

Josué Alejandro Roblero Díaz

Dr. Juan Carlos Gómez Vázquez

Resúmenes

Medicina Interna

5°

A

Índice

1. Introduccion.....	3
2. Sangrado de tubo digestivo alto.....	4
3. Sangrado de tubo digestivo bajo.....	5
4. hepatitis viridica.....	6
5. Cirrosis Hepática.....	7
6. Conclusión.....	8
7. Bibliografía.....	9

Introducción

Se dice que en la materia la Medicina Interna es una especialidad médica que se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en adultos. Ya que es una disciplina amplia que abarca múltiples sistemas del cuerpo humano, permitiendo a los médicos internistas manejar una gran variedad de patologías, desde enfermedades comunes hasta condiciones complejas y multisistémicas.

En ellos se habla una de complicaciones más altas en esta materia que son los sangrados del tubo digestivo representan una emergencia médica frecuente que puede variar desde episodios leves hasta situaciones potencialmente mortales. Se definen como la pérdida de sangre que ocurre en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, y se clasifican comúnmente en dos grandes grupos según su localización anatómica: sangrado digestivo alto y sangrado digestivo bajo.

El **sangrado digestivo alto** proviene del esófago, estómago o duodeno, y suele manifestarse clínicamente como hematemesis (vómito con sangre) o melena (heces negras y alquitranadas). Entre sus causas más frecuentes se encuentran las úlceras pépticas, las várices esofágicas y la gastritis erosiva.

Por otro lado, el **sangrado digestivo bajo** se origina en el intestino delgado distal, colon o recto, y suele presentarse como hematoquecia (sangrado rojo brillante por el recto) o sangre oculta en heces. Las causas comunes incluyen diverticulosis, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias y hemorroides.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de los sangrados digestivos son esenciales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Para ello, se emplean herramientas clínicas, endoscópicas y de imagen, así como estrategias terapéuticas que van desde el manejo conservador hasta la intervención quirúrgica o endoscópica.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

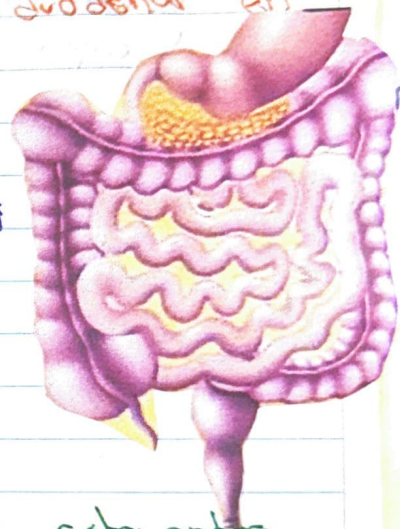
ffh
(7)

■ La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine proximal al ligamento de Treitz.

Etiología

La principal causa de HDA es la úlcera péptica, alcanzando un 50% de los casos, siendo frecuentemente de localización gástrica en adultos y duodenal en niños.

- Úlcera péptica (55%)
- Varices esofágicas (10-20%)
- Esofagitis/gastritis/duodenitis (5-20%)
- Mallory - Weiss (5-10%)
- Angiodisplasia (6%)
- Neoplasia (2-5%)



Mortalidad

La mortalidad en la HDA no variceal está entre 2 a 10%, duplicándose en pacientes hospitalizados por otra causa y en las de etiología variceal entre 15-20%, lo que ha permanecido estable en la última década.

Factores de riesgo

- Edad mayor de 60 años
- Enfermedad hepática avanzadas
- Inestabilidad hemodinámica al ingreso
- Altos requerimientos de transfusión de GH.
- Hallazgos de sangrado activo o hemorragia reciente en la endoscopia
- Presencia de varices.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Es la pérdida de sangre procedente del tubo digestivo se divide al anillo de treitz en: Alto y Bajo.

1- Neoplasia: Adenocarcinoma de colon

- Sangre oculta en heces en >50 años

2- Alteraciones vasculares: - Hemangiomas

- Angiodisplasias de colon.

- Hemorroides internas, externas y fisura anal

- Divertículos, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

HTDB: Hematoquecia, la fisura anal se presenta con dolor intenso al evacuar, así como tenesmo rectal.

Hemorragia leve

* Pérdida de volémica menor a 10%.

* Asintomática.

Hemorragia moderada

* Pérdida de 10 a 25% volémica

* TAS > 100 mmHg

* FC > 100 lpm

Hemorragia grave.

- Pérdida de 25 a 30% volémica

- TAS < 100 mmHg

- FC > 100 a 120 lpm

- Signos de hipoperfusión

masiva → pérdida de 35 a 50% datos francos de choque hipovolémico.

Ox: - Historia clínica + exploración física

- Laboratorios → BH, Qs, ES, BUN, CR, PFT.

- ECG → Descartar IAM por hipoperfusión

- Radiografía → Endoscopia

HEPATITIS VIRIDICA

- Virus que afectan primariamente al hígado
- Todos ocasionan síntomas similares: fiebre, anorexia, náuseas, ictericia, hepatomegalia, incremento de transaminasa glutámico pirúvica.

Agentes:

- A (VHA) Hepatitis infecciosa. Picornaviridae
- B (VHB) Hepatitis serena. Hepadnaviridae
- C (VHC) Flaviviridae
- G (VHG) Caliciviridae
- E Flavivirus.

Patogenicia

- se le denomina hepatitis infecciosa
- transmisión oral
- replica en los hepatocitos
- Destrucción de los hepatocitos
- 2 a 6 semanas

Diagnostico.

- Aislamiento del virus en heces
- Titulo de anticuerpo Ig M,
- Titulo de anticuerpos Ig G.
- útil para medir la prevalencia

Clinica.

- Fiebre, malestar abdominal, color amarillento, sed pullos
- Dolores articulares.

Dx:

- Analisis de sangre
- Relacion albumina globulina inversa
- Biopsia de hígado.

CIRROSIS HEPATICA

- Es la enfermedad hepática crónica degenerativa, e irreversible.
- Fases Iniciales: Asintomática o inespecífica (cirrosis compensada).
- Fases Avanzadas: Grandes complicaciones y síntomas (cirrosis descompensada).

Etiología

■ Causas más comunes

- Infección hepatitis C
- Abuso de alcohol
- Esteatosis hepática no alcohólica Hep. B

■ Causa menos comunes

- Cirrosis biliar Primaria
- Hemocromatosis
- Hepatitis Autoinmune
- Enf. de Wilson cerangitis esclerosante

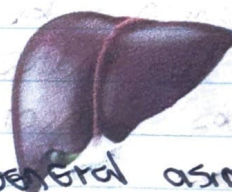


Cuadro Clínico

■ Fase Inicial

Diagnóstico es casual y por lo general asintomático o inespecífico.

- Astenia
- Adinamia
- Anorexia



HÍGANO NORMAL



HÍGANO CIRRÓTICO

■ Fase avanzada

- Ascitis y Edemas
- Hemorragias digestivas por varices
- Ictericia
- Prurito en las de origen biliar HT pulmonar, HT portal.

Cirrosis del hígado



ESCALA PARA LA CIRROSIS HEPATICA

e **ESCALA CHILD-PUGH**

LA CLASIFICACIÓN MODIFICADA CHILD-PUGH DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD HEPÁTICA SE REALIZA DE ACUERDO AL GRADO DE ASCITIS, LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE BILIRRUBINA Y ALBÚMINA, EL TIEMPO DE PROTROMBINA, Y EL GRADO DE ENCEFALOPATÍA

BATEA BILIRRUBINA TOTAL, ALBUMINA, TIEMPO DE PROTROMBINA, ENCEFALOPATÍA, ASCITIS

PARÁMETROS	PUNTOS ASIGNADOS		
	1	2	3
ASCITIS	AUSENTE	LEVE	MODERADA
BILIRRUBINA (MG/DL)	<2	2-3	>3
ALBUMINA (G/L)	>3.5	2.8 - 3.5	<2.8
TP	1-3	4-6	>6
S/CONTROL / INR	<1.8	1.8-2.3	>2.3
ENCEFALOPATÍA	NO	GRADO 1-2	GRADO 3-4

PUNTOS	SOBREVIDA AL AÑO (%)	CLASE	SOBREVIDA A LOS 2 AÑOS (%)
5-6	100%	A	85%
7-9	80%	B	60%
10-15	45%	C	35%

Conclusión

Por ello concluyo que la materia de Medicina Interna es una especialidad clave en la atención médica de adultos, proporcionando un enfoque holístico y basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El sagrado tubo digestivo, más allá de su complejidad anatómica y funcional, representa un pilar esencial en el mantenimiento de la vida. A través de su recorrido, desde la boca hasta el ano, se realiza la milagrosa transformación de los alimentos en energía vital, nutrientes y desechos, permitiendo al cuerpo humano sostenerse, renovarse y evolucionar.

Esta maquinaria biológica, finamente calibrada, no solo cumple una función fisiológica, sino que también puede ser vista como un símbolo de equilibrio, adaptación y conexión con el entorno. Reconocer su importancia y cuidarlo adecuadamente es, en última instancia, honrar la sabiduría natural que sostiene nuestra existencia.

Gracias a su formación, los internistas están preparados para enfrentar desafíos clínicos diversos y contribuir significativamente a la mejora de la calidad de vida de sus pacientes.

Bibliografía

Ciril, R. B. (2016). *Farreras-Rozman. Medicina Interna 2 Volúmenes*. ELSEVIER.

Dennis, K. (2016). *Harrison Principios de Medicina Interna Vol. 1 y Vol. 2*. McGraw-Hill.

Larry, J. (2020). *Harrison. Manual de Medicina Interna*. McGraw-Hill.

