

1 - Caso clínico

Consulta a guardia general Pedro F. de 78 años de edad por presentar cuadro de “vómitos de sangre” en dos oportunidades. Refiere como antecedente reciente, internación por cuadro de hemorragia digestiva con alta sanatorial, hace 7 días donde se hace diagnóstico de úlcera péptica gástrica. El paciente recibe expansión con cristaloides por compromiso hemodinámico + transfusión de 2 unidades de GR. Al EF paciente pálido, lúcido, ubicado en tiempo, espacio y persona. Sin déficit neurológico sensitivo-motor. PAS 94 mmHg- FC 90 cpm –irregular- estable ventilatoriamente. Antecedentes de HTA crónica e IRC (insuficiencia renal crónica). De acuerdo a los **parámetros clínicos** del índice de Rockall, usted cómo definiría el pronóstico del paciente como:

- a- Sin riesgo
- b- Riesgo bajo
- c- Riesgo moderado
- d- Riesgo alto

2-Responda lo incorrecto

- a- La colonofibroscofia se considera la exploración inicial de elección para el diagnóstico de Hemorragia digestiva baja(HDB)
- b- El situación de hemorragia activa y aguda + descompensación hemodinámica y requerimiento de transfusiones múltiples, la arteriografía mesentérica selectiva ofrece la ventaja adicional de poder marcar el sitio de extravasación del contraste y así, lograr el diagnóstico topográfico del sangrado
- c- Una alternativa a la arteriografía mesentérica selectiva, es la TAC helicoidal del abdomen con contraste intravenoso para el diagnóstico de HDB aguda. Tiene como ventajas que no requiere preparación, se puede realizar rápidamente y no tiene las complicaciones de la angiografía
- d- La principal causa de sangrado de colon es la patología tumoral

3- Señale verdadero o falso

- a- La hemorragia digestiva del intestino delgado , “hemorragia digestiva media”- HDM es una causa potencial cuando la endoscopia digestiva alta y baja son normales en el estudio de sangrado digestivo.
- b- La rentabilidad diagnóstica de la causa de HDM de origen indeterminado, de la enterocliposis es muy baja.
- c- La gammagrafía con hematíes marcados con Tc99 puede detectar hasta el 20- 40% de las casos de HDMedia de origen no definido y, en gral, se utiliza para seleccionar a los pacientes con hemorragia activa para arteriografía.

- d- La gammagrafía con pertecnetato de 99mTc es la técnica de elección para el diagnóstico del divertículo de Meckel.
- e- La arteriografía mesentérica selectiva puede ser la primera exploración en pacientes con hemorragia digestiva baja masiva.
- f- Respecto al sangrado del intestino delgado. En el enfoque inicial, el rendimiento diagnóstico de la videocápsula endoscópica -VCE y la enteroscopia ante un sangrado manifiesto es > 90% y disminuye hasta prácticamente la mitad cuando el sangrado es oculto.

4- Señale lo correcto

- a- En pacientes estables sin patología cardiovascular ni hemorragia activa, con hemoglobina ≤ 7 g/dl se recomienda una transfusión restrictiva para mantener la hemoglobina entre 7 y 9 g/dl. (GR: fuerte, CE: moderada).
- b- En pacientes jóvenes, sin patología de base, hemodinámicamente estables y sin evidencia de sangrado activo, puede mantener conducta expectante con cifras de hemoglobina inferiores a 7 g/dl, si la anemia se tolera bien.
- c- En pacientes con patología cardiovascular y/o hemorragia activa se recomienda transfusión para mantener la hemoglobina al menos entre 9 y 10 g/dl (GR: fuerte, CE:] baja).
- d- La corrección precoz de la hipotensión es la medida inicial más eficaz para reducir de manera significativa la mortalidad de la HDA (GR: fuerte, CE: moderada).
- e- Todas son correctas

5- Caso clínico primera entrevista

Juan de 77 años de edad , con trastornos cognitivos leve que consulta para control de laboratorio. Destaca la presencia de anemia (Hto34%- HB 10 gr/dl) microcítica-Hipocrómica con anisocitosis. Niega antecedentes trastornos digestivos previos- de consumo de AINEs- Disminución de la ingesta de alimentos derivados de la carne, durante los últimos dos años. Antecedentes de HTA medicado con enalapril 10 mg/ día. Dieta hiposódica y caminatas de 30 minutos 4 días a la semana . IMC 24- Niega otros antecedentes. Ante este hallazgo Ud toma la siguiente conducta. EF Estable hemodinámicamente, sin signos de hipotensión postural.

Señale que las **dos (2) conductas** que no serían adecuadas

- a- Indica suplemento polivitamínico reforzado con hierro y nuevo laboratorio en 1 mes
- b- Solicita laboratorio nuevamente para corroborar la presencia y tipo de anemia
- c- Solicita sangra oculta en materia fecal, laboratorio general y luego comenzar con tratamiento con sales de hierro oral mientras espera resultado
- d- Debido a antecedente de trastorno cognitivo se comunica con familiar y acuerda una segunda entrevista con el laboratorio solicitado

6 - Caso clínico segunda entrevista

Al cabo de una semana concurre Juan con su hija trayendo laboratorio solicitado. A la anamnesis dirigida, su hija confirma progresión del deterioro cognitivo, deterioro de la

calidad en su alimentación, tendencia a la depresión y aislamiento. Laboratorio muestra Sideremia baja- % de saturación de Tf de 16%- Transferrina (Tf) elevada y Ferritina disminuida. Recuento de reticulocitos bajos- VCM bajo- HCM baja- IDE > 19 –

De acuerdo a estos datos usted concluye:

- a- Diagnóstica anemia ferropénica y lo atribuye a la baja ingesta de carnes rojas, indica sulfato ferroso a dosis convencionales.
- b- Realiza consultas a la hija acerca del estado de salud mental, memoria, tipo de alimentación del padre para definir conducta
- c- Interpreta el cuadro como pérdida digestiva de sangre y solicita SOMF
- d- Interpreta el cuadro como pérdida digestiva de sangre e indica Videocolonoscopia.
- e- Interpreta el cuadro como pérdida digestiva de sangre e indica videoendoscopia digestiva, alta y baja.

7 – Señale lo correcto:

Ante la presencia de un paciente con Hemorragia digestiva alta o sospecha de la misma con repercusión hemodinámica se debe evaluar el grado de compromiso hemodinámico.

Decimos que la HDA es moderada cuando:

- a- TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 lpm, signos posturales negativos, piel seca y templada
- b- TA sistólica > 100 mmHg, FC > 120 lpm, sin signos de hipotensión postural, piel palida
- c- TA sistólica < 100 mmHg, FC 135 lpm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos
- d- TA sistólica > 100 mmHg, Fc < 100 lpm, leve vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos

8- **Una con flechas** Relacione el % de recidivas correspondiente al Grado de la Clasificación de Forrest.

IIb	5%
III	8%
Ia	90%
IIc	27%

9- Verdadero falso

- a- En un paciente que presenta diagnóstico presuntivo de HDB pero en la analítica muestra una elevación del BUN con creatinina normal se debe pensar en origen alto de la HDA
- b- Los pacientes con hemorragia activa que presentan hematemesis, especialmente si presentan alteración del nivel de consciencia, tienen un alto riesgo de sufrir una aspiración broncopulmonar. Por ello además de colocar al paciente en posición

- decúbito lateral se debe valorar su intubación orotraqueal, particularmente en caso de deterioro del nivel de consciencia
- c- La volemia se debe reponer con cristaloides (solución salina fisiológica o Ringer Lactato) o coloides (gelatinas, dextrans, etcétera) a un ritmo adecuado para evitar la hipoperfusión de los órganos vitales, lo que se puede conseguir manteniendo la TAS > 100 mmHg, la PVC entre 0 y 5 mmHg y la diuresis > 30 ml/h
 - d- La inhibición de la secreción ácida gástrica favorece la cicatrización de las lesiones mucosas y además favorece la agregación plaquetaria y la formación y estabilización del coágulo Debido al beneficio equiparable, en la actualidad se puede utilizar IBP o antagonistas-H2

10. Señale lo correcto: Respecto a HDA por hipertensión portal

- a- El efecto del carvedilol sobre la frecuencia cardíaca es menor que el de los betabloqueantes, lo que facilitaría su administración en pacientes con bradicardia basal.
- b- El carvedilol, un BB no cardioselectivo que suma en la misma molécula un efecto bloqueante alfaadrenérgico y consigue mayores reducciones del GPP que el propranolol. Este efecto hipotensor más marcado complica su indicación en pacientes con hipotensión arterial
- c- Carvedilol consigue mayores descenso del GPP (gradiente de presión portal) respecto al propanolol
- d- El tratamiento con betabloqueantes no cardioselectivos (propranolol o nadolol) reduce aproximadamente a la mitad el riesgo de hemorragia. Se emplean a dosis crecientes según tolerancia clínica y siempre que la frecuencia cardíaca no disminuya a menos de 55 lpm y la tensión arterial sistólica a menos de 80-90 mmHg. La dosis inicial de propranolol es de 20 mg dos veces al día. La dosis media es de 60 mg dos veces al día, y la máxima es de 160 mg dos veces al día
- e- La administración de antibióticos profilácticos desde el ingreso y durante los 5 días siguientes se ha demostrado eficaz en la prevención de la aparición de infecciones por gérmenes entéricos, en particular la peritonitis bacteriana espontánea
- f- Todas las anteriores son correctas