


# Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud): actualización 2024

## Clinical practice guideline for the evaluation and management of upper gastrointestinal bleeding in EsSalud: 2024 Update

Luis Cervera-Caballero<sup>1,a</sup> , Ana Brañez-Condorena<sup>2,b</sup> , Alejandro Piscoya<sup>3,4,a,c</sup> , Nelly Vásquez-Valverde<sup>5,a</sup> , Ericson Arcana-López<sup>1,a</sup> , Javier Contreras-Turin<sup>1,a</sup> , Daniel Vargas-Blácido<sup>6,a</sup> , Alvaro Taype-Rondan<sup>2,b,d</sup> , Joan Caballero-Luna<sup>2,e</sup> , Fabiola Huaroto-Ramírez<sup>2,f</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Carrera de Medicina, Universidad Tecnológica del Perú, Lima, Perú.

<sup>5</sup> Hospital III Suárez Angamos, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>6</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Cirujano, especialista en Gastroenterología, <sup>b</sup> Médico Cirujano, <sup>c</sup> Maestro en Docencia para la Educación Superior, <sup>d</sup> Maestro en Ciencias en Investigación Epidemiológica, <sup>e</sup> Licenciada en Obstetricia, <sup>f</sup> Médico Cirujano, especialista en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

Recibido: 19/03/2025

Aprobado: 09/06/2025

En línea: 30/06/2025

### Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron a la elaboración de la guía. LCC: Análisis formal, Investigación, Validación, Visualización, Escritura – borrador original. ABC: Conceptualización, Curación de datos, Investigación, Metodología, Visualización, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición. AP, NVV, EAL, JCT y DBV: Análisis formal, Investigación, Validación, Visualización, Escritura – borrador original. ATR: Curación de datos, Metodología, Administración de proyecto, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición. JCL: Conceptualización, Metodología, Administración de proyecto, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición. FHR: Conceptualización, Adquisición de financiación, Metodología, Administración de proyecto, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición.

### 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.

### Citar como

Cervera-Caballero L, Brañez-Condorena A, Piscoya A, Vásquez-Valverde N, Arcana-López E, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud): Actualización 2024. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(2):202-12. doi: 10.47892/rgp.2025.452.1905.

### Correspondencia:

Fabiola Huaroto-Ramírez  
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud, Lima, Perú  
Jesus María 15072, Lima, Perú  
Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953  
E-mail: gpcdireccion.ietesi@essalud.gob.pe

## RESUMEN

**Introducción:** Este artículo resume la guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el Seguro Social del Perú (EsSalud).

**Métodos:** Se conformó un grupo de médicos especialistas y metodólogos que formularon preguntas clínicas a ser respondidas por esta GPC. Se realizó búsquedas sistemáticas de la evidencia para cada pregunta durante el 2024, empleando la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) para evaluar la certeza de la evidencia y elaborar recomendaciones. La GPC fue aprobada con Resolución N° 000022-IETSI-ESSALUD-2024. **Resultados:** Se abordó 11 preguntas clínicas, divididas en cuatro temas: valoración del riesgo, manejo inicial, manejo de HDA variceal y no variceal. Se formularon 11 recomendaciones (7 fuertes y 4 condicionales), 24 buenas prácticas clínicas y 2 flujogramas. Para la actualización 2024 de la guía, no se encontró nueva evidencia que cambiaría la dirección o fuerza de las recomendaciones. **Conclusión:** Este artículo resume la metodología y las conclusiones basadas en evidencias de la GPC para la evaluación y el manejo de la HDA en EsSalud.

**Palabras clave:** Hemorragia Gastrointestinal; Guía de Práctica Clínica; Medicina Basada en Evidencias (fuente: DeCS Bireme).

## ABSTRACT

**Introduction:** This article summarizes the clinical practice guideline (CPG) for the evaluation and management of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) in the Social Security of Peru (EsSalud). **Methods:** A guideline development group comprising medical specialists and methodologists, formulated clinical questions addressed by CPG. Systematic evidence searches were conducted for each question during 2024. The Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) methodology was used to assess the certainty of the evidence and formulate the recommendations. The CPG was approved through Resolution No. 000022-IETSI-ESSALUD-2024. **Results:** This CPG addressed 11 clinical questions, divided into four topics: risk assessment, initial management, variceal UGIB management, and non-variceal UGIB management. Based on these questions, 11 recommendations (7 strong recommendations and 4 weak recommendations), 24 good clinical practices, and 2 flowcharts were formulated. For the 2024 guideline update, no new evidence was found to change the recommendations' direction or strength. **Conclusion:** This article summarizes the methodology and evidence-based conclusions from the CPG for evaluating and managing UGIB in EsSalud.

**Keywords:** Gastrointestinal Hemorrhage; Practice Guideline; GRADE, Evidence-based Medicine (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica común, con una incidencia anual estimada entre 15 y 172 casos por cada 100 000 personas <sup>(1)</sup>. La HDA se clasifica en dos tipos principales: variceal y no variceal <sup>(2)</sup>. La forma más frecuente de HDA es la no variceal, que incluye úlceras pépticas, enfermedades erosivas de la mucosa y el síndrome de Mallory-Weiss, entre otras condiciones menos comunes <sup>(2)</sup>. Por su parte, la HDA variceal se subdivide según la ubicación de las várices sangrantes en HDA por várices esofágicas y HDA por várices gástricas <sup>(2)</sup>.

Una evaluación y manejo adecuados de la HDA son fundamentales para reducir la mortalidad asociada y prevenir complicaciones como el resangrado, la prolongación de la estancia hospitalaria o la necesidad de procedimientos adicionales <sup>(3-7)</sup>.

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. Esta GPC actualiza la versión publicada en 2018 <sup>(8)</sup> y su propósito es orientar la evaluación y el manejo de adultos con HDA en EsSalud, proporcionando recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud en todos los niveles de atención.

## MÉTODOS

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC está detallado en su versión extensa, 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 siguieron las siguientes acciones para la elaboración de la GPC:

**Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):** Se conformó un GEG, compuesto por médicos especialistas en gastroenterología y metodólogos.

**Formulación de preguntas:** En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG formuló 11 preguntas clínicas, 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 revisiones sistemáticas (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 <sup>(9)</sup>.

**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) <sup>(10)</sup>.

**Formulación de recomendaciones:** El GEG revisó la evidencia seleccionada para cada pregunta clínica en reuniones periódicas, usando los marcos Evidence to Decision (ETD) de la metodología GRADE <sup>(11,12)</sup>. Para ello, tuvo en consideración: 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) Equidad, 5) 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).

Para la actualización de la guía 2024, no se encontró nueva evidencia que justificara un cambio en la dirección o fuerza de las recomendaciones, por lo cual estas se mantuvieron sin modificaciones. No obstante, se ajustó la redacción de las preguntas clínicas y las recomendaciones sin alterar las decisiones. Finalmente, se actualizaron los puntos de buena práctica clínica (BPC).

**Revisión por expertos externos:** La presente GPC fue revisada en reuniones con médicos especialistas representantes de otras instituciones y tomadores de decisiones. Asimismo, su versión extensa fue enviada por vía electrónica a un experto externo para su revisión (mencionados en la sección de agradecimientos).

**Aprobación de la GPC:** La presente GPC fue aprobada para su uso en EsSalud, con Resolución N° 000022-IETSI-ESSALUD-2024.






## Cómo usar esta guía de práctica clínica

Esta GPC basada en evidencias está diseñada para brindar enunciados que faciliten la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Ha sido elaborada usando la metodología GRADE. A continuación, se explica cómo interpretar los términos clave utilizados en los enunciados de la GPC (Tabla 1).

## Recomendaciones

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

**Tabla 1.** Significados de los tipos de enunciados, certezas y fuerzas de las recomendaciones.

Término	Significado
Tipos de enunciados	
Recomendación	Premisa accionable sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico cuando sea relevante. El curso de acción se acompaña de una fuerza (fuerte o condicional) y de la calificación de la certeza de la evidencia que la respalda. Las recomendaciones surgen de una pregunta, para la cual se realiza la búsqueda, síntesis y contextualización de la evidencia.
Buena práctica clínica (BPC) 	Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños, pero sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla. Para su formulación no se efectúa una síntesis formal de la evidencia.
Certeza de la 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	
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"
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"

GEG: grupo elaborador de la guía.

A continuación, se expondrán las recomendaciones para cada pregunta clínica, así como un resumen del razonamiento seguido para llegar a cada recomendación. No se incluyó las justificaciones de las BPC, que están disponibles en el documento *in-extenso*.

**1. Valoración de riesgo**

**Recomendación:**

1.1 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.

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

(Recomendación condicional, certeza muy baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS Ramaekers 2016 <sup>(13)</sup>. Esta encontró que el Índice de Glasgow-Blatchford  $\geq 2$  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  $\geq 2$  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.

**2. Transfusión de glóbulos rojos**

**Recomendación:**

2.1 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, certeza baja de la evidencia)

**Tabla 2.** Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC).

N°	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?**

- 1.1 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.  
 Tabla 1. Índice de Glasgow-Blatchford para evaluar el riesgo de complicaciones en los pacientes con sospecha de HDA que acuden al servicio de Emergencia

Índice de Glasgow-Blatchford		Puntaje
Marcador de riesgo al ingreso		
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 cardíaca		2
Suma de puntajes:		

Fuerza de la recomendación:  
 Condicional

Certeza de la evidencia:  
 Muy baja

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.

- 1.2 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. BPC
- 1.3 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
- 1.4 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.

Tabla 2. Índice de Full-Rockall para evaluar la severidad en los pacientes hospitalizados por HDA que han recibido una endoscopia.

Variables	Índice de Full-Rockall			
	0	Puntaje		
	1	2	3	
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
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	-

BPC

**Manejo Inicial**

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

Fuerza de la recomendación:  
 Fuerte

- 2.1 En pacientes adultos con sospecha de HDA, recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL.

Certeza de la evidencia:  
 Baja

Continúa en la página 206

**Tabla 2.** Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC). Viene de la página 205

N°	Enunciado	Tipo
2.2	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
2.3	En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hemodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.	BPC
<b>Pregunta 3. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿se debería brindar inhibidores de bomba antes de realizar la endoscopia?</b>		
3.1	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.	Fuerza de la recomendación: Condicional Certeza de la evidencia: Baja
3.2	La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopia.	BPC
3.3	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
<b>Pregunta 4. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿en qué momento se debería realizar la endoscopia digestiva alta?</b>		
4.1	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.	Fuerza de la recomendación: Condicional Certeza de la evidencia: Muy baja
4.2	La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas desde el ingreso del paciente.	BPC
4.3	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, la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 12 horas desde el ingreso del paciente.	BPC
4.4	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
<b>Manejo de HDA no variceal</b>		
<b>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?</b>		
5.1	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.	Fuerza de la recomendación: Fuerte Certeza de la evidencia: Muy baja
5.2	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
5.3	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
5.4	En pacientes adultos con HDA no variceal en los que el sangrado no puede controlarse endoscópicamente, realizar terapia por radiología intervencionista (embolización) o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
5.5	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
<b>Pregunta 6. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso?</b>		
6.1	En pacientes adultos con HDA no variceal, sugerimos no realizar seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso.	Fuerza de la recomendación: Condicional Certeza de la evidencia: Muy baja
6.2	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
<b>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?</b>		
7.1	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.	Fuerza de la recomendación: Fuerte Certeza de la evidencia: Baja
7.2	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
<b>Manejo de HDA variceal</b>		
<b>Pregunta 8. En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada, ¿se debería administrar profilaxis antibiótica como manejo inicial?</b>		
8.1	En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica.	Fuerza de la recomendación: Fuerte Certeza de la evidencia: Muy baja

Continúa en la página 207

**Tabla 2.** Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC). Viene de la página 206

N°	Enunciado	Tipo
8.2	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
<b>Pregunta 9. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, ¿se debería usar ligaduras con bandas o escleroterapia?</b>		
9.1	En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en lugar de escleroterapia. ☆	Fuerza de la recomendación: Fuerte
		Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
9.2	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
9.3	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
9.4	Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.	BPC
9.5	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
<b>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?</b>		
10.1	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.	Fuerza de la recomendación: Fuerte
		Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
10.2	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
<b>Pregunta 11. En pacientes adultos con HDA de várices gástricas, ¿se debería usar el cianoacrilato o la ligadura con bandas?</b>		
11.1	☆ En pacientes adultos con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en lugar de ligadura con bandas.	Fuerza de la recomendación: Fuerte
		Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○
11.2	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
11.3	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

☆ Recomendaciones trazadoras.

BPC: buenas prácticas clínicas.

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

**BPC:**

2.2 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.

Se tomó como referencia la RS Otudayo 2017 <sup>(14)</sup>. Esta encontró que, si brindamos la transfusión restrictiva (ante una hemoglobina < 7 g/dL) a 1000 personas en lugar de brindar la transfusión liberal, posiblemente evitemos 28 muertes (IC 95%: -45 a -2) y posiblemente evitemos 57 resangrados (IC 95%: -81 a -22), 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. Cabe resaltar que la RS no evaluó pacientes que residen en zonas de altura, por lo que sus hallazgos podrían no ser directamente aplicables a estos contextos.

**3. Inhibidores de bomba de protones antes de la endoscopia**

**Recomendación:**

3.1 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 40 mg cada 12 horas o infusión de 8 mg/hora.  
(Recomendación condicional, certeza baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS de Sreedharan 2010 <sup>(15)</sup> utilizado en la GPC ESGE 2015 <sup>(16)</sup>. 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).

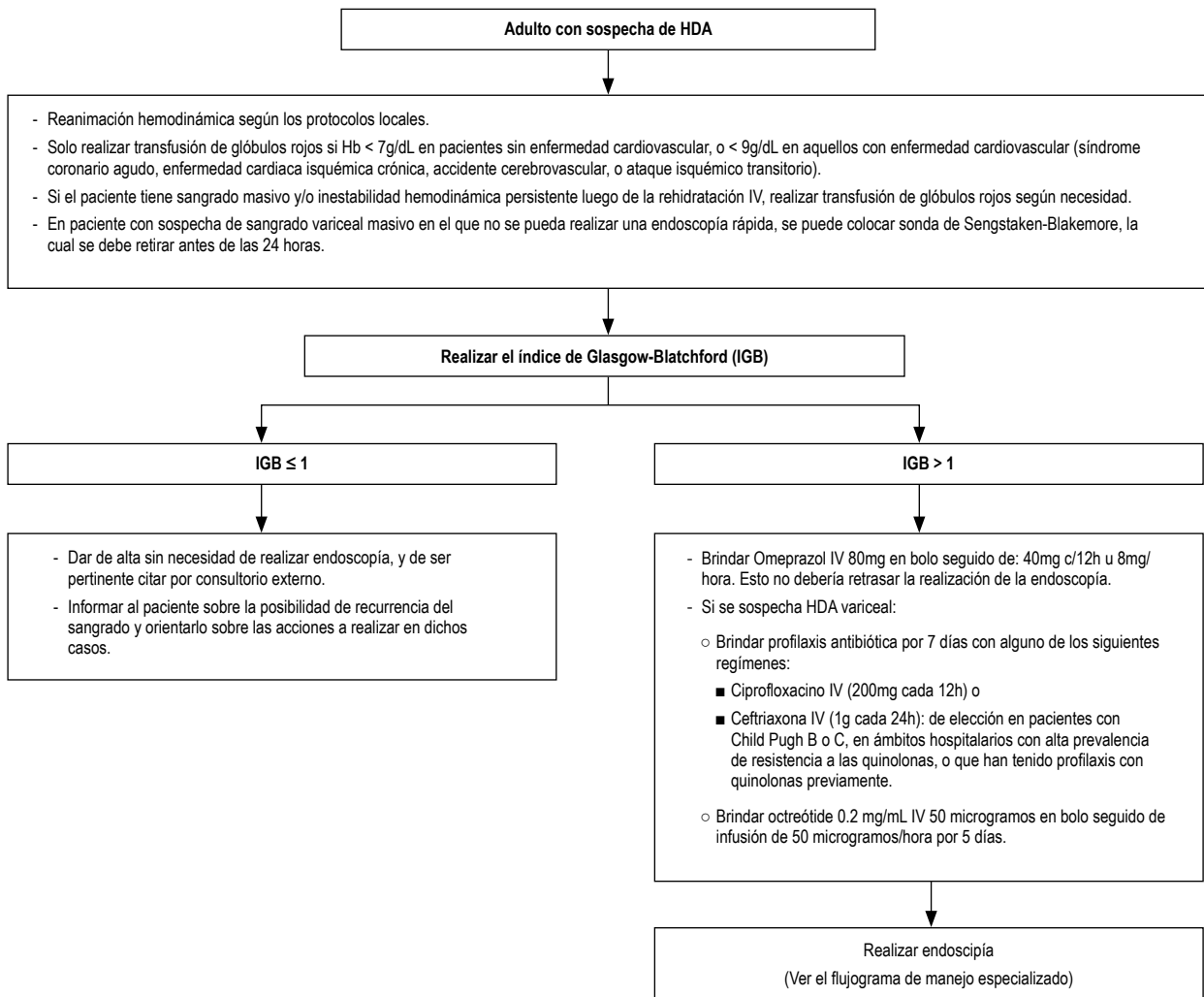


Figura 1. Flujograma de manejo inicial.

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.

#### 4. Momento adecuado para realizar la endoscopia digestiva alta

##### Recomendación:

4.1 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.

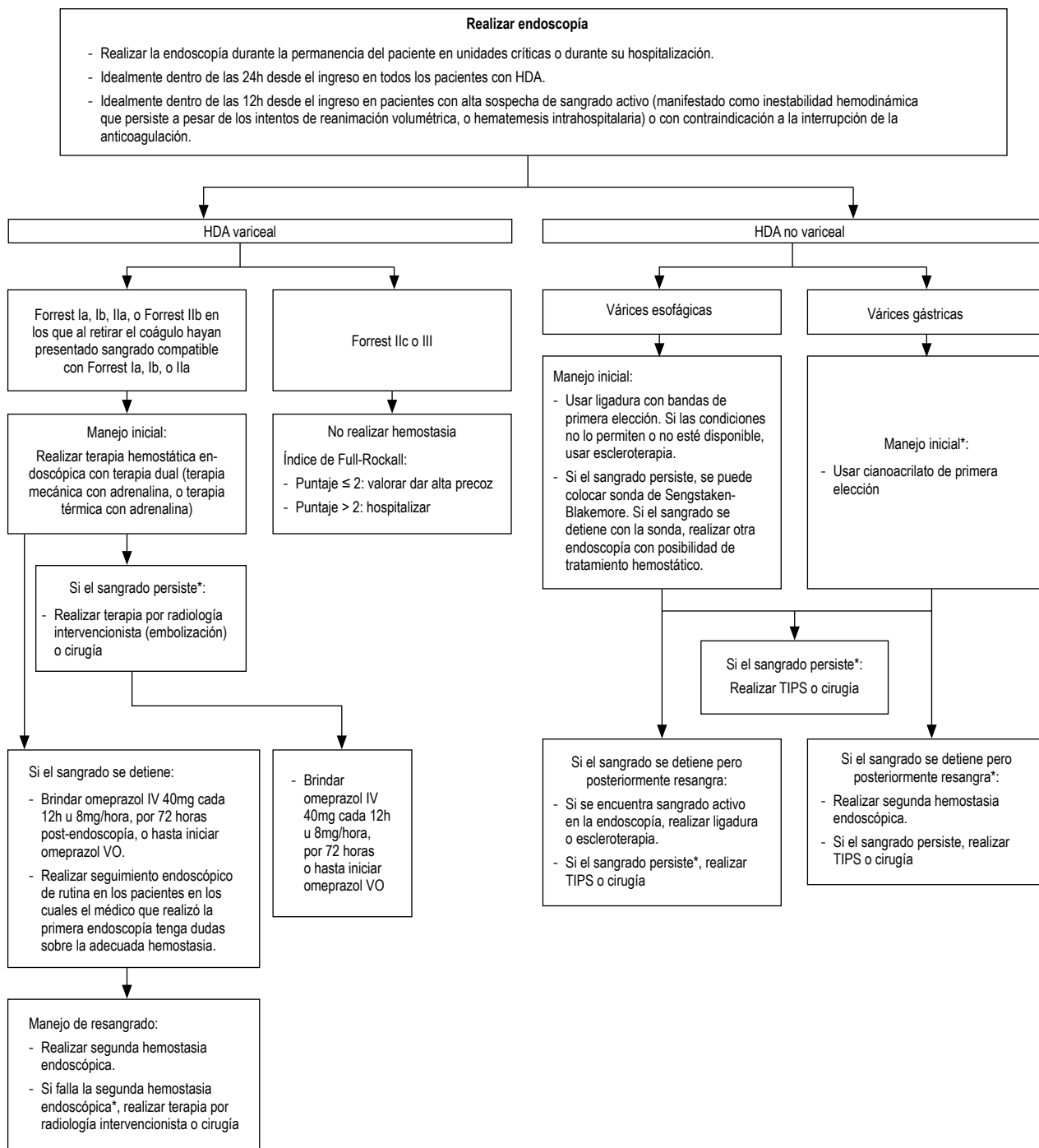
(Recomendación condicional, certeza muy baja de la evidencia)

##### BPC:

4.2 La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas desde el ingreso del paciente.

4.3 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, la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 12 horas desde el ingreso del paciente.

Se tomó como referencia la RS de la GPC de NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. 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



TIPS: Shunt portosistémico transyugular intrahepático.

**Figura 2.** Flujograma de manejo especializado.

\*Estos procedimientos usualmente son realizados en un establecimiento especializado.

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.



## 5. Terapia con adrenalina en HDA no variceal

### Recomendación:

5.1 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, certeza muy baja de la evidencia)

### BPC:

5.2 Para la terapia dual, considerar el uso de clips hemostáticos o sonda de argón plasma, según la necesidad y evaluación del paciente, la experiencia del personal y la disponibilidad de la terapia en la institución.

Se tomó como referencia la RS de la GPC de NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. 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%: -139 a -73). 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.

## 6. Seguimiento endoscópico de rutina en HDA no variceal

### Recomendación:

6.1 En pacientes adultos con HDA no variceal, sugerimos no realizar seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso.

(Recomendación condicional, certeza muy baja de la evidencia)

### BPC:

6.2 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.

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. 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%: -94 a -11). 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 una BPC.

## 7. Resangrado después del primer tratamiento endoscópico en HDA no variceal

### Recomendación:

7.1 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, certeza baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. 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.

## 8. Profilaxis antibiótica en HDA no variceal

### Recomendación:

8.1 En pacientes adultos con HDA variceal sospechada o confirmada recomendamos administrar profilaxis antibiótica.

(Recomendación fuerte, certeza muy baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. 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%: -127 a -6), aunque la evidencia es muy incierta, podría ser que evitemos 93 resangrados hasta 7 días (IC 95%: -118 a -49), y podría ser que evitemos 109 casos de bacteriemia (IC 95%: -124 a -88). 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.

### 9. Ligadura con bandas o escleroterapia en HDA de várices esofágicas

#### Recomendación:

9.1 En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en lugar de escleroterapia.

(Recomendación fuerte, certeza baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS de la GPC NICE (2012, actualizada el 2016) <sup>(3)</sup>. Esta encontró que, si realizáramos ligadura con bandas a 1000 personas en lugar de escleroterapia, podría ser que evitemos 34 muertes (IC 95%: -64 a -2), podría ser que evitemos 139 resangrados (IC 95%: -145 a -73) y podría ser que evitemos 64 casos de falla de hemostasia (IC 95%: -96 a -17). 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.

### 10. Resangrado después del primer tratamiento endoscópico en HDA de várices esofágicas

#### Recomendación:

10.1 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, certeza baja de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS Zhang 2017 <sup>(17)</sup>. 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%: -275 a -204). 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.

### 11. Cianoacrilato o ligadura con bandas en HDA de várices gástricas

#### Recomendación:

11.1 En pacientes adultos con HDA por várices gástricas, recomendamos el uso de cianoacrilato en lugar de ligadura con bandas.

(Recomendación fuerte, certeza moderada de la evidencia)

Se tomó como referencia la RS Qiao 2015 <sup>(18)</sup>. 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.

### Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Carlos Alberto Contardo Zambrano (Médico Gastroenterólogo, Coordinador del servicio de Gastroenterología de la Clínica El Golf de la Red SANNA) por la revisión que realizó de la presente guía.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World J Gastrointest Surg.* 2023;15(4):723-739. doi: 10.4240/wjgs.v15.i4.723.

2. Weledji EP. Acute upper gastrointestinal bleeding: A review. *Surg Pract Sci.* 2020;1:100004. doi: 10.1016/j.sipas.2020.100004.
3. 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); 2016.
4. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, *et al.* Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 2019;171(11):805-822. doi: 10.7326/M19-1795.
5. Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, Fuccio L, Karstensen JG, Hucl T, *et al.* Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2022;54(11):1094-1120. doi: 10.1055/a-1939-4887.
6. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, *et al.* Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332. doi: 10.1055/a-1369-5274.
7. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(5):899-917. doi: 10.14309/ajg.0000000000001245.
8. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, *et al.* Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Rev Gastroenterol Peru.* 2018;38(1):89-102. doi: 10.47892/rgp.2018.381.876.
9. 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 Sep 21;358:j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008.
10. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, *et al.* GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
11. 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. doi: 10.1136/bmj.i2016.
12. 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. doi: 10.1136/bmj.i2089.
13. 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. *Acad Emerg Med.* 2016;23(11):1218-1227. doi: 10.1111/acem.13101.
14. 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. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017;2(5):354-360. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30054-7.
15. 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. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(7):CD005415. doi: 10.1002/14651858.CD005415.pub3.
16. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas 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):a1-46. doi: 10.1055/s-0034-1393172.
17. 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. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2017;37(4):475-485. doi: 10.1007/s11596-017-1760-6.
18. 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. doi: 10.1097/MD.0000000000001725.