

## GUIA DE PRACTICA CLINICA

### Guía de Práctica Clínica para la hemorragia digestiva alta.

#### Clinical Practice Guidelines for Upper Gastrointestinal Bleeding.

Dr. Jorge Luis Ulloa Capestany, <sup>(1)</sup> Dra. Aleyda Hernández Lara, <sup>(2)</sup> Dra. Aymara Marcia Hernández Cardoso, <sup>(3)</sup> Dr. Francisco García Valdez, <sup>(4)</sup> Dr. Carlos J. Geroy Gómez. <sup>(5)</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. <sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente. <sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. <sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos del Adulto. Profesor Instructor. <sup>5</sup> Ms. C. en Emergencias. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos.

#### RESUMEN

Guía de práctica clínica para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Conceptualizado como el escape de sangre al lumen del tubo digestivo, entre el esófago alto y el ángulo de Treitz. Se comentan su concepto, clasificación, diagnóstico, estratificación de riesgo, tratamiento médico e indicaciones de cirugía. Concluye con su guía de evaluación, enfocada en los aspectos más importantes a cumplir.

**Palabras clave:** Hemorragia gastrointestinal; guía de práctica clínica; urgencias médicas; cuidados críticos; tratamiento de urgencias

**Límites:** Humanos; Cienfuegos; Cuba

#### ABSTRACT

Clinical Practice Guidelines for Acute Renal Failure. It a syndrome characterized by the abrupt deterioration of basal renal functions (abrupt reduction of glomerular filtration) and the consequent increase of nitrogenous products in the blood as well as the homeostasis of the body. It aetiological agents, clinical presentation, therapeutic and diagnostic methods are described. It includes assessment guidelines focused on the most important aspects to be accomplished.

**Recibido:** 30 de enero de 2009

#### Correspondencia:

Dr. Jorge Luis Ulloa Capestany.

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Avenida 5 de septiembre y calle 51-A, Cienfuegos, Cuba,

CP: 55 100.

**Dirección electrónica:** [jorge.ulloa@gal.sld.cu](mailto:jorge.ulloa@gal.sld.cu)

**Key words:** Gastrointestinal hemorrhage; practice guideline; emergencies; critical care; emergency treatment

**Limits:** Human being; Cienfuegos; Cuba

#### CONCEPTO

Se denomina hemorragia digestiva alta (HDA) al escape de sangre hacia el lumen del tubo digestivo, entre el esófago alto y el ángulo de Treitz. Es una causa frecuente de consulta y de hospitalización en Servicios de Urgencia y uno de los principales motivos de ingreso con elevada mortalidad.

#### CAUSAS

- Úlcera péptica gastroduodenal (50 %).
- Lesiones agudas de la mucosa (gastritis y erosiones).
- Várices esofágicas (5-8 %).
- Esofagitis por reflujo.
- Desgarros de Mallory-Weiss.
- Neoplasias gástricas.
- Otras.

#### CLASIFICACIÓN

Atendiendo a diferencias históricas en su tratamiento, la

**Aprobado:** 21 de febrero de 2009

HDA se ha subdividido en varicosa y no varicosa. En la actualidad, esa subdivisión mantiene su validez como expresión de pronóstico por el mayor riesgo que implica la hemorragia por várices esófago- gástricas.

En nuestro medio clasificamos la HDA según cálculo aproximado de las pérdidas sanguíneas en los siguientes grados: (Clasificación de Forrest de actividad del sangrado).

**Grado I.** No hay repercusión hemodinámica, no hay anemia. La presencia de melena indica la pérdida de 200 mL de sangre. Expresión del 15 % del volumen de sangre perdido (500 a 600 mL).

**Grado II.** Tiene repercusión hemodinámica, puede haber anemia discreta (palidez). Caída de la tensión arterial hasta 10 mm Hg en la posición de pie, lo representa una pérdida de sangre de 10 a 20 % de la volemia. Puede llegar al 30 % del volumen de sangre (600 a 1200 mL).

**Grado III.** Repercusión hemodinámica importante: taquicardia, hipotensión arterial, disnea, presión venosa central (PVC) baja, y puede estar en shock. Anemia (palidez franca). El paciente ha perdido más del 30% de la volemia (1200 a 2000 mL).

**Grado IV.** Sangrado masivo, más de 2000 mL.

#### CUADRO CLÍNICO

El cuadro tiene diversas formas de presentación que varían entre un sangrado mínimo, que puede expresarse como anemia crónica o una hemorragia "catastrófica" de inicio súbito con hematemesis y shock. La presentación más habitual incluye hematemesis, melena y/o hematoquezia.

Según la clínica se orienta el manejo y la admisión de estos pacientes. Si existen alteraciones hemodinámicas severas deben admitirse en la UCIQ para ser compensados hemodinámicamente.

#### COMPLEMENTARIOS.

##### Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor, debiéndose realizar hemoglobina y hematocrito al ingreso y repetir cada 6 u 8 horas según la evolución del paciente.

Coagulograma. Urea, creatinina, electrolitos. TGP

##### Panendoscopia.

De gran valor diagnóstico con más de un 90 % de positividad, debe realizarse en las primeras 12 a 24h previo lavado gástrico. Orienta en el manejo del paciente: muestra topografía de la lesión, si la hemorragia está o no en actividad y la existencia de desangramiento.

Hallazgos endoscópicos:

- Estigmas mayores: Vaso sangrante visible; vaso no sangrante visible en el fondo de la úlcera y/o presencia de un pseudoaneurisma pulsátil en el fondo de la úlcera.

- Estigmas menores: Resumamiento de sangre en el fondo de la úlcera; mancha oscura (negra o roja en el fondo de la úlcera) y/o coágulo adherido
- No encuentra causa.

Los estigmas de hemorragia se hallan en un altísimo porcentaje si la endoscopia se realiza antes de las 12 horas.

Si el paciente presenta hemorragia activa, vaso visible no sangrante o coágulo adherido, se puede intentar tratamiento endoscópico y el paciente permanecerá en terapia intensiva durante 24 horas; si no presenta hemorragia recidivante es enviado a sala, donde permanece 48 horas más.

Si el paciente presenta un coágulo o manchas planas, sin señales de sangrado, deberá permanecer internado durante 72 horas.

Si durante la endoscopia se observa solamente una base clara, el período de internación para observación es de 24 horas.

**Arteriografía selectiva del tronco celíaco** si no se ha logrado localizar el sitio de sangramiento por los medios anteriormente señalados. Este complementario tiene un por ciento algo mayor de positividad que la endoscopia.

**Sonda de balón esofágica Sengstaken Blakemore** o algunas de sus variantes. Tiene valor diagnóstico y terapéutico.

**Esplenoportografía** en caso de posible hipertensión portal previo al tratamiento quirúrgico.

**Endosonografía esofágica** para el diagnóstico y seguimiento del sangramiento por varices esofágicas.

**Rastreo de hematíes marcados** con Tecnesio 99 o Indio 911 de vida media superior a 18 horas que permite precisar el sitio de sangramiento.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de la HDA va encaminado a alcanzar 2 objetivos:

- Reponer la volemia.
- Detectar el sitio de sangramiento con la finalidad de suprimir aquello que lo ha causado.

Al ingreso tiene prioridad el tratamiento del shock, si este está presente, a continuación la realización del diagnóstico etiológico del sangramiento y llevar a cabo el tratamiento consecuente de la causa, pudiendo ser el este médico o quirúrgico.

##### Criterios de admisión en la UCIQ:

- Hemorragia digestiva alta Grado II-IV.
- Hemorragia digestiva asociada a otras enfermedades donde se pronostique una evolución tórpida o riesgo de complicaciones.

##### Medidas generales:

- Reposo físico y mental.
- Monitoreo de signos vitales según el estado del paciente.

- Catéter en vena profunda y medición de PVC.
- Balance hidromineral.
- Sonda nasogástrica gruesa y lavado gástrico hasta que salga limpio. Si cesa el sangramiento retirar la sonda.
- Sonda vesical y medición de la diuresis.
- Reposición de volumen según lo pautado para el shock hipovolémico.
- Vitamina K, si el tiempo de protrombina está prolongado.
- Oxigenoterapia si es necesario.
- Hemoglobina y hematocrito seriados o al menos a las 6 u 8 horas después del inicial.
- Leche 120 mL cada 3 horas si no presenta sangramiento por la sonda.

El pronóstico de los pacientes con sangrado digestivo alto va a depender de ciertos factores como son la edad y la comorbilidad. Para la estratificación del riesgo se aplica el índice de Rockall. Esta escala utiliza cinco variables, que se obtienen fácilmente en el momento del ingreso. La puntuación para cada paciente es la suma de los valores para cada una de las variables (mínimo: 0 puntos; máximo: 10 puntos). (Cuadro 1)

Parámetros	Puntuación		
	1	2	3
Edad	< 60	60 a 79	> 80
Frecuencia Cardíaca	< 100	≥ 100	
Presión arterial sistólica	>100	>100	< 100
Enfermedades asociadas	Ninguna	Cardiopatía, EPOC, diabetes	IRC, neoplasia, cirrosis
Diagnóstico	Mallory-Weiss, sin lesión	Todos los otros diagnósticos (úlceras)	Neoplasia
Signos de hemorragia reciente	Sin estigmas. Hematina	-	Sangre fresca en estómago, Forrest I, IIa y IIb.

Riesgo bajo: 0 a 2 puntos    Recidiva: 5 %    Mortalidad: 0.1%  
 Riesgo intermedio: 3 y 4 puntos  
 Riesgo alto: 5 a 10 puntos    Recidiva: 25 %    Mortalidad: 17%

**Cuadro 1.** Escala de riesgo clínico de Rockall

**Reposición de sangre** (ver GPC de hemoderivados).  
 La cantidad real de sangre perdida para producir shock

varía de acuerdo a la conformación física, edad y condiciones generales del paciente.

Es necesario mantener la hemoglobina del paciente alrededor de 100 g/l.

El cálculo de la pérdida de sangre se puede realizar según la clasificación cualitativa descrita anteriormente teniendo en cuenta que el volumen sanguíneo de una persona es 75 mL/kg de peso corporal.

Debemos insistir en la reposición de sangre lo antes posible, considerando el shock como moderado si la tensión arterial sistólica se encuentra entre 90 y 70 mm de Hg, el pulso entre 110 y 120 por minutos y signos clínicos de hipovolemia, requiriéndose en este caso restituir hasta un 25% de la volemia. Si el shock es grave (TA por debajo de 70 mm de Hg) el volumen a reponer puede ser de un 40 a un 50% de la volemia.

En las várices esofágicas debe reponerse el volumen con precauciones pues la hipervolemia puede aumentar la presión portal aumentando el sangramiento, mientras que la hipovolemia restringe la perfusión hepática con el riesgo de necrosis hepática.

Recordar administrar 1 gramo de Gluconato de Calcio por cada 1000 ml de sangre transfundida.

**Medidas específicas**

- Lavado gástrico con suero fisiológico.
- Enema evacuante de suero fisiológico cada 8 horas, para evitar la intoxicación hepatoamoniaca, que además indica cuando cesa el sangramiento.
- En caso de varices esofágicas se puede utilizar neomicina vía oral en tabletas trituradas 1,5 gramos cada 6 horas o metronidazol 1 gramo al día y magma de magnesio 30 ml cada 6 u 8 horas para la prevención de la encefalopatía hepato-amoniaca.
- Sedación si necesario.
- Antiácidos. Está demostrado que la disminución de la acidez gástrica manteniendo un PH por encima de 5 contribuye a disminuir el sangramiento y protege la mucosa, por lo que se utiliza una mezcla de gel de hidróxido de aluminio y magnesio o gel de hidróxido de aluminio 30 mL cada 2 o 3 horas.
- Citoprotectores: sucralfato, no tiene acción antiácida. Se utiliza 1 gramo 4 veces al día por vía oral; subnitrito de bismuto: (tab 125 mg) 1 tab 1 hora antes de desayuno, almuerzo y comida y a las 10.00 p.m.
- Inhibidores de la secreción clorhidropéptica: cimetidina (amp 300 mg) 1 amp endovenosa cada 6 horas, dosis máxima 1,2 gramos al día. Es posible utilizarlo también en infusión endovenosa continua de 50 a 75 mg por horas; ranitidina (amp 50 mg) 50 mg 2 veces al día por vía endovenosa; famotidina (amp 20) 20 mg endovenoso 2 veces al día a pasar en 30 minutos.
- Bloqueadores de la bomba de hidrógeno (actúa inhibiendo la bomba gástrica de protones):

omeprazol (Bb 40 mg) 40 mg al día.

- Drogas vasoactivas en la hemorragia por várices esofágicas actúan disminuyendo la presión portal y el flujo del sistema ácidos:
  - a. Vasopresina. Es útil en caso de hemorragias por várices esofágicas por vía intraarterial o endovenosa y en el caso de sangramiento arterial por vía intraarterial solamente en dosis de 0,4 a 0,8 UI en dosis decrecientes por 2 ó 3 días. Puede disminuir el gasto coronario y cardíaco, pudiendo esto ser contrareestado por la nitroglicerina. Se debe realizar electrocardiograma previo a su administración.
  - b. Somatostatina. Hormona que tiene acción sobre el tractus gastrointestinal al disminuir la secreción gástrica, el flujo sanguíneo y la motilidad intestinal. Infusión continua en dosis de 3,5 mg/kg/horas disuelta en suero fisiológico. Es posible utilizar un bolo inicial de 250 mg.
  - c. Levorterenol. Es posible utilizarlo instilándolo en el estómago diluido en suero fisiológico y produce vasoconstricción local.
  - d. Propanolol (tabletas de 40 mg), se utiliza para prevenir recurrencia de hemorragia al disminuir el gasto cardíaco y la tensión portal, dosis de hasta 180 mg/día usadas cuidadosamente con monitoreo del gasto cardíaco.
- Métodos endoscópicos
  - a. Ligadura elástica de várices esofágicas.
  - b. Escleroterapia cuando la ligadura resulte técnicamente difícil, e inyectoterapia con cianocrilato en las várices gástricas.
  - c. El tratamiento endoscópico debería combinarse siempre con el farmacológico, que preferiblemente debe ser iniciado antes de la endoscopia.
- Balones: Únicamente deben utilizarse en hemorragia masiva como terapia de rescate en ausencia de otros procedimientos y como puente hacia ellos. Si es necesario utilizarlos debe ser en una unidad de cuidados intensivos y durante un máximo de 24 horas (esofágico). El uso de la sonda de Sengstaken-Blackemore, o algunas de sus variedades como la de Boyce o Linton (sólo balón gástrico), es útil aún en el presente siglo. Se introduce preferentemente por vía nasofaríngea (fosa nasal más permeable o amplia) previa anestesia local. Con el paciente en posición de semisentado, se introduce la sonda lubricada hasta

casi la totalidad, con ayuda de movimientos de deglución y respiración profunda, luego se insufla el balón gástrico (250 mL de agua más 20 mL de contraste yodado y unas gotas de azul de metileno) y se tira de la sonda hacia fuera hasta que se perciba la detención del globo en el cardias. Se aplica la tracción con un peso de 0,5 kg. De no detenerse la hemorragia se insufla el balón esofágico, lo cual se hace con aire a una presión entre 30-40 mmHg. Debe anotarse la fecha y hora de colocado pues no debe mantenerse insuflado más de 24 horas (esófago) o 48 horas (estómago) consecutivas por el riesgo de necrosis de la pared del órgano. Para retirar la sonda, siempre debe comenzarse por el balón esofágico y se le debe dar a tomar al paciente 1 cucharada de aceite mineral previamente.

- Prevención de complicaciones:
  - a. Infecciones (sepsis, peritonitis bacteriana espontánea): Deben administrarse antibióticos. (norfloxacin, ceftriaxona, cefotaxime, ciprofloxacino) durante 7 días.
  - b. Broncoaspiración: Debe realizarse intubación orotraqueal en los pacientes con encefalopatía hepática grado III ó IV.

#### Tratamiento quirúrgico

La cirugía está indicada en aquellos casos en los que no se consigue restablecer el equilibrio hemodinámico del paciente, debido a la intensidad de la hemorragia y a la imposibilidad de detenerla endoscópicamente, y especialmente en pacientes ancianos con enfermedades asociadas.

Es importante definir el mejor momento para la intervención quirúrgica valorando integralmente al enfermo. El riesgo quirúrgico y la mortalidad operatoria están en relación con la edad del paciente, el número de transfusiones recibidas y las enfermedades asociadas.

#### Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la HDA

- Si el sangrado es masivo.
- Si después de transfundir 1500 - 2000 mL de sangre en un período de 2 - 24 horas, no se establece la PA = 100mmHg, Hto. 0,28 F/V, Hb 8 g/l.
- Si la hemorragia va asociada a perforación.
- Si la cantidad de sangre del grupo del paciente disponible en el banco de sangre es escasa.
- Si a pesar de ceder inicialmente reaparece estando el paciente recibiendo un tratamiento adecuado.
- Paciente en shock

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Aabakken L, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2001; 33 (1): 16-23.
2. Bjorkman DJ, Zaman A, Fennerty B. Urgent vs. elective endoscopy for acute non-variceal upper GI bleeding: an effectiveness study. *Gastrointest Endosc*. 2004; 60: 1-8.
3. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. 20ma Ed. Vol. I. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p.734-8.
4. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc*. 2002;55:1-5.
5. Contardo CA, Espejo H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta Med. Peru*. 2006; 23(3):162-173.
6. Cooper GS. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: association with recurrent bleeding, surgery and length of hospital stay. *Gastrointest. Endoscopy*. 2002;49:145-52
7. Dallal H, Palmer K. Upper gastrointestinal haemorrhage. *British Medical Journal*. 2001; 323: 1115-1117.
8. Dennis MJ. Hemorragia digestiva. *Trastornos de la circulación gastrointestinal*. Digestive Disease Self-Education Program. The Gastrointestinal American Association; 2000.
9. Diaz C. Hemorragia Digestiva. En: Acedo, Barrios, Díaz, Orche, Sanz (eds). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre*. 4ta Ed. Madrid: MSD; 1998. p. 473-485.
10. Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Kalloo AN, Petersen BT, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Standards of Practice. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2001;53(7):853-8.
11. Farreras Valenti P. *Medicina Interna*. Tomo-I. 13a. Ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1996: 822-41.
12. Feu F. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterología y Hepatología*. 2003;26(2):70-85.
13. Fuster F. Historia natural de las várices esófago gástricas. *Simposio HTP Gastr Latinoam*. 2007;18 (1): 62-64.
14. Grande L, Pera M, Parrilla P. Complicaciones de la úlcera péptica gastroduodenal. En: *Cirugía esofagogástrica*. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos; Madrid: Ed. Aran; 2001.
15. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. Incidence of serious upper gastrointestinal bleeding/perforation in the general population: review of epidemiologic studies. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55:157-163.
16. Hierro A, Jiménez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. *Rev Cubana Med [Serie en Internet]*. 2003 [Citado: 12 de diciembre de 2008];42(4): [Aprox.: 11 p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42\\_4\\_03/med02403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_4_03/med02403.htm).
17. Holman RA, Davis M, Gough KR. Value of centralised approach in the management of haematemesis and melena: Experience in a district general hospital. *GUT*. 1999;31:5048.
18. Laine L. Hemorragia digestiva aguda y crónica. En: Sleisenger and Fordtran. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. 6ta Ed. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, SA; 2000. p. 215 - 238.
19. Mejia F, Mondragón E, Montes P. Variación estacional del sangrado digestivo alto asociado a hipertensión portal. *Rev gastroenterol Perú*. 2006; 26(3): 278-282.
20. Miño Fugarolas GY, Jaramillo JL. Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. *Gastrum*. 1997; 9:15-25.
21. Morgan AG, Clamp SE. OMGE. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996. *Scand J Gastroenterol*. 1998;36 (suppl.210):51-8.
22. Northfield TC. Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding. *Br Med J*. 1999;1:26-38.
23. Oksenberg D. Tratamiento farmacológico y endoscópico de la profilaxis de la recidiva hemorrágica por várices esofágicas. *Simposio HTP Gastr Latinoam*. 2007; 18(1):74-76.
24. Ovalle L. Anejo de las hemorragias por várices esofágicas. *Simposio HTP Gastr Latinoam*. 2007; 18(1): 74-76.
25. Patiño JF. Manejo de la hemorragia gastrointestinal alta. En: Patiño JF. *Lecciones de Cirugía*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001.
26. Pérez RM. Los consensos de Baveno en hipertensión portal. *Gastr Latinoam*. 2007; 18(1): 65-68.
27. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, for the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 1996;347:1138-1140.
28. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38:316-321.

29. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2002; 34: 111-118.
30. Schmitz RJ. Incidence and management of esophageal stricture formation, ulcer bleeding, perforation, and massive hematoma formation from sclerotherapy versus band ligation. *Am J Gastroenterol*. 2001 Feb; 96 (2): 437-41.
31. Velásquez H. Hemorragia digestiva por várices esófago gástrica. *Acta med. peru*. 2006;23(3):156-161.
32. Yoza M. Tratamiento de la hemorragia digestiva según los niveles de atención. *Acta med. peru*. 2006; 23(3):180-183.

## GUÍA DE EVALUACIÓN

Preguntas básicas		SÍ	NO	Por qué
A.	Fue ubicado correctamente al ingreso según su clasificación.			
B.	Se identificó adecuadamente la causa del sangrado y se trató consecuentemente.			
Nota: Las preguntas complementarias y específicas relacionadas con el/los factores de riesgo solo serán contestadas si las preguntas básicas fueron contestadas afirmativamente (SÍ)				
Preguntas Complementarias		SÍ	NO	PARCIAL
1.	Se estratificó el riesgo según índice de Rockall.	(10)	(0)	
2.	Se repuso el volumen adecuadamente.	(20)	(0)	
3.	Se cumplió con las indicaciones de hemoderivados.	(10)	(0)	
4.	Se realizó endoscopia antes de las 12 horas.	(20)	(0)	
5.	Se realizó la intervención quirúrgica si cumplía con los criterios	(10)	(0)	
6.	Se colocó adecuadamente la sonda de Sengstaken en las várices esofágicas	(10)	(0)	
7.	Se trataron las enfermedades concomitantes	(10)	(0)	
8.	Se siguió adecuadamente con los complementarios pertinentes	(10)	(0)	