



Guía de Práctica Clínica para la evaluación y manejo de la Hemorragia Digestiva Alta

**RESOLUCIÓN DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN N° 00040-IETSI-
ESSALUD-2024**

Lima, 30 de octubre de 2024

VISTOS:

El Informe N° 00000027-2024-DGPCFyT/ESSALUD-FABIOLA.HUAROTO, y Nota N° 00000069-2024-DGPCFyT/ESSALUD de la Dirección de Guías de Práctica Clínica Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de IETSI del 28 de octubre de 2024;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 200 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (EsSalud), aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y sus modificatorias, señala que el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), es el órgano desconcentrado responsable, entre otras funciones, de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación, supresión, utilización o cambio en la institución, así como de proponer las normas y estrategias para la innovación científica tecnológica, la promoción y regulación de la investigación científica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia, eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la red prestadora de servicios de salud en el ámbito nacional. Asimismo, es el responsable del petitorio de medicamentos y del listado de bienes de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica en la institución;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 152-PE-ESSALUD-2015 se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del IETSI, el cual, en el inciso j) del artículo 5, establece como una de sus funciones la de evaluar y aprobar guías de práctica clínica - GPC, así como elaborar las mismas en casos se traten de temas priorizados en ESSALUD;

Que, el artículo 8 del mismo Reglamento establece que la Dirección del Instituto tiene la función de aprobar, entre otros, la elaboración de guías de práctica clínica, así como el establecimiento o modificación de guías de práctica clínica;

Que, el artículo 16 del citado Reglamento establece que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia - DGPCFyT es el órgano de línea encargado de evaluar y proponer la incorporación, uso, salida o cambio de Guías de Práctica Clínica en ESSALUD, basados en evidencia científica, para el máximo beneficio de la población asegurada y la sostenibilidad financiera;

Que, asimismo, el artículo 16 del citado Reglamento, en su literal c), establece que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia es el órgano de línea encargado de proponer la incorporación, uso, salida o cambio de guías de práctica clínicas en EsSalud, en base a la normatividad y metodologías aprobadas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA del Ministerio de Salud, se aprueba el Documento Técnico "*Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica*", el cual es de obligatorio cumplimiento para el Ministerio de Salud y los establecimientos de salud públicos, entre los cuales se incluyen los de EsSalud;

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "<https://consultadocumento.essalud.gob.pe/verificar/>" e ingresar clave: WD7J8PQX

Visado por
GARAVITO
FARRO Hector
Miguel FAU
20131257750 soft
Fecha:
2024/10/30
16:21:26-0500

Visado por
ZUMARAN
ALVITEZ Victor
Rodolfo FAU
20131257750
soft
Fecha:
2024/10/30
16:23:14-0500

RESOLUCIÓN DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN N° 00040-IETSI-ESSALUD-2024

Que, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 12-IETSI-ESSALUD-2016 se aprueba la Directiva N° 02-IETSI-ESSALUD-2016 *"Directiva para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en ESSALUD"*, la cual establece las normas, criterios y procedimientos que regulan la priorización, elaboración, evaluación, aprobación y difusión de Guías de Práctica Clínica en EsSalud, acorde con la normativa sectorial;

Que, la citada Directiva en el numeral 7.2.4., refiere que la aprobación de las Guías de Práctica Clínica Institucionales, de Red y de Órganos Prestadores Nacionales será aprobada con acto resolutorio del IETSI;

Que, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 63-IETSI-ESSALUD-2021 se aprueba el Instructivo N° 001-IETSI-ESSALUD-2021 *"Instrucciones para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI"*, el cual tiene por objeto estandarizar la metodología de desarrollo y elaboración de las Guías de Práctica Clínica por IETSI;

Que, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 22-IETSI-ESSALUD-2024 de fecha 06 de setiembre de 2024, se conforma el Grupo Elaborador de la "Guía de Práctica Clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta", el cual está conformado por médicos especialistas en gastroenterología, médico metodóloga del IETSI, y por médicos coordinadores del Grupo Elaborador;

Que, mediante el Informe de vistos, se informa que *"Mediante la Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 22-IETSI-ESSALUD-2024, se conformó el grupo elaborador de la actualización de esta guía de práctica clínica. Como resultado de ello, y siguiendo lo establecido en el Instructivo N° 001 – IETSI – ESSALUD – 2021 "Instrucciones para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica en la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, se ha actualizado la "Guía de Práctica Clínica para la evaluación y manejo de la Hemorragia Digestiva Alta.""*;

Que, de igual forma, se indica que se ha redactado la propuesta de actualización de la Guía de Práctica Clínica, la cual incluye Versión in extenso, Anexos, y Versión corta, señalándose que *"De acuerdo a la evaluación efectuada mediante el Instrumento de Evaluación de GPC (...), la presente GPC reúne los criterios de Pertinencia de la GPC, Estructura de presentación del documento de GPC, Rigurosidad en la Elaboración de GPC, Calidad Metodológica de la GPC y Uso de Tecnologías Sanitarias en la GPC."*;

Que, finalmente, la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, a través del Informe de vistos y su Nota de vistos, brinda el sustento correspondiente, y solicita la emisión del acto resolutorio respectivo para la actualización de la Guía de Práctica Clínica para la evaluación y manejo de la Hemorragia Digestiva Alta;

Con el visado de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia y la Oficina de Asesoría Jurídica del IETSI;

Estando a lo propuesto por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, y en uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°152-PE-ESSALUD-2015;

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "<https://consultadocumento.essalud.gob.pe/verificar/>" e ingresar clave: WD7J8PQX

**RESOLUCIÓN DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN N° 00040-IETSI-
ESSALUD-2024**

SE RESUELVE:

1. APROBAR la "Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y el Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta", en sus versiones extensa, corta, y anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

2. DISPONER que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia haga de conocimiento la presente Resolución a todos los órganos de EsSalud, incluyendo los órganos desconcentrados, órganos prestadores nacionales, establecimientos de salud y demás órganos que correspondan; así como que realice las acciones pertinentes para la difusión de la presente Guía a nivel nacional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Firmado digitalmente por ACOSTA BARRIGA
Joshi Rosa Magali FAU 20131257750 soft
Entidad: EsSalud
Motivo: Autor del documento
Fecha: 2024/10/30 17:34:51-0500

JAB/hmgf/vrza
HT 00113883-2024 I

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "<https://consultadocumento.essalud.gob.pe/verificar/>" e ingresar clave: WD7J8PQX

RESOLUCIÓN DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN N° 00041-IETSI-
ESSALUD-2024

Lima, 04 de noviembre de 2024

VISTOS:

El Informe N° 00000010-2024-OAJ/ESSALUD de la Oficina de Asesoría Jurídica de IETSI del 04 de noviembre del 2024;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 00022-IETSI-ESSALUD-2024, se aprueba la “**Guía de Práctica Clínica para la evaluación y el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta**”, de fecha 30 de octubre de 2024;

Que, mediante el Informe de vistos, se informa que esta nueva Guía ha actualizado la previa “Guía de Práctica Clínica para la evaluación y el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta”, que fuera aprobada por Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 080-IETSI-ESSALUD-2017 del 19 de diciembre de 2017;

Que, en tal sentido, se hace necesario precisar respecto al estado de la vigencia de ésta última Resolución, pues la Guía de Práctica Clínica que aprobara en su oportunidad ha sido actualizada con la Resolución citada en primer término;

Que, siendo así, debe precisarse expresamente que se deja sin efecto la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 080-IETSI-ESSALUD-2017;

Con el visado de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia y la Oficina de Asesoría Jurídica del IETSI;

Estando a lo propuesto por la Oficina de Asesoría Jurídica del IETSI, y en uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°152-PE-ESSALUD-2015;

SE RESUELVE:

1. PRECISAR que **SE DEJA SIN EFECTO** la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 080-IETSI-ESSALUD-2017, a partir de la emisión de la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 00022-IETSI-ESSALUD-2024.

2. DISPONER que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia haga de conocimiento la presente Resolución a todos los órganos de EsSalud, incluyendo los órganos desconcentrados, órganos prestadores nacionales, establecimientos de salud y demás órganos que correspondan; así como que realice las acciones pertinentes para la difusión de la presente Guía a nivel nacional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

JAB/vrza/hmgf
00117079-2024 I



Firmado digitalmente por ACOSTA BARRIGA
Joshi Rosa Magali FAU 20131257750 soft
Entidad: EsSalud
Motivo: Autor del documento
Fecha: 2024/11/04 11:48:52-0500

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "<https://consultadocumento.essalud.gob.pe/verificar/>" e ingresar clave: LW8BIX45



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

-

ACTUALIZACIÓN 2024

GUÍA EN VERSIÓN CORTA

GPC N°66

Primera edición: Diciembre 2017

Actualización: Octubre 2024

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

María Elena Aguilar Del Águila
Presidenta Ejecutiva, EsSalud

Roland Alex Iparraguirre Vargas
Gerente General (e), EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Joshi Rosa Magali Acosta Barriga
Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Maribel Marilú Castro Reyes
Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Lely del Rosario Solari Zerpa
Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro
Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Fabiola Mercedes Huaroto Ramírez
Asesora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador de la versión actualizada de la guía (2024)

- Cervera Caballero, Luis Alberto
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Piscocoya Rivera, Alejandro
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, EsSalud, Lima, Perú
- Vásquez Valverde, Nelly
 - Médico gastroenteróloga
 - Hospital III Suárez Angamos, EsSalud, Lima, Perú
- Arcana López, Ericson Ronald
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Contreras Turin, Javier José
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Vargas Blácido, Daniel Andrei
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú
- Brañez Condorena, Ana Lida
 - Metodóloga
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Zeta Ruiz, Nieves del Milagro
 - Selección de recomendaciones trazadoras
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- López Mesia, Jhesus Jean Pierre
 - Selección de recomendaciones trazadoras
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Caballero Luna, Joan
 - Coordinadora del grupo elaborador
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Huaroto Ramírez, Fabiola Mercedes
 - Coordinadora del grupo elaborador
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú

Grupo elaborador de la primera versión de la guía (2017)

- Vásquez Quiroga, Jorge Arturo
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Vargas Blácido, Daniel Andrei
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú
- Arcana López, Ericson Ronald
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Cervera Caballero, Luis Alberto
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Contreras Turin, Javier José
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Llatas Perez, Juan Miguel
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Marin Calderón, Luis Alberto
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Guzmán Cáceres, Katherine
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Lima, Perú
- Vásquez Valverde, Nelly
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital III Suárez Angamos, EsSalud, Lima, Perú
- Piscoya Rivera, Alejandro
 - Médico gastroenterólogo
 - Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, EsSalud, Lima, Perú
- Timaná Ruiz, Raúl Alonso
 - Coordinador del grupo elaborador
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Taype Rondán, Álvaro Renzo
 - Metodólogo
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Zafra Tanaka, Jessica Hanae
 - Metodólogo
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú

Revisores de la versión actualizada de la guía (2024)

Revisor Externo

Contardo Zambrano, Carlos Alberto

- Médico gastroenterólogo con maestría en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Coordinador del servicio de Gastroenterología de la Clínica El Golf de la Red SANNA.
- Miembro del staff de gastroenterólogos de la Clínica Delgado Auna.

Revisor Metodológico

Taype Rondan, Alvaro Renzo.

- Médico epidemiólogo.
- Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación, Lima, Perú.

Revisores de la primera versión de la guía (2017)

Revisor Clínico

Dávalos Moscol, Milagros

- Médico gastroenteróloga
- Jefa del Departamento del Aparato Digestivo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud
- Docente de Postgrado de la Universidad de San Martín de Porres. MBA por la Universidad ESAN.

Revisor Endoscopista

Vera Calderón, Augusto

- Médico gastroenterólogo
- Jefe del Servicio de Endoscopia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud
- Secretario de Filiales de la Sociedad de Gastroenterología del Perú
- Editor Asociado de la Revista de Gastroenterología del Perú.

Revisor Externo

Contardo Zambrano, Carlos Alberto

- Médico gastroenterólogo
- Maestría en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Revisor Metodológico

Huamaní Saldaña, Charles

- Médico neurólogo
 - Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica por la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Ex Editor científico de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de salud INS periodo 2011-2013.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero y no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, de Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta – Actualización 2024. Guía en versión corta. GPC N° 66 Perú, octubre 2024.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Sheyla Carolina Alfaro Ita (Médico asistente del servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Nacional Guillermo Almenara) por su colaboración en el desarrollo de la pregunta 10 de la guía de práctica clínica.

Datos de contacto

Fabiola Mercedes Huaroto Ramírez

Correo electrónico: gpcdireccion.ietsi@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de Contenido

I.	Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC).....	9
II.	Flujogramas	14
	Flujograma 1. Manejo inicial.....	14
	Flujograma 2. Manejo especializado.....	15
	15	
III.	Introducción	16
IV.	Objetivo y población de la GPC	16
	Usuarios y ámbito de la GPC:.....	16
V.	Metodología	17
	Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):.....	17
	Formulación de preguntas:	17
	Búsqueda y selección de la evidencia:	17
	Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos:	18
	Formulación de las recomendaciones:	18
	Formulación de buenas prácticas clínicas:.....	19
	Revisión por expertos externos:	19
	Actualización de la GPC:.....	19
VI.	Recomendaciones.....	20
	Pregunta 1: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia?	20
	Pregunta 2: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿cuál es el nivel de hemoglobina óptimo para iniciar transfusión de glóbulos rojos?.....	20
	Pregunta 3. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿se debería brindar inhibidores de bomba antes de realizar la endoscopia?	20
	Pregunta 4. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿en qué momento se debería realizar la endoscopia digestiva alta?.....	21
	Pregunta 5. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería usar la terapia dual (inyección de adrenalina junto con terapia térmica o mecánica) en lugar de monoterapia con adrenalina?	21
	Pregunta 6. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso?	21
	Pregunta 7. En pacientes adultos con HDA no variceal que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar segunda hemostasia endoscópica o cirugía?	22
	Pregunta 8. En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada, ¿se debería administrar profilaxis antibiótica como manejo inicial?	22

Pregunta 9. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, ¿se debería usar ligaduras con bandas o escleroterapia?	23
Pregunta 10. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar una segunda hemostasia endoscópica o TIPS?	23
Pregunta 11. En pacientes adultos con HDA de várices gástricas, ¿se debería usar el cianoacrilato o la ligadura con bandas?	23
VII. Referencias bibliográficas.....	25

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

VERSIÓN CORTA

I. Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC)

Enunciado	Tipo																																																		
Valoración de Riesgo																																																			
Pregunta 1: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia?																																																			
<p>En pacientes adultos con sospecha de HDA y un puntaje de uno o menos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante* indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia.</p> <p>Tabla N° 1. Índice de Glasgow-Blatchford para evaluar el riesgo de complicaciones en los pacientes con sospecha de HDA que acuden al servicio de Emergencia</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th align="center" colspan="2">Índice de Glasgow-Blatchford</th> </tr> <tr> <th align="center">Marcador de riesgo al ingreso</th> <th align="center">Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Urea en sangre (mmol/L)</td> </tr> <tr> <td>≥ 6.5 a < 8.0</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>≥ 8.0 a < 10.0</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 25</td> <td align="center">4</td> </tr> <tr> <td>≥ 25</td> <td align="center">6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hemoglobina (g/dL) para varones</td> </tr> <tr> <td>≥ 12.0 a < 13.0</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 12.0</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>< 10.0</td> <td align="center">6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hemoglobina (g/dL) para mujeres</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 12.0</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>< 10.0</td> <td align="center">6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Presión arterial sistólica (mmHg)</td> </tr> <tr> <td>100 a 109</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>90 a 99</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>< 90</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Otros marcadores</td> </tr> <tr> <td>Pulso ≥100 latidos/minuto</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>Paciente con melena</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>Paciente con síncope</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad hepática</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardiaca</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Suma de puntajes:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Cassana A, Scialom S, Segura ER, Chacaltana A. Validation of the Glasgow-Blatchford Scoring System to predict mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding in a hospital of Lima, Peru (June 2012-December 2013). Rev Esp Enferm Dig. 2015; 107(8): 476-482.</p>	Índice de Glasgow-Blatchford		Marcador de riesgo al ingreso	Puntaje	Urea en sangre (mmol/L)		≥ 6.5 a < 8.0	2	≥ 8.0 a < 10.0	3	≥ 10.0 a < 25	4	≥ 25	6	Hemoglobina (g/dL) para varones		≥ 12.0 a < 13.0	1	≥ 10.0 a < 12.0	3	< 10.0	6	Hemoglobina (g/dL) para mujeres		≥ 10.0 a < 12.0	1	< 10.0	6	Presión arterial sistólica (mmHg)		100 a 109	1	90 a 99	2	< 90	3	Otros marcadores		Pulso ≥100 latidos/minuto	1	Paciente con melena	1	Paciente con síncope	2	Enfermedad hepática	2	Insuficiencia cardiaca	2	Suma de puntajes:		<p>Recomendación condicional a favor</p> <p>Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p>
Índice de Glasgow-Blatchford																																																			
Marcador de riesgo al ingreso	Puntaje																																																		
Urea en sangre (mmol/L)																																																			
≥ 6.5 a < 8.0	2																																																		
≥ 8.0 a < 10.0	3																																																		
≥ 10.0 a < 25	4																																																		
≥ 25	6																																																		
Hemoglobina (g/dL) para varones																																																			
≥ 12.0 a < 13.0	1																																																		
≥ 10.0 a < 12.0	3																																																		
< 10.0	6																																																		
Hemoglobina (g/dL) para mujeres																																																			
≥ 10.0 a < 12.0	1																																																		
< 10.0	6																																																		
Presión arterial sistólica (mmHg)																																																			
100 a 109	1																																																		
90 a 99	2																																																		
< 90	3																																																		
Otros marcadores																																																			
Pulso ≥100 latidos/minuto	1																																																		
Paciente con melena	1																																																		
Paciente con síncope	2																																																		
Enfermedad hepática	2																																																		
Insuficiencia cardiaca	2																																																		
Suma de puntajes:																																																			
<p>Se debe informar a los pacientes dados de alta sin endoscopia sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y orientar sobre las acciones a realizar en dichos casos. De ser pertinente, citarlos por consultorio externo.</p>	BPC																																																		

Enunciado						Tipo
Los pacientes con puntaje mayor a uno en el Índice de Glasgow-Blatchford deben ser evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.						BPC
Luego de la endoscopia, los pacientes adultos con HDA y un puntaje de dos o menos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente.						BPC
Tabla N° 2. Índice de Full-Rockall para evaluar la severidad en los pacientes hospitalizados por HDA que han recibido una endoscopia.						
Índice de Full-Rockall						
Variables		Puntaje				
		0	1	2	3	
Variables pre-endoscópicas	Edad	<60	60-79	≥80		
	Shock	No shock, PAS ≥100 mmHg y pulso <100/min	Taquicardia: PAS ≥100 mmHg y pulso ≥100/min	Hipotensión: PAS <100 mmHg	-	
	Comorbilidades	Sin comorbilidad importante	-	Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, cualquier comorbilidad importante	Falla renal, falla hepática, metástasis de neoplasia	
Variables post-endoscópicas	Diagnóstico	Desgarro por Mallory-Weiss, no tener lesión identificada y sin signos de hemorragia reciente	Otros diagnósticos	Neoplasia maligna de tracto gastrointestinal alto	-	
	Signos de hemorragia reciente	Ninguno o solo punto oscuro	-	Sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, visible, o vaso sangrante	-	
Manejo Inicial						
Pregunta 2: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿cuál es el nivel de hemoglobina óptimo para iniciar transfusión de glóbulos rojos?						
En pacientes adultos con sospecha de HDA, recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL.						Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con enfermedad cardiovascular (síndrome coronario agudo, enfermedad cardíaca isquémica crónica, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, o enfermedad vascular periférica), realizar transfusión de glóbulos rojos cuando la hemoglobina sea menor a 9 g/dL.						BPC
En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hemodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.						BPC
Pregunta 3. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿se debería brindar inhibidores de bomba antes de realizar la endoscopia?						

Enunciado	Tipo
En pacientes adultos con sospecha de HDA, sugerimos que antes de la realización de la endoscopia digestiva alta se brinde omeprazol IV 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopia.	BPC
En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada, agregar la administración de octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 microgramos seguido de infusión de 50 microgramos/hora durante 5 días.	BPC
Pregunta 4. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿en qué momento se debería realizar la endoscopia digestiva alta?	
En pacientes adultos con sospecha de HDA que tengan un puntaje mayor a uno en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas desde el ingreso del paciente.	BPC
En pacientes con alta sospecha de sangrado activo (manifestado por signos como inestabilidad hemodinámica que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica, o hematemesis intrahospitalaria) o con contraindicación a la interrupción de la anticoagulación, la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 12 horas desde el ingreso del paciente.	BPC
En pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida, se puede considerar la colocación de sonda de Sengstaken-Blakemore por personal entrenado.	BPC
Manejo de HDA no variceal	
Pregunta 5. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería usar la terapia dual (inyección de adrenalina junto con terapia térmica o mecánica) en lugar de monoterapia con adrenalina?	
En pacientes adultos con HDA no variceal, recomendamos usar terapia dual (es decir, adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica) en lugar de usar monoterapia con adrenalina.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
Para la terapia dual, considerar el uso de clips hemostáticos o sonda de argón plasma, según la necesidad y evaluación del paciente, la experticia del personal y la disponibilidad de la terapia en la institución.	BPC
En pacientes adultos con HDA no variceal, realizar hemostasia endoscópica solo a quienes tienen estigmas de hemorragia reciente en la endoscopia (Forrest Ia, Ib, o IIa; así como Forrest IIb en los que al retirar el coágulo hayan presentado sangrado compatible con Forrest Ia, Ib, o IIa).	BPC
En pacientes adultos con HDA no variceal en los que el sangrado no puede controlarse endoscópicamente, realizar terapia por radiología	BPC

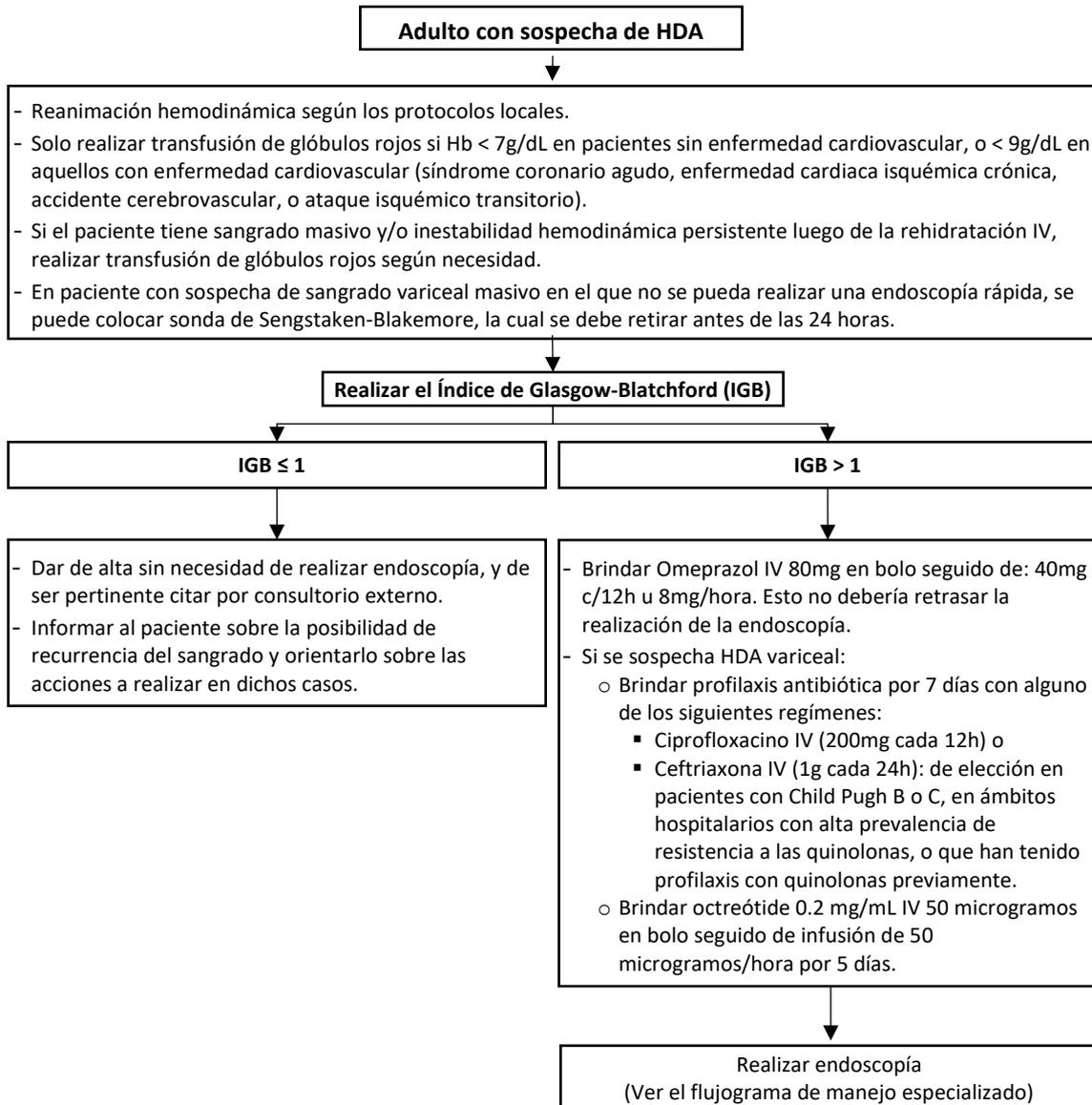
Enunciado	Tipo
intervencionista (embolización) o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	
En pacientes adultos con HDA no variceal que han requerido tratamiento hemostático, seguir brindando omeprazol IV 40mg cada 12 horas u 8mg/hora, por 72 horas post-endoscopia, o hasta iniciar omeprazol VO.	BPC
Pregunta 6. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso?	
En pacientes adultos con HDA no variceal, sugerimos no realizar seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso.	Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que realizó la primera endoscopia tenga dudas sobre la adecuada hemostasia.	BPC
Pregunta 7. En pacientes adultos con HDA no variceal que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar segunda hemostasia endoscópica o cirugía?	
En pacientes adultos con HDA no variceal que resangran, recomendamos realizar como primera opción una segunda endoscopia con posibilidad de terapia hemostática, en lugar de cirugía.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con HDA no variceal que resangran, en los que el sangrado no pueda controlarse con la segunda hemostasia endoscópica, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo con la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
Manejo de HDA variceal	
Pregunta 8. En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada, ¿se debería administrar profilaxis antibiótica como manejo inicial?	
En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
Usar alguno de los siguientes regímenes de profilaxis antibiótica, por 7 días: a. Ciprofloxacino IV 200mg cada 12 horas o b. Ceftriaxona IV 1g cada 24 horas: de elección en pacientes con cirrosis avanzada (Child Pugh B o C), en ámbitos hospitalarios con alta prevalencia de infecciones bacterianas resistentes a las quinolonas, o en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente.	BPC
Pregunta 9. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, ¿se debería usar ligaduras con bandas o escleroterapia?	
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en lugar de escleroterapia.	Recomendación fuerte a favor

Enunciado	Tipo
	Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.	BPC
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, se puede colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.	BPC
Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.	BPC
Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
Pregunta 10. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar una segunda hemostasia endoscópica o TIPS?	
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas en los cuales se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, realizar una endoscopia. Si se encuentra sangrado, recomendamos aplicar una hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia en lugar de TIPS.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas que resangran, si la segunda hemostasia endoscópica falla, realizar TIPS o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
Pregunta 11. En pacientes adultos con HDA de várices gástricas, ¿se debería usar el cianoacrilato o la ligadura con bandas?	
En pacientes adultos con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en lugar de ligadura con bandas.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: moderada (⊕⊕⊕⊖)
En pacientes adultos con HDA por várices gástricas, si el sangrado no se controla con el uso de cianoacrilato, realizar TIPS o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
En pacientes adultos con HDA por várices gástricas en los que se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, intentar una segunda hemostasia endoscópica. Si esta falla, realizar TIPS o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC

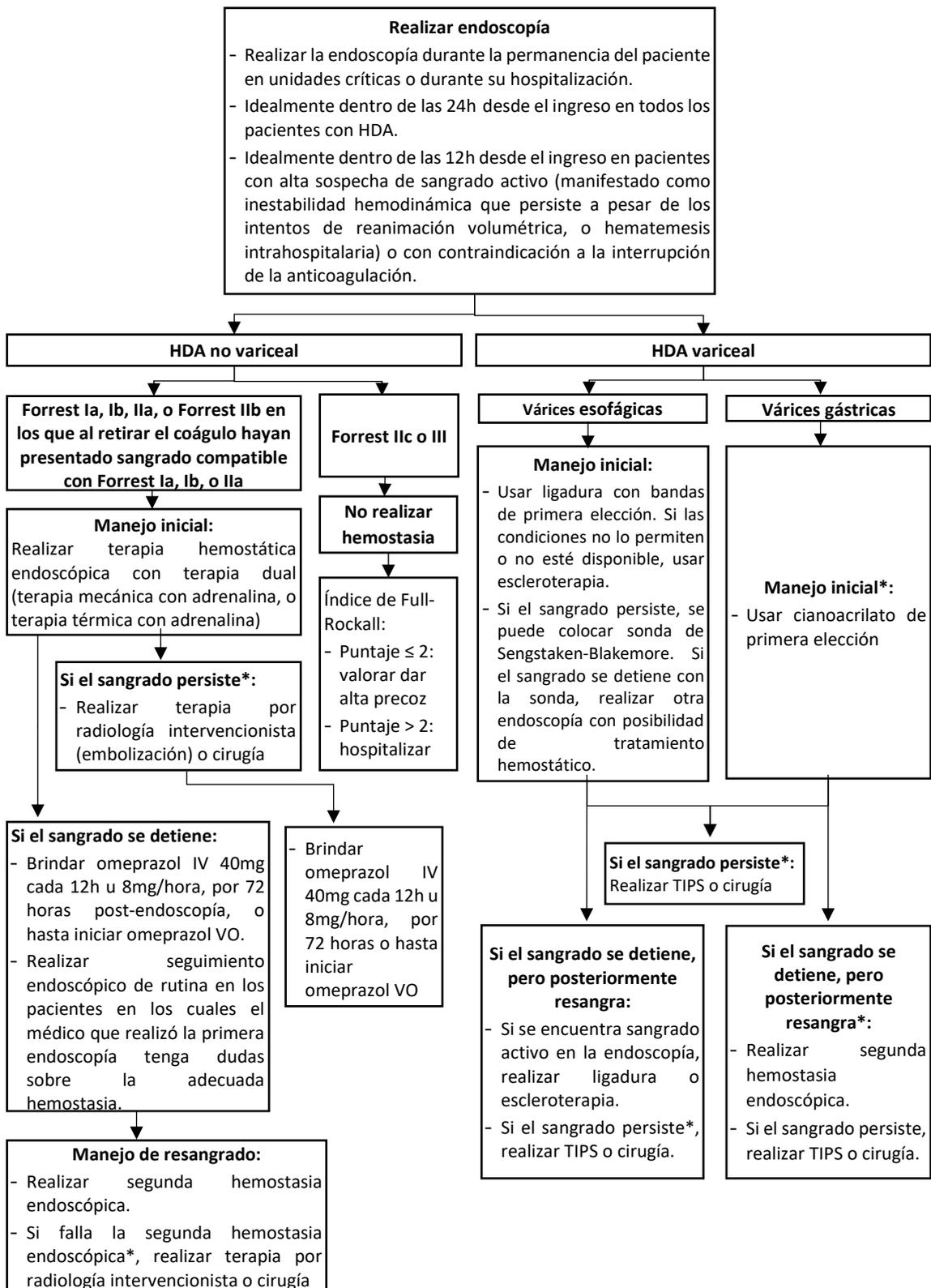
* Médico que atiende inicialmente al paciente y se encarga de gestionar la atención.

II. Flujogramas

Flujograma 1. Manejo inicial



Flujograma 2. Manejo especializado



*Estos procedimientos usualmente son realizados en un establecimiento especializado.
TIPS: Shunt portosistémico transyugular intrahepático

III. Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica relativamente frecuente, habiéndose estimado una incidencia anual de 40 a 150 casos por 100 000 personas (1, 2). La HDA se suele dividir en dos tipos: variceal y no variceal. La mayoría de casos de HDA son de tipo no variceal, y se incluye las úlceras pépticas, enfermedades erosivas de la mucosa, síndrome de Mallory-Weiss, entre otras condiciones menos frecuentes (1, 2). La HDA de origen variceal se subdivide a su vez, de acuerdo con la localización de las várices sangrantes, en HDA de várices esofágicas y HDA de várices gástricas.

La evaluación y el manejo adecuado de los casos de HDA busca reducir la mortalidad de esta condición, así como, contribuir a disminuir las complicaciones como el resangrado, estancia hospitalaria, o la necesidad de otros procedimientos. Por ello, el Seguro Social de Salud (EsSalud) priorizó la realización de la presente guía de práctica clínica (GPC) para establecer lineamientos basados en evidencia para gestionar de la mejor manera los procesos y procedimientos asistenciales de la presente condición.

Esta GPC fue realizada por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud.

IV. Objetivo y población de la GPC

- **Objetivos de la GPC:**

- Brindar recomendaciones para la evaluación y manejo de la HDA variceal y no variceal en el paciente adulto, con el fin de contribuir a reducir la mortalidad y reducir las complicaciones de los pacientes con esta condición.

- **Población a la cual se aplicará la GPC:**

- Adultos con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) de causa variceal o no variceal.

Usuarios y ámbito de la GPC:

- **Usuarios de la GPC:**

- Esta GPC está dirigida al personal médico y no médico, que participa en la atención multidisciplinaria del paciente adulto con HDA.
- Las recomendaciones serán aplicadas por médicos generales, emergenciólogos, gastroenterólogos, internistas, intensivistas, cirujanos generales, radiólogos, médicos residentes de las diversas especialidades, médicos gestores, enfermeros y personal técnico, en todos los niveles de atención de EsSalud. Asimismo, podrá ser utilizada como referencia para internos de medicina, internos de enfermería, otros profesionales de la salud y pacientes.

- **Ámbito asistencial:**

- El ámbito asistencial incluye los servicios o unidades de emergencia, servicios o unidades de gastroenterología, y unidades de hemorragia digestiva, en lo que corresponda a cada nivel de atención de EsSalud.

Proceso o procedimiento a estandarizar

- Nombre y código CIE-10

- Úlcera gástrica aguda con hemorragia (K25.0)
- Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia (K25.4)
- Úlcera duodenal aguda con hemorragia (K26.0)
- Úlcera péptica, de sitio no especificado, aguda con hemorragia (K27.0)
- Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica o no especificada, con hemorragia (K27.4)
- Gastritis aguda hemorrágica (K29.0)
- Hematemesis (K92.0)
- Melena (K92.1)
- Hemorragia gastrointestinal sin especificar (K92.2)
- Várices esofágicas con hemorragia (I85.0)

V. Metodología

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC está detallado en su versión “in extenso”, la cual puede descargarse de la página web del IETSI de EsSalud (<https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>).

En resumen, se aplicó la siguiente metodología:

Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):

Se conformó un GEG, que incluyó metodólogos y médicos gastroenterólogos.

Formulación de preguntas:

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG formuló 11 preguntas clínicas (**Tabla 1**), cada una de las cuales pudo tener una o más preguntas PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*). A su vez, cada pregunta PICO pudo tener uno o más desenlaces (o *outcomes*) de interés.

Búsqueda y selección de la evidencia:

La búsqueda inicial se realizó el 2017, y la búsqueda para la actualización se realizó el 2024. Se buscaron GPC que hayan realizado RS de la evidencia, así como RS publicadas como artículos científicos. Cuando fue pertinente, también se realizaron búsquedas de ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Todas las búsquedas se hicieron en PubMed.

Se seleccionaron las RS de calidad aceptable, al evaluarlas evaluada mediante el instrumento *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews-II* (AMSTAR II) modificado por EsSalud (3).

Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos:

Para cada desenlace de cada pregunta PICO, se evaluó la certeza de la evidencia siguiendo la metodología de *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) (4).

Además, se calcularon los efectos absolutos, ya sea en términos de diferencias de riesgos para desenlaces dicotómicos o diferencias de medias para desenlaces numéricos. En el caso de las diferencias de riesgos, la incidencia en el grupo control se tomó de los datos reportados por la evidencia, a menos que se indicara lo contrario para alguna pregunta específica.

Formulación de las recomendaciones:

Se revisó la evidencia seleccionada en reuniones periódicas, utilizando los marcos *Evidence to Decision* (EtD) de la metodología GRADE (5, 6). Para ello, se consideraron: 1) Beneficios y daños de las opciones, 2) Valores y preferencias de los pacientes, 3) Aceptabilidad por parte de los profesionales de salud y pacientes, 4) Factibilidad de las opciones en EsSalud, y 6) Uso de recursos. Luego de discutir estos criterios para cada pregunta, el GEG, por consenso o por mayoría simple, formuló cada recomendación, asignándole una fuerza (fuerte o condicional) y una certeza de la evidencia (alta, moderada, baja, o muy baja) (**Tabla 2**).

Para la actualización de la guía 2024, **no se encontró nueva evidencia que a criterio del equipo metodológico cambiaría la dirección o fuerza de la recomendación** por lo que se empleó la tabla SoF o la tabla de perfil de evidencias, y las decisiones en base a la metodología EtD de la primera versión de la guía.

Por lo tanto, las recomendaciones formuladas en la primera versión de la guía se mantuvieron sin cambios en la dirección ni fuerza de la recomendación. Finalmente, se evaluó la actualización de los puntos de BPC (enunciados emitidos por el GEG para comentar las recomendaciones emitidas, para los cuales no existió evidencia o no se priorizó realizar un proceso de toma de decisiones).

Finalmente, se discutió si se requerían cambios en los demás apartados de la guía, como el título, metodología, introducción, u otros.

Tabla 2. Significado de los niveles de certeza y fuerza de la recomendación

Enunciado	Significado
Certeza de una recomendación	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
Fuerza de la recomendación	

Enunciado	Significado
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe seguirse en todos los casos, salvo excepciones puntuales y bien justificadas. Se usó el término “Recomendamos”
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación se seguirá en la gran mayoría de casos, aunque podría ser oportuno no aplicarlas en algunos casos, siempre que esto sea justificado. Se usó el término “Sugerimos”

Formulación de buenas prácticas clínicas:

El GEG formuló buenas prácticas clínicas (BPC), usualmente en base a su experiencia clínica o a adopciones de otras guías o protocolos (Tabla 1).

Revisión por expertos externos:

La presente GPC fue revisada en reuniones con especialistas representantes de otras instituciones y tomadores de decisiones de EsSalud. Asimismo, su versión extensa fue enviada por vía electrónica a un experto externo para su revisión. Cuando fue pertinente, el GEG tuvo en cuenta los resultados de estas revisiones para modificar las recomendaciones finales.

Actualización de la GPC:

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a realizar una RS de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión.

VI. Recomendaciones

La presente GPC abordó 11 preguntas clínicas, y se formularon 11 recomendaciones (7 fuertes y 4 condicionales), 24 BPC, y 2 flujogramas (**Tabla 1, Figuras 1 y 2**).

Pregunta 1: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia?

Se tomó como referencia la RS Ramaekers 2016 (7). Esta encontró que el Índice de Glasgow-Blatchford ≥ 2 tuvo una sensibilidad de 98% (IC95%: 96%-99%) y una especificidad de 36% (IC95%: 34%-38%) para el desarrollo de complicaciones (muerte; resangrado; o necesidad de intervención: transfusión, angiografía, endoscopia o cirugía).

Este punto de corte ≥ 2 tendría una alta sensibilidad (98%) que identificaría a casi todos los pacientes que acuden al servicio de emergencia en riesgo real de complicaciones. Esto reduciría el riesgo de pasar por alto a pacientes que podrían deteriorarse rápidamente si no reciben tratamiento.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** del alta temprana en pacientes un puntaje de uno o menos en el Índice de Glasgow-Blatchford (pacientes con bajo riesgo). Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue **condicional**.

Pregunta 2: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿cuál es el nivel de hemoglobina óptimo para iniciar transfusión de glóbulos rojos?

Se tomó como referencia la RS Otudayo 2017 (9). Esta encontró que, si brindamos la transfusión restrictiva (ante una hemoglobina $< 7\text{g/dL}$) a 1000 personas en lugar de brindar la transfusión liberal, posiblemente evitemos 28 muertes (IC 95%: -2 a -45) y posiblemente evitemos 57 resangrados (IC 95%: -22 a -81), aunque la evidencia es muy incierta.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la transfusión restrictiva en lugar de una transfusión liberal. Si bien la certeza general de evidencia fue muy baja, la transfusión liberal significaría un riesgo innecesario y mayores gastos para la institución (incremento en el uso de recursos y costos) ya que podría contribuir a la escasez de suministro de sangre considerando nuestro contexto de recursos limitados, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 3. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿se debería brindar inhibidores de bomba antes de realizar la endoscopia?

Se tomó como referencia la RS de la GPC ESGE 2015 (11). Esta encontró que, si brindamos inhibidores de protones a 1000 personas en lugar de no brindarlos, posiblemente causaríamos 34 casos menos de necesidad de hemostasia (IC 95%: -55 a -7). No se identificaron daños potenciales en los pacientes al evaluar los inhibidores de bomba de protones.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** del omeprazol en lugar de no brindarla. Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue **condicional**.

Pregunta 4. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿en qué momento se debería realizar la endoscopia digestiva alta?

Se tomó como referencia la RS de la GPC de NICE (2012, actualizada el 2016) (13). Esta encontró que, si realizáramos endoscopia temprana (2 a 12 horas del ingreso) en lugar de endoscopia tardía a 1000 personas, podría ser que no modifiquemos la mortalidad ni el resangrado en 30 días, aunque la evidencia es incierta. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al evaluar el momento de realización de la endoscopia digestiva alta.

Se consideró que en nuestro contexto las endoscopías suelen demorar mucho más de 24 horas, usualmente debido a falencias en la disponibilidad de equipamiento y personal, por lo cual se optó por mencionar que la realización de la endoscopia se realice durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización. Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de realizar la endoscopia digestiva alta. Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue **condicional**.

Pregunta 5. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería usar la terapia dual (inyección de adrenalina junto con terapia térmica o mecánica) en lugar de monoterapia con adrenalina?

Se tomó como referencia la RS de la GPC de NICE (2012, actualizada el 2016) (13). Esta encontró que, si brindamos la terapia dual a 1000 personas en lugar de brindar la monoterapia con adrenalina, probablemente evitemos 113 resangrados (IC 95%: -73 a -139). En contraste, posiblemente no modificaríamos la mortalidad ni el riesgo de falla de hemostasia, pero esto es incierto. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al realizar la terapia dual en lugar de monoterapia con adrenalina.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la terapia dual (adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica). Si bien la certeza general de evidencia fue muy baja, la terapia dual reduce significativamente el riesgo de resangrado (certeza de evidencia moderada) y conduce a mejores resultados clínicos como menor necesidad de cirugía de emergencia y menor tasa de complicaciones relacionadas con la hemorragia los cuales indicarían más beneficios con esta intervención, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 6. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso?

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016). Esta encontró que, si realizamos seguimiento endoscópico de rutina a 1000 personas en lugar de no realizarlo, podría ser que evitemos 60 resangrados en 30 días (IC 95%: -11 a -94). En

contraste, podría ser que no modificaríamos el resangrado durante la hospitalización o 7 días ni la necesidad de cirugía, y posiblemente no modificaríamos el riesgo de mortalidad, pero esto es incierto. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al realizar la terapia dual en lugar de monoterapia con adrenalina.

En nuestro contexto, esta intervención incrementaría los costos, riesgos y malestar en los pacientes. Por ello, se emitió una recomendación **en contra** del seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso. Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue **condicional**.

El GEG consideró que existen pacientes con mayor riesgo de resangrado en los cuales sí se debería realizar un seguimiento endoscópico. Se acordó que el principal factor era la opinión del médico que realizó la primera endoscopia, quien pudiera tener dudas sobre la adecuada hemostasia. Por lo que se emitió la siguiente BPC: En pacientes adultos con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que realizó la primera endoscopia tenga dudas sobre la adecuada hemostasia.

Pregunta 7. En pacientes adultos con HDA no variceal que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar segunda hemostasia endoscópica o cirugía?

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) (13). Esta encontró que, podría ser que no modificaríamos la mortalidad a los 30 días, la falla de hemostasia y el resangrado a los 30 días al brindar segunda hemostasia endoscópica en lugar de cirugía. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al brindar segunda hemostasia endoscópica en lugar de cirugía.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la segunda endoscopia con posibilidad de terapia hemostática. Si bien la certeza general de evidencia fue baja, en nuestro contexto existe una potencial demora en la programación y mayores costos de la cirugía en comparación con hemostasia endoscópica. Además, que la cirugía podría generar mayor incomodidad en los pacientes en comparación a la segunda hemostasia endoscópica, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 8. En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada, ¿se debería administrar profilaxis antibiótica como manejo inicial?

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) (13). Esta encontró que, si brindamos la profilaxis antibiótica a 1000 personas en lugar de no brindarlo, podría ser que evitemos 73 resangrados al final del estudio (IC 95%: -6 a -127), aunque la evidencia es muy incierta, podría ser que evitemos 93 resangrados hasta 7 días (IC 95%: -49 a -118), y podría ser que evitemos 109 casos de bacteriemia (IC 95%: -88 a -124). En contraste, no modificaríamos el riesgo de mortalidad, pero esto es incierto. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al brindar profilaxis antibiótica en lugar de no brindarla.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la profilaxis antibiótica. Si bien la certeza general de evidencia fue muy baja, la profilaxis antibiótica conduce a grandes resultados clínicos en resangrado y ausencia de daños, los cuales indicarían más beneficios con esta intervención, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 9. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, ¿se debería usar ligaduras con bandas o escleroterapia?

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) (13). Esta encontró que, si realizáramos ligadura con bandas a 1000 personas en lugar de escleroterapia, podría ser que evitemos 34 muertes (IC 95%: -2 a -64), podría ser que evitemos 139 resangrados (IC 95%: -73 a -145) y podría ser que evitemos 64 casos de falla de hemostasia (IC 95%: -17 a -96). No se identificaron daños potenciales en los pacientes al brindar ligadura con bandas en lugar de escleroterapia.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la ligadura con bandas en lugar de escleroterapia. Si bien la certeza general de evidencia fue baja por los desenlaces de resangrado, mortalidad y falla de hemostasia a favor de la ligadura con bandas, el GEG consideró que la escleroterapia podría presentar efectos secundarios importantes como embolia periférica o dolor y que podría generar molestias en el paciente, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 10. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico, ¿se debería realizar una segunda hemostasia endoscópica o TIPS?

Se tomó como referencia la RS Zhang 2017 (20). Esta encontró que, si brindamos TIPS a 1000 personas en lugar de una segunda hemostasia endoscópica, probablemente aumentemos 130 casos de encefalopatía hepática (IC 95%: +77 a +189). Además, si brindamos TIPS a 1000 personas en lugar de una segunda hemostasia endoscópica, probablemente evitemos 245 resangrados (IC 95%: -204 a -275). En contraste, posiblemente no modificaríamos el riesgo de mortalidad.

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** de la hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia. Si bien la certeza general de evidencia fue baja por el desenlace crítico de mortalidad, el uso de TIPS genera mayor riesgo de encefalopatía hepática que la hemostasia endoscópica (certeza de la evidencia moderada) que es un daño considerable. Además, los TIPS cuentan con menor disponibilidad y es un procedimiento de mayor costo en nuestro contexto, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

Pregunta 11. En pacientes adultos con HDA de várices gástricas, ¿se debería usar el cianoacrilato o la ligadura con bandas?

Se tomó como referencia la RS Qiao 2015 (23). Esta encontró que, si brindamos el cianoacrilato a 1000 personas en lugar de brindar la ligadura con bandas, evitaremos 257

casos de resangrado (IC 95%: -358 a -126) y probablemente aumentemos 150 casos de control de resangrado (IC 95%: +20 a +190). En contraste, podría ser que no modificaríamos el riesgo de mortalidad. No se identificaron daños potenciales en los pacientes al brindar cianoacrilato en lugar de ligadura con bandas

Por ello, se emitió una recomendación **a favor** del cianoacrilato en lugar de ligadura. Si bien la certeza general de evidencia fue baja por el desenlace de mortalidad, la certeza de evidencia fue alta para resangrado y moderada para control de sangrado con evidentes beneficios a favor del cianoacrilato en lugar de la ligadura, por lo cual esta recomendación fue **fuerte**.

VII. Referencias bibliográficas

1. Van Leerdam M. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2008;22(2):209-24.
2. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut*. 2011;60(10):1327-35.
3. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *bmj*. 2017;358:j4008.
4. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):401-6.
5. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *bmj*. 2016;353:i2016.
6. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *bmj*. 2016;353:i2089.
7. Ramaekers R, Mukarram M, Smith CA, Thiruganasambandamoorthy V. The Predictive Value of Preendoscopic Risk Scores to Predict Adverse Outcomes in Emergency Department Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*. 2016;23(11):1218-27.
8. Boustany A, Alali AA, Almadi M, Martel M, Barkun AN. Pre-Endoscopic Scores Predicting Low-Risk Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*. 2023;12(16).
9. Odutayo A, Desborough MJ, Trivella M, Stanley AJ, Dorée C, Collins GS, et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017;2(5):354-60.
10. Teutsch B, Veres DS, Pálkás D, Simon OA, Hegyi P, Erőss B. Potential benefits of restrictive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Scientific reports*. 2023;13(1):17301.
11. Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, Dorward S, Howden CW, Forman D, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *The Cochrane Library*. 2010.
12. 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. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2022;1(1):Cd005415.
13. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2019.; 2016.
14. Bai L, Jiang W, Cheng R, Dang Y, Min L, Zhang S. Does Early Endoscopy Affect the Clinical

- Outcomes of Patients with Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gut and liver*. 2023;17(4):566-80.
15. Shi K, Shen Z, Zhu G, Meng F, Gu M, Ji F. Systematic review with network meta-analysis: dual therapy for high-risk bleeding peptic ulcers. *BMC gastroenterology*. 2017;17(1):55.
 16. Benites-Goñi H, Alférez-Andía J, Piscocoya A, Diaz-Arocutipa C, Hernandez AV. Efficacy of routine second-look endoscopy after endoscopic hemostasis in patients with acute peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis. *Revista de gastroenterología del Peru : organo oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Peru*. 2024;44(2):117-24.
 17. Tsoi KK, Chiu PW, Sung JJ. Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: is routine second-look necessary? *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*. 2009;6(12):717-22.
 18. Wang Z, Hu HS, Zhao LM, Li Y, Liu XD. Effectiveness of prophylactic antibacterial drugs for patients with liver cirrhosis and upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in pharmacology*. 2024;15:1324848.
 19. Onofrio FQ, Pereira-Lima JC, Valença FM, Azeredo-da-Silva ALF, Tetelbom Stein A. Efficacy of endoscopic treatments for acute esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients: systematic review and meta-analysis. *Endoscopy international open*. 2019;7(11):E1503-e14.
 20. Zhang H, Zhang H, Li H, Zhang H, Zheng D, Sun CM, et al. TIPS versus endoscopic therapy for variceal rebleeding in cirrhosis: A meta-analysis update. *Journal of Huazhong University of Science and Technology Medical sciences = Hua zhong ke ji da xue xue bao Yi xue Ying De wen ban = Huazhong keji daxue xuebao Yixue Yingdewen ban*. 2017;37(4):475-85.
 21. Miao Z, Lu J, Yan J, Lu L, Ye B, Gu M. Comparison of Therapies for Secondary Prophylaxis of Esophageal Variceal Bleeding in Cirrhosis: A Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical therapeutics*. 2020;42(7):1246-75.e3.
 22. Plaz Torres MC, Best LM, Freeman SC, Roberts D, Cooper NJ, Sutton AJ, et al. Secondary prevention of variceal bleeding in adults with previous oesophageal variceal bleeding due to decompensated liver cirrhosis: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2021;3(3):Cd013122.
 23. Qiao W, Ren Y, Bai Y, Liu S, Zhang Q, Zhi F. Cyanoacrylate Injection Versus Band Ligation in the Endoscopic Management of Acute Gastric Variceal Bleeding: Meta-Analysis of Randomized, Controlled Studies Based on the PRISMA Statement. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(41):e1725.
 24. Chirapongsathorn S, Manatsathit W, Farrell A, Suksamai A. Safety and efficacy of endoscopic cyanoacrylate injection in the management of gastric varices: A systematic review and meta-analysis. *JGH open : an open access journal of gastroenterology and hepatology*. 2021;5(9):1047-55.