


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
PROTOCOLO DE MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL**

CONTENIDO:

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
9. EPIDEMIOLOGÍA
10. DEFINICIÓN
11. FISIOPATOLOGÍA
12. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
13. HALLAZGOS DE LABORATORIO E IMÁGENES
14. ESTUDIOS DE IMAGEN
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS
20. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
21. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
22. ANEXOS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

1. AUTORES

Dr. Néstor Barrios, Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez. Dra. Ecaterina Julio, Dr. José. Daniel Cención.

2. REVISORES

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez. Dra. Ecaterina Julio. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores participantes en la elaboración de este protocolo de atención declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

Hay muchas causas de sangrado digestivo en niños, y esta afección no es rara, con una incidencia reportada de 6.4%. Las causas varían según la edad, pero muestran una considerable superposición, mientras que muchas de las causas en la población pediátrica son similares a las de los adultos, algunas lesiones son únicas para los niños.

En el niño, a medida que es más pequeño, los mecanismos de compensación de una pérdida aguda de volumen son menos eficaces que en el adulto, lo que le hace más vulnerable ante una hemorragia importante.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

Alcance

Este protocolo está dirigido a la población pediátrica que requiera atención en Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, en cuarto de urgencias o en áreas de consulta externa especializada con el diagnóstico de sangrado digestivo.

Propósito

El propósito es fundamentalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes que consulten con diagnóstico de sangrado digestivo.


6. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer un protocolo de atención para el paciente con sospecha o diagnóstico de sangrado digestivo alto o bajo.

Objetivos específicos

- Describir las principales características clínicas en un paciente con sangrado digestivo alto y bajo.
- Presentar las pruebas de laboratorio e imagen en un paciente con sangrado digestivo.
- Especificar el manejo inicial y de seguimiento de pacientes con sangrado digestivo.
- Establecer recomendaciones y medidas preventivas para familiares y pacientes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En 2010 Chanis y Alarcón publican en Revista Pediátrica de Panamá un estudio descriptivo observacional de pacientes entre 1995-2008 en los grupos de edad de 0- 15 años con sangrado digestivo no variceal y que habían tomado AINES 1 mes antes del evento. El grupo de 0-3 años de edad fue el que presentó más sangrado digestivo alto, y el grupo femenino de 6-12 años es el que presentó mayor sangrado digestivo alto asociado a la ingesta de AINES. Se encontró en un 31% presencia de *Helicobacter pylori* de forma concomitante, se encontraron lesiones de mayor a menor en antro gástrico, curvatura mayor, fúndica, bulbar y esofágica.

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Hemorragia digestiva, no especificada K92.2

9. EPIDEMIOLOGÍA

El sangrado gastrointestinal es una afección infrecuente en el paciente pediátrico presentando una incidencia de 1 a 2 casos por 10.000 personas, en donde solo un 0.4-4% van a ser hemorragias clínicamente significativas.

Hasta el 20 % de todos los episodios de hemorragia gastrointestinal en niños provienen de una fuente digestiva alta. Aproximadamente 10% de los casos se han asociado a una enfermedad sistémica, trastornos hematológicos, septicemias, enfermos graves en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Se reporta una mortalidad del 5 a 21% de los casos en la población pediátrica.

10. DEFINICIÓN

Hemorragia digestiva alta


- Sangrado gastrointestinal que se origina proximal al ligamento de Treitz (esófago, estómago o duodeno).

Hemorragia digestiva oculta.

- Sangrado digestivo no visible macroscópicamente, detectándose entonces la sangre por hallazgos químicos o microscópicos al analizar el material fecal. La sangre puede proceder de cualquier parte del aparato digestivo. Clínicamente se suele manifestar por anemia ferropénica secundaria a la pérdida crónica de sangre.

Hemorragia digestiva de origen oscuro

- Es la hemorragia de origen desconocido que persiste o recurre después de realizada una endoscopia alta y otra baja.
- Puede manifestarse como hemorragia visible o como hemorragia digestiva oculta.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Hematemesis

- Sangre expulsada por la boca, habitualmente con el vómito que puede variar de color, desde rojo rutilante a sangre degradada por el jugo gástrico de un color negro o borras de café y cuyo origen puede localizarse desde el esófago hasta el duodeno.

Melena

- Expulsión por el recto de sangre negra, consistencia alquitranada y mal oliente.
- Ocurre cuando un sangrado digestivo alto es degradado por el ácido clorhídrico y enzimas, convirtiendo la hemoglobina en hematina ácida. Este proceso de oxidación del hierro y la digestión bacteriana le otorga sus características.

Hematoquecia

- Sangre roja brillante o marrón proveniente del colon, del rectosigmoides o de ambos.
- Puede estar mezclada con las heces o ser independiente de ellas.
- Puede presentarse en caso de hemorragia digestiva alta masiva por efecto catártico hiperosmolar de la sangre.

Falsa hemorragia digestiva


- Alimentos: chocolate negro, morcilla, remolacha, espinacas, golosinas, sodas rojas, colorantes, carne cruda roja, rábanos, nabo, cerezas y tomates.
- Fármacos: suplementos de hierro, rifampicina, carbón activado, bismuto, vitamina C en grandes dosis (falsos positivos en pruebas de sangre oculta).
- Sangrado extradigestivo: foco ORL (amigdalectomía, epistaxis, lesión faríngea), odontológico (lesión dentaria) o sangre materna deglutida en caso de neonato.

11. FISIOPATOLOGÍA

Su fisiopatología dependerá de la condición desencadenante del sangrado.

Mecanismos generales

- Los mecanismos que pueden producir sangrado a nivel del tubo digestivo son: erosión de la mucosa normal o ectópica, malformaciones vasculares, hipertensión portal o alteraciones en la coagulación.
- Cuando existe pérdida del borde en cepillo de las vellosidades y ulceración con destrucción de las células epiteliales del intestino hay liberación de mediadores de la inflamación, lo que puede condicionar la producción de deposiciones diarreicas con moco y sangre.
- El uso de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos altera los mecanismos de defensa de la mucosa del tubo digestivo produciendo disminución en las prostaglandinas endógenas y alteran la función plaquetaria favoreciendo sangrado.
- En enfermedad inflamatoria intestinal hay lesión directa sobre la mucosa gastrointestinal con pérdida de las células, activación de citocinas, inflamación de la lámina propia y posterior formación de telangiectasias, friabilidad de la mucosa, úlceras y sangrado.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

12. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El enfoque de diagnóstico para la hemorragia digestiva pediátrica incluye la definición de la etiología, la localización del sitio de sangrado y la determinación de la gravedad del sangrado. El diagnóstico oportuno y preciso es necesario para reducir la morbilidad y la mortalidad.

La presentación clínica varía de acuerdo con la edad del paciente y la intensidad de la hemorragia. Es importante realizar una completa historia clínica, exploración física con interés en antecedentes personales y datos de alarma.

Historia clínica


- Características de los vómitos o deposiciones.
- Estimar la cantidad del sangrado.
- Episodios previos similares.
- Sintomatología asociada como dolor abdominal.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Antecedentes de coagulopatía o hepatopatía, alergias.
- Traumas dentales, aftas, amigdalitis, epistaxis, alteraciones ginecológicas.
- Uso de AINES, corticoides o ácido acetil salicílico.
- Uso de alcohol.
- Si es una paciente adolescente preguntar si está con período menstrual.
- Forma de alimentación con lactancia materna o fórmula infantil, estado de los pezones de la madre.

Exploración física

- Valoración hemodinámica con la toma de signos vitales, siendo la taquicardia ajustada a la edad el indicador más sensible de pérdida sanguínea en niños, valorar llenado capilar y estado de conciencia.
- Inspeccionar la coloración o lesiones en piel en busca de palidez, ictericia, angiomas o equimosis.
- Evaluar la cavidad orofaríngea y nasal para identificar patologías o sangrado activo a este nivel.
- Examinar el abdomen en busca de signos sugestivos de hepatopatía crónica (ascitis, eritema palmo-plantar, circulación colateral), dolor a la palpación en epigastrio o flancos, cicatrices quirúrgicas, masas o visceromegalias.
- Realizar tacto rectal, valorar región perianal para identificar fisuras, fístulas, desgarros o traumatismos.

Signos de alarma:

- Sangrado anemizante
- Hepatopatía grave
- Inestabilidad hemodinámica
- Sospecha de patología quirúrgica

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Valoración del estado hemodinámico

GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Pérdida sanguínea <15% Presión arterial normal Incremento del pulso 10-20% Relleno capilar conservado	Pérdida sanguínea, 20-25% Taquicardia >150 ppm Taquipnea 35-40 rpm Relleno capilar prolongado Disminución de la PA Hipotensión ortostática Diuresis > 1 ml/kg/h	Pérdida sanguínea, 30-35% Signos del grado II Diuresis < 1ml/kg/hora	Pérdida sanguínea 40-50% Pulso no palpable Paciente comatoso

Sangrado de tubo digestivo anemizante


- Se refiere a una pérdida de 15 a 20% o más del volumen sanguíneo circulante, una disminución mayor o igual a 2 g/dL de la hemoglobina con o sin compromiso del estado hemodinámico.

Sangrado de tubo digestivo no anemizante

- No causa alteraciones hematológicas (descensos de Hb < 2 g/dL) ni hemodinámicas.

Etiologías de hemorragia digestiva alta según la edad

Grupo de edad	Anemizante	No anemizante
Recién nacido	Malformación arteriovenosa, Úlceras gástricas Alteración de la coagulación.	Alergia a las proteínas de la leche de vaca Gastropatía erosiva, Gastritis por estrés, medicamentosa (Aines, esteroides), infecciosa.
Lactante y preescolar hasta 2 años	Úlceras gástricas, Malformación arteriovenosa, Úlcera de Curling, Alergia a las proteínas de la leche de vaca.	Reflujo gastroesofágico, gastritis por estrés, Gastritis, medicamentosa (AINEs, esteroides), Alergia a proteína de leche de vaca
Preescolares 3- 5 años	Várices esofágicas Malformación arteriovenosa, Hemangioma Síndrome de Mallory-Weiss Úlceras gástricas Úlceras de Curling,	Gastritis por estrés, medicamentosa, infecciosa; Trastornos de la coagulación.
Mayores de 5 años	Várices esofágicas Úlceras gástricas Trastornos de la coagulación.	Gastritis por estrés, medicamentosa, Infecciosa por Helicobacter pylori

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

13. HALLAZGOS DE LABORATORIO E IMÁGENES

Pruebas de laboratorio

- Hemograma completo (controles seriados de hemoglobina y hematocrito según estado hemodinámico del paciente).
- Tiempos de coagulación, tipaje/RH y cruce de hemoderivados.
- Bioquímica completa con pruebas de función renal y hepática.
- Cociente BUN/creatinina sérica > 30 sugiere una reducción de volumen y absorción de las proteínas sanguíneas en el intestino delgado, lo que apoya el diagnóstico de hemorragia digestiva alta con sensibilidad 98% y especificidad 68%.
- Gasometría.
- Prueba de sangre oculta en heces (**Ver Tabla 3.**)
- Prueba APT Downey para distinguir sangre materna de la sangre del neonato.

Para la toma de muestras de sangre oculta en heces se recomienda prescindir 3 días antes de:

- Productos cárnicos o embutidos semi-crudos, productos de salsamentaría: hígado, salami, morcilla ya que pueden producir resultados positivos por contener mioglobina.
- Prescindir el consumo de vegetales ricos en peroxidasa (uvas, rábanos, tomates, alcachofa, brócoli, frijoles, coliflor, naranja, manzana, bananos.)
- Evitar medicamentos que puedan producir sangrado gastrointestinal: anticoagulantes, AINES, ácido acetilsalicílico, warfarina, corticoides.
- Evitar medicamentos que puedan dar falsos positivos (ej. Vitamina C altas dosis)
- Evitar el consumo de irritantes gástricos

ESTUDIOS DE IMAGEN

Radiografía simple de abdomen

- Papel limitado en el estudio de hemorragia digestiva.
- Se utiliza ante la sospecha de ingesta de cuerpo extraño, obstrucción intestinal o perforación en pacientes con dolor abdominal o distensión, enterocolitis necrotizante, vólvulo.

Ecografía abdominal


- Se puede utilizar para evaluar la hipertensión portal con flujo doppler de vena porta y por sospecha de enfermedad hepática.

Estudios de bario

No deben realizarse en el contexto de sangrado digestivo alto.

Angiotomografía

- Se puede utilizar sobre todo en caso de malformaciones vasculares, que una vez halladas pueden ser embolizadas en el momento
- Hemorragias cuya velocidad de sangrado sea > 0.5 ml/min.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Gammagrafía con marcados con tecnecio 99 (Tc99)

- Estudio útil para conocer el sitio de sangrado cuando la hemorragia es activa y con un flujo mínimo de 0.1 ml/min.
- La sensibilidad es de 24-91%, según el momento en que se realice el estudio y de la velocidad de flujo del sangrado.


Endoscopia alta (esófago-gastro-duodenoscopia)

- Es el método de elección en el diagnóstico de la hemorragia digestiva alta.
- Identifica el punto sangrante hasta en un 90-95% de los casos, determina la intensidad de la hemorragia y tiene valor pronóstico ya que advierte la posibilidad de posteriores episodios hemorrágicos.
- Según las Guías de ESPGHAN/ESGE de 2017, se debe realizar en las primeras 12-24 horas tras el sangrado en pacientes que requirieron:
 - Estabilización hemodinámica por shock hipovolémico.
 - Necesidad de transfusión de hemoderivados por Hb < 8 g/dL o descenso agudo de 2 g/dL.
 - Pacientes estables, pero con un riesgo de sangrado definido por un score validado por encima del umbral.
- **Contraindicaciones:** inestabilidad hemodinámica, shock, hipovolemia, isquemia miocárdica, anemia profunda o perforación intestinal.

Sheffield scoring predictor de necesidad de terapéutica endoscópica

Historia médica	
- Condición/patología previa predisponente*	1
- Presencia de melenas	1
- Historia hematemesis de gran volumen	1
Valoración clínica	
- Fr cardíaco > 20 por encima de la media para edad	1
- Relleno capilar prolongado	4
Hallazgos de laboratorio	
- Caída de hemoglobina > 2 g/dl	1
Manejo y resucitación:	
- Necesidad de expansión de volumen	1
- Necesidad de transfusión de hematíes (Hb < 8 g/dl)	6
- Necesidad de otros hemoderivados	4
Score total: 24. Nivel de corte: 8	

*Enfermedad hepática e hipertensión portal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Otras técnicas endoscópicas

- Cápsula endoscópica – puede ser útil en casos de hemorragia digestiva oculta.
- Enteroscopia de doble balón - en caso de no identificar el sitio de sangrado con la cápsula endoscópica se puede considerar esta técnica que también permite la toma de biopsias e intervenciones terapéuticas en intestino delgado.

14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva incluye sangre procedente de estructuras u órganos distintos del tracto gastrointestinal y sangre o sustancias sanguíneas ingeridas.

- Sangre materna deglutida.
- Epistaxis.
- Ingesta de sustancias que parecen sangre.
- Síndrome de Munchausen por el poder.
- Invaginación intestinal.
- Duplicación intestinal
- Ingesta de cuerpo extraño (fístulas aorto-esofágicas).
- Síndrome hemolítico urémico.
- Gastroenteritis.
- Púrpura Henoch-Schönlein
- Coagulopatías

15. TRATAMIENTO

Los objetivos fundamentales del tratamiento son:


- Mantenimiento y recuperación de la estabilidad hemodinámica.
- Identificar sitio de sangrado.
- Tratamiento médico e intervencionista.

Inicialmente deberá dirigirse a estabilizar sus condiciones hemodinámicas con manejo con líquidos intravenosos, transfusión de hemoderivados en caso de ser necesario y reanimación, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas o metabólicas. Deberá evaluarse de acuerdo a la condición del paciente si requiere atención en unidad de terapia intensiva.

Durante el periodo hemorrágico agudo se debe suprimir la ingesta oral y ante posible lesión recidivante y reiniciar con líquidos una vez se logre la hemostasia inicial. De acuerdo con la etiología del sangrado se brindará manejo: médico, endoscópico o quirúrgico.

Conducta inicial ante una hemorragia digestiva

- ABC de reanimación.
- Posición semi-Fowler (30 grados de inclinación).
- Decúbito lateral izquierdo para evitar broncoaspiración.
- Oxígeno (cánula nasal o máscara) valorar si esta ante shock grado 2-4.
- Vías venosas: dos vías y en shock 3-4: central y línea arterial.
- Líquidos IV: cristaloides 10-20 ml/kg #3 y/o coloides.
- Infusión de vasoactivos.
- Extracción de paraclínicos básicos, tipaje/RH y cruce de hemoderivados.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tratamiento médico

Inhibidores de bomba de protones

- Indicados antes y después de la exploración endoscópica.
- No existe diferencias en cuanto a eficacia entre los IBP disponibles, pero el fármaco con mayor evidencia documentada en niños es el omeprazol.
- No existen datos pediátricos sobre la duración del tratamiento antisecretor IV.

Citoprotectores


- Escasa literatura al respecto.
- **Sucralfato o misoprostol** – no tiene un papel importante en el tratamiento de la HDA clínicamente significativa en niños.

Vasoconstrictores espláncnicos – no se recomienda su uso rutinario en casos que no se sospeche origen varicoso del sangrado.

Antibioticoterapia

- Útil en caso de gastritis o úlcera asociada a infección por *H. pylori*.
- No se ha demostrado empeoramiento del sangrado cuando se realizan biopsias para el diagnóstico de *H. pylori* durante la endoscopia inicial.

Nombre	Dosis
Esomeprazol	Vía oral Bebés de un mes a un año (diario): 3 a 5 kg: 2,5 mg 5 a 7,5 kg: 5 mg 7,5 a 12 kg: 10 mg Niños de 1 a 11 años (diario): Peso <20 kg: 10 mg Peso ≥ 20 kg: 10 mg o 20 mg Niños ≥ 12 años: 40 mg dos veces al día inicialmente, seguido de 20 a 40 mg una vez al día (como dosis de mantenimiento, una vez que el riesgo de sangrado recurrente es bajo).
Esomeprazol	Vía intravenosa Bebés: 0,5 a 1 mg / kg / dosis IV una vez al día Niños de 1 a 17 años: <55 kg: 10 mg IV una o dos veces al día ≥55 kg: 20 mg IV una o dos veces al día Infusión IV continua: 1 mg / kg IV en bolo (máximo 80 mg) seguido de infusión de 0,1 mg / kg / hora (máximo 8 mg / hora)
Omeprazol	Máximo 40-80 mg al día 0.5mg-3 mg/kg /día vo o iv Infusión continua 0.1mg/kg/hora

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tratamiento endoscópico

En las hemorragias no variceales el 70% remite espontáneamente y asciende a 85% con tratamiento médico; y sólo 15% requiere tratamiento endoscópico.

Según los hallazgos endoscópicos y en base a los criterios de Forrest (Ver Tabla 1.):

- **Bajo riesgo de sangrado (Forrest IIc y III)** – no está indicado la hemostasia endoscópica.
- **Alto riesgo de sangrado (Forrest Ia, Ib y IIa)** – sí está indicado la hemostasia endoscópica.
- **Coágulo adherido (Forrest IIb)** – si el coágulo es pequeño se puede considerar desprenderlo y valorar si la lesión subyacente es candidata a hemostasia endoscópica.

Terapia de inyección

- Con agujas de inyección se puede administrar agentes vasoactivos, esclerosantes y adhesivos tisulares.
- **Adrenalina (dilución 1:10.000)** – es la más utilizada y ejerce su acción a través de vasoconstricción local, agregación plaquetaria y taponamiento mecánico. Efecto de 10-15 min de duración.
- **Úlceras** – se debe lavar bien el área e inyectar alícuotas de 1-2 ml en los 4 cuadrantes alrededor de la úlcera o del vaso sangrante.
- Otros agentes inyectables son la trombina, la fibrina y las gomas de cianocrilato, que se utilizan para crear un sello en el sitio de sangrado.

Métodos de termo-coagulación


- Pueden ser a través del contacto o sin éste.
- Los de contacto son sondas de electrocoagulación monopolar o bipolar y las sondas calientes.
- Los dispositivos que se emplean son las sondas térmicas, el argón plasma, y las sondas de electrocauterio.

Terapia mecánica

- Se refieren al uso de dispositivos que causan taponamiento físico del área hemorrágica.
- Los más empleados son las bandas y hemoclips.

Tratamiento quirúrgico

- Está indicada excepcionalmente en los casos de sangrados masivos y en caso de perforación intestinal, donde la endoscopia está contraindicada.
- Embolización arterial percutánea – se realiza por radiología intervencionista en casos Forrest Ia o IIb con fallo del tratamiento endoscópico y como alternativa a la cirugía.
- Tratamiento quirúrgico – úlceras > 2cm o localizadas en estómago o en pared posterior de duodeno son los casos que más van a requerirlo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°1: enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

16. CRITERIOS DE REFERENCIA

- Todo paciente con sangrado digestivo alto debe ser referido a cuarto de urgencias pediátricas para evaluación, manejo y decidir conducta.

17. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- El sangrado digestivo alto puede presentar una evolución variable, dependiendo de la etiología, edad del paciente, comorbilidades e intervención oportuna.


18. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA FAMILIA

- Evitar el uso sin orientación médica de antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetil salicílico y corticoides orales.
- Acudir a consulta ante la presencia de dolor abdominal intenso asociado a sangre en heces o vómitos con sangre.
- Cuando se va a realizar un análisis de heces con interés en sangre oculta evitar el consumo de alimentos y medicamentos que puedan ocasionar falsos positivos o negativos 72 horas antes de recoger la muestra.
- Evitar almacenamiento de muestra de heces por más de 4 días ya que es una causa de falso negativo.

19. SEGUIMIENTO Y CONTROLES

Todo paciente luego de su estabilización y manejo debe tener un seguimiento con su médico de atención primaria.

Si el paciente presente una condición o patología digestiva se seguirá en consulta externa de gastroenterología.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

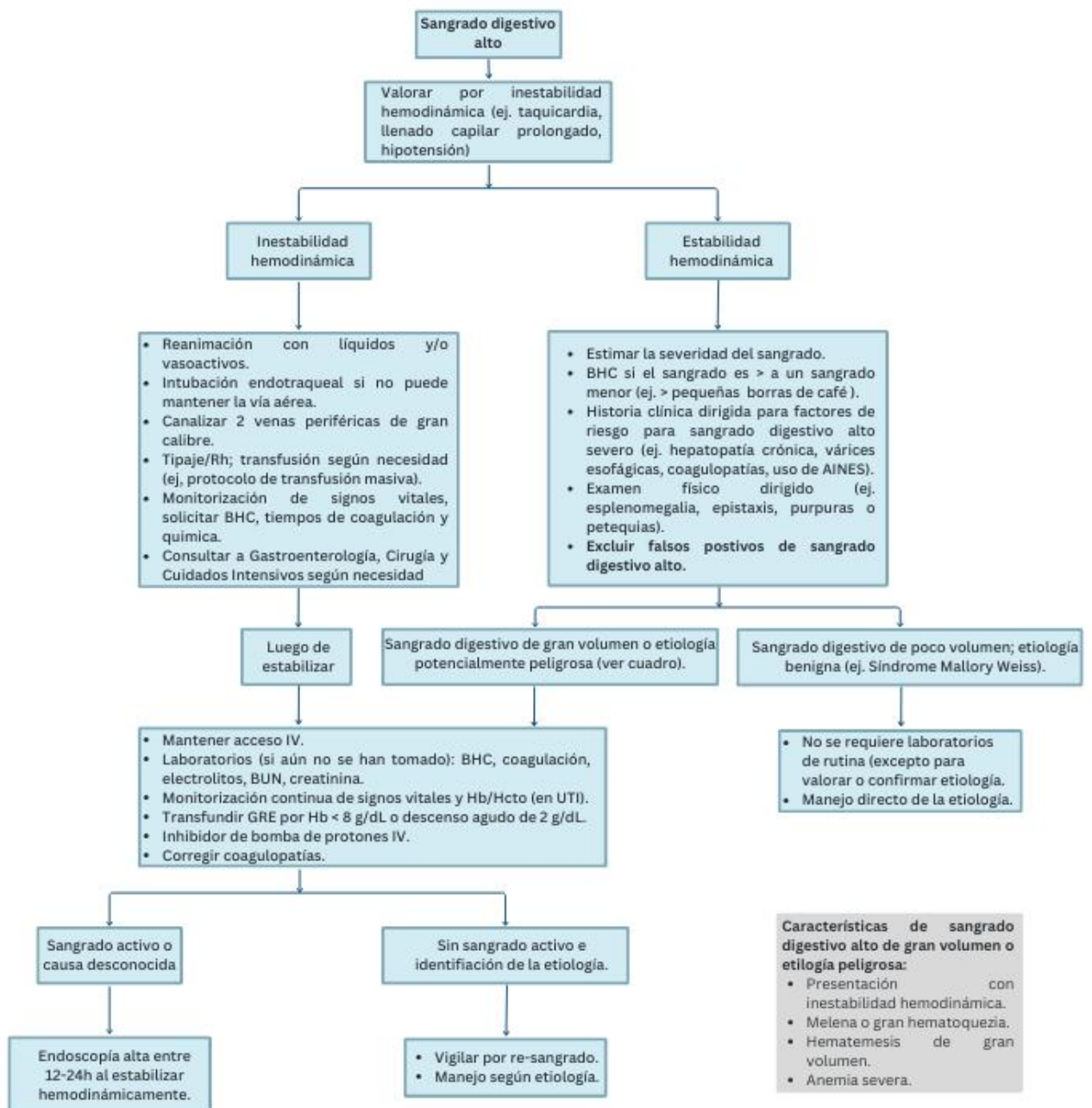
1. Freedman, et al. Approach to upper gastrointestinal bleeding in children. UpToDate. July 2025.
2. Nishaben Patel, Marsha Kay Lower gastrointestinal bleeding in children: Causes and diagnostic approach. https://www.uptodate.com/contents/lower-gastrointestinal-bleeding-in-children-causes-and-diagnostic-approach?source=see_link
3. Alarcón E., Chanis R. Mc calla R. Sangrado digestivo no varicoso por Aines en el servicio de gastroenterología del Hospital del niño 1995-2008. Pediatr Panamá 2010.
4. Romano C., et al Pediatric gastrointestinal bleeding: Perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology World J Gastroenterol 2017 February 28; 23(8): 1328-1337
5. Jovel Banegas L. et al Sangrado del tubo digestivo en pediatría. Diagnóstico y tratamiento. Acta Pediatr Mex. 2013; 34:280-287
6. González A., García N., Esteban S. Hemorragia gastrointestinal Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP, 103-114
7. Calabuig M., Polo Martín P., Ramírez Gurruchaga F. Hemorragia digestiva alta en el niño Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP12: 99-110
8. Ramos J., Rodríguez A., Silva G., Hemorragia digestiva baja. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP.
9. Arguelles F. Sangrado gastrointestinal capítulo 10 Decisiones en gastroenterología pediátrica: Ergon 2013, 75-87
10. Madrazo J. Cap 35 Hemorragia del tubo digestivo no variceal en pediatría, Nutrición y gastroenterología Pediátrica Mc graw Hill México 344-348
11. Madrazo J. Cap 36, Hemorragia del tubo digestivo bajo Nutrición y gastroenterología Pediátrica Mc graw Hill México 349-357
12. Vera-Chamorro J.F Suarez M. Briceño G. Guías de gastrohepatología y nutrición pediátrica basada en la evidencia. Fundación cardiointantil Colombia Capítulo 5 Hemorragia de vías digestivas: 87-111
13. Román Riechmann E. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 5ª ed. Madrid: Ergon; 2021
14. Kocic M, Rasic P, Marusic V, Prokic D, Savic D, Milickovic M, et al. Age-specific causes of upper gastrointestinal bleeding in children. World J Gastroenterol [Internet]. 2023 Dec 21;29(47):6095–110.
15. Thomson M, et al. Paediatric Gastrointestinal Endoscopy: ESPGHAN and ESGE Guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan.
16. Wyllie R, Hyams JS, Kay M. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
17. Schluckebier D, et al. Therapeutic Upper Gastrointestinal Endoscopy in Pediatric Gastroenterology. Front. Pediatr. 2022.
18. Kobara H, et al. Over-the-scope clip system: A review of 1517 cases over 9 years. J Gastroenterol Hepatol. 2019.



22. ANEXOS

Algoritmo de manejo

ALGORITMO DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL EN PEDIATRÍA




	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 18
	Título: Protocolo de manejo de la Hemorragia Digestiva	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla 1. Criterios de Forrest

Clasificación	Características	Riesgo de recidiva
Forrest I a	Sangrado a chorro.	90%
Forrest I b	Sangrado babeante.	55%
Forrest II a	Vaso visible.	43%
Forrest II b	Coágulo rojo	22%
Forrest II c	Coágulo negro	7%
Forrest III	sin sangrado ni estigmas, fondo de fibrina	2%

Tabla 2. Localización de la hemorragia

Signo	Hemorragia alta	Hemorragia baja
Clínico	Hematemesis	Melena
Aspirado gástrico	Hemorrágico	Claro
Ruidos intestinales	Aumentados	Normales
BUN/creatinina	Elevado >30	Normal < 30

Tabla 3. Métodos convencionales para sangre oculta en heces

Prueba de Guayaco	Método de orthotoluidina	HemoQuant
<p>Mide la actividad de peroxidasa de la hemoglobina de oxidar un cromógeno en presencia de peróxido de hidrógeno.</p> <p>Es una reacción no específica, pero si el paciente cumplió con las restricciones dietéticas un resultado positivo puede indicar un sangrado digestivo oculto.</p>	<p>Hemocult II y hematest</p> <p>Más sensibles reaccionan aun con mínimas cantidades de sangre.</p> <p>El cromógeno oxidado es la ortotoluidina que adquiere color azul.</p> <p>Aunque da muchos falsos positivos es altamente específica puesto que resultados negativos indican que no existe sangrado digestivo.</p>	<p>Se basa en la detección de derivados porfirínicos de la hemoglobina.</p> <p>Es más específico que el método de guayaco.</p>