Hemorragia digestiva alta no variceal en el adulto: reanimación, escalas de riesgo, antitrombóticos, momento y técnica de la endoscopia, IBP, resangrado y prevención

Pauta principal: guía de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) 2021 y su actualización de 2026 para la úlcera péptica sangrante (prevalece en lo que actualiza), con la guía del American College of Gastroenterology (ACG) 2021 y el consenso internacional de 2019 donde coinciden. Complementos: guía ACG-CAG 2022 de anticoagulantes y antiagregantes en la hemorragia digestiva, guía de la Canadian Association of Gastroenterology (CAG) 2025 para lesiones no pépticas, guía japonesa de úlcera péptica 2026, guía NICE CG141 (2012, actualizada en 2016) y ensayos clave (transfusión restrictiva 2013, momento de la endoscopia 2020, ácido tranexámico 2020, clip OTS 2024, vonoprazán 2024). Dosis, topes y contraindicaciones: fichas técnicas de la FDA; las pautas de guía para una indicación concreta se señalan. **Alcance:** adultos con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, sobre todo por úlcera péptica. **Fuera de alcance:** sangrado variceal o sospecha de él en cirrosis (necesita manejo variceal específico).

v1.0 · 13 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Inestable: reanima primero.** Cristaloides IV de inmediato; la endoscopia, tras la reanimación **[ESGE fuerte, baja]**. Sospecha de varices (cirrosis): fuera de esta guía.[1,2]
- **Transfusión restrictiva:** umbral Hb <7 g/dL (objetivo 7–9) sin enfermedad cardiovascular; ≤8 g/dL (objetivo ≥10) con enfermedad cardiovascular **[ESGE fuerte, moderada / fuerte, baja]**.[1–3,9]
- **Glasgow-Blatchford (GBS) ≤1:** riesgo muy bajo; puede manejarse de forma ambulatoria con endoscopia ambulatoria **[ESGE fuerte, moderada; ACG condicional, muy baja]**. NICE fija el corte en 0. **Un GBS bajo sugiere bajo riesgo, no lo excluye.**[2,3,8]
- **Antitrombóticos:** aspirina en prevención secundaria, no la suspendas; suspende el anticoagulante; **no retrases la endoscopia por el INR** ni por el antitrombótico **[ESGE fuerte, baja]**.[1,2,6]
- **Endoscopia en ≤24 h tras la reanimación** **[ESGE 2026 fuerte, baja; ACG condicional, muy baja]**; no en ≤12 h salvo inestabilidad pese a reanimación adecuada **[ESGE 2026 fuerte, moderada]**.[2,3,10]
- **Trata Forrest Ia, Ib y IIa**; IIb (coágulo): retíralo y trata lo que haya debajo si hay competencia técnica **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**. **Adrenalina: no como monoterapia**; siempre combinada con una segunda modalidad **[ESGE fuerte, alta]**.[2,3]
- **Tras la hemostasia:** IBP en dosis altas 72 h (80 mg IV en bolo + 8 mg/h, o intermitente dos veces al día), luego oral dos veces al día hasta el día 14 y después una vez al día.[2–4]
- **Busca *H. pylori*** en la primera endoscopia, trátalo y confirma la erradicación; si sale negativo en el episodio agudo, repite la prueba **[ESGE fuerte, alta]**. **Ácido tranexámico: no** **[ESGE fuerte, alta]**.[1,2,11]

19–24 %
de los pacientes con HDA tienen GBS 0–1 en dos estudios multicéntricos; sensibilidad del corte, 99 % para intervención hospitalaria o muerte (ACG)[3]

10 % vs 16 %
de resangrado con transfusión restrictiva (Hb <7) frente a liberal (Hb <9) en un ensayo de 921 pacientes con HDA grave (supervivencia a 6 semanas, 95 % vs 91 %; incluyó cirrosis; en la úlcera péptica, la diferencia en supervivencia no fue significativa)[9]

0.8 % vs 0.4 %
de eventos tromboembólicos venosos con ácido tranexámico frente a placebo en 12 009 pacientes, sin menos muertes por sangrado (4 % en ambos)[11]

Cómo leer las recomendaciones: entre corchetes, la fuerza y la calidad de la evidencia de cada guía según GRADE: **[ESGE fuerte, moderada]**, **[ACG condicional, baja]**. ESGE 2021 llama «débil» a lo que ESGE 2026 llama «condicional»; «recomienda» = fuerte, «sugiere» = condicional o débil. «ESGE» sin año: recomendación de 2021 que la actualización de 2026 mantiene; «ESGE 2026»: nueva o modificada en 2026. El consenso internacional 2019 se cita como «Consenso»; sus enunciados previos sin nueva votación GRADE se marcan «sin GRADE». NICE CG141 no gradúa: **[NICE 1.4.3]**. Las fichas de la FDA no gradúan: fijan indicaciones, contraindicaciones y topes; **las pautas de IBP en bolo + infusión o intermitentes en dosis altas, la eritromicina y el vonoprazán son pautas de guía o de ensayo, señaladas**. **Dato del artículo** señala cifras de estudios; se indica si es ensayo o estudio observacional.
Siglas: HDA, hemorragia digestiva alta; GBS, escala de Glasgow-Blatchford; Hb, hemoglobina; IBP, inhibidor de la bomba de protones; P-CAB, bloqueador ácido competitivo de potasio (vonoprazán); AVK, antagonista de la vitamina K; ACOD, anticoagulante oral directo; CCP, concentrado de complejo protrombínico de 4 factores; PFC, plasma fresco congelado; DAPT, doble antiagregación; HBPM, heparina de bajo peso molecular; OTS, clip montado sobre el endoscopio (*over-the-scope*); TTS, clip a través del canal (*through-the-scope*); TAE, embolización angiográfica transcatéter; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; SNG, sonda nasogástrica; PAS, presión arterial sistólica; FC, frecuencia cardiaca; CV, cardiovascular; ECA, ensayo clínico aleatorizado; EBL, ligadura con banda; APC, coagulación con argón plasma; GAVE, ectasia vascular antral; ERC, enfermedad renal crónica.

Índice: Algoritmo p. 2–3 **1** Definiciones y causas p. 4 **2** Evaluación inicial y escalas p. 4 **3** Antes de la endoscopia p. 5 **4** Momento de la endoscopia p. 7 **5** Endoscopia p. 8 **6** Después de la endoscopia p. 8 **7** Resangrado y fracaso p. 9 **8** Antitrombóticos tras la hemorragia p. 10 **9** *H. pylori* p. 11 **10** Lesiones no pépticas p. 11 **11** Dónde difieren p. 12 **12** Errores y casos p. 13 **13** Consulta rápida p. 14–16 Referencias p. 17

El algoritmo (1/2): reanimación, riesgo y manejo antes de la endoscopia[1–4,6,8,31,32]

Pauta principal: ESGE 2021 + actualización 2026, con ACG 2021 y consenso 2019 donde coinciden. Dosis y su fuente: sección 13. Diferencias entre guías: sección 11.

Inestabilidad (definiciones más usadas: PAS <100 o <90 mmHg, o PAS <100 con FC >100 lpm): reanima primero

- Dos accesos IV, cristaloides de inmediato, sangre según umbral (paso 2) o protocolo de hemorragia masiva. Endoscopia **tras estabilizar**; si sigue inestable pese a reanimación adecuada, urgente.[1,2,8] Intubación solo en seleccionados: hematemesis activa, agitación o encefalopatía con incapacidad para proteger adecuadamente la vía aérea [ESGE fuerte, baja].[2]
- **¿Cirrosis o sospecha de varices?** Fuera de esta guía: manejo variceal específico (vasoactivo como terlipresina u octreotida y antibiótico profiláctico, según la guía variceal vigente; no cubierto por las fuentes de esta guía).

1 Llegada

Evalúa

- PA, FC, perfusión, conciencia; hematemesis o melena
- AINE, aspirina, P2Y12, anticoagulante (cuál y hora de la última dosis), cirrosis
- Hb, plaquetas, INR, urea, creatinina, grupo y pruebas cruzadas
- SNG: no de rutina [ESGE fuerte, moderada]

Estratifica con GBS

- **GBS ≤1** y estable: considera alta con endoscopia ambulatoria [ESGE fuerte, moderada] si hay control pronto, puede volver y conoce los signos de alarma. NICE: solo GBS 0
- **GBS >1:** ingreso; endoscopia en ≤24 h
- Ninguna escala sustituye el juicio clínico. AIMS65: no se sugiere para identificar riesgo muy bajo [Consenso condicional, baja]

2 Antes de la endoscopia

Sangre y hemostasia

- **Hematíes:** Hb <7 g/dL (objetivo 7–9); enfermedad CV: ≤8 (objetivo ≥10). Hipotenso: puede transfundirse antes (ACG)
- **Plaquetas:** no por tomar antiagregantes [ESGE fuerte, baja]; sí si <50 × 10^9/L con sangrado activo [NICE 1.2.4]
- **Ácido tranexámico: no** [ESGE fuerte, alta]. Somatostatina: no

Fármacos

- **Eritromicina** si sangrado grave o activo: 250 mg IV, 30–120 min antes (guía) [ESGE fuerte, alta]. Sin ella: metoclopramida [ESGE 2026 condicional, baja]; **su ficha la contraindica en hemorragia digestiva**
- **IBP IV en dosis altas:** considerar, sin retrasar la endoscopia [ESGE 2026 condicional, baja]; NICE: no [1.4.3]

Fármaco	Antes de la endoscopia	Sangrado grave o persistente; tras la endoscopia
Aspirina	Secundaria: **no la suspendas** [ESGE fuerte, moderada]. Primaria: suspéndela	Plaquetas: no de rutina
DAPT (stent)	Mantén la aspirina; suspende el segundo antiagregante (ficha de clopidogrel: contraindicado con sangrado activo); cardiología	Estigmas de bajo riesgo: DAPT sin interrupción. Alto riesgo: reanuda el segundo tras la hemostasia, preferiblemente en ≤5 días (ESGE, figura 1)
P2Y12 solo	Suspéndelo; aspirina a dosis baja temporal si no hay contraindicación; cardiología	—
Warfarina	Suspéndela; no esperes a corregir el INR	Inestable: CCP 25–50 U/kg según INR (ficha) + vitamina K IV lenta, no SC (ACC 2020; ESGE: dosis baja); sin CCP, PFC[32]
ACOD	Suspéndelo; anota hora y dosis de la última toma	Dabigatrán: idarucizumab 5 g IV. Apixabán o rivaroxabán: CCP IV [ESGE fuerte, baja]. Andexanet: FDA (dic. 2025), riesgos superiores a los beneficios; fin de venta en EE. UU.; en México, verifica registro[31]

ACG-CAG 2022: warfarina, **no** PFC ni vitamina K de rutina; CCP sin recomendación a favor ni en contra, y CCP mejor que PFC si hay que revertir. ACOD: **no** CCP ni antídotos de rutina. Reserva para riesgo vital (sección 3).[6]

El algoritmo (2/2): endoscopia, después de la endoscopia y resangrado[1–4,6,7,14,32,33]

3 Endoscopia

≤24 h desde la llegada, tras la reanimación [ESGE 2026 fuerte, baja]**; no en ≤12 h salvo inestabilidad persistente** [ESGE 2026 fuerte, moderada]

Forrest	Qué hacer	Fuerza
Ia (en chorro), Ib (en capa)	Adrenalina diluida + térmica de contacto o mecánica (TTS u OTS); **o** clip OTS en monoterapia; o pinza con coagulación suave	[ESGE fuerte, alta]; OTS y pinza: [ESGE 2026 condicional, muy baja]
IIa (vaso visible)	Térmica, mecánica (TTS u OTS) o esclerosante, sola o con adrenalina	[ESGE 2026 fuerte, moderada]
IIb (coágulo adherido)	Inyecta adrenalina alrededor, retira el coágulo y trata el estigma de debajo, si hay competencia técnica; si no se trata, IBP en dosis altas	[ESGE 2026 condicional, muy baja]; ACG: sin recomendación
IIc (mancha plana), III (fondo limpio)	Sin tratamiento endoscópico; IBP oral; alta precoz en casos seleccionados	[ESGE fuerte, moderada]

- **Adrenalina: no como monoterapia**; siempre combinada con una segunda modalidad [ESGE fuerte, alta]. Polvo hemostático tópico: no como monoterapia de primera línea; sí como rescate o puente [ESGE 2026 condicional, muy baja]
- Biopsia para *H. pylori* en esta endoscopia [ESGE fuerte, alta]

4 Después

IBP (tras hemostasia o IIb no tratado) [ESGE fuerte, alta]

- **72 h:** 80 mg IV en bolo + 8 mg/h (esomeprazol IV: pauta de ficha; otros IBP: pauta de guía) **o** intermitente en dosis altas dos veces al día, IV u oral (ACG: 40 mg 2–4 veces al día)
- **Días 4–14:** IBP oral dos veces al día; **después**, una vez al día según la causa [ACG condicional, baja; Consenso condicional, muy baja]
- Si se reanuda clopidogrel: prefiere pantoprazol (fichas de omeprazol y esomeprazol: evitarlos)
- Vonoprazán: ESGE 2026 sin consenso; la guía japonesa lo sugiere

Resto del cuidado

- **Dieta oral en ≤24 h** si la hemostasia es duradera [ESGE 2026 condicional, baja]
- **Hierro** antes del alta si hay anemia o ferropenia [ESGE 2026 condicional, baja]
- **TAE profiláctica**, solo en casos de alto riesgo seleccionados (inestable al ingreso, cara posterior del bulbo, úlcera >2 cm, hemostasia dudosa) [ESGE 2026 condicional, muy baja]
- Segunda mirada **no rutinaria** [ESGE fuerte, alta]
- **Aspirina** (prevención secundaria): si se suspendió, reiníciala en 3–5 días (ESGE) o el día de la hemostasia (ACG-CAG). **DAPT:** estigmas de bajo riesgo, sin interrupción; de alto riesgo, segundo antiagregante tras la hemostasia, preferiblemente en ≤5 días. **Anticoagulante:** reinicio individualizado tras controlar el sangrado; con ACOD, sin puente

5 Resangrado

Sospecha si tras la hemostasia

- Hematemesis, taquicardia o hipotensión nuevas, melena tras normalizarse las heces, o caída de Hb ≥2 g/dL tras estabilizarse

Escalera

- 1. Repite la endoscopia; considera clip OTS [ESGE 2026 fuerte, moderada]
- 2. Si falla: TAE [ESGE fuerte, moderada]
- 3. Cirugía si no hay TAE disponible o fracasa

Al alta: el alta no cambia la dosis de IBP (alto riesgo tratado: dos veces al día hasta el día 14). Erradica *H. pylori* y confirma la erradicación (≥4 semanas tras el tratamiento); suspende AINE; IBP si sigue con DAPT o anticoagulante **[ESGE fuerte, moderada / fuerte, baja]**.[1–4,33]

1 Definiciones, epidemiología y causas[1–5,10]

DEFINICIONES

- **HDA aguda:** se presenta como hematemesis (sangre fresca o en posos de café) o melena (ESGE 2026).[2]
- **Momento de la endoscopia** (desde la llegada): urgente ≤12 h, temprana ≤24 h, diferida >24 h; «emergente» ≤6 h [ESGE fuerte, moderada].[2]
- **Sangrado persistente:** activo al final de la primera endoscopia y refractario a la hemostasia estándar. **Recurrente (resangrado):** tras una hemostasia inicial eficaz.[2]
- **Inestabilidad:** la definición varía entre estudios; las más usadas son PAS <100 mmHg, PAS <90 mmHg o PAS <100 con FC >100 lpm. Afecta a 1 de cada 4 pacientes con HDA no variceal.[2]

EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia en descenso: de 78 a 61 casos por 100 000 personas entre 2001 y 2009 en una encuesta; la mortalidad a 30 días llega al 11 %.[4]
- En EE. UU., la mortalidad ronda el 2 % (ACG); en los estudios de momento de la endoscopia, 3–6 %, con resangrado del 7–11 % (ESGE 2026).[2,3]
- Pacientes de alto riesgo (GBS ≥12) del ensayo de 2020: mortalidad a 30 días 6.6–8.9 %.[10]
- En el Reino Unido, 30.6 % de 5141 pacientes con HDA tomaban un anticoagulante (13 % en 2007).[2]

CAUSA	FRECUENCIA	COMENTARIO
Úlcera péptica gástrica o duodenal	La principal	Factores: *H. pylori*, AINE, aspirina y antitrombóticos. Es el objetivo de las guías ESGE y ACG.[1–3]
Enfermedad erosiva (esófago, estómago, duodeno)	Frecuente	Sin tratamiento endoscópico en general; IBP.[1]
Síndrome de Mallory-Weiss	5–15 %	Suele ceder solo; mortalidad 1–3 %.[5]
Neoplasia gastrointestinal	Hasta 5 %	Sobre todo cáncer gástrico; a menudo ya metastásico.[5]
Lesión de Dieulafoy	1–2 %	Probablemente infradiagnosticada; sangrado intermitente y recurrente.[5]
GAVE y angiectasias	—	Prevalencia de GAVE desconocida (12 % en un tamizaje en cirrosis).[5]
Sin causa identificada	3–19 %	En parte por sangre y coágulos que impiden ver.[1]
Varices (cirrosis)	—	**Fuera de esta guía.**

2 Evaluación inicial y escalas de riesgo[1–4,8]

ESCALA	CUÁNDO	PAPEL REAL
Glasgow-Blatchford	Antes de la endoscopia	De elección para identificar riesgo muy bajo: ≤1 (ESGE, ACG, consenso) o 0 (NICE) [ESGE fuerte, moderada; ACG condicional, muy baja; Consenso condicional, baja; NICE 1.1.2]. Un GBS bajo sugiere bajo riesgo, no lo excluye; decide con edad, comorbilidad, apoyo social y acceso al seguimiento.[1–4,8]
Rockall preendoscópico y completo	Antes y después de la endoscopia	Preendoscópico: el consenso no pudo recomendarlo para dar el alta (sin recomendación, muy baja). NICE usa el Rockall completo tras la endoscopia [NICE 1.1.1].[4,8]
AIMS65	Antes de la endoscopia	El consenso sugiere **no** usarlo para identificar riesgo muy bajo [Consenso condicional, baja]: sensibilidad 79 % frente a 98 % del GBS (revisión sistemática, ESGE 2021).[1,4]

GLASGOW-BLATCHFORD (TABLA 2 DE ACG 2021): SUMA DE PUNTOS AL INGRESO[3]

BUN (nitrógeno ureico, mg/dL)	18.2–<22.4: 2 · 22.4–<28: 3 · 28–<70: 4 · ≥70: 6	**Hb** (g/dL), hombres	12–<13: 1 · 10–<12: 3 · <10: 6
Hb (g/dL), mujeres	10–<12: 1 · <10: 6	**PAS** (mmHg)	100–109: 1 · 90–99: 2 · <90: 3
Otros	FC ≥100: 1 · melena: 1		Síncope: 2 · hepatopatía: 2 · insuficiencia cardiaca: 2

EVALUACIÓN Y REANIMACIÓN

- **Evalúa la hemodinámica de inmediato** y repón volumen con cristaloides si hay inestabilidad [ESGE fuerte, baja]; inestable: inicia reanimación [Consenso, buena práctica].[1,4]
- **Coloides:** no de rutina (sin más supervivencia y más caros; consenso).[4]
- **Historia:** AINE, aspirina, P2Y12, anticoagulante (tipo y hora de la última dosis), cirrosis o alcohol (sospecha de varices), comorbilidad CV.[1,2]
- **Laboratorio:** Hb (cae tras reponer volumen, ACG), plaquetas, INR, urea, creatinina; grupo y pruebas cruzadas.[3]
- **Corrige la comorbilidad activa antes de la endoscopia** (ESGE 2026).[2]

GBS: QUÉ MIDE Y CÓMO SE USA

- Puntúa (0–23) urea, Hb, PAS, FC, melena, síncope, hepatopatía e insuficiencia cardiaca (tabla de arriba); predice necesidad de intervención hospitalaria (transfusión, terapia endoscópica, embolización, cirugía) o muerte.[3]
- GBS 0–1: sensibilidad del 99 % (límite inferior del IC95 %, 97–98 %), especificidad del 27–40 %; GBS 0: sensibilidad 99–100 %, especificidad 8–22 %.[3]
- **Dato del artículo:** en una cohorte prospectiva internacional de 3012 pacientes, GBS fue la escala más exacta (AUROC 0.86); el corte ≤1 dio sensibilidad 98.6 % y especificidad 34.6 % (ESGE 2021).[1]
- Que el alta con GBS bajo sea tan segura como el ingreso se apoya en poca evidencia (un estudio antes-después y una serie, ACG).[3]

3 Antes de la endoscopia: sangre, antitrombóticos y fármacos[1–4,6,8,9,11,14,18–22,28,31,32]

TRANSFUSIÓN Y HEMODERIVADOS

SITUACIÓN	CONDUCTA	FUENTE Y FUERZA
Estable, sin enfermedad CV	Concentrado de hematíes si Hb <7 g/dL; objetivo tras transfundir 7–9 g/dL	[ESGE fuerte, moderada; ACG condicional, baja]. Consenso: <8 g/dL [condicional, baja][1–4]
Estable, con enfermedad CV aguda o crónica	Umbral ≤8 g/dL; objetivo ≥10 g/dL. No aplica sin más al síndrome coronario agudo en curso	[ESGE fuerte, baja]; ACG: 8 g/dL razonable[1–3]
Hipotenso o hemorragia masiva	Puede transfundirse antes de llegar a 7 g/dL (la Hb cae tras la reposición); hemorragia masiva: sangre, plaquetas y factores según protocolo local	ACG; [NICE 1.2.1][3,8]
Plaquetas	No de rutina por tomar antiagregantes; considéralas con trombocitopenia y sangrado grave; con sangrado activo y <50 × 10^9/L, transfunde	[ESGE fuerte, baja; ACG-CAG condicional, muy baja]; [NICE 1.2.3–1.2.4][1,6,8]
PFC y crioprecipitado	PFC si sangrado activo con tiempos alterados; crioprecipitado si el fibrinógeno sigue bajo. Evita el factor VIIa recombinante salvo que todo lo demás falle	[NICE 1.2.4, 1.2.7][8]

DATO DEL ARTÍCULO · ECA, 921 PACIENTES CON HDA GRAVE (2013)

Umbral 7 frente a 9 g/dL: menos resangrado (10 % vs 16 %), menos eventos adversos (40 % vs 48 %) y mayor supervivencia a 6 semanas (95 % vs 91 %; HR 0.55). En el subgrupo de úlcera péptica el efecto sobre la supervivencia no fue significativo (HR 0.70; IC95 % 0.26–1.25). Incluyó pacientes con cirrosis (aleatorización estratificada); excluyó la hemorragia exanguinante.[3,9]

ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES ANTES DE LA ENDOSCOPIA

FÁRMACO	ESGE 2021 (MANTENIDO EN 2026)	ACG-CAG 2022	DOSIS DEL ANTÍDOTO (FICHA)
Todos	No uses el antitrombótico ni un INR de corte para decidir el momento de la endoscopia **[fuerte, baja]**	—	—
Warfarina (AVK)	Suspéndela **[fuerte, baja]**. Si hay inestabilidad: vitamina K a dosis baja + CCP IV (PFC si no hay CCP), sin retrasar la endoscopia **[fuerte, baja]**	No PFC ni vitamina K de rutina; sin recomendación a favor ni en contra del CCP; si hace falta revertir, CCP mejor que PFC **[condicional, muy baja]**. CCP solo si la hemorragia pone en riesgo la vida o el INR es muy supraterapéutico	**CCP:** INR 2–<4: 25 U/kg (máx. 2500); 4–6: 35 U/kg (máx. 3500); >6: 50 U/kg (máx. 5000); no repetir; con vitamina K. Contraindicado con TIH o alergia a heparina, o déficit de IgA con anticuerpos. **Vitamina K:** 2.5–10 mg; en la reversión urgente, IV lenta (≤1 mg/min), no SC (ACC 2020: efecto impredecible)[19,20,32]
Dabigatrán	Suspéndelo; no retrases la endoscopia. Sangrado grave persistente: considera antídoto o CCP IV **[fuerte, baja]**	No idarucizumab de rutina; selectivo si riesgo vital y última dosis <24 h **[condicional, muy baja]**	**Idarucizumab** 5 g IV (2 × 2.5 g); la hemodiálisis elimina dabigatrán (datos limitados)[21,26]
Apixabán, rivaroxabán	Igual que dabigatrán	No andexanet de rutina; considerarlo si riesgo vital y última dosis <24 h. No CCP para ACOD **[condicional, muy baja]**	**Andexanet:** dosis baja 400 mg (30 mg/min) + 4 mg/min 120 min; alta 800 mg + 8 mg/min 120 min. Alta si rivaroxabán >10 mg o apixabán >5 mg (o dosis desconocida) hace <8 h o a hora desconocida. Aprobación acelerada; mejoría de la hemostasia no establecida. **FDA (dic. 2025): riesgos superiores a los beneficios; fin de venta en EE. UU.**[22,31]
Aspirina	Secundaria: no la suspendas **[fuerte, moderada]**. Primaria: suspéndela y reevalúa **[fuerte, baja]**	Secundaria: no la suspendas **[condicional, muy baja]**	—
DAPT	Mantén la aspirina; suspende el segundo antiagregante; consulta a cardiología **[fuerte, baja]**. Tras la endoscopia (figura 1): estigmas de bajo riesgo, DAPT sin interrupción; de alto riesgo, reanuda el segundo tras la hemostasia, preferiblemente en ≤5 días	—	Ficha de clopidogrel: contraindicado con sangrado activo (úlcera péptica)[27]
P2Y12 en monoterapia (prevención secundaria)	Suspéndelo; puede sustituirse temporalmente por aspirina a dosis baja si no hay contraindicación; consulta a cardiología (ESGE 2021, figura 1)	—	—

Recuadros de ficha: CCP, riesgo tromboembólico (autorizado para revertir AVK ante procedimiento urgente); vitamina K, anafilaxia e hipersensibilidad graves con la vía IV o IM (la ficha admite la IV si la SC no es viable y el riesgo se justifica; en la reversión urgente, ACC 2020 indica IV lenta y no recomienda la SC por su efecto impredecible); andexanet, trombosis, isquemia y muerte súbita (además: puede anular la respuesta a la heparina no fraccionada; no evaluado tras CCP en los 7 días previos; comunicación de seguridad de la FDA del 18 de diciembre de 2025: sus riesgos superan los beneficios y deja de venderse en EE. UU. el 22 de diciembre de 2025). La ficha de warfarina admite CCP, PFC o factor VIIa si la reversión es urgente. Semivida de los ACOD: 8–12 h, efecto ≈24 h (ESGE 2021).[1,19–23,31,32]

IBP ANTES DE LA ENDOSCOPIA

- **ESGE 2026:** puede considerarse IBP IV en dosis altas; **no debe retrasar la endoscopia** [condicional, baja]. La guía no fija la dosis; el ECA preendoscópico citado por ACG usó omeprazol 80 mg IV en bolo + 8 mg/h.[2,3]
- **Consenso 2019:** puede considerarse para reducir los estigmas de alto riesgo (sin GRADE). **ACG 2021:** sin recomendación a favor ni en contra. **NICE:** no dar antisecretores antes de la endoscopia [NICE 1.4.3].[3,4,8]
- **Dato del artículo (metaanálisis, 6 ECA):** probablemente reduce la necesidad de hemostasia endoscópica (OR 0.68); puede no reducir la mortalidad ni la cirugía (ESGE 2026).[2]

PROCINÉTICOS

- **Eritromicina IV** en pacientes seleccionados con sangrado grave o activo [ESGE fuerte, alta; ACG condicional, muy baja]: **250 mg IV**, 30–120 min antes de la endoscopia (ESGE); ACG: infundir en 5–30 min, 20–90 min antes. Sin ficha de eritromicina IV en las fuentes: pauta de guía.[1–3]
- Sin alergia a macrólidos, QT largo ni interacciones (ESGE 2026). Reduce la segunda endoscopia y la estancia; no ha demostrado reducir resangrado ni mortalidad.[2,3]
- **Metoclopramida IV** si no hay eritromicina [ESGE 2026 condicional, baja]: mejora la visión en 4 ECA; ESGE no fija la dosis. Un metaanálisis de 2025 (8 ECA, 665 pacientes, varios solo en resumen) confirma mejor visualización, sin diferencia en mortalidad (RR 0.86; IC 95 % 0.37–1.97), repetición de endoscopia ni estancia: mejor visión no equivale a mejores desenlaces demostrados.[34] **La ficha la contraindica cuando estimular la motilidad puede ser peligroso, p. ej., en la hemorragia digestiva**; dosis única de ficha para otras indicaciones: 10 mg IV en 1–2 min.[2,18]

LO QUE NO SE RECOMIENDA

- **Ácido tranexámico:** ESGE no lo recomienda [fuerte, alta]. Ensayo HALT-IT (12 009 pacientes con hemorragia digestiva alta o baja; 1 g IV + 3 g en 24 h): muerte por sangrado a 5 días, 4 % en ambos grupos (RR 0.99); más tromboembolia venosa (0.8 % vs 0.4 %; RR 1.85). Su ficha solo lo autoriza en hemofilia para extracciones dentales.[1,11,28]
- **SNG o lavado de rutina:** no [ESGE fuerte, moderada]; no predice lesión de alto riesgo y causa molestias en 34 %; el consenso la admite en casos seleccionados (sin GRADE).[1,4]
- **Somatostatina u octreotida** en HDA no variceal: no [ESGE fuerte, baja].[2]
- **Intubación profiláctica de rutina:** no [ESGE fuerte, alta]; más aspiración y neumonía en estudios observacionales. Solo en seleccionados: hematemesis activa, agitación o encefalopatía con incapacidad para proteger adecuadamente la vía aérea [ESGE fuerte, baja].[2]

4 Momento de la endoscopia[2–4,8,10]

- **ESGE:** temprana (≤24 h desde la llegada) tras la reanimación [ESGE 2026 fuerte, baja] (2021: fuerte, alta; 2026 la regradúa a calidad baja pese a marcarla «sin cambio»); no emergente (≤6 h) ni urgente (≤12 h) salvo inestabilidad persistente pese a reanimación [ESGE 2026 fuerte, moderada].[2]
- **ACG y consenso:** ≤24 h [condicional, muy baja]; ACG retiró la sugerencia de ≤12 h en alto riesgo; el shock que no se estabiliza requiere intervención urgente (opinión del panel).[3,4]
- **NICE:** inmediata tras reanimar si está inestable con sangrado grave; resto, en ≤24 h del ingreso [NICE 1.3.1–1.3.2].[8]

DATO DEL ARTÍCULO · ECA, 516 PACIENTES CON GBS ≥12 (2020)

≤6 h frente a 6–24 h desde la consulta: mortalidad a 30 días 8.9 % vs 6.6 % (IC95 % de la diferencia −2.3 a 6.9); resangrado 10.9 % vs 7.8 %; más hemostasia en la primera endoscopia (60.1 % vs 48.4 %) sin beneficio clínico. En la práctica comparó ≈10 frente a ≈25 h desde la llegada y excluyó el shock que no se estabilizó.[3,10]

5 Endoscopia: Forrest y hemostasia[1–4,12]

FORREST	RESANGRADO*	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	FUERZA
Ia sangrado en chorro	22.5 %	Combinado: adrenalina diluida + térmica de contacto o mecánica (TTS u OTS). Alternativas en monoterapia: clip OTS (menos resangrado que el tratamiento estándar) o pinza hemostática con coagulación suave	Tratar: **[ESGE fuerte, alta; ACG fuerte, moderada]**. OTS y pinza: **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**
Ib sangrado en capa	4.9 %		
IIa vaso visible no sangrante	11.3 %	Térmica (de contacto o no), mecánica (TTS u OTS) o esclerosante, sola o con adrenalina; OTS como alternativa en monoterapia	**[ESGE 2026 fuerte, moderada]**; OTS **[condicional, muy baja]**
IIb coágulo adherido	17.6 %	Inyecta adrenalina alrededor o debajo, retira el coágulo y trata el estigma expuesto (Ia, Ib o IIa), si el endoscopista es competente para manejar la conversión a sangrado activo. Si no se trata: IBP en dosis altas	**[ESGE 2026 condicional, muy baja]**; ACG: sin recomendación; Consenso: «puede considerarse; el IBP solo puede bastar»
IIc mancha pigmentada plana; **III** fondo limpio	Bajo	Ninguno. IBP oral, dieta, alta precoz en casos seleccionados	**[ESGE fuerte, moderada]**[1,2,4]

* Resangrado en el grupo placebo de un ECA de IBP **tras** el tratamiento endoscópico (ESGE 2021); no es el riesgo sin tratar. Por esta cifra, algunos autores proponen considerar Ib de riesgo intermedio. ESGE no dio recomendación sobre la sonda Doppler (2026).[1,2]

TÉCNICAS: QUÉ SÍ Y QUÉ NO

- **Adrenalina: no como monoterapia**; siempre combinada con una segunda modalidad **[ESGE fuerte, alta; ACG fuerte]**.[2,3]
- ACG: bipolar, sonda de calor o etanol absoluto **[fuerte, moderada]**; clips, APC o monopolar suave **[condicional, muy baja a baja]**. Consenso: térmica o esclerosante **[fuerte, baja]**; clips TTS **[condicional, muy baja]**.[3,4]
- **Polvo hemostático tópico:** no como monoterapia de primera línea en estigmas de alto riesgo **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**; sí como rescate o puente. ACG sí lo sugiere en úlcera con sangrado activo **[condicional, muy baja]**.[2–4]
- Elige la técnica según la úlcera, la gravedad, la experiencia y la disponibilidad.[2]

DATO DEL ARTÍCULO · ECA TOP, 112 PACIENTES (2024)

Clip OTS frente a TTS como primera línea en úlcera Ia–IIb (los 15 IIb resultaron Ia–IIa al retirar el coágulo). **Desenlace primario**, resangrado a 30 días: 1.6 % vs 3.9 % (sin diferencia). Secundarios: hemostasia inicial 98.4 % vs 78.4 %; éxito clínico 96.7 % vs 74.5 %. Los ECA con OTS se hicieron en centros expertos y con un solo dispositivo (Ovesco); certeza muy baja a baja (ESGE 2026).[2,12]

6 Después de la endoscopia: IBP, P-CAB, dieta y hierro[1–4,7,13–17,27,29,30]

FASE	PAUTA	FUENTE Y FUERZA
Primeras 72 h (tras hemostasia endoscópica o IIb no tratado)	**80 mg IV en bolo + 8 mg/h en infusión continua 72 h**, **o** IBP intermitente en dosis altas dos veces al día, IV u oral. ACG: intermitente 40 mg 2–4 veces al día (dosis más altas quizá preferibles en población occidental), con bolo inicial de 80 mg opcional; vía oral si está alerta y sin vómitos ni disfagia	**[ESGE fuerte, alta; ACG fuerte, moderada a alta; Consenso fuerte, moderada]**. Esomeprazol IV: 80 mg en 30 min + 8 mg/h 71.5 h = **pauta de ficha** para esta indicación (Child A–B: 6 mg/h; C: 4 mg/h). Pantoprazol IV: **pauta de guía**; la ficha indica que su seguridad y eficacia en la HDA no están establecidas[1–4,14,15]
Días 4–14 (alto riesgo tratado endoscópicamente)	IBP oral **dos veces al día** hasta el día 14 (en el ECA de base, esomeprazol 40 mg c/12 h)	**[ACG condicional, baja; Consenso condicional, muy baja]**[3,4]

FASE	PAUTA	FUENTE Y FUERZA
Después	IBP oral **una vez al día**, con duración según la causa (p. ej., úlcera duodenal: omeprazol 20 mg/d 4 semanas; gástrica: 40 mg/d 4–8 semanas, dosis de ficha). Mantenlo si sigue con DAPT o anticoagulante	Consenso (sin GRADE); fichas[4,17]
Bajo riesgo (IIc, III)	IBP oral, dieta normal, alta precoz si es posible	ESGE 2021, figura 3c[1]

Si el texto y la figura difieren: la figura 3 de ACG 2021 escribe «8 mg/min»; el texto dice 8 mg/h (correcto). La figura 3 de ESGE 2026 dice «mínimo dos veces al día IV en bolo durante 72 h, u oral en dosis altas», igual que su texto. Con clopidogrel, sus fichas piden evitar omeprazol y esomeprazol (inhiben CYP2C19); la ficha de pantoprazol no exige ajuste. ESGE 2021: el metaanálisis (11 770 pacientes) no mostró más eventos CV con IBP + clopidogrel y sí menos sangrado digestivo; si se reanuda clopidogrel, prefiere pantoprazol.[2,3,14,16,17,27]

VONOPRAZÁN (P-CAB)

- **ESGE 2026:** sin consenso a favor ni en contra tras la hemostasia (sin recomendación, muy baja).[2]
- **Guía japonesa 2026:** IBP recomendado **[JSGE fuerte, A]**; vonoprazán sugerido **[JSGE débil, A]**, con cautela porque ambos se usaron en dosis altas.[7]
- **Dato del artículo · ECA de no inferioridad, Tailandia, 194 pacientes (2024):** vonoprazán 20 mg c/12 h 3 días y luego 20 mg/d frente a pantoprazol 8 mg/h 3 días y luego omeprazol 20 mg c/12 h; resangrado a 30 días 7.1 % vs 10.4 % (no inferior). Todos recibieron IBP IV en dosis altas antes de la endoscopia. Dosis de ensayo; sin ficha en las fuentes.[2,13]

DIETA, ESTANCIA Y HIERRO

- **Dieta oral en ≤24 h** tras una hemostasia duradera **[ESGE 2026 condicional, baja]**: metaanálisis de 10 ECA sin más resangrado. La figura 3 dice «líquidos claros en ≤24 h». Bajo riesgo: alimentación en ≤24 h (consenso).[2,4]
- Tras hemostasia de estigmas de alto riesgo, la mayoría debe seguir ingresada ≥72 h (consenso, sin GRADE).[4]
- **Hierro antes del alta** si hay anemia o ferropenia **[ESGE 2026 condicional, baja]**. ESGE no fija dosis; los ECA usaron fumarato ferroso 600 mg/d (frente a no tratar) o hierro IV (1000 mg en dosis única); el sulfato ferroso 325 mg c/12 h fue el comparador, inferior al hierro IV en normalizar la Hb (61 % vs 100 %).[2]
- **Hierro IV según ficha:** carboximaltosa férrica: ≥50 kg, 750 mg IV × 2 separadas ≥7 días (1500 mg por ciclo) o 15 mg/kg (máx. 1000 mg) en dosis única; <50 kg, 15 mg/kg × 2 separadas ≥7 días; autorizada con intolerancia o respuesta insuficiente al hierro oral; recuadro de hipofosfatemia. Hierro sacarosa: autorizado solo en ERC.[29,30]

7 Resangrado, sangrado persistente y fracaso endoscópico[1–4,8]

SITUACIÓN	CONDUCTA	FUENTE Y FUERZA
Sangrado persistente (refractario en la primera endoscopia)	Agente hemostático tópico o clip OTS; si todo falla, TAE; cirugía si no hay TAE o fracasa	**[ESGE 2026 condicional, muy baja; fuerte, moderada]**[2]
Resangrado clínico tras hemostasia eficaz	Repite la endoscopia con hemostasia; considera clip OTS. Si falla: TAE; cirugía si no hay TAE o fracasa. Inestable que resangra: radiología intervencionista; si no la hay pronto, cirugía [NICE 1.4.7]	**[ESGE fuerte, alta; ESGE 2026 fuerte, moderada; ACG condicional, baja]**[2,3,8]
TAE profiláctica	Solo en alto riesgo seleccionado: inestable al ingreso, úlcera de cara posterior del bulbo, >2 cm o hemostasia dudosa. Beneficio en resangrado, no claro en mortalidad	**[ESGE 2026 condicional, muy baja]**[2]
Segunda mirada programada	No de rutina. Valórala si hubo sangrado activo, mala visión, examen incompleto, sin origen claro o hemostasia subóptima	**[ESGE fuerte, alta]**; [NICE 1.4.5][1,8]

DATO DEL ARTÍCULO

Clip OTS para el resangrado: sangrado persistente o recurrente («further bleeding»), 15.2 % frente a 57.6 % con terapia estándar en un ECA de 66 pacientes (ACG). Sonda de calor repetida: 2 de 48 perforaciones al tratar dos veces seguidas (ACG). Clip OTS frente a TAE en sangrado refractario (retrospectivo): éxito similar, menos estancia en UCI y menos eventos graves con OTS (ESGE 2026).[2,3]

8 Antitrombóticos tras la hemorragia[1,2,4,6,8,23–27,32]

FÁRMACO	CUÁNDO REINICIAR	FUENTE Y FUERZA
Aspirina, prevención secundaria	No suspenderla. Si se suspendió: reiníciala lo antes posible, preferiblemente en 3–5 días (ESGE) o el mismo día en que se confirma la hemostasia (ACG-CAG). Estigmas de bajo riesgo: sin interrupción. NICE: continuar la dosis baja una vez lograda la hemostasia	**[ESGE fuerte, moderada; ACG-CAG condicional, muy baja]**; [NICE 1.6.1][1,6,8]
Aspirina, prevención primaria	Mantenla suspendida; reiníciala solo tras reevaluar la indicación	**[ESGE fuerte, baja]**[1]
DAPT (stent coronario)	Aspirina sin interrupción. Estigmas de **bajo riesgo** (IIc, III): DAPT sin interrupción. Estigmas de **alto riesgo**: segundo antiagregante suspendido temporalmente y reanudado tras la hemostasia, lo antes posible, preferiblemente en ≤5 días, con cardiología (ESGE 2021, figura 1). Con stent reciente y bajo riesgo de resangrado puede considerarse mantener ambos. IBP como cotratamiento	**[ESGE fuerte, baja; IBP: fuerte, moderada]**; NICE: clopidogrel, decisión con especialista y paciente [NICE 1.6.3][1,8]
P2Y12 en monoterapia	Durante la pausa, aspirina a dosis baja como sustituto temporal si no hay contraindicación; reinicio del P2Y12 tras la hemostasia, con cardiología (ficha de clopidogrel: contraindicado con sangrado activo)	ESGE 2021, figura 1[1,27]
Warfarina	Reinicio individualizado tras controlar el sangrado, en cuanto esté indicado según el riesgo trombótico (ESGE 2026); antes que un ACOD, porque tarda hasta 5 días en anticoagular. Riesgo trombótico muy alto: puede considerarse anticoagulación parenteral temporal (puente) una vez lograda la hemostasia, con valoración especializada (ACC 2020; ESGE)	**[ESGE 2026 fuerte, baja]**; puente: ACC 2020 (opinión de expertos), ESGE (texto, sin recomendación graduada)[1,2,32]
ACOD	Reinicio individualizado tras controlar el sangrado; actúan en horas. ESGE 2021 fijaba «preferiblemente en 7 días o poco después»; 2026 quita la ventana. **Sin puente con heparina** (ACC 2020). Consulta a cardiología o hematología; CHA_2DS_2-VASc y HAS-BLED ayudan	**[ESGE 2026 fuerte, baja]**; IBP con anticoagulante tras HDA **[ESGE fuerte, baja]**; puente: ACC 2020[1,2,32]

Dato del artículo: 57 % reanudó el anticoagulante (mediana 15 días) tras una úlcera sangrante, con menos trombosis y muerte al año (HR 0.14) sin más resangrado significativo (observacional, ESGE 2026). Reanudar antitrombóticos en ≤7 días: menos eventos isquémicos (13.6 % vs 20.4 %) y más resangrado (30.6 % vs 23.1 %), sin diferencia en mortalidad (observacional, ESGE 2021). Aspirina continua frente a placebo tras hemostasia: mortalidad a 8 semanas 1.3 % vs 12.9 % (único ECA, 156 pacientes). Las fichas de apixabán, rivaroxabán y dabigatrán advierten que suspenderlos antes de tiempo aumenta el riesgo trombótico. **Puente con heparina:** ESGE 2021 y 2026 lo mencionan en su texto (HBPM SC como puente a la anticoagulación oral «puede ser una buena opción» en el riesgo trombótico máximo, con cardiología o hematología), sin recomendación graduada y sin distinguir AVK de ACOD; ACC 2020 lo restringe al AVK con riesgo trombótico alto, una vez lograda la hemostasia (datos limitados), y lo excluye con ACOD («If a DOAC is used postprocedurally, bridging anticoagulation should not be used»). ACG-CAG 2022, en endoscopia programada, sugiere no hacer puente al suspender la warfarina salvo válvula mecánica **[condicional, baja]**.[1,2,6,24–26,32]

9 *H. pylori* y prevención secundaria[1–4,7,33]

H. PYLORI

- **Búscalo en la primera endoscopia** y trata si es positivo [ESGE fuerte, alta]. Retrasar la erradicación más de 7 días se asoció a más recurrencia y complicaciones (observacional, 29 032 pacientes).[1,2]
- **(a) Prueba negativa durante la hemorragia: repítela** [ESGE fuerte, alta]: falsos negativos por sangre e IBP. ESGE 2021: en las 4 semanas siguientes; el reanálisis encontró 12.5 % de positivos nuevos. Figura de ESGE 2026: suspender el IBP ≥2 semanas antes de repetir.[1,2]
- **(b) Confirma la erradicación** [ESGE fuerte, alta] con prueba de aliento con urea, antígeno fecal o prueba en biopsia **≥4 semanas después de terminar el tratamiento**, sin IBP las 2 semanas previas y sin bismuto ni antibióticos las 4 semanas previas; no uses serología [ACG 2024, concepto clave por consenso].[2,33]
- Guía japonesa: inicia la erradicación pronto tras la hemostasia, aunque esté con IBP (el antisecretor previo no reduce el éxito).[7]

AINE Y ANTITROMBÓTICOS A LARGO PLAZO

- Suspende los AINE (incluidos COX-2) en la fase aguda [NICE 1.6.2].[8]
- Si necesita AINE tras una úlcera sangrante: el riesgo de resangrado persiste con AINE + IBP o con COX-2 sola; la combinación COX-2 + IBP lo reduce más (consenso, sin GRADE).[4]
- IBP con antiagregante simple o doble [Consenso condicional, baja] o con anticoagulante [Consenso condicional, muy baja].[4]
- **IBP al alta** (alto riesgo tratado endoscópicamente): dos veces al día hasta completar 14 días desde la endoscopia; después, una vez al día con duración según la causa. El alta no determina por sí sola la reducción [ACG condicional, baja; Consenso condicional, muy baja].[3,4]

10 Lesiones no pépticas (CAG 2025, avalada por ESGE)[2,5]

LESIÓN	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO SUGERIDO	FUERZA
Tumor maligno con sangrado activo	Hemostasia convencional (inyección, térmica, mecánica o combinada) mejor que nada; **agente hemostático tópico mejor que la convencional**; tratamiento oncológico tras la hemostasia. Sin preferencia entre técnicas convencionales	[CAG condicional, muy baja]
Mallory-Weiss	Sangrado activo: tratar, con ligadura con banda (EBL) o clip TTS mejor que adrenalina sola. Vaso visible, coágulo, base limpia o mancha plana sin sangrado: **no tratar**	[CAG condicional, muy baja]
Dieulafoy	EBL o clip TTS (con o sin adrenalina), o térmica de contacto, o esclerosante; CAG sugiere **no usar adrenalina sola**. Clip OTS: sin recomendación	[CAG condicional, muy baja]
GAVE	EBL mejor que APC; no radiofrecuencia en lugar de APC	[CAG condicional, muy baja]

11 Dónde difieren ESGE, ACG, consenso, NICE, ACG-CAG y la guía japonesa[1–8,32]

TEMA	ESGE 2021/2026	ACG 2021	CONSENSO 2019	NICE 2012	OTRAS
Corte de GBS para alta	≤1 [fuerte, moderada]	0–1 [condicional, muy baja]	≤1 [condicional, baja]	0 [1.1.2]	—
Umbral de transfusión sin enfermedad CV	<7 g/dL	7 g/dL	<8 g/dL	Según el cuadro clínico; evitar sobretransfundir	—
IBP antes de la endoscopia	Considerar, sin retrasar la endoscopia [2026 condicional, baja]	Sin recomendación	Puede considerarse (sin GRADE)	**No** [1.4.3]	—
Procinético	Eritromicina en seleccionados [fuerte, alta]; metoclopramida si no hay [2026 condicional, baja]	Eritromicina a todos [condicional, muy baja]; metoclopramida, sin apoyo	No de rutina (sin GRADE)	—	Ficha de metoclopramida: contraindicada en hemorragia digestiva
Momento	≤24 h; no ≤12 h salvo inestabilidad persistente [2026 fuerte, moderada]	≤24 h; sin sugerencia de ≤12 h	≤24 h; sin recomendación sobre ≤12 h	Inmediata si inestable; resto ≤24 h	—
Coágulo (IIb)	Retirar y tratar si hay competencia [2026 condicional, muy baja]	Sin recomendación	Puede considerarse; IBP solo puede bastar	—	—
Clip OTS	Primera línea en Ia–IIa [2026 condicional, muy baja]; en resangrado [fuerte, moderada]	Solo en resangrado [condicional, baja]	No evaluado (clips TTS)	—	—
Polvo tópico	No en monoterapia de primera línea; rescate	Sí en sangrado activo [condicional, muy baja]	Puente; no como estrategia única	—	CAG: preferido en tumores
IBP oral días 4–14	Figura: dosis altas 72 h; sin pauta para días 4–14	Dos veces al día hasta el día 14	Dos veces al día hasta el día 14	IBP si hay estigmas	—
Vonoprazán	Sin consenso	—	—	—	JSGE: sugerido [débil, A]
Reversión de AVK	Inestable: vitamina K dosis baja + CCP (PFC si no hay CCP)	—	—	CCP si sangrado activo [1.2.5]; sin sangrado activo, protocolo local [1.2.6]	ACG-CAG: no PFC ni vitamina K de rutina; si hay que revertir, CCP mejor que PFC. ACC 2020: vitamina K IV lenta, no SC
Antídotos de ACOD	Considerar si sangrado grave persistente	—	—	—	ACG-CAG: no de rutina; solo riesgo vital y dosis <24 h. Andexanet: FDA (dic. 2025), riesgos superiores a los beneficios
Reinicio de aspirina	No suspender; si se suspendió, 3–5 días	—	En cuanto el riesgo CV supere al de sangrado	Continuar tras la hemostasia	ACG-CAG: el día de la hemostasia
Reinicio de anticoagulante	2021: ≤7 días o poco después; 2026: en cuanto esté indicado	—	—	—	ACC 2020: con ACOD, sin puente con heparina
Repetir prueba de *H. pylori*	2021: en ≤4 semanas; figura 2026: tras ≥2 semanas sin IBP	—	Repetir (sin GRADE)	—	JSGE: erradicar pronto aunque siga con IBP

GBS: ESGE, ACG y el consenso coinciden en ≤1; la diferencia es con NICE (0). Eritromicina: ESGE la recomienda [fuerte, alta]; ACG la sugiere [condicional, muy baja] (sin beneficio demostrado en resangrado; sí en segunda endoscopia y estancia). Repetir la prueba de *H. pylori* en ≤4 semanas (ESGE 2021) tras ≥2 semanas sin IBP (figura ESGE 2026) choca con el IBP dos veces al día hasta el día 14 (ACG, consenso): las fuentes no lo resuelven; individualiza.[1–4,7,8]

12 Errores frecuentes y casos[1–4,6,8,11,14,22,27,31–33]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Llevar a endoscopia a un paciente aún inestable sin reanimar	Reanima primero; endoscopia tras estabilizar. Inestable pese a reanimación adecuada: endoscopia urgente.[2,3]
Hacer endoscopia en ≤6–12 h a todos los de alto riesgo estables	≤6 h no mejoró mortalidad ni resangrado (ECA 2020); ESGE 2026 no recomienda ≤12 h salvo inestabilidad persistente: ≤24 h tras reanimar.[2,10]
Transfundir hasta Hb ≥10 a todos	Umbral 7 g/dL (8 g/dL con enfermedad CV); la sobretransfusión también daña.[1,8,9]
Dar alta con GBS ≤1 sin seguimiento ni instrucciones	Un GBS bajo sugiere bajo riesgo, no lo excluye: exige control rápido, vuelta fácil e instrucciones de alarma.[2,3]
Retrasar la endoscopia hasta normalizar el INR	No uses un INR de corte; revierte solo si hay inestabilidad o riesgo vital.[1,6]
Suspender la aspirina de prevención secundaria «por seguridad»	No la suspendas; si se suspendió, reiníciala pronto (3–5 días o el día de la hemostasia).[1,6]
Transfundir plaquetas porque toma clopidogrel o aspirina	No de rutina; solo trombocitopenia con sangrado grave o <50 × 10^9/L con sangrado activo.[1,8]
Dar ácido tranexámico	No: sin menos muertes y más tromboembolia venosa (HALT-IT).[1,11]
Tratar una úlcera la con adrenalina sola	Adrenalina + térmica o mecánica, o clip OTS.[2]
Alto riesgo: IBP una vez al día al 3.er día o al alta	Dos veces al día hasta completar 14 días desde la endoscopia; después, una vez al día. El alta no cambia la dosis.[3,4]
Omeprazol o esomeprazol con clopidogrel	Fichas: evítalos; prefiere pantoprazol (ESGE 2021: sin más eventos CV con IBP + clopidogrel en metaanálisis).[1,14,17,27]
Dar por negativa una prueba de *H. pylori* hecha durante el sangrado	Repítela; puede ser falsa negativa (sangre, IBP).[1,2]
Programar segunda mirada a todos	No de rutina **[ESGE fuerte, alta]**; valórala si hubo sangrado activo, mala visión, examen incompleto o hemostasia dudosa.[1,8]

Caso 1 · 68 años, infarto previo con aspirina, melena e hipotensión

PA 85/50 mmHg, FC 118 lpm, Hb 7.6 g/dL. Toma aspirina 100 mg/d tras un infarto hace 3 años. Sin cirrosis.

Respuesta. Reanima con cristaloides. Hipotenso: transfunde según la hemodinámica, sin esperar al umbral (ACG); una vez estable, con enfermedad CV: umbral ≤8 g/dL, objetivo ≥10 **[ESGE fuerte, baja]**. Eritromicina 250 mg IV 30–120 min antes; puede considerarse IBP IV sin retrasar la endoscopia. **No suspendas la aspirina** **[ESGE fuerte, moderada]**. Endoscopia tras estabilizar, en ≤24 h (si sigue inestable pese a reanimación, urgente). Úlcera de cara posterior del bulbo Forrest Ia: adrenalina + térmica o mecánica, o clip OTS; biopsia para *H. pylori*. Después: 80 mg IV en bolo + 8 mg/h 72 h, luego IBP oral dos veces al día hasta el día 14 y después una vez al día. Por la localización y la inestabilidad inicial, valora TAE profiláctica **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**. Resangrado: nueva endoscopia con OTS, luego TAE. Hierro antes del alta.[1–4,14]

Caso 2 · 74 años, fibrilación auricular con apixabán, hematemesis

Apixabán 5 mg c/12 h; última dosis hace 6 h. PA 128/76 mmHg, FC 92 lpm, Hb 10.4 g/dL. Endoscopia: úlcera gástrica con coágulo adherido.

Respuesta. Suspende el apixabán; **no retrases la endoscopia** ni des antídoto de rutina: está estable **[ESGE fuerte, baja; ACG-CAG condicional, muy baja]**. Si el sangrado se volviera grave o pusiera en riesgo la vida: CCP IV (ESGE); andexanet solo si está disponible y registrado (FDA, dic. 2025: riesgos superiores a los beneficios): con apixabán ≤5 mg hace <8 h, dosis baja, 400 mg a 30 mg/min + 4 mg/min 120 min (ficha). Forrest IIb: retira el coágulo tras inyectar adrenalina y trata el estigma si hay competencia técnica **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**; si no, IBP en dosis altas. Reinicia el anticoagulante en cuanto esté indicado por su riesgo trombótico **[ESGE 2026 fuerte, baja]**, tras controlar el sangrado, sin puente con heparina (ACOD; ACC 2020) y con IBP de protección.[1,2,6,22,31,32]

Caso 3 · 45 años, melena tras ibuprofeno, estable

PA 132/80 mmHg, FC 78 lpm, Hb 14.1 g/dL, BUN normal, sin comorbilidad. GBS 1 (solo por melena). Vive cerca y puede volver.

Respuesta. GBS ≤1: riesgo muy bajo según ESGE, ACG y consenso; puede manejarse de forma ambulatoria con endoscopia ambulatoria pronta, instrucciones de alarma y facilidad para volver. NICE solo da alta precoz con GBS 0. Un GBS de 1 sugiere bajo riesgo, no lo excluye. Suspende el ibuprofeno. Endoscopia: úlcera duodenal de fondo limpio (Forrest III): sin tratamiento endoscópico, IBP oral una vez al día (omeprazol 20 mg/d 4 semanas, ficha), dieta. Biopsia para *H. pylori* negativa: repite la prueba (ESGE 2026: tras ≥2 semanas sin IBP) y, si es positiva, erradica y confirma la erradicación ≥4 semanas después del tratamiento (ACG 2024).[1–4,8,17,33]

13 Consulta rápida A: fármacos

Una dosis principal por fila. **(ficha)**: dosis autorizada; **(guía)** o **(ensayo)**: pauta para esta indicación sin ficha que la respalde. «Máximo (ficha)»: solo topes reales de la ficha; «—» si no fija uno aplicable. Ref.: números de la lista de referencias.

Fármaco	Dosis (fuente)	Intervalo y duración	Máximo (ficha)	Precaución esencial	Ref.
Antisecretores					
Esomeprazol IV	80 mg en 30 min, luego 8 mg/h (ficha)	72 h en total	—	Child A–B: 6 mg/h; C: 4 mg/h. Evitar con clopidogrel	14
Pantoprazol IV	80 mg en bolo, luego 8 mg/h (guía)	72 h	—	Ficha: seguridad y eficacia en la HDA no establecidas. Alternativa intermitente (guía): 40 mg IV 2–4 veces al día	2,3,15
IBP oral, alto riesgo	Dos veces al día (guía); p. ej., pantoprazol 40 mg	c/12 h, días 4–14	—	40 mg c/12 h es dosis de ficha solo para estados hipersecretores	3,4,16
Omeprazol oral	Úlcera duodenal: 20 mg (ficha)	c/24 h, 4 semanas	—	Fase de una vez al día. Evitar con clopidogrel	17
Omeprazol oral	Úlcera gástrica: 40 mg (ficha)	c/24 h, 4–8 semanas	—		17
Vonoprazán	20 mg VO (ensayo)	c/12 h 3 días, luego c/24 h	—	Sin ficha en las fuentes; ESGE 2026 sin consenso	2,7,13
Antes de la endoscopia					
Eritromicina IV	250 mg (guía)	Dosis única, 30–120 min antes	—	QT largo, alergia a macrólidos, interacciones. Sin ficha IV en las fuentes	1–3
Metoclopramida IV	10 mg en 1–2 min (ficha, otra indicación)	Dosis única	—	**Ficha: contraindicada en hemorragia digestiva**; ESGE la sugiere si no hay eritromicina	2,18
Reversión (solo si hay inestabilidad o riesgo vital)					
CCP 4 factores	INR 2–<4: 25 U/kg (ficha)	Dosis única; no repetir	2500 U	Con vitamina K. Riesgo tromboembólico. Peso máximo de cálculo, 100 kg. **Contraindicado:** TIH o alergia a heparina; déficit de IgA con anticuerpos. Ficha: reversión para procedimiento urgente (la endoscopia urgente puede considerarse como tal)	20
CCP 4 factores	INR 4–6: 35 U/kg (ficha)		3500 U		
CCP 4 factores	INR >6: 50 U/kg (ficha)		5000 U		
Vitamina K	2.5–10 mg (ficha); ESGE: «dosis baja»	Dosis única, IV lenta	—	Reversión urgente: IV lenta (≤1 mg/min), no SC (ACC 2020: efecto impredecible), con CCP cuando corresponda. Recuadro de ficha: anafilaxia e hipersensibilidad graves con IV o IM. Dosis altas retrasan la reanticoagulación (ESGE). ACG-CAG: no de rutina	1,6,19,32
Idarucizumab	5 g IV (2 × 2.5 g) (ficha)	Dosis única	—	Solo dabigatrán. Pocos datos para otros 5 g	21
Andexanet, dosis baja	400 mg IV en bolo, luego 4 mg/min (ficha)	Bolo a 30 mg/min + infusión 120 min	—	**FDA (18 dic. 2025): riesgos superiores a los beneficios; fin de venta en EE. UU. el 22 dic. 2025. En México, verifica disponibilidad y registro.** Aprobación acelerada; mejoría de la hemostasia no establecida; no usar antes de heparinizar (falta de respuesta a la HNF). Recuadro trombótico. Alta si rivaroxabán >10 mg o apixabán >5 mg (o dosis desconocida) hace <8 h o a hora desconocida; si no, baja	22,31
Andexanet, dosis alta	800 mg IV en bolo, luego 8 mg/min (ficha)				

13 Consulta rápida A (cont.): hierro y otros

Fármaco	Dosis (fuente)	Intervalo y duración	Máximo (ficha)	Precaución esencial	Ref.
Hierro y otros					
Carboximaltosa férrica, ≥50 kg	750 mg IV (ficha)	2 dosis separadas ≥7 días	1500 mg por ciclo	Alternativa (≥50 kg): 15 mg/kg, máx. 1000 mg, en dosis única por ciclo. Recuadro: hipofosfatemia sintomática	30
Carboximaltosa férrica, <50 kg	15 mg/kg IV (ficha)	2 dosis separadas ≥7 días	—	Hipofosfatemia (recuadro); autorizada con intolerancia o respuesta insuficiente al hierro oral	30
Hierro oral	Fumarato ferroso 600 mg/d (ensayo frente a no tratar)	c/24 h, 6 semanas	—	Sin ficha en las fuentes; ESGE no fija dosis	2
Clopidogrel	75 mg VO (ficha)	c/24 h	—	Ficha: contraindicado con sangrado activo (p. ej., úlcera péptica). DAPT (ESGE 2021, figura 1): estigmas de bajo riesgo, sin interrumpir; de alto riesgo, reanudar tras la hemostasia, preferiblemente en ≤5 días, con cardiología. IBP: pantoprazol	1,27
Ácido tranexámico	**No usar**	—	—	HALT-IT: sin beneficio, más tromboembolia venosa	1,11

13 Consulta rápida B: decisiones y umbrales[1–8,20,21,27,31–33]

Decisión	Conducta	Ref.
Inestable	Reanima con cristaloides; endoscopia tras estabilizar	1,2
Intubación	Solo en seleccionados: hematemesis activa, agitación o encefalopatía con incapacidad para proteger adecuadamente la vía aérea **[ESGE fuerte, baja]**	2
Concentrado de hematíes	Hb <7 g/dL (objetivo 7–9); enfermedad CV: ≤8 (objetivo ≥10)	1–3
Plaquetas	No por antiagregantes; sí si <50 × 10^9/L con sangrado activo	1,8
Alta desde urgencias	GBS ≤1 (NICE: 0) con seguimiento seguro	2,3,8
Eritromicina	250 mg IV, 30–120 min antes, si sangrado grave o activo y sin QT largo	1–3
IBP antes de la endoscopia	Puede considerarse en dosis altas sin retrasar la endoscopia (NICE: no)	2,8
Warfarina con inestabilidad	CCP según INR + vitamina K IV lenta, no SC (ESGE: dosis baja); sin CCP, PFC; no retrasar la endoscopia	1,20,32
ACOD con sangrado grave persistente	Dabigatrán: idarucizumab 5 g. Apixabán o rivaroxabán con hemorragia grave persistente: CCP IV (ESGE) **[ESGE fuerte, baja]**. Andexanet: la FDA concluyó que sus riesgos superan los beneficios (18 dic. 2025); fin de venta en EE. UU. el 22 dic. 2025; en México, verifica disponibilidad y registro. No de rutina (ACG-CAG)	1,6,21,22,31
Ácido tranexámico, somatostatina, SNG	Tranexámico y somatostatina: no. SNG: no de rutina	1,2
Endoscopia	≤24 h tras reanimar **[ESGE 2026 fuerte, baja]**; ≤12 h solo si sigue inestable	2,3

Decisión	Conducta	Ref.
Tratar en la endoscopia	Ia, Ib, IIa. IIb: retirar el coágulo y tratar, si hay competencia técnica para retirar el coágulo y tratar el sangrado resultante **[ESGE 2026 condicional, muy baja]**. IIc y III: no	2
IBP tras hemostasia	80 mg + 8 mg/h 72 h (o intermitente c/12 h); oral c/12 h hasta completar 14 días desde la endoscopia, aunque se dé el alta; luego c/24 h según la causa	2–4
Dieta	Oral en ≤24 h si la hemostasia es duradera	2
Segunda mirada	No de rutina **[ESGE fuerte, alta]**; valórala si hubo sangrado activo, mala visión, examen incompleto o hemostasia dudosa	1,8
TAE profiláctica	Seleccionados: inestable al ingreso, cara posterior del bulbo, úlcera >2 cm, hemostasia dudosa	2
Resangrado	Caída de Hb ≥2 g/dL o signos clínicos → endoscopia (OTS) → TAE → cirugía	2
Aspirina (secundaria)	No suspender; si se suspendió, 3–5 días o el día de la hemostasia	1,6
DAPT (stent)	Antes de la endoscopia: aspirina sin interrupción, segundo antiagregante en pausa. Estigmas de bajo riesgo: DAPT sin interrupción. Alto riesgo: reanudar el segundo tras la hemostasia, preferiblemente en ≤5 días; cardiología (ficha de clopidogrel: contraindicado con sangrado activo)	1,27
P2Y12 en monoterapia	Suspéndelo; aspirina a dosis baja temporal si no hay contraindicación; cardiología	1
Anticoagulante	Reinicio individualizado tras controlar el sangrado. ACOD: sin puente con heparina. AVK con riesgo trombótico muy alto: puede considerarse anticoagulación parenteral temporal una vez lograda la hemostasia, con valoración especializada	1,2,32
H. pylori	Biopsia en la primera endoscopia; negativa durante la hemorragia: repetir. Tras erradicar, confirmar con aliento, antígeno fecal o biopsia ≥4 semanas después del tratamiento (sin IBP 2 semanas ni bismuto o antibióticos 4 semanas antes)	1,2,33
Hierro	Antes del alta si hay anemia o ferropenia	2

ACERCA DE ESTA GUÍA

Resumen educativo para profesionales de la salud; no sustituye el juicio clínico, la información del producto ni los protocolos locales. Las dosis siguen ESGE 2021 y 2026, ACG 2021, el consenso internacional 2019, ACG-CAG 2022 y las fichas técnicas de la FDA, vigentes a la fecha de revisión (v1.0, 13 de noviembre de 2026); en México, verifica la presentación y la información para prescribir disponibles. Medicina en Resumen · medicinaenresumen.com.

Referencias

1. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy 2021;53:300–32. doi:10.1055/a-1369-5274
2. Gralnek IM, Morris J, Laursen SB, et al. Endoscopic diagnosis and management of peptic ulcer bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2026. Endoscopy 2026;58:899–924. doi:10.1055/a-2863-8314
3. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2021;116:899–917. doi:10.14309/ajg.0000000000001245
4. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. Ann Intern Med 2019;171:805–22. doi:10.7326/M19-1795
5. Barkun AN, Laine L, Leontiadis GI, et al. Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline for the endoscopic management of nonvariceal nonpeptic ulcer upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 2025;169:863–91. doi:10.1053/j.gastro.2025.04.041
6. Abraham NS, Barkun AN, Sauer BG, et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline: management of anticoagulants and antiplatelets during acute gastrointestinal bleeding and the periendoscopic period. Am J Gastroenterol 2022;117:542–58. doi:10.14309/ajg.0000000000001627
7. Sugimoto M, Kamada T, Ito M, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2026. J Gastroenterol 2026;61:1361–81. doi:10.1007/s00535-026-02504-3
8. National Institute for Health and Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management (clinical guideline CG141). Publicada el 13 de junio de 2012; actualizada el 25 de agosto de 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/cg141. Sin DOI; recomendaciones parafraseadas.
9. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2013;368:11–21. doi:10.1056/NEJMoa1211801
10. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, et al. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2020;382:1299–308. doi:10.1056/NEJMoa1912484
11. HALT-IT Trial Collaborators. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2020;395:1927–36. doi:10.1016/S0140-6736(20)30848-5
12. Soriani P, Biancheri P, Bonura GF, et al. Over-the-scope clip as first-line treatment of peptic ulcer bleeding: a multicenter randomized controlled trial (TOP Study). Endoscopy 2024;56:665–73. doi:10.1055/a-2303-4824
13. Geeratragool T, Kaosombatwattana U, Boonchote A, et al. Comparison of vonoprazan versus intravenous proton pump inhibitor for prevention of high-risk peptic ulcers rebleeding after successful endoscopic hemostasis: a multicenter randomized noninferiority trial. Gastroenterology 2024;167:778–87. doi:10.1053/j.gastro.2024.03.036
14. Ficha técnica FDA. Esomeprazol sódico para inyección. DailyMed, set_id 23395673-116d-4a8e-b0ce-59f9ca5b3daf; versión DailyMed 22 de junio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=23395673-116d-4a8e-b0ce-59f9ca5b3daf
15. Ficha técnica FDA. Pantoprazol IV (PROTONIX I.V.). DailyMed, set_id 50802e19-72d3-4130-8d14-eb94361b38e7; versión DailyMed 6 de abril de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=50802e19-72d3-4130-8d14-eb94361b38e7
16. Ficha técnica FDA. Pantoprazol oral (PROTONIX de liberación retardada). DailyMed, set_id 08098cb2-c048-4640-f387-6beec4a38936; versión DailyMed 18 de mayo de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=08098cb2-c048-4640-f387-6beec4a38936
17. Ficha técnica FDA. Omeprazol oral (PRILOSEC). DailyMed, set_id b6761f84-53ac-4745-a8c8-1e5427d7e179; versión DailyMed 19 de marzo de 2024. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=b6761f84-53ac-4745-a8c8-1e5427d7e179
18. Ficha técnica FDA. Metoclopramida inyectable. DailyMed, set_id f6efdc63-a9df-4bbd-acf8-75fc9d1b0347; versión DailyMed 19 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=f6efdc63-a9df-4bbd-acf8-75fc9d1b0347
19. Ficha técnica FDA. Vitamina K1 (fitomenadiona) inyectable. DailyMed, set_id e8808230-2c44-44c6-8cab-8f29b6b34051; versión DailyMed 9 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=e8808230-2c44-44c6-8cab-8f29b6b34051
20. Ficha técnica FDA. Concentrado de complejo protrombínico humano de 4 factores (BALFAXAR). DailyMed, set_id 68fa4f90-8b01-6498-4140-e0be5247c3fe; versión DailyMed 21 de julio de 2023. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=68fa4f90-8b01-6498-4140-e0be5247c3fe
21. Ficha técnica FDA. Idarucizumab (PRAXBIND). DailyMed, set_id c7400f8a-dcf4-a6df-6d07-983081b1bf34; versión DailyMed 23 de enero de 2024. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=c7400f8a-dcf4-a6df-6d07-983081b1bf34
22. Ficha técnica FDA. Andexanet alfa (ANDEXXA). DailyMed, set_id 2d9d90a6-63e6-46ef-96ff-dd6519ae7b6c; versión DailyMed 23 de mayo de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=2d9d90a6-63e6-46ef-96ff-dd6519ae7b6c
23. Ficha técnica FDA. Warfarina sódica. DailyMed, set_id 4f276251-49b7-438f-9c47-f1cdfc47e519; versión DailyMed 2 de noviembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=4f276251-49b7-438f-9c47-f1cdfc47e519
24. Ficha técnica FDA. Apixabán (ELIQUIS). DailyMed, set_id 7be1f4c1-bb2f-4ded-ae9a-515d2a22f93e; versión DailyMed 11 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=7be1f4c1-bb2f-4ded-ae9a-515d2a22f93e
25. Ficha técnica FDA. Rivaroxabán (XARELTO). DailyMed, set_id 10db92f9-2300-4a80-836b-673e1ae91610; versión DailyMed 10 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=10db92f9-2300-4a80-836b-673e1ae91610
26. Ficha técnica FDA. Dabigatrán etexilato, cápsulas. DailyMed, set_id dd47a015-ff90-d7a7-8dcb-4e6e31a68071; versión DailyMed 13 de julio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=dd47a015-ff90-d7a7-8dcb-4e6e31a68071
27. Ficha técnica FDA. Clopidogrel (Plavix). DailyMed, set_id de8b0b67-eb25-4684-83b5-7ad785314227; versión DailyMed 30 de mayo de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=de8b0b67-eb25-4684-83b5-7ad785314227
28. Ficha técnica FDA. Ácido tranexámico inyectable (CYKLOKAPRON). DailyMed, set_id 6e89a7d9-4da4-42aa-b7f8-c602c24eefe5; versión DailyMed 3 de septiembre de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=6e89a7d9-4da4-42aa-b7f8-c602c24eefe5
29. Ficha técnica FDA. Hierro sacarosa (Venofer). DailyMed, set_id 626dc9e5-c6b4-4f9c-9bf4-774fd3ae619a; versión DailyMed 1 de marzo de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=626dc9e5-c6b4-4f9c-9bf4-774fd3ae619a
30. Ficha técnica FDA. Carboximaltosa férrica (Injectafer). DailyMed, set_id 517b4a19-45b3-4286-9f6a-ced4e10447de; versión DailyMed 19 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=517b4a19-45b3-4286-9f6a-ced4e10447de
31. U.S. Food and Drug Administration. Update on the safety of Andexxa by AstraZeneca: FDA safety communication. 18 de diciembre de 2025. Riesgos superiores a los beneficios; fin de venta en EE. UU. el 22 de diciembre de 2025. https://www.fda.gov/safety/medical-product-safety-information/update-safety-andexxa-astrazeneca-fda-safety-communication
32. Tomaselli GF, Mahaffey KW, Cuker A, et al. 2020 ACC expert consensus decision pathway on management of bleeding in patients on oral anticoagulants: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol 2020;76:594–622. doi:10.1016/j.jacc.2020.04.053
33. Chey WD, Howden CW, Moss SF, et al. ACG clinical guideline: treatment of *Helicobacter pylori* infection. Am J Gastroenterol 2024;119:1730–53. doi:10.14309/ajg.0000000000002968
34. Waseem MH, Abideen ZU, Ahmed A, et al. Administration of metoclopramide prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and GRADE meta-analysis of randomized controlled trials. JGH Open 2025;9:e70289. doi:10.1002/jgh3.70289

Fechas de fichas: versión publicada en DailyMed. DOI de HALT-IT verificado en PubMed (PMID 32563378). Refs. 31–34 añadidas en la revisión, verificadas en el texto de cada fuente.