



6 DE JUNIO DE 2023

# HEMORRAGIAS DE TUBO DIGESTIVO

URGENCIAS MÉDICAS

BR. OSCAE ZEBADUA LOPEZ

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ  
Universidad del Sureste



## **HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO**

Alto: antes del ligamento de Treitz

Bajo: después del ligamento.

### **HTDA**

#### **ETIOLOGÍA**

- Úlcera péptica gastroduodenal
- Varices esofagogastricas
- Erosiones gástricas y duodenales
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis: Tratamiento: administración de un IBP cada 12 h para inhibir la acidez gástrica y lograr una rápida curación de la esofagitis.
- Tumores
- Angiodisplasia
- Enfermedad de Dieulafoy: Es una arteria anómala que protruye a la luz gástrica y que suele provocar hemorragias masivas.

#### **FISIOPATOLOGÍA**

El sangrado se produce por lesiones que ocurren en las arterias, venas o capilares, lo que provoca la salida de la sangre de los vasos en mayor o menor cantidad. Las lesiones vasculares más comunes se producen por ruptura, trombosis, embolia, exulceraciones, así como las lesiones propiamente de las paredes de los vasos y las neoformaciones vasculares. Otros mecanismos posibles son los cambios en la presión intravascular y las alteraciones de los factores que intervienen en la coagulación de la sangre, que favorecen el sangrado y retardan la formación del coágulo, incluso frente a pequeños daños que habitualmente en una persona sana no desencadenarían sangrado.

## **CUADRO CLÍNICO**

- Hematemesis
- Melena
- Anemia
- Hematoquecia
- Hipovolemia: 1000-1500ml.

a) Hipovolemia leve: Presión arterial sistólica (PAS) superior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca inferior a 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica.

Pérdida estimada de hasta un 10% de la volemia.

b) Hipovolemia moderada: PAS superior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca superior a 100 ppm. Se estima una pérdida de un 10% - 25% de la volemia.

c) Hipovolemia grave: PAS inferior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca superior a 100 ppm, signos de hipoperfusión periférica, anuria. Pérdida del 25%-35% de la volemia.

## **DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE**

1. Estable: SNG para lavado
2. Inestable: ENDOSCOPIA.

## **HTDB**

## **ETIOLOGÍA**

a) COLON Y RECTO (90%)

- Diverticulos
- Angiodisplasia
- Polipos/tumores y pospolipectomia

- Enfermedad inflamatoria del intestino
- Colitis isquémica, infecciosa o actínica
- Hemorroides

#### b) INTESTINO DELGADO (10%)

- Angiodisplasia
- Tumores
- Úlceras por antiinflamatorios no esteroideos
- Enfermedad de Crohn
- Enteritis isquémica o infecciosa
- Divertículo de Meckel
- Divertículos de yeyuno
- Fístula aortoenterica

### **CUADRO CLÍNICO**

- Hematoquecia + anemia
- Melena: en HTDB que están cerca del ligamento Treitz, Rectorragia diferenciarlo de hematoquecia.

### **DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE**

1. Estable: colonoscopia
2. Inestable: angiografía o laparotomía