



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 29 de agosto de 2018.

### VISTO:

El Expediente N° 17426-2018, que contiene el Informe N° 026-2018-DME/HCH, de fecha 03 de julio de 2018, del Departamento de Medicina, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento de visto, el Jefe del Departamento de Medicina remite la propuesta del Servicio de Gastroenterología sobre la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta.

Que, mediante Informe Técnico N° 068-OGC-2018-HCH, fecha 10 de julio de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta, presentada por el Jefe del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, el artículo 23, literal c), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Medicina: Ejecutar, proponer y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica integral y especializada, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, el artículo 28, literal b), de la norma citada, establece entre las funciones del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina: Proponer, actualizar e implementar Guías Clínicas de atención, protocolos y procedimientos de atención médica integral y especializada en Gastroenterología, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



X

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina, aprobando las propuestas de Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta, indicada en el primer considerando de la presente resolución;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 711 -2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, propuesta por el Servicio Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones del Jefe del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina, Jefe del Departamento de Medicina, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia; por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forman parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar al Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer la Publicación de la referida GUIA, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA  
FIEL DEL ORIGINAL

04 SET. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUIROPE  
ASISTENTE ADMINISTRATIVO  
FEDATARIO TITULAR  
10 ANTE INSCONO

ACPR/BAIC/phng

Distribución:

- ( ) DG
- ( ) DME
- ( ) SGASTRO
- ( ) OGC
- ( ) OAJ
- ( ) OCOM
- ( ) Archivo

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Guía Práctica Clínica (GPC):  
Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva  
Alta  
(CIE-10: K27.0)

Autores:

José Luis Pinto Valdivia<sup>1</sup>

Víctor Aguilar Sanchez<sup>1</sup>

Paul Gómez Hinojosa<sup>2</sup>

Fecha de Inicio de la Guía : Abril de 2018.

Fecha de Término de la Guía : Mayo de 2018.

<sup>1</sup> Médico Asistente del Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia (HNCH).

<sup>2</sup> Médico Residente del Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).



**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA**

**I.FINALIDAD:**

El sangrado gastrointestinal es una emergencia médica y representa la causa más común de hospitalizaciones asociadas con enfermedades digestivas en la mayoría de los países. La hemorragia digestiva alta (HDA) se define a cualquier sangrado gastrointestinal por encima del ligamento de Treitz, que incluye el esófago, estómago y duodeno proximal.

La hemorragia digestiva alta puede ser clasificada como variceal y no variceal, siendo más frecuente la no variceal cuya principal etiología es la enfermedad ulcero-péptica que está asociado a la infección por *Helicobacter pylori* y el uso de AINE o dosis baja de aspirina. En el grupo de HDA variceal, la etiología son varices esofágicas o gástricas, que generalmente están asociados a hipertensión portal (cirrótica o no cirrótica)<sup>1</sup>. Considerando que esta entidad clínica es un motivo frecuente de atención en emergencia con una mortalidad significativa de no tener un enfoque y manejo adecuado, se elaboró la presente guía de diagnóstico y manejo.

**II. OBJETIVO:**

Esta guía de práctica clínica tiene como objetivo establecer en forma detallada los pasos necesarios para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta basada en la evidencia más reciente.

**III. AMBITO DE APLICACIÓN:**

Todo paciente que ingrese con sospecha de hemorragia digestiva alta, en el contexto de síntomas gastrointestinales altos y/o acompañado de hematemesis, vomito borraqueo, melena o hematoquezia (de origen alto), que sea admitido por los servicios de consultorios externos, emergencia o que sea derivado de otra institución MINSa de menor nivel a nuestro hospital.

**IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:**

Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta.

X



#### 4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10: Hemorragia digestiva alta.

- K25.0 Úlcera gástrica con hemorragia
- K26.0 Úlcera duodenal con hemorragia
- K27.0 Úlcera péptica con hemorragia de sitio no especificado
- K29.0 Gastritis aguda hemorrágica
- K92.0 Hematemesis
- K92.1 Melena
- K92.2 Hemorragia gastrointestinal no especificada.
- I85.0 Hemorragia por várices esofágicas

### V. CONSIDERACIONES GENERALES:

#### 5.1. DEFINICIÓN:

Es la pérdida de sangre que se origina en el tubo digestivo desde el esófago hasta el ángulo de Treitz<sup>1</sup>.

#### 5.2. ETIOLOGÍA:

- ✓ Úlcera péptica: gástrica y duodenal
- ✓ Várices esofágicas y/o gástricas
- ✓ Erosiones de MalloryWeiss
- ✓ Cáncer gástrico
- ✓ Lesión de Dieulafoy
- ✓ Lesión aguda de mucosa gástrica
- ✓ Úlcera de stress
- ✓ Ectasia vascular antral ( GAVE)
- ✓ Esofagitis erosiva

#### 5.3. FISIOPATOLOGÍA:

Para que ocurra la hemorragia digestiva la barrera de la mucosa y los vasos sanguíneos de la submucosa deben dañarse. La alteración de la barrera mucosa se asocia comúnmente con la infección por *H. pylori* y / o el uso de AINEs o dosis baja de aspirina, pero la exposición de los vasos sanguíneos al contenido luminal también puede ser consecuencia de causas como el síndrome de Mallory-Weiss, lesiones vasculares y lesiones neoplásicas. Cualquiera sea la etiología, la exposición de los vasos sanguíneos subyacentes a la acción del ácido y la pepsina erosiona aún más la pared del vaso e interfiere con la coagulación de la sangre<sup>1</sup>.

#### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Las úlceras pépticas tanto duodenales como gástricas son la causa de aproximadamente el 50% de las hemorragias digestivas. La mortalidad por hemorragia digestiva alta oscila entre 8 a 10% y



la mortalidad por sangrado por várices esofágicas está entre el 30 a 50% de los casos. En nuestro hospital los estudios realizados muestran una mortalidad que varía entre 8 y 13%<sup>2</sup>.

## 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

**5.5.1. Medio ambiente:** En este grupo se encuentra las comorbilidades, uso de fármacos y antecedentes.

- ✓ Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- ✓ Anticoagulación, antiagregación plaquetaria.
- ✓ Infección por *H. pylori*.
- ✓ Cirrosis hepática.
- ✓ Presencia de várices esofágicas o gástricas.
- ✓ Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos.
- ✓ Paciente con quemaduras extensas.
- ✓ Antecedente de episodio anterior de hemorragia digestiva.

**5.5.2. Estilos de vida:**

- ✓ Tabaquismo
- ✓ Alcoholismo

**5.5.3. Factores hereditarios:** Implicados en el desarrollo de angiodisplasia, lesiones vasculares y desarrollo de neoplasia gástrica.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

### 6.1. CUADRO CLÍNICO:

#### 6.1.1. Signos y síntomas:

La presencia de hematemesis (vómitos con sangre roja o contenido borráceo), melena (deposiciones negras, viscosa y de mal olor), la hematoquezia (presencia de sangrado rojo vinoso y/o coágulos por el recto) y la presencia de anemia aguda pueden ser formas de presentación de un cuadro de hemorragia digestiva alta.

La magnitud del sangrado, la edad y la comorbilidad del paciente influirán en la aparición de signos clínicos de hipovolemia (shock, taquicardia, ortostatismo).

#### 6.1.2. Interacción cronológica:

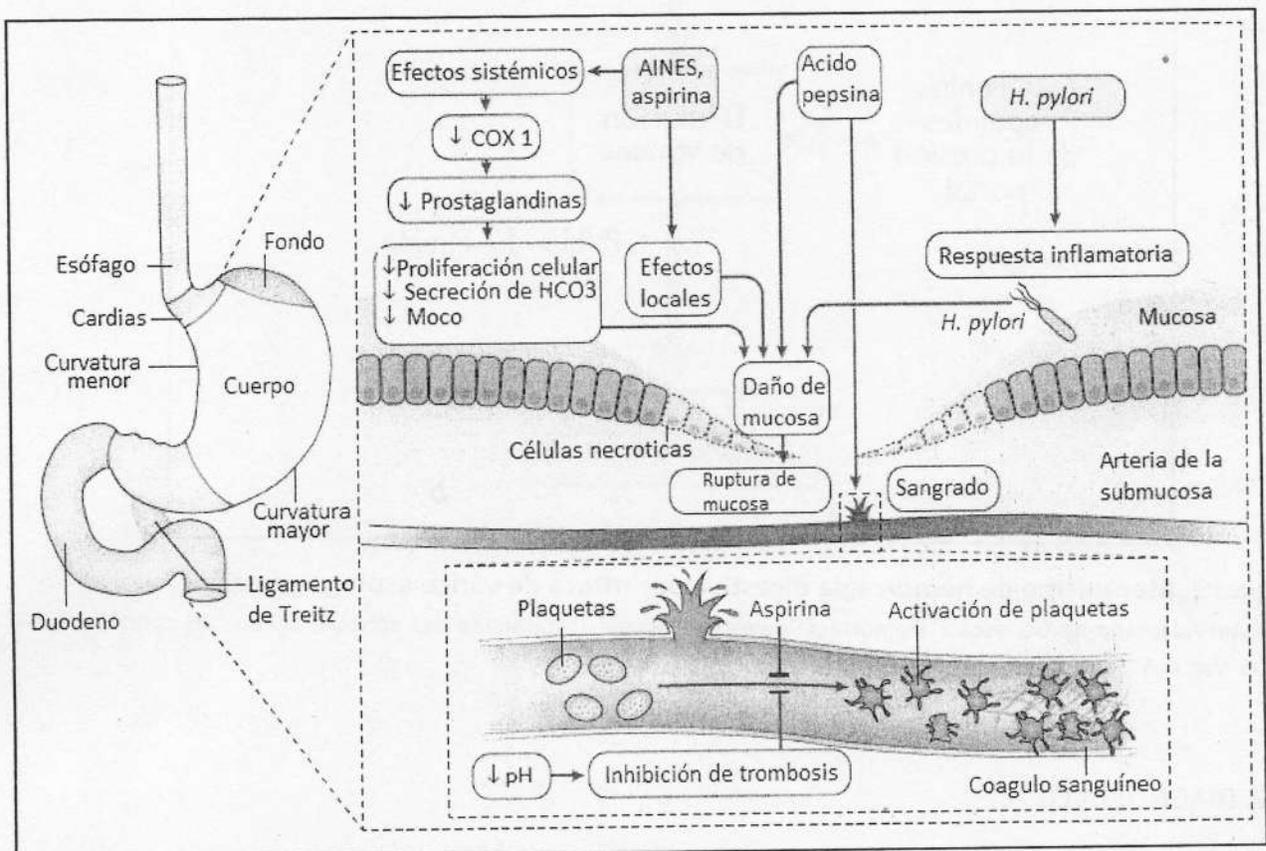
En la HDA los AINEs, dosis bajas de aspirina (AAS  $\leq 325$  mg) e infección por *H. pylori*, inducen a una ruptura en la mucosa, una vez que se interrumpe la barrera de la mucosa, los vasos sanguíneos subyacentes están expuestos al ácido gástrico y la pepsina, lo que afecta la integridad de los vasos sanguíneos y puede provocar hemorragia. Las plaquetas y el sistema de



coagulación, que deben activarse para detener el sangrado, son inhibidos por el pH bajo y la pepsina. Además, la supresión de la actividad de la ciclooxygenasa 1(COX1) por dosis bajas de aspirina inhibe la formación de tromboxano y, por lo tanto, la agregación plaquetaria y la formación de coágulos(ver Figura 1) <sup>1</sup>.

En el caso de la hemorragia digestiva variceal el gradiente de presión portal debe superar un valor de 10-12 mmHg para que puedan aparecer varices gastroesofágicas, una vez alcanzado este valor las varices tienden a incrementar su tamaño por efecto de aumentos progresivos y repetidos de la presión portal y del flujo sanguíneo portocollateral. Las varices se rompen cuando soportan una excesiva tensión, determinada por la presión portal y variceal, el tamaño del vaso y el grosor de su pared(ver Figura 2) <sup>3</sup>.

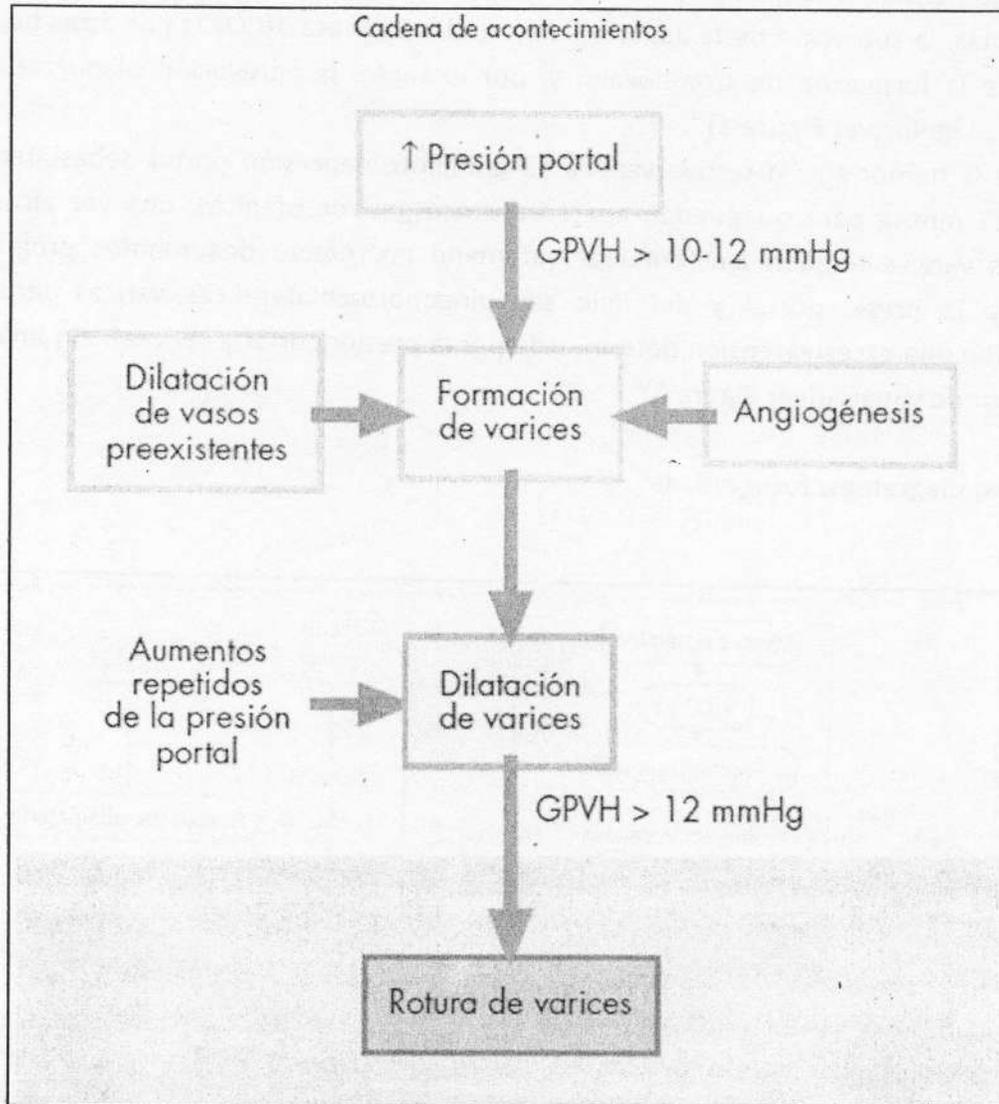
### 6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías:



**Figura 1. Mecanismo de hemorragia digestiva inducida por *H. pylori*, AINES/aspirina.**

Fuente: Adaptado de Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM and et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18020.





**Figura 2. Mecanismo de hemorragia digestiva por rotura de v**arice esófago-gástrica.

Fuente: Adaptado de Genesca J. Hemorragia digestiva variceal Tratamiento del episodio agudo. GH continuada. 2005. Vol. 4: 3.

## 6.2. DIAGNÓSTICO:

### 6.2.1. Criterios diagn

sticos:

La presencia del cuadro clínico asociado al hallazgo endoscópico de la lesión confirma el diagnóstico. En el caso de la lesión de Dieulafoy es posible que la endoscopia no llegue a detectar la lesión causante de la hemorragia y el diagnóstico se tenga que basar en el cuadro clínico y la exclusión de un sangrado a otro nivel del tracto gastrointestinal.

*[Handwritten signature]*



### 6.2.1. Diagnóstico diferencial:

- Hemorragia digestiva baja
- Hemoptisis
- Sangrado nasofaríngeo (por ejemplo epistaxis).

### 6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

#### 6.3.1. De patología clínica:

Grupo sanguíneo y Rh, pruebas cruzadas, hemograma completo, creatinina- urea, calcio, perfil de coagulación, análisis de gases arteriales (AGA), electrolitos, perfil hepático, estudio anatomopatológico de biopsia.

#### 6.3.2. De imágenes:

Radiografía de tórax, ecografía abdominal.

#### 6.3.3. De exámenes especializados complementarios:

- ✓ Endoscopia digestiva alta diagnóstica.
- ✓ Endoscopia digestiva alta terapéutica.

### 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

#### 6.4.1. Medidas generales y preventivas:

##### NIVEL I-II- III

##### A. Estratificación de riesgo:

- ✓ En pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta y un puntaje menor a 2 en la Escala de Glasgow-Blatchford, se sugiere alta sin necesidad de realizar una endoscopia, con seguimiento por consultorio externo de gastroenterología, indicando a los pacientes signos de alarma (presencia de hematemesis, melena, síncope). En caso de pacientes con un puntaje mayor igual a 2 en la Escala de Glasgow-Blatchford se sugiere evaluación por un médico especialista en gastroenterología.



## B. Medidas iniciales:

- ✓ Evaluación rápida del estado hemodinámico del paciente para su estabilización y resucitación inmediata.
- ✓ Control de signos vitales: PA, FC, pulso, ortostatismo.
- ✓ Acceso IV 1 o 2 vías periféricas de buen calibre (Nº 16, 18).
- ✓ Iniciar fluidoterapia con cristaloides (ClNa 0.9%) para mantener PA y FC en niveles normales. Monitoreo de diuresis.
- ✓ Oxigenoterapia en inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Paciente en decúbito lateral izquierdo si presenta vómitos.
- ✓ Considerar lavado gástrico con agua a temperatura ambiente, si hay duda diagnóstica o presenta hematoquezia con sospecha de origen digestivo alto.
- ✓ Intubación endotraqueal para protección de aspiración en casos de hematemesis masiva, alteración de sensorio.
- ✓ Evaluar severidad de la hemorragia, sugerimos utilizar las escalas para definir pacientes de alto riesgo (puntaje en escala de **Rockall**  $\geq 3$ , escala de **AIMS**  $65 \geq 2$  y escala de **Glasgow-Blatchford**  $>7$ ) quienes deben ser manejados en unidad de cuidados críticos.
- ✓ Transfusión de paquetes globulares con objetivo de hemoglobina entre 7 gr/dl y 9 gr/dl. En pacientes con enfermedad coronaria crónica, ataque isquémico transitorio, accidente cerebro vascular mantener hemoglobina entre 8-9gr/dl.
- ✓ Corregir coagulopatía con plasma fresco congelado, si INR  $>2.5$  y concentrado de plaquetas si es  $< 50,000/ \text{mm}^3$ .
- ✓ Inhibidor de bomba de protones (Omeprazol) 80mg EV en bolo y luego continuar 40 mg cada 12 hrs EV o 8mg/hr en infusión continua (considerar uso en infusión en HDA de alto riesgo). La dosis, vía de administración y tiempo de uso del inhibidor de bomba de protones será establecido de acuerdo a los hallazgos y terapia endoscópica realizada.
- ✓ Ante la sospecha de sangrado de etiología variceal, se debe iniciar vasoactivos: Octreotide 50mcg EV en bolo seguido de 50  $\mu\text{g/hr}$  por 5 días (ante sospecha clínica de sangrado por várices esófago/gástricas y continuar luego de la confirmación endoscópica). Se necesitan aproximadamente de 12 viales por paciente. También se puede utilizar Terlipresina 1 a 2 mg EV cada 4 horas por 5 días. Como terapia puente hasta realización de endoscopia alta se puede realizar colocación de sonda de SengstakenBlakemore.
- ✓ En caso de sospecha de sangrado variceal y/o pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta se debe iniciar profilaxis antibiótica: Ceftriaxona 1gr cada 24 hrs por 5 días, Norfloxacin 400mg cada 12 horas, Ciprofloxacino 500mg c/12h VO o 200mg c/12h EV por 5 días.



- ✓ En pacientes con HDA y que sean usuarios de antagonistas de vitamina K, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes orales directos ver flujograma de Figuras 5, 6 y 7.

#### 6.4.2. Tratamiento específico – NIVEL III.

##### 6.4.2.1. Tratamiento endoscópico:

- ✓ La endoscopia debe realizarse de acuerdo a la clasificación de severidad una vez el paciente haya sido estabilizado. En pacientes de alto riesgo la endoscopia debe realizarse dentro de las primeras 12 horas y en el grupo de bajo riesgo dentro de las 24 horas.
- ✓ Objetivos de la endoscopia:
  - Determinar la causa de la hemorragia, lugar, riesgo de resangrado y su pronóstico.
  - **Terapéutica:** hemostasia endoscópica la cual se realizará dependiendo de la etiología en el caso de sangrado por úlcera péptica (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb) se realizara terapia endoscópica doble, primero inyección de adrenalina (1: 10 000) la cual debe ir acompañada de termoterapia ya sea electrocoagulación con bipolar o termoterapia con argón plasma, también se puede utilizar la colocación de clips endoscópicos, así como el uso de polvo hemostático. En caso de úlcera péptica Forrest IIc y III no requiere terapia endoscópica. De tratarse de un sangrado de origen variceal se utilizará ligadura con banda o escleroterapia con polidocanol al 1% en el caso de várices esofágicas, y escleroterapia con cianocrilato para várices gástricas.
  - Material e insumos:
    - Aguja de inyectoterapia mango de plástico y metálica.
    - Sistema de ligadura multibanda para várices esofágicas.
    - Inyector de escleroterapia con aguja.
    - Sistema bipolar para electrocoagulación: catéter de coagulación.
    - Sistema de coagulación con argón plasma.
    - Sustancia esclerosante: Cianocrilato, polidocanol.
    - Polvo hemostático (polisacárido hemostático en polvo).

##### 6.4.2.2. Tratamiento post manejo endoscópico:

- ✓ En pacientes con sangrado por úlcera péptica, con clasificación endoscópica Forrest Ia, Ib, IIa y IIb que requiere de terapia endoscópica doble, se sugiere continuar con omeprazol 40mg c/12 horas EV por 72h (también se puede considerar omeprazol 40 mg c/12 horas VO por 72 horas), luego se debe continuar omeprazol 20mg c/12 horas por 11 días. Posteriormente se debe completar omeprazol 20mg c/24 horas por 8



semanas en caso de úlcera gástrica y 6 semanas en úlcera duodenal. En caso de úlcera péptica Forrester II y III, se sugiere alta y completar tratamiento con omeprazol 20mg c/24 horas por 6 a 8 semanas para úlcera duodenal y gástrica respectivamente. Asimismo se debe verificar infección por *H. pylori* para su erradicación.

- ✓ En pacientes con sangrado por vórices esófago-gástrica, se debe completar profilaxis antibiótica e infusión de sustancia vasoactiva por 5 días. Además se sugiere iniciar betabloqueador no selectivo (por ejemplo propranolol) al tercer día de no haber contraindicación. En caso de realizar ligadura de vórices esofágicas se sugiere Pantoprazol 40mg c/24 horas por 10 días (1er día EV luego VO) para reducir el sangrado por úlcera post ligadura.

#### 6.4.2.3. Tratamiento quirúrgico:

- ✓ Indicaciones:
  - Hemorragia no controlada en 24-48 horas.
  - Inestabilidad hemodinámica con sangrado activo.
  - Fracaso a terapia endoscópica (2 veces) o imposibilidad de terapéutica endoscópica.

#### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

- ✓ Edema agudo pulmonar: uso de diuréticos, control de PVC.
- ✓ Reacción transfusional: uso de sangre compatible o grupo 0 Rh negativo.
- ✓ De tratamiento endoscópico: perforación, dolor, taquicardia, tromboembolismo (inyección de sustancia esclerosante), estenosis esofágica (por inyección de polidocanol).

#### 6.4.4. Signos de alarma:

Factores de riesgo de mayor hemorragia o mortalidad elevada: Sospecha de Varices

- ✓ Hematemesis
- ✓ Comorbilidad: Cirróticos y coronarios.
- ✓ Edad > 65 años
- ✓ Shock al ingreso
- ✓ Anemia severa de ingreso
- ✓ Hematoquezia en paciente con sangrado digestivo alto.
- ✓ Un valor de la escala de Rockall  $\geq 3$ , escala de AIMS 65  $\geq 2$ , Escala de Glasgow-Blatchford  $> 7$ .



#### 6.4.5. Criterios de resangrado:

- ✓ Hematemesis y/o melena asociado a inestabilidad hemodinámica o caída de hemoglobina en 2 g/dl.
- ✓ Necesidad de transfusión de paquete globular.
- ✓ Muerte dentro de las 6 semanas.

#### 6.4.6. Criterios de alta:

- ✓ Estabilidad hemodinámica
- ✓ No evidencia de sangrado activo, luego de 48-72 horas de observación.
- ✓ Estabilización del hematocrito.
- ✓ Buena tolerancia de dieta.
- ✓ Adecuada tolerancia oral de tratamiento médico.
- ✓ Medio interno estable.
- ✓ No enfermedades concurrentes serias (descompensadas).

#### 6.4.6. Pronóstico:

Depende de la causa del sangrado digestivo y condiciones de resangrado. Control por consultorio externo de Gastroenterología cada 15 o 30 días.

#### 6.5. COMPLICACIONES:

- ✓ Neumonía por aspiración
- ✓ Bacteremia
- ✓ Síndrome hepatorenal: mantener adecuada hidratación y uso razonable de diuréticos.
- ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva: realizar BHE estricto, vigilar diuresis, monitoreo hemodinámico, apoyo diurético.
- ✓ Encefalopatía hepática: usar Lactulosa/Rifaximina.
- ✓ Complicaciones de la escleroterapia 10-30%: causa directa de muerte, úlceras esofágicas, necrosis, mediastinitis, bacteriemia-sepsis.

#### 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

##### 6.6.1. CRITERIOS DE REFERENCIA:

El manejo de todo paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta de etiología variceal o no variceal, debe ser en un centro con especialistas en gastroenterología y capacidad resolutoria para procedimientos terapéuticos (ligadura de várices esofágicas, terapia hemostática



endoscópica por termocoagulación, inyección de sustancia esclerosante, aplicación de polvo hemostático).

**6.6.2. CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA:**

El manejo y seguimiento de pacientes con un evento de hemorragia digestiva alta debe ser continuado en nuestro hospital. Según la etiología se definirá el número de citas y control endoscópico respectivo.

**6.7. FLUXOGRAMA:**

Ver anexos.



VII. ANEXOS:

Tabla 1. Escala de Rockall

VARIABLE		PUNTAJE			
		0	1	2	3
Variables pre-endoscópicas	Edad	<60	60-79	≥80	
	Shock	No shock, PAS ≥100 y pulso <100	Taquicardia: PAS ≥100 y pulso ≥100	Hipotensión: PAS <100	
	Comorbilidades	Sin comorbilidad importante	---	Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, EPOC, DM2, HTA, ACV/TIA	Falla renal, falla hepática, metástasis de neoplasia
Variables post-endoscópicas	Diagnóstico	Desgarro por Mallory-Weiss, no tener lesión identificada y sin signos de hemorragia reciente	Otros diagnósticos	Neoplasia maligna de tracto gastrointestinal alto	---
	Signos de hemorragia reciente	Ninguno o solo punto oscuro	---	Sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, visible, o vasosangrante	---
Puntaje total		≥3 Alto riesgo ( mortalidad y resangrado)			



*[Handwritten signature]*

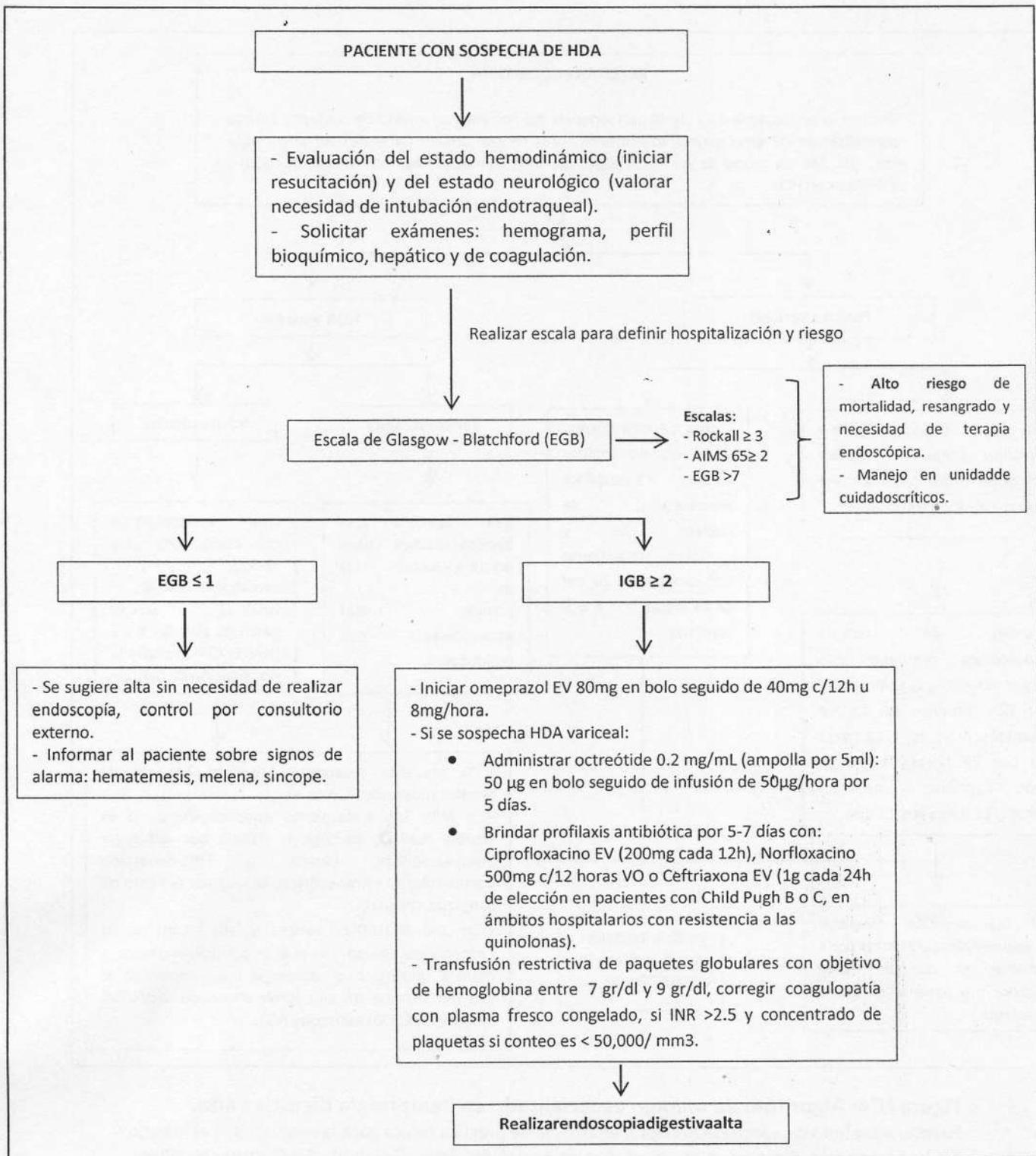
Tabla 2. Escala AIMS65

VARIABLES	Puntaje
Albumina < 3.0g/dl	1
INR > 1.5	1
Trastorno del sensorio	1
Presión sistólica ≤ 90	1
Edad > 65	1
<b>Puntaje total</b>	≥ 2 Alto riesgo ( mortalidad y necesidad de transfusión de paquete globular)

Tabla 3. Escala de Glasgow-Blatchford.

Marcador de riesgo	Puntaje
<i>Urea plasmática (mg/dl)</i>	
≥ 38 < 47	2
≥ 47 < 58	3
≥ 58 < 147	4
≥ 147	6
<i>Hemoglobina (g/dl) en varones</i>	
≥ 12 - < 13	1
≥ 10 - < 12	3
< 10	6
<i>Hemoglobina (g/dl) en mujeres</i>	
≥ 10 - < 12.0	1
< 10.0	6
<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
<i>Otros marcadores</i>	
Pulso ≥ 100 lpm	1
Presentación con melenas	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa	2
Fallo cardíaco	2
<b>Puntaje total</b>	<b>0-1:</b> bajo riesgo (alta y seguimiento por consultorio externo). <b>≥ 2</b> (manejo hospitalizado). <b>≥ 7</b> Alto riesgo (mortalidad, resangrado y necesidad de terapéutica)



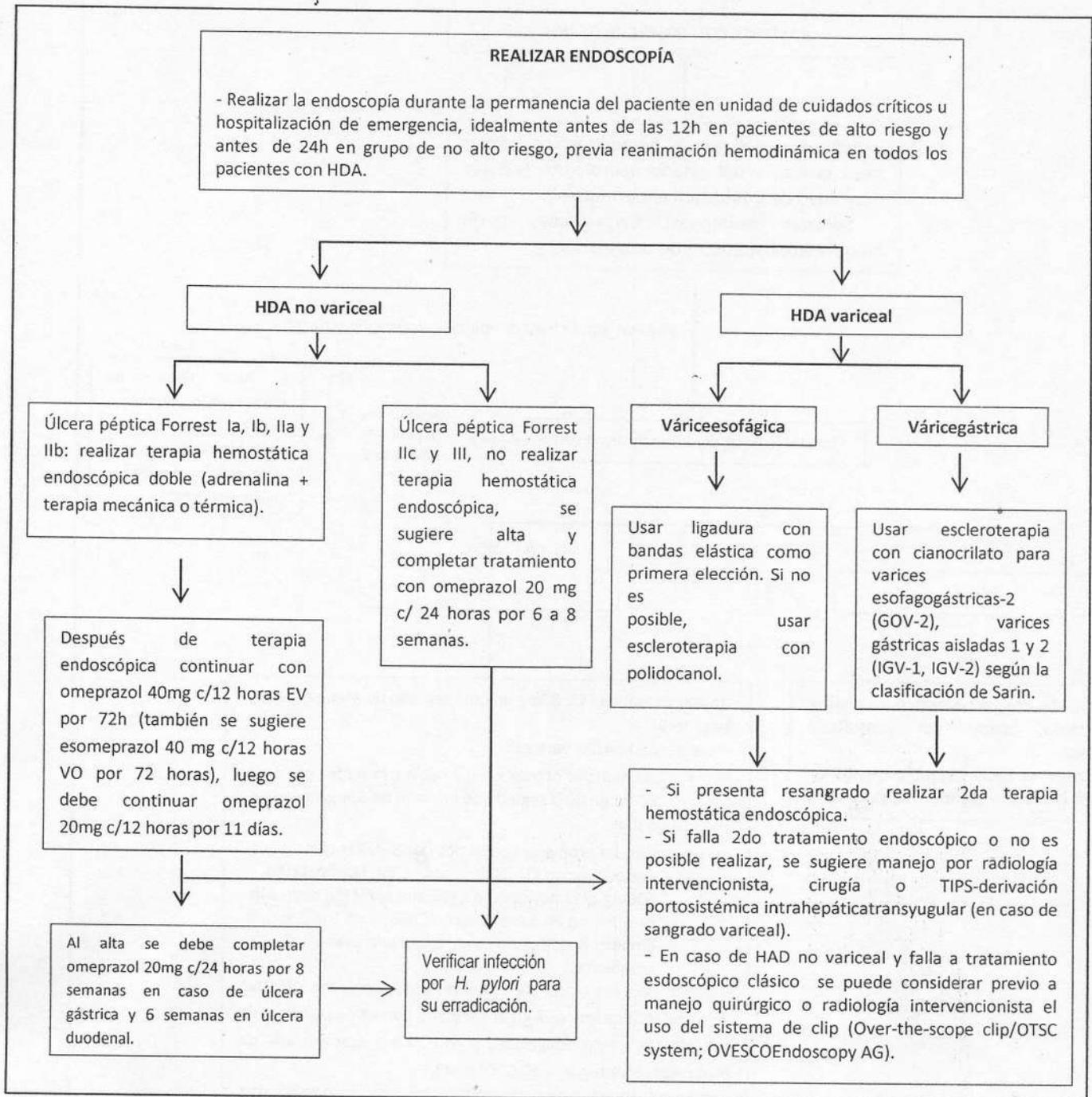


**Figura N°3: Algoritmo de enfoque diagnóstico y manejo inicial de hemorragia digestiva alta.**

Fuente: Adaptado de Vásquez-Quiroga 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). RevGastroenterolPeru. 2018;38(1):89-102



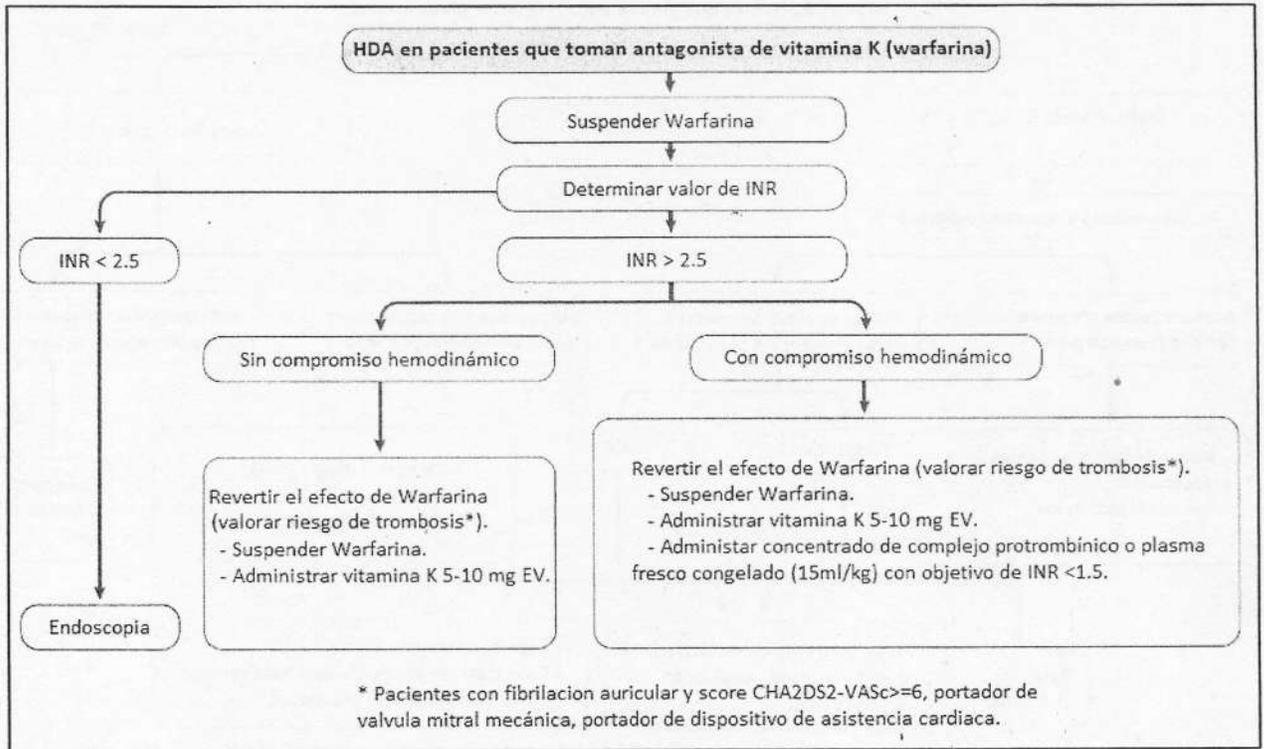
Handwritten signature or mark.



**Figura N°4: Algoritmo de manejo especializado en hemorragia digestiva alta.**

Fuente: Adaptado de Vásquez-Quiroga 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). RevGastroenterolPeru.

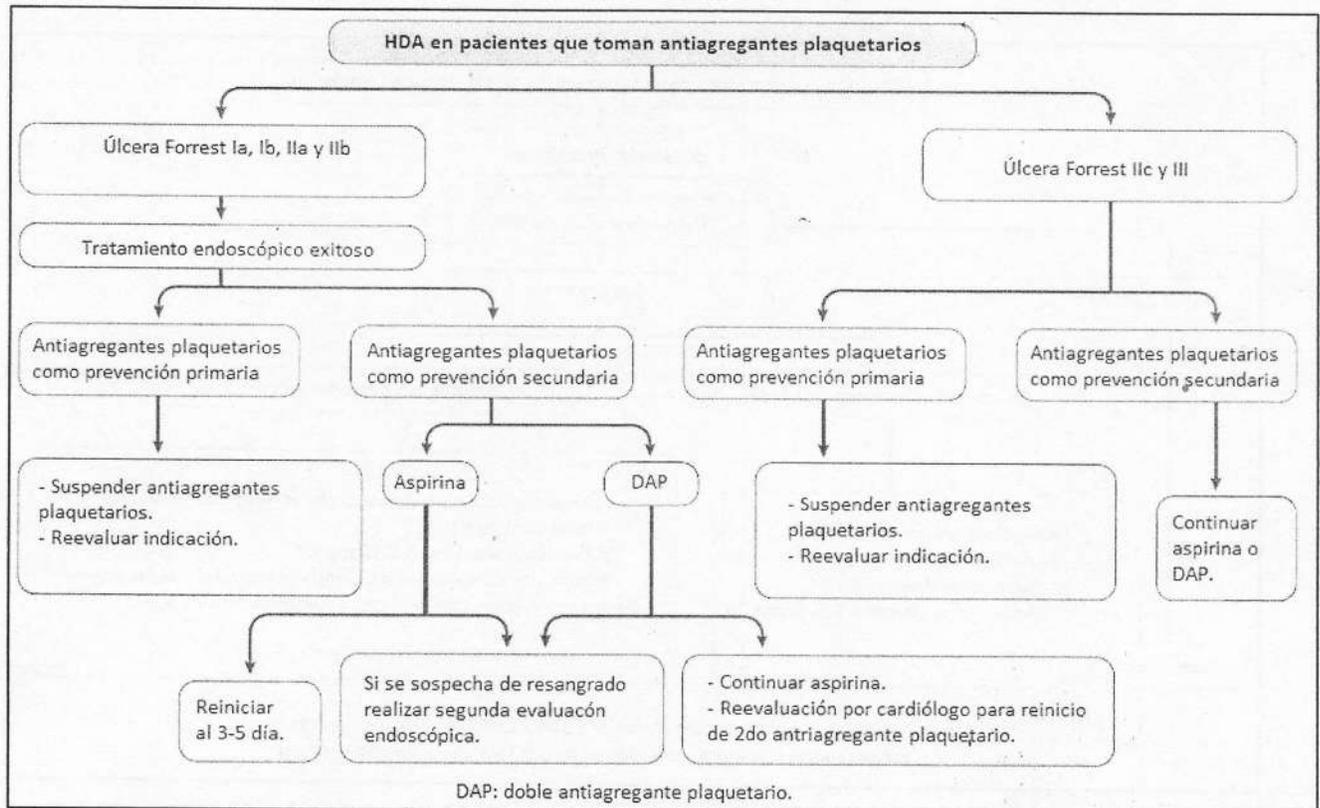




**Figura N°5: Algoritmo de manejo de HDA en usuarios de Warfarina.**

**Fuente:** Adaptado de Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM and et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18020.

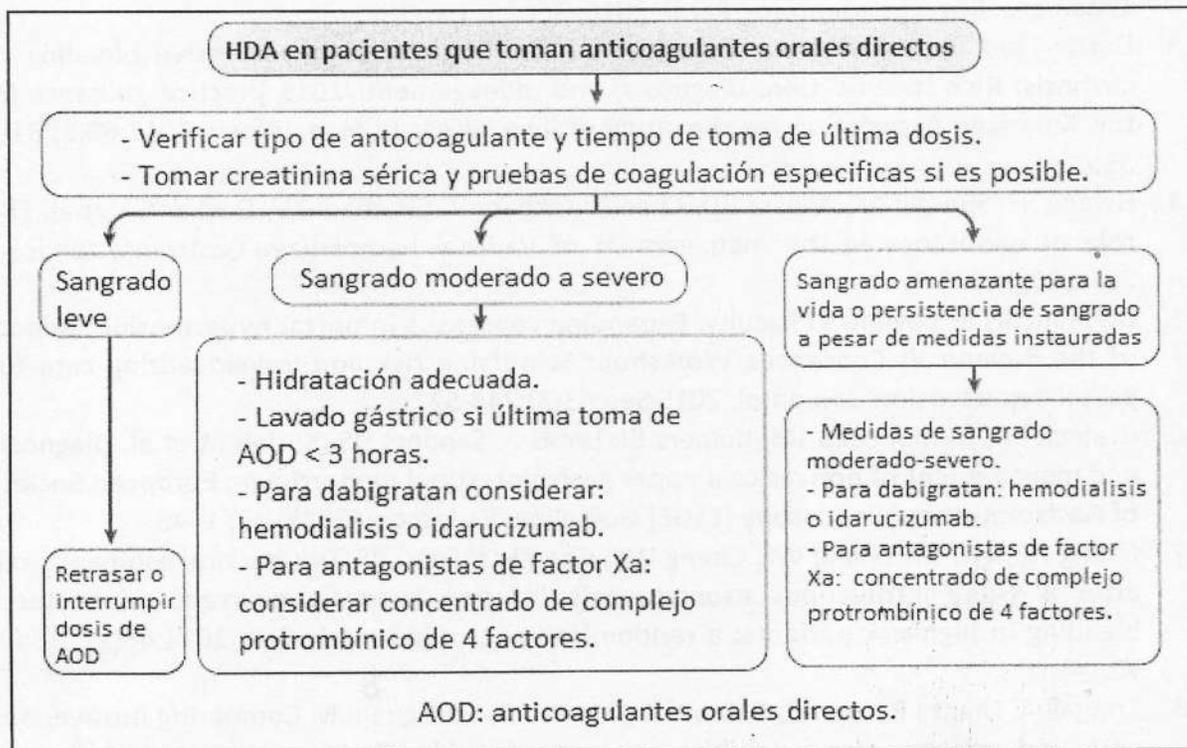




**Figura N°6: Algoritmo de manejo de HDA en usuarios de antiagregantes plaquetarios.**

Fuente: Adaptado de Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM and et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18020.



**Figura N°7: Algoritmo de manejo de HDA en usuarios de anticoagulantes orales directos.**

**Fuente:** Adaptado de Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM and et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. NatRevDisPrimers. 2018;4:18020.

*[Handwritten signature]*



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM and et al. **Non-variceal upper gastrointestinal bleeding.** Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18020.
2. Espinoza-Rios Jorge, Aguilar SanchezVictor, Bravo Paredes EduarAlban, Pinto Valdivia Jose, Huerta-Mercado Tenorio Jorge. **Comparación de los scores Glasgow-Biatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima.** Peru. Rev. gastroenterol. Perú . 2016; 36( 2 ): 143-152.
3. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. **Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases.** Hepatology. 2017;65(1):310-335.
4. Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Decker GA et al. **The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage.**GastrointestEndosc. 2014;80(2):221-7.
5. De Franchis R; Baveno VI Faculty. **Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension.** J Hepatol. 2015 Sep;63(3):743-52.
6. 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: 1–46.
7. Cheng HC, Wu CT, Chang WL, Cheng WC, Chen WY, Sheu BS. **Double oral esomeprazole after a 3-day intravenous esomeprazole infusion reduces recurrent peptic ulcer bleeding in high-risk patients: a randomised controlled study.**Gut. 2014;63(12):1864-72.
8. Tringali A, Manta R, Sica M, Bassotti G, Marmo R, Mutignani M. **Comparing intravenous and oral proton pump inhibitor therapy for bleeding peptic ulcers following endoscopic management: a systematic review and meta-analysis.** Br J ClinPharmacol. 2017;83(8):1619-1635.
9. Vásquez-Quiroga 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).**RevGastroenterolPeru. 2018;38(1):89-102.

