



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:
**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA”**

Autora:
Helen Mariana Contreras Zambrano

Director de Estudio de Caso:
Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Helen Mariana Contreras Zambrano**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.



Helen Mariana Contreras Zambrano

C.I: 1208075455



INFORME FAVORABLE DEL DIRECTOR SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

El suscrito, **Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Helen Mariana Contreras Zambrano** realizó el **Estudio de Caso** de grado titulado “**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto en los Arts. 52, 54, 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular.



Cristian Armando
Romero Segovia



Time Stamping
Security Data

Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.
DIRECTOR DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

El suscrito, **Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**”, presentado por la estudiante **Helen Mariana Contreras Zambrano**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Artículo 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis del sistema COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 94 %y similitud 6 %, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.



HELLEN CONTRERAS FINAL

0%
Textos sospechosos

6% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas (ignorado)
0% entre las fuentes mencionadas (ignorado)
3% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: HELLEN CONTRERAS FINAL.pdf
ID del documento: e97d8e4b65d92a7c1f5d05be8349d7b30cfd1a16
Tamaño del documento original: 565,43 kB

Depositante: CRISTIAN ARMANDO ROMERO SEGOVIA
Fecha de depósito: 13/11/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 13/11/2025

Número de palabras: 6449
Número de caracteres: 46.595



Cristian Armando
Romero Segovia



Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.
DIRECTOR DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Karen Gabriela
Macías Sánchez, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Cecilia Maribel
Díaz Olmedo, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta importante etapa de mi vida y alcanzar el título de Licenciada en Enfermería, me gustaría expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos que han sido parte esencial de este logro.

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la fuerza, la salud y la sabiduría para superar cada desafío en este camino.

A mis padres, quienes, con su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios, me han permitido seguir mis sueños y aspiraciones, a mi hija por ser mi motivación día a día y su ejemplo de dedicación y trabajo arduo ha sido mi mayor inspiración.

Finalmente, agradezco a todas las instituciones y organizaciones que han brindado los recursos necesarios para mi educación, y a todos aquellos que, de una u otra manera, han contribuido a que hoy alcance este sueño.

Este logro es también de ustedes. ¡Gracias!

DEDICATORIA

Su apoyo constante y por ser siempre una fuente de ánimo y motivación, gracias por estar a mi lado en cada paso de este camino.

A mis profesores y mentores, quienes, con su paciencia, conocimiento y dedicación, me han guiado y formado como profesional.

Cada lección impartida y cada consejo recibido han sido valiosos para mi crecimiento académico y personal.

A mis compañeros de estudio, por su camaradería y por compartir conmigo esta experiencia única. Juntos hemos superado desafíos y celebramos triunfos que quedarán en nuestra memoria para siempre.

A mis amigos, por su comprensión, por sus palabras de aliento y por estar siempre presentes, brindándome su apoyo incondicional.

A todos los pacientes con los que he tenido la oportunidad de trabajar durante mis prácticas, por enseñarme la importancia de la empatía, el cuidado y el respeto en la profesión de enfermería.

Finalmente, dedico este proyecto a todas aquellas personas que, de una manera u otra, han contribuido a que hoy pueda alcanzar este sueño. Este logro no es solo mío, sino también de todos ustedes.

Con gratitud y cariño.

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una condición clínica grave que se produce por la pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal superior, manifestándose a través de síntomas como hematemesis y melena. En este caso de estudio, se analiza la situación de un paciente adulto hospitalizado por una HDA de origen gástrico, cuya atención requirió un enfoque interdisciplinario. El objetivo principal fue diseñar procesos de atención de enfermería utilizando el modelo de valoración de Marjory Gordon, identificando las necesidades del paciente para diseñar un plan de cuidados basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Mediante una metodología retrospectiva y cualitativa, se analizó su historia clínica para documentar la evolución del paciente. Los hallazgos revelaron signos de hipovolemia, debilidad y ansiedad, que fueron gestionados con diagnósticos como “Déficit de volumen de líquidos” y “Riesgo de sangrado”, implementando intervenciones como el control hemodinámico y la educación al paciente. La evaluación rigurosa de este proceso de enfermería condujo a una estabilización clínica progresiva y a una mejora significativa, confirmando que un plan de cuidados estructurado, centrado en las necesidades individuales y respaldado por una adecuada documentación, es fundamental para una recuperación segura y para demostrar la relevancia del juicio clínico en la práctica de enfermería. La colaboración con otros especialistas fue crucial en el manejo integral y la evolución positiva del paciente.

Palabras claves: hematemesis, hemorragia digestiva, hipovolemia.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a serious clinical condition resulting from blood loss in the upper gastrointestinal tract, manifesting through symptoms such as hematemesis and melena. This case study analyzes the situation of an adult patient hospitalized for UGIB of gastric origin, whose care required an interdisciplinary approach. The main objective was to design nursing care processes using Marjory Gordon's assessment model, identifying the patient's needs to develop a care plan based on the NANDA, NOC, and NIC taxonomies. Using a retrospective and qualitative methodology, the patient's medical history was analyzed to document their progress. The findings revealed signs of hypovolemia, weakness, and anxiety, which were managed with diagnoses such as "Fluid Volume Deficit" and "Risk of Bleeding," implementing interventions such as hemodynamic monitoring and patient education. The rigorous evaluation of this nursing process led to progressive clinical stabilization and significant improvement, confirming that a structured care plan, focused on individual needs and supported by adequate documentation, is fundamental for a safe recovery and demonstrates the relevance of clinical judgment in nursing practice. Collaboration with other specialists was crucial to the patient's comprehensive management and positive outcome.

Keywords: hematemesis, digestive bleeding, hypovolemia.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
INFORME FAVORABLE DEL DIRECTOR SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	5
3.1 Historia clínica	5
3.2 Valoración Integral de enfermería	7
3.3 Plan de cuidados de enfermería	9
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	12
5. CONCLUSIONES	14
6. BIBLIOGRAFÍA	15
7. ANEXOS.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidado: Déficit de volumen de líquidos

Tabla 2. Segundo plan de cuidado: Dolor agudo

Tabla 3. Tercer plan de cuidado: Conocimientos deficientes

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica

Anexo 2. Electrocardiograma

Anexo 3. Eco abdominal

Anexo 4. Exámenes de laboratorio

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”		
Autor:	Helen Mariana Contreras Zambrano		
Palabras claves:	hematemesis	hemorragia digestiva	hipovolemia
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	<p>La hemorragia digestiva alta (HDA) es una condición clínica grave que se produce por la pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal superior, manifestándose a través de síntomas como hematemesis y melena. En este caso de estudio, se analiza la situación de un paciente adulto hospitalizado por una HDA de origen gástrico, cuya atención requirió un enfoque interdisciplinario. El objetivo principal fue diseñar procesos de atención de enfermería utilizando el modelo de valoración de Marjory Gordon, identificando las necesidades del paciente para diseñar un plan de cuidados basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Mediante una metodología retrospectiva y cualitativa, se analizó su historia clínica para documentar la evolución del paciente. Los hallazgos revelaron signos de hipovolemia, debilidad y ansiedad, que fueron gestionados con diagnósticos como “Déficit de volumen de líquidos” y “Riesgo de sangrado”, implementando intervenciones como el control hemodinámico y la educación al paciente. La evaluación rigurosa de este proceso de enfermería condujo a una estabilización clínica progresiva y a una mejora significativa, confirmando que un plan de cuidados estructurado, centrado en las necesidades individuales y respaldado por una adecuada documentación, es fundamental para una recuperación segura y para demostrar la relevancia del juicio clínico en la práctica de enfermería. La colaboración con otros especialistas fue crucial en el manejo integral y la evolución positiva del paciente.</p>		
Abstract:	<p>Upper gastrointestinal bleeding is a clinical condition characterized by blood loss in the upper gastrointestinal tract, usually caused by peptic ulcers, esophageal varices, or gastric mucosal lesions, and presents with hematemesis, melena, weakness, and signs of hypovolemia. This case study focused on a hospitalized adult patient with gastrointestinal bleeding of gastric origin, whose condition required interdisciplinary management. The general objective was to apply the nursing care process based on Marjory Gordon's functional health patterns model, in order to identify the patient's needs and propose care plans based on the NANDA, NOC, and NIC taxonomies. A retrospective, descriptive, and qualitative methodology was used through documentary analysis of the patient's medical record, with no direct intervention. The results showed signs of hypovolemia, generalized weakness, abdominal pain, anxiety, and decreased tissue perfusion, which were addressed through nursing diagnoses such as “Deficient Fluid Volume,” “Risk for Bleeding,” and “Anxiety,” with interventions including hemodynamic monitoring, vital signs surveillance, and patient education. The analysis showed a favorable response to nursing interventions, with progressive clinical stabilization, symptom improvement, and prevention of complications. It was concluded that the structured application of the nursing process, guided by theoretical models and supported by retrospective analysis, allowed for the comprehensive identification of the patient's health problems and the design of a care plan focused on their needs. This approach supported informed clinical decision-making and a safer recovery, demonstrating the importance of clinical judgment and detailed documentation in professional nursing practice.</p>		
Descripción:	33 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta constituye una urgencia médico-quirúrgica de alta prevalencia que afecta significativamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes, especialmente en adultos mayores. Se caracteriza por sangrado proveniente del tracto gastrointestinal superior, incluyendo el esófago, estómago o duodeno, y sus principales etiologías se dividen en variceales y no variceales, siendo esta última predominante por úlcera péptica. El sistema nervioso es una red compleja que controla y coordina todas las funciones del organismo mediante el encéfalo, médula espinal y nervios. Se divide en sistema nervioso central (SNC: encéfalo y médula espinal) y periférico (SNP: nervios craneales, espinales y ganglios).

A nivel microscópico está formado por neuronas (células excitables con cuerpo, dendritas y axón que transmiten impulsos) y neuroglía (astrocitos, oligodendrocitos, microglia, células de Schwann y satélites) que protegen, nutren y aíslan las neuronas. El encéfalo consta de tronco encefálico (bulbo, protuberancia y mesencéfalo), cerebelo (coordinación), diencefalo (tálamo e hipotálamo) y cerebro (corteza con áreas motoras, sensoriales y de asociación). El SNC está protegido por meninges y líquido cefalorraquídeo, mientras que el SNP conecta el cuerpo con el exterior. Por último, el sistema nervioso autónomo regula funciones involuntarias mediante sus ramas simpática (lucha o huida) y parasimpática (reposo y digestión).

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico-quirúrgica común que debe ser tratada precozmente por su alta morbimortalidad. Corresponde a sangrado del esófago, estómago o del duodeno proximal, y se divide en etiología no variceal y variceal. Dentro de las no variceales destaca la úlcera péptica como la más frecuente, siendo esta producida por un desbalance entre factores protectores y agresivos. Por otro lado, en las hemorragias variceales destacan las várices gastroduodenales, las cuales son consecuencia del aumento de la presión portal. La incidencia de la HDA a nivel mundial varía entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes por año y la mortalidad entre un 5 y un 14% según

diferentes estudios. Lamentablemente, no existen cifras nacionales fidedignas de incidencia y prevalencia (1).

La hemorragia digestiva alta ocurre a partir de una lesión sangrante localizada entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en la cavidad intestinal. La hemorragia digestiva alta es quizá una de las indicaciones más frecuentes para realizar un estudio endoscópico y es también una de las áreas donde la utilización de la misma ha demostrado un mayor impacto. Es también una causa frecuente de consulta de urgencia y en general existen amplias variaciones en cuanto a su etiología y frecuencia por lo que un consenso en su manejo puede tener un gran impacto por su aplicabilidad generalizada (2).

En los últimos 5 años (2020-2025), la hemorragia digestiva alta (HDA) en Latinoamérica mantiene una incidencia estimada de 50-150 casos por 100.000 habitantes/año, similar a cifras globales, aunque con variaciones locales por acceso a atención y prevalencia de factores de riesgo como uso de AINES, infección por *H. pylori* y cirrosis. Las causas principales siguen siendo no variceales (70-80%: úlcera péptica 30-60%, gastritis erosiva y esofagitis), seguidas de variceales (15-30%, asociadas a hipertensión portal por alcoholismo o hepatitis). La mortalidad intrahospitalaria oscila entre 5-14%, con promedios de 6-10% en países como Perú (9%), Chile (6,8% en 2015-2017, tendencia estable), México (4-9%) y Colombia (5-10%), influida por edad >60 años (66% de casos), comorbilidades, shock al ingreso y retraso en endoscopia.

En el Ecuador existen muy pocos estudios sobre esta enfermedad por tanto la mortalidad causada por esta patología es cada vez mayor, la mortalidad oscila entre el 4 y el 10% por hemorragia digestiva alta (HDA) y entre el 18 y 30% por hemorragia digestiva secundaria considerándola desde ya un grave problema de salud sobre todo para las personas adultas mayores en el Ecuador (3). El papel de la enfermería en el manejo HDA es crucial y abarca desde la atención inicial en urgencias hasta la recuperación del paciente. La actuación de la enfermera se centra en la estabilización del paciente, la monitorización constante y la colaboración con el equipo médico para asegurar un tratamiento eficaz.

La investigación se llevó a cabo motivada por la importancia del rol de la enfermería en la estabilización del paciente. En este contexto, la rápida actuación del personal de enfermería resulta clave para lograr la estabilización hemodinámica, el control del sangrado y la prevención de complicaciones. Es importante ya que podemos evaluar estas intervenciones y ayudar a mejorar la calidad del cuidado, además que un adecuado manejo de enfermería puede reducir el tiempo de hospitalización, mejorar los resultados clínicos y disminuir la tasa de recurrencias de HDA y los resultados de la investigación pueden servir como base para la capacitación del personal de enfermería, promoviendo una atención basada en la mejor evidencia disponible.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

El objetivo principal fue diseñar procesos de atención de enfermería utilizando el modelo de valoración de Marjory Gordon, identificando las necesidades del paciente para diseñar un plan de cuidados basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

2.2. Objetivos Específicos

- Verificar la historia clínica del paciente con hemorragia digestiva alta para identificar la condición clínica y los factores asociados.
- Identificar las manifestaciones clínicas del paciente a partir de los registros de valoración de enfermería y la aplicación de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Proponer un plan de cuidados de enfermería aplicado mediante la taxonomía NANDA, NIC y NOC, basado en las alteraciones de los patrones funcionales observadas para una recuperación óptima.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente masculino de 47 años, ingresa a emergencia acompañado de un familiar porque había presentado dolor en el hipocondrio derecho y en la región torácica anterior, acompañado de náuseas y flatulencias con una evolución aproximada de 24 horas. Negó la presencia de otros síntomas asociados.

Al momento del ingreso, los signos vitales registrados fueron tensión arterial de 118/79 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C y saturación de oxígeno de 99 %.

Entre sus antecedentes patológicos personales destacaban valvulopatías mitral y aórtica. No refirió antecedentes familiares y antecedentes quirúrgicos de reemplazo de válvula aórtica en el año 2022. No presentaba alergias conocidas y su medicación habitual incluía carvedilol 3.125 mg cada 12 horas y warfarina de 5 mg los miércoles y sábados, y 2.5 mg los demás días. Negaba hábitos tóxicos.

En la valoración cefalocaudal inicial, el paciente mostró facies álgidas. Su cabeza era normocéfala, el cabello abundante y la piel íntegra. Las pupilas eran isocóricas y reactivas a la luz, y sus mucosas estaban semihúmedas. El cuello era simétrico y sin adenopatías. En el tórax, que era simétrico, refirió dolor. La auscultación del corazón reveló ruidos normales, pero se escuchó un soplo aórtico y un "click" mitral, que eran esperados debido a sus antecedentes. El abdomen era simétrico y no doloroso a la palpación. Las extremidades no tenían edema y los genitales estaban acorde a su sexo.

Los exámenes de laboratorio iniciales revelaron una hemoglobina de 7.5 g/dL, hematocrito de 22.9% lo que indicaba anemia, recuento de glóbulos rojos de $1.70 \times 10^6/\mu\text{L}$, eosinófilos 1.5%, linfocitos 20.2%, neutrófilos 68.2%, basófilos 0.1%, urea 51.36 mg/dL, creatinina 1.1 mg/dL y plaquetas de $215 \text{ mil}/\text{mm}^3$, tiempo de coagulación (TTPA) de 2.5. Con base en estos hallazgos, el diagnóstico médico fue hemorragia gastrointestinal, con efectos adversos relacionados con los anticoagulantes y una anemia aguda severa post-hemorrágica. Se le

transfundieron hemoderivados de glóbulos rojos en tres ocasiones y, el 9 de diciembre, se le transfundió una unidad de concentrado globular. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, por lo que se realizó interconsulta con gastroenterología y cardiología para su valoración. Se suspendió la anticoagulación debido a la prolongación de los tiempos de coagulación, indicándose vitamina K y control de laboratorio con hemoglobina (HB), tiempo de protrombina (TP) e índice internacional normalizado (INR). Se prescribió una dieta líquida amplia, hidratación con cloruro de sodio al 0.9% a razón de 1000 ml intravenosos a 42 ml/h mediante bomba de infusión, omeprazol de 40 mg cada 12 horas, enoxaparina de 60 mg subcutánea cada día, cuantificación de diuresis y realización de balance hídrico. Además, se solicitaron estudios de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y ecocardiograma transtorácico.

El 13 de diciembre fue realizada una ecografía de abdomen superior, en la que se observó esteatosis hepática leve y litiasis renal bilateral no obstructiva, aunque la presencia de gas dificultó la evaluación. También se le practicó una ecografía pélvica, sin hallazgos significativos. En la endoscopia digestiva alta (EDA), se informó la presencia de una úlcera gástrica y bulbar Forrest tipo III, sin evidencia de sangrado activo. En ese momento, el paciente se encontraba en condiciones generales regulares, sin angor, disnea ni palpitaciones en reposo. El electrocardiograma (ECG) mostró un ritmo sinusal con elevación del segmento ST de 1 mm en la derivación DIII, con morfología cóncava.

El médico modificó el tratamiento, cambiando la dieta a blanda gástrica, manteniendo al paciente en DISH (Conector de Seguridad Antipinchazos Sin Aguja) y aumentando la dosis de sucralfato a 10 ml cada 8 horas. Como no presentó sangrado, se reintrodujo la warfarina el 13 de diciembre a las dosis pautadas y se programó un control en consultorios externos de cardiología en 10 días con evaluación de INR.

Después de ocho días de hospitalización, el paciente se encontraba en condiciones clínicas estables, sin evidencia de sangrado con una HB 13.8g/dL, Por tal motivo, el médico tratante determinó en condiciones óptimas para recibir el alta médica y continuar con los cuidados correspondientes en su hogar.

3.2 Valoración Integral de enfermería

Se llevó a cabo una valoración retrospectiva basada en la guía de enfermería según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Patrón de manejo y percepción de la salud: En los registros clínicos constaba que el paciente refiere malestar general, con antecedentes de valvulopatía mitral y aórtica. Mantenía adecuados hábitos de higiene personal y bucal. No fumaba, pero consumía cerveza ocasionalmente. Asistía a consultas médicas mensualmente, aunque la revisión dental era poco frecuente. No realizaba ejercicio físico. Seguía tratamiento con carvedilol y Warfarina, pero no conocía la causa exacta de su hospitalización. Vivía en una casa de concreto con buena ventilación e iluminación adecuada.

El patrón nutricional-metabólico: peso 75 kg, talla 175 cm e IMC 24,5 kg/m² (normopeso), sin dieta estructurada, con 3-4 ingestas diarias ricas en alimentos fritos y harinas refinadas, bajo consumo de frutas/verduras e ingesta hídrica de solo 1 L/día. Actualmente presenta anorexia intensa desde hace 5 días, náuseas persistentes y dolor epigástrico quemante 8/10 en escala de Eva secundario a úlcera gástrica antral y úlcera bulbar duodenal activas (confirmadas por EDA). Como consecuencia de la hemorragia digestiva alta aguda, desarrolla anemia ferropénica severa (Hb 8,2 g/dL ↓ desde 13,8 g/dL, Hcto 25 %), manifestada por palidez cutáneo-mucosa intensa, taquicardia basal 110 lpm, mareo ortostático, debilidad generalizada, uñas quebradizas y cabello seco; sin disfagia ni alteraciones cutáneas pruriginosas, y con estabilidad ponderal en los últimos 6 meses previos al sangrado.

Patrón de eliminación: presentó evacuaciones intestinales dentro de los límites normales tres veces al día por frecuencia fisiológica, aunque refirió flatulencias. La eliminación urinaria era nor

mal y no reportaba alteraciones. No se evidenciaban cambios en la sudoración.

Patrón de actividad y ejercicio: Se documentaron episodios de palpitations al realizar actividades cotidianas. No había notado cambios en la respiración ni en la circulación periférica. Tensión arterial de 118/79 mmHg, frecuencia cardíaca de 98

latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C y saturación de oxígeno del 99%.

Sin embargo, sufría calambres y dolor que limitaban algunas de sus actividades. Realizaba tareas del hogar como actividad principal en su tiempo libre. Era independiente en la mayoría de sus actividades diarias, aunque en ocasiones requería apoyo.

En el patrón de sueño y descanso: de acuerdo con los registros de enfermería, se describió sueño de 5 horas por la noche, sin realizar siestas durante el día. Presentaba bostezos frecuentes, lo que sugería fatiga relacionada con la falta de descanso.

Patrón cognitivo-perceptual: No presentaba alteraciones auditivas ni visuales. No obstante, se reportaron episodios de dolor y vértigo. Se evidencio que aprendía mejor mediante la lectura, no tuvo problemas de memoria ni de orientación, pero el dolor afectaba su fluidez verbal.

Patrón de autopercepción o el autoconcepto: Se describía como una persona optimista y se mostraba conforme con su vida, no tuvo pérdidas recientes ni tenía pensamientos suicidas. Su principal deseo era mejorar su estado de salud.

Patrón de rol y relaciones: Se desempeñaba como ingeniero y al momento del ingreso. Su principal rol en la familia era el de proveedor.

Patrón de sexualidad y reproducción: No tenía una vida sexual activa y se sintió satisfecho con la cantidad de hijos que había tenido. No se había realizado exámenes de próstata ni testiculares recientemente. Practicaba sexo seguro con una sola pareja, aunque no utilizaba métodos anticonceptivos.

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés: el paciente identifica el estrés como desencadenante habitual de tristeza moderada, manifestando llanto fácil y sensación de vacío emocional en episodios que se repetían 1-2 veces al mes durante el último año. Como estrategia de afrontamiento positiva refiere el uso frecuente de música relajante (clásica y boleros) durante 30-60 minutos, logrando disminución significativa de la ansiedad (“me calma el alma”). No consumo de alcohol o tabaco .

Patrón de valores y creencias: Era de religión católica, sin restricciones religiosas ni necesidad de asistencia espiritual durante la hospitalización. Valoraba principalmente la honradez, la honestidad y la fidelidad.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1

Primer plan de cuidado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición Clase. 5 hidratación (00027) Déficit de volumen de líquidos m/p hemoglobina baja palidez, hipotensión relativa y náuseas. r/c pérdida activa de sangre gastrointestinal	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Hidratación (A) 0401 Balance hídrico	040101 Presión arterial 060105 Eliminación de líquidos 060107 Signos de hypovolemia	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4 Mantener en: 2 Aumentar a: 4 Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática		Clase k: Control de líquido electrolitos Intervenciones destinadas a regular y mantener el equilibrio de líquidos en el cuerpo-		
4120 Manejo de líquidos				
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos de deshidratación. - Evaluar mucosas, turgencia, frecuencia cardiaca. - Controlar y registrar ingesta y eliminación. - Administrar líquidos IV según indicación médica. - Vigilar respuesta hemodinámica. 				
4180 Control de hemorragias				
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la fuente del sangrado y notificar inmediatamente. - Aplicar presión directa o apósitos compresivos si es necesario. - Verificar apósitos quirúrgicos o zonas de drenaje. - Vigilar cambios en el color de piel, mucosas y signos de shock. - Documentar la cantidad estimada de pérdida hemática. 				
2300 Administración de hemoderivados				
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar identidad del paciente y compatibilidad sanguínea antes de la transfusión. - Supervisar signos vitales antes, durante y después de la transfusión. - Observar reacciones adversas: escalofríos, fiebre, urticaria. - Registrar volumen, tipo de hemoderivado y hora de infusión. - Mantener vía venosa permeable durante todo el procedimiento. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidado de enfermería: Dolor agudo

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 12. Comodidad física Clase 1 Comodidad	Dominio: Salud percibida (V)	210201. Dolor referido	1. Grave	Mantener en: 3
	Clase: Sintomatología (V)	210206. Expresiones faciales del dolor	2. Sustancial 3. Moderado 4. Levemente 5. Ninguno	Aumentar a: 4
00132. Dolor agudo m/p expresión facial del dolor, EVA 8/10 r/c ulcera gástrica	2102. Nivel del dolor			Mantener en: 3 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		Clase E: Fomento de la comodidad física Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas		
1400. Manejo del dolor				
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidado de enfermería: Conocimientos deficientes

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. 4 respuesta cardiovascular/pulmonar	Dominio: Conocimiento /salud Clase: Manejo de enfermedad	180301 Comprensión de la enfermedad 180304 Conocimiento del tratamiento médico	1. Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Conocimientos deficientes (00126) m/p verbaliza desconocer la causa de su hospitalización. r/c manejo inadecuado de la medicación anticoagulante y régimen dietético	1803 Conocimiento : proceso de enfermedad	Conocimiento del tratamiento médico		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Apoyo educacional Cuidados que apoyan la regulación homeostática		Clase k: Enseñanza: proceso de enfermedad Intervenciones destinde las vías aéreas y el intercambio gaseoso		
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad				
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente en lenguaje claro la hemorragia digestiva, sus causas y tratamiento. - Educar sobre interacción warfarina-dieta. - Entregar material educativo visual. - Evaluar comprensión a través de preguntas. - Incluir a la familia en la educación. 				
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos				
<ul style="list-style-type: none"> - Indicar horarios y dosis de warfarina. - Enseñar signos de alarma por anticoagulación. - Promover adherencia al tratamiento y controles de INR. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica frecuente que requiere atención rápida y coordinada, siendo relevante por su alta morbimortalidad, especialmente en pacientes con comorbilidades como valvulopatías cardíacas o en tratamiento anticoagulante. El diagnóstico de déficit de volumen de líquidos, riesgo de sangrado y conocimientos deficientes fueron fundamentales para dirigir las intervenciones de enfermería.

El abordaje enfermero basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC permitió implementar cuidados sistematizados. Por ejemplo, la intervención "manejo de líquidos" fue clave para restaurar la estabilidad hemodinámica mediante la monitorización de signos de deshidratación, balance hídrico y administración de líquidos IV, coincidiendo con las recomendaciones de Potter, quienes destacan la importancia de mantener una perfusión adecuada en contextos de hemorragia aguda (19). Asimismo, la administración de vitamina K, enoxaparina y omeprazol como parte del plan farmacológico evidencia la integración efectiva del equipo de salud y el rol del personal de enfermería en la administración y seguimiento terapéutico (20).

En cuanto al riesgo de sangrado, las acciones dirigidas a la prevención (evaluación del INR, control de signos vitales, educación del paciente) se alinean con lo descrito por Carpenito, quien resalta que los pacientes anticoagulados requieren vigilancia constante y educación específica sobre signos de alarma (21). Además, la decisión de suspender temporalmente la anticoagulación y luego reintroducirla fue crítica y muestra la necesidad de una evaluación continua del riesgo/beneficio, como también lo refieren Smeltzer, en el contexto de pacientes con enfermedades cardiovasculares y patologías gastrointestinales asociadas (22).

Finalmente, la intervención educativa basada en el diagnóstico de conocimientos deficientes reflejó una dimensión esencial del cuidado enfermero: la promoción de la autogestión del tratamiento. La aplicación de la intervención "enseñanza: proceso de enfermedad" fue esencial para mejorar la comprensión del paciente sobre su patología y tratamiento, fortaleciendo su adherencia y reduciendo futuros riesgos.

Según Bastable, la educación terapéutica del paciente es uno de los pilares del cuidado enfermero, especialmente en enfermedades crónicas o situaciones complejas como el uso prolongado de anticoagulantes (23).

En comparación con otros estudios, este caso refuerza la evidencia de que la intervención temprana de enfermería, combinada con la educación continua y la valoración integral, mejora los resultados clínicos en pacientes con HDA. De hecho, investigaciones como las de Medina, concluyen que la aplicación oportuna de planes de cuidados de enfermería reduce las complicaciones, mejora la recuperación y fortalece la seguridad del paciente (24).

5. CONCLUSIONES

La revisión retrospectiva de la historia clínica, exámenes de laboratorio, informes de endoscopia digestiva alta y ecografías, se identificó que el paciente de 47 años presentó hemorragia digestiva alta no variceal secundaria a úlcera gástrica antral y bulbar Forrest III, desencadenada por el uso crónico de warfarina (INR 2,5) en contexto de prótesis valvular aórtica. Los factores asociados fueron anticoagulación oral, consumo ocasional de alcohol, dieta irritante rica en fritos y harinas, e infección probable por *H. pylori* no erradicada previamente. Esta verificación permitió establecer el diagnóstico médico de anemia poshemorrágica severa (Hb 7,5 g/dL → 11,2 g/dL post-transfusional) y guiar todo el plan terapéutico.

La aplicación sistemática de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon durante las primeras 24 horas de hospitalización permitió identificar siete patrones alterados de manera clara y científica: nutricional-metabólico (anorexia, náuseas, Hb 7,5 g/dL), eliminación (melena negra fétida), actividad-ejercicio (debilidad y mareo ortostático), sueño-descanso (solo 5 horas nocturnas), cognitivo-perceptual (dolor 8/10 EVA), afrontamiento-tolerancia al estrés (ansiedad grave con llanto) y rol-relaciones (miedo intenso a la muerte). Esta valoración integral se obtuvo mediante registro cefalocaudal, monitorización cada 4 horas de signos vitales, balance hídrico estricto, escalas EVA y Hamilton, lo que facilitó la priorización de diagnósticos de enfermería centrados en el paciente y la planificación de cuidados personalizados.

Finalmente, la elaboración de tres planes de cuidados estandarizados basados en las taxonomías NANDA-NIC-NOC logró la resolución completa de las alteraciones identificadas. El plan por "Déficit de volumen de líquidos" alcanzó el 100 % de equilibrio hídrico mediante dos vías gruesas, 3000 mL de cristaloides y vigilancia estricta; el plan por "Dolor agudo" redujo la EVA de 8/10 a 2/10 con pantoprazol IV, sucralfato y música terapéutica; y el plan por "Conocimientos deficientes" consiguió que el paciente verbalizara 10/10 signos de alarma y modificara su dieta eliminando fritos tras cuatro sesiones educativas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Guillermo Martínez S PFN. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Revista de Cirugia scielo. 2021 Dec; 73(6).
2. Miryan Idalina Díaz-Benítez ALM. Caracterización endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Endoscopía Digestiva, Hospital Nacional de Itauguá, período 2020. scielo. 2021; 45(2).
3. Azas S. Factores de riesgo de las hemorragias digestivas en pacientes adultos y su relación con la anemia crónica que acuden al Hospital el Corazón, del canton Pangua. [Online]. [cited 2025. Available from: <https://repositorio.uteq.edu.ec/server/api/core/bitstreams/3966398e-014d-4abb-b4a3-16c17e73983a/content>.
4. Caretta R, Assunção J, Dessimoni P, Ayres S, Bóis R, Bóis T, et al. Atualizações na abordagem terapêutica da hemorragia digestiva alta (HDA): uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review. 26 de 2023;6(1):2293-306.
5. Vásquez A. Hemorragia digestiva alta en adultos: intervenciones de enfermería. Nuberos científica. 2020; 5:38-9.
6. Oliveira T, Almeida M, Pereira M, Amorim R. Hemorragia digestiva alta: un estudio sobre o manejo endoscópico. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 21 de septiembre de 2024;6(9):2624-34.
7. Segura García H, Zambrano García J, Zúñiga Pineda S, Mora Vera R, Carbo Vélez M, Huertas Argoti J, et al. Tratado de Cirugía General en Atención Primaria en Salud Tomo 19. Juan Cuevas; 2024.
8. Ledesma J, Rivera Mera M, Álvarez Moyon L, Galarza Ávila K. V.E.D.A terapéutica en hemorragia digestiva alta. RECIAMUC. 31 de enero de 2020;4(1):105-13.
9. EL Haj W, Nahon S. Hemorragia digestiva alta. EMC - Tratado de Medicina. diciembre de 2022;26(4):1-9.

10. Chuecas Jofre J, Torres T, Cabezas G, Lara Hernández B. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 26 de septiembre de 2019;44(3):24-34.
11. Martínez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Pérez JI, García Carrasco C, sendes Júas A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev. Cir (Mex). 30 de noviembre de 2021;73(6).
12. Proaño C, Rivera J. Hemorragia digestiva, etiología, diagnóstico y tratamiento. Polo de conocimiento. enero de 2024; 9:1128-39.
13. Muñoz-Bautista A. Hemorragia de intestino delgado. Revista Endoscopia. 28 de julio de 2021;33(91).
14. Maciel M, Athayde V, Souza A, Días A, Telino C, Oliveira V, et al. Do diagnóstico ao manejo – Hemorragia gastrointestinal. Brazilian Journal of Development. 23 de mayo de 2023;9(05):17508-23.
15. Maroto F, Martínez J. Endoscopia digestiva en el paciente crítico. En: Tratado de Medicina Intensiva. 1ª ed. España: Elsevier; 2022. pág. 111-114.
16. Ferri F. Sangrado gastrointestinal superior agudo. En: Asesor clínico de Ferri 2022. 1ª ed. Estados Unidos: Elsevier; 2022. pág. 300-302.
17. Rivera Mera J. Hemorragia Digestiva Alta: Factores Predisponentes y Complicaciones. 1ª ed. España: Editorial Académica Española; 2020.
18. Younossi Z, Lavine J, et al. Hemorragias gastrointestinales. En: Manual de Enfermedades Digestivas. 3.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2020. pág. 224-233
19. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería. 10.ª ed. Elsevier; 2022.
20. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. 9.ª ed. Elsevier; 2020.
21. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos enfermeros. Aplicación a la práctica clínica. 16.ª ed. Elsevier; 2021.

22. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica. 14.^a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.

23. Bastable SB. Educación del paciente: Un enfoque práctico. 5.^a ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.

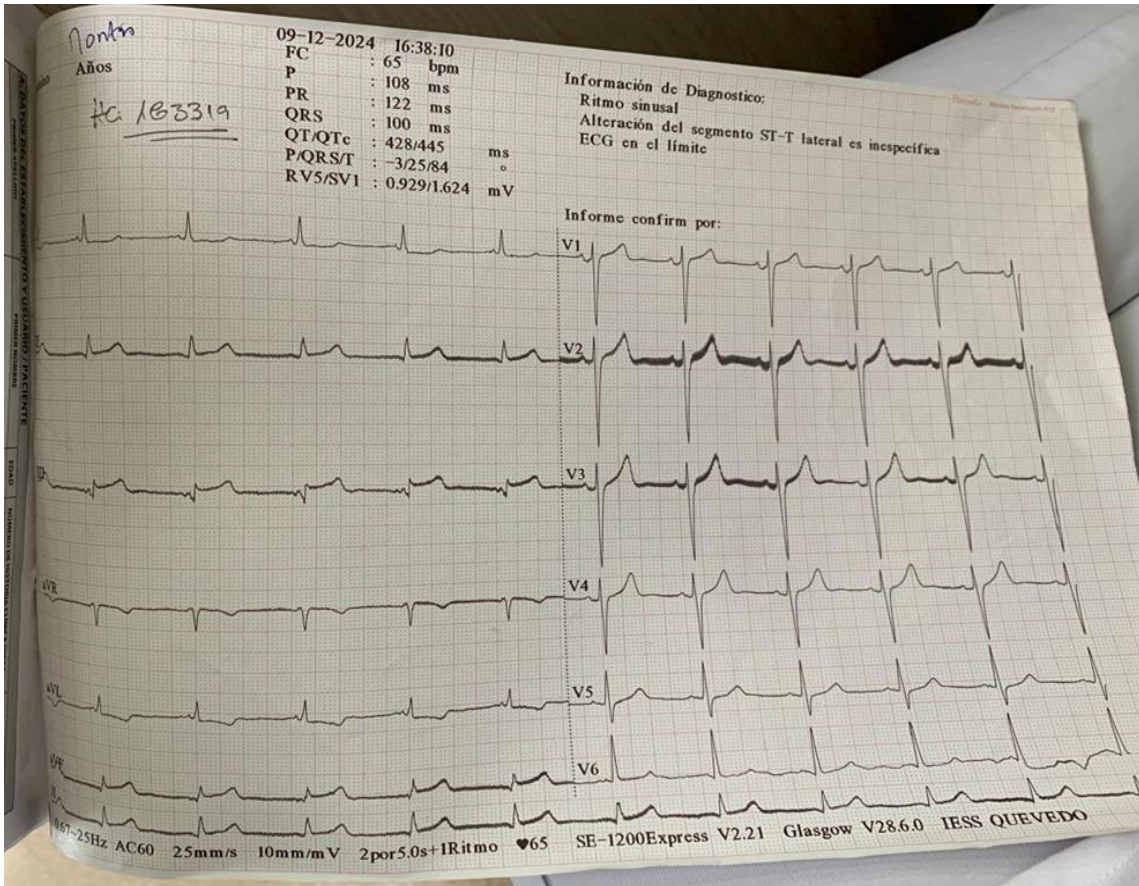
24. Medina L, Ríos E, Vargas M. Impacto de las intervenciones de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva. Rev Chil Enferm. 2022;38(2):102-110.

7. ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica

Edad	47 años
Sexo	Masculino
Fecha de ingreso	6 de diciembre del 2024
Motivo de consulta	Dolor en hipocondrio derecho y tórax anterior acompañado de náuseas y flatulencias
Signos vitales de ingreso	tensión arterial de 118/79 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C y saturación de oxígeno del 99%.

Anexo 2. Electrocardiograma



Anexo 3. Ecografía de abdomen superior



Anexo 4. Exámenes de laboratorio

Parámetro	Resultado del Paciente	Rango de Referencia Normal	Interpretación
Tiempo de protrombina (TP)	27.4 seg	10 - 13 seg	Elevado Y, lo que significa que la sangre tarda más en coagularse.
INR	2.09	1.0 - 1.4	Elevado Y, indica una coagulación más lenta de lo deseado.
Tiempo de tromboplastina (TTP)	27.3 seg	25 - 35 seg	Normal ✓
Leucocitos (WBC)	6.57	4.5 - 11.0 mil/mcL	Normal ✓
Hemoglobina (HGB)	10.1 g/dL (2024/12/10)	12.1 - 15.1 g/dL (Mujeres) 13.8 - 17.2 g/dL (Hombres)	Bajo t (niveles bajos indican anemia).
Hematocrito (HCT)	30.0 % (2024/12/10)	36.1 - 44.3 % (Mujeres) 40.7 - 50.3 % (Hombres)	Bajo t (niveles bajos indican anemia).
Plaquetas	215 mil/mcL	150 - 400 mil/mcL	Normal ✓
Linfocitos %	16.0 %	20 - 40 %	Bajo t
Neutrófilos %	70.3 %	40 - 60 %	Alto Y