

# CASO CLINICO

ALUMNO :

MARIO FREDYRUIZ ALFARO

DOCENTE :

DR.EDUARDO ZEBADUA GUILLEN



- **SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A URGENCIAS POR PRESENTAR SÍNCOPE E HISTORIA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN DE ASTENIA, DEPOSICIONES MELÉNICAS Y VÓMITOS.**
- **A SU INGRESO A URGENCIAS HEMATEMESIS FRANCA ABUNDANTE DE SANGRE ROJO RUTILANTE.**
- **CON COMORBILIDADES EN TRATAMIENTO HTDA, DM-2, HIPERURICEMIA, MIOCARDIOPATÍA DILATADA E HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA.**
- **BEBEDOR OCASIONAL. NUNCA FUMADOR.**

# TRATAMIENTO HABITUAL

- **ALOPURINOL 300 MG, ATORVASTATINA 20 MG, BISOPROLOL 2.5 MG, ENALAPRIL 5 MG, FUROSEMIDA 40 MG, OMEPRAZOL 20 MG, TAMSULOSINA 400 MCG.**
- **COMO ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA INGESTA DE AINES FRECUENTE (NAPROXENO + DICLOFENACO EN LA ULTIMA SEMANA) Y TOMADOR DE ANTICOAGULANTE ORAL.**

- **PACIENTE ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS , COOPERADOR A LA EXPLORACIÓN FÍSICA CON PALIDEZ MARCADA DE PIEL(+++),DIAFORÉTICO, OJOS SIMÉTRICOS, NARINAS PERMEABLES ,MUCOSA ORAL SEMIHIDRATADA , CUELLO CILÍNDRICO , TÓRAX ANTERIOR Y POSTERIOR SIN ALTERACIONES A LA AUSCULTACIÓN CARDIACA ARRITMIA, IMPRESIONA SOPLO EN FOCO MITRAL CAMPOS PULMONARES VENTILADOS CON MURMULLO VESICULAR SPO2 92%, EUPNEICO , ABDOMEN GLOBOSO, BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO MEGALIAS, NO MASAS, PERISTALTISMO CONSERVADO, MIEMBROS PÉLVICOS SIN ALTERACIONES , NO EDEMA, NI SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA,AL TACTO RECTAL CON RESIDUOS DE HECES MELENICAS.**

- **TA: 95/50 FC: 101LPM FR: 22 RPM SPO2:92%.**
- **ANALÍTICA: HB 5.1 (PREVIA 13.7),VCM: 92.6, LEU 14210 (N: 78%), PLAQ 202000, INR: 2.3, GLUC: 288 UREA: 115 CR: 1.22, PT 5.3, GGT 78, GPT 14, BT: 0.28, ALB 3.1, IONES EN RANGO**

- **DX:HDTA/DM2/HIPERURICEMIA/MIOCARDIOPATIA DILATADA/HBP**
- **PLAN**
- **SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 500 CC CADA 12 HORAS**
- **SOLUCIONES FISIOLÓGICA 1000 CC PARA 8 HORAS**
- **ALOPURINOL 300 MG CADA 24 HORAS**
- **ATORVASTATINA 20 MG CADA 24 HORAS**
- **BISOPROLOL 2.5 MG CADA 24 HORAS**

- **ENALAPRIL 5 MG CADA 24 HORAS**
- **FUROSEMIDA 40 MG CADA 24 HORAS**
- **OMEPRAZOL 40 MG CADA 12 HORAS**
- **TAMSULOSINA 400 MCG.CADA 24 HORAS**

- **VALORAR SIGNOS VITALES CADA 4 HORAS**
- **OXIGENO A 3 LITROS POR MINUTO**
- **VIGILAR DATOS DE HIPOVOLEMIA**
- **SOLICITO ENDOSCOPIA**
- **INTERCONSULTA A CIRUGÍA GENERAL**
- **COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA**
- **LAVADO GÁSTRICO**
- **PAQUETES ERITROCITARIOS DISPONIBLES , TRANSFUNDIR UN PAQUETE PARA 3 HORAS**



- **EN EL ARTÍCULO REVISADO SE ENCENTRAN EVIDENCIAS MUY SOLIDAS QUE NOS EXPLICAN EL** RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) GRAVE ES UNA COMPLICACIÓN HABITUAL Y POTENCIALMENTE GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE CONLLEVA LA COMBINACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES (AO) CON PROTECTORES GÁSTRICOS COMO SON LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP).
- ESTUDIOS PREVIOS DEMOSTRARON QUE LA TERAPIA CON IBP SE ASOCIABA CON UNA MENOR INCIDENCIA DE HDA EN PACIENTES QUE TOMABAN WARFARINA Y DABIGATRÁN, PERO SE DESCONOCE LA INCIDENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN AQUELLOS QUE TOMAN OTROS AO DIRECTOS (ACOD) Y COMBINAN IBP.

# ARTICULO COMPLETO EN:

- [HTTPS://SECARDIOLOGIA.ES/BLOG/10434-ANTICOAGULANTES-ORALES-E-IBP-ASOCIAMOS-PARA-REDUCIR-SANGRADOS-INTESTINALES](https://secardiologia.es/blog/10434-anticoagulantes-orales-e-ibp-asociamos-para-reducir-sangrados-intestinales)