



Docente: Dra. Anel Guadalupe Gordillo Abadía.

Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.

Licenciatura: Medicina Humana.

7° Semestre 3° Parcial.

Materia: Clínicas Medicas Complementarias.

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

Actividad: Mapa conceptual.

SANGRADO DEL TUBO Digestivo alto



DEFINICIÓN



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

FACTORES DE RIESGO



Várices esofágicas, gástricas, duodenales, alcohol, tabaco, h. pylori, fármacos.

ETIOLOGÍA



Ulcerosa: 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.

CLASIFICACIÓN

EVOLUCIÓN

VOLUMEN DE LA HEMORRAGIA

REAL

FICTICIA

VARICEAL

NO VARICEAL

VARICEAL

NO VARICEAL

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.

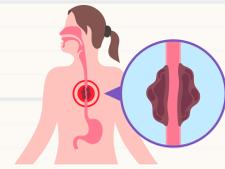
- Leve. 15-25% (750-1500mL)
- Moderada. 23-35% (1500-1750mL)
- Grave. 35-59% (1750-2500mL)

- Variceal.**
- Várices esofágicas.
 - Várices gástricas.
 - Enfermedad hipertensiva portal
- No variceal.**
- Gastritis erosiva.
 - Úlcera péptica.
 - Esofagitis.
 - Desgarro de Mallory Weiss.
 - Cáncer.
 - Entre otros...

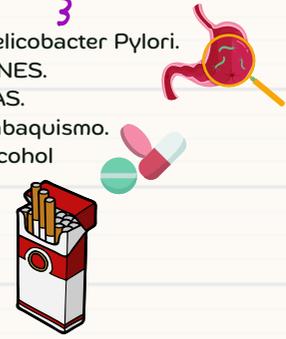
- Várices esofágicas.
- Várices gástricas.
- Várices duodenales.

- Hemorragia proximal al ligamento de Treitz.
- Factores de riesgo para úlcera péptica.

1. Hipertensión portal por cirrosis.
2. Várices esofágicas.
3. Várices gástricas.
4. Várices duodenales.



1. Helicobacter Pylori.
2. AINES.
3. AAS.
4. Tabaquismo.
5. Alcohol



Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal, en los tres niveles de atención. México: secretaria de Salud; 2008.

SANGRADO DEL

TUBO

Digestivo alto

FISIOPATOLOGÍA

VARICEAL

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

NO VARICEAL

H. pylori.
Daño a la 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.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

VARICEAL

- Ictericia.
- Angiomas aracniformes.
- Eritema palmar.
- Hepatomegalia.
- Ascitis.
- Cabeza de medusa.

NO VARICEAL

- 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.

DIAGNÓSTICO

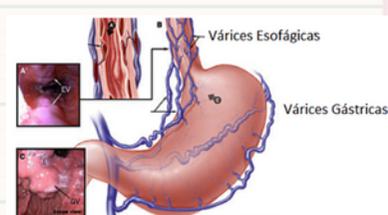
Historia clínica.
Exploración física.

VARICEAL

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

NO VARICEAL

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



Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia aguda del tubo digestivo alto no variceal, en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 2008.

SANGRADO DEL

TUBO



Digestivo alto

TRATAMIENTO

VARICEAL

- Reducir la presión venosa por 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 Norfloxacino.
- 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

- IBP: 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.

SCORE ROCKALL

Tabla 9-1 Escala de Rockall

Parámetros	Puntos
A. Edad (años):	
> 80	2
60-79	1
< 60	0
B. Shock:	
PAS < 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	2
PAS ≥ 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	1
PAS ≥ 100 mmHg, pulso < 100 lat/min	0
C. Comorbilidad:	
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, malignidad diseminada	3
Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o cualquier otra comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. Diagnóstico endoscópico:	
Cáncer gastrointestinal alto	2
Resto de diagnósticos	1
Ausencia de lesión, ausencia de EESR, síndrome de Mallory-Weiss	0
E. EESR	
Sangre en el tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible o sangrado activo	2
Base negra o EESR ausentes	0

PAS: presión arterial sistólica; EESR: estigmas endoscópicos de sangrado reciente.
Puntuación total: A + B + C + D + E. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 11. Categorías de riesgos: alto (≥ 5) Intermedio (3-4), y bajo (0-2).

ESCALA DE BLATCHFORD

Tabla 9-2 Escala de Blatchford

Parámetros	Puntos
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6,5-8	2
< 6,5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
< 10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
< 90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Otros parámetros:	
Insuficiencia cardíaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥ 100 lat/min	1

Puntuación total: A + B + C + D. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 23.
Conversión de las cifras de urea: 1 mg/dl equivale a 0,357 mmol/l.
Ante una puntuación = 0 el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva clínica de 0,5%).

SANGRADO DEL TUBO

digestivo bajo



DEFINICIÓN

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

ETIOLOGÍA

- 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).

FACTORES DE RIESGO



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

FACTORES DE MAL PRONOSTICO

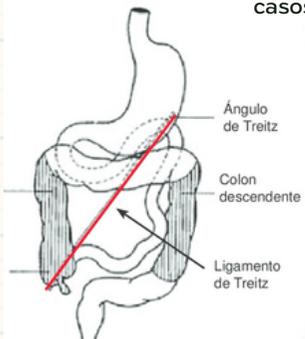
- FC >100.
- TAS < o 115 mmHg .
- Síncope.
- Ausencia de puntos abdominales dolorosos.
- Sangrado rectal durante las primeras 4 horas de evaluación.
- Historia de administración de AINES.
- >2 comorbilidades activas.
- Hematocrito <35%
- Alteración de signos vitales una hora después de la evolución inicial.

REMISIÓN

Hasta el 80% de remisión espontánea.

RESANGRADO

Se puede presentar en 25% de los casos.



FRECUENTES

- Diverticulosis.
- Angiodisplasia.
- Neoplasias.
- Causas perianales.

POCO FRECUENTES

- Enfermedad de Crohn.
- Colitis infecciosa.
- colitis por radiación.
- Úlceras o várices rectales.

SANGRADO DEL TUBO



digestivo bajo

FISIOPATOLOGÍA

Depende de la causa.

DIVERTICULOSIS

Contracciones peristálticas elevación anormal a la presión intraluminal.
Defectos focales en la pared de la mucosa normal del colon.

COLITIS

- Colitis ulcerativa: afecta 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 citomegalovirus.

INFECCIÓN POR VIH

- Citomegalovirus, linfoma, infección idiopática y colitis.

MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

Incluye ectasias vasculares, angiomas y angiodisplasias.

PROCTITIS POR RADIACIÓN

- Provoca sangre con las deposiciones, tenesmo y diarrea.

ENFERMEDAD ANORRECTAL

- Hemorroides.
- Úlcera/fistula.
- Fistulas anales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor abdominal, hematoquecia, melena, anemia, sangrado hemorroidal, pérdida de peso, fatiga, astenia, adinamia.

DIVERTICULOSIS

Hematoquecia.
Múltiples de 5 a 10 mm de diámetro.

NEOPLASIAS

Tumores malignos o benignos.
Padecimientos de diverticulosis.
Sangrado intermitente u oculto.

DIVERTICULO DE MECKEL

Puede ocasionar obstrucción, inflamación abdominal y peritonitis.

COLITIS

Dolor abdominal de tipo cólico y diarrea sanguinolenta, moco o tenesmo.
Hematoquecia.
Pancolitis.

ANGIODISPLASIA

Sangrado imperceptible y constante.

NEOPLASIAS

Tumores malignos o benignos.
Padecimientos de diverticulosis.
Sangrado intermitente u oculto.

ENF PERIANALES

Hemorroides: se produce dilatación o ingurgitación, hay prurito, ulceración cutánea, rectorrsgía.
Fistulas anales: ocurre en la defecación, hsy dolor, comezón y rectorragía.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica completa.
Exploración física completa.

LABORATORIOS

Biometría hemática.

CENTELLOGRAMA CON GLÓBULOS ROJOS MARCADOS

Permite detectar velocidades de sangrado mayores a 0.1 mL/min.

ARTERIOGRAFÍA

ESTUDIO CON VIDEO-CÁPSULAS

Permite la identificación del sitio de sangrado.

COLONOSCOPIA

Estudios de elección.

ANGIOGRAFIA

Localiza hemorragia activa intestinal cuando la velocidad es >0.5 mL/min.
GOLD STANDAR en Dx de angiodisplasias.

TOMOGRAFIA

Permite la observación de la vasclatura abdominal en múltiples planos.

SANGRADO DEL TUBO



digestivo bajo

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 transcatereter.
Inyección de adrenalina mediante endoscopia, electrocoagulación bipolar o terapia combina.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Depende de la causa de la hemorragia

INDICACIONES

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

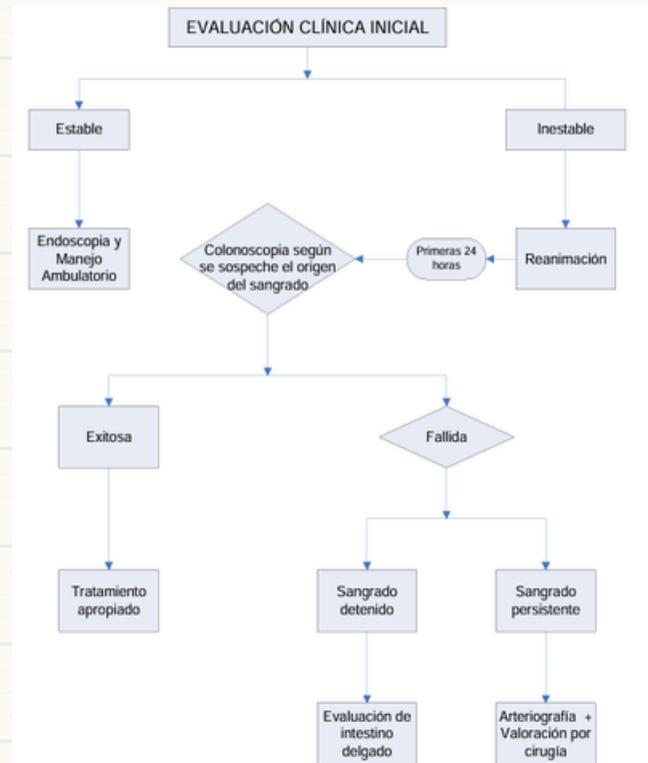
TIPOS

- Colectomía segmentaria.
- Colectomía subtotal.
- Ileostomía.

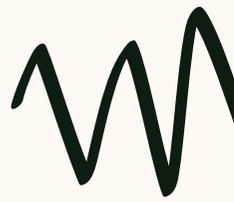
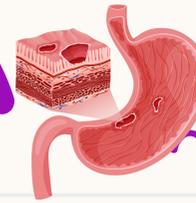
INDICACIONES DE EMERGENCIA

- Pérdida de >4 a 6 U de plaquetas globulares.
- Falta de estabilización.
- Sangrado persistente después de intervención con colonoscopia o angiografía.
- Resangrado dentro de una semana.

ALGORITMO DE SANGRADO TDB



ÚLCERA Péptica



DEFINICIÓN



Enfermedad ulcerosa péptica:
Caracterizada por el desequilibrio entre la secreción de pepsina y la producción de ácido clorhídrico.

ETIOLOGÍA

Alteración en la secreción de moco, flujo sanguíneo y regeneración celular.

FACTORES DE RIESGO

Cáncer.
Tabaquismo.
Alcohol.
Ayuno prolongado.

ÚLCERA PÉPTICA

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

ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA

Provoca hemorragia gastrointestinal, perforación, penetración u obstrucción.

ENDÓGENOS

Ácido clorhídrico.
Pepsinas.
Ácidos biliares.
Enzimas.

EXÓGENOS

Fármacos (AINEA y AAS).
Alcohol.
Tabaco.
Bacterias (H. Pylori).

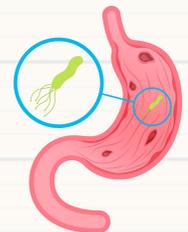
USO DE AINES

- Ácido acetisalícilico.
- Aceclofenaco.
- Keterolaco.
- Naproxeno.
- Ibuprofeno.
- Diclofenaco.



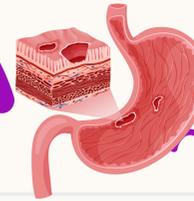
INFECCIÓN POR BACTERIAS

- Helicobacter Pylori.



ÚLCERA Péptica

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



DIAGNÓSTICO

Historia clínica completa.
Exploración física completa.
Estudios de laboratorio.
Lavado nasogástrico.

OTROS

- BHC.
- QSC.
- Aminotransferasas.
- TP, TPT e INR.
- Electrocardiograma.

IMAGEN

- Radiografía de tórax.
- Endoscopia.

INVASIVAS

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

NO INVASIVAS

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

FISIOPATOLOGÍA

Varía según su etiología



H. PYLORI

- Produce una gastritis antral.
- Provoca: ↑ secreción de ácido gástrico y ↑ del riesgo de úlcera duodenal.
- Infección por H. Pylori: Afecta a la mucosa antral y fúndica; secreción ácida gástrica=úlcera gástrica.

AINES

- Los inhibidores no selectivos no 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).

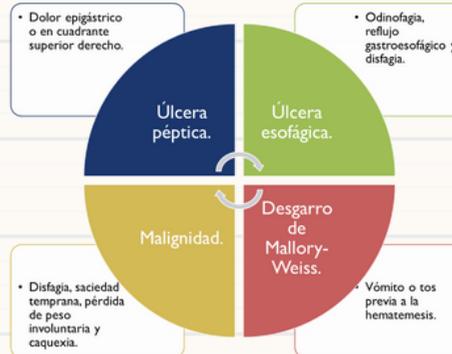
- Dolor epigástrico quemante.
- Aparece de 2 a 5 hrs postalimentos o ayuno.
- Dolor nocturno 12 a 3 am.

PUEDA PRESENTAR

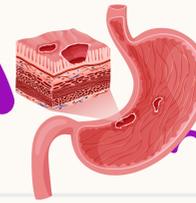
- Hematemesis.
- Sangrado en pozos de café.
- Melena.
- Hematoquecia.

OTRAS MANIFESTACIONES

- Anemia.
- Fatiga, mareo, palidez.
- Presíncope/síncope.
- Hipertensión portal.
- Taquicardia.
- Ortostatismo.



ÚLCERA Péptica



ESCALAS

CLASIFICACIÓN DE FORREST

Ia. Sangrado activo en chorro.
Ib. Sangrado activo rezumante.
Ila. Vaso visible.
Iib. Coágulo adherido.
Iic. Mancha plana pigmentada.
III. Úlcera con base de fibrina limpia.

Clasificación	Hallazgo Endoscópico	Estado del Sangrado	Porcentaje de Recidiva
IA	Sangrado en en CHORRO		55%
IB	Sangrado en capa o "babeo" rezumante (sangra a través de poros)	Hemorragia ACTIVA	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%

Tabla 9-2 Escala de Blatchford

Parámetros	Puntos
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6-8	2
< 6.5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
< 10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
< 90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Otros parámetros:	
Insuficiencia cardíaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melenas	1
Pulso < 100 lat/min	1

Tabla 9-1 Escala de Rockall

Parámetros	Puntos
A. Edad (años):	
> 60	2
60-79	1
< 60	0
B. Shock:	
PNs < 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	2
PNs ≥ 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	1
PNs ≥ 100 mmHg, pulso < 100 lat/min	0
C. Comorbilidad:	
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, malignidad diseminada	3
Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o cualquier otra comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. Diagnóstico endoscópico:	
Cáncer gastrointestinal alto	2
Riesgo de diagnóstico	1
Ausencia de lesión, ausencia de EESR, síndrome de Mallory-Weiss	0
E. EESR	
Sangre en el tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible o sangrado activo	2
Base negra o EESR ausentes	0

Puntuación total: A + B + C + D. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 23.
 Conversión de las cifras de urea: 1 mg/dl equivale a 0.357 mmol/l.
 Ante una puntuación = 0 el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva crítica de 0.5%).

TRATAMIENTO

Se basa principalmente en su etiología.
 Erradicar H. Pylori.
 Suspender AINES.

ENDOSCOPIA ORAL

- Elección.
- Test Dx H. Pylori.

ESTUDIO GASTRODUODENAL DE CONTRASTE

- Test Dx H. Pylori.
- Test de aliento.

ERRADICADOR DE H. PYLORI

- Omeprazol 20 mg.
- Claritromicina 500 mg.
- Amoxicilina 1 gr (metronidazol 500 mg9).

ENDOSCOPIA/ BIOPSIA CAPILLADO

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

COMPLICACIONES

- Hemorragia (> frecuente).
- Perforación (> grave).
- Obstrucción.