



Mi Universidad

Litzy Moreno Rojas

Nombre del tema: Sangrado del tubo digestivo

Parcial: 3°

Clínica Quirúrgica

Medicina Humana

Semestre: 5°

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO

ALTO

BAJO

Definición

El sangrado digestivo alto (SDA) se define como la presencia de sangre en el tracto digestivo alto, proveniente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz.

Se reconoce como hemorragia de tubo digestivo bajo a todo sangrado que provenga de una lesión distal al ángulo de Treitz. El espectro clínico es amplio debido a que involucra diferentes etiologías y varía desde una trivial hematoquezia hasta a una hemorragia exanguinante.

Etiología

Úlcera duodenal, úlcera gástrica, varices esofágicas, desarrollo de Mallory weiss.

Difiere en los grupos etáreos, así en niños o jóvenes se debe sospechar en divertículo de Meckel y enfermedad inflamatoria intestinal; en adultos debemos pensar en enfermedad diverticular de colon y neoplasia de colon; y en adultos mayores hay que tener presente a la ectasia vascular o a la colitis isquémica.

Fisiopatología

La gastritis, esofagitis y duodenitis erosivas son en conjunto las causantes de casi 13% de todos los casos de hemorragia de tubo digestivo alto. Los factores predisponentes incluyen el consumo de alcohol, salicilatos y NSAID.

La hematoquezia se define como el sangrado de color rojo brillante o rojo oscuro proveniente del recto. Tradicionalmente la hematoquezia se ha considerado como una hemorragia proveniente del tubo digestivo bajo. Este síntoma puede acompañarse de hematemesis y suele asociarse con inestabilidad hemodinámica.

Clínica

Se manifiesta en forma de hematemesis de sangre fresca o en «poso de café», de melena o, con menor frecuencia, como hematoquezia

Hematoquezia o melena, hipotensión, taquicardia, angina, síncope, debilidad o alteración del estado mental.
Anorexia. neoplasia.

Diagnostico

Gastroscofia, arteriografía, capsula endoscópica, enteroscopia, gammagrafía marcada con tecnecio 99.

Las pruebas de laboratorio más importantes son biometría hemática completa, estudios de coagulación, tipificación y reacciones cruzadas. Los estudios de coagulación incluyen tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y recuento plaquetario.

Manejo inicial

Evaluar el estado hemodinámico e iniciar las medidas de reanimación si se detecta shock o hipovolemia. Además de monitorizar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). El objetivo es determinar los requerimientos e intervención urgente del paciente (endoscopia, transfusión, cirugía, etc.)

Estimar tanto la cuantía de la pérdida sanguínea como el grado de riesgo (comorbilidad) del paciente es esencial para la estabilización y monitorización del paciente. Mantener permeable las vías aéreas (saturación de oxígeno arterial mayor de 95%) e instalados los accesos vasculares venosos son acciones iniciales y simultáneas; de acuerdo a la situación, se completan la historia clínica y los exámenes auxiliares correspondientes

Tratamiento

Se recomienda el empleo de inhibidores de bomba de protones (IBP) administrados inicialmente por vía endovenosa con bolo de inicio de 80mg. No están indicados la somatostatina o análogos, ya que no hay evidencia científica de su eficacia

Primario: reanimación
Secundario: endoscopia y cirugía