefalea, mareo.
- Raras: trombocitopenia, eosinopenia, leucopenia, erupción cutánea. Manejo farmacológico Emplear inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, administrados

inicialmente por vía intravenosa con bolos de inicio de 80 mg EV, seguido Y luego 80 mg en 100 c/c SSN pp IV a 10 c/c /h (Cárdenas-Martínez et al.,2021).

Cuidados de enfermería

- ✓ Diluir el medicamento en suero fisiológico 0.9% o suero glucosado 5%.
- ✓ Administrar como perfusión intravenosa lenta (intermitente), generalmente durante 20 a 30 minutos.
- ✓ Administrar la solución diluida inmediatamente después de su preparación. ya que la estabilidad es limitada (generalmente de 4 a 12 horas a temperatura ambiente, dependiendo de la solución de dilución y la marca).
- ✓ Informar sobre las posibles interacciones con otros medicamentos (como el anticoagulante Warfarina, el medicamento para el VIH nelfinavir, o el antiplaquetario clopidogrel.
- ✓ Comprobar que la solución es clara y libre de partículas y depósitos. Desechar si está turbia o si hay precipitación.
- ✓ Observar el sitio IV durante y después de la infusión por si hay dolor, eritema, inflamación o signos de flebitis o extravasación.
- ✓ Vigilar inmediatamente después de la administración la aparición de: erupción cutánea, prurito (picazón), broncoespasmo, o signos de reacción anafiláctica (hinchazón de cara/garganta, dificultad para respirar).

- **Octriotide:**

Es un fármaco sintético análogo de la somatostatina, una hormona natural que regula múltiples funciones endocrinas y digestivas. Su principal mecanismo de acción implica la inhibición de hormonas como la del crecimiento, glucagón, insulina y péptidos gastrointestinales.

Uso en sangrado digestivo:

En el contexto de hemorragia digestiva, el octriotide se emplea principalmente para.

Varices esofágicas sangrantes

- Reduce la presión portal y el flujo sanguíneo esplácnico, disminuyendo el sangrado activo y previniendo recurrencias.
- Protocolo típico:
- Dosis inicial: 50mcg en bolo (impregnación) y 50mcg +250 de salina de mantenimiento.

Hemorragias no variceales en pacientes cirróticos

- Efectivo en sangrados por angiodisplasias, úlceras pépticas o malformaciones vasculares, incluso en casos refractarios.
- Dosis subcutánea de 0.1 mg cada 12 horas puede usarse para prevención a largo plazo.

Mecanismo de acción en sangrado digestivo

- Vasoconstricción esplácnica: Disminuye el flujo sanguíneo portal hasta un 30%, clave en hemorragias por hipertensión portal.
- Inhibición de factores vasoactivos: Reduce la liberación de péptidos intestinales como VIP y glucagón, que contribuyen al sangrado.

Efectividad clínica

- Controla el sangrado agudo en el 80-90% de casos de varices esofágicas cuando se combina con endoscopia.
- Reduce necesidades transfusionales y días de hospitalización en sangrados recurrentes.

Efectos secundarios relevantes

- Gastrointestinales: Diarrea (30%), náuseas, dolor abdominal.
- Metabólicos: Hiperglucemia transitoria (por inhibición de insulina).
- Biliares: Litiasis en 15-30% con uso prolongad. (Sort et al.,2015)

Cuidados de enfermería

- ✓ Verificar el vial o ampolla. La solución debe ser clara e incolora. Desechar si está turbia, descolorida o contiene partículas.

- ✓ Conservar el medicamento sin abrir en refrigeración (2-8∘C) y protegido de la luz. No congelar.
- ✓ Diluirse en Suero Fisiológico al 0.9% (SF) ya que el octriotide puede afectar la homeostasis de la glucosa.
- ✓ No administrar en soluciones de Nutrición Parenteral Total (NPT). Evitar mezclarlo con cualquier otro medicamento en la misma bolsa o en la misma vía IV,
- ✓ Siempre que sea posible, utilizar una vía intravenosa central o periférica exclusiva para la infusión de octriotide.
- ✓ Administrar la infusión de manera controlada, idealmente con una bomba de infusión,
- ✓ realizar controles de glucemia capilar de rutina y reportar valores fuera de rango, puede causar hiperglucemia.
- ✓ Vigilar la frecuencia cardíaca y el ritmo (puede causar bradicardia o arritmias). También monitorear la presión arterial, especialmente si se administra un bolo IV.
- ✓ Evaluar el sitio de inserción del catéter IV en busca de signos de inflamación, flebitis o dolor.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA POR NECESIDADES

Necesidad alimentación- hidratación. Presencia de náuseas y vómitos. Durante las primeras 48-72h el paciente permanecerá sin ingerir alimentos, líquidos. luego Necesitará aporte de líquidos para recuperar la hipovolemia producida por los vómitos.

Necesidad de eliminación. Puede verse alterada por: las características que presentan las heces, la distensión abdominal. El paciente puede ser portador de sonda nasogástrica para vaciado gástrico, controlando el aspecto y débito. Puede presentar pérdida activa de líquidos.

Necesidad de circulación. Puede verse afectada por: palpitaciones, mareos, hipotensión, arritmias, pulso periférico débil, diaforesis, palidez y diagnosis. (HDA moderada).

Necesidad actividad, movilidad, reposo. Puede verse alterada por: debilidad, fatiga, taquicardia, taquipnea e hiperventilación. El paciente tiene prescrito por el médico que permanecerá con reposo en cama unas 48-72 horas. Puede tener dificultad para conciliar el sueño debido a preocupaciones ante su enfermedad, el ruido.

Necesidad estado emocional. Puede verse afectada esta necesidad por miedo a la evolución de su proceso y por los procesos invadidos que se le van a realizar.

Necesidad de seguridad. Revisarán las alergias a fármacos, el aumento de la temperatura, la presencia de arañas vasculares (cirrosis) y la aparición de eritema palmar (hipertensión portal). Los órganos de los sentidos no presentan alteraciones. El paciente puede presentar dolor abdominal. El enfermo es portador de vía periférica y sonda nasogástrica, que puede generar broncoaspiración.

Necesidad cuidados de la salud. El paciente y la familia necesitan información sobre el proceso y sobre las técnicas invasivas que se le van a realizar: endoscopia o colonoscopia.

Necesidad de oxigenación y ventilación. El paciente se colocará en una posición de seguridad para lograr la permeabilidad de la vía aérea y evitar la aspiración del vómito. Si el enfermo necesita la inserción de una cánula de Guedel para evitar que la lengua caiga hacia atrás por el deterioro de su nivel de conciencia, se debe tener en cuenta que al colocar la cánula se puede provocar el reflejo del vómito con el peligro de producirse una aspiración. Si el paciente presenta un grave deterioro de la función respiratoria por estado comatoso o aspiración se procederá a realizar la intubación

PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO

RIESGO DE SHOK HIPOVOLEMICO: Perdida activa de volumen de líquido (hemorragia).

Explicación científica: El shock hemorrágico se caracteriza por una disminución del volumen intravascular que conduce a una precarga inadecuada, una disminución del volumen sistólico y del gasto cardíaco. La respuesta compensatoria inicial incluye vasoconstricción mediada por el sistema simpático para preservar la perfusión de órganos críticos, pero la hipoperfusión sostenida desencadena una respuesta inflamatoria sistémica y disfunción microvascular (Manning, 2024).

El sangrado gastrointestinal agudo provoca una rápida reducción del retorno venoso y del volumen sistólico. En pacientes con sangrado variceal, la fisiopatología se complica por la hipertensión portal subyacente y la coagulopatía, lo que exacerba la velocidad de la hemorragia. La reanimación debe ser juiciosa; la sobrecarga de cristaloides puede aumentar la presión venosa y empeorar el sangrado (fenómeno de resangrado (Gralnek, I. M., et al. (2021).

NOC: Mantendrá su estado hemodinámico estable mediante las intervenciones de enfermería durante el turno.

NIC: Administración de Productos Sanguíneos:

Explicación científica: Los cristaloides pueden expandir el volumen plasmático, pero no contienen hemoglobina. En un shock hemorrágico, el problema no es solo la falta de "líquido", sino la falta de transportadores de oxígeno. Los Concentrados de Eritrocitos, restauran la masa celular necesaria para prevenir la hipoxia tisular y el metabolismo anaeróbico.

La reanimación con hemoderivados debe iniciarse tempranamente en pacientes con shock hemorrágico para corregir la deuda de oxígeno y prevenir la coagulopatía por consumo. La evidencia actual favorece protocolos de transfusión masiva balanceados y el uso temprano de sangre completa o componentes en proporciones fijas, demostrando una reducción significativa en la mortalidad a 24 horas y a 30 días en comparación con estrategias basadas en cristaloides.

(Spahn, D. R., et al. 2023).

Intervenciones:

- ✓ Comprobar y verificar la compatibilidad sanguínea y la identidad del paciente con la unidad de sangre.
- ✓ Monitorización de los signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria) inmediatamente antes de la transfusión, a los 15 minutos, y luego cada 30-60 minutos y al finalizar.
- ✓ Observar si hay signos de reacción transfusional (ej. escalofríos, fiebre, urticaria, disnea, dolor lumbar).
- ✓ Administrar el hemoderivado según la política institucional y la prescripción médica.

NIC: Control de Hemorragias.

Explicación científica: El control temprano de la hemorragia mecánica es el factor determinante más importante de la supervivencia en el shock hemorrágico. La demora en el control del sangrado digestivo o traumático no puede compensarse con la administración de hemoderivados. La implementación de técnicas como la endoscopia de urgencia, la angioembolización o la cirugía de control de daños es esencial para limitar la activación de vías inflamatorias sistémicas y la progresión a fallo multiorgánico (Cannon, J. W., et al. 2020).

Intervenciones:

- ✓ Monitorización de los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial) cada 5-15 minutos, vigilando la hipotensión y la taquicardia.
- ✓ Evaluar la cantidad y las características de la pérdida de sangre (hematemesis, melenas, hematoquecia).
- ✓ Colocar y mantener al menos dos accesos venosos periféricos de gran calibre (calibre 18G o 16 G) para la administración rápida de líquidos y hemoderivados.
- ✓ Administrar líquidos intravenosos (cristaloides, coloides) y/o productos sanguíneos (concentrados de hematíes) según prescripción médica.
- ✓ Monitorización de los valores de laboratorio (hemoglobina/hematocrito, tiempos de coagulación).

NIC. Manejo de la Hipovolemia.

Explicación científica: El manejo de la hipovolemia en el shock hemorrágico es el proceso de restaurar el volumen intravascular para asegurar que el corazón tenga suficiente "llenado" para bombear sangre a los tejidos. Científicamente, esto se centra en la optimización del Gasto Cardíaco y la entrega de oxígeno. El manejo de la hipovolemia en el shock hemorrágico ha pasado de una expansión de volumen agresiva con cristaloides a una estrategia de reanimación de volumen limitada. La administración excesiva de líquidos no sanguíneos promueve la tríada de la muerte (acidosis, hipotermia y coagulopatía) al diluir los factores de coagulación y aumentar la presión hidrostática, lo cual puede desalojar coágulos formados. La prioridad es la reposición de volumen mediante el uso temprano de hemoderivados para mantener la capacidad de transporte de oxígeno y la presión de perfusión crítica (Vincent y De Backer, 2023)

Intervenciones:

- ✓ Pesar al paciente diariamente, si es estable, o en el ingreso.
- ✓ Monitorizar la ingesta y la eliminación (balance hídrico estricto), incluyendo la cuantificación del sangrado.
- ✓ Evaluar el estado neurológico (orientación, nivel de conciencia) ya que la hipoperfusión puede alterarlo.

Evaluación: Paciente se mantiene hemodinámicamente estable, con piel tibia y seca. Mucosas hidratadas. Gasto urinario de 40 ml/h.

DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS: Pérdida activa del volumen (sangrado gastrointestinal)

Explicación científica: El Déficit de volumen de líquidos provocado por un sangrado gastrointestinal se define fisiopatológicamente como una hipovolemia absoluta. A diferencia de la deshidratación simple, aquí se pierde sangre completa (plasma y elementos formes), lo que reduce el volumen circulante efectivo de forma aguda.

La respuesta inicial a la hemorragia es la vasoconstricción mediada por el sistema simpático, que intenta mantener el flujo sanguíneo coronario y cerebral a expensas de los lechos vasculares cutáneo, muscular y visceral (Hall y Hall, 2021). La estabilización hemodinámica inmediata con cristaloides es fundamental, ya que la pérdida de volumen precede a la caída de la hemoglobina en las primeras horas del sangrado agudo (Gralnek, I. M. et al., 2021).

NOC: Demostrará recuperación del volumen de líquido y la mejora del estado de hidratación, con la ayuda de las intervenciones de enfermería en las 2 primeras horas de su atención.

NIC: Manejo de Líquidos.

Explicación científica: El manejo de líquidos en el déficit de volumen por sangrado gastrointestinal ha evolucionado de una reposición agresiva a una reanimación controlada y restrictiva. El objetivo no es solo "llenar" el sistema vascular, sino restaurar la perfusión tisular sin exacerbar el sangrado. La administración de líquidos debe ser vista como una terapia farmacológica con indicaciones y efectos secundarios. En el shock hipovolémico, el objetivo es normalizar el transporte de oxígeno mediante la optimización de la precarga (James y Mythen,2022).

La reanimación inicial debe realizarse con cristaloides isotónicos. La evaluación de la respuesta al volumen debe ser dinámica para evitar la sobrecarga de líquidos, la cual se asocia a un aumento de la mortalidad en pacientes críticos (Gralnek, I. M. et al., 2021)

Intervenciones:

- ✓ Pesar al paciente diariamente y vigilar la tendencia
- ✓ Monitorizar los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura) y la presión venosa central (si procede).

- ✓ Controlar la ingesta y la eliminación (balance hídrico estricto), anotando características (color, cantidad, presencia de sangre, etc.) y la densidad urinaria
- ✓ Administrar líquidos intravenosos (cristaloides o coloides) según prescripción médica, vigilando la velocidad de infusión
- ✓ Controlar los resultados de laboratorio relevantes (p. ej., hematocrito, hemoglobina, electrolitos, BUN/Creatinina).

NIC: Disminución de la hemorragia gastrointestinal.

Explicación científica: La disminución o el cese de la hemorragia gastrointestinal no es un evento pasivo, sino el resultado de la interacción entre la fisiología hemostática del cuerpo y las técnicas de intervención médica. La inhibición profunda de la secreción de ácido gástrico mediante el uso de inhibidores de la bomba de protones eleva el pH intragástrico, lo que estabiliza la formación de coágulos de fibrina y disminuye la tasa de resangrado en pacientes con úlceras de alto riesgo.

(Laine y Jensen ,2022)

Intervenciones:

- ✓ Mantener al paciente en reposo absoluto durante la hemorragia activa.
- ✓ Controlar los signos vitales ortostáticos (si la situación lo permite) para detectar cambios tempranos en el volumen.
- ✓ Observar y documentar el color, la cantidad y la frecuencia de las heces, vómitos o aspirado nasogástrico (si está colocado) para detectar sangre franca u oculta (p. ej., melenas, hematemesis).
- ✓ Administrar agentes farmacológicos para reducir la hemorragia (p. ej., inhibidores de la bomba de protones, vasopresina) o protectores de la mucosa, según prescripción.
- ✓ Preparar al paciente y los equipos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos urgentes (p. ej., endoscopia, transfusión de sangre).

NIC: Monitorización de signos vitales.

Explicación científica: La monitorización de signos vitales es el pilar fundamental en el manejo del sangrado digestivo, ya que permite la detección temprana de la transición de una fase compensada a una fase descompensada del shock hipovolémico.

La importancia de la monitorización radica en que los signos vitales son el reflejo externo de la lucha del organismo por mantener la perfusión de los órganos vitales (cerebro y corazón).

La evaluación inicial de la gravedad de la hemorragia se basa en los signos vitales. La taquicardia en reposo sugiere una pérdida de sangre leve a moderada, mientras que la hipotensión indica una pérdida de volumen sanguíneo superior al 20-25% que requiere una intervención inmediata

(Katz y Gerson, 2022)

Intervenciones:

- ✓ Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración de forma frecuente (p. ej., cada 15-30 minutos, o según el estado del paciente).
- ✓ Evaluar el pulso (frecuencia, ritmo y calidad), buscando taquicardia o pulso débil y filiforme.
- ✓ Monitorizar la aparición de hipotensión, especialmente ortostática, o cualquier cambio en el nivel de conciencia (indicativo de hipoperfusión cerebral).
- ✓ Monitorizar la presencia y características de ruidos intestinales, ya que pueden indicar íleo paralítico o sangrado activo.
- ✓ Identificar posibles causas de los cambios en los signos vitales (p. ej., hipovolemia, dolor, ansiedad).

Evaluación: El paciente muestra mejoría en el estado hídrico. Mucosas húmedas, diuresis de 30ml/h. Presión arterial dentro de los limites normales.

DOLOR AGUDO: Relacionado a agente lesivo biológico manifestado por un Escala Numérica Verbal (ENV) alterada.

Explicación científica: El dolor agudo es una respuesta fisiológica vital y compleja que actúa como un sistema de alarma biológica ante un daño tisular real o potencial. A diferencia del dolor crónico, el agudo tiene una función protectora y una duración limitada que coincide con la reparación del tejido. El dolor agudo es el resultado de la activación de los nociceptores por una lesión traumática o quirúrgica. A diferencia del dolor crónico, el dolor agudo suele ser autolimitado y sirve como una señal biológica de advertencia necesaria (Hinkle y Cheever, 2021).

NOC: Mejorará el nivel del dolor mediante intervenciones de enfermería en un periodo NO mayor a 1 hora.

NIC: Manejo del dolor.

Explicación científica: El manejo del dolor en un paciente con hemorragia digestiva es un desafío clínico particular, ya que el tratamiento analgésico convencional (especialmente los AINE) es a menudo la causa directa del problema o puede agravar el sangrado. El control del dolor en pacientes con hemorragia digestiva debe priorizar la estabilidad hemodinámica. La monitorización de la presión arterial es vital antes y después de administrar analgésicos sistémicos que puedan deprimir el centro respiratorio o causar vasodilatación (Hinkle y Cheever, 2021).

Intervenciones:

- ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- ✓ Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- ✓ Basarse en factores fisiológicos para valorar la intensidad del dolor cambios de frecuencia cardiaca, presión arterial.
- ✓ Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

NIC: Manejo de la medicación.

Explicación científica: El manejo farmacológico en la hemorragia digestiva tiene como objetivos primordiales detener el sangrado activo, prevenir el resangrado y estabilizar la mucosa lesionada. A diferencia de otros cuadros, el tratamiento no es solo de soporte, sino que interviene directamente en la fisiología del coágulo. La administración de dosis altas de IBP reduce significativamente la incidencia de resangrado y la necesidad de cirugía en pacientes con úlceras pépticas con estigmas de alto riesgo, al mantener un pH intragástrico que favorece la hemostasia (Laine y Jensen ,2022).

Intervenciones:

- ✓ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo x mediante analgésicos prescritos.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de toxicidad por la medicación

- ✓ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- ✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

NIC: Administración de analgésicos.

Explicación científica: La administración de analgésicos en un paciente con hemorragia digestiva es un procedimiento de alta precisión que debe equilibrar el alivio del dolor con la prevención de complicaciones catastróficas, como la inhibición de la coagulación o el colapso hemodinámico.

El manejo del dolor en pacientes hipovolémicos requiere agentes que minimicen el compromiso cardiovascular. La titulación cuidadosa de analgésicos es esencial para evitar la hipotensión, especialmente en aquellos con sangrado digestivo activo (Hinkle y Cheever, 2021).

Intervenciones:

- ✓ Comprobar la orden médica y asegurar que el analgésico prescrito no sea un AINE (Antiinflamatorio No Esteroideo) ni un derivado del ácido acetilsalicílico.
- ✓ Seleccionar la Vía y la Dosis con Precaución
- ✓ Valorar la intensidad, características y localización del dolor
- ✓ Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, después de cada administración, pero en especial después de la dosis inicial, se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náusea y vómito, sequedad de boca y estreñimiento).

Evaluación: El paciente refiere disminución del dolor abdominal, puntuando 3/10 en escala EVA (inicial era 9/10). Signos vitales estables. Se observa al paciente descansando.

ANSIEDAD: Relacionado a cambio en el estado de salud y amenaza de muerte (hemorragia digestiva)

Explicación científica: Se define como una respuesta emocional e imprecisa ante un peligro percibido, que en el contexto clínico surge cuando el paciente siente que su integridad física o su futuro están en riesgo debido a una enfermedad o procedimiento. Esta respuesta no solo genera distrés psicológico, sino que está estrechamente ligada a la activación persistente del sistema nervioso autónomo, lo cual puede complicar el manejo de patologías agudas y crónicas al alterar la adherencia al tratamiento y aumentar la percepción del dolor (Salkovskis, Y Warwick, 2020).

NOC: Mejorará el nivel de ansiedad mediante intervenciones de enfermería durante el turno.

NIC: Disminución de la Ansiedad.

Explicación científica: La disminución de la ansiedad mediante intervenciones no farmacológicas, como el entrenamiento en relajación y la educación terapéutica, produce una reducción medible en los niveles de cortisol salival y la variabilidad de la frecuencia cardíaca (Smith y Tiller, 2023).

Intervenciones:

- ✓ Establecer una relación de confianza con el paciente y la familia, mostrándose tranquilo y empático.
- ✓ Explicar todos los procedimientos y cuidados de manera clara y con lenguaje sencillo, proporcionando información real y precisa sobre su estado.
- ✓ Fomentar la expresión de sentimientos y miedos.
- ✓ Reducir los estímulos ambientales (ruido, luz excesiva) para promover un entorno de calma y reposo.

NIC: Potenciación de la Seguridad.

Explicación científica: Conjunto de acciones dirigidas a intensificar la percepción de confianza y protección del paciente, minimizando las respuestas de miedo y vulnerabilidad que surgen durante la hospitalización o ante diagnósticos críticos.

Intervenciones:

- ✓ Identificar el nivel de ansiedad y las señales de alerta (ej. hiperventilación, agitación).
- ✓ Permanecer con el paciente que experimenta niveles altos de ansiedad o pánico para transmitir seguridad.
- ✓ Administrar medicamentos ansiolíticos según prescripción, si la ansiedad es incontrolable.

NIC: Apoyo emocional.

Explicación científica: El apoyo emocional proporcionado por el personal de enfermería se correlaciona con una reducción significativa en los niveles de ansiedad preoperatoria y una mejora en la percepción del control personal por parte del paciente. Estas intervenciones no solo mejoran la satisfacción del paciente, sino que modulan la respuesta

neuroendocrina al estrés, facilitando una recuperación posoperatoria más rápida y reduciendo la necesidad de analgésicos opioides (Mento et al.,2022).

Intervenciones:

- ✓ Identificar y facilitar la expresión de sentimientos
- ✓ Ofrecer información de forma adaptada
- ✓ Ayudar al paciente a identificar la situación de estrés
- ✓ Incluir al paciente en la planificación de los cuidados

Evaluación: Con la implementación de las intervenciones propuestas, se espera que el paciente experimente una reducción de los síntomas de ansiedad, logrando una mejor calidad de sueño y una preparación mental para su condición.

PERFUSIÓN TISULAR INEFICAZ: Hipovolemia, asociada con el sangrado gastrointestinal.

Explicación científica: Es un proceso fisiológico fundamental que define la capacidad del sistema circulatorio para entregar sangre oxigenada y nutrientes a los tejidos a nivel capilar, permitiendo el metabolismo celular y la eliminación de desechos carbonados. choque hemorrágico, la disminución de la presión de llenado sistémico medio reduce el retorno venoso, lo que conlleva a una caída del gasto cardíaco. La fuente destaca que la perfusión se vuelve ineficaz cuando los mecanismos compensadores (como la estimulación simpática) son superados por la pérdida de volumen, iniciando un círculo vicioso de deterioro tisular y progresión hacia el choque irreversible. (Hall Y Hall, 2021).

NOC: Demostrará una perfusión tisular efectiva evidenciada por resultados de hemoglobina y el hematocrito dentro de límites normales y con la ayuda de las intervenciones de enfermería en el control post transfusión.

NIC: Control de Hemorragias.

Explicación científica: La perfusión ineficaz genera una "deuda de oxígeno". Cuanto más tiempo pase el tejido sin oxígeno, mayor es la acumulación de lactato y radicales libres. Controlar el sangrado detiene la pérdida de hemoglobina, que es el transportador vital de oxígeno. Sin el control de la fuente, la reanimación con líquidos (sueros) solo diluye los pocos glóbulos rojos restantes (hemodilución), empeorando la entrega de oxígeno (Hall Y Hall, 2021).

Intervenciones:

- ✓ Monitorizar signos vitales (PA, FC, FR) frecuentemente (cada 5-15).
- ✓ Vigilar y registrar la cantidad y características del sangrado (hematemesis, melenas o hematoquecia).
- ✓ Mantener reposo absoluto y colocar al paciente en posición de Trendelenburg modificado si la hipotensión es grave.
- ✓ Monitorizar los valores de laboratorio: Hemoglobina (Hb), Hematocrito (Hto) y tiempos de coagulación.

NIC: Manejo de la Hipovolemia.

Explicación científica: El manejo de la hipovolemia en el sangrado gastrointestinal ha evolucionado hacia una estrategia de reanimación controlada y restrictiva, priorizando la estabilidad hemodinámica sin exacerbar el sangrado activo. Incluye asegurar que la sangre restante sea funcional. Esto implica el uso de plasma fresco congelado, plaquetas o complejos protrombínicos si el paciente presenta alteraciones en los tiempos de coagulación o está anticoagulado, con el fin de facilitar la hemostasia fisiológica (Laine et al., 2021).

Intervenciones:

- ✓ Establecer y mantener 1 o 2 accesos venosos periféricos de gran calibre (calibre 18G o 16G
- ✓ Administrar líquidos intravenosos (cristaloides) según protocolo o prescripción médica.
- ✓ Monitorizar el balance hídrico estricto (ingresos, egresos, incluyendo diuresis horaria).
- ✓ Evaluar el estado neurológico (orientación y nivel de conciencia) cada hora.
- ✓ Monitorizar los electrolitos y la gasometría arterial.

NIC: Administración de Productos Sanguíneos.

Explicación científica: La administración de productos sanguíneos no es simplemente una reposición de volumen; es una intervención crítica dirigida a restaurar la capacidad de transporte de oxígeno y la integridad de la coagulación, elementos que fallan sistemáticamente en una hemorragia digestiva. Cuando un paciente presenta Perfusión Tisular Ineficaz por hemorragia, el

problema no es solo que "falta líquido", sino que el contenido arterial de oxígeno ha caído por debajo de los niveles de supervivencia celular (Villanueva et al., 2020).

Intervenciones:

- ✓ Verificar la prescripción, la identidad del paciente y la compatibilidad de la unidad de sangre con la normativa institucional.
- ✓ Monitorizar los signos vitales antes, a los 15 minutos de iniciar y después de finalizar la transfusión.
- ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de reacción transfusional (ej. fiebre, escalofríos, urticaria, dolor lumbar, disnea).

Evaluación: El paciente pudo mantener la presión arterial sistólica, el índice cardíaco y el llenado capilar en rangos normales.

ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO: Relacionado con pérdida de apetito, náuseas y vómitos.

Explicación científica: Es un estado en el que el aporte de nutrientes es insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas del organismo. Cuando este déficit está relacionado con síntomas digestivos como la anorexia (pérdida de apetito), náuseas y vómitos, se desencadena una respuesta fisiopatológica sistémica. La valoración nutricional es esencial en pacientes con síntomas digestivos. La pérdida de apetito y los vómitos prolongados pueden conducir rápidamente a una deficiencia de vitaminas hidrosolubles y un balance de nitrógeno negativo (Hinkle y Cheever, 2021).

NOC: Mejorará estado nutricional con la ayuda del tratamiento médico e intervenciones de enfermería durante su hospitalización.

NIC: Manejo de las náuseas.

Explicación científica: La sangre en el estómago actúa como un potente emetógeno debido a su alto contenido proteico y su capacidad de irritar los quimiorreceptores gástricos. El manejo eficaz de las náuseas previene el aumento de la presión intraabdominal, reduciendo el riesgo de resangrado por varices o desgarros de la mucosa.

El manejo de las náuseas en la hemorragia gastrointestinal es un aspecto crítico no solo por el confort del paciente, sino para prevenir complicaciones mecánicas que podrían agravar el sangrado, como el desgarro de Mallory-Weiss o la aspiración pulmonar (Hall y Hall,2021).

Intervenciones:

- ✓ Usar una escala (ej. escala visual analógica o de 0 a 10) para cuantificar la molestia.
- ✓ Identificar la causa de las náuseas y vómitos (medicamentos, sangre deglutida, irritación gástrica, ayuno prolongado) y su frecuencia, intensidad y duración.
- ✓ Monitorizar y registrar la ingesta y la eliminación (contenido y cantidad del vómito).

NIC: Administración farmacológica y control de la vía.

Explicación científica: El esfuerzo del vómito produce un aumento súbito de la presión transmural en los vasos esofágicos y gástricos. En pacientes con varices o úlceras, el control farmacológico de la náusea es preventivo para evitar el fallo de la hemostasia mecánica. La administración farmacológica para el control de las náuseas en la hemorragia gastrointestinal tiene un doble propósito científico: proporcionar alivio sintomático al paciente y prevenir el aumento de la presión hidrostática intraabdominal e intratorácica que ocurre durante el esfuerzo del vómito, lo cual podría desencadenar un resangrado masivo (Villanueva y Colomo, 2018).

Intervenciones:

- ✓ Administrar antieméticos según la prescripción médica, evaluando su efectividad y los efectos secundarios (p. ej., sedación).
- ✓ Mantener la permeabilidad y aspiración de la sonda nasogástrica (SNG), si está presente, para descomprimir el estómago y reducir la irritación gástrica.
- ✓ Confirmar que no se administren medicamentos que puedan agravar la hemorragia, como los **AINES** (antiinflamatorios no esteroideos) o anticoagulantes, a menos que sean estrictamente necesarios bajo indicación médica.

NIC: Manejo dietético y ambiental.

Explicación científica: El manejo dietético en un paciente con Nutrición por defecto (especialmente tras una hemorragia digestiva) se rige por el principio de la progresión dietética controlada. El objetivo científico es restaurar el anabolismo sin comprometer la estabilidad de la mucosa gástrica ni provocar un aumento de la presión portal. El soporte nutricional debe ser

individualizado. En estados de malnutrición por defecto asociados a patología digestiva, la nutrición enteral es preferible a la parenteral para mantener la integridad de la barrera mucosa y prevenir la translocación bacteriana (Bernad-Cabredo, B et al., 2020).

Intervenciones:

- ✓ Evitar olores intensos y desagradables que puedan desencadenar náuseas (perfumes, olores de comida fuerte o de la habitación).
- ✓ Asegurar la higiene oral después de cada episodio de vómito para eliminar el mal sabor y proteger las mucosas.
- ✓ Proporcionar comidas o líquidos fríos y de sabores suaves (cuando se permita la vía oral), ya que suelen tolerarse mejor que los caliente.

Evaluación: El paciente logro controlar sus síntomas por lo que pudo ingerir alimento y mantener sus requerimientos nutricionales.

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA PARA LA HEMORAGIA DIGESTIVA

Los cuidados de enfermería en un paciente con hemorragia digestiva se enfocan primordialmente en la estabilización hemodinámica y la prevención de complicaciones graves. La prioridad se basa en la urgencia de las necesidades, siendo las de alta prioridad aquellas que comprometen la vida del paciente**.** Peralvo et al., (2020) las menciona de la siguiente manera:

1. Estabilización Hemodinámica y Vías Aéreas (Prioridad Alta)

El objetivo principal es restaurar el volumen sanguíneo y garantizar la oxigenación y perfusión adecuada.

Asegurar la Vía Aérea:

- ✓ Mantener la permeabilidad de la vía aérea (especialmente si hay hematemesis o alteración del estado de conciencia, por riesgo de broncoaspiración). Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración si el paciente presenta hematemesis.

Monitorización de Signos Vitales y Estado Hemodinámico (Frecuente):

- ✓ Controlar continuamente la Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR) y Saturación de Oxígeno (SpO2). También Monitorizar signos vitales

cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, una vez controlada la hemorragia, cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por doce horas, siempre dependiendo de la condición hemodinámica del paciente y luego controlar signos vitales en cada turno por razones necesarias (PRN).

- ✓ Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardiaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA).
- ✓ Valorar signos vitales ortostáticos (si el estado del paciente lo permite). La hipotensión ortostática (o postural), que es una caída anormal de la presión arterial al cambiar de una posición acostada o sentada a una posición de pie. Esta condición puede ser un indicio de deshidratación, pérdida de sangre (como en el caso de la hemorragia digestiva), problemas cardíacos o efectos secundarios de medicamentos.

Acceso Venoso y Reposición de Volumen:

- ✓ Canalizar dos vías periféricas de calibre grueso (Ej. calibre 18 o 16G) para infusión rápida de líquidos.
- ✓ Administrar rápidamente soluciones cristaloides (Ej. Solución Salina o Ringer Lactato) según prescripción médica para reponer el volumen.
- ✓ Preparar y administrar productos sanguíneos (concentrado de hematíes, plasma, plaquetas) si están indicados, tras extracción de muestras para tipaje y pruebas cruzadas (por el personal idóneo)

Control de Oxigenación:

- ✓ Administrar oxígeno suplementario según la saturación y prescripción.

2. Identificación y Control de la Hemorragia (Prioridad Alta/Intermedia)

Evaluación del Sangrado:

- ✓ Vigilar la presencia de hemorragia activa: valorar y registrar la frecuencia, cantidad y características de vómitos (hematemesis: sangre fresca, roja brillante o "en posos de café") y heces (melenas o hematoquecia).

Control de Laboratorio:

- ✓ Extraer muestras de sangre para analíticas urgentes (Hemograma, Coagulación, Bioquímica, Grupo y pruebas cruzadas). Monitorear especialmente la Hemoglobina y el Hematocrito.

3. Manejo de Fluidos y Eliminación (Prioridad Intermedia)

Balance Hídrico Estricto:

- ✓ Instalar sonda vesical para un control horario de la diuresis (es un indicador clave de perfusión renal y *shock*).
- ✓ Registrar estrictamente todos los ingresos y egresos (incluyendo sangre perdida en vómitos o heces) en un balance hídrico.

Reposo y Posición:

- ✓ Mantener al paciente en estricto reposo absoluto por 24 a 48 horas según la hemodinámica del paciente para prevenir nuevos episodios de hemorragia y descompensación hemodinámica.
- ✓ Colocar en posición de Semi-Fowler o decúbito lateral (si hay riesgo de aspiración).

4. Preparación para Procedimientos y Tratamiento Farmacológico (Prioridad Intermedia)

- ✓ Administración de Medicamentos:
- ✓ Administrar la medicación prescrita (Ej. inhibidores de la bomba de protones IV, fármacos vasoactivos como Octriotide según indicación y de forma oportuna.

5. Confort, Educación y Soporte Emocional (Prioridad Baja/Intermedia)

Una vez que la vida del paciente no está en peligro inmediato.

Comodidad y Reposo:

- ✓ Mantener al paciente cómodo.
- ✓ Realizar higiene bucal frecuente (ya que está NPO y puede haber residuos de sangre o vómitos).

Apoyo Emocional y Comunicación:

- ✓ Proporcionar un ambiente tranquilo.
- ✓ Explicar los procedimientos y el estado actual del paciente para reducir la ansiedad.

Educación al Alta (si el paciente se estabiliza y egresa):

- ✓ Informar sobre la dieta a seguir (inicialmente blanda, evitar irritantes), la medicación, los signos de alarma para recurrir a urgencias y la próxima cita médica.

REFERENCIAS

Ángel Arango y Donado Moré, Andrés Felipe. (2020). Várices esofágicas superiores (Várices en descenso). Presentación de casos y revisión de la literatura. *Revista colombiana de Gastroenterología*, *35* (1), 43-53. https://doi.org/10.22516/25007440.381

Bernad-Cabredo, B., et al. (2020). Tratado de nutrición clínica y metabolismo. Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE).

Cannon, J. W., et al. (2020). Hemorrhagic Shock. New England Journal of Medicine, 382(4), 351-361. doi:10.1056/NEJMra1816570.

Cárdenas-Martínez, C. E., Cárdenas-Dávalos, J. C., Vilca cundo-Martínez, E. S., & Troncoso-Bombón, D. P. (2021). Sangrado digestivo alto: Una revisión bibliográfica. *Polo del Conocimiento*, *6*(1), Article 1. https://doi.org/10.23857/pc.v6i1.2186

Chuecas, Torres, Cabezas, Lara (2019) Revista de Ciencias Médicas Volumen 44 número 3. DOI: http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356 file:///C:/Users/PC/Downloads/pcasane,+5-1356(24-34).pdf.

Cuartas-Agudelo, Y. S., Martínez-Sánchez, L. M., Cuartas-Agudelo, Y. S., & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Medicas UIS, 33(3), 9-20. https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001.

De Rungs Brown, D. R., Ruiz Gómez, M., Charúa Guindic, L., & Víctor Baldin, A. (2014). Manejo de la hemorragia del tubo digestivo bajo. Acta Médica Grupo Ángeles, 21(S1), s79-87. https://doi.org/10.35366/109569 *Elsevier*

Flores, A. S. E., Villegas, W. G., Méndez, D. P., Garita, J. R., & Aguilar, K. V. (2020). Sangrado digestivo alto: Una emergencia médica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, *4*(4), Article https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.191

Galindo, F. (2020). Hemorragia digestiva. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva www.sacd.org.ar, 2019; I-126, pág. 1-19

Ginez, J. (2016). *Hemorragia digestiva alta y baja*. Uchile.cl.

Gralnek, I. M., et al. (2021). Diagnosis and management of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 53(03), 300-332

Gralnek, I. M., et al. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 53(03), 300-332.

Gralnek, I. M., et al. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 53(03), 300-332.

Guachamín PA, Díaz SA, Vásquez BJ, Churo VE, Chicango RM, Yagual BL. Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología. Ruta de Enfermería. Quito. Unidad Técnica de Gastroenterología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Cambios Rev. méd.2020; 19 (1): 132-143.

Guzmán JD, Dávila ES, Palomeque WF. Tratamiento del San-grado Digestivo Alto. Protocolo médico. Quito. Unidad Técnica de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Cambios rev méd; 2018;17(2):95-104

Guzmán, J. D. G. (2018). Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, *17*(2), Article 2. https://doi.org/10.36015/cambios.v17.n2.2018.312

Hall, J. E., & Hall, M. E. (2021). Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica (14.ª ed.). Elsevier.

Hinkle, J. L., y Cheever, K. H. (2021). Brunner & Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica (15.ª ed.). Wolters Kluwer.

Ibáñez García (2015) Papel de la Enfermeria En las Hemorragias Digestivas Altas en Urgencias y Emergencias. Universidad de Valladolid. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14819/TFG-O%20637.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

James, P. R., y Mythen, M. G. (2022). Fluid Therapy. In: Miller's Anesthesia (9th ed.). Elsevier.

Katz, P. O., y Gerson, L. B. (2022). Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease (11.ª ed.). Elsevier.

Laine, L., y Jensen, D. M. (2022). Management of patients with ulcer bleeding. American Journal of Gastroenterology, 107(3), 345-360.

Manning, J. E. (2024). Shock Hemorrágico: Fisiopatología y Manejo. En: Tintinalli, J. E., et al. Medicina de Urgencias (10.ª ed.). McGraw Hill.

Mento, C., et al. (2022). The Role of Emotional Support in Nursing Care: A Systematic Review of Psychological Outcomes. Journal of Clinical Nursing, 31(15-16), 2110-2124. https://doi.org/10.1111/jocn.16208.

Molero, Pérez, Gasquez, Barragán, Simón (2017) Salud y cuidados del desarrollo volumen 1 editorial ASUNIVEP.

Peralvo, P. A. G., Rodriguez, S. A. D., Orozco, B. J. V., Hidalgo, V. E. C., Ramírez, R. M. C., & González, B. L. Y. (2020). Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, *19*(1), 132-143. https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.520

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (2020). Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. En: Asmundson, G. J. G. (Ed.), Comprehensive Clinical

Schmitz, J., & Zarate, A. (2016). *HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA*.

Schmitz, J., & Zarate, A. (2016). *HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA*. 23. Medfinis.cl., https://medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pd.

Shah, AR, Jala, V., Arshad, H. y Bilal, M. (2018). Evaluación y tratamiento del sangrado gastrointestinal inferior. *Disease-a-Month*, *64* (7), 321-332. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.02.002

Smith, A. J., & Tiller, J. W. (2023). Neurobiology of Anxiety and Stress Management in Clinical Settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30(2), 145-158. https://doi.org/10.1111/jpm.12890

Sort, P., Isava, A., Porta, F., Llao, J., Puig, I., & Vida, F. (2015). Utilidad del octriotide en la prevención de la hemorragia digestiva no variceal en cirrosis hepática: Descripción de 2 casos. *Gastroenterología y Hepatología*, *38*(6), 386-387. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.06.009

Spahn, D. R., et al. (2023). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Critical Care, 27(1), 80. https://doi.org/10.1186/s13054-023-04327-2

Ures, D. A. L., & Easton, D. D. L. (2018). *HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA*.

Vaca Antepara, B. A., Franco, M. J. S., Sánchez, N. R. E., & Mena, A. V. V. (2019). Hemorragia digestiva alta por ulcera péptica o duodenal. RECIMUNDO, 3(2), 894-914. https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.894-914

Vázquez Sánchez (2020) Hemorragia digestiva alta en adultos: intervención enfermera en urgencias. REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA. VOL. 5(NÚM. 32) NOVIEMBRE 2020 - FEBRERO 2021 pág. 38-44. https://enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos-Cientifica-3_1.pdf.

Villanueva, C., & Colomo, A. (2018). Hemorragia digestiva aguda. En Medicina Interna (18.ª ed., Vol. 1). Elsevier.

Villanueva, C., Ferrer-Barbera, A., Jimenez, M., et al. (2020). "Strategies for Personalized Blood Transfusion in Gastrointestinal Bleeding". Journal of Clinical Medicine, 9(12), 3911.

Vincent y De Backer, (2023). Circulatory Shock. New England Journal of Medicine, 389(14), 1298-1309. doi:10.1056/NEJMra2213123

Yunga (2021) Factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes del hospital general guasmo sur Guayaquil 2017.UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO.

Zapater (2016) Riesgo de hemorragia gastrointestinal alta y baja asociada al tratamiento con AINEs, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes orales. Estudio de casos y controles. Universidad de zaragoza.

Zarate, Manríquez, García (2019) Hemorragia digestiva baja. *Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas.*1-19 https://medfinis.cl/img/manuales/HBDv2020v2.pdf.

ANEXOS COMPLEMENTARIOS

Santiago, 2 de mayo de 2026.

Señores
Asesores de Trabajo de Grado
Maestría en Enfermería con Especialidad en Urgencias y Emergencias
Universidad de Panamá – C.R.U.V.
E. S. M.

Dios conceda dichas y bendiciones en cada uno de sus pasos, estimados asesores.

Mediante esta certificación, quien suscribe, **José María Rodríguez Ureña**, Magíster en Lingüística Aplicada con Especialización en Redacción y Corrección de Textos y Licenciado en Español, con los respectivos títulos avalados, hago constar que el Trabajo de Grado titulado "*Diseño de Guía Educativa para Enfermeras: Manejo de la Hemorragia Digestiva, Servicio de Urgencias del Hospital Ezequiel Abadía, Soná, 2026*", realizado por la Licenciada **Franchesca Uzkudun Marín**, ha sido revisado por mí, en cuanto a redacción, gramática y ortografía.

Hago manifiesto mi completo agradecimiento por la confianza puesta en mí, al delegar semejante responsabilidad, y también agradezco de antemano la confianza que puedan ustedes tener en la labor realizada por este servidor.

Sin otro particular, y poniéndome a su disposición para cualquier tipo de consulta requerida por usted, me despido, muy atentamente,

Mgter. José María Rodríguez Ureña
Cédula 9-210-61