



CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Emili Vallvé Alcón
Hospital Universitari Vall d'Hebron

CURSO PRECONGRESO-**SEFH 2015**-VALENCIA

10 de noviembre de 2015

Validación farmacéutica...

PANTOPRAZOL 40 mg vial	80 mg	12	PIV
GLUCOSA 10% 500 ml vial plastic	500 ml	8	PVC
↳ POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M)	10 mEq	8	PVC
FISIOLOGIC 500 ml bossa poliolefina	500 ml	12	PVC
↳ POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M)	10 mEq	12	PVC
PARACETAMOL 1 g/100 ml bossa	1 g	8SP	PIV



Objetivos caso clínico HDA

- ▶ Manejo fármaco-terapéutico
- ▶ Conciliación de medicamentos al ingreso
- ▶ Seguridad del paciente
- ▶ Conciliación de medicamentos al alta

Atención Farmacéutica en HDA

URG

- Situación aguda
- Conciliación al ingreso

Ingreso

- Seguimiento y estabilización

Alta

- Conciliación al alta
- Recomendaciones





PREGUNTA 1

- ▶ La hemorragia digestiva consiste en la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo. Cual de los siguientes síntomas no se manifiesta:
 - a) Hematemesis (vómitos en “poso de café”).
 - b) Melenas (heces negras, pastosas y malolientes) y hematoquecia (sangre oscura y coágulos mezclados en heces).
 - c) Rectorragia (sangre y coágulos frescos en heces).
 - d) Todos los anteriores.

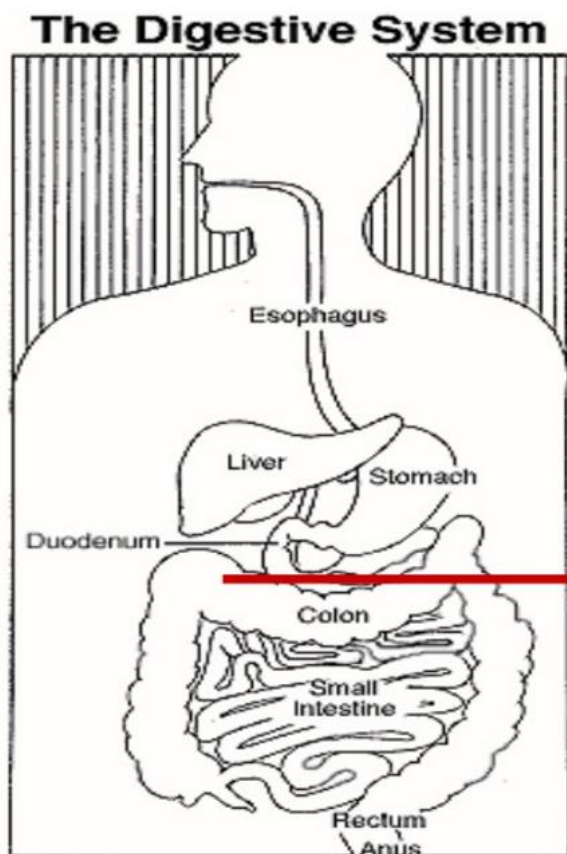


PREGUNTA 1

- La hemorragia digestiva consiste en la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo. Cual de los siguientes síntomas **no** se manifiesta:
- a) Hematemesis (vómitos en “poso de café”).
 - b) Melenas (heces negras) y hematoquecia (sangre oscura y coágulos mezclados en heces).
 - c) Rectorragia (sangre roja y coágulos frescos no mezclados en heces).
 - d) Todos los anteriores.



HEMORRAGIA DIGESTIVA:



Hemorragia
digestiva alta

Hemorragia
digestiva baja

Hemorragia digestiva alta

Etiología



Atención farmacéutica en ingreso

URG

- Situación aguda
- Conciliación al ingreso

Ingreso

- Seguimiento y estabilización

Alta

- Conciliación al alta
- Recomendaciones



Motivo de consulta en Urgencias

- ▶ ♀ de 85a, sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas
- ▶ Vive sola, pero buen soporte familiar. Independiente ABVD.
- ▶ Consulta por edemas y astenia

Antecedentes patológicos

1. HTA (años)
2. DLP (10 años)
3. Hiperreactividad bronquial (años)
4. Anemia ferropénica (5 años)
5. Osteoporosis (años)
6. Deterioro cognitivo predominio amnésico (años)
7. Epilepsia focal temporal izq. critogénica (5 años)
8. Enfermedad cerebral de pequeño vaso (5 años)
9. Glaucoma (años)
10. Depresión (años)



Antecedentes patológicos

11. Quirúrgicos:

- I. 50 años antes: quiste mamario de etiología benigna intervenido . Sin controles posteriores.
- II. 4 años antes: osteosíntesis de Fx de fémur derecho, sometida a reducción y fijación con clavo.
- III. 10 días antes: **CPRE con extracción de cálculo.**

Proceso actual

- Paciente refiere **pérdida de peso** no objetivable en los 2 meses por disminución de la ingesta.
- Especifica **astenia** progresiva de una semana de evolución con empeoramiento en los últimos días previos al ingreso limitando la deambulación.
- Consulta a su médico de AP por **edemas** simétricos en miembros inferiores (si antecedentes) y deposición compatible con melenas.
- **Niega cambios** en **medicación** habitual ni toma AINEs.
- **Niega** dolor abdominal, náuseas, **vómitos**, disnea u otra sintomatología.

Exploración física en ingreso

- TA 105/51 mmHg.
- Tª 37,2°C.
- FC 85 lpm AC: rítmicos, **soplo sistólico** I/VI plurifocal.
- SatO₂ 96%.
- Estado general conservado. Pálida.
- Consciente y orientada. Normo-fundida y -hidratada.
- ABD: globuloso, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos preservados.
- No asterixis.
- **Tacto rectal:** restos heces melénicas.

Pruebas imagen

➤ **ECG:**

- Ritmo sinusal a 80 lpm.
- PR 120 ms.
- QRS estrecho con eje a 0°.
- Sin alteraciones agudas de la repolarización.

➤ **Rx tórax:**

- Senos costrofrénicos libres.
- Índice cardiotorácico dentro de la normalidad.
- Signos redistribución vascular.

Pruebas laboratorio: Hematología

- Leucos.....6 x10E9/L.....4-11
- Hb.....7,2 g/dL.....11,8-14,7
- Htco.....21,2 %.....36-44
- VCM.....94 fL.....82-96
- Plaq.....383,4 x10E9/L.....130-400
- I. Quick92 %.....78-110
- INR.....1,11
- Fibrinógeno.....3,5 g/L.....2,33-3,17

Pruebas laboratorio: Bioquímica

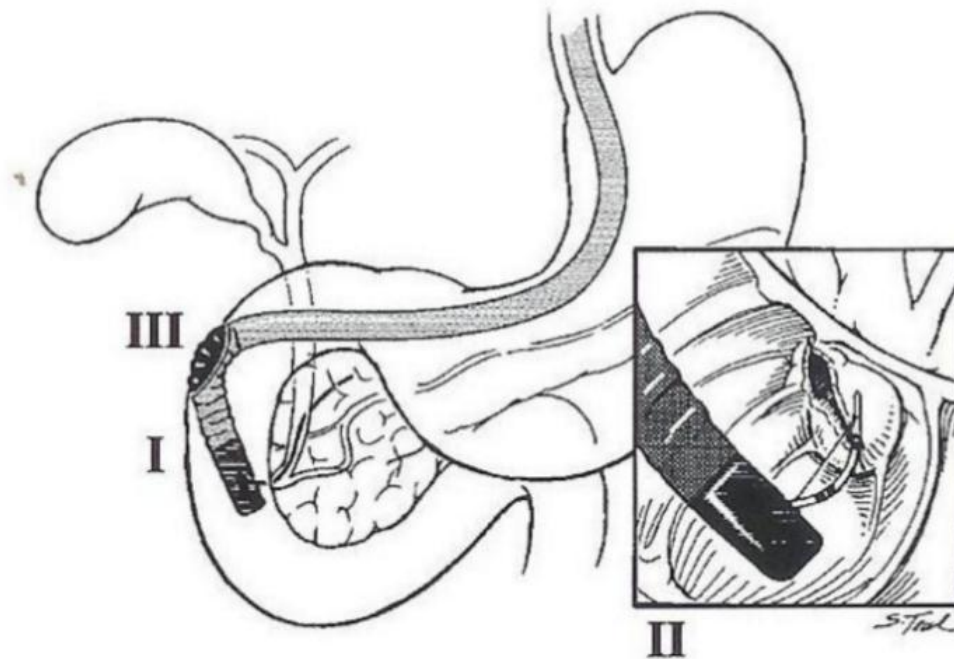
- Glu.....97 mg/dL.....71-110
- Creatinina.....0,64 mg/dL.....0,5-0,95
- Urea.....27 mg/dL.....16-47
- Na.....132 mmol/L.....136-143
- K.....4,01 mmol/L.....3,5-5
- AST/ALT.....32/18 UI/L.....10-30/7-34

Medicación habitual

1. **Carbamazepina 200 mg/12 h** **Epilepsia**
2. **Citalopram 20 mg/día** **Depresión**
3. **Enalapril 20mg/día** **HTA**
4. **Hidrosaluretil[®] 50 mg/día** **HTA**
5. **Ideos[®] 1250mg/400UI 2 comp/día** **Osteoporosis**
6. **Ranitidina 300 mg/día** **Anemia**
7. **Simvastatina 40 mg/12h** **Dislipemia**
8. **Tardyferon[®] 80 mg/día** **Anemia**
9. **Xalatan[®] colirio 2gotas/noche** **Glaucoma**

Orientación Dx

Hemorragia digestiva alta post-CPRE



Mecanismos de perforación durante la realización de la CPRE.

- I. Perforación con la guía, II, Perforación periampullar retroperitoneal y III Perforación duodenal.



Terapia inicial

MEDICAMENTOS

- ▶ IBP a dobles dosis.
- ▶ Transfusión 2 CCHH fraccionados.
- ▶ Fluidoterapia IV + iones.
- ▶ Asegurar vía aérea (O₂?)

- ▶ Dieta absoluta.
- ▶ Analítica completa (pruebas coagulación).
- ▶ Control estricto ctes. (TA, FC, diuresis).
- ▶ Solicita endoscopia digestiva alta.

Prescripción inicial

- ▶ SG10% 500 ml
 - ▶ + ClK 10 mEq/12 horas
- ▶ SSF 500 ml/12 h
 - ▶ + ClK 10 mEq
 - ▶ + PANTOPRAZOL 80 mg
- ▶ PARACETAMOL 1 g/8 horas si precisa
- ▶ Medidas no farmacológicas
 - ▶ Dieta absoluta



PREGUNTA 2

- ▶ ¿La prescripción inicial es correcta?
 - a) Sólo para las primera 24h, momento a partir del cual es necesario reintroducir tto habitual.
 - b) Sí, primero resolver episodio agudo.
 - c) No, la paciente está consciente y puede seguir tto habitual con un sorbo de agua.
 - d) Puede esperar reinicio tto habitual hasta el alta hospitalaria.

PREGUNTA 2

- ▶ ¿La prescripción inicial es correcta?
 - a) Sólo para las primera 24h, momento a partir del cual es necesario reintroducir tto habitual.
 - b) Sí, primero resolver episodio agudo.
 - c) No, la paciente está consciente y puede seguir tto habitual con un sorbo de agua.
 - d) Puede esperar reinicio tto habitual hasta el alta hospitalaria.



PREGUNTA 3

- ▶ En caso de pacientes tratados con anticoagulantes orales (ACO) que medidas seguiremos
 - a) Mantener ACO y doblar dosis IBP.
 - b) Mantener ACO e iniciar SOMATOSTATINA 3mg/12h PVC.
 - c) Suspender ACO a la espera resolver sangrado.
 - d) Suspender ACO y seguir con heparina de bajo peso molecular según riesgo tromboembólico.

PREGUNTA 3

- ▶ En caso de pacientes tratados con anticoagulantes orales (ACO) que medidas seguiremos
 - a) Mantener ACO y doblar dosis IBP.
 - b) Mantener ACO e iniciar SOMATOSTATINA 3mg/12h PVC.
 - c) Suspender ACO a la espera resolver sangrado.
 - d) Suspender ACO y seguir con heparina de bajo peso molecular según riesgo tromboembólico.

Atención farmacéutica en ingreso

URG

- Situación aguda
- Conciliación al ingreso

Ingreso

- Seguimiento y estabilización

Alta

- Conciliación al alta
- Recomendaciones

Prueba pendiente

Gabinet d'Endoscòpies (5 realitzades, 0 no realitzades)

● Esofagogastroduodenoscòpia

Realització: 24-maig-2013 10:32



● Esfinterectomia i papil·lotomia...

Realització: 14-maig-2013 11:46



ESOFAGOGASTRODUODENOSCÒPIA

Exploracion gastroduodenal normal sin restos hemáticos
Papilotomia previa intradiverticular sin coágulos ni estigmas de
hemorragia reciente con buen drenaje biliar

+ Gabinet de Neurofisiologia (1 realitzada, 0 no realitzades)

+ Lab. An Clinic Bioquímic AGE (0 realitzades, 1 no realitzada)

+ SDPI Manso (1 realitzada, 0 no realitzades)

Evolución clínica

- Paciente acude a urgencias por edemas y astenia.
- En URG se encuentra HDM estable con síndrome anémico y semiología de **fallo cardíaco leve**.
- Tras constatar heces melénicas se decide ingreso.
- Inicia tto HDA (dieta absoluta, IBP a dobles dosis y control evolutivo). Clínica sintomática por lo que se realiza transfusión de 2 CCHH fraccionados (Hb ingreso 7,2 g/dL y Hb post-transfusión 10,4 g/dL).
- **Endoscopia** digestiva alta: **no presencia de restos hemáticos ni estigmas de hemorragia reciente**.
- Inicia dieta oral.



PREGUNTA 4

- ▶ ¿Qué cambios se realizaría en el tratamiento específico de la HDA en la paciente?
 - a) Suspender sueros.
 - b) Inicio tratamiento IC.
 - c) Ajustar pauta de administración IBP.
 - d) Todas las opciones terapéutica anteriores.

PREGUNTA 4

- ▶ ¿Qué cambios se realizaría en el tratamiento específico de la HDA en la paciente?
 - a) Suspender sueros.
 - b) Inicio tratamiento IC.
 - c) Ajustar pauta de administración IBP.
 - d) Todas las opciones terapéutica anteriores.

Asociación patología/medicación

HTA

• Enalapril, Hidrosaluretil®

DLP

• Simvastatina

Hiperreactivitat bronquial

Anemia ferropénica

• Tardyferon®, Ranitidina

Osteoporosis

• Ideos®

Deterioro cognitivo

Epilepsia focal

• Carbamazepina

Enfer. cerebral peq. vaso

Glaucoma

• Xalatan®

Depresión

• Citalopram

Conciliación de medicamentos



CARBAMAZEPINA NORMON 200 MG 100
COMPRIMIDOS E.F.G.

CITALOPRAM PHARMAGENUS 20MG 28
COMPRIMIDOS EFG

ENALAPRIL DAVUR 20MG 28 COMPRIMIDOS EFG

HIDROSALURETIL 50MG 20 COMPRIMIDOS

IDEOS 1250MG/40000160 COMPRIMIDOS
MASTICABLES

OMEPRAZOL BEXAL 20MG 28 CAPSULAS EFG

SIMVASTATINA TEVA-RIMAFAR 40MG 28
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG

TARDYFERON 80MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS

XALATAN 0,005% COLIRIO 2,5ML

PANTOPRAZOL 40 mg vial	80 mg	12	PIV
GLUCOSA 10% 500 ml vial plastic	500 ml	8	PVC
↳ POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M)	10 mEq	8	PVC
FISIOLOGIC 500 ml bossa poliolefina	500 ml	12	PVC
↳ POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M)	10 mEq	12	PVC
PARACETAMOL 1 g/100 ml bossa	1 g	8SF	PIV
MESURES NO FARMACOLOGIQUES	1 .	MO	.

8 discrepancias entre prescripción
al ingreso y medicación habitual



PREGUNTA 5

► ¿ Qué medicamentos conciliaríamos?

a) Reiniciar LATANOPROST.

b) Conciliar TODA la medicación antes primeras 4 horas si tolera vía oral.

c) Reiniciar tto hipotensor en las primeras 4h, el resto antes de las 24h.

d) Reiniciar tto hipotensor y antidepresivo en las primeras 4h, el resto antes de las 24h.

PREGUNTA 5

► ¿ Qué medicamentos conciliaríamos?

a) Reiniciar LATANOPROST.

b) Conciliar TODA la medicación antes primeras 4 horas si tolera vía oral.

c) Reiniciar tto hipotensor en las primeras 4h, el resto antes de las 24h.

d) Reiniciar tto hipotensor y antidepresivo en las primeras 4h, el resto antes de las 24h.



PREGUNTA 6

- ¿ Qué medicamento podría favorecer la clínica de la HDA del paciente?
- a) Suplemento de calcio + vitamina D.
 - b) Suplementos de hierro.
 - c) Ranitidina.
 - d) Simvastatina.



PREGUNTA 6

- ¿ Qué medicamento podría favorecer la clínica de la HDA del paciente?
- a) Suplemento de calcio + vitamina D.
 - b) Suplementos de hierro.
 - c) Ranitidina.
 - d) Simvastatina.



Resultado CM al ingreso

OMEPRAZOL 20 mg caps	20 mg	12	OR
CALCI PIDOLAT + VIT D 3,75 g (500 mg - 25 mEq Ca element) + 400 UI sobre	1 sobre	12	OR
FUROSEMIDA 40 mg comp	40 mg	E	OR
ENALAPRIL 5 mg comp	10 mg	12	OR
SIMVASTATINA 40 mg comp	40 mg	S	OR
PARACETAMOL 1 g/100 ml bossa	1 g	8SP	PIV
CARBAMAZEPINA 200 mg comp	200 mg	12	OR
CITALOPRAM 20 mg comp	20 mg	E	OR



Discrepancias:

- Aceptadas (5): CALCIO+VIT. D, ENALAPRIL, SIMVASTATINA, CARBAMAZEPINA, CITALOPRAM. ★★★★★
- Justificadas (2): HIDROCLOROTIAZIDA, HIERRO
- No justificadas (1): LATANOPROST ★

Evolución clínica

- Durante su estancia en la planta la paciente ha presentado **deposiciones normales**, sin evidencia de nuevos episodios hemorrágicos.
- **Analítica** mantiene Hb y Clcr **estable**.
- Destaca **hiponatremia leve** similar a anlíticas previas y patrón de colestasis en descenso a partir de CPRE.
- Dada la estabilidad clínica y hemodinámica se decide **alta hospitalaria**.

Atención farmacéutica al alta

URG

- Situación aguda
- Conciliación al ingreso

Ingreso

- Seguimiento y estabilización

Alta

- Conciliación al alta
- Recomendaciones

Dxs al alta hospitalaria

1. Hemorragia digestiva alta post-CPRE
2. Anemia aguda posthemorrágica por CPRE
3. Hipertensión arterial
4. Hiperreactividad bronquial
5. Osteoporosis

Control CCEE

Estudio de anemias.



Tratamiento al alta

1. Carbamazepina 200 mg/12 h
2. Citalopram 20 mg/día
3. Enalapril 20mg/día
4. Hidrosaluretil[®] 50 mg/día
5. Ideos[®] 1250mg/400UI 2 comp/día
6. Ranitidina 300 mg/día
7. Simvastatina 40 mg/12h
8. Tardyferon[®] 80 mg/día
9. Xalatan[®] colirio 2gotas/noche

Seguir con la misma medicación habitual sin cambios.

PREGUNTA 7

▶ ¿ Qué recomendaciones podemos hacer?

a) Substituir ranitidina por omeprazol.

b) Suspender aporte oral hierro.

c) Terapia de rescate hiperreactividad bronquial.

d) Dieta y actividad física específica.

PREGUNTA 7

▶ ¿ Qué recomendaciones podemos hacer?

a) Substituir ranitidina por omeprazol.

b) Suspender aporte oral hierro.

c) Terapia de rescate hiperreactividad bronquial.

d) Dieta y actividad física específica.



PREGUNTA 7

▶ ¿ Qué recomendaciones podemos hacer?

a) Substituir ranitidina por omeprazol.

b) Suspender aporte oral hierro.

c) Terapia de rescate hiperreactividad bronquial.

d) Dieta y actividad física específica.

PREGUNTA 7

► ¿ Qué recomendaciones podemos hacer?

a) Substituir ranitidina por omeprazol.

b) Suspender aporte oral hierro.

c) Terapia de rescate hiperreactividad bronquial.

d) Dieta y actividad física específica.



PREGUNTA 6

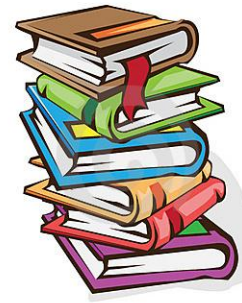
► ¿ Qué recomendaciones podemos hacer?

a) Substituir ranitidina por omeprazol.

b) Suspender aporte oral hierro.

c) Terapia de rescate hiperreactividad bronquial.

d) Dieta y actividad física específica.



BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Urgencias del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Consulta en fecha 9 noviembre de 2015. <http://www.vhebron.net/es/web/intranet-vall-d-hebron/docencia>
2. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (7ª edición, 2014).
3. Up to Date
4. HDA. Curso GIMUR 2013. Dra. Beatriz Calderon y Dra. Margarita Prats
5. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Grupo REDFASTER (1ª edición). 2011.