

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

DEFINICIÓN

Hemorragia o sangrado de tubo digestivo que se origina proximal al ángulo de TREITZ.

Incluye

Esófago
Estómago
Duodeno.

Clasificación

NO VARICEAL
VARICEAL

NO VARICEAL

Úlcera péptica (principal causa de STDA)

Esofagitis erosiva



Síndrome de Mallory Weiss



VARICEAL

Se origina a partir de venas dilatadas en el esófago distal

Secundarias a Hipertensión Portal.



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

FACTORES DE RIESGO

H. pylori (90% responsable de úlcera péptica)

Consumo de tabaco

Estrés y ansiedad

Alcoholismo crónico.

Hepatopatía crónica.

Quemaduras

Enfermedad ácido-péptica

Uso crónico de AINES

Uso de anticoagulantes orales.

FISIOPATOLOGÍA

Hipertensión Portal - Desviación arterial

Hay una circulación desviada hacia la vena del plexo esofagico-vena

Y da como resultados varices. Las varices protuyen la luz del esogafo

No presentan manifestaciones hasta que se rompen - STDA

CLINICA

Dispepsia - Dolor o molestia en la parte central del abdomen superior

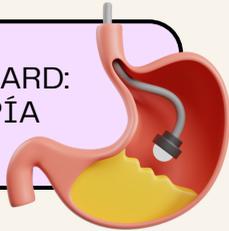
Hematemesis: vómito con sangre, puede ser color rojo, café o negro en "pozos de café"

Hematoquezia: poco frecuente

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

DIAGNOSTICO

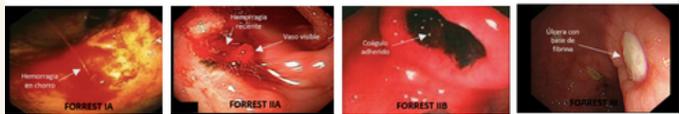
GOLD STANDARD:
ENDOSCOPIA



Es el método diagnóstico de elección para identificar el origen del STDA variceal y no variceal.

CLASIFICACIÓN DE FORREST

Clasificación	Hallazgo Endoscópico	Estado del Sangrado	Porcentaje de Recidiva
IA	Sangrado en CHORRO	Hemorragia ACTIVA	55%
IB	Sangrado en capa o "babeo" rezumante		50%
IIA	Vaso visible	Hemorragia RECIENTE	43%
IIB	Coágulo adherido		22%
IIC	Fondo de hematina (mancha plana pigmentada)		7%
III	Base de fibrina limpia	Ausencia de	2%



- BH
- QS
- Electrolitos Séricos
- Pruebas de función hepática
- Tiempos de coagulación
- Pruebas cruzadas.

TRATAMIENTO NO VICERAL

1. Estabilización Hemodinámica

2. Uso de soluciones cristaloides

4. Escala de Forrest para medir el riesgo de resangrado

ALTO RIESGO:

3. Transfusión de PG si pérdida sanguínea >30%

BAJO RIESGO:
Alta temprana + IBP Oral

IBP IV + Hemosataisa Endoscópica

TRATAMIENTO VICERAL

1ra elección: Terlipresina o Somatostatina IV u Octreótide + Manejo Endoscópico con ligadura con bandas elásticas.



2da elección: Balón Esofágica o Gástrico en casos refractarios.

PREVENCIÓN PRIMARIA:
Betabloqueadores no selectivos

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO



DEFINICIÓN

Se considera las hemorragias originadas distales al ligamento de Treitz, entre el intestino delgado y el ano.



Afecta generalmente a individuos de edad avanzada y a menudo con comorbilidades graves.



DIAGNOSTICO

Historia Clínica + Exploración Física

Colonoacopía

EPIDEMIOLOGÍA

La DIVERTICULOSIS ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE. Seguida de la Angiodisplasia, en especial e edad avanzada.

El divertículo de Meckel es una causa de STDB en pacientes pediátricos.

Sangrado + Graduado + Intermitente = ANGIODISPLASIA

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada

Estreñimiento crónico

Consumo elevado de carne. Antecedentes Familiares.



TRATAMIENTO

Endoscópico con adrenalina + Hemicolectomía



Colonoscopia



Diverticulectomía

Antibióticos.

ÚLCERA PEPTICA

DEFINICIÓN

Es una patología del tracto gastrointestinal caracterizada por el desequilibrio entre la secreción de pepsina y la producción de ácido clorhídrico

Provoca daño a la mucosa del estómago, duodeno proximal, la del esófago distal

También puede afectar al duodeno distal y yeyuno

COMPLICACIONES

1. SANGRADO la más frecuente

Perforación

Penetración

Obstrucción de la salida gástrica

ETIOPATOGENIA

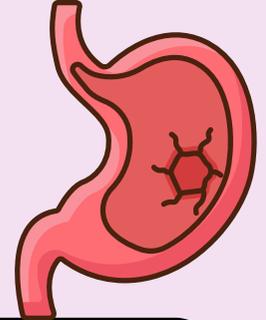
Desequilibrio entre los factores agresores y factores defensores de la mucosa gástrica.

Histológicamente es una ZONA DE NECROSIS EOSINOFÍLICA

Asienta sobre tejido de granulación con células inflamatorias crónica

rodeado por cierto grado de necrosis.

ÚLCERA PEPTICA

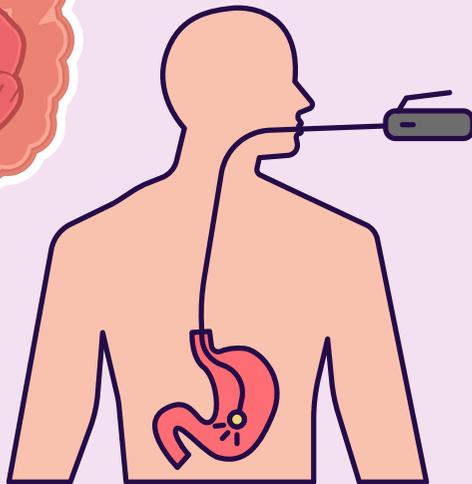


GASTRITIS EROSIVA

Esta condición está relacionada al consumo crónico de AINES



Su diagnóstico es a través de la **endoscopia**



EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a 4 millones de personas anualmente.

Es la causa más frecuente de hospitalización por hemorragia de tubo digestivo alto.

La mortalidad de UPC con sangrado es 10%

Factores de mal pronóstico: edad mayor 70, comorbilidades, choque hipovolémico, tratamiento por más de 24 horas.

FACTORES DE RIESGO

Uso de AINES (principal factor de riesgo para sangrado digestivo)

Infección por H. Pylori

Tabaquismo - Corticoesteroides

Cocaína o anfetaminas - Ayuno prolongado

ÚLCERA PEPTICA

CLÍNICA

DOLOR EPIGÁSTRICO

Hematemesis: Vómito con sangre fresca.

Sangrados en posos de café
Melena
Hematoquezia

DIAGNÓSTICO

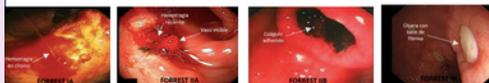
BIOMETRÍA HEMÁTICA
QUÍMICA SANGUÍNEA
AMINOTRANSFERASAS
TP. TPT. INR
ELECTROCARDIOGRAMA SERIADO Y ENZIMAS DE DAÑO MIOCÁRDICO.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX À ABORDAJE INICIAL

ENDOSCOPIA DEBE REALIZARSE DE FORMA TEMPRANA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

CLASIFICACIÓN DE FORREST

Clasificación	Hallazgo Endoscópico	Estado del Sangrado	Porcentaje de Recidiva
IA	Sangrado en CHORRO	Hemorragia ACTIVA	35%
IB	Sangrado en capa o "babeo" rezumante (sangra a través de poros)		50%
IIA	Vaso visible	Hemorragia RECIENTE	43%
IIB	Coágulo adherido		22%
IIC	Fondo de hematina (mancha plana pigmentada)		7%
III	Base de fibrina limpia	Ausencia de Hemorragia	2%



TRATAMIENTO

SOPORTE VITAL

INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES 80 MG EN BOLO SEGUIDO DE 8MG POR HORA EN INFUSIÓN DURANTE 72 HORAS

ERRADICAR H. PYLORI

TERAPIA TRIPLE	OPCIÓN 1	14 DÍAS
	<ul style="list-style-type: none"> IBP CLARITROMICINA AMOXICILINA 	14 DÍAS
	<ul style="list-style-type: none"> IBP CLARITROMICINA METRONIDAZOL 	14 DÍAS
	OPCIÓN 3	14 DÍAS
	<ul style="list-style-type: none"> RANITIDINA CLARITROMICINA AMOXICILINA 	14 DÍAS

MANEJO ENDOSCÓPICO - ENDOSCOPIA TEMPRANA DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA PRESENTACIÓN

MANEJO DE PERFORACIÓN 1. COLOCAR SNG 2. REEMPLAZO DE VOLUMEN INTRAVASCULAR 3. IBP 4. ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO

CIRUGÍA DE URGENCIA À LAPAROSCOPIA