



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
8° SEMESTRE
MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS
TRABAJO:
CASO CLINICO
DOCENTE:
DR.EDUARDO ZEBADUA GUILLEN
ALUMNO:
MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS , SEPTIEMBRE DE 2020

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 melénicas.

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, AP: 65, 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 los artículos revisados se encuentran evidencias muy solidas de que debe hacerse en la hemorragia digestiva desde el momento del diagnostico y tratamiento por medio de endoscopia lo que disminuye el riesgo de muerte en las primeras 12 horas de iniciado el evento , la forma de abordar la patología, el riesgo de muerte y recidiva que puede presentarse cuando no se da un manejo ideal como la infusión continua de inhibidores de la bomba de protones que en combinación con los anticoagulantes orales promueven una mejor cicatrización de la hemorragia digestiva lo que mejora el pronostico y los resultados .

Avances en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta no varicosa

En cuanto a la endoscopia en la hemorragia digestiva alta y la endoscopia como método de diagnostico y tratamiento deberá ser realizada de forma precoz pues ofrece importantes ventajas para estratificar el riesgo de la hemorragia desde el punto de vista endoscópico detectando pacientes con lesiones con bajo riesgo de sangrado y que podrían ser dados de alta precozmente y aplicar tratamiento hemostático en pacientes con lesiones de alto riesgo de sangrado (lo que disminuye la recidiva hemorrágica, la cirugía y la mortalidad

<https://www.sapd.es/revista/2015/38/1/02>

Este estudio nos demuestra que la terapia combinada de IBP más anticoagulación se asoció con una menor incidencia de hospitalización por hemorragia digestiva alta para todos los AO incluidos

Anticoagulantes orales e IBP.

<https://secardiologia.es/blog/10434-anticoagulantes-orales-e-ibp-asociamos-para-reducir-sangrados-intestinales>

Protocolo diagnóstico y valoración pronóstica de la hematemesis

Este estudio demuestra el riesgo que tiene cada paciente que padece una hemorragia digestiva dependiendo de las características y ubicación del sangrado. Lo que se traduce en mayor o menor mortalidad y recidivas del sangrado.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212702718>