



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
Hemorragias de Tubo Digestivo
Urgencias Médicas
Dr. Ricardo Acuña del Saz
Br. Viridiana Merida Ortiz
Estudiante de Medicina

16 de marzo de 2023, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

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