



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

**GUÍA EN VERSIÓN CORTA**

**GPC N°6**

**Diciembre 2017**

**IETSI** | INSTITUTO DE  
EsSalud | EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN

---

**SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

Gabriel del Castillo Mory

**Presidente Ejecutivo, EsSalud**

María del Carmen Valverde Yabar

**Gerente General, EsSalud**

**INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI**

Patricia Pimentel Álvarez

**Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

Fabián Fiestas Saldarriaga

**Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Joshi Rosa Magaly Acosta Barriga

**Gerente de la Dirección de Investigación en Salud**

Fabián Fiestas Saldarriaga

**Gerente (e) de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia**

Raúl Timaná Ruiz

**Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

### **Grupo elaborador**

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

### **Revisor Clínico**

Dra. Milagros Dávalos Moscol, 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**

Dr. Augusto Vera Calderón, 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 Metodológico**

Dr. Charles Huamaní Saldaña, Neurológico, 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.

### **Revisor Externo**

Dr. Carlos Alberto Contardo Zambrano, Gastroenterólogo, Maestría en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **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.

### **Guía de Práctica Clínica**

Las Guías de Práctica Clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

### **Citación**

Este documento debe ser citado como: IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. Guía en Versión Corta. GPC N°6. Perú, diciembre 2017.

### **Agradecimientos**

Dr. Victor Suarez Moreno

Lic. Obst. Stefany Salvador Salvador

Sra. Liseth Arias Bernal

### **Datos de contacto**

Raúl Timaná Ruiz. Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe. Teléfono: +511-2656000, Anexo 1953.

Tabla de Contenido

I.	FINALIDAD .....	6
II.	OBJETIVOS .....	6
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	6
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR .....	6
	- a. Nombre y código de CIE-10.....	6
V.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	6
	- a. DEFINICIÓN.....	6
	- b. ETIOLOGÍA .....	7
	- c. FISIOPATOLOGÍA .....	7
	- d. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	7
	- e. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	7
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	7
	- a. CUADRO CLÍNICO .....	7
	i. Signos y Síntomas.....	7
	ii. Interacción cronológica .....	8
	iii. Gráficos, diagramas, fotografías .....	8
	- b. DIAGNÓSTICO.....	8
	- c. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA .....	8
	i. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS.....	8
	ii. TERAPÉUTICA .....	8
	iii. SIGNOS DE ALARMA .....	12
	iv. CRITERIOS DE ALTA.....	12
	v. PRONÓSTICO .....	12
	- d. COMPLICACIONES .....	12
	- e. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	12
	- f. FLUJOGRAMAS .....	13
VII.	ANEXOS .....	15
	- a. Anexo N°1: Recomendaciones Claves .....	15
	- b. Anexo N°2: Desarrollo metodológico.....	20
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26

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

**I. FINALIDAD**

- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las personas con hemorragia digestiva alta (HDA).

**II. OBJETIVOS**

- Establecer recomendaciones basadas en evidencia para una adecuada evaluación y manejo de los pacientes adultos con HDA.
- Contribuir a reducir las complicaciones en pacientes adultos con HDA.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La guía 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 enfermeras y personal técnico, en todos los niveles de atención de EsSalud.

**IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

- Evaluación y manejo de la HDA
  - a. Nombre y código de CIE-10
    - Hemorragia gastrointestinal sin especificar (K92.2)
    - Hematemesis (K92.0)
    - Melena (K92.1)

**V. CONSIDERACIONES GENERALES**

**a. DEFINICIÓN**

HDA es el sangrado proveniente del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el duodeno a la altura del ligamento de Treitz. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la hematemesis (40 a 50% de los casos), melena o hematoquezia (90 a 98% de los casos) (1, 2).

**b. ETIOLOGÍA**

La HDA se suele dividir en dos tipos: variceal y no variceal. La mayoría de casos de HDA son de tipo no variceal, lo cual incluye 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 a la localización de las várices sangrantes en HDA de várices esofágicas y HDA de várices gástricas.

**c. FISIOPATOLOGÍA**

Los mecanismos fisiopatológicos varían dependiendo de la causa subyacente.

**d. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

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 incidencia de HDA es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad (3).

**e. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

**HDA variceal:**

Las várices esofágicas se presentan en pacientes con cirrosis. Los factores de riesgo para que se presente sangrado activo de estas várices son tener un gradiente de presión venosa hepática >20mmHg, Child Pugh C e infecciones activas (4).

**HDA no variceal:**

Los factores de riesgo principales para HDA no variceal son la infección por *Helicobacter pilory*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y el uso de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios (5).

**VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

**a. CUADRO CLÍNICO**

**i. Signos y Síntomas**

Los signos de HDA son la melena, hematemesis o hematoquezia. Los síntomas que acompañan estos signos varían dependiendo de la causa subyacente.

Tabla N°1

Condición clínica	Síntomas
Úlcera péptica	Dolor en epigastrio
Úlcera esofágica	Odinofagia, reflujo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Vómitos, tos previa al sangrado
Hemorragia variceal/gastropatía por hipertensión portal	Ictericia, ascitis
Neoplasia maligna	Disfagia, llenura precoz, pérdida involuntaria de peso, caquexia

ii. Interacción cronológica

No aplica

iii. Gráficos, diagramas, fotografías

No aplica

**b. DIAGNÓSTICO**

No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

**c. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

**i. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS**

- **Valoración de riesgo de HDA**

**Recomendación:**

1. En pacientes con sospecha de HDA y un puntaje menor a dos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia. **(Recomendación débil a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. Los pacientes dados de alta sin endoscopia, serán informados sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y serán orientados sobre las acciones a realizar en dichos casos.
3. Los pacientes con puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford serán evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.
4. Los pacientes con puntaje menor o igual a dos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente luego de la endoscopia.

**ii. TERAPÉUTICA**



## Manejo inicial de pacientes con HDA

### - Necesidad de Transfusión

#### **Recomendación:**

1. En pacientes con HDA recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL. **(Recomendación fuerte a favor)**

#### **Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes 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.
3. En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hidrodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.

### - Inhibidores de bomba de protones y otras medidas

#### **Recomendación:**

1. En pacientes con 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 débil a favor)**

#### **Puntos de buena práctica clínica:**

2. La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopia.
3. En pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida, se puede colocar sonda de Sengstaken-Blakemore.
4. En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada administrar octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 microgramos seguido de infusión de 50 microgramos/hora durante 5 días.

### - Endoscopia Alta

#### **Puntos de buena práctica clínica:**

1. En pacientes con HDA que tengan un puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización. **(Recomendación débil a favor)**

#### **Puntos de buena práctica clínica:**

2. La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica.
3. 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: se sugiere que la endoscopia digestiva alta se realice dentro de las 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica.

- **Terapia Dual**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA no variceal, recomendamos usar terapia dual (es decir, adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica) en vez de usar monoterapia con adrenalina. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes 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).
3. En pacientes con HDA no variceal en los que el sangrado no puede controlarse endoscópicamente, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.
4. En pacientes con HDA no variceal que han requerido tratamiento hemostático, seguir brindando omeprazol IV 40mg cada 12 horas, por 72 horas post-endoscopia, o hasta iniciar omeprazol VO.

**Manejo de HDA no variceal**

- **Seguimiento Endoscópico**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA no variceal, recomendamos no realizar seguimiento endoscópico de rutina. **(Recomendación débil en contra)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes 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.

- **Resangrado**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA no variceal que resangra, recomendamos realizar como primera opción una segunda endoscopia con posibilidad de terapia hemostática, en vez de cirugía. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes con HDA no variceal que resangra, en los que el sangrado no pueda controlarse con la segunda hemostasia endoscópica, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

- **Profilaxis Antibiótica**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. Usar los siguientes regímenes de profilaxis antibiótica, por 7 días:
  - a. Ciprofloxacino IV 200mg cada 12 horas o
  - b. Ceftriaxona IV (1g cada 24h): 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, y en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente

**Manejo de HDA variceal**

**HDA por várices esofágicas**

- **Tratamiento de HDA por varices esofágicas**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en vez de escleroterapia. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.
3. En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.
4. Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.
5. Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

- **Resangrado de varices esofágicas**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, realizar una endoscopia. Si se encuentra sangrado, sugerimos aplicar una hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia en vez de TIPS. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas que resangran, si la segunda hemostasia endoscópica falla, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

**HDA por várices gástricas**

- **Tratamiento de HDA por varices gástricas**

**Recomendación:**

1. En pacientes con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en vez de ligadura. **(Recomendación fuerte a favor)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes con HDA por várices gástricas, si el sangrado no se controla con el uso de cianoacrilato, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.
3. En pacientes 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, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.

**iii. SIGNOS DE ALARMA**

No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

**iv. CRITERIOS DE ALTA**

No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

**v. PRONÓSTICO**

No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

**d. COMPLICACIONES**

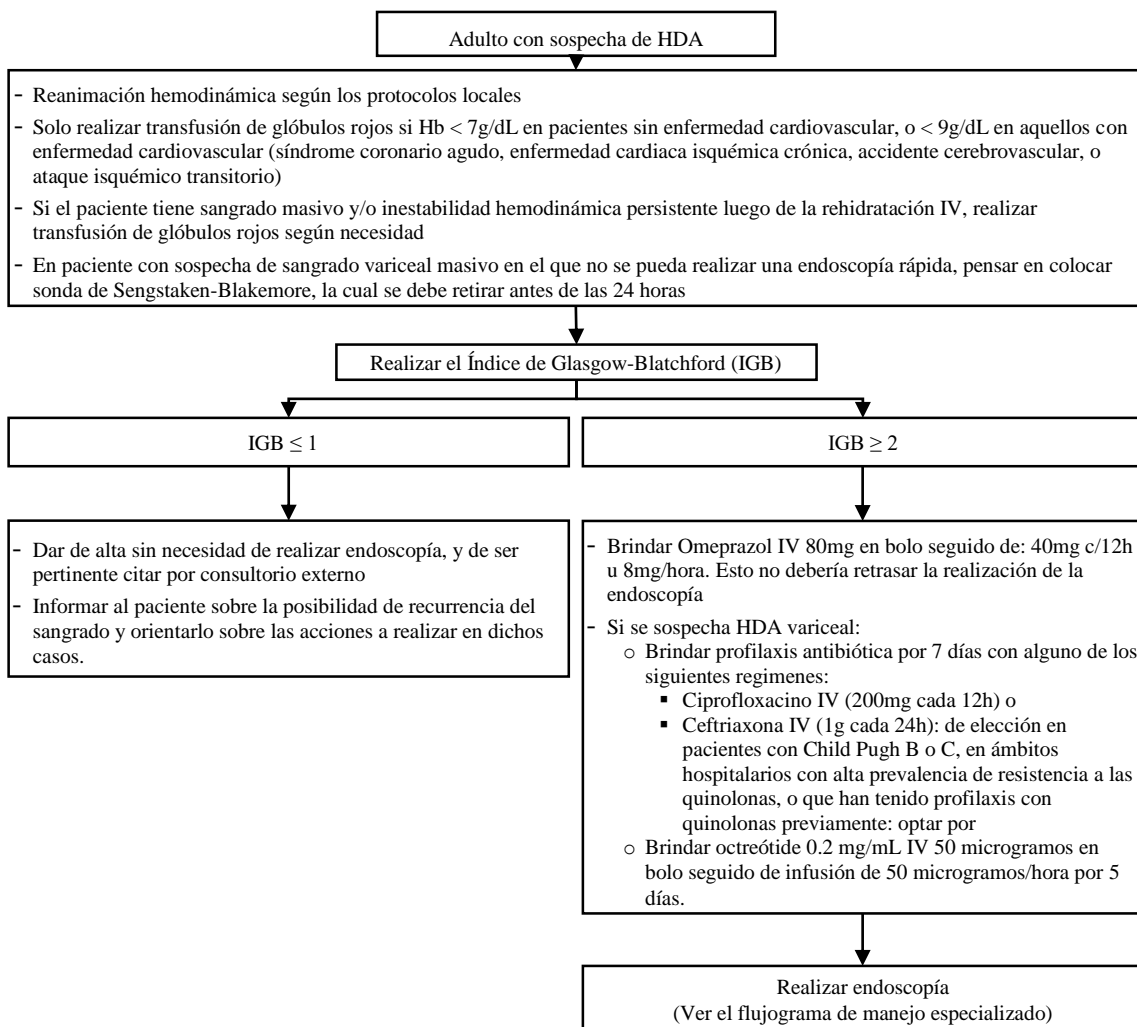
No se generaron recomendaciones con respecto a este tópico.

**e. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

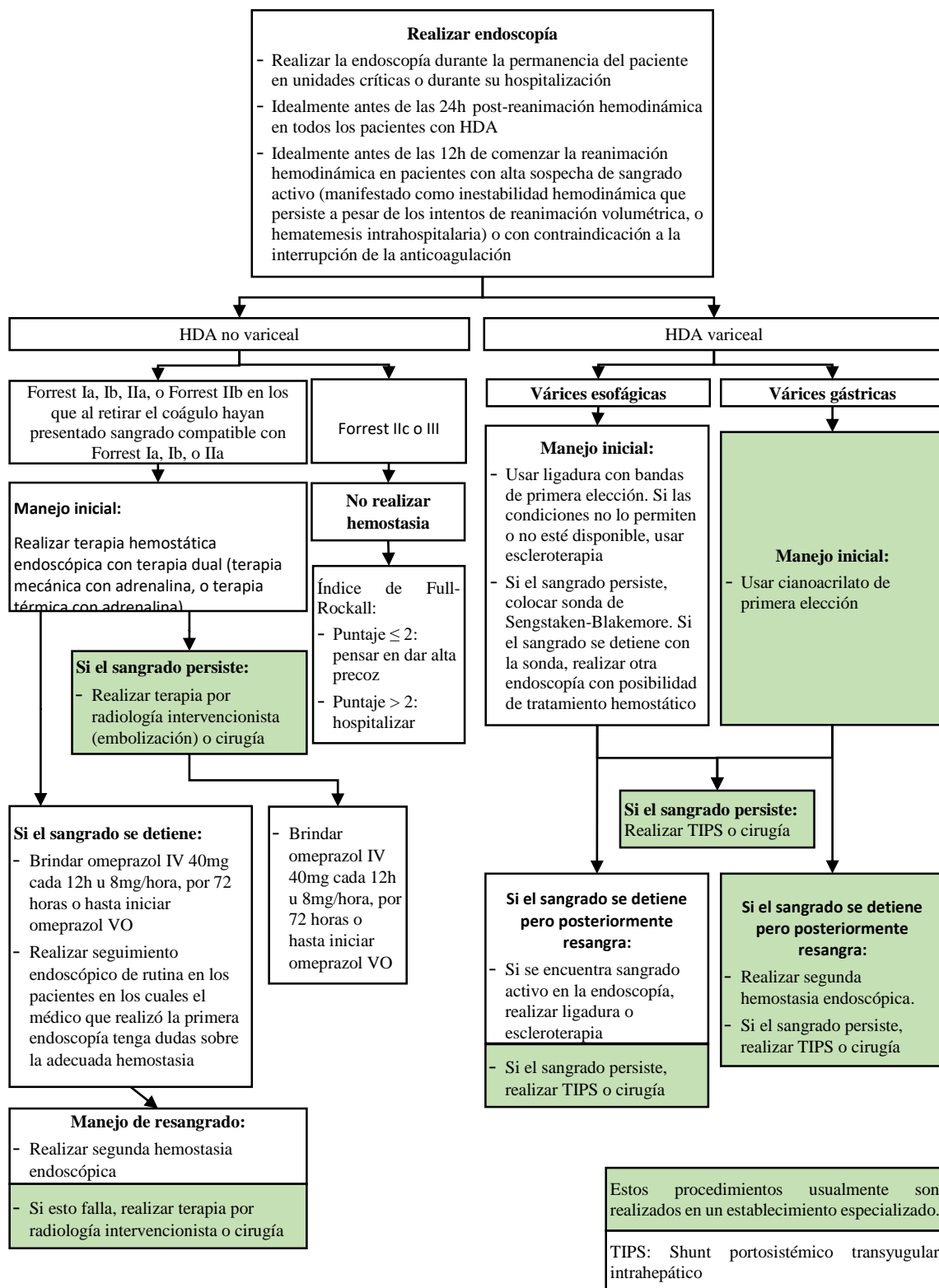
De acuerdo al nivel que correspondan las recomendaciones y puntos de buena práctica clínica que brinde la presente Guía de Práctica Clínica.

f. FLUJOGRAMAS

Flujograma de manejo inicial:



Flujograma de manejo especializado:



VII. ANEXOS

a. Anexo N°1: Recomendaciones Claves

N° Pregunta	Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
<b>Valoración de Riesgo</b>		
1	En pacientes con sospecha de HDA y un puntaje menor a dos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia.	Recomendación débil a favor  Calidad de evidencia para muerte o complicaciones: muy baja
	Los pacientes dados de alta sin endoscopia, serán informados sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y serán orientados sobre las acciones a realizar en dichos casos.	Punto de buena práctica clínica
	Los pacientes con puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford serán evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.	Punto de buena práctica clínica
	Los pacientes con puntaje menor o igual a dos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente luego de la endoscopia.	Punto de buena práctica clínica
<b>Manejo Inicial</b>		
2	En pacientes con HDA recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL.	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mortalidad: baja</li><li>• Resangrado: muy baja</li></ul>
	En pacientes con enfermedad cardiovascular (síndrome coronario agudo, enfermedad cardiaca 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.	Punto de buena práctica clínica

	En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hidrodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.	Punto de buena práctica clínica
3	En pacientes con 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 débil a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de hemostasia: baja</li> <li>• Mortalidad: baja</li> <li>• Resangrado: baja</li> <li>• Necesidad de cirugía: baja</li> </ul>
	La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopia.	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida, se puede colocar sonda de Sengstaken-Blakemore.	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada administrar octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 microgramos seguido de infusión de 50 microgramos/hora durante 5 días.	Punto de buena práctica clínica
4	En pacientes con HDA que tengan un puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización.	Recomendación débil a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: muy baja</li> <li>• Resangrado: muy baja</li> </ul>
	La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica.	Punto de buena práctica clínica
	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: se sugiere que la endoscopia digestiva alta se realice dentro de las 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica.	Punto de buena práctica clínica



Manejo de HDA no variceal		
5	En pacientes con HDA no variceal, recomendamos usar terapia dual (es decir, adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica) en vez de usar monoterapia con adrenalina.	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: muy baja</li> <li>• Resangrado: moderada</li> <li>• Falla de hemostasia: muy baja</li> </ul>
	En pacientes 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).	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes con HDA no variceal en los que el sangrado no puede controlarse endoscópicamente, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes con HDA no variceal que han requerido tratamiento hemostático, seguir brindando omeprazol IV 40mg cada 12 horas, por 72 horas post-endoscopia, o hasta iniciar omeprazol VO.	Punto de buena práctica clínica
6	En pacientes con HDA no variceal, recomendamos no realizar seguimiento endoscópico de rutina.	Recomendación débil en contra  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: muy baja</li> <li>• Resangrado en hospital: baja</li> <li>• Resangrado a 30 días: baja</li> <li>• Necesidad de cirugía: baja</li> </ul>
	En pacientes 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.	Punto de buena práctica clínica
7	En pacientes con HDA no variceal que resangra, recomendamos realizar como primera opción	Recomendación fuerte a favor

	una segunda endoscopia con posibilidad de terapia hemostática, en vez de cirugía.	Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: baja</li> <li>• Resangrado: baja</li> <li>• Falla de hemostasia: baja</li> </ul>
	En pacientes con HDA no variceal que resangra, en los que el sangrado no pueda controlarse con la segunda hemostasia endoscópica, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica
<b>Manejo de HDA variceal</b>		
8	En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica.	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: muy baja</li> <li>• Resangrado: muy baja</li> <li>• Bacteriemia: baja</li> </ul>
	Usar los siguientes regímenes de profilaxis antibiótica, por 7 días con: <ol style="list-style-type: none"> <li>Ciprofloxacino IV 200mg cada 12 horas o</li> <li>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, y en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente.</li> </ol>	Punto de buena práctica clínica
9	En pacientes con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en vez de escleroterapia.	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: baja</li> <li>• Resangrado: baja</li> <li>• Falla de hemostasia: baja</li> </ul>
	En pacientes con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, colocar una sonda de	Punto de buena práctica clínica

	Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.	
	Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.	Punto de buena práctica clínica
	Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica
10	En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, realizar una endoscopia. Si se encuentra sangrado, sugerimos aplicar una hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia en vez de TIPS	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: baja</li> <li>• Resangrado: moderada</li> <li>• Encefalopatía hepática: moderada</li> </ul>
	En pacientes con HDA de várices esofágicas que resangran, si la segunda hemostasia endoscópica falla, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica
11	En pacientes con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en vez de ligadura.	Recomendación fuerte a favor  Calidad de evidencia para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad: baja</li> <li>• Resangrado: alta</li> <li>• Control de sangrado: moderada</li> </ul>
	En pacientes con HDA por várices gástricas, si el sangrado no se controla con el uso de cianoacrilato, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica
	En pacientes 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, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.	Punto de buena práctica clínica

**b. Anexo N°2: Desarrollo metodológico**

El desarrollo metodológico, así como todos los puntos señalados en el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, aprobado con Resolución Ministerial 141-2015-MINSA Julio 2015 se encuentran en la Versión en Extenso y sus anexos de esta GPC. Para revisar estos documentos dirigirse a la siguiente dirección: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias\\_pract\\_clini\\_farmacov\\_tecnov.html](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html)

**a) Conformación del Grupo elaborador de guías (GEG)**

La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, EsSalud, conformó el GEG mediante invitaciones a expertos en la metodología de elaboración de GPC y expertos clínicos en Síndromes coronarios agudos. El GEG quedó conformado por los siguientes miembros:

- Expertos del Seguro Social de Salud
- Expertos metodólogos
- Profesionales del IETSI

**b) Declaración de conflictos de intereses**

Los miembros del GEG firmaron una declaración de conflictos de intereses. Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

**c) Formulación de las preguntas**

Se elaboraron preguntas PICO (Población, Intervención, Comparador, Desenlace) conjuntamente con los expertos clínicos.

El GEG desarrolló 11 preguntas clínicas:

**Preguntas Clínicas para la Guía**

Temas	N°	Preguntas
Valoración de riesgo	Pregunta 1	¿Qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia en pacientes con HDA?
Manejo inicial	Pregunta 2	¿Cuál es el nivel de hemoglobina óptimo para iniciar transfusión de glóbulos rojos en pacientes con HDA?
	Pregunta 3	¿Se debe administrar inhibidores de bomba de protones antes de realizar la endoscopia?
	Pregunta 4	¿En qué momento se debe realizar la endoscopia digestiva alta?

Manejo de HDA no variceal	Pregunta 5	¿Es recomendable usar la inyección de adrenalina como monoterapia en HDA no variceal?
	Pregunta 6	¿Es necesario realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico en pacientes con HDA no variceal?
	Pregunta 7	¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA no variceal que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico: segunda hemostasia endoscópica o cirugía?
Manejo de HDA variceal	Pregunta 8	¿Se debe administrar profilaxis antibiótica en el manejo inicial de pacientes con HDA variceal?
	Pregunta 9	¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA de várices esofágicas: ligadura con bandas o escleroterapia?
	Pregunta 10	¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA de várices esofágicas que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico: segunda hemostasia endoscópica o TIPS?
	Pregunta 11	¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA de várices gástricas: uso de cianoacrilato o ligadura?

Para profundizar en la estructura de las preguntas clínicas en formato PICO, ver la versión en extenso de la guía.

**d) Identificación de desenlaces**

Mediante la revisión de la literatura y reuniones con el panel de expertos clínicos, se elaboró una lista de desenlaces por pregunta clínica PICO.

Para profundizar en la calificación de los desenlaces, ver la versión en extenso de la guía.

**e) Búsqueda de Evidencia**

a) Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

La búsqueda de GPC siguió los siguientes pasos, que fueron desarrollados de manera sistemática para recolectar guías de los últimos 5 años (periodo 2012-2017). Estos pasos fueron realizados durante julio del 2017. Se usaron los siguientes términos: "upper gastrointestinal bleeding", "upper Gastrointestinal Hemorrhage", "nonvariceal", y "variceal".

Como primer paso, se buscaron GPC en los Organismos recopiladores de GPC:

- Tripdatabase, <https://www.tripdatabase.com/>
- National Guideline Clearinghouse, <http://www.guideline.gov>
- NHS Evidence Search, <https://www.evidence.nhs.uk>
- Kingdom of Saudi Arabia - Ministry of Health Portal, <http://www.moh.gov.sa/endepts/Proofs/Pages/Guidelines.aspx>

Como segundo paso, se buscó en los Organismos elaboradores de GPCs:

- National Institute for Clinical Excellence (NICE), <https://www.nice.org.uk/>

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), [www.sign.ac.uk/index.html](http://www.sign.ac.uk/index.html)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN), [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
- Biblioteca de GPC del Sistema Nacional de Salud (España), <http://portal.guiasalud.es>
- Ministry of Health – The New Zealand guidelines Group, [http://www.health.govt.nz/publications?f\[0\]=im\\_field\\_pu](http://www.health.govt.nz/publications?f[0]=im_field_pu)
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS (Colombia), <http://www.iets.org.co/>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Mexico), <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=52>
- Ministerio de Salud de Chile, <http://www.bibliotecaminsal.cl/guias-clinicas-auge/>
- Comité Revisor de Guías de la OMS, <http://www.who.int/publications/guidelines/en/>

Como tercer paso, se buscó en las Bases de datos biomédicas:

- Pubmed, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Google Scholar, <https://scholar.google.com.pe>

Como último paso, se consultó a los expertos sobre GPC no encontradas en los sistemas de búsquedas antes descritos.

Los resultados obtenidos en cada paso se resumen a continuación:

- En el primer paso, correspondiente a la búsqueda en los Organismos recopiladores de GPC, encontramos 8 GPC: Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management: National Institute for Health and Clinical Excellence 2012 (actualizada 2016) (6), Consenso Mexicano de Hipertensión Portal: Revista de Gastroenterología de México 2013 (7), Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline 2015 (8), Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Journal of digestive diseases 2016 (9), National consensus on management of non-variceal upper gastrointestinal tract bleeding in Indonesia: Indonesian Society of Gastroenterology 2016 (10), Quality improvement guidelines for transcatheter embolization for acute gastrointestinal nonvariceal hemorrhage: Cardiovascular and interventional radiology 2013 (11), The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage: American Society for Gastrointestinal Endoscopy 2014 (12), y UK Guidelines for the Management of Variceal Haemorrhage in Cirrhotic Patients: British Society of Gastroenterology 2015 (13).
- En el segundo paso, correspondiente a los Organismos elaboradores de GPC, no encontramos nuevas GPC.
- En el tercer paso, correspondiente a las Bases de datos biomédicas, no encontramos nuevas GPC.

- En el cuarto y último paso, correspondiente a recomendaciones de expertos, no se agregaron nuevas GPC

Para profundizar en la búsqueda de guías y la selección por criterios preliminares, ver la versión en extenso de la guía.

**f) Evaluación de la Calidad Metodológica de las GPCs identificadas**

Los metodólogos procedieron a evaluar las GPC preseleccionadas en forma independiente utilizando el instrumento AGREE-II (<http://www.agreetrust.org/agree-ii/>). Posteriormente, los consultores discutieron los ítems de AGREE – II con diferencias mayores a 2 puntos en cada GPC para llegar a un consenso, y un tercer consultor participaría cuando no hubiese acuerdo. Sólo aquellas GPC con un puntaje aprobatorio, es decir, puntaje mayor de 60% según AGREE-II, fueron incluidas en el proceso de adaptación. Para ello se consideró que deben cumplir las siguientes condiciones:

- Que la puntuación de la calidad sea mayor al 60% en el dominio 1 (alcance y objetivos)
- Que la puntuación de la calidad sea mayor al 60% en el dominio 3 (rigor metodológico)

Las GPC seleccionadas mediante esta herramienta fueron:

- Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management: National Institute for Health and Clinical Excellence 2012 (actualizada 2016)
- Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline

Para profundizar en la evaluación de la calidad metodológica con el Instrumento AGREE II, ver la versión en extenso de la guía.

**g) Construcción de la matriz general Pregunta-Recomendación**

Los metodólogos construyeron una matriz general de preguntas y recomendaciones por cada pregunta clínica PICO. Esta información fue importante para detectar cuál de las GPC seleccionadas responden las preguntas clínicas PICO y además informan sobre coincidencias o diferencias entre las GPC seleccionadas.

Para profundizar en la construcción de la matriz general Pregunta-Recomendación, ver la versión en extenso de la guía.

**h) Evaluación de la estrategia de búsqueda por pregunta**

Posteriormente a la selección de GPC de calidad adecuada realizada mediante la evaluación preliminar de GPC y la aplicación de la herramienta AGREE-II, se procedió a la evaluación de las estrategias de búsqueda por pregunta clínica PICO. Las preguntas, cuyas estrategias de búsqueda son juzgadas como adecuadas o insuficientes de acuerdo al

Anexo 12 del Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica del MINSa (3).

Para la actualización de la evidencia científica se usó la base de datos biomédicos Pubmed, cubriendo el período desde el momento final de la búsqueda de las GPC seleccionadas por pregunta clínica PICO hasta la elaboración de la presente GPC.

Para profundizar en la evaluación de la estrategia de búsqueda, ver la versión en extenso de la guía.

**i) Revisión y síntesis de la evidencia identificada**

a) Evaluación de la calidad de la evidencia

Los metodólogos siguieron la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para la evaluación de la calidad de la evidencia (12).

Los ECA fueron evaluados para riesgo de sesgo usando las herramientas riesgo de sesgo de Cochrane (13), y las revisiones sistemáticas usando la herramienta AMSTAR (14).

b) Evaluación de aplicabilidad de recomendaciones

Los metodólogos y expertos temáticos evaluaron las GPC seleccionadas para evaluar la aceptabilidad y aplicabilidad de sus recomendaciones siguiendo el Anexo 13 del Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica del MINSa (3). Este Anexo 13 corresponde a la herramienta 15 del instrumento ADAPTE.

Para profundizar en la evaluación de la calidad de la evidencia y de la aplicabilidad de las recomendaciones, ver la versión en extenso de la guía.

**j) Graduación de la evidencia**

La actualización de la evidencia por pregunta clínica PICO encontró estudios de tipo revisión sistemática, ECA, y estudios observacionales. En los casos en que se obtuvieron revisiones sistemáticas y ECA, se realizó la graduación de la evidencia mediante el sistema GRADE PRO.

Para profundizar en la graduación de la evidencia, ver la versión en extenso de la guía.

**k) Formulación de las recomendaciones**

Para la formulación de las recomendaciones, el GEG-Local evaluó la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas PICO en reuniones periódicas.

La confección de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base al sistema GRADE.



**Significado de recomendación según GRADE**

<b>Fuerza y dirección de la recomendación</b>	<b>Significado</b>
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Débil a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
Débil en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO
Punto de Buena Práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG-Local

Para profundizar en la formulación de recomendaciones, ver la versión en extenso de la guía.

**l) Validación de la Guía de Práctica Clínica**

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía. La validación se realizó con dos grupos; un grupo ampliado de expertos y los decisores.

**m) Revisión Externa**

La revisión externa se llevó a cabo convocando al Dr. Carlos Alberto Contardo Zambrano, médico especialista en gastroenterología, Maestría en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y amplia experiencia en tópicos relacionados a la evaluación y manejo de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

**n) Actualización de la Guía**

La presente Guía tiene una validez de tres años. Al acercarse el fin de ese período, se procederá a una revisión de la literatura, luego de la cual se decidirá sobre su actualización de acuerdo a la información nueva que se encuentre.

**VIII. 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. Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, Bellina L, Rossi K, Groppo M, et al. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study. *Gastrointestinal endoscopy*. 2009;70(2):212-24.
4. Moitinho E, Escorsell À, Bandi JC, Salmerón JM, García-Pagán JC, Rodés J, et al. Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding. *Gastroenterology*. 1999;117(3):626-31.
5. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*. 2015;25(3):415-28.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management. UK: NICE; 2012.
7. Narváez-Rivera R, Cortez-Hernández C, González-González J, Tamayo-de la Cuesta J, Zamarripa-Dorsey F, Torre-Delgadillo A, et al. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2013;78(2):92-113.
8. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanás A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47(10):a1-a46.
9. Bai Y, Li ZS. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding (2015, Nanchang, China). *Journal of digestive diseases*. 2016;17(2):79-87.
10. The Indonesian Society of Gastroenterology. National Consensus on Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Tract Bleeding in Indonesia. *Acta Medica Indonesiana - The Indonesian Journal of Internal Medicine*. 2014;46(2):163-71.
11. Valek V, Husty J. Quality improvement guidelines for transcatheter embolization for acute gastrointestinal nonvariceal hemorrhage. *Cardiovascular and interventional radiology*. 2013;36(3):608-12.
12. Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014;80(2):221-7.
13. Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, Patch D, Millson C, Mehrzad H, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut*. 2015;gutjnl-2015-309262.
14. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):726-35.
15. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-25.

\*Ver lista completa de referencias bibliográficas en la versión en extenso de esta Guía.