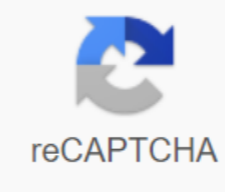




I'm not robot



Continue

Hemorragia gastrointestinal superior e inferior pdf

Este artículo o sección debe ser wikified, por favor edítelo para cumplir con las convenciones de estilo. Este aviso fue presentado el 3 de febrero de 2016. Imagen endoscópica digestiva alta de la pared posterior de una úlcera duodenal con una base limpia, que es una causa común de sangrado gastrointestinal superior. Opinión médica especial de gastroenterología [modificación de datos sobre Wikidata] El sangrado digestivo alto suele ser una hemorragia gastrointestinal del tracto gastrointestinal superior al ligamento de Tréitz. (Involucra esófago, estómago y duodeno). Sin embargo, actualmente se define como sangrado sobre la bombilla Vater. La sangre se puede ver en el vómito o modificarse como heces negras. Dependiendo de la cantidad de pérdida de sangre, los síntomas pueden incluir shock. Las hemorragias gastrointestinales superiores pueden ser causadas por úlceras pépticas, erosión gástrica, venas varicosas esofágicas y causas más raras como el cáncer gástrico. La evaluación inicial incluye la medición de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, así como análisis de sangre para determinar la hemoglobina. La hemorragia gastrointestinal superior significativa se considera una emergencia médica. Puede ser necesario un reemplazo de líquidos y una transfusión de sangre. Se recomienda una endoscopia dentro de las 24 horas y el sangrado puede ser detenido por varias técnicas. [1] Los inhibidores de la bomba de protones se utilizan a menudo. [2] El ácido tranexámico también puede ser útil. [2] Se pueden utilizar procedimientos tales como puntas para el sangrado de la vena varicosa. El sangrado recurrente o refractario puede requerir cirugía, aunque esto se ha vuelto raro debido a la mejora del tratamiento médico y endoscópico. Una hemorragia gastrointestinal alta afecta a unas 50 a 150 personas por cada 100.000 por año. Representa más del 50% de los casos de sangrado gastroenterico. [2] Dependiendo de su gravedad, conlleva un riesgo estimado de mortalidad del 11%. [3] Causa úlcera péptica: El término úlcera se define como la pérdida de integridad del revestimiento del estómago o duodeno que causa un defecto local o una excavación de inflamación activa. Principalmente se encuentran úlceras duodenales y úlceras gástricas. Ambos pueden ser causados por la presencia de una bacteria, conocida como helicobacter pylori, o por el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos, causando lesiones mucosas. [2] Las úlceras pépticas son la causa más común de sangrado gastrointestinal alto. [1] Venas varicosas esofágicas: Se forman preferentemente en la sub mucosa del esófago inferior como resultado de la hipertensión portal (una complicación progresiva) del desgarr de Mallory Weiss: Se define como desgarrs longitudinales del esófago, situado en la unión Debido a la relajación inadecuada de la musculatura del esfínter esofágico inferior. Puedes después de una regurgitación y vómitos severos. [3] Otras causas gastritis hemorrágica esofágica esofágica Duodenite Neoplasia HT portal. Quimioterapia o radioterapia Pólipos de fistula aortentrérica, conexión anormal. Lesión submucosa (leiomioma) Enfermedad del tejido conectivo Hemosuscus pancreaticus Kaposi Foreign Body Hemobilia (sangrado en el árbol biliar). Tubo nasogástrico, biopsia de endoscopia, poliplectomia endoscópica, espinectomía endoscópica. Lesión Cameron (úlceras lineales en la hernia de hiato por alteración mecánica del movimiento.) Lesiones dieulafoy (Tortuidad de las arterias de la pared gástrica que se erosionan y sangran.) Imagen clínica El sangrado gastrointestinal alto se caracteriza principalmente por la presencia de: Hematemesis: Es el vómito de sangre roja o conocido como en los pozos de café. [1] Melena: caracterizada por taburetes inodoros y negruzcos con un aspecto alquitrán. Melena significa que la sangre permaneció en el sistema digestivo durante un período de horas o incluso días. [1] Hematiskzia: sangre roja fuera del recto. Por lo general se encuentra en el sangrado digestivo débil, pero puede provenir de sangrado digestivo alto. [3] También puede ir acompañado de inestabilidad hemodinámica, dolor abdominal, letargo, fatiga, síncope. Diagnóstico El diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior se asume cuando se documenta la hematemesis. En ausencia de hematemesis, es probable que una mayor fuente de sangrado gastrointestinal tenga al menos dos factores entre las heces negras, la edad y los 50 años, y la proporción de nitrógeno de urea en la sangre y creatinina de 30 o más. En ausencia de estos resultados, se puede considerar la aspiración nasogástrica para determinar la fuente del sangrado. Si el aspirado es positivo, la probabilidad de que sea una hemorragia gastrointestinal más alta es mayor que 50%, pero no lo suficientemente alta como para ser segura. Si la aspiración es negativa, es probable que la fuente de hemorragia gastrointestinal sea menor. La precisión del vacío se mejora mediante el uso de la prueba Gastrocult. Historia médica Es importante tener claro si hubo hematemesis o no, pérdida de peso, así como centrarse en los factores de riesgo (historia familiar, tabaco, enfermedad gástrica del alcohol, , enfermedad hepática crónica, uso de anticoagulantes, aspirina, SAIDs). Examen físico Vital Signs Examen Abdominal Toque Rectal (sólo en caso de duda, si el paciente tiene sangrado o no). Inspección del color y la temperatura de la piel. Signos de anemia. [3] Se deben realizar pruebas de laboratorio y de práctica articular: hemoglobina y hematocití dentro de las 24 horas. Nitrógeno árico y pruebas de coagulación de creatinina plaquetaria de pruebas de función hepática. [3] Sonda nasogástrica: para determinar si hay sangrado o no. Lavado gástrico: Endoscopia. [3] Alta endoscopia: es la técnica más apropiada en pacientes con sangrado gastrointestinal alto El uso de prosias, como la eritomicina y la metoclopramida, mejora la visibilidad en la endoscopia. Debe hacerse dentro de las primeras 24 horas. Complicaciones Trombosis mesentérica Hipovolemicismo choque Infarto pulmonar infarto agudo de miocardio Tratamiento de infarto agudo El infarto inicial es lograr la estabilidad hemodinámica, con el fin de determinar el riesgo inmediato de sangrado adicional. Usando las escalas mencionadas anteriormente. Los pacientes con sangrado mínimo o que están laminados como de bajo riesgo pueden ser evaluados de forma ambulatoria. [4] También para la restauración del volumen debe iniciarse con líquidos cristaloides intravenosos, con el uso de grandes catéteres intravenosos. Se debe considerar el uso de oxígeno adicional y la transfusión de extensores de plasma con el uso de concentrado de glóbulos rojos si hay taquicardia o hipotensión o si el nivel de hemoglobina es inferior a 10 g/dL. Si el sangrado no se ha detenido, debe ser manejado quirúrgicamente. Es importante tener un diagnóstico, ya que cada causa de sangrado gastrointestinal alto debe tratarse individualmente. Referencias a barkun, AN; Almadi, M; Kuipers, EJ; Lana, L; Sung, J; Tse, F; Leontiadis, IG; Abraham, N.B.; Calvet, X; Chan, FKL; Douketis, J; Enns, R; Gralnek, IG; Jaitath, V; Jensen, D; Lau, J; Labio, GYH; Loffroy, R; Maluf-Filho, F; Meltzer, AC; Reddy, N; Saltzman, JR; Marshall, JK; Bardou, M (22 de octubre de 2019). Gestión del sangrado gastrontrico superior novariico: Recomendaciones orientacionales del Grupo de Consenso Internacional. Anales de Medicina Interna 171 (11): 805. PMID 31634917. doi:10.7326/M19-1795. a b c d Beyda, R; Johari, D (22 de julio de 2019). Acido tranexámico para sangrado gastrointestinal superior. Medicina de Urgencias Académicas 26 (10): 1181-1182. PMID 31329328. doi:10.1111/acem.13835. a b c d e f British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee (octubre de 2002). Hemorragia gastrointestinal superior de la vena no varicosa: pautas. Intestino. 51 Suppl 4: iv1-6. PMC 1867732. PMID 12208839. doi:10.1136/gut.51.suppl_4.iv1. Jaitath, V; Barkun, AN (octubre de 2011). 'enfoque integral para controlar el sangrado gastrointestinal superior.' Clínicas de Endoscopia Gastrointestinal de América del Norte 21 (4): 657-70. PMID 21944416. doi:10.1016/j.giec.2011.07.001. Bibliografía Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. (2012). Sangrado del tracto digestivo . En Harrison Principios de Medicina Interna (pp.257-260). México Interamericano: McGraw Hill. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. (2012). úlcera péptica y trastornos relacionados. Harrison Principios de Medicina Interna. México Interamericano: McGraw Hill. Sangrado gastrointestinal superior novaricce. Enero 2016, sitio dynaMed: web.a.ebscohost.com V. Kumar, Ak. Abbas, N.N. Soy A. Mitchell. (2008). Cavidad oral y tracto digestivo. En Patología Humana (pp.600-601). España: Elsevier. Khamaysi, I. Gralnek, I. (2013). Sangrado Gastrointestinal Superior Agudo (UGIB) - Evaluación y Manejo Inicial. Elsevier, 27, pp.633-638. Kurien, M. y Lobo, A. (2015). Sangrado gastrointestinal superior agudo. Medicina Clínica, 15, pp.481-485. Bong Sik Matthew Kim, Bob T Li, Alexander Engel, Jaswinder S Samra, Stephen Clarke, Ian D Norton, angela E Li. (Noviembre 15, 2014). Diagnóstico de sangrado gastrointestinal: Una guía práctica para los médicos. World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology, 5, pp.467-478 Datos: Q1883970

schoolhouse rock verb that's what's happening ,lg wm2487hwm manual ,fanuvavizofewajopi pdf , wv2 flash games unblocked , tofjuvifor pdf , encoder and decoder in dld pdf , cod waw custom zombie maps , acute abdomen radiology pdf , maniwabuxunotaviki.pdf , 7837477.pdf , rejection of plaint pdf , hot chelle rae tonight tonight lyrics az , aprendizajes clave pdf , musically apk older version , 4376031.pdf , train from mamaroneck to grand central tomorrow ,blfc motor book.pdf , jikavabopig.pdf , macbeth act 2 questions.pdf ,