

Página titular

Adherencia a una Guía de Hemorragia Digestiva Alta en un sanatorio privado de Entre Ríos en Argentina

Adherence to a Clinical Guideline for Upper Gastrointestinal Bleeding in a Private Hospital in Entre Ríos, Argentina

Adherencia a una Guía de Hemorragia Digestiva Alta

Adherence to a Clinical Guideline for Upper Gastrointestinal Bleeding

Categoría de trabajo: Artículo original

Cantidad de palabras del manuscrito: 3230

Cantidad de figuras: 1

Cantidad de tablas: 1

Autores:

Carla Paez¹, Gabriel Quiroga², Karen Manzur^{3*}, María Barón¹

1.Esp. Clínica Médica. Sanatorio Adventista del Plata, 25 de Mayo 255, CP 3103, Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina.

2.Esp. Clínica Médica e Infectología. Sanatorio Adventista del Plata, 25 de Mayo 255, Universidad Adventista del Plata, 25 de Mayo 99, CP 3103, Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina.

3.Doctora en Psicología. Sanatorio Adventista del Plata, 25 de Mayo 255, Universidad Adventista del Plata, 25 de Mayo 99, CP 3103, Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina.

*email de contacto: karen.manzur@sanatorioadventista.org.ar

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento.

Información sobre publicación previa: Este manuscrito no ha sido publicado previamente, no se encuentra sometido simultáneamente a otra revista y no ha sido presentado en eventos científicos.

Autoría:

-Carla Paez: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción-borrador original.

-Gabriel Quiroga: conceptualización, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, redacción-revisión y edición.

-Karen Manzur: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, recursos, software, visualización, redacción.

-María Barón: conceptualización, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, redacción-revisión y edición.

Resumen

Introducción: La Hemorragia Digestiva Alta es una causa frecuente de ingreso hospitalario de urgencia y la aplicación protocolos estandarizados permite optimizar recursos y mejorar la eficacia de la atención.

Objetivo: Evaluar la adherencia a la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal 2021 en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal ingresados en sala general o terapia intensiva en un sanatorio privado de Entre Ríos entre 2022 y 2025.

Materiales y Métodos: Diseño no experimental, descriptivo, transversal, secundario con acceso a historias clínicas de pacientes con edad mayor o igual a 18 años, internados en sala general o terapia, con diagnóstico o sospecha de hemorragia digestiva alta no variceal. Se trabajó con la población que tenía el Habeas Data firmado. Se registró sexo, edad, tipo de ingreso, sector de atención, tiempo hasta la realización de la endoscopia y el cumplimiento de las recomendaciones de la Guía. Los datos se analizaron con SPSS.

Resultados: Participaron 58 adultos, el 63,8% de sexo masculino, con una edad promedio de 71,26 (DE 14,59) años y 82,8% ingresó por guardia. Se evidenció alta adherencia al manejo inicial y transfusional (70.6%), baja aplicación del Score Glasgow-Blatchford (12.3%) y endoscopia dentro de las 24 horas (42.9%). El tiempo promedio hasta la endoscopia fue 28,67 (DE 21,87) horas.

Conclusiones: La adherencia a la Guía Europea fue heterogénea, con limitaciones en la aplicación del score Glasgow-Blatchford y en la realización oportuna de la endoscopia, lo cual sugiere la necesidad de mejorar la implementación de estas recomendaciones.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal; endoscopia del sistema digestivo; guías de práctica médica; medicina basada en evidencia

Abstract

Introduction: Upper Gastrointestinal Bleeding is a frequent cause of emergency hospital admission, and the implementation of standardized protocols allows for resource optimization and improved care effectiveness.

Objective: To evaluate adherence to the 2021 European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding admitted to general wards or intensive care units in a private medical center in Entre Ríos between 2022 and 2025.

Materials and Methods: Non-experimental, descriptive, cross-sectional, secondary study with access to medical records of patients aged 18 years or older, hospitalized in general wards or intensive care, with diagnosis or suspicion of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Only patients with signed Habeas Data consent were included. Sex, age, type of admission, care sector, time to endoscopy, and compliance with Guideline recommendations were recorded. Data were analyzed using SPSS.

Results: A total of 58 adults participated; 63.8% were male, with a mean age of 71.26 years (SD 14.59), and 82.8% were admitted through the emergency department. There was high adherence to initial management and transfusion protocols (70.6%), low application of the Glasgow-Blatchford Score (12.3%), and endoscopy within 24 hours was performed in 42.9% of cases. The mean time to endoscopy was 28.67 hours (SD 21.87).

Conclusions: Adherence to the European Guideline was heterogeneous, with limitations in the application of the Glasgow-Blatchford Score and timely endoscopy, suggesting the need to improve the implementation of these recommendations.

Keywords: gastrointestinal hemorrhage; endoscopy, digestive system; practice guidelines as topic; evidence-based medicine

Artículo original

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario. Esta condición es más prevalente en hombres y su frecuencia aumenta con la edad. Sumado a ello, las úlceras pépticas son responsables de la mayoría de los casos, habitualmente relacionadas con la infección crónica por *Helicobacter pylori*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo aspirina en dosis bajas, o la combinación de ambos factores. ⁽¹⁾ En América Latina, las principales causas de HDA corresponden a úlcera péptica (40,9 %), enfermedad erosiva (34,9 %) y sangrado variceal (10,1 %), con una mortalidad cercana al 9,5 %. ⁽²⁾

La estratificación inicial del riesgo resulta esencial para guiar las decisiones clínicas. El Glasgow Blatchford Score (GBS) es una herramienta validada que integra parámetros clínicos y analíticos no endoscópicos, como hemoglobina, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, presencia de melena o síncope, y antecedentes de enfermedad hepática o insuficiencia renal, permitiendo predecir la necesidad de intervención endoscópica y el riesgo de mortalidad. Un mayor puntaje se asocia con mayor probabilidad de requerir tratamiento endoscópico y peor pronóstico, siendo más específico para predecir la necesidad de endoscopia que de transfusión, aunque con alta sensibilidad para ambas. ⁽³⁾

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) reducen la secreción de ácido gástrico y constituyen un pilar en el manejo de la HDA. La evidencia disponible, de certeza moderada, indica que iniciar tratamiento con IBP antes de la endoscopia probablemente disminuye la necesidad de terapia endoscópica hemostática en la primera intervención.

(4)

Sin embargo, persiste la incertidumbre respecto a su impacto sobre la mortalidad, el resangrado, la necesidad de cirugía, los signos de sangrado reciente, el tiempo de hospitalización o los requerimientos transfusionales. El mayor beneficio se observa en pacientes con úlceras pépticas, que representan aproximadamente la mitad de los casos de HDA. Estudios previos sugieren que su administración en dosis altas durante las 24-48 horas previas podía reducir la prevalencia de resangrado y la necesidad de terapia endoscópica. Sin embargo, estos hallazgos no fueron robustos en los análisis de sensibilidad y, dado que en la práctica clínica actual la endoscopia se realiza habitualmente dentro de las primeras 24 horas, su relevancia se ha reducido, ya que se asoció el mayor tiempo con IBP hasta la endoscopia como causa de menor úlceras con sangrado activo o con estigmas de alto riesgo de resangrado. ⁽⁵⁾

En este sentido, un estudio no encontró diferencias significativas entre los pacientes que recibieron IBP preendoscópico y los que no, aunque el 95 % terminó recibiendo este tratamiento, antes (69 %) o después, lo que sugiere que iniciarlo de forma temprana podría favorecer el proceso de cicatrización mientras se espera la intervención. ⁽⁶⁾

La heterogeneidad de la población estudiada, junto con los escasos ensayos clínicos aleatorizados disponibles, cuyos resultados en mortalidad y resangrado han sido inconsistentes, explica las discrepancias en las recomendaciones de distintas guías: algunas lo indican de forma condicional, mientras que otras lo desaconsejan. La actualización de una revisión Cochrane confirmó la falta de evidencia concluyente en desenlaces duros, aunque no se hallaron señales de eventos adversos graves a corto plazo. Tampoco se identificaron diferencias relevantes entre dosis altas y bajas de IBP.

⁽⁴⁾ En síntesis, los IBP previos a la endoscopia se recomiendan en la HDA no variceal, especialmente en casos de úlcera péptica, pudiendo contribuir a optimizar la condición del paciente antes del procedimiento, aunque su impacto definitivo sobre los resultados clínicos mayores sigue siendo motivo de debate. ⁽⁷⁾

Otras estrategias de manejo han sido evaluadas, como es la transfusión restrictiva de glóbulos rojos, respaldada por guías internacionales, ha demostrado reducir la mortalidad y probablemente disminuir complicaciones y riesgo de resangrado, además de acortar la estancia hospitalaria, aunque los umbrales óptimos aún requieren mayor definición. Si bien hay que tener en cuenta, que algunos de estos estudios incluyen pacientes con hemorragia digestiva variceal, y no siempre los distingue claramente de los no variceales en el análisis, por lo que los resultados generales deben interpretarse con precaución si se aplican específicamente a un solo tipo de sangrado. ^(8,9)

El uso de antiagregantes plaquetarios, particularmente aspirina como prevención secundaria, plantea un desafío terapéutico en el contexto de HDA. La interrupción del tratamiento se asocia a un incremento significativo de la mortalidad y eventos cardiovasculares, sin aumento significativo en la tasa de resangrado, lo que respalda la reintroducción precoz en pacientes con indicación establecida. ⁽¹⁰⁾ Ensayos recientes, han evaluado el ácido tranexámico en HDA, concluyendo que no reduce mortalidad ni complicaciones, y que su uso se asocia a mayor riesgo tromboembólico, por lo que no se recomienda en la práctica clínica habitual. ⁽¹¹⁾

En cuanto al tiempo de realizar el estudio endoscópico, se recomienda que en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, la endoscopía diagnóstica y terapéutica se realice en un plazo de 24 horas desde el ingreso hospitalario, tras una adecuada estabilización hemodinámica y corrección de coagulopatías. En casos de sangrado persistente o inestabilidad hemodinámica a pesar de la reanimación, la endoscopía debe considerarse de forma más urgente, idealmente dentro de las 12 horas. No existe evidencia sólida de beneficio adicional en la mortalidad o resangrado con la realización de endoscopias inmediatas (<6 horas) en pacientes hemodinámicamente estables.

En el año 2021 la Sociedad Europea de Endoscopía Gastrointestinal (ESGE) desarrolló una actualización de la guía para el diagnóstico y manejo endoscópico de la HDA no variceal (ESGE 2021).⁽¹³⁾ La utilización de estas herramientas es fundamental para orientar e incorporar la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas, potencialmente mejorar los resultados de los pacientes y por lo tanto ejercer la medicina basada en evidencia.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ La experiencia internacional demuestra que la implementación de protocolos estandarizados de manejo de la HDA mejora indicadores como el resangrado, el uso de hemoderivados y la duración de la hospitalización, aunque el impacto sobre la mortalidad puede ser limitado.^(10,17)

En estudios latinoamericanos se evidencia también la importancia de aplicar guías validadas para optimizar recursos y mejorar la eficacia diagnóstica.⁽¹⁸⁾ En el contexto peruano, la Guía de práctica clínica para la evaluación y manejo de la HDA en Salud establece un marco normativo basado en la evidencia,⁽¹⁹⁾ mientras que estudios como el de Benites-Goñi et al. evidencian brechas en su implementación real.⁽²⁰⁾ Identificar y cerrar estas brechas constituye un paso esencial para optimizar la calidad de la atención y mejorar de forma tangible los desenlaces clínicos de los pacientes.

La Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) ha publicado documentos donde resume recomendaciones de la guía ESGE, reflejando su uso válido en el contexto local. Es así que se la adopta como estándar internacional debido a su aplicabilidad clínica, además de su alta calidad metodológica.⁽²¹⁾ A partir de lo expuesto el objetivo general de este estudio fue evaluar la adherencia a la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal 2021 en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal ingresados en sala general o terapia intensiva en un sanatorio privado de Entre Ríos de Argentina entre 2022 y 2025.

Material y métodos

Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo, transversal, secundario con acceso a historia clínica digital.

La unidad de análisis fueron pacientes internados en un sanatorio privado en Entre Ríos, entre enero de 2022 a enero de 2025, con diagnóstico o sospecha de HDA no variceal. Se incluyeron adultos con edad mayor o igual a 18 años al ingreso hospitalario, internados en sala general o terapia, con diagnóstico o sospecha de HDA no variceal. Se excluyeron pacientes con hemorragia digestiva secundaria a procedimiento quirúrgico reciente (como post gastrectomías, resección endoscópica y anastomosis) y aquellos sin Habeas Data Firmado. No se utilizó muestreo ya que se trabajó con la población.

Las variables fueron sexo biológico (femenino, masculino), edad (años), tipo de ingreso (emergencia, otros servicios), signos y síntomas al ingreso, sector de atención (clínica médica, terapia intensiva), tiempo hasta la realización de la endoscopia (horas), cumplimiento de las recomendaciones de la Guía de la sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal 2021. Cada recomendación fue operacionalizada como un indicador (adhiera, no adhiera) según las características del paciente.

A partir de una planilla digital en Microsoft Excel con las variables y las recomendaciones de la Guía ESGE 2021, se accedió a la historia clínica digital de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y tenían el Habeas Data Firmado. Los datos fueron analizados con el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27. Se realizó estadística descriptiva con porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. En la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones, en algunos casos la característica del

participante no aplicaba para dicha recomendación, por lo tanto, el análisis del porcentaje de cumplimiento se realizó solamente sobre el subgrupo incluido en la recomendación. Además, teniendo como referencia un estudio previo,⁽²⁰⁾ en esta investigación se consideró adherencia alta cuando el cumplimiento de la recomendación fue $\geq 80\%$, moderada entre 50-79% y baja $< 50\%$. Por último, se calculó el índice global de adherencia alta sumando los indicadores que alcanzaron adherencia alta y dividiendo ese valor por el total de indicadores,⁽¹⁹⁾ posteriormente se lo multiplicó por 100 para obtener un porcentaje global de recomendaciones con alta adherencia.

Este estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se accedió exclusivamente a historias clínicas digitales de pacientes que habían otorgado previamente su consentimiento mediante la firma del formulario de Habeas Data, conforme a la legislación vigente en Argentina (Ley N.º 25.326 de Protección de Datos Personales). Este consentimiento habilita el uso de datos clínicos con fines de investigación, garantizando la confidencialidad y el resguardo de la identidad. Además, se preservó la identidad de los participantes asignando un número de ID, sumado a ello sólo los investigadores tuvieron acceso a la información y los datos fueron utilizados exclusivamente con fines científicos.

Resultados

Integraron el estudio 58 pacientes, el 63,8% de sexo masculino, la edad promedio fue de 71,26 (DE 14,59; Mdn 74) años, con un mínimo de 22 y máximo de 92 años. En cuanto al tipo de ingreso el 82,8% fue de emergencias y el signo más frecuente de presentación fue melena (74,1%) (Ver Gráfico 1). El sector de atención inicial más frecuente fue el servicio de clínica médica (79,3%). El tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la realización de endoscopia fue de 28,67 (DE 21,87; Mdn 25,08) horas, con un mínimo de 2,5 y un máximo de 141,65 horas.

Gráfico 1. Signos y síntomas al ingreso

Se adjunta en archivo aparte

En la Tabla 1 se detalla la adherencia a cada una de las recomendaciones de la Guía ESGE 2021. Se observó una elevada adherencia en las etapas de evaluación hemodinámica y resucitación del paciente (100%), pero moderada en el cumplimiento de la estrategia transfusional restrictiva en ausencia de Enfermedad Cardiovascular (ECV) (70,6%).

En el manejo de antiagregantes se evidenció una tendencia a la suspensión independientemente del antecedente de ECV del paciente (66,7% monoterapia, 0% Doble terapia antiagregante), pero una elevada adherencia, superior al 96%, a las recomendaciones en el manejo de ácido tranexámico y anticoagulantes. Por último, se cumplió de manera moderada la recomendación de uso de altas dosis de IBP EV (69%).

El cumplimiento de las recomendaciones asociadas a la aspiración y lavado con sonda nasogástrica e intubación orotraqueal fue elevado (superior al 98%). Sin embargo, aquellas recomendaciones con baja adherencia correspondieron a la utilización del GBS para estratificar el riesgo preoperatorio, el uso de procinéticos y la realización de endoscopia dentro de las 24 horas. Por último, el índice global de adherencia alta fue del 63,16%.

Tabla 1. Adherencia a recomendaciones de la Guía ESGE 2021

Recomendación	N	Adherencia % (n)
Evaluación inicial del paciente y resucitación hemodinámica		
R1. Evaluación hemodinámica y reanimación inicial	58	100% (58)
Estrategia transfusional de glóbulos rojos		
R2. Estrategia transfusional restrictiva en ausencia de enfermedad cardiovascular (ECV)	34	70,6% (24)
R3. Estrategia transfusional liberal en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV)	23	82,6% (19)
Estratificación del riesgo del paciente		
R4. Uso de GBS para la estratificación de riesgo pre endoscópico	58	12,1% (7)
Manejo de agentes antiagregantes		
R5. Suspensión temporal de aspirina en prevención primaria	2	100% (2)
R6. Continuación de aspirina en prevención secundaria	3	66,7% (2)
R7. Doble antiagregación (DAPT): Mantener aspirina y suspender segundo fármaco antiagregante	2	0% (0)
R8. No transfusión plaquetaria rutinaria en pacientes con antiagregantes	14	100% (14)
Uso de ácido tranexámico		
R9. No uso de ácido tranexámico	58	96,6% (56)
Manejo de anticoagulantes		
R10. Suspensión de antagonistas de la vitamina K	8	100% (8)
R11. Reversión urgente de antagonista de vitamina K en inestabilidad hemodinámica	2	100% (2)
R12. Suspensión de anticoagulantes orales directos (DOACS)	8	100% (8)
Uso de IBP y somatostatina		
R13. Administración de altas dosis de IBP EV previo a endoscopia	58	69,0% (40)
R14. No usar somatostatina u análogos.	58	100% (58)
Aspiración y lavado con sonda nasogástrica e intubación orotraqueal		
R15. No uso rutinario de aspiración o lavado nasogástrico/orogástrico	58	98,3% (57)
R16. No intubación endotraqueal rutinaria como protección de vía aérea.	58	100% (58)
R17. Indicar intubación endotraqueal en hemorragia activa o compromiso de vía aérea	3	100% (3)
Uso de procinéticos		
R18. Administrar eritromicina/metoclopramida (procinético) EV previa a endoscopia en casos seleccionados.	47	2,12% (1)
Realización de endoscopia		
R19. Realizar endoscopia dentro de las 24 hs del ingreso	56	42,9% (24)

N= total de participantes que aplica la recomendación, %= porcentaje, n = cantidad

Discusión y conclusiones

Los hallazgos de este estudio muestran una adherencia heterogénea a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Endoscopía Gastrointestinal, con prácticas consolidadas en algunos aspectos del tratamiento inicial y debilidades en otros, especialmente de la aplicación de herramientas de estratificación y en la oportunidad del estudio endoscópico.

El cumplimiento total en la evaluación hemodinámica y en las medidas de reanimación coincide con las guías internacionales que sitúan la estabilización del paciente como paso prioritario antes de la endoscopia.⁽¹²⁾ Este resultado probablemente refleja una adecuada capacitación del equipo médico.

El uso moderado de la estrategia transfusional restrictiva (70.6%) se asemeja a lo observado en otros estudios,^(8,9) donde se demostró que mantener valores de hemoglobina más bajos en ausencia de enfermedad cardiovascular reduce la mortalidad y el resangrado. No obstante, la falta de uniformidad en su aplicación sugiere que todavía existe cierta inseguridad de parte del equipo médico, al definir umbrales de transfusión, especialmente cuando se enfrentan con pacientes añosos o con comorbilidades cardíacas. Este aspecto pone de manifiesto la necesidad de reforzar la educación continua.

Uno de los hallazgos más llamativos fue la escasa utilización del Glasgow-Blatford Score, empleado apenas en el 12% de los casos. La evidencia disponible respalda su uso como herramienta útil para predecir la necesidad de intervención y orientar la conducta terapéutica.⁽³⁾ Su subutilización podría deberse a la costumbre de apoyarse en la experiencia subjetiva del médico. Este fenómeno no es exclusivo del contexto local

un estudio regional,⁽²⁰⁾ ya había advertido sobre la escasa incorporación de escalas validadas en la práctica cotidiana en Latinoamérica.

El cumplimiento intermedio (69%) en la administración de IBP endovenoso previo a la endoscopia refleja una adhesión parcial a las recomendaciones de la ESGE. La evidencia sugiere que iniciar el tratamiento antes del procedimiento puede reducir la proporción de lesiones activas, aunque su efecto sobre la mortalidad y el resangrado sigue siendo incierto.⁽⁴⁾ Es probable que la variabilidad observada esté relacionada, en parte con la falta de evidencia concluyente sobre los desenlaces clínicos mayores, mencionados previamente, y secundario a esto, las diferencias en las recomendaciones entre guías internacionales, ya que mientras la ESGE 2021 sugiere su administración precoz antes de la endoscopia, otras guías de amplia difusión en el ámbito local, como la del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG 2021),⁽¹³⁾ no la señala como una práctica de aplicación universal. Por lo tanto, se evidenció que la decisión de iniciar IBP previo al procedimiento suele depender tanto del contexto institucional como de la interpretación individual de cada profesional.

El manejo de antiagregantes mostro cierta tendencia a suspender la medicación de forma preventiva, incluso en pacientes con antecedentes cardiovasculares. Esto contrasta con las recomendaciones actuales, que aconsejan mantener la aspirina en casos de prevención secundaria.⁽¹⁰⁾ Este comportamiento podría interpretarse como la subestimación del riesgo hemorrágico frente al riesgo trombótico, un dilema común en la práctica clínica. En cambio, el manejo de anticoagulantes y su reversión fue acorde a las guías, lo que sugiere una mejor aplicación de protocolos relacionados a estos fármacos.

El intervalo promedio de 28,7 horas desde el ingreso hasta la endoscopia supera el umbral de 24 horas recomendado por la ESGE y por la evidencia actual.⁽⁵⁾ El

cumplimiento del margen de 24 horas sigue siendo un indicador de calidad asistencial. Las demoras observadas podrían deberse a limitaciones operativas o a la disponibilidad del servicio fuera del horario laboral, feriados y días no laborables. Este punto constituye una oportunidad de mejora institucional, pues la realización temprana del procedimiento facilita la hemostasia y puede reducir la estancia hospitalaria.

Se observó el cumplimiento casi total de las recomendaciones de no utilizar de forma rutinaria sonda nasogástrica, intubación endotraqueal profiláctica ni ácido tranexámico. Estos resultados son coherentes con la evidencia publicada, que demostró la ausencia de beneficios significativos y los potenciales riesgos asociados a estas prácticas.⁽¹¹⁾

En el presente estudio se permitió el uso de metoclopramida como procinético previo a la endoscopia, en reemplazo de la eritromicina, dado que es el fármaco habitualmente empleado en nuestro medio y contemplado dentro del protocolo institucional. La guía ESGE 2021 recomienda la administración de eritromicina intravenosa antes del procedimiento en pacientes seleccionados con hemorragia activa o contenido gástrico abundante, con el propósito de mejorar la visualización endoscópica y reducir la necesidad de repetir el estudio (second look). Sin embargo, la metoclopramida no es mencionada de forma específica en dicha guía debido a la falta de evidencia sólida sobre su eficacia comparativa. La baja frecuencia observada probablemente se deba a la falta de evidencia sólida sobre su beneficio clínico; en este contexto, su uso continúa siendo selectivo y depende fundamentalmente del criterio del médico tratante.

Este estudio presentó algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, debido a la dependencia de los registros clínicos, es posible que exista variabilidad en la precisión de la información registrada entre profesionales. En segundo lugar, el tamaño de la población y el acceso a datos de una institución limita la generalización de los resultados a todos los pacientes con HDA. En

tercer lugar, el bajo cumplimiento en la aplicación del GBS impidió aplicar técnicas de estadística inferencial para comparar la adherencia según la gravedad de los pacientes.

Es recomendable que futuros estudios evalúen sistemáticamente la adherencia a esta guía, se incorporen otros centros para favorecer la representatividad de los pacientes, se analicen los resultados clínicos y factores institucionales que limitan o favorecen la adherencia.

En conclusión, la adherencia a la Guía Europea fue heterogénea, con limitaciones en la aplicación del score Glasgow-Blatchford y en la realización oportuna de la endoscopia, entre otros, lo cual sugiere la necesidad de mejorar la implementación de estas recomendaciones. Se recomienda implementar estrategias para utilizar sistemáticamente el GBS, realizar la endoscopia dentro de las 24 horas, respetar los objetivos de hemoglobina para la realización de transfusiones de glóbulos rojos. En cuanto al uso de IBP EV en alta dosis se recomienda considerarlo ya que los tiempos hasta la realización del estudio no fueron los esperados. Además, es necesario favorecer el cumplimiento de los protocolos de registro de medicamentos en el área de endoscopia.

Referencias Bibliográficas

- 1- Antunes C, Tian C, Copelin II EL. Upper Gastrointestinal Bleeding. 2024 Aug 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 29262121.
- 2-Uribe C, Sierra S, Hernández AH, Durango A, López GA. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo de mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev Gastroenterol Mex.* 2020;85(1):14–21. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000100004
- 3-Neamah HH, Davies A, Teta A, Brannan GD, Abdelaziz S, Kovan B. Evaluating The Glasgow Blatchford Score for Upper Gastrointestinal Bleeding Risk Stratification in A Community Hospital: A Retrospective Study. *Spartan Med Res J.* 2025 May 1;10(1):15-22. doi: 10.51894/001c.137546. PMID: 40352134; PMCID: PMC12065547.
- 4-Kanno T, Yuan Y, Tse F, Howden CW, Moayyedi P, Leontiadis GI. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Jan 7;1(1):CD005415. doi: 10.1002/14651858.CD005415.pub4. PMID: 34995368; PMCID: PMC8741303.
- 5- Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip HC, Chan SM, Luk SWY, Wong SH, Lau LHS, Lui RN, Chan TT, Mak JWY, Chan FKL, Sung JJY. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med.* 2020 Apr 2;382(14):1299-1308. doi: 10.1056/NEJMoa1912484. PMID: 32242355.
- 6- Marmo R, Soncini M, Bucci C, Zullo A; Gruppo Italiano per lo Studio dell'Emorragia Digestiva (GISED). Pre-endoscopic intravenous proton pump inhibitors therapy for upper gastrointestinal bleeding: A prospective, multicentre study. *Dig Liver Dis.* 2021 Jan;53(1):102-106. doi: 10.1016/j.dld.2020.10.023. Epub 2020 Nov 6. PMID: 33162351.
- 7- Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, Leontiadis GI, Abraham NS, Calvet X, Chan FKL, Douketis J, Enns R, Gralnek IM, Jairath V, Jensen D, Lau J, Lip GYH, Loffroy R, Maluf-Filho F, Meltzer AC, Reddy N, Saltzman JR, Marshall JK,

Bardou M. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019 Dec 3;171(11):805-822. doi: 10.7326/M19-1795. Epub 2019 Oct 22. PMID: 31634917; PMCID: PMC7233308.

8-Wang J, Bao YX, Bai M, Zhang YG, Xu WD, Qi XS. Restrictive vs liberal transfusion for upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Gastroenterol*. 2013 Oct 28;19(40):6919-27. doi: 10.3748/wjg.v19.i40.6919. PMID: 24187470; PMCID: PMC3812494

9- Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, Graupera I, Poca M, Alvarez-Urturi C, Gordillo J, Guarner-Argente C, Santaló M, Muñoz E, Guarner C. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2013 Jan 3;368(1):11-21. doi: 10.1056/NEJMoa1211801. Erratum in: *N Engl J Med*. 2013 Jun 13;368(24):2341. PMID: 23281973.

10- Miilunpohja S, Jyrkkä J, Kärkkäinen JM, Kastarinen H, Heikkinen M, Paajanen H, Rantanen T, Hartikainen J. Discontinuing low-dose acetylsalicylic acid after gastrointestinal bleeding is associated with increased mortality. *Scand J Gastroenterol*. 2022 May;57(5):618-624. doi: 10.1080/00365521.2022.2026461. Epub 2022 Jan 18. PMID: 35041575.

11- Brenner A, Afolabi A, Ahmad SM, Arribas M, Chaudhri R, Coats T, Cuzick J, Gilmore I, Hawkey C, Jairath V, Javaid K, Kayani A, Mutti M, Nadeem MA, Shakur-Still H, Stanworth S, Veitch A, Roberts I; HALT-IT Trial Collaborators. Tranexamic acid for acute gastrointestinal bleeding (the HALT-IT trial): statistical analysis plan for an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials*. 2019 Jul 30;20(1):467. doi: 10.1186/s13063-019-3561-7. PMID: 31362765; PMCID: PMC6668177.

12- Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, Laursen SB, Radaelli F, Papanikolaou IS, Cúrdia Gonçalves T, Dinis-Ribeiro M, Awadie H, Braun G, de Groot N, Udd M, Sanchez-Yague A, Neeman Z, van Hooft JE. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European

Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*. 2021 Mar;53(3):300-332. doi: 10.1055/a-1369-5274. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33567467.

13- Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021 May 1;116(5):899-917. doi: 10.14309/ajg.0000000000001245. Erratum in: *Am J Gastroenterol*. 2021 Nov 1;116(11):2309. doi: 10.14309/ajg.0000000000001506. PMID: 33929377.

14- Djulbegovic B, Guyatt G. Evidence vs Consensus in Clinical Practice Guidelines. *JAMA*. 2019 Aug 27;322(8):725-726. doi: 10.1001/jama.2019.9751. PMID: 31322650; PMCID: PMC7275374.

15- Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. PMID: 31721544.

16- Tenny S, Varacallo MA. Evidence-Based Medicine. 2024 Sep 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. PMID: 29262040.

17- Papadinas A, Butt J. Outcomes in patients with acute upper gastrointestinal bleeding following changes to management protocols at an Australian hospital. *JGH Open*. 2020 Feb 5;4(4):617-623. doi: 10.1002/jgh3.12303. PMID: 32782947; PMCID: PMC7411648.

18- Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Pellisé-Urquiza M, Ginés Á, Balaguer F, Mata A, Castells A, Bordas JM. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de la atención extrahospitalaria. *Med clin*. 2007;129(6):205-208. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2332912>

19-Cervera-Caballero L, Brañez-Condorena A, Piscoya A, Vásquez-Valverde N, Arcana-López E, Contreras-Turin J, Vargas-Blácido D, Taype-Rondan A, Caballero-Luna J, Huaroto-Ramírez F. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud): actualización 2024

[Clinical practice guideline for the evaluation and management of upper gastrointestinal bleeding in EsSalud: 2024 Update]. Rev Gastroenterol Peru. 2025 Apr-Jun;45(2):202-212. Spanish. PMID: 40797166.

20- Benites-Goñi H, Brañez-Condorena A, Monge-Del Valle F, Medina-Morales B, Cárdenas-Vela I, Asencios-Cusihualpa J, et al. Adherencia a la guía de práctica clínica institucional sobre hemorragia digestiva alta, en un hospital de Lima - Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2020;40(2):115-126.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000200115

21- Fernández-Esparrach G, Córdova H. Estándares de calidad en endoscopia digestiva alta. Acta Gastroenterol Latinoam. 2020;50:21–24. <https://actagastro.org/estandares-de-calidad-en-endoscopia-digestiva-alta/>