



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA:

ERICK VILLEGAS MARTINEZ

MATERIA:

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE:

Dra. Anel Guadalupe Gordillo

Tema:

Cuadro mixto

CUADRO	STDA	STDB	ULCERA PEPTICA
DEFINICIÓN	Hemorragia que se origina proximal al ángulo de Treitz (esófago, estómago, duodeno)	Sangrado distal al ángulo de Treitz (recto, colon, ciego, íleon terminal)	Defecto en la pared gástrica que atraviesa la muscularis mucosae
ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente por 1° úlcera péptica, esofagitis erosiva, síndrome de Mallory-Weiss --> no variceal • Várices esofágicas --> variceal 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, neoplasias, angiodisplasia, enfermedades perianales, divertículo de meckel, colitis infecciosa 	Desequilibrio entre secreción de ácido y defensa de la mucosa <ul style="list-style-type: none"> • AINES • Infección --> H. Pylori • Cáncer
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • H. pylori • Uso crónico de AINES • Alcoholismo • Hepatopatía crónica • Anticoagulantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Uso de AINES • Hipertensión portal • Patologías colónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por H. pylori • AINES • Tabaquismo • Corticoides • Estrés
FISIOPATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • En el STDA no variceal, el ácido clorhídrico y la pepsina erosionan la mucosa del tracto digestivo superior, favoreciendo úlceras y sangrados. • En el variceal, la hipertensión portal dilata las venas esofágicas que pueden romperse fácilmente 	Lesiones en la mucosa del intestino distal causadas por inflamación, erosiones o enfermedades vasculares (divertículos, neoplasias), que pueden provocar sangrados masivos	<ul style="list-style-type: none"> • H. pylori y los AINES debilitan las defensas de la mucosa. --> La lesión crónica produce necrosis en las capas mucosa y submucosa, lo que desencadena el proceso ulceroso
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Método de elección: Endoscopia en las primeras 24 horas --> clasificación de Forrest para riesgo de resangrado. • Estudios adicionales: Biometría hemática, pruebas de coagulación, y pruebas hepáticas en STDA variceal 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física, historia clínica y colonoscopia para identificar el sitio de sangrado. • En caso de hemorragia aguda severa, se pueden requerir angiografía o TC 	Método de elección: Endoscopia para visualizar el sitio ulceroso. <ul style="list-style-type: none"> • En úlceras complicadas, se recomienda clasificación Forrest para evaluar riesgo de sangrado
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • No Variceal: Soporte vital (ABCD), IBP en bolo -80mg/8mginfucion, hemostasia endoscópica (clips, adrenalina, coagulación térmica). • Variceal: Terlipresina o somatostatina y manejo endoscópico con ligadura de bandas elásticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inicial con reposición de líquidos y estabilización hemodinámica • Colonoscopia terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • IBP-80mg • Erradicación de H. pylori (IBP, CLARI-500mg, AMOX-500mg--14d) • Manejo endoscópico y en casos graves cirugía

Clasificación	Hallazgo Endoscópico	Estado del Sangrado	Porcentaje de Recidiva
IA	Sangrado en en CHORRO	Hemorragia ACTIVA	55%
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%

