



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN

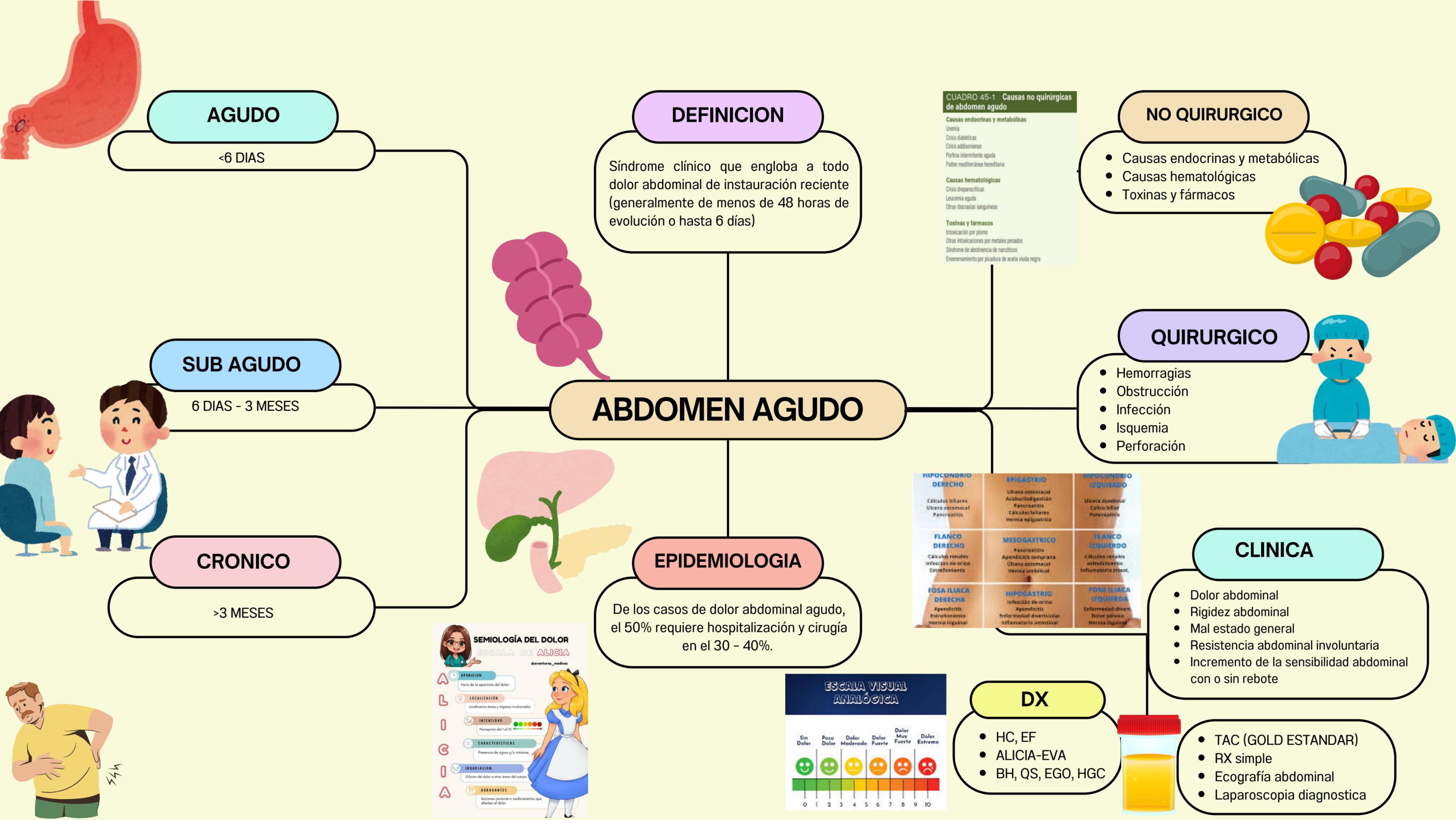
MATERIA:
TECNICAS QUIRURGICAS

ALUMNA:
ROSARIO LARA VEGA

GRADO Y GRUPO:
6° "A"

DOCENTE:
DR. MOLINA ROMAN ROMEO ANTONIO

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS
11 DE OCTUBRE DEL 2024



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Y BAJO

Sangrado de tubo digestivo bajo

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz, entre el intestino delgado y el ano.

Etiología

- Hemorragia diverticular
- Angiodisplasias
- Enf perianales
- Divertículo de Meckel
- Colitis infecciosa y NO

DX

- HC, EF-anorrectal
- Glóbulos rojos marcados con TC99
- Angiografía
- TAC
- Estudio-video con capsulas

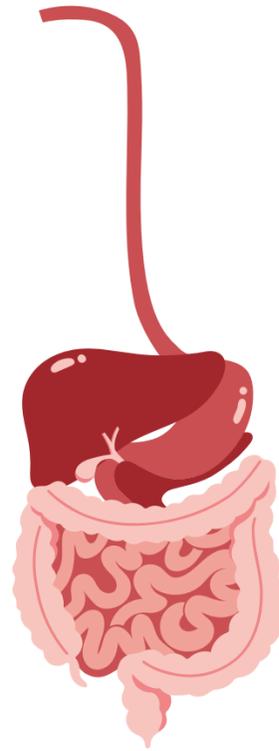
Epidemiología

- Tasa de mortalidad 2-4%
- Prevalencia de >20-80 años



TX

- Antibióticos
- Colectomía total o subtotal



Sangrado de tubo digestivo alto

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma proximal al ligamento de treitz

Epidemiología

- Frecuente en hombre
- Riesgo de 83-100 x 100,000 hbts
- Representa el 80%

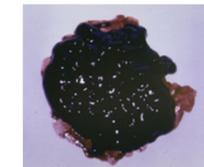


Causas varicosas 20%

- Varices gastroesofágicas 90%
- Gastropatía HTP 5%
- Varices aisladas <5%

Causas NO varicosas 80%

- Úlceras pépticas 30-40%
- Gastritis - Duodenitis 20%
- Esofagitis 5-10%
- D. Mallory Weiss 5-10%
- Tumores 2%



Clínica

- HC-EF
- Hematemesis
- Melena
- Hematoquecia



DX

- Endoscopia
- Angiografía

TX

- IBP (Omeprazol o pantoprazol) ->80mg
- CX

Tabla. Escala clínica de Rockall

Variables	Puntos			
	0	1	2	3
Edad (años)	< 60	60 - 79	> 80	-
Frecuencia cardíaca (lat/minuto)	< 100	≥ 100		-
Tensión arterial sistólica (mmHg)	≥ 100		< 100	-
Comorbilidad	Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cualquier otra comorbilidad mayor		Insuficiencia renal, cáncer	

Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA	Sangrado pulsátil	55 % (17-100%)	11 % (0-23%)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso visible	43 % (0-81%)	11 % (0-21%)
IIB	Coágulo adherido	22 % (14-36%)	7 % (0-10%)
IIC	Macula plana	10 % (0-13%)	3 % (0-10%)
III	Fondo limpio (fibrina)	5 % (0-10%)	2 % (0-3%)

FORREST I (IA y IB): hemorragia activa, se debe estabilizar y realizar tratamiento endoscópico inicial, si fracasa se debe consultar al cirujano (6,5% de las hemorragias persistentes o recidivas terminan en cirugía).

FORREST II (IIA, IIB y IIC): hemorragia reciente, requiere hospitalización por lo menos 72 horas (60 - 76 % de las recidivas ocurre dentro de las primeras 72 horas).

FORREST III (III): corresponde exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración. Iniciar vía oral tras realización de endoscopia y dar alta a domicilio.

Dr. Alex Velasco

CLASIFICACIÓN				
....SHOCK HIPOVOLÉMICO....				
	1	2	3	4
PERDIDA DE SANGRE (%)	<15%	15-30%	30-40%	>40%
FC (LPM)	≤100	100-120	>120	>140
TA (mmHg)	NORMAL	NORMAL	HIPOTENSIÓN	HIPOTENSIÓN SEVERA
FRECUENCIA PULSO	NORMAL	DÉBIL	MUY DÉBIL	CASI AUSENTE
RELLENO CAPILAR (SEG)	NORMAL	>2	>2	>2 O AUSENTE
FR (CRPM)	14-20	20-30	30-40	>40
DIURESIS (ML/H)	≥30	20-30	5-10	ANURIA
NIVEL DE CONSCENCIA	INTRANQUILO	ANSIOSO	CONFUSO	ESTUPEFACIDO
DIÁSTO CARDÍACO	NORMAL	EN DESCENSO	BAJO	MUY BAJO
DEPOSICIÓN DE VOLÚMEN	CRISTALOIDES + COLOIDES	CRISTALOIDES + COLOIDES	CRISTALOIDES + COLOIDES + SANGRE	CRISTALOIDES + COLOIDES + SANGRE

