



**Docente: Dra. Anel Guadalupe Gordillo Abadía.**

**Alumna: Ana Luisa Ortiz Rodríguez.**

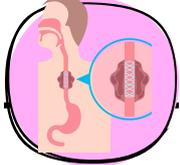
**Licenciatura: Medicina Humana.**

**7º Semestre 3º Parcial.**

**Materia: Clínicas Médicas Complementarias.**

**Tema: Sangrado del tubo digestivo alto y bajo y  
úlcera péptica.**

**Actividad: Mapa conceptual.**



- **Úlcera:** H. Pylori, AINES, AAS, estrés, síndrome de Zollinger Ellison, idiopática.
- **Erosiva/inflamatoria:** Péptica, fármacos, infecciosa.
- **Dependientes de hipertensión portal:** Várices esofágicas, gástricas, duodenales, gastropatía portal hipertensiva.

## ETIOLOGIA



Es una hemorragia que ocurre en la parte superior del tubo digestivo, incluye esófago, estómago y el ángulo de Treitz.

## DEFINICION

**Evolución:**  
 Aguda.  
 La hemorragia es súbita, masiva y suele acompañarse con hematemesis, melenas e hipovolemia.  
 Crónica.  
 Lesión que sangra una pequeña cantidad y el ritmo de reposición es mayor al de la pérdida.

**Volumen de la hemorragia:**

- 25% (750-1500mL)
- Moderada.
- 23-35% (1500-1750mL)
- Grave.
- 35-59% (1750-2500mL)

**Real:**  
 Variceal.

1. Várices esofágicas.
2. Várices gástricas.
3. Enfermedad hipertensiva portal

**No variceal.**

1. Gastritis erosiva.
2. Úlcera péptica.
3. Esofagitis.
4. Desgarro de Mallory Weiss.
5. Cáncer.

## Ficticia CLASIFICACION



- variceal:**
- **Hipertensión portal por cirrosis.**
  - **Várices esofágicas.**
  - **Várices gástricas.**
  - **Várices duodenales**

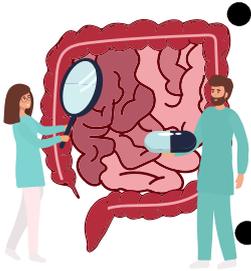
- No variceal:**
1. **Helicobacter Pylori.**
  2. **AINES.**
  3. **AAS.**
  4. **Tabaquismo.**
  5. **Alcohol**



## FACTORES DE RIESGO



# Sangrado de Tubo Digestivo Alto



## FISIOPATOLOGIA



### variceal:

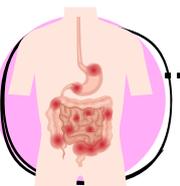
- Aumento de la resistencia del flujo portal.
- Aumento de la presión portal (>12mmHg).
- Aumento de vasodilatadores (Óxido nítrico).
- Dilatación de los vasos y aumento de factores angiogénicos.
- Aumento afluencia sanguínea generan varices.
- Aumento flujo a través de las várices.
- Crecimiento y ruptura de las várices.

### No variceal.

Helicobacter Pylori, mucosa intestinal, lo que causa úlcera. Dependiendo los factores de riesgo la úlcera puede llegar a sangrar.

### AINES y AAS.

Los inhibidores no selectivos que inhiben tanto a la COX-1 como a la COX-2, enzima responsable de la biosíntesis de las prostaglandinas. Lo cual favorece a úlceras.



## CLINICA

- Dispepsia.
- Distensión.
- Eructos.
- Náuseas.
- Vómito.
- Melena.
- Sangre oculta en heces.
- Hematemesis.
- Vómitos en poso de café.
- Dolor epigástrico o en CSD crónico.
- Hipovolemia.
- Coagulopatía.
- Ruidos intestinales.
- Sensibilidad intestinal



## DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA  
 EXPLORACION FISICA.



### Variceal.

- **Esofagogastroduodenoscopia (EGD).**
- **Endoscopia.**
- **Estudios complementarios: BH, QS, perfil hepatico, PTT, TP.**

### No Variceal.

- **Endoscopia.**
- **Prueba de aliento.**
- **Test rápido de ureasa.**
- **Estudios complementarios: BH, QS, perfil hepatico, PTT, TP.**

### Escala de blatchford. Score rockall



## TRATAMIENTO

### Variceal.

- Debajo de 12 mmHg (pranolol, nadolol, dinitrato de isosorbide o ligadura de várices por endoscopia).
- **Fármacos:**
- **Vasopresina y nitroglicerina IV, terlipresina, octreotide bolo IV de 50µ y después infusión continua.**
- **Antibiótico:**
- **Quinolonas, se recomienda Norfloxaco.**
- **Beta-bloqueadores: Usar no selectivos (propranolol, nadolol).**
- **Taponamiento con balón: balón gástrico y esofágico.**
- **Endoscopia:**
- **Depende de la hemorragia, la ligadura EVL.**
- **Reanimación en caso necesario.**

### No Variceal.

- **Omeprazol 40 mg/día.**
- **Suspender AINES.**
- **Erradicar H. Pylori: OCA**
- **Omeprazol 40 mg/día; Claritromicina 500 mg/día**
- **Amoxicilina 1 gr/dí**
- **Endoscopia.**
- **Reanimación en caso necesario.**





- Diverticulitis (causa más frecuente de HDB con hematoquecia severa).
- Angiodisplasia.
- Neoplasias.
- Enfermedades perianales.
- Divertículo de Meckel.
- Malformación arteriovenosa.
- colitis (colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, colitis isquémica e infecciosa).



### ETIOLOGÍA



**Sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz.**  
Entre el intestino delgado y ano

### DEFINICION

### REMISION:

- Hasta el 80% de remisión espontánea

### RESANGRADO:

- Se puede presentar en 25% de los casos.

### DEFINICION



- Sexo.
- Edad avanzada (63-77 años).
- Antocoagulantes

### FACTORES DE MAL PRONOSTICO.

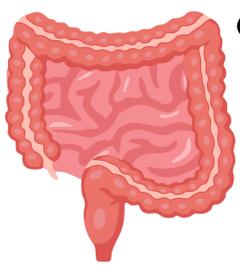
- FC >100.
- TAS < o 115 mmHg.
- Síncope.
- Ausencia de puntos abdominales dolorosos.
- Sangrado rectal durante las primeras 4 horas de evaluación.



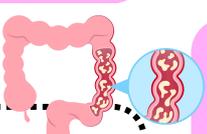
### FACTORES DE RIESGO



## Sangrado de Tubo Digestivo Bajo

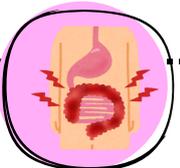


### FISIOPATOLOGIA



#### DEPENDE LA CAUSA.:

- **Diverticulosis:** Contracciones peristálticas elevación anormal a la presión intraluminal.
- Defectos focales en la pared de la mucosa normal del colon.
- **malformaciones arteriovenosas:** Incluye ectasias vasculares, angiomas y angiodisplasias.
- **colitis:** mucosa y submucosa.
- **Enfermedad de Crohn:** enfermedad terminal ileal o ileocecal.
- **Colitis isquémica:** es de comienzo agudo de dolor abdominal tipo cólico.
- **Colitis infecciosa:** causada por E. coli enterohemorrágica, salmonella, hystoplasma y citomegaloviru



### CLINICA

- Dolor abdominal.
- Hematoquecia.
- Melenas.
- Anemia.
- Sangrado hemorroidal.
- Pérdida de peso.
- Fatiga.
- Astenia.
- Adinamia.



Red

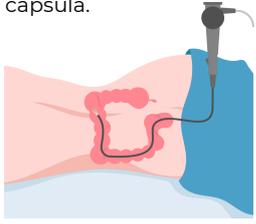
### DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA  
EXPLORACION FISICA.

- Laboratorios: BH
- Gold Standart: Colonoscopia.
- Centograma de glóbulos rojos marcados.



- Angiografía.
- Arteriografía.
- Tomografía.
- Estudio con video capsula.



### TRATAMIENTO

Evaluar el estado hemodinámico del paciente.  
Maniobras de reanimación en caso de ser necesarias.

**Terapia antibiótica:** En casos de colitis infecciosa dependiendo del patógeno.

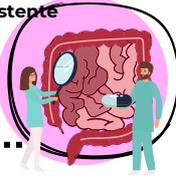
**angiografía:** Inyección de vasopresina intra-arterial.  
Embolización trans-cateter.  
Inyección de adrenalina mediante endoscopia, electrocoagulación bipolar o terapia combina.

**QUIRURGICO.**  
Depende de la causa de la hemorragia.

- Colectomía segmentaria.
- Colectomía subtotal.
- Ileostomía.

#### indicaciones.

- **Inestabilidad hemodinámica persistente.**
- **Requerimiento de transfusión >4 U en 24 hrs.**
- **Hemorragia severa persistente**

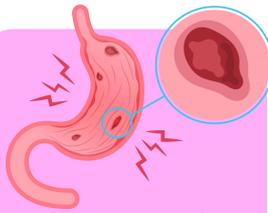




- Diverticulitis (causa más frecuente de HDB con hematoquecia severa).
- Angiodisplasia.
- Neoplasias.
- Enfermedades perianales.
- Divertículo de Meckel.
- Malformación arteriovenosa.
- colitis (colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, colitis isquémica e infecciosa).



## ETIOLOGÍA



Defecto en la pared que se extiende a través de la muscularis mucosae.

## DEFINICION

## Enfermedad ulcerosa péptica:

Caracterizada por el desequilibrio entre la secreción de pepsina y la producción de ácido clorhídrico.

## úlceras pépticas complicadas.

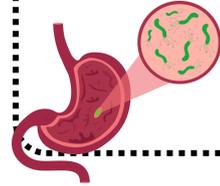
Provoca hemorragia gastrointestinal, perforación, penetración u obstrucción.



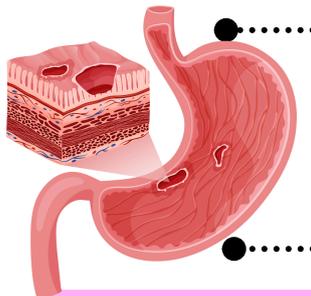
## DEFINICION



- Cáncer.
- Tabaquismo.
- Alcohol.
- Ayuno prolongado.
- El uso de Aines.
- Infección por el Helicobacter Pylori.



## FACTORES DE RIESGO



## FISIOPATOLOGÍA

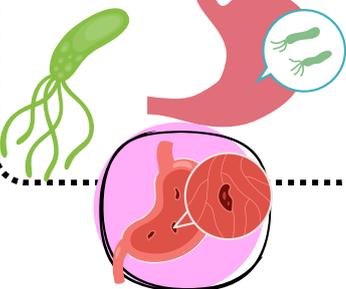


### DEPENDE LA CAUSA.:

**Aines:** Los inhibidores no selectivos que inhiben tanto a la COX-1 como a la COX-2, enzima responsable de la biosíntesis de las prostaglandinas. Lo cual favorece a úlceras.

AINES, inhiben a las prostaglandinas citoprotectoras (PGE2).

**HELICOBACTER PYLORI:** Afecta a la mucosa antral y fúndica; secreción ácida gástrica=úlceras gástricas.



# ÚLCERA PEPTICA



## TRATAMIENTO

## CLINICA

- Dolor epigástrico quemante.
- Aparece de 2 a 5 hrs postalimentos o ayuno.
- Dolor nocturno 12 a 3 am
- Anemia.
- Fatiga, mareo, palidez.
- Presíncope/síncope.
- Hipertensión portal.
- Taquicardia.
- Ortostatismo.
- Hematemesis.
- Sangrado en pozos de café.
- Melena.
- Hematoquecia.



## DIAGNOSTICO

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.  
EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA.  
ESTUDIOS DE LABORATORIO

- BHC.
- QSC.
- Aminotransferasas.
- TP, TPT e INR.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Endoscopia.
- clasificación de forrest

### INVASIVOS:

- Prueba rápida de la ureasa.
- Histología.
- Cultivo y antibiograma.

### NO INVASIVOS:

- Prueba de aliento.
- Serología.
- Ag en heces.
- Prueba de la saliva.
- Prueba de orina



## Erradicar H. Pylori. Suspender AINES.

### Endoscopia oral:

- Elección.
- Test Dx H. Pylori.

### Endoscopia/biopsia capillado:

- Test de H. pylori.
- Ureasa/Histología.
- Tx erradicador para H. pylori.

### Erradicador de h. pylori:

- Omeprazol 20 mg, C/D 12 horas 14 días.
- Claritromicina 500 mg c/d 12 horas 14 días.
- Amoxicilina 500 mg c/d 12 horas 14 días.
- Metronidazol 500 mg c/d 12 horas por 14 días.

