



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2023-24)

**Trabajo Fin de Grado**

**ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN  
URGENCIAS**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Unai Humaran Fernández

Tutor/a: Noema Estébanez Villar

Mayo, 2024

## ÍNDICE

<b>GLOSARIO DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
Marco teórico .....	7
Justificación .....	17
Objetivos .....	18
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
Fuentes de información .....	18
Criterios de inclusión y exclusión .....	19
Síntesis de datos .....	20
<b>RESULTADOS Y DISCUSION</b> .....	<b>23</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>40</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Factores de riesgo de la HDA. -----	9
Figura 2. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica. -----	22
Figura 3. Tipología de los estudios seleccionados. -----	22
Tabla 1. Causas y prevalencias de la HDA.-----	8
Tabla 2. Signos, clínica y localización de una HDA. -----	10
Tabla 3. Contraindicaciones de panendoscopia oral. -----	13
Tabla 4. Clasificación Forrest y su significado predictivo. -----	13
Tabla 5. Descriptores DeCS y MeSH utilizados.-----	19
Tabla 6. Comparativa protocolos clínicos de Madrid, País vasco, Castilla y León, Navarra y Andalucía.-----	29
Anexo 1. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de las HDA varicosas y no varicosas. -----	40
Anexo 2. Score de Glasgow- Blatford, score de Rockall y score AIMS65. ----	41
Anexo 3. Tabla síntesis de los resultados. -----	45
Anexo 4. Tabla comparativa detallada de los protocolos clínicos de Madrid, País vasco, Castilla y León, Navarra y Andalucía. -----	49

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

Se muestran las abreviaturas referentes a las palabras que se encuentran en la actual revisión. Se ordenan por orden alfabético:

- **AAS:** Ácido acetilsalicílico
- **AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos
- **DM:** Diabetes mellitus
- **ECG:** Electrocardiograma
- **EDA:** Endoscopia digestiva alta
- **EGD:** Esofagogastroduodenoscopia
- **FC:** Frecuencia cardíaca
- **FR:** Frecuencia respiratoria
- **Hb:** Hemoglobina
- **HD:** Hemorragia digestiva
- **HDA:** Hemorragia digestiva alta
- **HDB:** Hemorragia digestiva baja
- **Hto:** Hematócrito
- **HTP:** Hipertensión portal
- **IBP:** Inhibidores de la bomba de protones
- **IOT:** Intubación orotraqueal
- **mmHG:** Milímetros de mercurio
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- **NPO:** Nothing by mouth
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- **RL:** Ringer Lactato
- **Rx:** Rayos x

- **SatO<sub>2</sub>**: Saturación de Oxígeno
- **SEEUE**: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias
- **SNG**: Sonda nasogástrica
- **SF**: Suero fisiológico
- **SV**: Sondaje vesical
- **T<sup>a</sup>**: Temperatura
- **TA**: Tensión arterial
- **TAC**: Tomografía Axial Computarizada
- **TAS**: Tensión arterial sistólica
- **UCI**: Unidad de cuidados intensivos
- **VVC**: Vía venosa periférica
- **VVP**: Vía venosa periférica

## RESUMEN

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta es una urgencia gastroenterológica muy común y con una muy alta morbilidad y mortalidad. Se define como un sangrado que se produce por encima del ángulo de Treitz, esto es, en el esófago, estómago y duodeno. Dada la naturaleza tan variable de esta enfermedad y su riesgo de mortalidad, es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz.

**Objetivos:** El objetivo de la actual revisión es analizar y recopilar información sobre el rol de los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias ante una hemorragia digestiva alta.

**Material y métodos:** Se desarrolla una revisión bibliográfica mediante el uso de las bases de datos de Pubmed, CINAHL Complete, Dialnet plus y el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) además de asociaciones como SEEUE y guías de práctica clínica de diferentes servicios de salud de España. Para ello, se combinaron palabras clave y descriptores en ciencias de la salud MeSH y DeCS con operadores booleanos AND y OR. A su vez, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados y discusión:** Los artículos coinciden en el plan terapéutico y las intervenciones enfermeras a realizar en caso de un sangrado superior en el servicio de urgencias. De igual forma, se observa que los protocolos coinciden en la gran mayoría, sin embargo, difieren en la parte humana relacionada con el apoyo psicológico al paciente y familiar.

**Conclusión:** La enfermería, como parte integral del equipo multidisciplinar sanitario, demuestra las habilidades cruciales para controlar la evaluación inicial, estabilización hemodinámica, implementación de medidas terapéuticas y seguimiento continuo de estos pacientes. Los protocolos clínicos junto con el conocimiento del personal de enfermería mejoran significativamente los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva alta, hemorragia gastrointestinal, cuidados de enfermería, enfermería de urgencias.

## ABSTRACT

**Introduction:** Upper gastrointestinal bleeding is a very common gastroenterological emergency with a very high morbidity and mortality. It is defined as bleeding that occurs above the angle of Treitz, that is, in the esophagus, stomach and duodenum. Given the variable nature of this disease and its risk of mortality, early diagnosis and treatment is essential.

**Objectives:** The aim of the present review is to analyze and collect information on the role of nursing professionals in the emergency department when faced with upper gastrointestinal bleeding.

**Material and methods:** A bibliographic review was carried out using the databases of Pubmed, CINAHL Complete, Dialnet plus and the Regional Portal of the Virtual Health Library (BVS) in addition to associations such as SEEUE and clinical practice guides from different health services of Spain. To do this, keywords, and descriptors in health sciences MeSH and DeCS were combined with Boolean operators AND and OR. In turn, inclusion and exclusion criteria were applied.

**Results and discussion:** The articles coincide in the therapeutic plan and the nursing interventions to be carried out in the event of major bleeding in the emergency department. Likewise, it is observed that the protocols coincide in the vast majority, however, they differ in the human part related to psychological support for the patient and family.

**Conclusion:** Nursing, as an integral part of the multidisciplinary healthcare team, demonstrates the crucial skills to manage the initial assessment, hemodynamic stabilization, implementation of therapeutic measures, and ongoing follow-up of these patients. Clinical protocols together with nursing staff knowledge significantly improve clinical outcomes and patient satisfaction.

**Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, gastrointestinal bleeding, nursing care, emergency nursing.

## INTRODUCCIÓN

### Marco teórico

Conocemos como Hemorragia Digestiva (HD) a cualquier pérdida de sangre del tubo digestivo. Según su localización respecto al ángulo de Treitz, podemos clasificar de dos maneras: Hemorragia Digestiva Alta (HDA) o Hemorragia Digestiva Baja (HDB) <sup>(1)</sup>.

En el caso de la HDA, es aquella que se origina por encima del ángulo de Treitz, esto es, en esófago, estómago y duodeno. Sin embargo, las HDB son aquellas originadas en el colon y en el resto del intestino, esto es, por debajo del ángulo de Treitz. Siguiendo una clasificación según su etiología, podemos dividir la hemorragia como varicosa o no varicosa <sup>(1,2)</sup>.

La HDA es una de las patologías más comunes tanto en nuestro país como en todo el mundo, es la urgencia gastroenterológica que ocurre con mayor frecuencia, así como la más importante debido a que representa entre el 7-8% de todas las urgencias que han sido atendidas. Dada la naturaleza tan variable de esta enfermedad y su riesgo de mortalidad, es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz <sup>(2)</sup>.

Los **datos** en España muestran incidencias de aproximadamente 47 casos por cada 100.000 habitantes al año y una tasa de mortalidad del 5,5%. Concretamente, 1 de cada 20 españoles que presentan una Hemorragia Digestiva (HD) fallece. Por lo tanto, es crucial poder contar con protocolos estandarizados para los servicios de urgencia cuando se sospecha de alguna hemorragia gastrointestinal, ya que cada organización hospitalaria actúa de forma diferente. Cabe mencionar que el costo económico de la asistencia a estos pacientes se ha estimado en 2.000-3.000 euros por cada episodio, incluyendo los costos directos e indirectos <sup>(3, 4, 5)</sup>.

Diferentes estudios destacan que las hemorragias ocurridas son a pacientes con edades cada vez más avanzadas, esto se debe a que presentan una mayor cantidad de enfermedades relacionadas, lo que puede explicar por qué las tasas de mortalidad se mantienen constantes a pesar de los importantes avances en el tratamiento de este grave problema de salud <sup>(2)</sup>.

Diferenciándolo por sexos, la incidencia de la HDA es mucho más frecuente en hombres, llegando hasta al doble de incidencias en comparación con las mujeres. Este tipo de sangrado afecta a varios grupos de edad, siendo alrededor de los 60 años la edad media de presentación de esta, por lo que las personas de edades más avanzadas son las más afectadas <sup>(6,7)</sup>.

En este contexto, cabe comentar que la **causa** principal de la HDA es la úlcera péptica, que ocurre en el 50% de los casos. La causa más común de hemorragia masiva son las HDA varicosas. En los adultos sucede principalmente en el estómago y en los niños en el duodeno. La esofagitis y la gastritis aumentan en frecuencia con la edad, mientras que la gastritis por várices y la rotura de Mallory-Weiss son más comunes en adultos de mediana edad o incluso jóvenes. Aunque más del 50% de las consultas en los servicios de urgencias son de origen péptico <sup>(3, 8)</sup>.

CAUSAS	PREVALENCIA
Úlcera péptica	55%
Varices esofágicas	10-20%
Esofagitis/gastritis/duodenitis	5-20%
Mallory - Weiss	5-10%
Angiodisplasia	6%
Neoplasia	2-5%

Tabla 1. Causas y prevalencias de la HDA. Fuente: ARS Medica<sup>8</sup>

La importancia de comprender y abordar los **factores de riesgo** en la HDA es fundamental para poder prevenirlo. Asimismo, puede ayudar a conseguir un diagnóstico temprano, así como el manejo adecuado para poder mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes.

Se han hallado los siguientes factores de riesgo que pueden llegar a predisponer a una persona a sufrir un sangrado gastrointestinal alto. La edad y el tabaquismo (35,8%), alcohol (27,8%), consumo de AINES (15,9%) y si añadiésemos corticoides de forma simultánea, el riesgo de sangrado podría aumentar hasta 10 veces; dispepsia (15,9%), diabetes mellitus (10,8%), cirrosis (8,6%), anticoagulantes (5,8%), hipertensión portal (5,4%), hepatitis crónica (1,7%) y la infección por

*Helicobacter Pylori*. Por ello, la historia clínica del paciente puede ser de gran ayuda, ya que es posible observar alguno de los factores de riesgo mencionados anteriormente, los cuales pueden afectar a una mayor probabilidad de que esta hemorragia digestiva aparezca <sup>(9)</sup>.

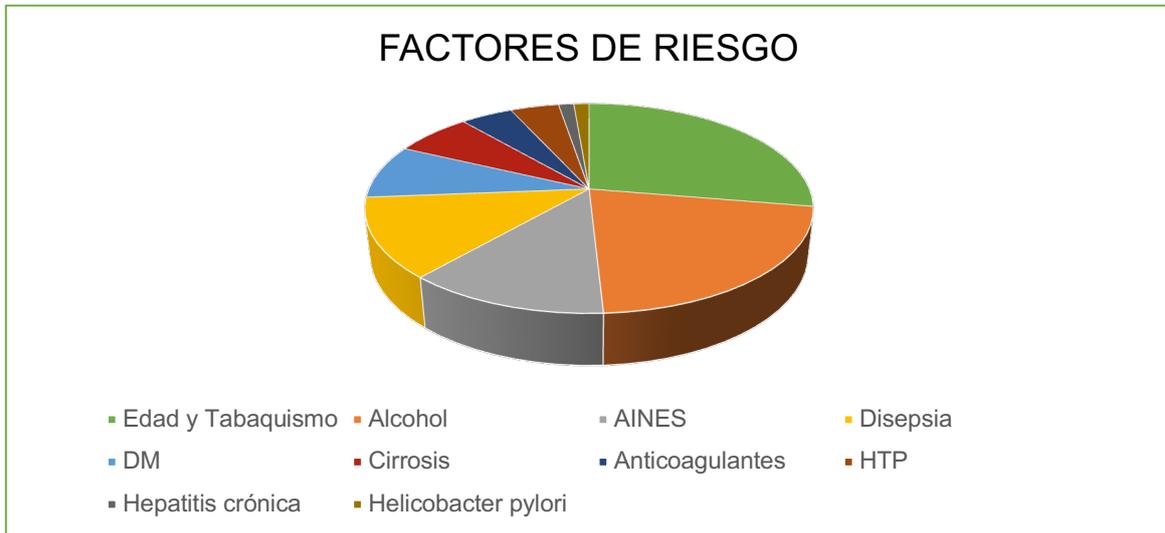


Figura 1. Factores de riesgo de la HDA. Elaboración propia

En relación con los fármacos que pueden ocasionar sangrado, es interesante reconocerlos y tomar medidas ante ellos. Medicamentos como el ácido acetilsalicílico (AAS) y sobre todo los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) afectan en la mayoría de los casos. Estos son de los fármacos más utilizados en tratamiento y a la vez de mayor consumo en España, por lo que es vital informar sobre los factores de riesgo que hay asociados a ellos <sup>(10)</sup>.

**Las formas clínicas de presentación** de una hemorragia digestiva son claves para poder ser reconocida y tratada de manera eficaz y precoz. Sus síntomas pueden aparecer de distintas maneras, ya que factores como la cantidad, velocidad y ubicación de la pérdida hemática pueden afectar. Los síntomas típicos incluyen hematemesis o alguna pérdida de sangre por la boca, la cual proceda del tracto digestivo. Estos vómitos pueden aparecer tanto en forma de sangre roja como en posos de café. Las melenas también suelen aparecer, así como hematoquecia en casos de grandes sangrados. Esto se debe a que la sangre actúa como un líquido hiperosmolar, de esta manera acelera el tránsito gástrico e incluso puede aparecer sangre oculta en las heces <sup>(11)</sup>.

Los signos y síntomas de la aparición de la hemorragia digestiva se muestran en la siguiente tabla (*Tabla 2*).

SIGNOS	CLÍNICA	LOCALIZACIÓN
<b>Hematemesis</b>	Es el vómito de sangre fresca o coagulada proveniente del tracto gastrointestinal. Su color puede variar entre rojo brillante o tener un aspecto similar al poso de café, dependiendo de la cantidad de tiempo que haya estado en el estómago	Tramos altos del tracto digestivo. Suele traducirse a una hemorragia grave
<b>Melena</b>	Heces de color negro alquitranado que contiene sangre digerida	Tramos altos del tubo digestivo
<b>Hematoquecia</b>	Sangre roja brillante en las heces	Lesiones distales al ángulo de Treitz
<b>Rectorragia</b>	Expulsión de sangre roja brillante por el recto o del canal anal.	Zonas distales al intestino grueso
<b>Sangre oculta en heces</b>	Palidez, debilidad, anemia y ferropenia	Cualquier ubicación

*Tabla 2. Signos, clínica y localización de una HDA. Fuente: FAPap<sup>(11)</sup>*

Los pacientes que sufren este tipo de problemas suelen recibir una atención multidisciplinaria en la cual se involucra a especialistas en medicina de urgencia, gastroenterología, cuidados intensivos, radiología intervencionista y en cirugía. Es importante resaltar la importancia de la consulta temprana con el cirujano como parte del manejo de estos pacientes. Además de la intervención en la reanimación del paciente, los endoscopistas quirúrgicos establecen el diagnóstico e inician el tratamiento. Una consulta inmediata con el cirujano y el gastroenterólogo permite un mayor margen de tiempo y preparación para poder decidir si se requiere de una cirugía de emergencia<sup>(11)</sup>.

En el momento de encontrar un paciente con HDA, se debe realizar una evaluación inicial durante y después de estabilizar al paciente. Incluyendo la identificación, ubicación (alta o baja) y gravedad de la hemorragia, lo que puede hacer que el algoritmo diagnóstico sea de una forma u otra (*Anexo I*). Con esta información se podrá determinar una causa, pronóstico y aplicar los tratamientos indicados. Los siguientes **procedimientos de diagnósticos** se realizan comúnmente en casos de HDA<sup>(12 - 16)</sup>:

**La exploración física** proporciona información vital para el diagnóstico y para conocer el estado hemodinámico del paciente. Se debe comprobar tanto la presión arterial como la frecuencia cardiaca, así como la posibilidad de cambios ortostáticos. Un examen abdominal puede revelar hepatoesplenomegalia, una masa abdominal, peritonismo o ascitis. Un examen cutáneo revela una posible pigmentación de las mucosas o signos de vasoconstricción periférica, como palidez y sudoración <sup>(12)</sup>.

En el caso de la hematemesis, indica que la hemorragia es próxima al ligamento de Treitz. En caso de encontrar sangre fresca, esto indica que la aparición es reciente, mientras que, si son poso de café, se relaciona con una aparición más tardía. La presencia de melena requiere de una adecuada exploración, en la que la mayoría de las veces se opta por un tacto rectal para confirmar si el sangrado es alto o bajo <sup>(12)</sup>.

Es de vital importancia poder **descartar otros orígenes de sangrado** como la epistaxis, hemoptisis, gingivorragias o “falsas melenas” provocadas por algunos alimentos o fármacos como el sulfato ferroso. En el caso de la HDA masiva, es importante señalar que hasta en el 12% de los casos se presenta con sangrado rectal <sup>(12, 13)</sup>.

En los procedimientos diagnósticos debemos tener en cuenta tanto los exámenes para identificar tanto el sitio como la etiología de la hemorragia, así como los **exámenes complementarios** <sup>(12, 13)</sup>.

Los exámenes complementarios por realizar son aquellos relacionados con el **laboratorio**. Por lo tanto, se realizará una analítica de sangre incluyendo los parámetros de coagulación, hemograma, bioquímica y pruebas cruzadas para una posible futura transfusión <sup>(12, 13)</sup>.

El resultado de la bioquímica no suele estar alterada. Sin embargo, es normal excepto en pacientes con un shock hipovolémico tener cambios en la función renal o una insuficiencia orgánica múltiple. La mayor parte de los pacientes presentan niveles elevados de urea (urea/creatinina mayor a 100) a diferencia de una HD baja. En las pruebas relacionadas con la coagulación solamente descartan la posible presencia de una coagulopatía asociada <sup>(12, 13)</sup>.

La colocación de una **sonda nasogástrica (SNG)** es un procedimiento muy habitual en los servicios de urgencias, no obstante, en base a la evidencia científica que existe en la actualidad, la colocación de una SNG es controvertido <sup>(14)</sup>.

La endoscopia se puede realizar de forma más segura y eficaz aspirando la sangre y coágulos del estómago mediante el uso de la SNG. La colocación de la SNG puede ayudar a identificar el origen de sangrado en personas con hematoquecia o con melenas, siempre que no exista hematemesis <sup>(14)</sup>.

No obstante, algunos artículos reflejan que, gracias a la SNG pueden detectar la HDA originada en el estómago, pero la causada en el duodeno no; la principal ubicación de la HDA. Por esta razón, la sensibilidad general para determinar la causa de la hemorragia es baja, alrededor de un 42% <sup>(14)</sup>.

Por otra parte, estudios demuestran la asociación que existe entre la mortalidad con los colores de las heces y el color del aspirado nasogástrico. En el caso de aspirar posos de café la tasa de mortalidad es del 9%, mientras que si se aspira sangre roja el porcentaje aumenta hasta un 18% <sup>(14)</sup>.

La **panendoscopia oral** o también conocida como esofagogastroduodenoscopia (EGD) está indicada en todo paciente con HDA, a menos que exista alguna contraindicación (*Tabla 3*). Los métodos endoscópicos hemostáticos tienen una eficacia evidenciada de un 80% (térmicos, inyecciones, mecánicos y tópicos). Además, permiten poder recoger una biopsia de una posible úlcera para descartar alguna posible malignidad o incluso determinar la presencia de *H. pylori* mediante un test rápido de histología o ureasa <sup>(15)</sup>.

Contraindicaciones de panendoscopia oral	
<b>Absolutas</b>	
-	Negativa del paciente
-	Perforación de una víscera hueca
-	Inestabilidad hemodinámica
<b>Relativas</b>	
-	Infarto agudo de miocardio
-	Accidente cerebrovascular reciente
-	Insuficiencia respiratoria severa
-	Insuficiencia cardíaca descompensada
-	Poca colaboración del paciente

Tabla 3. Contraindicaciones de panendoscopia oral. Fuente: IdiSNA <sup>(15)</sup>

Es recomendable realizarlo precozmente, preferiblemente dentro de las primeras 12-24 horas, ya que se relaciona con una mayor efectividad del diagnóstico. Es importante una descripción precisa de la lesión y reconocer la presencia de signos recientes de hemorragia, para ello, la clasificación de Forrest (*Tabla 4*) utilizada para la úlcera péptica puede resultar de gran ayuda. Esta clasificación ayuda a seleccionar qué pacientes pueden ser candidatos al tratamiento mediante endoscopia, ya que puede clasificar según la gravedad y la posible reaparición del sangrado <sup>(16)</sup>.

Forrest	Tipo de lesión	Riesgo de sangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
<b>IA</b>	Sangrado pulsátil		
<b>IB</b>	Sangrado en napa	55%	11%
<b>IIA</b>	Vaso visible	43%	11%
<b>IIB</b>	Coágulo adherido	22%	7%
<b>IIC</b>	Mácula plana	10%	3%
<b>III</b>	Fondo limpio	5%	2%

Tabla 4. Clasificación Forrest y su significado predictivo. Fuente: Gastroenterol. latinoam <sup>(16)</sup>

En casos de sangrado activo o inestabilidad hemodinámica, la endoscopia se debe realizar urgentemente después de la estabilización, en caso de ser posible, se debe trasfundir al paciente antes de evaluar su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) <sup>(12, 14)</sup>.

Si el paciente está experimentando un sangrado severo o incluso un shock hemorrágico, se debe considerar una intervención quirúrgica endoscópica urgente antes de la cirugía en el quirófano <sup>(12, 14)</sup>.

Si se prevé una posible perforación o incluso una obstrucción intestinal, se debe realizar una radiografía de tórax o de abdomen para descartar patologías antes del examen endoscópico <sup>(12, 14)</sup>.

La **radiología baritada** se utiliza solo en pacientes que tengan contraindicaciones a la endoscopia. Es un método en el cual solamente en el 25-50% de los casos se determina el origen de la hemorragia. Además de su poca sensibilidad para determinar la causa del sangrado, tampoco puede repetirse la prueba en al menos 6 o 12 horas a causa de la inyección del bario <sup>(12)</sup>.

En el caso de la **angiografía**, se indica en hemorragias masivas donde la mucosa no pueda visualizarse endoscópicamente, así como en pacientes con un alto riesgo quirúrgico <sup>(12)</sup>.

La **gammagrafía** solamente se ha utilizado de forma ocasional en HDA; se emplea tanto con hematíes marcados como con sulfuro coloidal <sup>(12)</sup>.

El diagnóstico mediante **laparotomía** se utiliza siempre que el sangrado no se deba a hipertensión portal. Se indica en HDA masiva en aquellos casos que no se pueda controlar mediante arteriografía o endoscopia <sup>(12)</sup>.

Otro punto por destacar es la importancia de definir herramientas para la **estratificación del riesgo** y la posible recidiva del sangrado <sup>(8)</sup>.

El **score de Glasgow–Blatchford** valora al paciente utilizando nueve variables clínicas, con las que se valora si la persona tiene un mayor o menor riesgo de poder presentar alguna complicación. Tiene la ventaja de poder identificar pacientes de bajo riesgo que pueden ser dados de alta de urgencias y ser evaluados de forma ambulatoria. (*Anexo II*)

El **score de Rockall** preendoscópico recoge variables como la edad, la presencia de shock y comorbilidad. Consigue determinar la necesidad de endoscopia digestiva alta (EDA) y el posible ingreso en la UCI. Su desventaja reside en su menor utilidad para definir pacientes de bajo riesgo. (*Anexo II*)

Por último, el **score AIMS65** es un mejor predictor de mortalidad, por lo que es más útil para pronosticar la necesidad de transfusión que las puntuaciones de Glasgow-Blatchford y Rockall. (*Anexo II*)

El **tratamiento** de la HDA varía dependiendo de la etiología del sangrado. En los siguientes puntos, se explican las medidas generales:

El manejo inicial comienza con la **estabilización hemodinámica** del paciente; se prioriza mantener estable al paciente, ya que esto puede variar de un momento a otro. Todos los procedimientos diagnósticos deben realizarse después de que se haya logrado estabilizar al paciente, de manera que este bien oxigenado y perfundido correctamente <sup>(12)</sup>.

Otro punto importante es el relacionado con la **fluidoterapia** y la reposición de la volemia. Esto depende de la cantidad y la velocidad en la que se ha perdido la sangre. La hipovolemia debe corregirse para evitar complicaciones graves como insuficiencia renal o algún daño isquémico en otros órganos <sup>(12)</sup>.

Mediante la **transfusión sanguínea** se consigue que el paciente recupere su concentración de hemoglobina y poder corregir esa posible anemia. En caso de negativa del paciente, aunque no sustituye la transfusión de sangre, se recomienda administrar cristaloides y coloides para conseguir la estabilización del paciente <sup>(12)</sup>.

La **terapia endoscópica** está indicada en todas aquellas lesiones que tengan un riesgo elevado de recidiva hemorrágica (activo en chorro o vaso visible). En esta terapia se presentan 4 modalidades de tratamiento <sup>(12)</sup>:

- Medidas tópicas: sustancias que pueden ser aplicadas directamente, como tejidos adhesivos, colágeno, factores de coagulación...etc.
- Medidas mecánicas: Los más útiles son los clips hemostáticos y bandas elásticas.
- Medidas térmicas: Recoge cualquier método que consiga emplear calor a los tejidos. Se conocen mayormente dos maneras:
  - a) Electrocoagulación
  - b) Fotocoagulación láser

- Inyecciones: se inyectan sustancias vasoconstrictoras, tromboflebogénicas o con poder esclerosante. Es la opción más empleada tanto en hemorragias varicosas como no varicosas.

Respecto al **tratamiento farmacológico**, se recomienda la administración de **inhibidores de la bomba de protones (IBP)**, ya que reduce la producción de ácido gástrico, de esta manera reduce las posibilidades de un nuevo sangrado y aumentando la probabilidad de éxito de terapia endoscópica. El objetivo al reducir el pH gástrico es aumentar el pH del estómago hasta cifras de 6.8, lo necesario para el correcto funcionamiento de la agregación plaquetaria e incluso favorecer la creación de fibrina para detener la hemorragia. Las dosis más altas se suelen administrar dentro de las primeras 72 horas y una dosis de mantenimiento las siguientes 8 semanas <sup>(12)</sup>.

Los **inhibidores de la secreción y motilidad gastrointestinal** como la somatostatina o la infusión intravenosa de octreotida han dado buenos resultados, utilizándose el octreotida tanto en adultos como en pediatría <sup>(12)</sup>.

Por último, conocer la posibilidad del **tratamiento quirúrgico**. Sin embargo, es una opción muy poco utilizada, solamente se suele indicar en úlceras duodenales para realizar piloroplastias o gastrectomías en caso de úlceras gástricas <sup>(12)</sup>.

**Los cuidados enfermeros** juegan un papel esencial en la atención multidisciplinaria a pacientes con HDA en el servicio de urgencias, por lo que es de gran importancia que conozcan los signos y síntomas para el correcto diagnóstico, así como el buen manejo terapéutico y la correcta categorización de riesgo. Es de gran importancia abordar los cuidados de manera integral, donde los cuidados no se centran solo en el aspecto físico, sino que valoran a la persona en todas sus dimensiones, esto es, de manera holística. Esto puede contribuir a la mejora de la atención sanitaria, y la participación exitosa del equipo multidisciplinario en el abordaje y la prevención de la HDA <sup>(17, 18)</sup>.

En relación con los objetivos y metas de desarrollo sostenible (ODS), cabe destacar la importancia de enfermería en la atención sanitaria de calidad, educación continua, igualdad de acceso y colaboración interdisciplinaria en casos como la atención a un paciente con HDA en urgencias. Subrayando el rol central de la enfermería en el tercer ODS que trata sobre la salud y el bienestar.

## Justificación

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médica frecuente, con una incidencia de entre 48 a 160 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que plantea desafíos significativos en el servicio de urgencias. Este sangrado puede poner en peligro la vida si no se maneja de manera adecuada, lo que resalta la importancia de una intervención rápida y eficaz, especialmente en el servicio de urgencias <sup>(21)</sup>.

En este contexto, los cuidados de enfermería juegan un papel trascendental en la atención y el manejo de pacientes con HDA. Los profesionales de enfermería son los responsables de brindar atención especializada en la primera línea de atención, lo que puede marcar una diferencia significativa en el pronóstico del paciente. Un adecuado entendimiento de todos los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, evaluación inicial, monitorización continua y los tratamientos, contribuyen notablemente en la mejora de los cuidados y en la supervivencia del paciente <sup>(22)</sup>.

Los avances en el manejo de la HDA y en los enfoques de enfermería continúan evolucionando. Por lo tanto, una revisión actualizada del tema contribuye a poder mejorar y proporcionar conocimientos sobre las intervenciones de enfermería en el servicio de urgencias, donde es de vital importancia que la enfermería pueda valerse de sí misma.

En el caso de la hemorragia digestiva alta, se incluyen los siguientes diagnósticos enfermeros de la clasificación internacional NANDA <sup>(23)</sup>:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002]
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos [00028]
- Riesgo de intolerancia a la actividad [00094]
- Patrón respiratorio ineficaz [00032]
- Trastorno del patrón de sueño [00198]
- Déficit de autocuidado: Baño [00108]
- Riesgo de sangrado [000206]

## Objetivos

El objetivo **general** de esta revisión bibliográfica es analizar y recopilar información sobre el rol de los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias ante una hemorragia digestiva alta. Para ello, se definen los siguientes objetivos **específicos**:

- Conocer el protocolo de actuación e intervenciones de los profesionales de enfermería ante el manejo inicial de un cuadro de HDA en el servicio de urgencias.
- Comparar 5 protocolos de actuación y procedimientos de enfermería ante la HDA de diferentes comunidades autónomas de España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Fuentes de información

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica para identificar los suficientes datos empíricos sobre los cuidados de enfermería en pacientes con HDA en el servicio de urgencias. El proceso de búsqueda se desarrolló entre febrero y abril de 2024 mediante la utilización de bases de datos científicas reconocidas: Pubmed, CINAHL Complete, Dialnet plus y el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). También se incluyeron artículos encontrados en protocolos de urgencias, planes de cuidado y artículos encontrados en revistas científicas de la SEEUE.

Para la realización de este trabajo, se emplearon los operadores booleanos AND y OR combinándolos con los diferentes descriptores en ciencias de la salud MeSH y DeCS mostrados en la siguiente tabla (*Tabla 5*), para así formar la ecuación de búsqueda óptima.

LENGUAJE NATURAL	
Inglés	Español
Upper gastrointestinal bleeding	Hemorragia digestiva alta
Nursing care	Cuidados de enfermería
Emergency nursing	Enfermería de urgencias
LENGUAJE CONTROLADO	
MeSH	DeCS
Gastrointestinal hemorrhage	Hemorragia gastrointestinal
Nursing care	Asistencia de enfermería
Emergency nursing	Enfermería de urgencias

Tabla 5. Descriptores DeCS y MeSH utilizados. Elaboración propia.

## Criterios de inclusión y exclusión

A la hora de seleccionar los artículos, se han seguido los siguientes criterios de inclusión y exclusión con el fin de obtener la información más detallada posible.

- **Criterios de inclusión:**
  - Trabajos científicos en español e inglés
  - Trabajos de investigación en seres humanos
  - Artículos científicos en pacientes adultos
  - Artículos científicos publicados los últimos 10 años
- **Criterios de exclusión**
  - Trabajos científicos sobre las hemorragias digestivas bajas
  - Investigaciones centradas únicamente en pacientes ambulatorios sin relación al servicio de urgencias.
  - Artículos que relacionan la HDA con la enfermedad por COVID-19

## Síntesis de datos

### Búsqueda en PubMed

Para la realización de la búsqueda en esta base de datos, se ha utilizado el *Advanced Search Builder* para poder hacer una búsqueda lo más detallada posible.

La ecuación de búsqueda ha sido la siguiente:

((Upper Gastrointestinal bleeding) OR (gastrointestinal hemorrhage)) AND (nursing care) AND (emergency nursing)

- Resultados de búsqueda: 100 artículos
- Aplicando filtros: 39 artículos
- Seleccionados por título y resumen: 11 artículos
- Tras lectura completa: 7 artículos

Filtros: Últimos 10 años (2014-2024), humanos, español e inglés.

### Búsqueda en CINAHL Complete

La búsqueda se ha realizado mediante la búsqueda avanzada, utilizando la siguiente ecuación de búsqueda:

TI upper gastrointestinal bleeding OR TI gastrointestinal hemorrhage AND TI nursing care AND TI emergency nursing

- Resultados de búsqueda: 791 artículos
- Aplicando filtros: 81 artículos
- Seleccionados por título y resumen: 13 artículos
- Tras lectura completa: 9 artículos

Filtros: Últimos 5 años (2019-2024), español e inglés, adultos.

### Búsqueda en Dialnet Plus

Se ha empleado la búsqueda con la siguiente ecuación de búsqueda:

Hemorragia digestiva alta y enfermería de urgencias

- Resultados de búsqueda: 6 artículos
  - Aplicando filtros: 5 artículos
  - Seleccionados por título y resumen: 3 artículos
  - Tras lectura completa: 2 artículos
- Filtros: Últimos 10 años (2014-2024), español.

### **Búsqueda en Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS)**

Se ha empleado la búsqueda avanzada con la siguiente ecuación de búsqueda:

(Upper gastrointestinal bleeding) OR (gastrointestinal hemorrhage) AND (nursing care) AND (emergency nursing)

- Resultados de búsqueda: 57 artículos
  - Aplicando filtros: 15 artículos
  - Seleccionados por título y resumen: 6 artículos
  - Tras lectura completa: 3 artículos
- Filtros: Últimos 10 años (2014-2024), español e inglés.

### **Búsqueda en Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)**

Se han recopilado un total de 4 artículos sobre los cuidados y actuación de enfermería ante la HDA en urgencias, mediante la búsqueda en la ciber revista que dispone la SEEUE. Finalmente, se descartaron aquellos artículos publicados hace más de 10 años, por lo que finalmente se seleccionaron 2 artículos.

### **Búsqueda de Guías de actuación en urgencias y emergencias ante la HDA**

- Madrid
- País vasco
- Castilla y león
- Navarra
- Andalucía

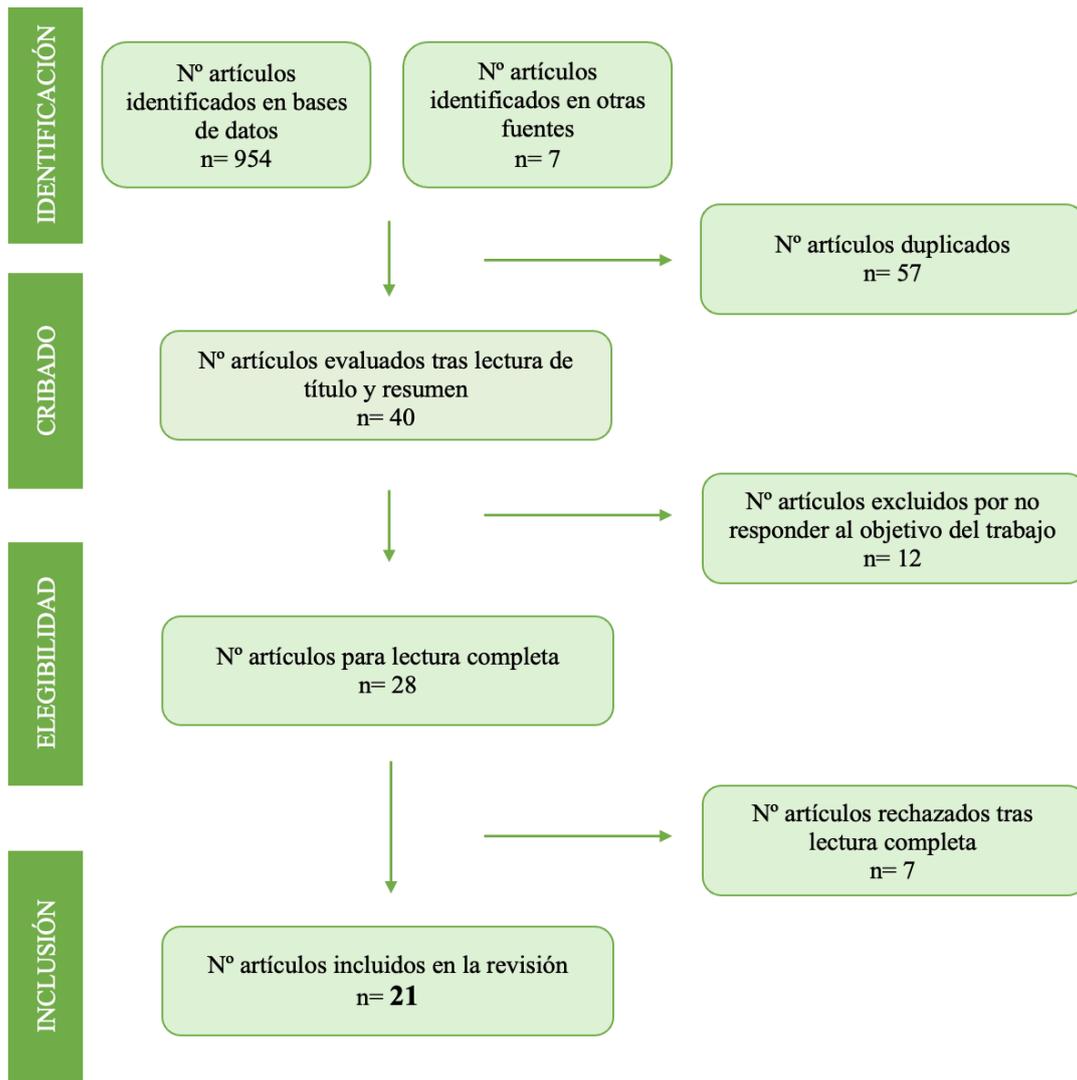


Figura 2. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica. Elaboración propia



Figura 3. Tipología de los estudios seleccionados. Elaboración propia

## RESULTADOS Y DISCUSION

Se han designado un total de 21 artículos para la realización de esta revisión (*Anexo III*). La mayoría de los artículos escogidos han sido estudios observacionales, concretamente 9 de ellos. De esta misma forma, disponemos de 5 protocolos clínicos y otras 3 revisiones de literatura. A su vez, se ha localizado un metaanálisis, una editorial, una revista científica y un ensayo clínico controlado.

Con todo este material, se ha realizado una comparativa de manera que se logrará un análisis más detallado del contenido de estos registros.

Con la idea de mejorar la comprensión del actual trabajo, se ha decidido dividir la discusión en función de los objetivos específicos definidos anteriormente:

- Conocer el protocolo de actuación e intervenciones de los profesionales de enfermería ante el manejo inicial de un cuadro de HDA en el servicio de urgencias.
- Comparar 5 protocolos de actuación y procedimientos de enfermería ante la HDA de diferentes comunidades autónomas de España.

### **Conocer el protocolo de actuación e intervenciones de los profesionales de enfermería ante el manejo inicial de un cuadro de HDA en el servicio de urgencias:**

Analizando los registros seleccionados para el presente trabajo, cabe comentar que tanto Pezzotti <sup>(35)</sup> como Wilkins <sup>(37)</sup> refieren iniciar el **plan terapéutico** ante una HD con una evaluación inicial, donde se deben tener en cuenta tanto la historia completa del paciente, como una valoración física y de laboratorio. Aunque es importante destacar, que la situación inicial del paciente es la que decidirá el orden de los cuidados, ya que en caso de shock o de presentar una hemorragia masiva aguda, el paciente será incapaz de responder las preguntas y se deberá iniciar la estabilización del paciente.

El artículo publicado por Pezzotti <sup>(35)</sup> hace mayor hincapié en la función e importancia de la enfermera en la revisión del historial y en la conciliación de la medicación, ya que algunos medicamentos como la aspirina pueden aumentar el

riesgo de la hemorragia. Precisamente, Ayonrinde <sup>(32)</sup> nos explica que el consumo de aspirina en dosis bajas puede aumentar el riesgo de sangrado hasta 4 veces más dentro de los primeros 2 años.

A lo que el análisis clínico se refiere, todos los artículos concuerdan en que estas pruebas de laboratorio deberían incluir un hemograma completo, un panel metabólico básico, un panel de coagulación, una prueba hepática y pruebas cruzadas y tipo de grupo sanguíneo para una posible transfusión sanguínea. En el caso de tener que administrar concentrados de hematíes, Chen <sup>(24)</sup> explica en su estudio, que hasta el 3,9% de personas con HDA requieren de una transfusión masiva (más de 10 concentrados de hematíes en las primeras 24h), por lo que su nuevo sistema de puntuación puede ser de gran ayuda para poder determinar si el paciente que sufre una HDA necesita una transfusión masiva.

Los resultados de estas pruebas de laboratorio pueden ser cruciales a la hora de evitar futuros problemas, ya que como Uysal & Acar <sup>(31)</sup> muestran en su estudio, los niveles de urea y hematocrito como la presencia de *H.pylori*, son factores predictivos de un posible resangrado.

Siguiendo con los cuidados del paciente, Frade AAM y Blandino <sup>(38)</sup> explican que se debe colocar al paciente en una posición lateral de seguridad, vigilar el nivel de conciencia, así como el número y aspecto de las deposiciones. Todos los artículos concuerdan en mantener una dieta absoluta, dicho en inglés por otros artículos como “*nothing by mouth*” (NPO).

El manejo del paciente debe incluir la canalización de 2 vías venosas periféricas de gran calibre, más concretamente, dos catéteres de 18G, a no ser que el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable, en ese caso se colocarían dos catéteres de 16-G.

A su vez, es crucial mantener al paciente monitorizado, todos los registros coinciden en vigilar la tensión arterial, pulso, oxigenoterapia y en mantener la vía aérea del paciente permeable en todo momento. El autor Wilkins, T <sup>(37)</sup> enfatiza sobre la necesidad de proteger la vía aérea mediante una intubación endotraqueal en caso de una hemorragia continua y muy significativa.

El siguiente punto por destacar es la colocación de una sonda nasogástrica. Thiebaud <sup>(26)</sup> nos explica esta técnica como opción para realizar un lavado, mientras que Wilkins, T <sup>(37)</sup> refleja que no existe ningún tipo de guía que respalde esta idea, sino que, al contrario, se ha demostrado que el lavado nasogástrico no reduce las tasas de mortalidad, la cirugía ni las necesidades de transfusión al paciente.

Las escalas pronósticas clínicas o también conocidas como “score” son una herramienta muy utilizada en el servicio de urgencias, ayudan a determinar las acciones a realizar y a la formación de un buen criterio diagnóstico. Un estudio observacional descrito por Bardakçı <sup>(33)</sup> evidencia que el sistema de pronóstico más preciso y eficaz para realizar en el servicio de urgencias ante una HDA es el score AIMS65. Sin embargo, Wilkins, T <sup>(37)</sup> afirma que el sistema de puntuación de hemorragia de Glasgow-Blatchford parece ser superior a otras guías de predicción, ya que se utiliza para predecir una combinación de diversas intervenciones clínicas y la mortalidad (*Anexo II*).

Respecto al tratamiento, la endoscopia precoz parece ser el único punto de controversia. El metaanálisis realizado por Bai <sup>(29)</sup> concluye que la endoscopia realizada dentro de las primeras 24h no parece reducir las tasas de mortalidad, mientras que la endoscopia muy temprana, esto es, en las primeras 12h, si aporta beneficio clínico. Por el contrario, el ensayo clínico de Lau <sup>(36)</sup> apunta que no existe ninguna diferencia entre la endoscopia realizada en las primeras 6h o la realizada entre esas primeras 6h hasta las siguientes 24h.

En relación con la duda existente en muchos registros acerca de cuándo reiniciar la terapia antitrombótica en pacientes con HDA, el estudio detallado por Peng & Zhai <sup>(30)</sup> coincide con la idea de que el uso de fármacos antitrombóticos no aumenta el riesgo de muerte en ancianos, aun así, resalta que existe un mayor riesgo de sufrir una nueva hemorragia. Por ello, da a entender que, ante un paciente anciano, se debe tener especial manejo en el tratamiento. Al contrario de los pacientes más jóvenes con HDA, en los cuales asegura reanudar cualquier fármaco anticoagulante lo antes posible.

Referente a los **cuidados de enfermería** en el caso de la HDA, cabe resaltar que la enfermería es la primera línea de atención en el servicio de urgencias como es en el caso del triaje, donde según Thiebaud <sup>(26)</sup>, la gran mayoría de los casos de HDA en los servicios de urgencias se descubren por hematemesis.

En el caso de esta urgencia gastroenterológica, es de vital importancia una actuación rápida y eficaz por todo el equipo sanitario, específicamente el de enfermería. El impacto que tienen las intervenciones de estos profesionales puede determinar el resultado global del paciente.

Por un lado, Yuan <sup>(25)</sup> a través de su estudio, ha demostrado que las acciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería son un factor protector para poder evitar el resangrado de los pacientes con una hemorragia digestiva. Este análisis sugiere que las intervenciones de enfermería se asocian a mejores resultados clínicos en los pacientes con hemorragia digestiva aguda. Investigaciones como la realizada por Yongjie Yang <sup>(28)</sup>, diferencia dos tipos de profesionales de enfermería y analiza su eficacia ante el tratamiento de la HDA en urgencias. Menciona el valor de la enfermería basada en la evidencia y la enfermería predictiva. Finaliza con la idea de que la enfermería basada en la evidencia puede ayudar a las enfermeras a llevar a cabo intervenciones de enfermería basadas en la mejor evidencia actual y así satisfacer las necesidades individuales de los pacientes. La enfermería predictiva en cambio es un modelo de enfermería que predice los riesgos potenciales y toma las medidas preventivas adecuadas. La combinación de enfermería basada en evidencia y enfermería predictiva, pueden mejorar la eficacia hemostática, mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida, reducir la frecuencia de las complicaciones y aumentar la satisfacción en pacientes con HDA.

Por otro lado, Yang <sup>(27)</sup> nos indica la importancia y el efecto positivo que conlleva la enfermería dietética y la intervención de enfermería de alta calidad en pacientes con hemorragia digestiva en el servicio de urgencias. Aún siendo un tema poco tratado, siempre se habla de la importancia del papel de enfermería a la hora de prevenir y ayudar en el desarrollo de hábitos saludables. Por ello, abordar y ampliar conocimientos sobre esta especialidad enfermera puede ayudar a una mejor gestión en lo que a la promoción de la salud se refiere.

Con la idea de reconocer de manera más detallada las actuaciones llevadas a cabo por el equipo de enfermería ante este tipo de hemorragia digestiva en el servicio de urgencias, se detallan los cuidados en los siguientes puntos <sup>(26,34,35,37- 39)</sup>:

- Monitorización de los signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria.
- Observar posibles signos de shock hipovolémico.
- Asegurarse que el paciente permanezca en riguroso reposo.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral, para así poder evitar una posible aspiración.
- Reconocer el tipo de hemorragia existente; hematemesis, melena o hematoquecia.
- Controlar color, temperatura y llenado capilar.
- Valorar permeabilidad de la vía aérea, administrar oxígeno si precisa.
- Valorar y colocar Sonda Nasogástrica (SNG) en caso de HDA para evitar una broncoaspiración.
- Canalización de dos vías venosas periféricas de gran calibre para una posible transfusión sanguínea y poder administrar líquidos en grandes dosis.
- Extraer analítica de sangre.
- Administrar concentrados de hematíes y líquidos intravenosos indicados.
- Controlar ingesta y dieta absoluta.
- Observar características y cantidad de las deposiciones (color, olor y frecuencia).
- Valorar la colocación de una Sonda Vesical (SV).
- Valoración del paciente en cada turno.
- Preparar y explicar al paciente la realización de pruebas complementarias, así como endoscopia, TAC, Rx ...etc.

Otro punto por tratar son las secuelas que pueden provocar las largas estancias en servicios como el de urgencias o la unidad de cuidados intensivos con este tipo de pacientes urgentes. Por este motivo, investigaciones como la realizada por Haas <sup>(34)</sup> dan mucho de que pensar, ya que propone la creación de una unidad de cuidados intensivos en el departamento de emergencias. Esta idea se ha relacionado

directamente con una disminución de las admisiones a la UCI y una menor duración de la estancia hospitalaria.

### **Comparar 5 protocolos de actuación y procedimientos de enfermería ante la HDA de diferentes comunidades autónomas de España:**

Se ha realizado un análisis comparativo entre los protocolos de actuación ante la HDA o guías asistenciales de 5 comunidades autónomas diferentes de España. En este caso, se han comparado las actuaciones enfermeras llevadas a cabo en el caso de una HDA tanto en Madrid <sup>(40)</sup> (SUMMA 112), País vasco <sup>(41)</sup> (Osakidetza), Castilla y León <sup>(42)</sup> (Sacyl), Navarra <sup>(43)</sup> (Osasunbidea) y Andalucía <sup>(44)</sup> (Servicio Andaluz de Salud).

Con la intención de evaluar minuciosamente cada protocolo, se describen los cuidados principales que se han tenido en cuenta a la hora de evaluar cada protocolo individualmente:

- Anamnesis y exploración física
- Estabilidad hemodinámica y monitorización de constantes
- Colocación de VVP
- Colocación de VVC
- Posición del paciente
- Oxigenoterapia
- Sueroterapia
- Analítica
- Pruebas complementarias
- Colocación SNG
- Colocación SV
- Permeabilidad de la vía aérea
- Dieta
- Apoyo psicológico paciente y familiar

Una vez realizada la comparativa de estos parámetros, se muestran en la siguiente tabla (*Tabla 6*) los datos encontrados y los que no. Se ha verificado que el manejo inicial ante la HDA es similar en los 5 protocolos analizados. Aun así, se

encontraron algunas discordancias entre las intervenciones a realizar, se reflejan en el *Anexo IV* de forma más detallada.

	MADRID	PAÍS VASCO	CASTILLA Y LEÓN	NAVARRA	ANDALUCÍA
Anamnesis y exploración física	SI	SI	SI	SI	SI
Estabilidad hemodinámica y monitorización de constantes	SI	SI	SI	SI	SI
Colocación de VVP	SI	SI	SI	SI	SI
Colocación de VVC	SI	NO	SI	SI	NO
Posición del paciente	SI	NO	NO	NO	SI
Oxigenoterapia	SI	SI	SI	SI	NO
Sueroterapia	SI	SI	SI	SI	SI
Analítica	NO	SI	NO	SI	SI
Pruebas complementarias	NO	SI	SI	SI	SI
Colocación SNG	SI	SI	SI	SI	SI
Colocación SV	SI	SI	SI	SI	NO
Permeabilidad de la vía aérea	SI	SI	SI	SI	SI
Dieta	SI	SI	NO	NO	SI
Apoyo psicológico paciente y familiar	SI	NO	SI	NO	NO

Tabla 6. Comparativa protocolos clínicos de Madrid, País vasco, Castilla y León, Navarra y Andalucía. Elaboración propia

En consideración a esta tabla, cabe señalar que solamente la guía de Madrid <sup>(40)</sup> y la de Castilla y León <sup>(42)</sup> hacen hincapié en el papel del profesional de enfermería en este tipo de cuidados. Esto es, son las únicas guías clínicas las cuales contienen un apartado específico donde se explican los cuidados referentes a la enfermería.

En primer lugar, se observa que las 5 guías clínicas revisadas describen la anamnesis y la exploración física a realizar paso a paso. Destacando el papel de la valoración del color de la piel y mucosas del paciente, así como, la importancia de realizar un tacto rectal.

A lo que la estabilización del paciente y a la monitorización de constantes se refiere, todos los protocolos priorizan el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica de la persona.

La canalización de la vía venosa periférica es otro de los cuidados que han sido descritos en todos los documentos, aclarando el interés clínico que tiene un catéter de gran calibre, a excepción de la guía de Castilla y León <sup>(42)</sup>, la cual no detalla el tamaño del calibre.

Acerca de la vía venosa central, únicamente las guías de procedimiento de los servicios de salud del País Vasco <sup>(41)</sup> y de Andalucía <sup>(44)</sup> no muestran ningún tipo de indicación sobre ello.

Además, se ha contemplado que exclusivamente las guías prácticas de Madrid <sup>(40)</sup> y Andalucía <sup>(44)</sup> indican cual es la correcta posición que debe adoptar el paciente ante esta hemorragia digestiva. A diferencia de las guías clínicas restantes, las cuales tienen en cuenta que la posición adecuada del paciente durante HDA por parte de los profesionales de la salud es esencial para estabilizar al paciente, controlar la hemorragia, facilitar la evaluación y prevenir complicaciones.

Respecto a la oxigenoterapia, todas las guías indican esta medida a excepción del servicio de salud de Castilla y León <sup>(42)</sup>. Es interesante recalcar que únicamente el documento de la Comunidad de Madrid <sup>(40)</sup> detalla valores acerca de la cantidad de flujo de oxígeno.

En relación con la fluidoterapia, como norma general, todos los protocolos aconsejan la administración de cristaloides tanto en bolo como en infusión, a salvo del documento originario de Navarra <sup>(43)</sup>, el cual menciona únicamente la reposición de volemia a partir suero fisiológico, Ringer Lactato o coloides.

La información acerca de la analítica de sangre no se nombra en la guía clínica de la Comunidad Madrid <sup>(40)</sup> ni en la de Castilla y León <sup>(42)</sup>.

En cuanto a las pruebas complementarias a solicitar en caso de tener un paciente con HDA, todas las guías clínicas indican la aportación de pruebas como Rx de tórax, la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA)...etc. No obstante, la guía aportada por SUMMA 112 <sup>(40)</sup> no nombra ningún tipo de examen complementario, y la de Castilla y León solo menciona de forma adicional, determinar el grado de shock del paciente.

Tanto la colocación de una sonda nasogástrica como la indicación de mantener la vía aérea permeable, es nombrada en todos los documentos obtenidos de los diferentes servicios de salud.

Por un lado, en todos los manuales asistenciales está indicado la realización de un sondaje vesical, salvo en Andalucía <sup>(44)</sup>.

Por otro lado, tanto en la Comunidad de Madrid <sup>(40)</sup>, como en el País vasco <sup>(41)</sup> y Andalucía <sup>(44)</sup> queda reflejado la importancia de suprimir cualquier tipo de ingesta a pacientes con HDA. En el caso de este último, se detalla la necesidad de realizar dieta absoluta a excepción de la medicación, lo cual no se detalla en el resto de los documentos.

Por último, es relevante destacar el papel de la enfermería en el apoyo psico-emocional de un paciente con una hemorragia digestiva. Solo en el protocolo de la Comunidad de Madrid <sup>(40)</sup> se tiene en cuenta el abordaje del paciente y su familia. En la guía del Sacyl <sup>(42)</sup> se indica el cuidado de los trastornos psicológicos del paciente, como la agitación emocional o el temor, no se menciona ningún tipo de atención emocional hacia los familiares, mientras que en el protocolo del País Vasco <sup>(41)</sup>, Navarra <sup>(43)</sup> y Andalucía <sup>(44)</sup> no se hace referencia al cuidado emocional del paciente y la familia en ningún apartado.

## CONCLUSIÓN

La hemorragia digestiva alta es la urgencia gastroenterológica más común y supone un desafío para los profesionales de la salud. En el transcurso de esta revisión bibliográfica, se ha evidenciado y profundizado en la importancia crítica del papel de los profesionales de enfermería en el manejo de pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias. A través del análisis comparativo de cinco protocolos de actuación y procedimientos de enfermería de diferentes comunidades autónomas de España, se han identificado una serie de buenas prácticas, así como de estándares comunes y diferencias relevantes que podrían llegar a influir en la atención al paciente.

Todos los estudios coinciden en que la enfermería, como parte integral del equipo multidisciplinar sanitario, demuestra habilidades cruciales en la comprensión cuidadosa de los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, evaluación inicial, monitorización continua y administración de tratamientos. Esto, junto con una comunicación eficaz y una cooperación interdisciplinaria correcta, son pilares fundamentales para garantizar unos mejores resultados clínicos, mejorar la supervivencia de los pacientes y prevenir complicaciones graves.

No obstante, se reconocen varias áreas de mejora, así como la necesidad de adquirir una formación continua y acceso a contenidos adecuados para comprender la atención de pacientes con este tipo de sangrado gastrointestinal en el entorno de urgencias.

Por ese motivo, es imprescindible consolidar criterios y estandarizar los cuidados enfermeros ante una hemorragia digestiva alta, destacando la necesidad de una mayor homogeneización de los protocolos a nivel nacional, de forma que todos los pacientes puedan recibir la misma calidad de atención dondequiera que estén. Esto puede reducir la posibilidad de cometer errores y permite actuar de manera más rápida y eficaz a los profesionales de enfermería, garantizando asimismo la seguridad del paciente y cuidados de alta calidad en servicios tan demandantes como son las urgencias.

En esa misma línea, se enfatiza sobre la importancia de futuras investigaciones y evaluaciones de los distintos protocolos, con el fin de explorar nuevas estrategias de intervención y mejorar la calidad de la atención en los cuidados de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Navas M, Betés M. Protocolo de indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la endoscopia en el tracto digestivo superior. *Medicine* [Internet]. 2016;12(3):152–6. [citado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.02.007>
2. F. Javier Montero Pérez & Luis Jiménez Murillo. *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS*. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier [Internet]. 2023. [citado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cardiologiamedicinaumsa.files.wordpress.com/2018/05/medicina-de-urgencias-y-emergencias-guc3ada-diagnc3b3stica-y-protocolos-de-actuac3b3n-4-ed-luis-jimc3a9nez-murillo-f-javier-montero-pc3a9rez.pdf>
3. Pérez Aisa Á, Nuevo J, López Morante AA, González Galilea Á, Martín de Argila C, Aviñoa Arreal D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012;35(7):468–75. [citado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.02.007>
4. Ferrite Trucharte, Isabel. Ayza Mas, Ingrid. Alonso Bravo, Susana. Saurina Manguillot, Maria. Canari Mas, Xavier. Caus Eroles, Fina. *ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS*. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias [Internet]. julio de 2010; [citado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina5.html>
5. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2013 [citado el 14 de marzo de 2024];33(3):223–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292013000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004)
6. Le'Clerc Nicolás J. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. *Rev Cuba Cir* [Internet]. 2010 [citado el 21 de febrero de 2024];49(2):0–0.

- Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932010000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200004)
7. Baines A, Poncela M, Conthe A, Cañizares RB. Hemorragia digestiva en urgencias. *Medicine* [Internet]. 2023;13(89):5241–7. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.10.010>
  8. Chimbaco Bonilla DF, Leal Cardoso MA, González Suárez JP, Caviedes Pérez G. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. *Rev médica Risaralda* [Internet]. 2014 [citado el 22 de febrero de 2024];20(1):9–13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672014000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100003)
  9. Chimbaco Bonilla DF, Leal Cardoso MA, González Suárez JP, Caviedes Pérez G. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. *Rev médica Risaralda* [Internet]. 2014 [citado el 22 de febrero de 2024];20(1):9–13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672014000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100003)
  - 10.F. Utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) en España durante el periodo 2000-2012 [Internet]. Gob.es. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/AINE.pdf>
  11. Martínez Escribano B, Albañil Ballesteros MR. Hemorragia digestiva alta. *Form Act Pediatr Aten Prim* [Internet]. 2013 [citado el 22 de febrero de 2024];6;257-65. Disponible en: [https://fapap.es/files/639-1004-RUTA/03\\_SITUACIONES%20CLINICAS.pdf](https://fapap.es/files/639-1004-RUTA/03_SITUACIONES%20CLINICAS.pdf)
  12. Martínez Porras JL, Calleja Panero JL. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos [Internet]. *Revistaemergencias.org*. 2005 [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2005\\_17\\_4\\_S50-4.pdf](https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2005_17_4_S50-4.pdf)
  13. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* [Internet]. 1981;27(2):80–93. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107\(81\)73156-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107(81)73156-0)

14. Gené E, Calvet X. ¿Sonda nasogástrica en el paciente con hemorragia digestiva alta? *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2016;39(8):497–9. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.006>
15. Muñoz-Navas M, Betés M. Protocolo de indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la endoscopia en el tracto digestivo superior. *Medicine* [Internet]. 2016;12(3):152–6. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.02.007>
16. G. PC. Clasificación de Forrest [Internet]. Vol 21, N° 1: 59-62: *Gastroenterología latinoamericana*; 2010. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n100012.pdf>
17. Guachamín Peralvo P, Díaz Rodríguez S, Vásquez Orozco B, Churo Hidalgo V, Chicango Ramírez R, Yagual González B. Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología. *CAMBios-HECAM* [Internet]. 2oct.2020 [citado el 4 de mayo del 2024];19(1):132-43. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/520>
18. I. AF, I. A, S. A, M. S, X. C. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS [Internet]. *Parcdesalutmar.cat*. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload\\_web/pdf/congres\\_seeue\\_editor\\_a\\_46\\_3140\\_1.pdf](https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/congres_seeue_editor_a_46_3140_1.pdf)
19. Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2009 [citado el 14 de marzo de 2024];104(7):1633–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19574968/>
20. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2013 [citado el 14 de marzo de 2024];33(3):223–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292013000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004)

21. Baines A, Poncela M, Conthe A, Cañizares RB. Hemorragia digestiva en urgencias. *Medicine* [Internet]. 2023 [citado el 4 de mayo del 2024];13(89):5241–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.10.010>
22. Rubén Maestre Aguilar. Adrián Valdrés López. Mario Ezquerro Lou. Ignacio Bruna Barranco. Laura Martínez Giménez. Begoña López Zapater. Plan de cuidados en la hemorragia digestiva alta: a propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021; [citado el 4 de mayo del 2024] Disponible en: [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-en-la-hemorragia-digestiva-alta-a-proposito-de-un-caso/?utm\\_content=cmp-true](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-en-la-hemorragia-digestiva-alta-a-proposito-de-un-caso/?utm_content=cmp-true)
23. NNN Consult. [Internet]. nnnconsult.com. [Citado 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>
24. Chen Y-C, Chuang C-J, Hsiao K-Y, Lin L-C, Hung M-S, Chen H-W, et al. Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system. *Ann Med* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2024];51(3–4):224–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2019.1615122>
25. Yuan X, Yu F, Fu S. Impact of professional nursing interventions on clinical outcomes in patients with acute gastric bleeding: a retrospective analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2024 [citado el 25 de abril de 2024];14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38429364/>
26. Thiebaud P-C, the Initiatives de Recherche aux Urgences Group, Yordanov Y, Galimard J-E, Raynal P-A, Beaune S, et al. Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis: a prospective, multicenter, observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2017 [citado el 25 de abril de 2024];25(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-017-0425-6>
27. Yang F, Wang M, Ye J. Effects of dietary nursing and high-quality nursing intervention in emergency patients with gastric bleeding. *Minerva Gastroenterol (Torino)* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2024];68(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35829687/>
28. Yang Y, Li Z, He Y, Xu M. Study on the effectiveness and value of evidence-based nursing and predictive nursing in emergency treatment of upper gastrointestinal bleeding. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2023 [citado el 25

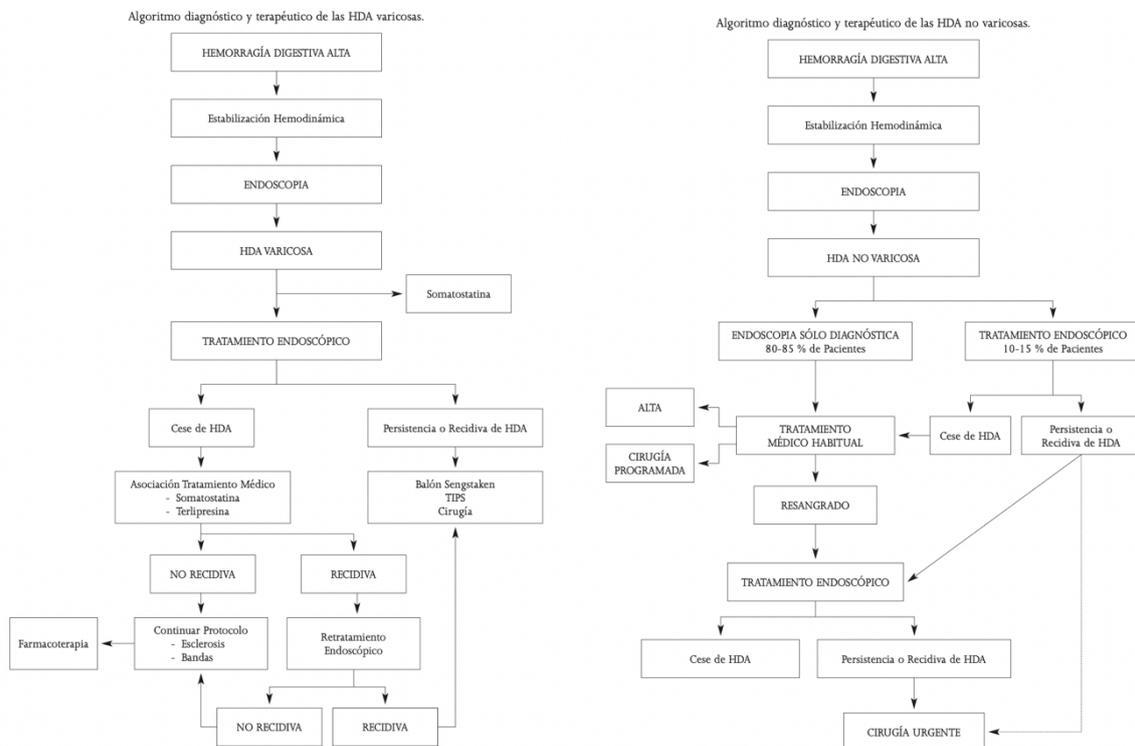
- de abril de 2024];29(8). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-37678859>
29. Bai L, Jiang W, Cheng R, Dang Y, Min L, Zhang S. Does early endoscopy affect the clinical outcomes of patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding? A systematic review and meta-analysis. Gut Liver [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2024];17(4):566–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36578195/>
30. Peng D, Zhai H. Application of Antithrombotic Drugs in Different Age-Group Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterology Research & Practice [Internet]. 2024 Apr 4 [citado el 25 de abril de 2024]; 2024:1–6. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=176503956&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
31. Uysal E, Acar YA. Features of patients with upper gastrointestinal bleeding and factors affecting the re-bleeding risk. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery / Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2024];28(2):147–54. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155200949&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
32. Ayonrinde OT, Sanfilippo FM, Schultz C. Prescribing aspirin to older people – where is the line between cardiovascular benefit and upper gastrointestinal bleeding risk? Internal Medicine Journal [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2024];52(9):1468–70. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=159085343&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
33. Bardakcı O, Sıddıkoğlu D, Akdur G, Şimşek G, Atalay Ü, Das M, et al. Prediction of adverse outcomes using non-endoscopic scoring systems in patients over 80 years of age who present with the upper gastrointestinal bleeding in the emergency department. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery / Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2024];28(1):39–47. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154903055&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

34. Haas NL, Medlin RP, Cranford JA, Boyd C, Havey RA, Losman ED, et al. An emergency department-based intensive care unit is associated with decreased hospital length of stay for upper gastrointestinal bleeding. American Journal of Emergency Medicine [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2024];50:173–7. Disponible en: <https://search-ebshost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153865632&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
35. Pezzotti W. CE. Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. Nursing [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2024];50(5):24–30. Disponible en: <https://search-ebshost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142907584&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
36. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Hon-Chi Yip, Chan SM, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. New England Journal of Medicine [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2024];382(14):1299–308. Disponible en: <https://search-ebshost-com.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142503584&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
37. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. American Family Physician [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2024];101(5):294–300. Disponible en: <https://search-ebshostcom.ponton.uva.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141738088&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
38. Frade AAM, Blandino. MV. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS FRENTE A LA HDA [Internet]. [citado el 25 de abril de 2024] Disponible en: <http://ciberdiciembre2020.enfermeriadeurgencias.com/images/3.pdf>
39. Raposo AP. URGENCIAS: HEMORRAGIA DIGESTIVA Y ACTUACIÓN ENFERMERA [Internet]. Enfermeriadeurgencias.com. [citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <http://ciberabril2020.enfermeriadeurgencias.com/images/7.pdf>
40. Comunidad de Madrid. Manual y procedimientos de enfermería SUMMA 112 [Internet]. [citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17720>

- 41.E. Agirrebeña. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Osakidetza, organización sanitaria integrada Debarrena, 2002.
42. Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencia [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/manual-actuacion-clinica-unidades-medicalizadas-emergencia>
43. F.J.Urrutia Sanzberro, M. Rodrigo Bañuelos, M. Pardo Fernández. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. En: M<sup>a</sup> Eugenia García Mouriz BF, editor. Libro electrónico de temas de urgencia. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea [Internet]. Enero de 2008. p. 4. [citado el 25 de abril de 2024] Disponible en: <https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/16201133/Hemorragia+Digestiva+alta.pdf/2b05e596-595f-dea5-87b0-e58aeda2901a?t=1650886248881&download=true>
44. Aguayo Maldonado J, et al. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2012. [citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10668/764>

# ANEXOS

## ANEXO I



Anexo 1. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de las HDA varicosas y no varicosas. Fuente: Vázquez-Iglesias JL, Souto Ruza JYL. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) [Internet]. Monografias.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos-pdf4/hemorragia-digestiva-alta/hemorragia-digestiva-alta.pdf>

## ANEXO II

## Score de Glasgow- Blatchford

Parámetros de riesgo al ingreso	Puntaje
Nitrógeno ureico sanguíneo (mg/dL)	
> 18,2 a < 22,4	2
> 22,4 a < 28	3
> 28 a < 70	4
> 70	6
Nivel de hemoglobina para hombre (gr/dL)	
> 12 a < 13	1
> 10 a < 12	3
< 10	6
Nivel de hemoglobina para mujer (gr/dL)	
> 10 a < 12	1
< 10	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	
> 100 a < 109	1
> 90 a < 99	2
< 90	3
Otros parámetros	
Frecuencia cardíaca > 100 lpm	1
Melena	1
Síncope	2
Enfermedad hepática	2
Falla cardíaca	2

## Score de Rockall

Variable	0	1	2	3
Edad	< 60	60 – 79	> 80	
Estado circulatorio	No (PAS ≥ 100 o FC < 100 lpm)	Taquicardia (PAS ≥ 100 o FC ≥ 100 lpm)	Hipotensión (PAS < 100) Cardiopatía Isquémica Insuficiencia Cardíaca EPOC Otras	Insuficiencia Renal Cirrosis Neoplasia
Enfermedades asociadas	Ninguna			
Diagnóstico Endoscópico	Sin lesión Mallory Weiss	Todos los otros diagnósticos	Neoplasia del aparato digestivo	
Signos de hemorragia reciente	Sin estigmas Hematina		Hemorragia activa Vaso visible Coágulo adherido	

## Score AIMS65

Variable	Puntaje
Albúmina < 3 g/dl	1
INR > 1,5	1
Estado Mental	1
Presión sistólica < 90 mmHg	1
65 años	1

Anexo 2. Score de Glasgow- Blatchford, score de Rockall y score AIMS65. Fuente: Espinoza-Rios J, Aguilar Sanchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Peru. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2016 [citado el 11 de marzo de 2024];36(2):143–52. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292016000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200007)

## ANEXO III

AUTOR, AÑO	PAÍS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIÓN
Chen et al., 2019 <sup>(24)</sup>	Taiwán	Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system	Estudio observacional	El nuevo "score" presentado predice bien la necesidad de transfusiones masivas en pacientes con HDA
Yuan et al., 2024 <sup>(25)</sup>	China	Impact of professional nursing interventions on clinical outcomes in patients with acute gastric bleeding: a retrospective analysis	Estudio de cohortes retrospectivo (observacional)	Las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia mejoran el pronóstico de pacientes con HDA
Thiebaud et al., 2017 <sup>(26)</sup>	Francia	Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis: a prospective, multicenter, observational study	Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico	La mayoría de los casos de HDA en los servicios de urgencias se descubren por hematemesis. El diagnóstico médico de urgencias de HDA rara vez se ve cuestionado por los hallazgos endoscópicos
Yang et al., 2022 <sup>(27)</sup>	China	Effects of dietary nursing and high-quality nursing intervention in emergency patients with gastric bleeding	Estudio observacional	La enfermería puede brindar servicios integrales, complementados con dietética, lo cual puede ejercer aún más efecto en la prevención y pronóstico de la HD
Yongjie Yang., et al 2023 <sup>(28)</sup>	Estados Unidos	Study on the Effectiveness and Value of Evidence-Based Nursing and Predictive Nursing in Emergency Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding	Estudio observacional	La aplicación combinada de estos dos modelos de enfermería tiene implicaciones positivas para mejorar la eficiencia, calidad de vida y manejo de la HDA

<b>Bai et al., 2023<sup>(29)</sup></b>	China	Does Early Endoscopy Affect the Clinical Outcomes of Patients with Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding? A Systematic Review and Meta-Analysis	Metaanálisis	La endoscopia precoz dentro de las primeras 24h no parece reducir las tasas de mortalidad, mientras que la endoscopia muy temprana dentro de las primeras 12h si aporta beneficio clínico
<b>Peng &amp; Zhai, 2024<sup>(30)</sup></b>	China	Application of Antithrombotic Drugs in Different Age-Group Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding	Estudio observacional retrospectivo	No hay evidencia de que el uso de fármacos antiplaquetarios o antitrombóticos en pacientes con HDA y el uso de fármacos antiplaquetarios después de la hemorragia afecten el pronóstico del paciente
<b>Uysal &amp; Acar, 2022<sup>(31)</sup></b>	Turquía	Features of patients with upper gastrointestinal bleeding and factors affecting the re-bleeding risk	Estudio observacional retrospectivo	Los niveles de urea y hematocrito, la presencia de H. pylori, la no realización de la endoscopia y el reemplazo de suspensión de eritrocitos son predictivos de resangrado
<b>Ayonrinde et al., 2022<sup>(32)</sup></b>	Australia	Prescribing aspirin to older people – where is the line between cardiovascular benefit and upper gastrointestinal bleeding risk?	Editorial	El riesgo de HDA en personas mayores con dosis bajas de aspirina aumenta de 2 a 4 veces más dentro de los primeros 2 años
<b>Bardakcı et al., 2022<sup>(33)</sup></b>	Turquía	Prediction of adverse outcomes using non-endoscopic scoring systems in patients over 80 years of age who present with the upper gastrointestinal bleeding in the emergency department	Estudio observacional retrospectivo	El score AIMS65 es el sistema de puntuación más preciso para realizar fácilmente en un servicio de urgencias

<b>Haas et al., 2021<sup>(34)</sup></b>	Estados Unidos	An emergency department-based intensive care unit is associated with decreased hospital length of stay for upper gastrointestinal bleeding	Estudio observacional retrospectivo	La creación de una unidad de cuidados intensivos en el departamento de emergencias se relaciona con una disminución de las admisiones a la UCI y la duración de la estancia hospitalaria, sin variaciones en los resultados de seguridad
<b>Pezzotti., 2020<sup>(35)</sup></b>	Estados Unidos	Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults	Revista científica	Analiza la HDA en pacientes adultos, sus factores de riesgo, estabilización, tratamiento... etc.
<b>Lau et al., 2020<sup>(36)</sup></b>	Hong Kong	Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding	Ensayo controlado aleatorizado	No hubo diferencia de mortalidad a los 30 días entre la endoscopia realizada 6h después de la consulta y la endoscopia realizada entre las primeras 6 o 24h
<b>Wilkins, T., 2020<sup>(37)</sup></b>	Estados Unidos	Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management	Revisión de literatura	Examina la evaluación y manejo ante la HDA en adultos
<b>Frade AAM, Blandino., 2020<sup>(38)</sup></b>	España	Actuaciones de enfermería en urgencias frente a la HDA	Revisión de literatura	Analiza la necesidad que existe de unos cuidados de enfermería eficaces, guiados por un protocolo de actuación preciso y entendible

<b>Raposo AP., 2020<sup>(39)</sup></b>	España	Urgencias: Hemorragia Digestiva y actuación enfermera	Revisión de literatura	La labor de enfermería es crucial en la urgencia, promoviendo la seguridad del paciente, resolviendo dudas sobre la propia endoscopia o incluso en el manejo de la vía aérea durante la sedación
<b>Abad F et al., 2015<sup>(40)</sup></b>	España	Manual y procedimientos de enfermería SUMMA 112 (Madrid)	Protocolo clínico	
<b>Agirrebeña et al., 2022<sup>(41)</sup></b>	España	Protocolo de atención a pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (Osakidetza, País Vasco)	Protocolo clínico	
<b>Abia González, Jesús et al., 2019<sup>(42)</sup></b>	España	Manual de actuación clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencia Vol.1 (Sacyl, Castilla y León)	Protocolo clínico	
<b>F.J.Urrutia Sanzberro et al., 2008<sup>(43)</sup></b>	España	Libro electrónico de temas de urgencia. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Navarra).	Protocolo clínico	
<b>Aguayo Maldonado J, et al., 2012<sup>(44)</sup></b>	España	Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Andalucía)	Protocolo clínico	

Anexo 3. Tabla síntesis de los resultados. Elaboración propia

## ANEXO IV

	MADRID	PAÍS VASCO	CASTILLA Y LEÓN	NAVARRA	ANDALUCÍA
<b>Anamnesis y exploración física</b>	Si aporta información detallada de cómo realizarlo de forma específica.	Si aporta información detallada de cómo realizarlo de forma específica.	Si aporta información detallada de cómo realizarlo de forma específica.	Si aporta información detallada de cómo realizarlo de forma específica.	Si aporta información detallada de cómo realizarlo de forma específica.
<b>Estabilidad hemodinámica y monitorización de constantes</b>	Monitorización constante de TA, FC, FR, SatO <sub>2</sub> y ECG.	Monitorización de TA, FC, ECG y control diuresis.	Monitorizar constantes: TA, FC, FR, T <sup>a</sup> , glucemia, SatO <sub>2</sub> y ECG de 12 derivaciones.	Monitorización de TA, FC, ECG.	Valoración estado hemodinámico y atención a TA, FC y FR y ECG.
<b>Colocación de VVP</b>	Canalización de 2 VVP de gran calibre (14 o 16 G).	Canalizar 2 VVP de 16-18 G.	Canalizar 1 o varias VVP (valorar vía intraósea si fuera necesario). <b>(no indica calibre)</b>	Canalizar 1-2 VVP gruesas (16-18G)	Canalizar 2 VVP de grueso calibre
<b>Colocación de VVC</b>	VVC si HD grave o severa.	<b>El protocolo no proporciona información.</b>	<b>El protocolo no proporciona información.</b>	VVC si HDA grave-masiva, cardiopatía o nefropatía	<b>El protocolo no proporciona información.</b>
<b>Posición del paciente</b>	Situación de shock: posición de Trendelenburg. Si presenta vómitos: Decúbito lateral izquierdo.	<b>El protocolo no proporciona información.</b>	Colocar al paciente semiincorporado/semisentado o en decúbito lateral en caso de vómitos o shock.	<b>El protocolo no proporciona información.</b>	Paciente semiincorporado o en decúbito lateral para evitar aspiraciones

<p><b>Oxigenoterapia</b></p>	<p>Administración de oxígeno a alto flujo (O<sub>2</sub> a 15 litros/minuto) (Venturi 30%).</p>	<p>O<sub>2</sub> si la saturación es menor de 95%. (No indica cantidad del flujo de oxígeno)</p>	<p>Administrar oxigenoterapia a alto flujo si hay signos clínicos de shock. (No indica cantidad del flujo de oxígeno)</p>	<p>Oxigenoterapia (No indica cantidad del flujo de oxígeno)</p>	<p>El protocolo no proporciona información.</p>
<p><b>Sueroterapia</b></p>	<p>Cristaloides entre 1000 y 2000 cc dependiendo del grado de shock (SSF o Ringer Lactato). En caso de infundir coloides (hidroxietil almidón (Voluvén®)).</p>	<p>Cristaloides con el objetivo de mantener TAS&gt;100MMHg. Evitar excesiva volemia, si sangrado activo o compromiso hemodinámico, infusión de cristaloides. Bolos de 250 – 500 cc de SF o Ringer.</p>	<p>La velocidad inicial de la infusión de cristaloides se debe ajustarse según la gravedad del sangrado y la recuperación de los parámetros hemodinámicos. Pacientes en shock, infundir de 1-2 litros de cristaloides en 10-20 minutos.</p>	<p>Reponer volemia con SF, RL o coloides. Ritmo de infusión según estado hemodinámico (1000-2000 ml/h en casos graves).</p>	<p>Sueroterapia según edad, superficie corporal, enfermedades de base y estado del paciente (como norma general entre 2500-3000 cc de suero en 24 horas).</p>

<b>Analítica</b>	El protocolo no proporciona información.	Analítica de sangre: hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa con lactato y pruebas cruzadas.	El protocolo no proporciona información.	Hb y Hto, ionograma, urea y creatinina y pruebas cruzadas.	Hb, Hto, coagulación, iones, urea y creatinina y pruebas cruzadas
<b>Pruebas complementarias</b>	El protocolo no proporciona información.	Analítica de sangre, Rx de tórax y PCR rápida de COVID 19 si susceptible a gastroscopia.	Determinar grado de shock.	Analítica de sangre, Rx tórax y abdomen, gastroscopia, arteriografía y laparotomía	Hemograma, Rx tórax y abdomen y EDA
<b>Colocación SNG</b>	Colocar sonda nasogástrica (SNG) para diagnóstico diferencial (confirmando origen alto del sangrado) y evitar broncoaspiración.	No se recomienda colocar SNG de manera sistemática. Únicamente indicada en caso de que exista dudas sobre el origen del sangrado.	Valorar la colocación de SNG únicamente para confirmar el diagnóstico y disminuir el riesgo de vómitos o aspiración.	SNG para facilitar endoscopia y/o interés diagnóstico.	Sonda nasogástrica en aspiración.
<b>Colocación SV</b>	Sondaje vesical para control de la diuresis horaria.	Sondaje urinario si procede, para control de diuresis.	Valorar sondaje vesical en caso de control de diuresis y fluidoterapia.	Sondaje vesical para control de diuresis.	El protocolo no proporciona información

<b>Permeabilidad de la vía aérea</b>	Abertura y valoración de la vía aérea.	Valorar intubación orotraqueal si alteración nivel de consciencia, hematemesis no controlada o agitación.	Cuidados encaminados a mantener vía aérea aislada.	IOT (hematemesis masiva, disminución del nivel de consciencia).	En caso de bajo nivel de consciencia o depresión respiratoria se procederá a intubación orotraqueal para evitar aspiraciones.
<b>Dieta</b>	Suprimir cualquier ingesta oral.	Dieta absoluta.	El protocolo no proporciona información.	El protocolo no proporciona información.	Dieta absoluta salvo medicación imprescindible
<b>Apoyo psicológico paciente-familiar</b>	Proporcionar al paciente y familiares especial atención emocional, para atenuar el estado de nervios y el miedo.	El protocolo no proporciona información.	Controlar agitación emocional y sentimiento de aprensión y temor.	El protocolo no proporciona información.	El protocolo no proporciona información.

Anexo 4. Tabla comparativa detallada de los protocolos clínicos de Madrid, País vasco, Castilla y León, Navarra y Andalucía. Elaboración propia