

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de Evidencias y Recomendaciones

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención

GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro: ISSSTE-133-08

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la guía aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán, basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

K22 esófago a K29 duodeno

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención

Autores:

Dra. Ma. Silvia Coral Arminio Barrios Maestría en Ciencias Médicas e Investigación Clínica. Hospital Regional Puebla Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. William Enrique López Rodríguez Especialidad en Medicina Interna Hospital Regional Puebla Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Santiago González Enríquez Maestría en Ciencias Médicas e Investigación Clínica Hospital Regional Puebla Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Aurelio López Colombo Especialidad en Gastroenterología y Endoscopia Hospital Regional Puebla Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Asesores:

Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres Maestría en Administración Médica y Hospitalaria Jefe del Departamento de Actualización y Desarrollo Normativo Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Francisco Javier M. Mayer Rivera. Médico Anestesiólogo Jefe de Departamento de Unidades Hospitalaria Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Validación Interna

Dra. García Samper Ma. Antonieta Xochitl Médico Gastroenterólogo Jefe del Servicio de Gastroenterología Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Validación Institucional

Dr. Miguel Nájera Camacho Especialidad en Cirugía-Endoscopia Jefe de Servicio del Hospital Regional "Ignacio Zaragoza" Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1. Justificación	7
3.2. Objetivo de esta Guía	7
3.3. Definición	8
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1 Factores de Riesgo para Sangrado de TDA	10
4.1.1 Etiología	10
4.2 Historia Clínica	10
4.2.1 Síntomas de Alarma para la Enfermedad Acido Péptica	11
4.2.1.1 Diagnóstico de Enfermedad Acido Péptica	11
4.2.1.2 Tratamiento Empírico de la Enfermedad Acido Péptica	12
4.2.1.3 Diagnóstico y Erradicación de Helicobacter Pilory	13
4.3. Evaluación de Triage de Hemorragia	14
4.3.1 Organización de un Servicio Especializado en Hemorragia de TDA	15
4.3.1.1. Manejo Inicial de la Hemorragia Aguda de TDA No Variceal	16
4.4. Manejo Previo a la Endoscopia	17
4.4.1. Momento de la Endoscopia	17
4.5. Manejo de la Hemorragia Aguda Superior No Variceal	18
4.5.1. Helicobacter Pilory	21
4.5.1.1. Terapia Farmacológica en Hemorragia de TDA	21
5 Anexo	26
6 Bibliografía	29
7 Comité Académico	30
8 Directorio	31
9 Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	32

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-133-08			
PROFESIONALES DE LA SALUD	Maestros en Ciencias Médicas e Investigación clínica, Médico Internista, médico Gastroenterólogo, Endoscopista		
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	Capítulo XI, subtemas de K22 esófago a K29 duodeno		
CATEGORÍA DE GPC	Los Tres Niveles de Atención	Consejería Detección Diagnóstico Prevención	Evaluación Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras generales y especialistas Personal de salud en formación		Médicos generales, familiares Proveedores de servicios de salud Trabajadores sociales
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal H.R Puebla	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	
POBLACIÓN BLANCO	Adultos, masculinos o femeninos		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Corrección de la volemia, endoscopia, farmacoterapia		
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Tratamiento eficaz y oportuno Reducción de la mortalidad		
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas:78 Guías seleccionadas: del período 2 del periodo junio 2007 a diciembre de 2008 Revisiones sistemáticas Ensayo controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Biblioteca del CMN "20 de Noviembre" Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones		
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: H.R. "Lic. Adolfo López Mateos"		
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro: ISSSTE-133-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>A partir del registro de 2 a 3 años</i>		

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿A qué se llama Hemorragia aguda de tubo Digestivo Alto o Proximal?
2. ¿Cuál es la frecuencia de hemorragia de sangrado de tubo digestivo alto?
3. ¿Cómo se clasifica y cuál es la etiología de la hemorragia de tubo Digestivo Alto?
4. ¿Cuál es la sintomatología de la enfermedad ácido péptica?
5. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la enfermedad ácido péptica?
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo de enfermedad ácido péptica?
7. ¿Qué papel desempeña el *H. pylori* en la enfermedad ácido péptica y como se detecta su presencia?
8. ¿Cuál es y qué papel tiene el tratamiento empírico de erradicación de *H. pylori*?
9. ¿Cuáles son los síntomas de alarma en la enfermedad ácido péptica para derivar al paciente al especialista del aparato digestivo?
10. ¿Cuál es el manejo de la úlcera péptica con *H. pylori* negativo?
11. ¿Cómo se puede prevenir la enfermedad ácido péptica?
12. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la hemorragia de tubo digestivo alto?
13. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la hemorragia gastrointestinal proximal aguda?
14. ¿Cuáles son los factores pronósticos del paciente con hemorragia aguda del tracto gastrointestinal alto?
15. ¿Cuáles son los criterios de referencia al segundo o tercer nivel de atención del paciente con hemorragia de tubo digestivo alto?
16. ¿Cuáles son los hallazgos a la exploración física en el paciente con hemorragia del tubo digestivo alto?
17. ¿Cómo se clasifica el choque hipovolémico por hemorragia?
18. ¿Qué métodos diagnósticos y en qué orden se deben aplicar ante un paciente con hemorragia digestiva alta?
19. ¿Cuándo está indicada una endoscopia y su utilidad?
20. ¿Cuál es el papel de otros estudios de imagen: radiología de contraste, angiografía, TAC, USE, RMN, etc.?
21. ¿Seguir un protocolo de manejo reduce la mortalidad del paciente con hemorragia del tubo digestivo alto?
22. ¿Cuál es el tratamiento del choque hipovolémico por hemorragia?
23. ¿Cuál es la terapia endoscópica óptima que disminuye la mortalidad y el riesgo de sangrado: escleroterapia, térmico, signos clínicos, combinada?
24. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de la hemorragia aguda de tubo digestivo alto?
25. ¿Cómo se puede prevenir el resangrado del tubo digestivo alto?
26. ¿Cuál es el promedio de días de manejo hospitalario de paciente con hemorragia aguda del tubo digestivo?
27. ¿Cuál es el seguimiento del paciente con hemorragia de tubo digestivo alto cuándo se decide el egreso hospitalario?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto No Variceal (CIE: Capítulo XI, subtemas de K22 esófago a K29 duodeno), es una patología caracterizada por sangrado de etiología multifactorial, y puede poner en riesgo la vida del que la padece. Su incidencia y prevalencia es alta, y ocupa unas de las principales causas de atención en el servicio de urgencias.

Puede prevenirse reduciendo factores de riesgo, lo que incluye la educación al paciente con la promoción de cambios en el estilo de vida, que al lograrse modifican la evolución de varios agentes causales, reduciendo su incidencia, por lo que es de capital importancia involucrar a los médicos de diferentes especialidades que pueden participar en su manejo, así como al personal de salud relacionado como enfermería y nutrición en los tres niveles de atención.

Es una emergencia médica, que bien manejada, puede resolverse completamente, aunque con las recidivas se incrementa el índice de mortalidad.

Durante los últimos diez años el avance en la tecnología, tanto farmacológica como de equipos de radiología y endoscopia, ha permitido la mejoría en el diagnóstico y el tratamiento.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención”, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de los Tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Sospechar la enfermedad
 - Identificar a los pacientes adultos con riesgo de padecer hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal
- Establecer el diagnóstico
 - Detectar pacientes con hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal
- Informar
 - Educar a pacientes, familiares y personal responsable de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento, promoción de la salud y planes de atención
- Favorecer tratamiento oportuno

- Establecer el manejo del sangrado de acuerdo a su severidad
- Referir oportunamente a segundo y tercer nivel de atención
- Disminuir la mortalidad y la estancia hospitalaria por hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal
- Promover el seguimiento adecuado del paciente por consulta externa

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal (CIE: Capítulo XI, subtemas de K22 esófago a K29 duodeno), es la hemorragia o sangrado que se origina dentro del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz; en la práctica incluye al esófago, estómago y duodeno. Puede manifestarse con hematemesis, melena o ambas y ocasionalmente hematoquezia, o la presencia de sangre en un paciente con sonda nasogástrica. Puede llevar al estado de choque dependiendo del volumen y rapidez con que se presente la pérdida sanguínea.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

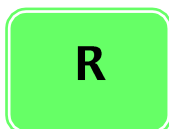
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

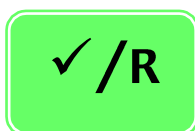
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA.



RECOMENDACIÓN.



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA.

4.1. FACTORES DE RIESGO PARA SANGRADO DE TDA

4.1.1. ETIOLOGÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Son factores de riesgo para úlcera péptica La infección por <i>Helicobacter Pylori</i> (90% de las duodenales y 80% de las gástricas), y los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) (5% de las úlceras duodenales y 30% de úlceras gástricas). El tabaco y el alcohol se asocian con incremento en el sangrado y /o perforación de la úlcera péptica.	1^a (Revisión sistemática de ensayos aleatorios) OXFORD, 2001. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
R La infección por <i>Helicobacter Pylori</i>, es un factor de riesgo para cáncer de estómago (Adenocarcinoma y linfoma)	A (Revisión sistemática de ensayos aleatorios) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008

4.2. HISTORIA CLÍNICA.

4.2.1. SÍNTOMAS DE ALARMA DE ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El síntoma de dispepsia significa dolor o molestia en la parte central de abdomen superior; se puede asociar a una sensación de plenitud en la región abdominal superior, saciedad precoz, distensión, eructos, náusea y vómito.	5 (Opinión de expertos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
E La causa más común de la dispepsia es una patología funcional en un 66%, seguida de la úlcera péptica 15 a 25%, esofagitis por reflujo del 5 al 15% y el cáncer de estómago o cáncer de esófago < 2%	2^a (Revisión sistemática de estudios) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008

2ª

E

En pacientes con dispepsia, los síntomas de alarma son: pérdida de peso, disfagia, vómito, hemorragia de tubo digestivo y presencia de masa abdominal y deben canalizarse para la realización de una endoscopia

(Revisión Sistemática con homogeneidad)
OXFORD, 2001
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia
2008

R

En pacientes de < 55 años con síntomas de dispepsia de reciente inicio, pero sin síntomas de alarma, no está justificado realizarse endoscopia de rutina.

B
(Revisión Sistemática con homogeneidad)
OXFORD, 2001
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia
2008

4.2.1.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La exploración física es de poco valor diagnóstico, la presencia de dolor epigástrico a la palpación no permite diferenciar, la presencia de ulcera gástrica o duodenal

2ª
(Revisión sistemática de estudios diagnósticos)
OXFORD, 2001
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia
2008

R

La endoscopia es el método diagnóstico de elección para detectar lesiones del tubo digestivo superior y presenta rendimiento diagnóstico para patología orgánica.

B
(Revisión sistemática de estudios diagnósticos)
OXFORD, 2001
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia
2008

4.2.1.2. TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No existen estudios que demuestren la eficacia de las medidas higiénico-dietéticas y /o del tratamiento sintomático.	2c (Investigación en Salud) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
E La estrategia mediante la endoscopia inicial en la dispepsia no está investigada	2ª (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
E La estrategia inicial en cuanto al tratamiento empírico de la dispepsia, con inhibidores de la bomba de protones (IBP) muestra mejoría en cuanto a los síntomas y evita la endoscopia.	B (Revisión sistemática, análisis de coste, Investigación de resultados) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
R Los síntomas guía se pueden utilizar para el tratamiento empírico: anti- secretores para la dispepsia ulcerativa, con duración de 4 a 8 semanas	B (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
R No existen suficientes estudios que demuestren que hay diferencia entre los anti-H2 y los IBP	B (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008

4.2.1.3. DIAGNÓSTICO Y ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La prueba del aliento con urea C13 es el método diagnóstico no invasivo de elección para la detección de <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia.	4 (Estudios de Casos y Controles) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
E El test rápido de ureasa, en pacientes sometidos a una endoscopia, es el método diagnóstico de elección para detectar la presencia de <i>H. pylori</i>	B (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
R Después del tratamiento de erradicación, la prueba del aliento con urea C13 es el método diagnóstico no invasivo de elección para el control del <i>H. pylori</i> en pacientes con úlcera duodenal	B (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008
R Es necesario evitar la toma de anti- secretores y antibióticos, 2 a 4 semanas previos respectivamente para realizar la prueba de detección de <i>H. pylori</i> mediante la endoscopia y o la prueba del aliento con urea C13	2^a (Revisión sistemática de estudios diagnósticos) OXFORD, 2001 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia 2008

4.3. EVALUACIÓN Y TRIAGE DE HEMORRAGIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El sistema de escore Rockall inicial previa a la endoscopia es una herramienta apropiada y es predictiva de muerte y resangrado en pacientes con úlcera. Los pacientes que presenten un escore inicial de 0 (< de 60 años de edad, no Shock, no co-morbilidad), tienen un riesgo extremadamente bajo de muerte o resangrado y debe considerarse no admitirlos o el alta temprana con adecuado seguimiento externo.	3 (Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos). SIGN, 2008
R Todos los pacientes que se presenten con hemorragia gastrointestinal superior aguda deberían tener un escore calculado de Rockall (<i>pre- endoscópico</i>). Los pacientes con escore de 0 deben ser considerados para no admisión o alta temprana con seguimiento.	D (Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+) SIGN, 2008.
E Un escore Rockall completo es predictivo de mortalidad en pacientes no seleccionados con hemorragia aguda gastrointestinal alta, tanto por úlceras como por varices. Es menos satisfactorio en predecir resangrado.	3 (Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos). SIGN, 2008
E Aproximadamente el 30% de todos los pacientes sometidos a endoscopia temprana tendrán un escore Rockall < 3. Esos pacientes tienen un rango muy bajo de resangrado (5%) y de mortalidad (< 1%), y deben ser considerados para el alta temprana y el seguimiento como pacientes externos.	3 (Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos). SIGN, 2008.
R En pacientes con escore Rockall inicial > 0 (<i>pre- endoscópico</i>), está indicada la endoscopia para una evaluación completa del riesgo de sangrado.	D (Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+) SIGN, 2008.
R Los pacientes con escore Rockall completo < 3 (<i>pre- endoscópico</i>), tienen bajo riesgo de resangrado o muerte y deberían ser considerados para el alta temprana y dar seguimiento como paciente externo.	D (Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+) SIGN, 2008.

R

Hay una relación general entre score Rockall incrementado y mortalidad, y score Rockall por arriba de 2 y resangrado; sin embargo esto varía en los diferentes estudios. Ningún estudio se ha dirigido a la validez de referir a los pacientes a unidades especializadas de acuerdo a ese score, por lo que no está recomendado como una herramienta para ese propósito.

3

(Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos).
SIGN, 2008.

R

El score Rockall debe ser tomado en cuenta con otros factores clínicos en la evaluación del paciente en los diferentes de atención. No debe ser usado aislado para asignar pacientes a unidades especializadas.

D

(Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+)
SIGN, 2008.

4.3.1 ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO ESPECIALIZADO EN HEMORRAGIA DE TDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Algunos estudios de Cohorte que examinaron el rol de las Unidades para el manejo de las hemorragias de tubo digestivo fueron identificados a partir de la era de "intervención post- endoscopia". Cuatro fueron rechazados debido al alto riesgo de sesgo.

2-, 3

(Estudios casos control o de cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal).
(Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos).
SIGN, 2008

E

Un estudio con adecuada calidad metodológica describe la efectividad en el desenlace de 900 pacientes admitidos en una Unidad dedicada al manejo de la hemorragia gastrointestinal alta.

2+

(Estudios casos control o de cohorte con bajo riesgo de confusión o sesgo y moderada probabilidad de que la relación es causal)
SIGN, 2008.

R

Los pacientes con Hemorragia Aguda Gastrointestinal alta, deben ser admitidos, valorados y manejados en una Unidad dedicada a Sangrado Gastrointestinal.

D

(Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+)
SIGN, 2008.

4.3.1.1. MANEJO INICIAL DE LA HEMORRAGIA AGUDA DE TDA NO VARICEAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La guía de manejo de pérdida sanguínea masiva del Comité Británico para los Estándares en Hematología recomienda la rápida expansión de volumen para mantener la oxigenación y la perfusión de los tejidos. La transfusión de células rojas puede ser requerida después de que se ha perdido el 30-40% del volumen circulante.	4 (Opinión de expertos) SIGN, 2008.
R Los pacientes chocados deben recibir volumen de remplazo lo antes posible. Después de la pérdida del 30% ó más del volumen circulante se debe considerar la transfusión de concentrado globular.	D (Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+) SIGN, 2008.
E Una revisión Cochrane demostró que no hay diferencia estadística en los resultados al utilizar cristaloides ó coloides de un amplio rango incluyendo el uso de solución albúmina humana, en la resucitación de pacientes críticos en la UCI.	1+ (Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA, o de ECA con muy bajo riesgo de sesgo) SIGN, 2008.
R Se pueden usar soluciones cristaloides o coloidales para lograr la restauración del volumen previo a la administración de productos sanguíneos.	B (Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y demostrando sobre todo consistencia de resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ ó 1+) SIGN, 2008.

4.4. MANEJO FARMACOLÓGICO PREVIO A ENDOSCOPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E En un meta- análisis, los inhibidores de la bomba de protones utilizados antes del diagnóstico por endoscopia en pacientes no seleccionados, no mostró ningún beneficio en términos de mortalidad, resangrado o necesidad de cirugía. La co-morbilidad no fue registrada.	1++ (Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo) SIGN, 2008.
R Los inhibidores de la bomba de protones no deben ser usados previos al diagnóstico por endoscopia en pacientes que presenten hemorragia gastrointestinal alta.	A (Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados) SIGN, 2008.

4.4.1. MOMENTO DE LA ENDOSCOPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La práctica clínica actual incluye endoscopia llevada a cabo a las 24 horas de presentación. La endoscopia temprana permite estimar riesgos en los pacientes con sangrado y, reduce costos por estancia corta. Hay relación de la endoscopia temprana con requerimientos reducidos de transfusión y menor necesidad de cirugía comparada con pacientes que recibieron endoscopia tardía.	2+ (Estudios casos control o de cohorte con bajo riesgo de confusión o sesgo y moderada probabilidad de que la relación es causal) SIGN, 2008.
R El examen endoscópico temprano debe ser realizado en las 24 horas iniciales, cuando sea posible.	C (Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios calificados como 2+, directamente aplicable a la población y demostrando sobre todo consistencia de resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++) SIGN, 2008.

4.5. MANEJO DE LA HEMORRAGIA AGUDA SUPERIOR NO VARICEAL.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El rango de resangrado, el requerimiento de transfusión sanguínea y la necesidad de intervención quirúrgica se reducen significativamente por las terapias endoscópicas. El impacto sobre la mortalidad no es significativo.	3 (Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos, series de casos). SIGN, 2008.
R La terapia endoscópica debe ser proporcionada solo a lesiones sangrantes activas, vasos sangrantes no visibles y, cuando sea técnicamente posible, en úlceras con coágulo sangrante adherente.	D (Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+) SIGN, 2008.
E La inyección endoscópica de líquido alrededor y en un punto sangrante, reduce la frecuencia de re-sangrado en quienes no es visible el vaso sangrante aproximadamente en 50% al 15-20%. El re-sangrado seguido a la inyección en las úlceras con coágulo sanguíneo adherente, también se reduce significativamente del 35 al 10%. El líquido más comúnmente inyectado es adrenalina (Epinefrina 1:10,000).	1+; 4 (Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA, o de ECA con muy bajo riesgo de sesgo) (Opinión de expertos). SIGN, 2008.
E Se comparó el efecto de diferentes volúmenes de adrenalina inyectada para hemostasis y la frecuencia de complicaciones en pacientes con úlceras con sangrado activo. No hay diferencia significativa en la frecuencia de hemostasis inicial entre grupos de 20, 30 y 40 ml de la inyección endoscópica de 1:10,000 de solución de adrenalina. La frecuencia de perforación de úlcera péptica fue significativamente más alta en el grupo que recibió 40 ml de adrenalina. La frecuencia de recurrencia de sangrado fue significativamente más alta en el grupo de 20 ml. No hubo diferencias significativas de la frecuencia de mortalidad, intervención quirúrgica, y la cantidad de requerimientos de transfusión, o días de hospitalización entre los tres grupo. La proporción de pacientes que desarrollaron	1++ (Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo) SIGN, 2008.

dolor epigástrico asociado con la inyección endoscópica, fue significativamente más alta en el grupo de 40ml de adrenalina (67%), que en el de 20 ml (3%) y de 30 ml (7%).

Este estudio concluye que el volumen óptimo de inyección de adrenalina como tratamiento endoscópico en úlceras con sangrado activo es de 30 ml.

E

Otro ensayo clínico aleatorizado (ECA) mostró que la inyección de un volumen largo de adrenalina (>13 ml), cuando se usa para lograr hemostasia sustancial, puede reducir la frecuencia de la recurrencia del sangrado en pacientes con úlcera péptica de alto riesgo y es superior a la inyección de un menor volumen de adrenalina (5-10 ml).

1++
(Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo)
SIGN, 2008.

E

La inyección de esclerosantes (polydochanol, STD, o ethanolamina) y alcohol absoluto también son efectivos, pero se asocian con un incremento significativo del riesgo de complicaciones, incluyendo perforación de mucosa y necrosis, comparados con adrenalina.

4
(Opinión de expertos)
SIGN, 2008.

E

La coagulación multipolar tiene eficacia clínica similar a la inyección. Las complicaciones, incluyendo la perforación de mucosa, son raras. Por lo tanto debe ser administrada hasta que el área tratada este negra y cavitada.

1++; 1+
(Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo).
(Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con muy bajo riesgo de sesgo).
SIGN, 2008.

E

Un meta-análisis comparó la eficacia de clipaje endoscópico contra inyección o termo coagulación en el control de pacientes con sangrado gastrointestinal no varicoso (n=1,156), que fueron aleatorizados en 15 ECA (57). La hemostasia definitiva fue más alta clipando (86.5%) que con la inyección (75.4%; el riesgo relativo, RR 1.14, IC95% 1.00 a 1.30).

El uso de grapas reduce significativamente el re-sangrado (9.5%) comparado con la inyección (19.6%, RR 0.49, IC95% 0.30 a 0.79) y la necesidad de cirugía (2.3% v 7.4%; RR 0.37, IC95% 0.15 a 0.90).

El clipaje y la termo coagulación tienen eficacia comparable (81.5% a 81.3%; RR 1.00). No se reportó diferencia en mortalidad entre ninguna intervención.

1++

(Meta- análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo. SIGN, 2008.

E

Un meta-análisis de 16 ECA reporta que adicionando un segunda intervención endoscópica (térmica, mecánica o inyección), seguido a una inyección de adrenalina reduce la frecuencia de sangrado posterior del 18.4% a 10.6% (OR 0.53, IC95% 0.40 a 0.69), y la cirugía de emergencia de 11.3% a 7.6% (OR 0.64, IC95% 0.46 A 0.90). La mortalidad baja de 5.1% a 2.6% (OR 9.51% IC95% 0.31 a 0.84).

1++

(Meta- análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo. SIGN, 2008.

E

Un meta-análisis mostró que la hemostasia definitiva fue más alta con la inyección combinada con clipaje (88.5%), comparada con la inyección sola (78%; RR 1.13% IC95% 1-03 a 1.23), permitiendo la reducción de resangrado (8.3% v 18.0%; RR 0.47, IC95% 0.28 a 0.76) y reduce el requerimiento de cirugía (1.3% v 6.3%; RR 0.23, IC95% 0.8 a 0.70). No hay diferencia en mortalidad entre terapia simple y combinada.

1++

(Meta- análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo). SIGN, 2008.

R

Se recomienda sobre modalidades simples, la combinación de terapia endoscópica, que comprenda una inyección de al menos 13 ml de 1:10,000 de adrenalina, en unión a un tratamiento térmico o mecánico..

A

(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+,

directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados)
SIGN, 2008.

E

El valor de una segunda endoscopia fue examinado en un meta- análisis. Los pacientes tuvieron un reducido rango de resangrado, comparados con aquellos con endoscopia simple, sin beneficio a la sobrevivencia.

1++

(Meta- análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo. SIGN, 2008.

R

La endoscopia y la endo- terapia deben ser repetidas en 24 horas cuando el tratamiento endoscópico inicial fue considerado sub-óptimo (*a causa de difícil acceso, pobre visualización, dificultades técnicas*), o en pacientes en quienes el resangrado es una amenaza para la vida.

B

(Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y demostrando sobre todo consistencia de resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ ó 1+)
SIGN, 2008.

4.5.1. HELICOBACTER PYLORI

4.5.1.1. TERAPIA FARMACOLÓGICA EN HEMORRAGIA DE TDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El rol de la erradicación del *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) en la reducción de la recurrencia de la enfermedad de la úlcera péptica no complicada está bien establecido.
En úlcera péptica sangrante, la terapia de erradicación del *H pylori*, también tiene un rol en la prevención de la recurrencia de sangrado.

1++

(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).
SIGN, 2008.

E

La presencia de *H. Pylori* debe ser investigada al tiempo de la endoscopia. Como esta reportado que la terapia de IBP reduce la sensibilidad de la prueba del *H. Pylori*, las biopsias de mucosa deben ser obtenidas desde el antro y el cuerpo del estómago al inicio de la endoscopia, previo al inicio de la terapia de IBP. Altas dosis de IBP disminuyen la detección de la infección.

1+; 2++

(Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con muy bajo riesgo de sesgo).
(Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios casos control o de cohorte. Alta calidad de estudios casos control o de cohorte con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y alta probabilidad de que la relación es causal).
SIGN, 2008.

R

Los pacientes con úlcera péptica sangrante deben ser estudiados para diagnóstico de *H. Pylori* (con método de biopsia o prueba de aliento de urea). Para los que resulten con prueba positiva se debe prescribir una semana de terapia de erradicación. Debe continuarse el tratamiento hasta 3 semanas después de la curación de la úlcera.

En usuarios de anti-inflamatorios no s, la terapia de mantenimiento antisecretora no debe continuarse después de curación satisfactoria de la úlcera y la erradicación del *H. Pylori*.

R

Las muestras de biopsia para probar la presencia de *H. Pylori* deben de ser tomadas al inicio de la endoscopia, previo al comienzo de terapia con IBP. El espécimen de biopsia debe de ser valorado histológicamente cuando la prueba rápida de urea sea negativa.

E

Un Meta-análisis de 24 ECA, involucrando a 4,373 pacientes, confirmó que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) reducen significativamente la frecuencia de re sangrado (NNT=13), la necesidad de cirugía (NNT=34) y los requerimientos de terapia endoscópica posterior (NNT=10). Sin embargo no afectan significativamente la mortalidad (36).

La reducción en la mortalidad fue significativa con el análisis de 4 ECA en que se usaron altas dosis de IBP (v. gr. Omeprazol o pantoprazol en bolos de 80mg seguidos por 8mg /hora en infusión durante 72 hrs.).

No hay efectos en la mortalidad en otros 3 ensayos que usaron dosis baja intravenosa u oral de IBP.

E

La evidencia es insuficiente para hacer recomendaciones para el uso de somatostatina o su análogo sintético en el tratamiento de sangrado GI no varicoso.

A

(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados)

SIGN, 2007.

B

(Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y demostrando sobre todo consistencia de resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ ó 1+).

SIGN, 2008.

1++

(Meta- análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo)

SIGN, 2008.

1-, 1++

(Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo).

(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).

SIGN, 2008.

E

El rol de los inhibidores de fibrinólisis en el sangrado gastrointestinal no es claro. El análisis agrupado sugiere que el ácido tranexámico no reduce significativamente el resangrado o la necesidad de cirugía, pero sí la mortalidad en forma significativa.

No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación para su uso.

1-, 1++

(Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o ECA con bajo riesgo de sesgo).

(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).

SIGN, 2008.

R

Altas dosis intravenosas de inhibidor de bomba de protones (Ej. Omeprazol o pantoprazol en bolos de 80mg seguidos por 8mg /hora en infusión durante 72 hrs.), deben de ser usadas en pacientes con úlcera péptica sangrante (sangrado activo o no visible el vaso sangrante) seguidas de terapia endoscópica hemostática.

A

(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados)

SIGN, 2008.

E

La seguridad de un inhibidor de COX2 en comparación a la combinación de un anti-inflamatorio no esteroideo no selectivo y un IBP ha sido establecida en 3 ECA que evaluaron la frecuencia de la recurrencia de sangrado y complicación de úlceras en pacientes con úlcera péptica sangrante previa. Se encontraron a 6 meses frecuencias similares de úlceras con resangrado: 6.4% en aquellos tomando diclofenaco, 75mg 2 veces diarias en combinación con omeprazole 20mg diarios; y 4.9% en aquellos tomando celecoxib 200mgs. En un estudio similar, la probabilidad de recurrencia de úlceras fue del 24% en el grupo de celecoxib contra 32% del grupo de diclofenaco más omeprazol.

1++

(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).

SIGN, 2008.

E

Un ECA comparó la combinación de celecoxib 200mg 2 veces al día y esomeprazol 20mg 2 veces al día con celecoxib solo, para la prevención de sangrado de úlcera recurrente en pacientes con úlcera sangrante previa, inducida por anti-inflamatorios no s y que continuaron su tratamiento con los mismos. Ningún paciente en el grupo de tratamiento combinado y 12 pacientes (8.9%) en el grupo de celecoxib tuvieron recurrencia de úlcera sangrante en 13 meses de seguimiento.

1++

(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).

SIGN, 2008.

R

Pacientes con úlceras sangrantes curadas con pruebas negativas para *H pylori*, requieren terapia concomitante con inhibidores de la bomba de protones, cuando se encuentre indicadas dosis diarias de aspirina, inhibidores de Cox2 o anti-inflamatorios no esteroideos.

A
(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados).
SIGN, 2008.

E

La seguridad del clopidrogel en comparación a una combinación de aspirina con esomeprazol ha sido evaluada en 2 ECA, incluyendo pacientes con úlcera péptica sangrante inducida por aspirina. La erradicación del *H Pylori* y la curación de la úlcera fueron confirmadas antes de la aleatorización. En un ensayo la incidencia acumulada de recurrencia de sangrado durante un periodo 12 meses fue de 8.6% (IC95% 4.1 a 13.1); en el grupo de clopidrogel 0.7% (IC95% 0 a 2.0), y 0,7% en aquellos tomando aspirina 80mg mas esomeprazole 20mg 2 veces diarias (diferencia 7.9%; IC95% 3.4 a 12.4)

1++
(Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o ECA con alto riesgo de sesgo).
SIGN, 2008.

E

Un estudio de cohorte y un caso control proveen evidencia débil de que la ingesta de inhibidores selectivos de serotonina puede estar asociado con riesgo incrementado de hemorragia gastrointestinal superior, especialmente aquellos con alto riesgo y aquellos que toman AINES.

2+
Estudios casos control o de cohorte con bajo riesgo de confusión o sesgo y moderada probabilidad de que la relación es causal.
SIGN, 2008.

R

La aspirina y los anti-inflamatorios no esteroideos deben ser discontinuados en los pacientes con úlcera péptica sangrante.

Una vez que la úlcera cura y se confirma la erradicación del *H pylori*, la aspirina y los anti-inflamatorios solamente debe ser prescritos y está clara la indicación.

A
(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados).
SIGN, 2008.

R

La ingesta de inhibidores selectivos de serotonina debe ser usada con precaución en pacientes con riesgo incrementado de sangrado gastrointestinal, especialmente en aquellos tomando antiinflamatorios no s o aspirina. Un antidepresivo no selectivo inhibidor de serotonina puede ser una elección apropiada en esos pacientes.

D
(Evidencia nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+)
SIGN, 2008.

E

Se desconoce el riesgo de recurrencia de sangrado en aquellos pacientes que toman anticoagulantes orales y que tienen historia de sangrado gastrointestinal (GI). Los datos deben ser extrapolados de estudios de pacientes sin historia de sangrado GI. El uso rutinario de anticoagulantes orales en usuarios de anti-inflamatorios no s ha mostrado en un estudio de cohorte incremento del riesgo de hospitalización por úlcera sangrante en aproximadamente 3 veces, comparado con usuarios de anti-inflamatorios no s en pacientes sin uso de anticoagulantes.

2+
(Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios casos control o de cohorte. Alta calidad de estudios casos control o de cohorte con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y alta probabilidad de que la relación es causal).
SIGN, 2008.

E

Se desconoce el riesgo de sangrado recurrente en aquellos pacientes que toman corticosteroides orales y que tienen historia de sangrado GI. El uso concomitante de corticosteroides orales y antiinflamatorios no s demostró incrementar el riesgo relativo de úlcera péptica o complicada de 3.6 (95%IC 2.9) a 8,5% en un estudio de casos y controles de pacientes recibiendo anti-inflamatorios no s.

2+
(Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios casos control o de cohorte. Alta calidad de estudios casos control o de cohorte con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y alta probabilidad de que la relación es causal).
SIGN, 2008.

R

Los anticoagulantes o corticosteroides deben ser usados con precaución en pacientes con riesgo de sangrado gastrointestinal, especialmente en aquellos tomando aspirina o antiinflamatorios no os

A
(Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicable a la población blanco, y demostrando sobre todo consistencia de resultados).
SIGN, 2008.

5. ANEXO

NOTA METODOLÓGICA

Los documentos tomados como referencia, que no contaron con sistema de gradación de la evidencia y fuerza de la recomendación, fueron clasificados por el grupo redactor de esta guía empleando los siguientes criterios (NICE2007)*¹

Tabla 1. Niveles de evidencia para estudios de intervención

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgos de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgos de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o casos controles con alto riesgos de sesgos
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones para estudios de intervención

A	- Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la población diana, o - Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados - Evidencia a partir de la apreciación de NICE.
---	---

¹ Metodología para el desarrollo de GPC CENETEC 2007. Anexo “Criterios para gradar la evidencia”

B	• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o, • Extrapolación de estudios calificados como 1++, 1+
C	• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+ , que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados , o • Extrapolación de estudios calificados como 2++
D	• Evidencia nivel 3 o 4, o • Extrapolación de estudios calificados como 2+ o • Consenso formal.
D (BPP) IP	• Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía • Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.

Tabla 3. Niveles de evidencia para estudios de diagnóstico

la	• Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la a la población blanco, o • Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población blanco y demuestre consistencia de los resultados. • Evidencia a partir de la apreciación de NICE
lb	• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de

	2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o • Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
II	• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o • Extrapolación de estudios calificados como 2++.
III	• Evidencia nivel 3 o 4, o • Extrapolación de estudios calificados como 2+ o • Consenso formal
IV	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elaboró la guía.

Tabla 4. Clasificación de las recomendaciones para los estudios diagnósticos

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV
ED	Estudios diagnósticos

6. BIBLIOGRAFÍA

Guías de Práctica Clínica:

1.- Palmer K, y Cols.; *Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (SIGN), 105. Septiembre 2008.

Disponible en:

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign105.pdf>

Actualizado al 30 de marzo de 2009

2.- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2008. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

Disponible en:

http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/Dispepsia.pdf

Actualizado al 30 de marzo de 2009

7.- COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez	Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Dr. Tomas Gómez Castillo	Jefe de Servicios
Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torre	Jefe de Departamento de Actualización y Desarrollo Normativo
Dr. Francisco Javier M. Mayer Rivera	Jefe de Departamento de Unidades Hospitalarias
Dra. Graciela Orozco Vázquez Lic. Patricia Reynoso Hernández Tec. Ma. Guadalupe Gómez Sánchez	Asesores de Guías Prácticas Clínica

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yúnes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO INSTITUCIONAL
Dr. Carlos Tena Tamayo
Director Médico.

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez
Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Tomas Gómez Castillo
Jefe de Servicios

Dr. Eduardo Barragán Padilla
Director del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos"

Dra. Luz Verónica Hernández García
Directora del H.R. "Gral. Ignacio Zaragoza"

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico