

Reconoce la presentación

Nombra el síntoma antes de intentar nombrar la lesión.

Hallazgo	Qué sugiere / límite
Hematemesis	Vómito de sangre roja. Orienta a origen alto.
Posos de café	Sangre alterada en el vómito; no garantiza un episodio leve.
Melena	Heces negras, alquitranadas. Habitualmente origen alto; también intestino delgado o colon derecho.
Hematoquecia	Sangre roja o granate por recto. Frecuente en sangrado bajo; un sangrado alto intenso también puede causarla.
Hipoperfusión	Síncope, confusión, hipotensión, piel fría u oliguria: priorizar gravedad, no solo el color.

Mapa anatómico sencillo

Alto: proximal al ligamento de Treitz.
Intestino delgado: se estudia como una categoría propia.
Bajo: colon y recto.

Trampa: hierro o bismuto pueden oscurecer las heces. Confirma la historia y la exploración; no decidas con el color aislado. [3,4,12,13]

Elige la ruta diagnóstica

No hay un solo estudio inicial correcto para todos.

1 ¿Hay inestabilidad?

Reanima y moviliza recursos. Si el traslado o el procedimiento es inseguro, estabiliza y coordina una estrategia urgente con el equipo.

2 Sospecha de origen alto

Endoscopia alta tras reanimación. No variceal: generalmente dentro de 24 h. Variceal: dentro de 12 h, tras reanimar. [1,2,6]

3 Hematoquecia activa y significativa

Angio-TC para localizar sangrado activo y orientar intervención. Una fuente alta sigue siendo posible, sobre todo con inestabilidad. [4,5]

4 Sangrado bajo estable

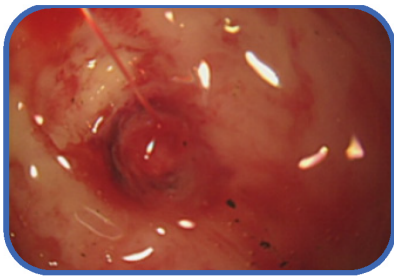
Colonoscopia con preparación adecuada. En la mayoría de hospitalizados no es necesario hacerla de urgencia en menos de 24 h. [4]

¿La angio-TC muestra extravasación?

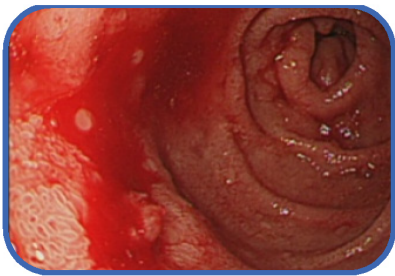
Coordina pronto con radiología intervencionista para angiografía y posible embolización. Si es negativa pero persiste inestabilidad, revalora la fuente y la estrategia; no concluyas que el sangrado terminó. [4,12]

Forrest: mira el estigma

Fotografías endoscópicas reales de las seis categorías.



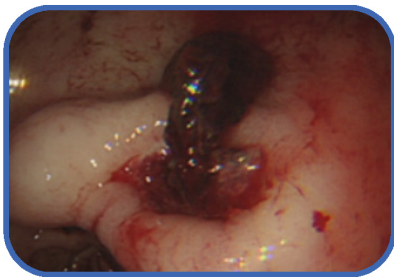
Forrest Ia



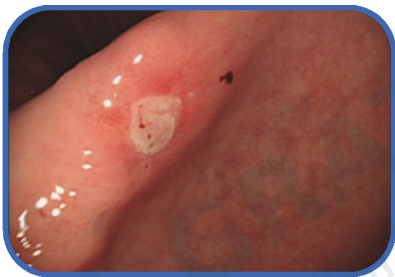
Forrest Ib



Forrest IIa



Forrest IIb



Forrest IIc



Forrest III

Tipo	En qué fijarte	Conducta orientadora
Ia	Chorro de sangre activa.	Hemostasia endoscópica.
Ib	Sangrado rezumante.	Hemostasia endoscópica.
IIa	Vaso visible sin sangrado activo.	Hemostasia endoscópica.
IIb	Coágulo adherido al lecho ulceroso.	Valorar retirada y terapia*.
IIc	Mancha pigmentada plana.	Sin hemostasia rutinaria.
III	Base limpia, sin estigmas hemorrágicos.	Sin hemostasia rutinaria.

Regla clave: adrenalina/epinefrina nunca sola; añadir terapia definitiva. ESGE 2026 contempla clips OTS como alternativa en situaciones seleccionadas. [2,3]

***IIb:** ESGE 2026 sugiere retirar el coágulo y tratar si hay experiencia para controlar el sangrado provocado; ACG 2021 no estableció una recomendación a favor o en contra. IIc/III: valorar también el riesgo clínico. [1-3]

Fuente visual: Yen HH et al. J Clin Med. 2021;10:3527, figura 2. doi:10.3390/jcm10163527. CC BY 4.0. Reproducida sin modificar; explicación y tabla añadidas aparte. La fuente visual no sustituye las GPC de tratamiento.

Bibliografía original

Guías de práctica, practice guidance y consenso internacional.

[1] Laine L, et al.

ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding.
Am J Gastroenterol. 2021;116:899-917.
doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245

Base de estratificación, transfusión, endoscopia e IBP poshemostasia.

[2] Gralnek IM, et al.

Endoscopic diagnosis and management of peptic ulcer bleeding: ESGE Guideline - Update 2026.
Endoscopy. 2026;58:899-924.
doi.org/10.1055/a-2863-8314

Actualiza úlcera: tiempos, coágulo adherido, clips OTS, rescate y seguimiento.

[3] Gralnek IM, et al.

Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline - Update 2021.
Endoscopy. 2021;53:300-332.
doi.org/10.1055/a-1369-5274

Marco no variceal; aplicar actualización 2026 cuando modifica una recomendación.

[4] Sengupta N, et al.

Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: An Updated ACG Guideline.
Am J Gastroenterol. 2023;118:208-231.
doi.org/10.14309/ajg.0000000000002130

Ruta de angio-TC, colonoscopia no urgente, hemostasia y antitrombóticos.

Criterio editorial: se priorizaron documentos normativos originales, no resúmenes comerciales ni blogs. NEJM no se añadió solo por prestigio editorial: aquí la prioridad es la recomendación de una guía.

Bibliografía original / 2

Guías de práctica, practice guidance y consenso internacional.

[5] Triantafyllou K, et al.

Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: ESGE Guideline. Endoscopy. 2021;53:850-868.
doi.org/10.1055/a-1496-8969

Valoración, Oakland, transfusión y manejo diagnóstico.

[6] de Franchis R, et al.

Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76:959-974. Elsevier.
doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022

Consenso internacional: paquete variceal, TIPS y particularidades de la cirrosis.

[7] Gralnek IM, et al.

Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: ESGE Guideline. Endoscopy. 2022;54:1094-1120.
doi.org/10.1055/a-1939-4887

Vasoactivos, antibióticos y terapia endoscópica variceal.

[8] Kaplan DE, et al.

AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. Hepatology. 2024;79:1180-1211.
doi.org/10.1097/HEP.0000000000000647

Guía de práctica: estratificación y prevención de recurrencias.

Bibliografía original / 3

Guías de práctica, practice guidance y consenso internacional.

[9] Abraham NS, et al.

ACG-CAG Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period.
J Can Assoc Gastroenterol. 2022;5:100-101.
doi.org/10.1093/jcag/gwac010

Antitrombóticos: recomendaciones condicionales y límites de evidencia.

[10] Pennazio M, et al.

Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy: ESGE Guideline - Update 2022.
Endoscopy. 2023;55:58-95 (actualización 2022).
doi.org/10.1055/a-1973-3796

Cápsula temprana y enteroscopia en sospecha de fuente delgada.

[11] Chey WD, et al.

ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection.
Am J Gastroenterol. 2024;119:1730-1753.
doi.org/10.14309/ajg.0000000000002968

Tratamiento etiológico y confirmación de erradicación.

[12] Oakland K, et al.

Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology.
Gut. 2019;68:776-789.
doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317807

Apoyo para diagnóstico diferencial y exclusión de fuente alta; priorizar ACG 2023 en la ruta actual.

[13] EsSalud / IETSI, 2024

Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta. Versión extensa.
[Consultar GPC oficial en español](#)

Complemento para valoración inicial y esquema de octreótide.

Alcance: síntesis educativa, no GPC original ni validación por una sociedad. Esquemas y casos de elaboración propia. Fecha de búsqueda: 16 octubre 2026. Antes de aplicación clínica o publicación comercial, revisar contenido con gastroenterología y protocolo local.

TU PRÓXIMO REPASO

Guía de sangrado digestivo alto y bajo

Reconoce, estudia y aborda el sangrado digestivo con rutas para causas no variceales, variceales y bajas, fotografías reales de Forrest y 36 flashcards incluidas.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 23 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Presentación clínica y diagnósticos diferenciales
- Estabilización, laboratorio y escalas de riesgo
- Endoscopia, angio-TC y clasificación de Forrest con fotografías reales
- Tratamiento no variceal, variceal y sangrado bajo
- Antitrombóticos, seguimiento y casos de práctica

Precio individual: \$160 MXN

[Leer versión completa](#)

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.