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

<table>
<tr><th>Enunciado</th><th>Tipo</th></tr>
<tr><td colspan="2">Valoración de Riesgo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pregunta 1: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopía?</td></tr>
<tr><td>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 endoscopía.

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
<table>
<tr><th colspan="2">Índice de Glasgow-Blatchford</th></tr>
<tr><th>Marcador de riesgo al ingreso</th><th>Puntaje</th></tr>
<tr><td>Urea en sangre (mmol/L)</td><td></td></tr>
<tr><td>≥ 6.5 a < 8.0</td><td>2</td></tr>
<tr><td>≥ 8.0 a < 10.0</td><td>3</td></tr>
<tr><td>≥ 10.0 a < 25</td><td>4</td></tr>
<tr><td>≥ 25</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Hemoglobina (g/dL) para varones</td><td></td></tr>
<tr><td>≥ 12.0 a < 13.0</td><td>1</td></tr>
<tr><td>≥ 10.0 a < 12.0</td><td>3</td></tr>
<tr><td>< 10.0</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Hemoglobina (g/dL) para mujeres</td><td></td></tr>
<tr><td>≥ 10.0 a < 12.0</td><td>1</td></tr>
<tr><td>< 10.0</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Presión arterial sistólica (mmHg)</td><td></td></tr>
<tr><td>100 a 109</td><td>1</td></tr>
<tr><td>90 a 99</td><td>2</td></tr>
<tr><td>< 90</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Otros marcadores</td><td></td></tr>
<tr><td>Pulso ≥100 latidos/minuto</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Paciente con melena</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Paciente con síncope</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Enfermedad hepática</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Insuficiencia cardiaca</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Suma de puntajes:</td><td></td></tr>
</table>
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.</td><td>Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)</td></tr>
<tr><td>Se debe informar a los pacientes dados de alta sin endoscopía sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y orientar sobre las acciones a realizar en dichos casos. De ser pertinente, citarlos por consultorio externo.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>Luego de la endoscopía, los pacientes adultos con HDA y un puntaje de dos o menos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente.</td><td>BPC</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Enunciado</th><th>Tipo</th></tr>
<tr><td>

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

<table>
<tr><th colspan="6">Índice de Full-Rockall</th></tr>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">Variables</th><th colspan="4">Puntaje</th></tr>
<tr><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Variables pre-endoscópicas</td><td>Edad</td><td><60</td><td>60-79</td><td>≥80</td><td></td></tr>
<tr><td>Shock</td><td>No shock, PAS ≥100 mmHg y pulso <100/min</td><td>Taquicardia: PAS ≥100 mmHg y pulso ≥100/min</td><td>Hipotensión: PAS <100 mmHg</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Comorbilidades</td><td>Sin comorbilidad importante</td><td>-</td><td>Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, cualquier comorbilidad importante</td><td>Falla renal, falla hepática, metástasis de neoplasia</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Variables post-endoscópicas</td><td>Diagnóstico</td><td>Desgarro por Mallory-Weiss, no tener lesión identificada y sin signos de hemorragia reciente</td><td>Otros diagnósticos</td><td>Neoplasia maligna de tracto gastrointestinal alto</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Signos de hemorragia reciente</td><td>Ninguno o solo punto oscuro</td><td>-</td><td>Sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, visible, o vaso sangrante</td><td>-</td></tr>
</table>

</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Manejo Inicial</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pregunta 2: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿cuál es el nivel de hemoglobina óptimo para iniciar transfusión de glóbulos rojos?</td></tr>
<tr><td>En pacientes adultos con sospecha de HDA, recomendamos realizar transfusión de glóbulos rojos solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 g/dL.</td><td>Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: baja (⨁⨁⨀⨀)</td></tr>
<tr><td>En pacientes adultos 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.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>En pacientes con sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica persistente luego de la reanimación hemodinámica, realizar transfusión de glóbulos rojos según necesidad.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pregunta 3. En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿se debería brindar inhibidores de bomba antes de realizar la endoscopía?</td></tr>
<tr><td>En pacientes adultos con sospecha de HDA, sugerimos que antes de la realización de la endoscopía digestiva alta se brinde omeprazol IV 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora.</td><td>Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia: baja (⨁⨁⨀⨀)</td></tr>
</table>

Enunciado	Tipo
La falta de disponibilidad de omeprazol no debe retrasar la realización de la endoscopía.	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 endoscopía 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 endoscopía 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 endoscopía 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 endoscopía 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 endoscopía 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 intervencionista (embolización) o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.	BPC
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-endoscopía, 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?	

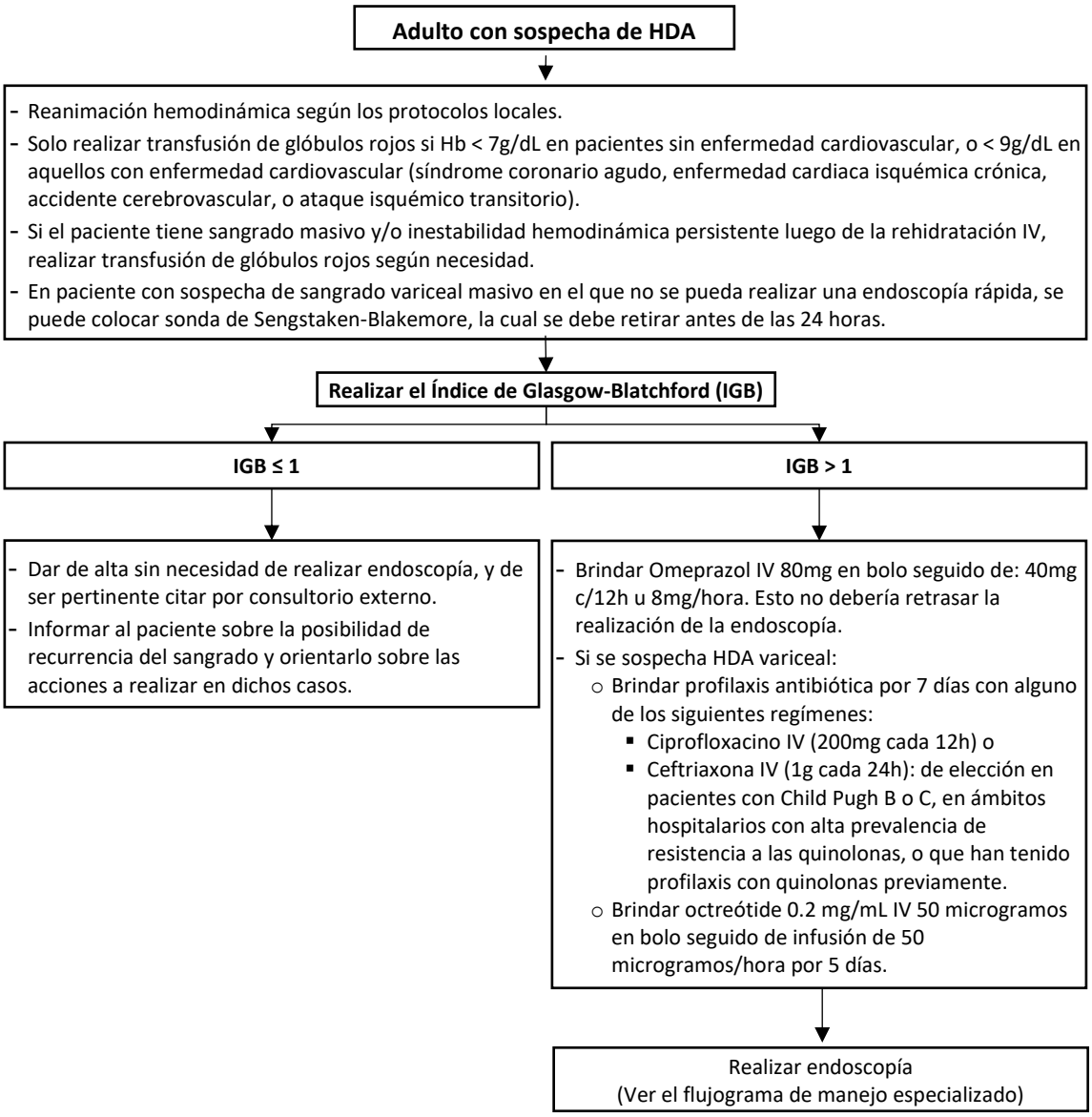
Enunciado	Tipo
En pacientes adultos con HDA no variceal, **sugerimos** no realizar seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso.	Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que realizó la primera endoscopía 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 endoscopía 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 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

Enunciado	Tipo
En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopía, 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 endoscopía 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 endoscopía. 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

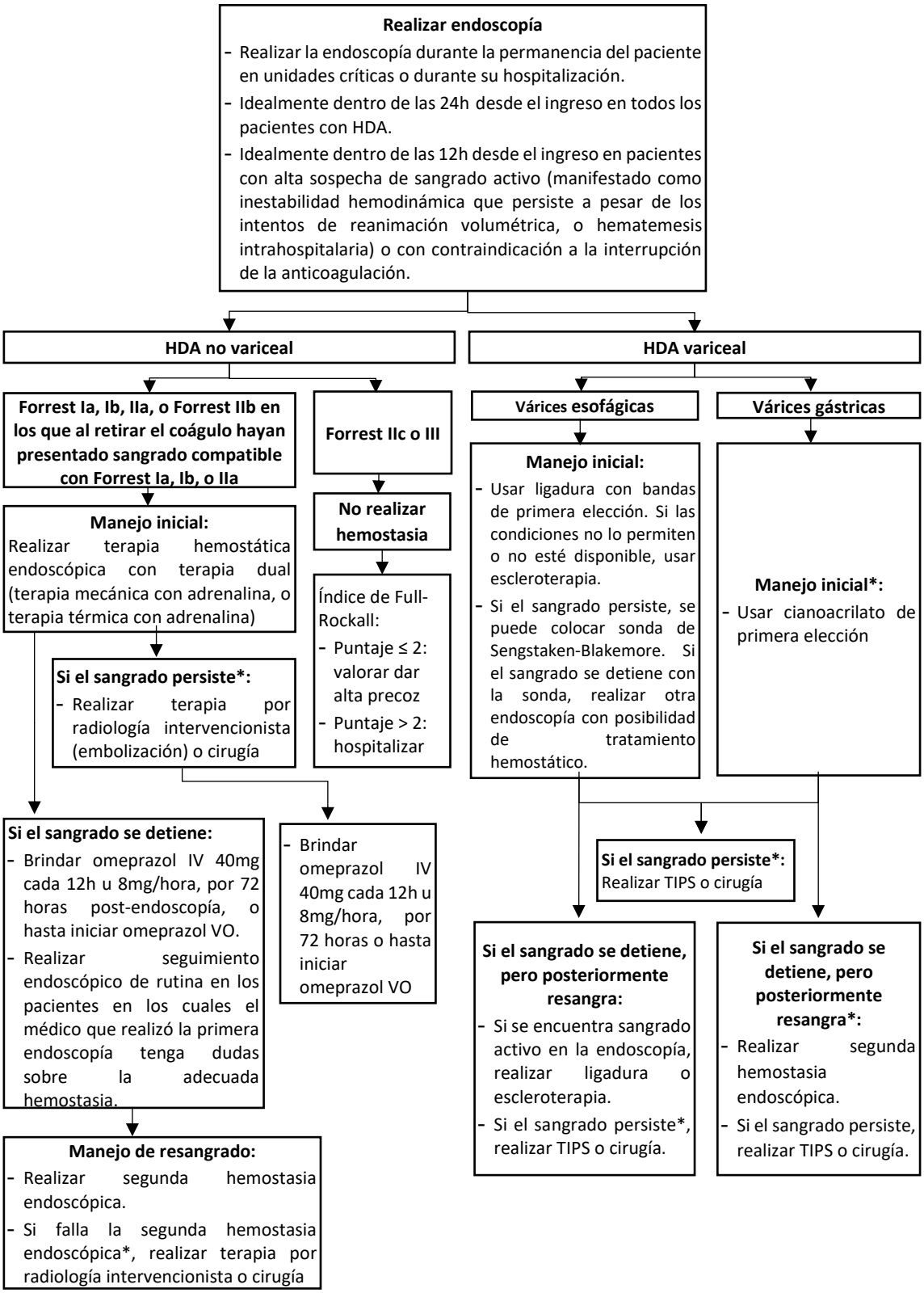
* Médico que atiende inicialmente al paciente y se encarga de gestionar la atención.

II. Flujogramas

Flujograma 1. Manejo inicial



Flujograma 2. Manejo especializado



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