

DR. JUAN CARLOS GOMEZ VAZQUEZ

ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO

MEDICINA INTERNA

RESUMENES

5°A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de abril de 2025

INDICE

Índice.....	1
Introducción.....	2
STDA.....	3
HDB.....	4
Gastritis aguda y crónica.....	5
Hepatitis Vírica.....	6
Cirrosis.....	7
Conclusión.....	8
Bibliografía.....	9

INTRODUCCION

Las enfermedades del aparato digestivo representan un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto en la calidad de vida y, en muchos casos, su potencial gravedad. Entre estas patologías destacan las hemorragias digestivas altas, la cirrosis hepática y la gastritis, todas ellas con implicaciones clínicas significativas que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica que se manifiesta por sangrado proveniente del tracto gastrointestinal superior, y puede deberse a úlceras, varices esofágicas o erosiones gástricas, entre otras causas. Por otro lado, la cirrosis hepática es el resultado final de procesos inflamatorios crónicos del hígado que llevan a fibrosis progresiva y disfunción hepática, con consecuencias sistémicas. En cambio, la gastritis, aunque generalmente menos grave, consiste en la inflamación de la mucosa gástrica y puede ser aguda o crónica, asociándose a factores como el estrés, el consumo de medicamentos, el alcohol y la infección por *Helicobacter pylori*.

El conocimiento adecuado de estas enfermedades, sus factores de riesgo, manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos es esencial para mejorar la atención médica y reducir complicaciones potencialmente mortales.

.

(HDA)

• **Qué es?** Pérdida de sangre por una lesión localizada antes del ángulo de Treitz (esófago, estómago, duodeno).

• **Etiología:**

- 1- Úlcus péptico y erosiones 42%.
- 2- Varices esofágicas/esofagogástricas 16%.
- 3- Esofagitis 13%.
- 4- Tumores 7%.
- 5- Angiodisplasias 6%.
- 6- Mallory-Weiss 4%.
- 7- Dieulafoy 2%.

• **Clínica:** La HDA puede manifestarse en forma de:

- Hematemesis (vómito de sangre fresca, coágulos)
- Vómito en posos de café (restos hemáticos oscuros)
- Melena: heces blandas, negras brillantes y malolientes normalmente indica HDA
- Hematoquecia: Salida de sangre fresca o de color rojo oscuro por el ano.

Acompañado de:

- Hipovolemia leve (PAS) $> 100 \text{ mmHg}$, FC: $< 100 \text{ ppm}$, pérdida de 10% de la volemia.
- Hipovolemia moderada (PAS) $> 100 \text{ mmHg}$, FC: $> 100 \text{ ppm}$, pérdida de 10 - 25% de volemia.
- Hipovolemia grave (PAS) $< 100 \text{ mmHg}$, FC: $> 100 \text{ ppm}$, signos de hipoperfusión periférica, anuria, pérdida del 25 - 35% de volemia.

• **DX**

el de elección: Gastroscofia: Identifica la lesión causante de la hemorragia en mas del 90% de casos. Deberia realizarse en cuanto se hayan iniciado las medidas de reanimación del paciente y se encuentre estable. Realizarla (Primeras 8hrs) →

HDB (Hemorragia Digestiva Baja)

• **Qué es?** Hemorragia que se origina en el tubo digestivo distal y queda al alcance de un colonoscopio (ano, recto, colon, ciego e ileón terminal)

• Etiología:

- Fisura anal - Sangrado hemorroidal

* Hemorrasias que requieren ingreso hospitalario:

• Origen diverticular - Angiodisplasia - Post-Polipectomía o isquemia intestinal (colitis isquémica)

* En Pacientes Jóvenes:

Enfermedad inflamatoria intestinal y colitis infecciosas.

• Clínica:

• **Rectorragia:** Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación de heces de aspecto normal. Aparece característicamente al final de la deposición, goteo o mancha en papel higiénico al limpiarse. Origen anorrectal si es muy fresca y brillante.

• **Hematoquecia:** Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o no. Indica HDB de origen no tan distal

• **Heces negras, alquitranadas (melenas):** Sugieren hemorragia digestiva alta, aunque puede ser la forma de presentación de una hemorragia originada en intestino delgado o colon derecho

• Medidas Iniciales

- Interrogar sobre uso de AINES, antiagregantes o anticoagulantes, Polipectomía Previa, síntomas anales, dolor abdominal, Sx tóxico, cambio de ritmo intestinal reciente, etc.

- Evaluar el estado hemodinámico: considerada hemorragia grave a Persistencia de la HDB; PAS < 100 mmHg, FC > 100 pulsaciones/min, síncope no explicado por otras causas, hemoglobina < 9 g/dl

- Realizar tacto rectal y exploración anal siempre

- Colocar sonda nasogástrica en Px c/ hemorragia grave.

GASTRITIS AGUDA Y CRÓNICA

med. interna
alto y bajo - Am.
Gast. hepat, Cirros. S.
encefal. Patra - CTO

• **Qué es la Gastritis?** Conjunto de trastornos caracterizados por la inflamación del revestimiento del estómago.

• Gastritis Aguda

- Gastritis de estrés

El estrés, entendido como situación de gravedad, puede dar lugar a un rango de lesiones. Las erosiones se afeccionan más con frecuencia en el cuerpo y fondo, mientras que las úlceras son más frecuentes en antro y duodeno.

Se observa en PT hospitalizados gravemente enfermos, traumas o infecc. Quíveres, insuf. hepática, renal o respiratoria grave.

• Manifestación clínica

Hemorragia digestiva alta que varía en gravedad, pérdida de la integridad de mucosa gástrica con erosiones y sangrado difuso.

• **TX** → misoprostol → 200mg

Praxol
mg

IBP, anti-H₂ o sucralfato. → 1 por 4 veces por día

DX: -

- Test de Aliento
- endoscópica (Gold-estándar)

- Gastritis Por Fármacos

Entre ellos se encuentran el ácido acetilsalicílico (AAS), AINE, ácidos biliares, enzimas pancreáticas o alcohol. ^{por que se da} ^{cuanto tiempo:}

- Gastritis Por Tóxicos

• **Alcohol** Tras su ingesta se observan con frecuencia hemorragias subepiteliales en examen endoscópico sin inflamación mucosa.

• **Cocaína** uso de cocaína en forma de crack y hemorragia gastrointestinal por erosión exudativa difusa a lo largo del fondo, cuerpo y antro y bulbo duodenal.

• **Reflujo Biliar** se observa en estómago después de gastrectomía con anastomosis del duodeno. También se produce después de colecistectomía. Endoscopia revela edema, congestión, erosiones e impregnación biliar.

- Gastritis Producida Por H. Pylori

Lo más frecuente es que la infección por H. Pylori sea asintomática. ocasionalmente puede dar lugar a síntomas inespecíficos e histológicamente demuestra una infiltración por Polimorfonucleares en mucosa gástrica.

HEPATITIS VIRICA

* Hepatitis A y E: Fecal - oral

* Hepatitis B, C, D

DEFINICIÓN

Enf. sistémica que afecta de forma preferente al hígado y que está causada por varios virus que tienen un especial tropismo hepático.

Hepatitis Fulminante

Se define a la presencia de encefalopatía con aumento en tiempos de protrombina (INR > 1.5) en hígado previamente sano.

Hepatitis Crónica

- Cuenta con 2 caminos posibles:

- Cirrosis hepática
- Hepatocarcinoma

Tx sintomático de Hepatitis Agudas

- Reposo relativo
- Control clínico periódico para valorar evol. a forma fulminante
- Dieta variada
- Abstinencia alcohólica
- Especial cuidado en admin. de fármacos por procesos concomitantes
- Paracetamol para alivio sintomático

Infección Por el VHA

VIRLOGÍA

Virus de hepatitis A pertenece al género hepatovirus dentro de la familia Picornaviridae. Formado por capsíde pequeña y desnuda, contiene en su interior una molécula lineal ARN de cadena sencilla.

P. de Incubación

Unos 28 días. Individuo afectado comienza a eliminar el virus por heces de forma precoz, habiéndose detectado incluso al 7º-10º día de la infección, siendo la máxima eliminación en heces aprox. hacia el día 25 (días antes de la clínica).

Una vez iniciada la clínica, la eliminación del virus permanece únicamente de 5 a 10 días, desapareciendo la infectividad.

Al principio es una respuesta predominante de tipo IgM, permanece positivo durante 4 meses (algunos 7 años).

Respuesta de tipo IgG - Anti-VHA aparece igual precozmente (de 90 días).

Scribe



Escaneado con CamScanner

CIRROSIS

• **¿Qué es?** Proceso difuso caracterizado por fibrosis y conversión de arquitectura normal del hígado en nódulos estructuralmente anormales (nódulos de regeneración).

• Etiología

Se expresa mediante la clasificación de Child-Pugh

Parámetro	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos
Encefalopatía	No existe	Grado 1-2	Grado 3-4
Ascitis	Ausente	Ligera	Modorada
Bilirrubina	1 a 2	2 a 3	>3
Albúmina	>3,5	2,8 a 3,5	<2,8
Protrombina	>50%	30-50%	<30%

• Principales Causas de Cirrosis

- Alcoholismo
- Posthepatitis vírica: hep. B, C y D
- Fármacos (metotrexato)
- Enf. Congénitas y metabólicas
- Cirrosis biliar y secundaria
- Fallo cardíaco u obstrucción venosa
- Otras: sarcoidosis, hepatitis crónica autoinmunitaria, DM.

• Clínica

Depende si este se encuentra (compensada o descompensada)

Px con cirrosis compensada → completamente asintomáticos y no presentan ninguna alteración analítica.

Px con cirrosis descompensada → complicaciones: hemorragia digestiva alta por varices, ictericia, ascitis, encefalopatía, peritonitis bacteriana espontánea, sepsis o hepatocarcinoma

A exploración física: anaxas vasculares, eritema palmar, contractura de Dupuytren, hipertrofia parotídea, ginecomastia

• Diagnóstico

Se hace en base al estudio de biopsia hepática.

El dx etiológico se hace basándose en estudios serológicos o a la historia clínica.

CONCLUSION

Las hemorragias digestivas altas, la cirrosis hepática y la gastritis son enfermedades digestivas con distinta gravedad, pero con un denominador común: su impacto significativo en la salud y el bienestar del paciente. Estas patologías, aunque distintas en su origen y evolución, pueden estar interrelacionadas y derivarse unas de otras si no se tratan adecuadamente.

La detección temprana, el tratamiento oportuno y la prevención mediante la modificación de factores de riesgo —como el consumo excesivo de alcohol, el uso indiscriminado de medicamentos, y la infección por *Helicobacter pylori*— son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones graves. Asimismo, el seguimiento médico adecuado y la educación en salud son pilares esenciales para el manejo integral de estas condiciones digestivas.

En definitiva, un abordaje multidisciplinario y una mayor conciencia sobre la prevención pueden marcar una gran diferencia en la evolución de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

Rodríguez Ortega, M. (Ed.). (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía: Digestivo*. ENARM México (1.ª ed.). CTO Medicina.

Ruiz Mateos, B., Campos Pavón, J., Alonso García-Pozuelo, J., Suárez Barrientos, A., & Cano Valderrama, Ó. (Eds.). (s.f.). *Manual AMIR Digestivo y Cirugía General*. Academia de Estudios MIR.