



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA



4º GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo fin de grado

**“PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LAS
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS EN URGENCIAS Y
EMERGENCIAS”**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Patricia Ibáñez García

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, 12 de Junio, 2015

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS	3
ABREVIATURAS	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS	8
DESARROLLO DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS	9
Anatomía.....	9
Etiología y factores de riesgo	9
Clínica.....	11
Diagnóstico y pronóstico	13
Tratamiento	17
Actuación enfermera	21
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
Búsqueda de información	24
Proceso de selección de artículos	26
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	35
AGRADECIMIENTOS.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	41
ANEXO I: El estómago in situ.....	41
ANEXO II: La mucosa del estómago.....	41
ANEXO III: La mucosa y musculatura del duodeno.....	41
ANEXO IV: Algoritmo del manejo de la HDA.....	42
ANEXO V: Algoritmo de la HDA por VE	43
ANEXO VI: Algoritmo del examen endoscópico.....	44
ANEXO VII: Cuadro comparativo sobre la actuación llevada a cabo en una HDA en las emergencias extrahospitalarias de cinco comunidades autónomas.....	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etiología más frecuente de la hemorragia digestiva alta.....	10
Tabla 2. Parámetros clínicos que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática.....	13
Tabla 3. Clasificación de Forrest.....	14
Tabla 4. Puntuación de Rockall para la predicción de riesgo de recidiva y mortalidad en pacientes con HDA.....	15
Tabla 5. Escala de Blatchford.....	16
Tabla 6. Evaluación del riesgo de sangrado.....	17

ABREVIATURAS

- AAS: Ácido acetilsalicílico
- AINES: Antiinflamatorios no esteroideos
- EV: Endovenosa
- Fc: Frecuencia cardiaca
- HDA: Hemorragia digestiva alta
- IBP: Inhibidores de la bomba de protones
- IOT: Intubación orotraqueal
- PA: Presión arterial
- SNG: Sonda nasogástrica
- SSF: Suero salino fisiológico
- UME: Unidad Medicalizada de Emergencias
- VE: Varices esofágicas

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es la complicación gastroenterológica más importante. Está delimitada por el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, es decir, es aquella que se produce en esófago, estómago o duodeno.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer cuál es el papel que ejerce la enfermería ante una hemorragia digestiva alta en las emergencias extrahospitalarias y urgencias hospitalarias.

Se diferencian dos tipos de hemorragias según la causa que las produzca: las varicosas, causadas por la rotura de varices esofágicas y las no varicosas, producidas por úlceras pépticas, tumores, lesiones de la mucosa gástrica, etc. La manifestación clínica de las hemorragias digestivas altas puede observarse a través de la hematemesis, las melenas, la hematoquecia o la rectorragia. El método diagnóstico de elección es la gastroscopia, y se complementa con los datos de una analítica obtenidos en laboratorio, la exploración física y la historia clínica del paciente, para confirmar así su existencia. La actuación enfermera lleva a cabo una serie de cuidados enfocados a aumentar la supervivencia del paciente. Las tres elecciones de tratamiento disponibles para solucionar esta complicación son: el médico-farmacológico, el endoscópico o el quirúrgico. Una combinación de los anteriores puede hacer más efectivo el tratamiento.

Para realizar este trabajo se han utilizado diferentes bases de datos, como Medline, Elsevier, Cuiden, Scielo, Dialnet y Medes, a través de las cuales se han obtenido artículos científicos relacionados con el tema. También se han empleado motores de búsqueda como Google Académico y Fisterra, de donde se ha obtenido protocolos, guías y manuales.

La importancia de la enfermería en una HDA queda impresa en este trabajo, en el ámbito extrahospitalario y en las técnicas diagnóstico-terapéuticas empleadas en el hospital.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, actuación de enfermería, urgencias, emergencias extrahospitalarias.

INTRODUCCIÓN

Denominamos hemorragia digestiva alta (HDA) “aquella que tiene su origen en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz” (1). Es la urgencia gastroenterológica más importante, representando un 7-8% del total de urgencias atendidas (2). Estas suponen un 90% de los casos de hemorragia en el aparato digestivo (3).

La técnica diagnóstico terapéutica de la HDA es la esofagoduodenoscopia, más comúnmente conocida como gastroscopia. El mundo de la endoscopia ha evolucionado mucho, comenzando ya desde el S.I cuando los romanos fueron los primeros conocedores del espéculo. A. I. Desormeaux, se convierte en el inventor de la endoscopia en 1865. A partir de ahí se desarrolla la endoscopia digestiva en tres periodos: rígida (1868-1932), semiflexible (1932-1956) y flexible (1956-hasta nuestros días). Es en 1868, cuando aparece el gastroscopio rígido de Adolph Kussmaul, quien logró observar por primera vez el estómago de una persona. Y en 1930, cuando surge y adquiere un papel muy importante la enfermería endoscopista, al mando de Gabriel Schindler, mujer de Rudolph Schindler, quien introdujo el gastroscopio semiflexible. Es por estos años, en 1969 cuando aparece la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (<http://www.wseed.org/>). Más tarde, hacia los años 80, se introduce la videocámara, perfeccionándose estos métodos hasta la actualidad (4).

La casuística al año es de 50-150 casos por 100.000 habitantes (122 en España) (5). A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos existentes, la mortalidad por HDA sigue siendo un problema severo, manteniendo sus cifras en los últimos años en torno a un 8-14% (6) (7). Difiere en los episodios agudos según sean de origen no varicoso (4-10%) o secundaria a hipertensión portal (18-30%), pudiendo llegar a un 70% en las primeras horas del episodio, y está muy condicionada por el volumen de sangrado y por las patologías asociadas (8). Esta complicación (8) (9) se produce con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (2/1) y en edades entre los 50 y 60 años.

La HDA es una patología actual que se da habitualmente en urgencia, su morbilidad en España está entre el 5-10% y 1 de cada 20 españoles que la presentan fallecen (10). Por ello sería recomendable disponer de protocolos estandarizados de actuación en urgencias ante una sospecha de hemorragia digestiva, ya que su abordaje cambia según la organización de los diferentes hospitales.

Los pacientes que presentan este tipo de hemorragia tienen cada vez edades más avanzadas, debido a la población envejecida que presenta nuestro país y con un mayor número de enfermedades asociadas. Estos datos podrían explicar la mortalidad mantenida a pesar de los avances que han surgido (11).

Hay que tener en cuenta que los adultos mayores son un grupo susceptible ante las hemorragias digestivas altas por su gran consumo de fármacos y porque en estas edades las complicaciones son mayores, ya que con la edad disminuye la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos (7).

España cuenta con diferentes sociedades científicas volcadas en la investigación del abordaje de las distintas patologías y complicaciones del aparato digestivo, y brinda información gratuita sobre estas a todas aquellas personas que la necesiten. A partir de los años 30 surge la primera Sociedad Española de Patología Digestiva (<http://www.sepd.es/>), en 1997 se crea la Asociación Española de Gastroenterología (<http://www.aegastro.es/>) y otras donde asesorarse sobre la HDA, como la Fundación Española del Aparato Digestivo (<http://www.saludigestivo.es/es/fead.php>), la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (<http://www.semes.org/>) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades hepáticas y digestivas (<https://www.ciberehd.org/>).

Al ser esta una de las complicaciones más graves del aparato digestivo, tiene que ser tratada por un equipo sanitario multidisciplinario y altamente cualificado. Para ello cada hospital idea manuales y guías de actuación en las urgencias gastrointestinales, donde el papel de la enfermería es decisivo y requiere de continuas actualizaciones.

La profesión enfermera en cualquiera de sus actuaciones ha de respetar los cuatro principios éticos de Beauchamp y Gchildress, que son la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; y cumplir las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería en España con carácter obligatorio.

JUSTIFICACIÓN

Lo que ha llevado a la realización de esta revisión bibliográfica sobre las hemorragias digestivas altas es, que siguen teniendo un porcentaje muy elevado de mortalidad pese a los avances terapéuticos de los últimos años y una gran incidencia debido a múltiples factores.

Algunas de las causas que provocan la HDA residen en los factores de riesgo modificables adquiridos por las personas, la prevención llevada a cabo por la enfermería es una medida muy eficaz.

Para resolver esta complicación es necesaria de una actuación urgente y eficaz, llevada a cabo por el personal sanitario, por lo tanto es necesario que estén actualizados en las técnicas a realizar, en la patología con la que tratan, en las pautas de medicación a seguir y en un estricto control del paciente. Es la formación práctica y teórica un arma que los enfermeros han de adquirir para poder desenvolverse de la mejor forma posible en esta serie de urgencias vitales, ya que son los que están en continuo contacto con el paciente.

OBJETIVOS

A través de una revisión bibliográfica, los objetivos de este trabajo son:

- ✓ Conocer cuál es el papel del personal de enfermería ante una HDA aguda en personas adultas.
- ✓ Conocer la etiología, factores de riesgo y sintomatología de las hemorragias digestivas altas.

- ✓ Conocer la actuación de la enfermería en las emergencias extrahospitalarias relacionadas con la HDA.
- ✓ Conocer el tratamiento establecido ante esta urgencia y las técnicas diagnósticas relacionadas con la HDA.
- ✓ Comparativa de la actuación llevada a cabo en una HDA, entre las diferentes guías o manuales asistenciales en urgencias y emergencias españolas, de 5 comunidades autónomas: Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Murcia.

DESARROLLO DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS

Anatomía

El aparato digestivo es un conjunto de órganos encargados de realizar la digestión. Las funciones que realiza este son, la ingesta de alimentos y transporte, la secreción de los jugos digestivos, la digestión, la absorción de los nutrientes y la excreción de desechos de la materia orgánica. Anatómicamente está formado por la boca, gran parte de la faringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, vesícula biliar, bazo, intestino delgado e intestino grueso (12). El sangrado digestivo alto se puede producir en cualquier punto situado por encima de la unión del duodeno con el yeyuno (ligamento de Treitz) (13). *Anexo I, Anexo II, Anexo III.*

Etiología y factores de riesgo

Las hemorragias digestivas altas podemos dividir las en dos grupos, las varicosas y las no varicosas, dependiendo de la causa que las origine, ya que su manejo y mortalidad son diferentes. Las causas (8) (14) más frecuentes y por ello más estudiadas son:

- La úlceras péptica, es una lesión que se localiza en la mucosa del estómago (úlceras gástrica) o del duodeno (úlceras duodenal), siendo esta última más frecuente. Es la causa más frecuente y con una incidencia del 40-50% de todas las hemorragias

digestivas altas. Generalmente son causadas por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antiagregantes, la bacteria *Helicobacter Pylori*, el alcohol y el tabaco.

- La segunda causa de HDA es la rotura de varices esofágicas (VE) o esofagogástricas, que son debidas a la existencia de hipertensión portal.
- Las lesiones agudas de la mucosa gástrica, son unas heridas superficiales y agudas del estómago que suelen provocar hemorragias. También pueden verse en la porción duodenal y esofágica, generalmente provocada por vómitos. Puede ser secundaria al estrés, al consumo de alcohol y/o AINES.
- El Síndrome de Mallory-Weiss son desgarros producidos en la unión esofagogástrica que aparecen en pacientes con vómitos. Aproximadamente con una mortalidad del 5%.
- Los tumores, situados en las partes superiores del aparato digestivo, tanto benignos como malignos.
- Existen otras muchas causas menos frecuentes que las ya mencionadas, y no por ello menos importantes, son las esofagitis por reflujo, malformaciones vasculares (enfermedad de Dieulafoy), fístula aortoentérica, hemobilia, secundarias a procedimientos endoscópicos, etc.

Tabla 1. Etiología más frecuente de la hemorragia digestiva alta (1).

ETIOLOGÍA	FRECUENCIA %
Úlcera péptica gastroduodenal	40-50
Varices esofagogástricas	15-25
Erosiones gástricas y duodenales	10-15
Síndrome de Mallory-Weiss	5-15
Esofagitis	5-10
Tumores	3-4
Angiodisplasia	2-3
Enfermedad de Dieulafoy	1-2

Los AINES son uno de los grupos farmacológicos más consumidos en España, aumentando progresivamente sus cifras en los últimos años (15), y en cualquier parte del mundo (16). Los efectos secundarios de mayor importancia que tienen se dan a nivel gastrointestinal, por ello se recomienda el uso de gastroprotectores cuando éstos se consumen con mucha frecuencia (17) (18).

Unido a este hay más factores considerados de riesgo por su capacidad de producir complicaciones gastrointestinales como las hemorragias digestivas altas (19) (20) (21), como son: el ácido acetilsalicílico (AAS), la patología de base asociada que presente el individuo, el sexo masculino (índice el doble que en mujeres), la edad (14-35% de mortalidad en > de 60 años y 4-9% en < de 60 años) y antecedentes de sangrado anterior. El café y el alcohol son productos que tienen un efecto hipersecretor en el estómago, considerándolos como factores que posiblemente desencadenan HDA (22). El tabaco también, porque es una agente que favorece la presencia de úlceras, retrasa la curación y aumenta las complicaciones (23).

Clínica

Los signos y síntomas que se presentan en la HDA son la base de que una enfermedad tiene que ser diagnosticada y tratada (22). Clínicamente se presenta de diferente forma dependiendo de la cantidad, la rapidez de sangrado y la localización de la lesión (8) (9) (19) (24) (25) (26):

- **Hematemesis:** son vómitos con sangre. Existe la hematemesis franca, de color rojo brillante (indicativa de un sangrado en curso de cuantiosa intensidad) o bien los vómitos en “posos de café” (restos de sangre alterada por la secreción gástrica que adquiere un color negro).
- **Melenas:** son deposiciones de heces negras y brillantes, malolientes y pegajosas, de una consistencia pastosa. Para que se produzca, la sangre ha de haber permanecido en el tubo

digestivo ocho horas y al menos requiere de 60-100ml de sangre en el estómago.

- **Hematoquecia:** emisión de sangre roja fresca por el ano, sola o mezclada con deposiciones. Suele indicar hemorragia digestiva baja, aunque a veces HDA masiva si el tránsito es rápido y las pérdidas importantes (más de 1L en menos de una hora).
- **Rectorragia:** expulsión de sangre roja por el ano. Suele indicar hemorragia digestiva en recto y tramos distales del colon. En menos frecuencia indica HDA, cuando el sangrado es muy intenso y el transito muy rápido.

La Organización Mundial de Gastroenterología acepta como criterio diagnóstico de HDA la referencia por parte del paciente de vómitos con sangre fresca o con coágulos. Cuando el propio enfermo o sus familiares refieren vómitos oscuros o en “posos de café” y/o melenas, exige su comprobación por parte del personal sanitario cualificado (27).

Para cerciorarnos de que las manifestaciones anteriormente nombradas son diagnóstico de HDA, hay que descartar otra sintomatología que nos puede llevar a confusión. Son por ejemplo: las hemorragias del territorio nasofaríngeo y pulmonar (epistaxis, hemoptisis y gingivorragia), los pacientes pueden tragar sangre procedente de otros orígenes simulando melenas y/o hematemesis; expulsar sangre roja espumosa con la tos es significado de hemoptisis. También la pseudohematemesis, se debe a la ingesta reciente de determinados alimentos (vino tinto, bebidas de cola, café, tomates, cerezas) que simulan vómitos con posos de café (24) (25). Las pseudomelenas, se deben a la ingestión de ciertos alimentos o fármacos (Fe o Bi, tinta de calamar, sangre cocinada, espinacas, regaliz) que pueden teñir las heces de negro simulando melenas. A esto es a lo que se llamaría **diagnóstico diferencial** (5) (26).

Con los signos y síntomas se puede valorar la gravedad de la HDA, siendo igual de importante la cantidad de sangre perdida como la velocidad a la que se ha producido (26).

Tabla 2. Parámetros clínicos que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática (26).

Gravedad	Síntomas y signos clínicos
HDA leve	Paciente asintomático, constantes normal, piel normocoloreada, templada y seca. Indica una pérdida de hasta un 10% de la volemia circulante.
HDA moderada	TA sistólica > 100mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales negativos. Pérdida de un 10-25% de la volemia.
HDA grave	TA sistólica: < 100 mmHg, FC 100-120 ppm, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos. Pérdida del 25-35% de la volemia.
HDA masiva	Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria. Pérdida superior al 35% de la volemia.

Diagnóstico y pronóstico

El mejor método de exploración de elección para el diagnóstico de la HDA es la gastroscopia, con ella se puede informar del pronóstico y aplicar tratamiento terapéutico (5) (14) (28) (29) (30). La endoscopia digestiva alta identifica la lesión causante de la hemorragia y debe realizarse una vez el paciente esté estable (1).

La endoscopia ha de realizarse tan pronto como sea posible, en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario (31) (32). Se aconseja en las primeras 8 horas de inicio de la hemorragia, para que su eficacia diagnóstica sea mayor (31) y se considera como ideal la endoscopia precoz realizada dentro de las 6 horas tras el ingreso. Cuanto menor sea el tiempo en el que se realiza, más posibles beneficios pueden obtenerse: la reducción del tiempo y los costes de hospitalización, disminuye la recidiva, la cirugía y la mortalidad en pacientes de alto riesgo al aplicar tratamiento hemostático (8) (31).

Utilizamos la clasificación de Forrest (en úlceras pépticas) para pronosticar el riesgo de sangrado o recidiva hemorrágica, este se correlaciona con las diferentes características de las lesiones endoscópicas observadas, y permite así seleccionar a los pacientes candidatos para el tratamiento endoscópico (26) (32) (33). En el caso de la HDA por varices esófago-gástricas la endoscopia ha de realizarse sin haber superado las 12 horas de inicio de la hemorragia (34).

Tabla 3. Clasificación de Forrest (28).

FORREST	Resangrado	Cirugía	Mortalidad
Hemorragia activa			
I a (a chorro)	>50%	35%	11%
I a (babeante)			
Hemorragia reciente			
II a (vaso visible)	>40%	34%	11%
II b (coágulo adherido)	20%	10%	7%
II c (mancha o punto de hematina)	10%	6%	3%
Ausencia de signos de sangrado			
III (base de fibrina)	5%	0,5%	2%

Otros métodos diagnósticos empleados cuando la gastroscopia no puede realizarse son, la arteriografía del tronco celíaco (se puede observar extravasaciones de contraste que localizan el punto sangrante cuando la hemorragia está activa en el momento de la exploración) (1) (8) (28) y la cirugía, si el paciente está hemodinámicamente inestable (31). También la tomografía axial computarizada o TAC y la ecografía abdominal sirven para descartar posibles lesiones pancreáticas (8).

La endoscopia está contraindicada en (14) (26) (28): infarto agudo de miocardio, inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria grave, coma (hasta la protección de la vía aérea), postoperatorio reciente (< 7 días) del tracto digestivo superior, perforación de víscera hueca, pacientes que no colaboren.

Si se da una hemorragia masiva o shock se valora la cirugía urgente con endoscopia preoperatoria y si hay una perforación u obstrucción intestinal hay que realizar radiografías de tórax o abdomen previo a la endoscopia (14) (31).

Los **datos del laboratorio** (2) (24) (25) de una analítica nos dan información para confirmar la HDA: los parámetros de la serie roja (hematocrito, hemoglobina y recuento de hematíes) disminuyen ante una pérdida aguda de sangre, causando una anemia normocrómica normocítica. Estos valores carecen de valor hasta pasadas 6-24 horas del comienzo de la hemorragia. El riesgo de sufrirla aumenta cuando el número de plaquetas es inferior a 10.000/ μ l y es necesario valorar con la coagulación el riesgo de hepatopatía crónica. Los índices de urea plasmática aumentados en dos o tres

veces su normalidad acompañados de valores normales de creatinina son indicativos de HDA, suelen aparecer a las dos horas de la hemorragia y se normalizan cuando cesa (48-72 horas). El cociente de urea/creatinina nos permite diferenciar la HDA de una baja, sus valores normales oscilan en 15-30:1, cuando superan los 100:1 indican en un 90% origen alto. Para valorar la existencia de una hepatopatía crónica se realizan las pruebas de función hepática, la elevación de las transaminasas orienta a una relación directa o indirecta con la causa del sangrado.

Es necesario realizar una valoración pronóstica antes y después de las gastroscopias, separamos así a los pacientes en riesgo bajo, intermedio o alto, y se valora a su vez la duración del ingreso. Para ello se utilizan diferentes escalas como son el **índice de Rockall** que evalúa el riesgo de recidiva y la mortalidad, se realiza tras la gastroscopia e incluye cinco variables endoscópicas (edad del paciente, estado hemodinámico, la causa de la hemorragia, signos de hemorragia reciente y la presencia de enfermedades graves asociadas), y el **índice de Blatchford** que se realiza antes de la gastroscopia e incluye datos clínicos y de laboratorio (1) (32) (30).

Tabla 4. Puntuación de Rockall para la predicción de riesgo de recidiva y mortalidad en pacientes con HDA (32).

VARIABLES ENDOSCÓPICAS	RESULTADOS
Edad (años)	
< 60	0
60-79	1
> 80	2
Hemodinámica	
Normal	0
Taquicardia	1
Hipotensión	2
Enfermedades	
Ninguna	0
Cardiopatía	1
Insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, cáncer	2
Diagnóstico	
Lesión banal	0
Úlcera	1
Neoplasia	2
Signos de hemorragia	
Sin estigmas	0
Vaso, jet, coágulo	2
RESULTADOS	
Riesgo bajo	0-2
Riesgo intermedio	2-4
Riesgo alto	>5

Tabla 5. Escala de Blatchford (28)

PARÁMETROS	PUNTOS
A. Urea (mmol/l)	
>25	6
10-25	4
8-10	3
6.5-8	2
<6.5	0
B. Hemoglobina (g/dl)	
<10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥12 en varones y mujeres	0
C. PAS (mm Hg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
≥110	0
D. Otras situaciones	
Insuficiencia cardiaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥110 (lat/min)	1
RESULTADOS	
Puntuación total	A+B+C+D
Conversión de las cifras de urea:	1 mg/dl=0.357 mmol/l

Existen diferentes factores clínicos que son pronóstico de mortalidad y recidiva en la HDA, son la edad (> de 60 años), la presencia de enfermedades asociadas, el shock hipovolémico, la recidiva precoz de la hemorragia, el tipo de lesión sangrante (> mayor si es en úlcera péptica), la localización (parte alta de la curvatura gástrica o en la cara posterior del bulbo duodenal), el tamaño de la úlcera (> 2 cm) y los signos endoscópicos de hemorragia reciente (31).

Las VE se desarrollan en el 25-40% de pacientes cirróticos, por ello se valora el riesgo de hemorragia con una endoscopia, es decir, se valora su pronóstico (35) que viene determinado por el tamaño de las varices, la presencia de puntos rojos en la superficie y el grado de insuficiencia hepática (5).

Tabla 6. Evaluación del riesgo de sangrado (35).

Riesgo hemorrágico elevado
VE tamaño grande (>5 mm)
VE con “signos rojos” en la endoscopia
VE en pacientes con insuficiencia hepática avanzada, según clasificación Child-Pugh (Estadio B/C)
Localización varices gástricas fundus, más riesgo de sangrado
Comorbilidades del paciente
Riesgo sangrado bajo
VE pequeñas (<5mm)
VE sin signos rojos en la endoscopia
VE en pacientes en estadio A de Child-Pugh

Tratamiento

Tratamiento farmacológico o médico

Como ya comentamos al principio, las hemorragias digestivas altas se clasifican en dos grandes grupos: las no varicosas y las varicosas. Su manejo farmacológico, endoscópico y quirúrgico son diferentes, por lo que las separaremos. La elección del tratamiento dependerá del pronóstico establecido por las diferentes variables como la edad, el estado circulatorio, las enfermedades asociadas, el diagnóstico endoscópico y los signos de hemorragia reciente (8).

➤ Hemorragias digestivas altas no varicosas

Los fármacos empleados en estos casos (6) (28) (30) (36) (37) (38) son: los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol...), son fármacos antiseoretos que se utilizan para elevar el pH gástrico y mantenerlo por encima de 6, de esta forma se acelera la cicatrización de la úlcera, y por eso en la HDA por VE no son tan necesarios. Se administra por vía endovenosa (EV), un bolo de 80 mg y seguido una perfusión de 8 mg/h disuelto en suero salino fisiológico (SSF), cambiándolo cada 12 horas. Se debe poner previo a la endoscopia y reduce el sangrado y la necesidad de tratamiento endoscópico.

La administración de somatostatina y octreótido, aunque no empleada ni recomendada en la práctica clínica de la HDA por úlcera péptica, puede ser útil como tratamiento adyuvante antes de la endoscopia, cuando no es posible realizarla o está contraindicada (6) (24) (25).

La suspensión prolongada de antiagregantes (AAS y clopidogrel) en estos pacientes produce un aumento de la mortalidad asociada a complicaciones de la patología cardiovascular de base, por ello se ha de reiniciar el tratamiento lo antes posible (30) (36) (37). Es recomendable en pacientes anticoagulados suspender los dicumarínicos (acenocumarol y warfarina) (30), y poner vitamina K si el paciente está estable o concentrados del complejo protombínicos (Protomplex) si el paciente está inestable, ya que su acción es inmediata (39).

Tras la endoscopia se inicia el tratamiento con IBP por vía EV si previamente no se ha hecho, ya que se reduce el riesgo de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad (30) (37). Los pacientes que hayan sufrido una HDA, al ser dados de alta han de tratarse con IBP durante la pauta farmacológica que establezca el médico, y aquellos que estén tratados con AAS o AINES el tratamiento será mantenido (36).

➤ Hemorragias digestivas altas varicosas

Los fármacos vasoconstrictores son de elección inmediata en este tipo de hemorragias, y hay que aplicarlos cuanto antes, bien en el traslado hacia el hospital o desde la llegada a urgencias (2) (5) (24) (25) (34) (40) (41):

- Terlipresina: Derivado de la vasopresina, es el fármaco de primera elección hoy en día, con resultados demostrados de la disminución de la mortalidad. Disminuye la presión venosa portal produciendo una vasoconstricción mantenida en el tiempo. Se administra en bolo EV (2mg > 70kg, 1mg < 50kg, 1,5mg entre 50-70 kg) y en perfusión continua (6mg/12h y 3mg/12h) diluido en SSF.
- Somatostatina: Es la segunda elección terapéutica, controla las hemorragias en un 75-90% de casos, generalmente actúa en los primeros 15 minutos de administrarlo. Posee una acción reductora

del flujo sanguíneo esplénico y la tensión portal. Tiene menores efectos secundarios que la vasopresina y no tiene las contraindicaciones de esta. Se administra directa en bolo EV (250µg) o en perfusión continua (250µg/h) diluida en SSF.

- Octreótido: Análogo sintético de la somatostatina, con similar eficacia y ventajas de esta. Inhibe la secreción pancreática, gástrica y de péptidos gastrointestinales, reduce la motilidad intestinal y el flujo sanguíneo esplácnico. Se administra el bolo EV (50-100µg) y perfusión continua (50µg/h) diluido en SSF, también puede administrarse por vía subcutánea.

Tratamiento endoscópico

Para poder realizar la endoscopia es imprescindible disponer de un lugar adecuado y de personal autorizado y entrenado para ello, médicos y enfermeros experimentados para la preparación y asistencia en la endoscopia terapéutica (31) (30) (37).

Tratamiento preendoscópico (5) (28) (30) (36) (38): Usar procinéticos (eritromicina y metoclopramida) por vía EV en pacientes seleccionados, ya que mejora el tránsito intestinal aumentando la velocidad del vaciado gástrico, la función de los esfínteres y puede aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia.

➤ Hemorragias digestivas altas no varicosas

En la úlcera péptica gastroduodenal el tratamiento endoscópico hemostático es el de elección, ya que reduce la recidiva hemorrágica y la necesidad de tratamiento quirúrgico (1) (31). Hay diferentes técnicas hemostáticas: coagulación, inyección y mecánicas (1) (8) (26) (42), que están indicadas en una hemorragia activa (“a chorro”), un vaso visible no sangrante o un coágulo adherido (2) (5) (24) (31) (30), pero no en lesiones de bajo riesgo (úlceras limpias o con mancha de hematina) (30) (36).

En otro tipo de lesiones como Mallory-Weiss, tumores, lesiones vasculares también puede emplearse el tratamiento endoscópico, aunque no esté establecido al completo su eficacia (31) (42).

- Inyección (1) (8) (31): Consiste en inyectar sustancias en la úlcera como la adrenalina diluida (1:10 000), polidocanol, alcohol absoluto, diluido en SSF o una combinación. La más utilizada es la inyección de adrenalina sola o asociada con polidocanol al 1%.
- Coagulación (1) (8): Se consigue coagular los tejidos aplicando calor, bien por métodos de contacto (electrocoagulación monopolar o bipolar) o sin contacto (láser Nd-YAG y coagulación con gas argón). Actualmente lo más utilizado es la electrocoagulación multipolar y la coagulación con gas argón por su menor riesgo de complicaciones (perforación).
- Mecánicas (1) (8) (31): Consiste en aplicar clips hemostáticos.

No se recomienda realizar una segunda endoscopia para observar los resultados del tratamiento y en caso de recidiva se recomienda un segundo intento de tratamiento endoscópico (30) (36).

➤ Hemorragias digestivas altas varicosas

La primera opción por menor riesgo de perforación y por su efectividad es la ligadura transendoscópica de las varices con bandas elásticas, como segunda opción está la esclerosis transendoscópica de las varices (2) (24) (35) (40) (43). Cuando fracasa el tratamiento farmacológico está indicado el taponamiento esofágico con la sonda balón de Sengstaken-Blakemore (terapia mecánica) (2) (24) (25) (40) (43).

Tratamiento quirúrgico

➤ Hemorragias digestivas altas no varicosas

Está indicada la cirugía en hemorragias masivas, en hemorragias arteriales activas que no se controlan con tratamiento endoscópico (2) (8) (24)

(25) (26) (31) y en aquellas que se acompañan de una perforación u obstrucción (2) (24) (25).

Cuando el tratamiento endoscópico fracasa se valora la necesidad de cirugía (8) (26) (31) (36) (37). La embolización arterial percutánea es una alternativa al tratamiento endoscópico en pacientes de alto riesgo quirúrgico (28) (36) (37).

➤ Hemorragias digestivas altas varicosas

Si los tratamientos endoscópicos no son efectivos se realiza una derivación portosistémica percutánea intrahepática o TIPSS, mediante la colocación de stent por vía transyugular, en la cual se comunica la vena porta con la suprahepática para que disminuya la presión portal y las varices se desinflen (2) (24) (35).

Actuación enfermera

La actuación que debe llevar a cabo una enfermera y el equipo sanitario de urgencias y emergencias en esta serie de complicaciones va a depender de la gravedad del paciente.

La enfermera junto con el médico es la encargada de confirmar la presencia de la HDA, valorar la repercusión hemodinámica en el paciente y si coexisten factores agravantes. Para ello se realiza (2) (24) (25) (28) (44) (45):

- **Anamnesis o historia clínica:** La forma de presentación de la HDA (hematemesis, melena o hematoquecia), el tiempo de sangrado que nos sugiere la gravedad, los síntomas previos que ha podido presentar (epixtasis, dispepsia, pirosis, dolor abdominal, vómitos, náuseas, tos, ictericia, etc), los antecedentes personales (edad, enfermedades previas y antecedentes de HDA), los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco u otras drogas) y la ingesta de fármacos (en especial de aquellos que favorezcan el sangrado, como los AINES y antiagregantes). En ningún caso la

historia clínica sola del paciente nos va a determinar cuál es el origen de la hemorragia.

- **Exploración física:** Los valores tras la toma de las constantes como la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (Fc), nos indican la gravedad hemodinámica del paciente (*tabla 2*). Seguidamente se comprueba si hay un cambio significativo de estas dos con la prueba del ortostatismo o “tilt test” (cambio de decúbito a sedestación o bipedestación), si una disminución de la PA es superior a 10 mmHg o un aumento de la Fc es superior a 20 lat/min indica una pérdida sanguínea importante (>20%). Al explorar al paciente se puede observar palidez de la piel y mucosas, sudoración, alteración del nivel de conciencia, estigmas de hepatopatía crónica (arañas vasculares, eritema palmar, circulación venosa colateral, ascitis, hepatoesplenomegalia), equimosis o petequias que nos indicarían enfermedad hematológica de base. La exploración abdominal es importante porque detecta las zonas dolorosas, masas abdominales, oleada ascítica, aumento del peristaltismo intestinal. Realizar un tacto rectal, para confirmar la presencia de melenas y valorar el estado hemodinámico del paciente al inicio y cada cierto tiempo, ya que puede cambiar. El objetivo de la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es confirmar la hemorragia digestiva y puede facilitar el diagnóstico endoscópico al disminuir la cantidad de sangre en el estómago. El uso debe ser individualizado en cada paciente, ya que un aspirado normal no excluye del diagnóstico y puede causar traumatismos al ponerla. Los enemas son eficaces para valorar la última porción del intestino y confirmar la HDA, sobre todo en casos en los que la ampolla rectal está vacía o aún no ha dado tiempo a que las heces aparezcan en forma de melena.

La actuación prioritaria en el caso de una HDA grave, donde la vida del paciente está comprometida, es aplicar un tratamiento de urgencia. Este consiste en estabilizar hemodinámicamente al paciente (2) (8) (10) (25) (31) (40) mediante: la protección de la vía aérea y administración de O₂, la monitorización del paciente, la realización de técnicas enfermeras como el sondaje nasogástrico, la canalización de dos vías periféricas y posterior extracción de sangre, el sondaje vesical, la reposición de la volemia y administración del tratamiento farmacológico. Más tarde, cuando el paciente ya no corra peligro se completa la exploración física y la historia clínica.

Las maniobras de reanimación se hacen en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), si bien el paciente demanda ayuda llamando al 112, o por el contrario en urgencias hospitalarias si este acude allí directamente.

Una vez estabilizado el paciente, se traslada la UME hacia el hospital. El papel del enfermero en los traslados es complejo, por el control exhaustivo de los pacientes en estado crítico que hay que llevar, por la monitorización y el aparataje electrónico, por los parámetros a tener en cuenta y la vigilancia de las incidencias que puedan surgir durante el transcurso del viaje (46). Más tarde, se procederá a realizar ya en el hospital la gastroscopia, donde la enfermera adquiere un papel fundamental colaborando con el médico, para completar así el diagnóstico.

Los tres pilares fundamentales tras la estabilización hemodinámica son el tratamiento médico-farmacológico, endoscópico y quirúrgico (8). Es importante que una vez terminado el trabajo y el paciente no corra peligro, la enfermera registre todas las actuaciones y técnicas realizadas en la historia de enfermería (10) (19).

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda de información

Se realiza una búsqueda bibliográfica en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo del 2015, por vía electrónica en las diferentes bases de datos como son: Medline, Dialnet, Dialnet Plus, SciELO, CUIDEN, MEDES, ELSEVIER; y en el motor de búsqueda Google Académico y la página web Fisterra.

- ✚ **Medline:** Es la base de datos bibliográfica médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, que proporciona los documentos en inglés. De esta base de datos se han elegido seis artículos por su relevancia, buscados a través de palabras clave como *upper gastrointestinal bleeding, epinephrine injection, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, endoscopic*.
- ✚ **Dialnet:** Es una base de datos bibliográfica científica de acceso libre, creada por la Universidad de la Rioja y que constituye una hemeroteca virtual. De esta base de datos se han elegido cinco artículos, buscados a través de términos libres como *prácticas de enfermería en la hemorragia digestiva alta, mortalidad hemorragia digestiva, hematemesis de urgencia, enfermería en el tratamiento de la hemorragia digestiva*.
- ✚ **Dialnet Plus:** Es la versión avanzada de Dialnet, que ofrece unos servicios avanzados y personalizados de valor añadido. Los artículos seleccionados han sido dos, buscados mediante los términos libres: *historia de la enfermería en la endoscopia digestiva y consumo de AINES*.
- ✚ **SciELO:** Es una base de datos bibliográfica que proporciona un acceso completo a una serie de revistas científicas en castellano, con la participación de ocho países diferentes (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, Portugal y Venezuela) y en desarrollo de otros cinco (Costa Rica, México, Paraguay, Perú y Uruguay). En esta

base de datos se ha utilizado el operador booleano AND.

De la base de datos Scielo España se ha seleccionado un artículo a través de palabras clave como *efectos AND antiinflamatorio*; también se han obtenido de Scielo Perú dos artículos mediante palabras clave como *epidemiología AND hemorragia y hemorragias AND varices*. Por último, de Scielo Cuba se ha cogido un artículo de interés buscado a través de las palabras *sangramiento AND digestivo AND alto*.

- ✚ **Medes:** Es una base de datos bibliográfica de acceso gratuito, que ofrece documentación científica de revistas biomédicas en español. El término libre *HDA* introducido en esta base de datos, nos ha ofrecido un total de 19 artículos, de los cuales hemos elegido por su interés dos.
- ✚ **Elsevier:** Es la mayor editorial de libros de medicina y literatura científica del mundo. Es una base de datos bibliográfica científica. La búsqueda de los cinco artículos escogidos, se ha hecho a través de las siguientes palabras clave: *tratamiento de la hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva alta, hipertensión portal, enfermero y la endoscopia alta*.
- ✚ **Cuiden:** Es una base de datos científica de la Fundación Index sobre los cuidados de salud, proporciona artículos de revistas, libros, monografías y otros documentos. La mayor parte de la bibliografía que ofrece es en español. De esta base de datos se han obtenido cinco artículos, buscados a través de términos libres como *HDA, enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva, enfermería en pacientes con hemorragia digestiva*.
- ✚ **Google Académico:** Es un motor de búsqueda que ha desarrollado Google, permitiendo buscar una bibliografía especializada. Es de acceso libre, gratuito y en castellano. A través de palabras como *hemorragia digestiva alta-SEMES, enfermería en la hemorragia digestiva, comportamiento hemorragia digestiva, hemorragia digestiva alta en urgencias, clasificación de Forrest*, se han buscado diferentes artículos relacionados con el la revisión bibliográfica y se han seleccionado un total de seis.

✚ **Fisterra:** Es un portal de salud médico que ofrece información científica y acceso a bases de datos y guías clínicas. Se han obtenido tres guías clínicas.

Para poder llevar a cabo toda esta búsqueda se introdujeron diferentes términos DeCS y MeSH, y se utilizaron diferentes operadores booleanos (“AND”, “OR” y “NOT”), en las bases de datos empleadas. Todos los términos están relacionados con el tema a estudiar.

Proceso de selección de artículos

Para poder realizar el trabajo se han empleado artículos de investigación, guías asistenciales sanitarias, protocolos y libros científicos; han sido impresos individualmente y revisados para su posterior eliminación de aquellos que no sirvieran. Se ha obtenido información tanto de fuentes primarias como de secundarias. Todos ellos cumplen una serie de criterios:

- **Criterios de inclusión:**
 - Trabajos de investigación de las hemorragias digestivas altas en seres humanos.
 - Trabajos científicos publicados en inglés y español.
 - Artículos científicos donde se incluyen grupos de edad adulta, ya que esta complicación se observa con mayor frecuencia en pacientes de avanzada edad.
 - Trabajos científicos sobre la HDA comprendidos desde el año 2001 hasta 2014, a excepción de uno por su relevancia y significación.
 - Guías clínicas y libros científicos de consulta.

- **Criterios de exclusión:**
 - Artículos científicos en los que se trata las hemorragias digestivas bajas.
 - Trabajos de investigación veterinaria en la HDA.

Tras la búsqueda hecha en las bases de datos, el total de artículos seleccionados fueron 52. Toda la información recogida se analiza y se valora, eliminando aquellos artículos repetidos y que no cumplían los criterios de inclusión, por lo tanto, se emplearon en la revisión bibliográfica un total de 35.

DISCUSIÓN

Tras analizar la bibliografía utilizada en este trabajo, hay diversas opiniones sobre las actuaciones que hay que llevar a cabo en el caso de que un paciente presente una HDA. *Anexo IV, anexo V, anexo VI*. Se plantea una comparación entre ellas.

Según Luna Chinchilla MD, Delgado Figueras C (40), los pasos que hay que seguir para establecer un diagnóstico de HDA son: 1) confirmar la hemorragia, 2) valorar la cuantía de sangre perdida y 3) averiguar si la hemorragia es activa. Sin embargo hay discrepancias en el orden de acción, donde Feu F et al. (31) dice que la evaluación inicial consiste en primer lugar, en realizar una anamnesis, en segundo lugar se debe confirmar la hemorragia y evaluar su actividad, y por último realizar la evaluación hemodinámica del paciente.

Hay que destacar, que siempre será la situación clínica en la que se encuentre el paciente la que determine el orden de actuación. Es decir, si el enfermo se encuentra en una situación óptima, se puede realizar una anamnesis y exploración clínica detallada, posteriormente se confirma y valora la hemorragia y su actividad. Por el contrario, si la hemorragia es masiva y provoca un shock hipovolémico, el paciente no va a poder dar información, poniendo en peligro su vida. En estos casos, sería necesario comenzar con las maniobras de reanimación (26) (40).

Las guías o manuales de actuación en urgencias y emergencias extrahospitalarias de las diferentes comunidades autónomas españolas, analizadas en esta revisión bibliográfica (Castilla y León (47), Castilla-La Mancha (48), Madrid (49), Andalucía (50) y Murcia (51)), recomiendan al personal sanitario de emergencias extrahospitalarias, llevar a cabo una serie de pasos en su actuación.

El objetivo de las guías de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Murcia es el mismo, llevar a cabo una actitud diagnóstica y terapéutica, explicada más adelante.

Según Rodríguez Hernández I (19) es importante que el personal enfermero informe al paciente de cualquier técnica que se le vaya a realizar. Muchos de los estudios científicos analizados comparten la opinión de que las actuaciones iniciales llevadas a cabo en una HDA grave son el tratamiento de urgencia (1) (5) (8) (10) (28) (30) (31) (36) (37) (45), es decir, la estabilización hemodinámica del paciente. *Anexo IV*. Mantienen la misma idea las Guías de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Murcia, y es que, es más importante mantener la estabilidad hemodinámica que historiar y diagnosticar. Sin embargo, como bien se ha citado anteriormente, la situación clínica es la que va a determinar las prioridades de actuación que hay que llevar a cabo.

Actitud diagnóstica: Todas las guías mencionadas en nuestra comparación (47) (48) (49) (50) (51) y diversas evidencias científicas encontradas (2) (14) (24) (25) (31) (40) (45), comparten la opinión de que hay que llevar a cabo una anamnesis minuciosa donde se recoja información sobre los antecedentes personales (hábitos tóxicos, alergias a fármacos, comorbilidades, antecedentes digestivos y episodios previos de HDA), la ingesta de fármacos, alimentos y la descripción del sangrado (presencia de hematemesis, melenas o hematoquecia, tiempo que ha transcurrido desde el inicio y síntomas presentados). También hay que realizar una exploración física, aportando información sobre el aspecto general del paciente (coloración de la piel y mucosas, estigmas de hepatopatía crónica, exploración abdominal y tacto rectal, signos de hipoperfusión) y el nivel de conciencia.

Actitud terapéutica: Al comparar las diversas Guías de actuación (47) (48) (49) (50) (51), la única diferencia apenas significativa obtenida es, el orden en el que se llevan a cabo las técnicas, aunque estas deben de realizarse prácticamente de manera simultánea. *Anexo VII*. Los cuidados que lleva a cabo una enfermera en el manejo extrahospitalario son:

- Colocar al paciente en decúbito o posición de Trendelenburg si está en shock (26) (52) (48) (47) y decúbito lateral izquierdo si vomita para evitar la aspiración (24) (25) (49).
- Canalización de dos vías venosas periféricas de grueso calibre (14 ó 16 G), para reponer líquidos y administrar tratamiento farmacológico si fuera necesario, y la toma de constantes (1) (8) (10) (24) (45) (49) (50). En caso de inestabilidad hemodinámica se valora la canalización de una vía venosa central para medir la presión venosa (1) (25) (26) (48).
- Realizar una extracción de muestra sanguínea completa (hemograma, bioquímica y coagulación), antes de la reposición de líquidos, para que los valores de la analítica no salgan alterados (48).
- Se evalúa el grado de repercusión hemodinámica del paciente (*tabla 2*), midiendo la PA, Fc y valorando signos y síntomas que comprometan su estado (2) (24) (25). Es necesario el control y la monitorización de las constantes (PA, Fc, saturación O₂) (8) (10) (26) (31), para ver si se producen cambios según vaya avanzando el tiempo.
- Inicialmente, se repone la volemia con soluciones cristaloides (SSF o Ringer Lactato (48) (49). El Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencia (47) refiere la mayor utilización de coloides en las hemorragias graves o por rotura de VE (hay menor riesgo de edema), y más cristaloides en las leves o de causa no varicosa. En la HDA por VE se recomienda utilizar con cautela los expansores plasmáticos y concentrados de hematíes, ya que una excesiva reposición de líquidos podría producir un efecto de rebote aumentando la presión portal y con ello el riesgo de recidiva (5) (49).
- Administrar oxigenoterapia a alto flujo en el caso de shock (24) (25), mediante gafas nasales, para evitar una aspiración en el caso de producirse un vómito. En el resto de los casos valorar (47).
- Valorar la permeabilidad de la vía aérea, si hay un deterioro del nivel de conciencia o una depresión respiratoria se procede a la intubación orotraqueal, la cual realizará el médico (34) (35) (51) (50).
- La colocación de una SNG tiene muchas controversias en la actualidad. En muchos casos no se recomienda el sondaje nasogástrico para así evitar lesiones, ya que no confirma al 100% el diagnóstico de HDA (24)

(25) y sin embargo otros estudios recomiendan el sondaje porque predicen la recidiva hemorrágica o la necesidad de endoscopia precoz tras un aspirado de sangre roja y evita la broncoaspiración (51) (53) (54). Según Villanueva C, Hervás AJ (26) y Luna Chinchilla MD, Delgado Figueras C (40) los lavados con suero frío están contraindicados por su ineficacia y el riesgo que causa al paciente, mientras que, el Manual de Procedimientos de Enfermería SUMMA 112 (49) y la Guía Asistencial URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (48) recomiendan la realización de lavados, para controlar las posibles recidivas detectando sangre oscura o roja y si la hemorragia es activa o no.

- Se valora la colocación de una sonda uretral, con ella se controla la diuresis del paciente y así se evita producir una situación de colapso circulatorio (40) (47) (48) (49) (50) (51).
- Proporcionar al paciente y a los familiares especial atención emocional, para atenuar el estado de nervios y el miedo (49).
- Mantener al paciente en reposo absoluto y suprimir cualquier ingesta oral (49), dejándolo al menos las primeras 24 horas en dieta absoluta, por si fuera necesario realizar una nueva endoscopia (1) (8) (10) (28).
- Muchas de las evidencias científicas analizadas en esta revisión bibliográfica comparten la idea de que es recomendable reservar de dos a cuatro concentrados de hematíes, para realizar transfusiones si fuese necesario (2) (24) (25). Es decir, cuando los parámetros del hematocrito estén por debajo del 25% o la hemoglobina sea < 8 g/dL (1) (8) (31). Es imprescindible realizar pruebas cruzadas antes de transfundir, a excepción de hemorragias masivas, que entonces se realizará de forma urgente (con sangre isogrupo) (1) (2) (8) (10) (25) (31) (45).
- Administración del tratamiento farmacológico, prescrito por el facultativo (47) (48) (50) (49) (51).

Es importante corregir los trastornos de la coagulación en aquellos pacientes que estén tratados con anticoagulantes (36), si bien el INR supera los niveles terapéuticos se corrige con plasma fresco o con concentrados de factores protombínicos (rápida acción terapéutica, en menos de 30 min) cuando

la hemorragia sea activa e inestable, y administrando vitamina k cuando esta no esté activa (30).

Las Guías de Castilla y León (47), Castilla-La Mancha (48), Madrid (49) y Andalucía (50) explican que el transporte del paciente al hospital, debe hacerse en la UME, una vez que esté estabilizado, ya que esta ambulancia está totalmente equipada para aplicar medidas de soporte vital avanzado, cuidados intensivos y posibilitar la práctica de cirugía. El personal acompañante será el mismo que atiende las urgencias, dos técnicos en transporte sanitario, una enfermera y un médico.

Los pacientes con shock hipovolémico deberán ingresar en la unidad de cuidados intensivos (1) (26) (50), y aquellos sin repercusión hemodinámica permanecerán en el área de observación del servicio de urgencias (25) (40).

Feu F et al. (31) y Piqué JM (32) coinciden en que es recomendable realizar la gastroscopia en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario. *Anexo VI*.

Gallach M et al. (30), Lanas A et al. (36) y Villanueva C, Hervás AJ (26) afirman que es necesario disponer de personal enfermero cualificado para colaborar en la realización de las endoscopias.

El personal de enfermería lleva a cabo la preparación del paciente antes, durante y después de realizar la gastroscopia (42) (55) (56), encargándose de:

- La preparación de la sala de endoscopias, cumpliendo que todo el material esté en perfecto estado y funcione correctamente, y tener a mano cualquier material o fármacos necesarios ante actuaciones emergentes.
- Recoger la historia clínica del paciente y observar datos de interés: fármacos administrados hasta el momento, datos del estado hemodinámico del paciente, alergias, etc.
- Comprobar que el consentimiento está firmado por el paciente o algún familiar.
- Situar al paciente en la cama en decúbito lateral izquierdo, con la cabeza flexionada hacia el pecho.

- Monitorizar las constantes del paciente (Fc, TA, saturación de O₂).
- Comprobar que se dispone de una vía venosa para administrar fármacos, fluidos o hemoderivados si el paciente lo precisara.
- Administrar oxigenoterapia en todos los pacientes, en especial aquellos que se estén sedados.
- Mantener estable el endoscopio durante las técnicas endoscópicas y proporcionar al endoscopista cualquier material que necesite.
- Registrar en la historia clínica el estado hemodinámico durante la exploración, la dosis administrada de medicación y el tratamiento realizado.

Tras intentar llevar a cabo una búsqueda de todas las Guías Asistenciales o Manuales de Urgencias y Emergencias de las diferentes Comunidades Autónomas españolas, para realizar una comparación de la asistencia enfermera en la HDA, no ha sido posible. Aunque han sido solicitadas en las Gerencias de Sanidad, estas no han querido participar en el trabajo. Es por ello que, solo comparamos la actuación enfermera que se lleva a cabo ante una HDA en Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía y Murcia. Otras comunidades como Cataluña y Galicia, tienen guías propias de las emergencias sanitarias, pero no las incluimos por su falta de información en las hemorragias digestivas altas.

Con la comparativa realizada de la actuación en emergencias ante una HDA en diferentes comunidades autónomas, se aprecian discrepancias en ciertas actividades al igual que coincidencias en su mayoría. Sin embargo, se deberían resaltar algunas actuaciones enfermeras de gran importancia que apenas han sido nombradas en las guías, como la atención personal al paciente y a los familiares, ya que es el personal de enfermería un pilar fundamental en sus vidas y con el que mayor tiempo están en contacto. *Anexo VII*. La unión de todas las actividades complementándose simultáneamente haría posible la creación de una guía asistencial en emergencias, unificada y más completa.

Considero que se debería unificar un mismo protocolo de actuación en la HDA para todas las comunidades, y que aparezca en una única Guía de Urgencias y Emergencias Extrahospitalaria. Esto daría facilidades a todo el personal enfermero, tanto en las acciones llevadas a cabo como en el tiempo empleado, otorgándole al paciente unos cuidados mejores.

CONCLUSIONES

- La hemorragia digestiva alta es la complicación gastroenterológica más grave y requiere de una actuación de urgencia.
- En este grupo de hemorragias, la etiología que con mayor frecuencia suele darse es la de origen ulceroso, y la de mayor gravedad por comprometer el estado hemodinámico del paciente es la HDA por rotura de VE. Por lo tanto, una correcta y rápida valoración inicial del paciente permite identificar la HDA, y aplicar así un tratamiento terapéutico adecuado a su situación. Los cuidados de enfermería aplicados se determinan por el estado en el que se encuentra el paciente.
- Factores de riesgo como el consumo de AINES, AAS, alcohol, café y tabaco, contribuyen a la formación de úlceras pépticas. Por lo que, llevar una vida evitando los hábitos tóxicos y protegiendo el estómago con IBP es lo ideal para evitar complicaciones de HDA.
- El método diagnóstico-terapéutico de elección es la endoscopia digestiva alta. Las complicaciones que pueden presentarse en las gastroscopias hace necesaria la presencia de personal de enfermería cualificado.
- El personal sanitario de emergencias extrahospitalarias se centrará en la estabilización hemodinámica del paciente, en función de su gravedad. Es más importante que diagnosticar el tipo de hemorragia.
- La enfermera en su actuación tiene que ser organizada, aséptica y registrar cada acto llevado a cabo. Al igual que informar al paciente de cada técnica a realizar.

- Los primeros pasos que se llevan a cabo en una HDA son la actitud diagnóstica y terapéutica.
- La colocación de una SNG ni confirma ni excluye la HDA, al observar si su aspirado es claro o con sangre. La controversia reflejada en los diferentes estudios científicos acerca de su utilización, no deja claro el uso de esta ante una hemorragia digestiva alta..
- Los fármacos de primera elección utilizados en la HDA por úlcera péptica son los IBP, y en la rotura de VE la somatostatina, aunque de mayor eficacia es la terlipresina, pero menos utilizada por su elevado coste económico. El personal de enfermería debe conocer la posología, farmacocinética y farmacodinamia de cada tratamiento farmacológico empleado.

Es necesario unificar criterios y crear protocolos únicos de las hemorragias digestivas altas, para mejorar la calidad asistencial, disminuir el tiempo de estancia, los costes sanitarios y facilitarle al personal de enfermería la actuación específica que tiene que llevar a cabo en cada situación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Manuel Cuervas-Mons Finat por ser mi tutor en la realización de este trabajo, por el apoyo depositado en mí, la disponibilidad ofrecida y confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saperas E. Capítulo 27: Hemorragia gastrointestinal. In Rozman C. Medicina Interna (Farreras-Rozman). 17th ed. Barcelona: Elsevier España, S. L; 2012. p. 225-232.
2. Jiménez L, Montero FJ. MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
3. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vías Clínicas en Urgencias: Hemorragia digestiva. Madrid: Edicomplet; 2008.
4. Hervás J, Escalera EJ. Historia de la endoscopia digestiva. *Enferm Integral*. 2006; (73): 10-14.
5. Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Madrid: JARPYO EDITORES, S. A; 2010.
6. Villalba YE, Brest I, Stepanenko LV, Franco PG. Hemorragia digestiva alta no varicial: tratamiento farmacológico en la urgencia. *Rev posgrado Via Cátedra Med*. 2008; (185): 18-20.
7. Rego J, Leyva C, Pérez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm*. 2007; 41(3).
8. Hervás J, Escalera EJ. Revisión de enfermería: Principios y prácticas ante la hemorragia digestiva alta. *Enferm Integral*. 2005; (69): 9-15.
9. Marco M, Salinas A. Actuación de enfermería ante el paciente con hemorragia digestiva alta (HDA). *Revista enfermería de urgencias [Internet]*; 2003 [acceso 3 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.enferurg.com/articulos/hda.htm>.
10. Ferrite I, Ayza I, Alonso S, Saurina M, Canari X, Caus F. 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]* 2010 [acceso 20 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina5.html>.
11. Ángeles A, Nuevo J, López A, González Á, Martín C, Aviñoa D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2012; 35(7): 468-475.
12. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2013.
13. Paulsen F, Waschke J, Sobotta. Atlas de anatomía humana: órganos internos. 23ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2012.
14. Martínez JL, Calleja JL. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. *Emergencias*. 2005; 17(4): 1050-1054.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en España durante el periodo 2000-2012. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2014. Informe de utilización de medicamentos U/AIN/V1/15012014.
16. Loza E. AINEs en la práctica clínica: lo que hay que saber. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35(3): 88-95.

17. Lanás Á. Efectos secundarios gastrointestinales por antiinflamatorios no esteroideos y costes en el Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna*. 2001; 18(11): 561-563.
18. García R. Guía clínica: AINES Y GASTROPROTECCIÓN [Internet]. 2013 [acceso 24 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/aines-gastroproteccion/>.
19. Rodríguez I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enferm Global*. 2011; 10(22).
20. Álvarez-Ibáñez C, Guerra-García M. Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. *Aten Primaria*. 2012; 44(8): 478-484.
21. Ichyanagui CE. Epidemiología de la hemorragia digestiva. *Acta Med Per*. 2006; 23(3).
22. Rodiles F, López FJ. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO. *Archivo Médico de Camagüey*. 2004; 8(6).
23. Herrera JM, De La Rosa M, Rodríguez CA, Martín AS, Torres C. La intervención psicosocial con pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA). *Trab Soc y Salud*. 2008; (59): 203-218.
24. Montero FJ. Manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. *Emergencias*. 2002; (14): S19-S27.
25. Montero FJ. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. *Emergencias*. 2005; (17): S40-S49.
26. Villanueva C, Hervás AJ. Capítulo 4: hematemesis y melenas. In Montoro MA, García C. *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica*. 2ª ed. Madrid: Jarpuyo Editores; 2012. p. 61-80.
27. Morgan A, Clamp S. O.M.G.E. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-82. *Scand J Gastroenterol*. 1984; (19): 41-58.
28. Valcárcel MÁ, Alvela L, Matesanz M, Iñiguez I, Rubal D, Rigueiro MT. Guía clínica de la hemorragia digestiva alta [Internet]. 2014 [acceso 24 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hemorragia-digestiva-alta-hda/>.
29. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert J, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*. 2004; (126): 441-50.
30. Gallach M, Calvet X, Lanás Á, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias*. 2013; 25(6): 472-481.
31. Feu F, Brullet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, Panadès A, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2003; 26(2): 70-85.
32. Piqué JM. Introducción. Puntos clave en el abordaje de la hemorragia digestiva alta. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31(Supl 2): 1-4.
33. Cortés PA. Clasificación de Forrest. *Gastroenterol latinoam*. 2010; 21(1): 59-62.
34. Bosch J, Abalde JG, Albillos A, Aracil C, Bañares R, Berzigotti A, et al. Hipertensión portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*. 2012; 35(6): 421-450.

35. Rivas MJ, Rubal D, López MJ, Ventura P, Piñeiro JC. Guía clínica de las varices esofagogástricas [Internet]. 2012 [acceso 24 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/varices-esofagicas/>.
36. Lanas Á, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A, et al. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Med Clin*. 2010; 135(13): 608-616.
37. Calvet X, Almela P. Capítulo 9: Hemorragia digestiva alta. In Ponce J. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª ed.: AEG; 2011. 97-107.
38. Greenspoon J, Barkun A, Bardou M, Chiba N, Leontiadis G, Marshall Jea. International Consensus on Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. Management of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;(10): 234-9.
39. Fernández B, Canales MJ, Pachón L, Pachón A, Galindo P, Moreno M, et al. VADEMECUM. Madrid: VBM Medica Spain, S.A; 2012.
40. Luna MD, Delgado C. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en SCCU. *Revista científica de la SEEUE*. 2009; (8).
41. Villa LF. MEDIMECUM: guía de terapia farmacológica. 17ª ed. España: Adis; 2012.
42. Gomez F, Margaix L, Rubio A, Zaragoza R. Hemorragia digestiva alta: Tratamiento endoscópico. *Enfermería Integral*. 2010; (91): 68-71.
43. Velásquez H. Hemorragia digestiva por varices esófago-gástricas. *Acta Med Per*. 2006; 23(3).
44. Barkun A, Bardou M, Marshall J, Group NUGBCC. Consensus recommendations for managing patient with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2003; 139(10): 843-57.
45. Vázquez M, Casal J. Guía de actuación en Urgencias. 3ª ed: Ofelmaga S.L.
46. Jiménez MF, Valero E. El traslado interhospitalario de un paciente con hemorragia digestiva por varices esofágicas. *Enferm Clin*. 2011; 21(5): 284-287.
47. Gerencia de Emergencias Sanitarias Castilla y León. Sacyl. Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencia Valladolid: Gráficas Andrés Martín, S.L; 2007.
48. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM. Guía Asistencial URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. 2ª ed: Grafox, S.L; 2014.
49. Abad F, Abejón R, Álvarez N, Amigo AI, Anguita MI, de Andrés J, et al. Manual y Procedimientos de Enfermería SUMMA 112. Madrid.
50. Agustín A, Álvarez JM, Artacho A, Barbudo J, Barrera JM, Benítez A, et al. Protocolos de Urgencias y Emergencias más Frecuentes en el Adulto: Servicio Andaluz de Salud.
51. Abdeljabbar P, Albacete GM, Alcaraz C, Álvarez PM, Arango M, Armero ML, et al. Guías Clínicas de Actuación en Urgencias. 1ª ed. Murcia: Pictografía, S.L; 2012.
52. Ballesteros S, Rodríguez A. Efectos de la posición de Trendelenburg sobre el estado hemodinámico: una revisión sistemática. *Emergencias*. 2012; 24: 143-150.
53. Barkun A, Bardou M, Kuipers E, Sung J, Hunt R, Martel M. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.

Ann Intern Med. 2010; 152: 101-13.

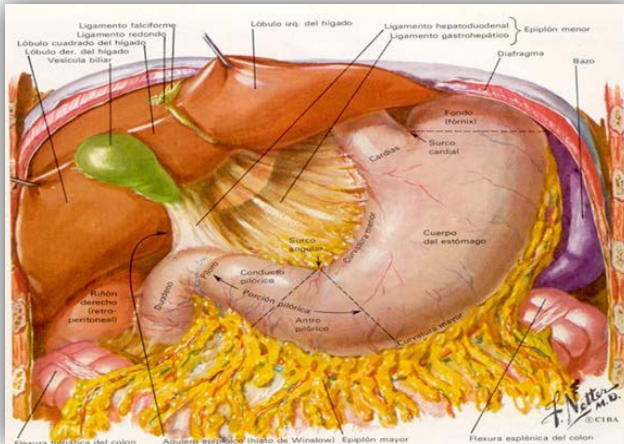
54. Barkun A, Chiba N, Marshall J, Armstrong D, Sabbah S. Use of a national endoscopic database to determine the adoption of emerging pharmacological and endoscopic technologies in the everyday care of patients with upper GI bleeding: the RUGBE initiative. Am J Gastroenterol. 2001; 96.
55. Gómez M, Llach J. Papel de la enfermera en la endoscopia digestiva. Gastroenterol y Hepatol. 2009 Enero; 32(1): 44-47.
56. Hernández E, Campo R. Actuación de la enfermería en la endoscopia digestiva alta y terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta no varicosa [Internet]. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología [acceso 6 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/04 PE Hemorragia digestiva alta no varicosa.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/04_PE_Hemorragia_digestiva_alta_no_varicosa.pdf).
57. Netter FH. Atlas de anatomía humana. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2011.

ANEXOS

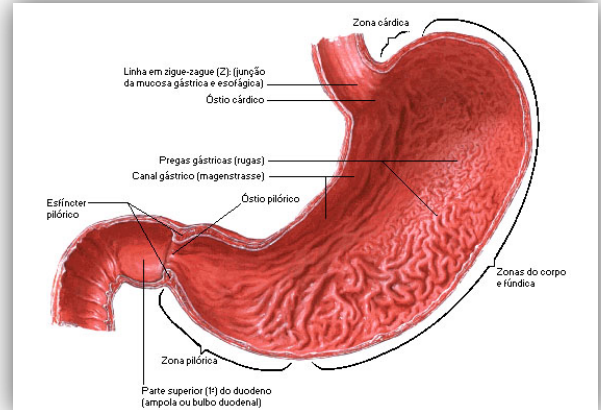
ANEXO I: El estómago in situ

ANEXO II: La mucosa del estómago

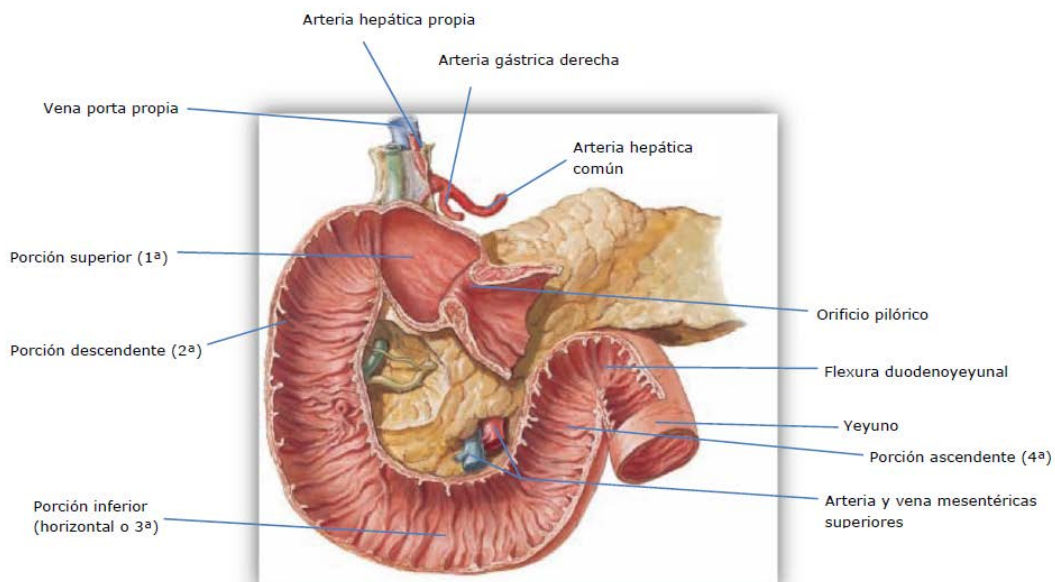
ANEXO III: La mucosa y musculatura del duodeno



Anexo 1: Estómago in situ (57).

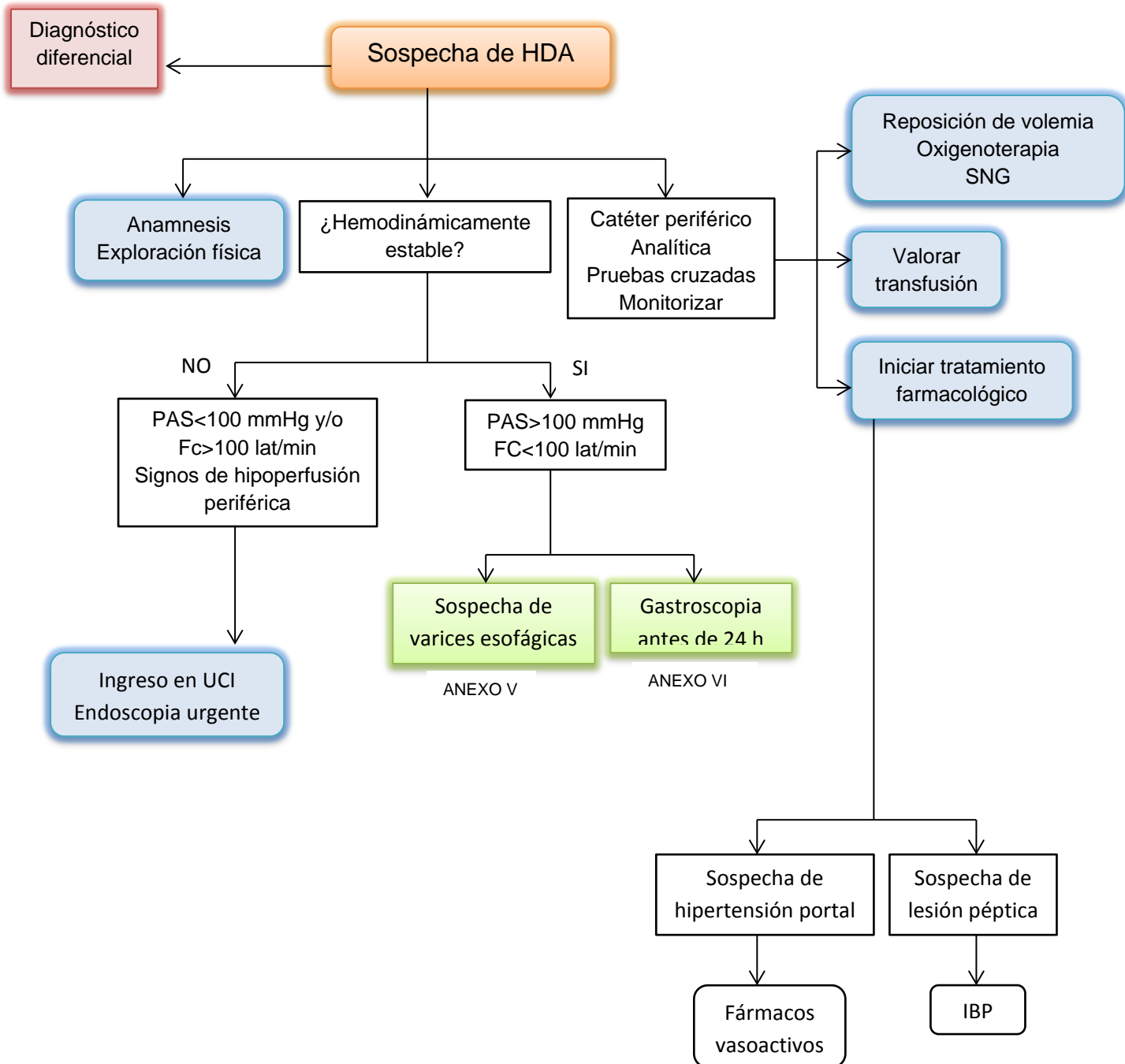


Anexo 2: Mucosa del estómago (57).



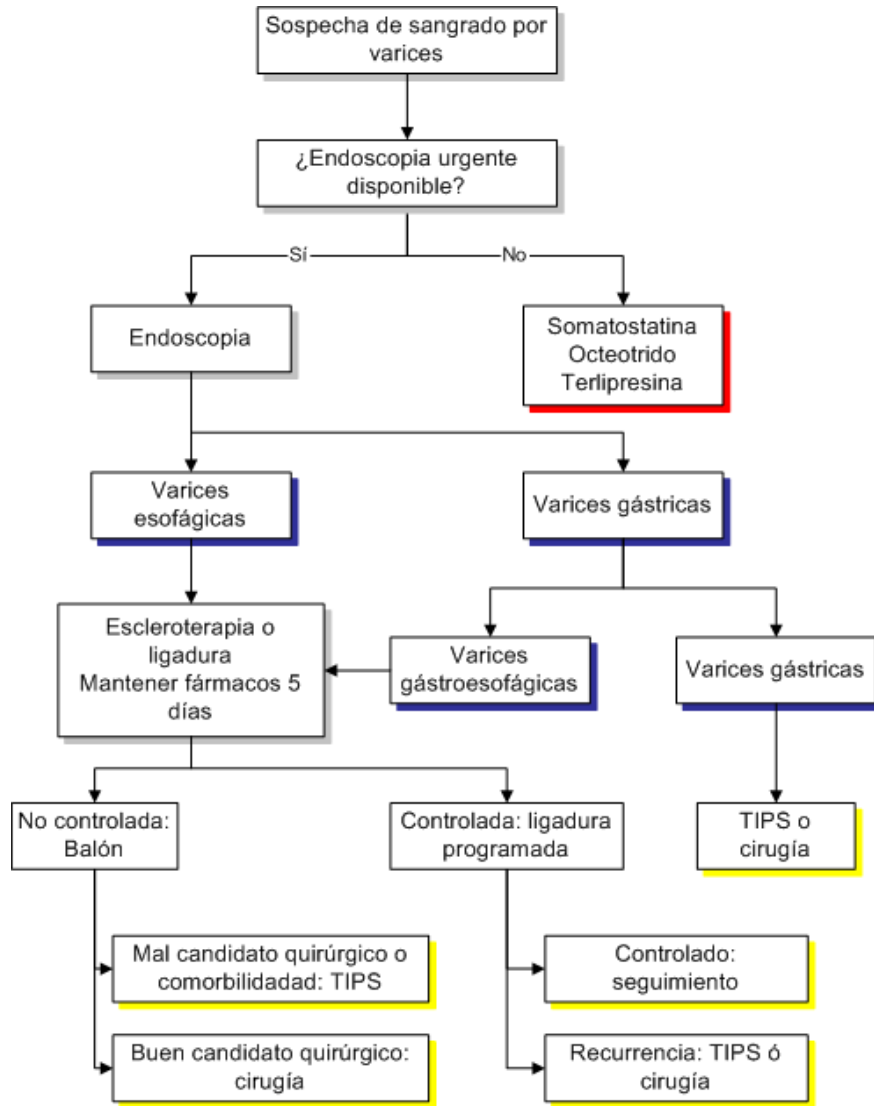
Anexo 3: Mucosa y musculatura del duodeno (56).

ANEXO IV: Algoritmo del manejo de la HDA
(5) (28)

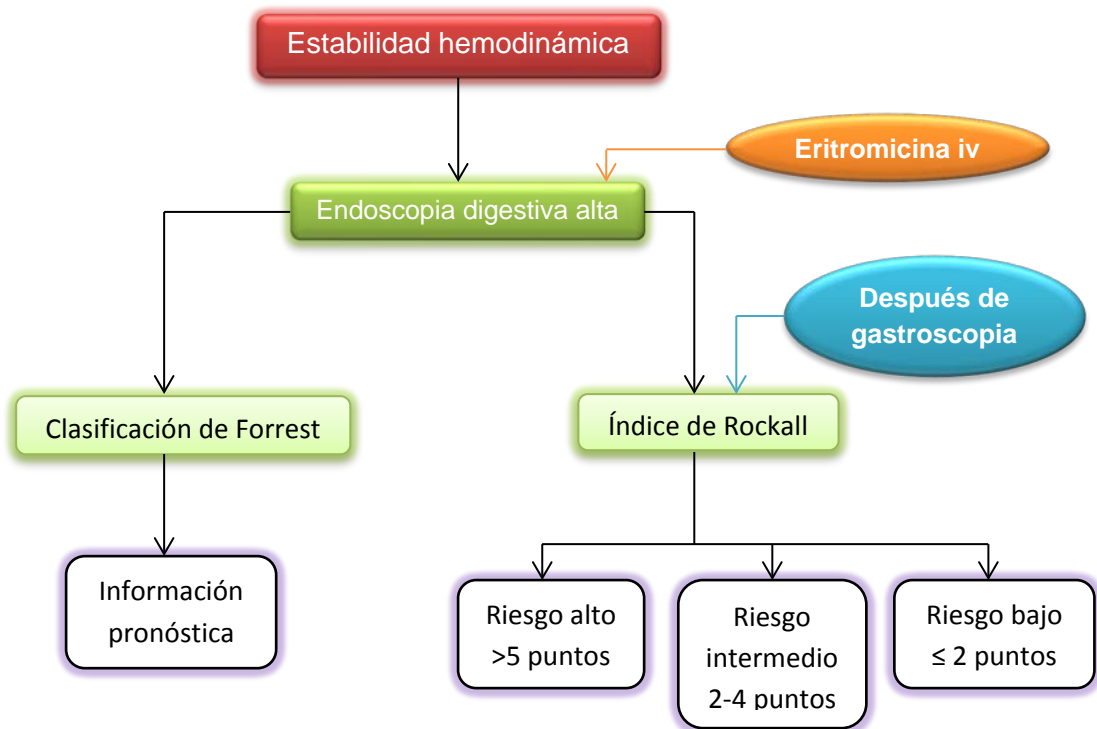


ANEXO V: Algoritmo de la HDA por VE

<https://medicinainterna.wikispaces.com/Hemorragia+Digestiva>



ANEXO VI: Algoritmo del examen endoscópico
(5)



ANEXO VII: Cuadro comparativo sobre la actuación llevada a cabo en una HDA en las emergencias extrahospitalarias de cinco comunidades autónomas.

ACTUACIÓN	COMUNIDADES AUTÓNOMAS				
	Castilla y León	Castila-La Mancha	Madrid	Andalucía	Murcia
Anamnesis y exploración física	La guía explica correctamente como se lleva a cabo.	La guía explica correctamente como se lleva a cabo.	La guía explica correctamente como se lleva a cabo.	La guía explica correctamente como se lleva a cabo.	La guía explica correctamente como se lleva a cabo.
Colocación del paciente	Decúbito supino.	Cabecero elevado a 45°, si hay inestabilidad.	Posición Trendelenburg si está en situación de shock y decúbito lateral izquierdo si presenta vómitos.	Posición decúbito lateral izquierdo para evitar aspiraciones.	La guía no aporta indicaciones.
Vías venosas periféricas	Una o varias.	Dos.	Dos de grueso calibre.	Dos de grueso calibre.	Dos.
Vía venosa central	La guía no aporta indicaciones.	Valorar en caso de shock.	En caso de hemorragia grave-severa.	La guía no aporta indicaciones.	Valorar.
Analítica	La guía no aporta indicaciones.	Pruebas de hemograma, bioquímica y coagulación.	La guía no aporta indicaciones.	Extracción de muestra sanguínea.	Pruebas de hemograma, bioquímica y coagulación.
Valoración del estado hemodinámico y	Monitorizar al paciente con las constantes	Se monitoriza al paciente con las constantes	Se monitoriza al paciente con todas las constantes	Se toman las constantes (TA, Fc, Fr).Se valora el	Valorar el estado hemodinámico con la

monitorización de constantes	respectivas (TA, Fc, Fr y saturación de O ₂). Evaluar el grado de shock estimando las pérdidas, el % de volemia y el nivel de conciencia, de acuerdo con los valores obtenidos de la TA, Fc, Fr, sat O ₂ , pulso y relleno capilar.	hemodinámicas (TA, Fc, Saturación O ₂). Se valora el estado hemodinámico del paciente. La guía no aporta ningún valor hemodinámico como referencia.	(TA, Fc, saturación O ₂ , Fr). Se evalúa el estado hemodinámico, para ello la guía presenta de referencia una tabla en la que se estima el % de volemia perdido con los datos de repercusión hemodinámica.	estado hemodinámico, como referencia la guía presenta una tabla de estimación de la volemia.	TA, signos y síntomas de hipoperfusión periférica, cambios con el ortostatismo, la diuresis y el nivel de conciencia. Se monitoriza la TA y Fc.
Permeabilidad de la vía aérea	Se valora la intubación orotraqueal (IOT), si hay alteración de la conciencia o riesgo de aspiración.	La guía no aporta indicaciones.	Valoración y apertura de la vía aérea.	IOT si hay deterioro del nivel de conciencia o depresión respiratoria.	IOT si hay una disminución del nivel de conciencia, el paciente no colabora.
Reposición de volemia	Iniciar con cristaloides y continuar con coloides. Ritmo en estado de shock: 1-2 litros en 10-20 min.	SSF a 21 ml/h si el paciente está estable. Si hay inestabilidad, se aproxima con las pérdidas y se administra SSF o Ringer.	Al inicio con cristaloides (SSF o Ringer) y si fuese necesario se infunden coloides.	Administración de cristaloides o coloides.	Preferiblemente administrar cristaloides (SSF, suero glucosalino, suero glucosado), pero también se pueden coloides.
Oxigenoterapia	A alto flujo, si hay signos de shock. En el resto de los casos de	Si SaO ₂ < 90-92% se administra O ₂ a 1.5 l/min.	A alto flujo (O ₂ a 15 l/min).	La guía no aporta indicaciones.	Si.

	valora.				
Sondaje nasogástrico	Se valora. No está demostrada la utilidad del lavado gástrico.	Si, con aspiración y lavado.	Si, con lavados y aspirado. La existencia de varices no contraindica su colocación.	Valorar la colocación.	Siempre. Contraindicado en HDA por VE.
Sondaje uretral	Se valora, en casos de viajes largos.	En pacientes inestables.	Si, con un control del balance hídrico.	La guía no aporta indicaciones.	Si.
Atención personal hacia el paciente y familiares	La guía no aporta indicaciones.	La guía no aporta indicaciones.	Si.	La guía no aporta indicaciones.	La guía no aporta indicaciones.
Tratamiento farmacológico	<u>Antisecretores</u> : IBP (pantoprazol u omeprazol), y antagonistas de los receptores de los H2. <u>Vasoactivos</u> : somatostatina.	<u>Antisecretores</u> (EV): omeprazol. <u>Procinéticos</u> (EV): metoclopramida. <u>Vasoactivos</u> (EV): somatostatina. Paciente anticoagulado: vit.k.	<u>Antisecretores</u> (EV): IBP (omeprazol o pantoprazol), ranitidina. <u>Vasoactivos</u> (EV): terlipresina, somatostatina. <u>Procinéticos</u> (EV): metoclopramida.	<u>Antisecretores</u> (EV): omeprazol.	La guía no aporta información hasta tener resultados de la analítica.
ECG	Valoración del ECG en sus 12 derivadas.	Se realiza ECG y se monitoriza la actividad eléctrica del corazón del paciente.	Monitorización.	La guía no aporta indicaciones.	Si.
Llegada al hospital	Traslado en UME al hospital de referencia.	Traslado en UME.	Traslado en UME a un centro hospitalario.	Traslado al hospital.	La guía no aporta indicaciones.