



MOTIVO DE INGRESO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICO DE EGRESO: ¿?

Dr. Julián Coronado

Médico de Planta - Serv. Medicina Interna

Lic. Ignacio Granara

Jefe del Servicio de Salud Mental

Dra. Ana Vidal

Jefa del Servicio de Laboratorio

Nuestros agradecimientos a

Dra. Varela

Serv. Toxicología - CEPROTOX

Paciente masculino de 52 años de edad con antecedentes de

1. Migraña

2. Tabaquista de 60 pack/year

3. Consumo excesivo de café – Refiere de 2 a 3 litros por día

4. Consumo de AINES

Ingresa derivado de hospital de Derqui con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

Fue evaluado en dicha institución hallándose HTO 18 HB. 6 RIN 10 – Se transfunden 2 unidades PFC + 2 unidad de GR luego se deriva a este nosocomio por falta de hemoderivados.



Al ingreso en nuestro hospital...

Paciente vigil, lucido, sin foco neurológico. Buena mecánica ventilatoria. Buen ingreso de aire bilateral. Ruidos cardiacos netos en cuatro focos. Abdomen blando depresible indoloro a la palpación. Ruidos hidroaereos positivos.

HTO: 22 HB: 7.6 GR: 2.63 TP: 20% RIN: 4.00 KPTT: 39 PLAQ: 361

Servicio de emergencias solicita VEDA por región V – Por no contar con torre de endoscopia

Por no respuestas favorable y estabilidad clínica del paciente pasa al servicio de medicina interna...

Se realiza nuevamente anamnesis donde se obtiene la siguiente información: El paciente refiere haber sido diagnosticado a los 18 años de hepatitis B.

Al examen físico: Paciente se encontraba ansioso y con actitud querellante. Sin cambios en cuanto al examen físico anterior.

Se solicita :

- VEDA/VCC nuevamente.
- Serologías para hepatitis B y C + VDRL + HIV
- Ecografía hepática + Ecografía doppler portal
- Nuevo coagulograma
- Factores de coagulación + Fibrinógeno.

Comienza tratamiento con Vitamina K 10mg/día

TP: 29 % RIN: 2.54 APTT: 30 PLAQ: 453

¿POSIBLES CAUSAS DE COAGULOPATIA EN ESTE PACIENTE?



¿AINES?
¿Úlcera gastroduodenal?



¿Hepatitis?
¿Cirrosis?

Anticuerpos totales anti-HEPATITIS A

Método:Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

Resultado	0,005	COI	No reactivo: mayor a 1,00 Reactivo: menor o igual a 1,00
Interpretación	Reactivo		

Anticuerpos anti-HEPATITIS A IgM

Método: Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

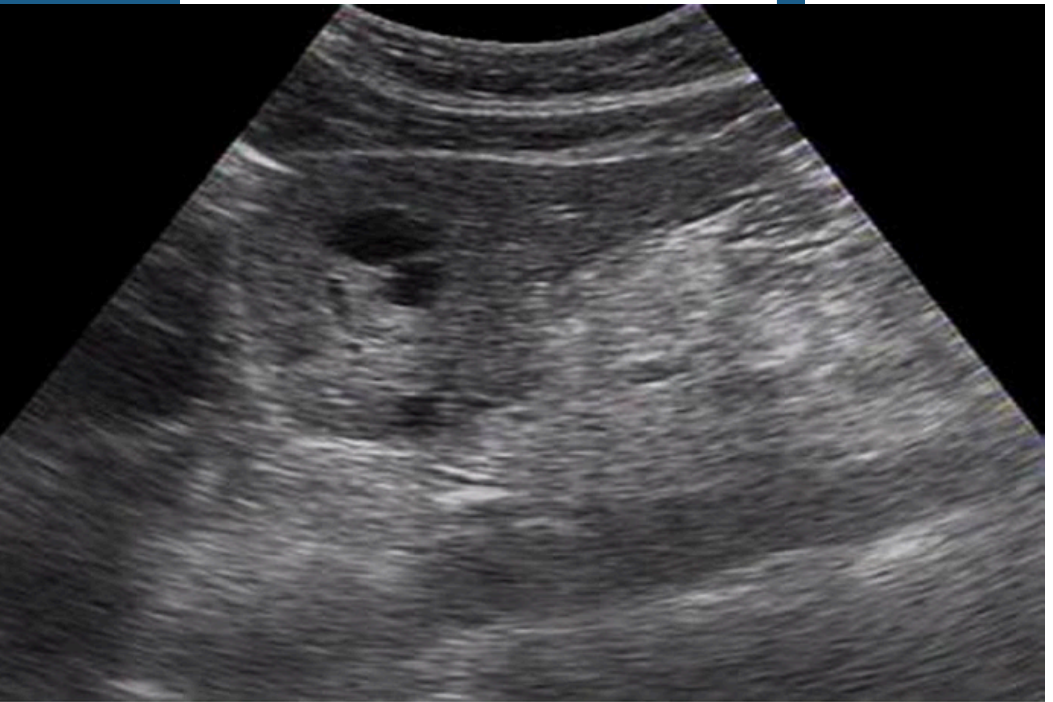
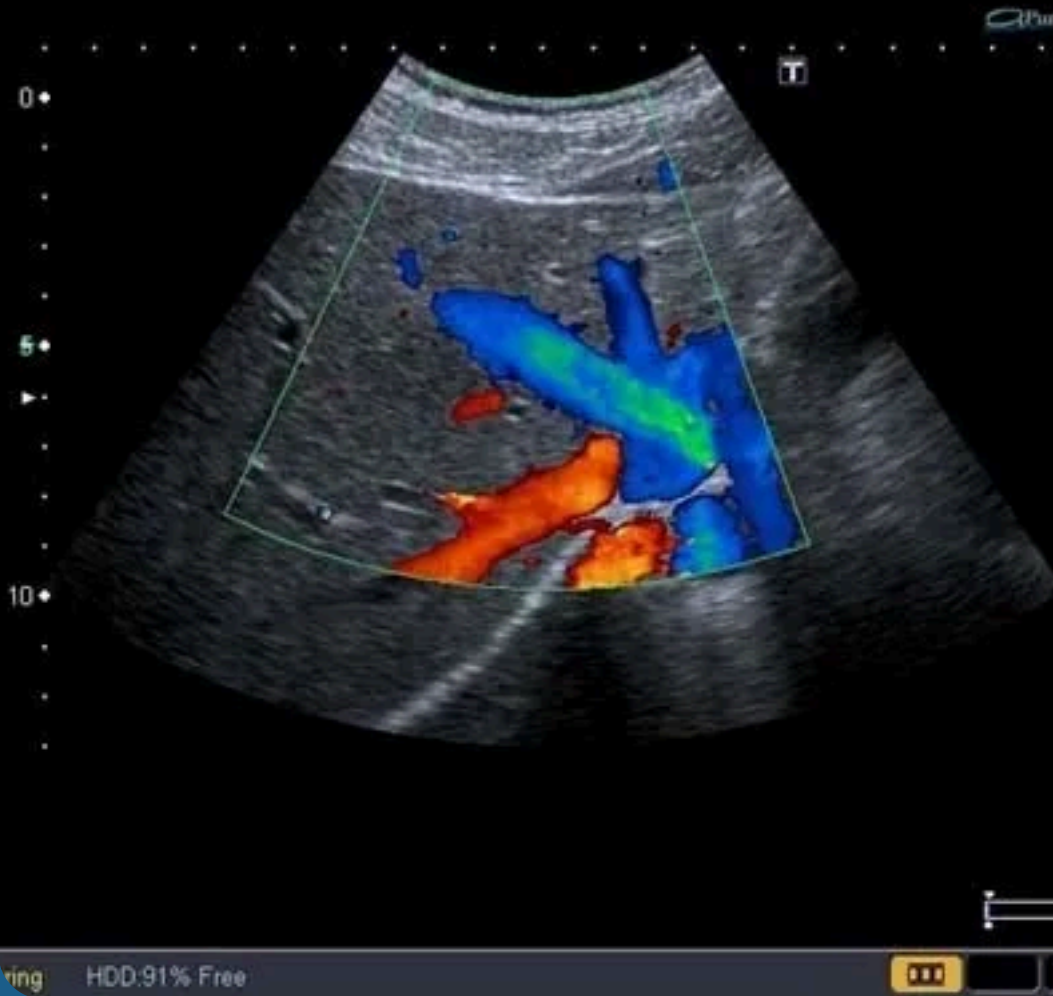
	0,22	COI	No reactivo: menor a 1 Reactivo: mayor o igual a 1
--	------	-----	---

Nota: COI=cut off index

Anticuerpos totales anti-CORE de HEPATITIS B

Método: Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

Resultado	2,290	COI	No reactivo: mayor a 1 Reactivo: menor o igual a 1
Interpretación	No Reactivo		



Anticuerpos anti-CORE IgM de HEPATITIS B

Método: Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

0,06	COI	No reactivo: menor de 1 Reactivo: mayor o igual a 1
-------------	-----	--

Anticuerpos anti-Ag de SUPERFICIE de HEPATITIS B

Método: Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

27,2	UI/L	No reactivo: menor a 10 Reactivo: mayor o igual a 10
-------------	------	---

Mientras tanto el paciente continua tratamiento con vitamina K...

TP: 5.61% RIN: 5.61 APTT: 34 PLAQ: 445

¿POSIBLES CAUSAS DE COAGULOPATIA EN ESTE PACIENTE?



¿AINES?
¿Úlcera gástrica?



¿Hepatitis?
¿Cirrosis?

CORRECCIÓN DE TP CON PLASMA NORMAL

Metodo: Coagulométrico

Concentración de Protrombina (%)	5	%	70-120
RIN	10,87		
Concentración de Protrombina normal	103	%	
Concentración de Protrombina mezcla	77	%	

$$\frac{\text{TP Paciente} + \text{TP Normal}}{2} < \text{TP Normal}$$

$$\frac{5 + 103}{2}$$

$$54 < 103$$

Corrige

CORRECCION DE APTT CON PLASMA NORMAL

APTT Paciente	45	seg	24-37
APTT de la mezcla	29	seg	24-37
APTT normal	29	seg	24-37
Indice de Rosner	0,0		Menor de 12

$$\frac{\text{APTT Mezcla} - \text{APTT Normal}}{\text{APTT Paciente}} \times 100$$

Corrige

La corrección del TP y del APTT con plasma normal nos obliga pensar en Factores K dependientes.

FIBRINOGENO

421 mg/dl

220-496

Método: Coagulométrico

La ingesta de Dabigatrán interfiere en el resultado del dosaje de fibrinógeno, provocando resultados falsamente disminuidos; especialmente cuando hay exceso de droga circulante.

FACTOR DE COAGULACION V

114 %

70-120

Método: Coagulométrico

FACTOR DE COAGULACION VII

(**2) 2 %

65-120

Método: Coagulométrico

(**2) : Valor crítico.

FACTOR DE COAGULACION X

10 %

70-120

Método: Coagulométrico

FACTOR DE COAGULACION IX

11 %

50-150

Método: Coagulométrico

¿POSIBLES CAUSAS DE COAGULOPATIA EN ESTE PACIENTE?

~~¿Alcoholismo?
¿Úlceras gástricas?~~

~~¿Hepatitis?
¿Cirrosis?~~

Durante las recorridas médicas surgen nuevos datos:

- Paciente con sintomatologías depresiva de varios meses de evolución.
- Padre fallecido en contexto de suicidio.
- Fantasías de muerte.
- Presencia de roenticidas en el domicilio.

Intoxicación por superwarfarinicos



Intoxicación por Superwarfarínicos

Fisiopatología

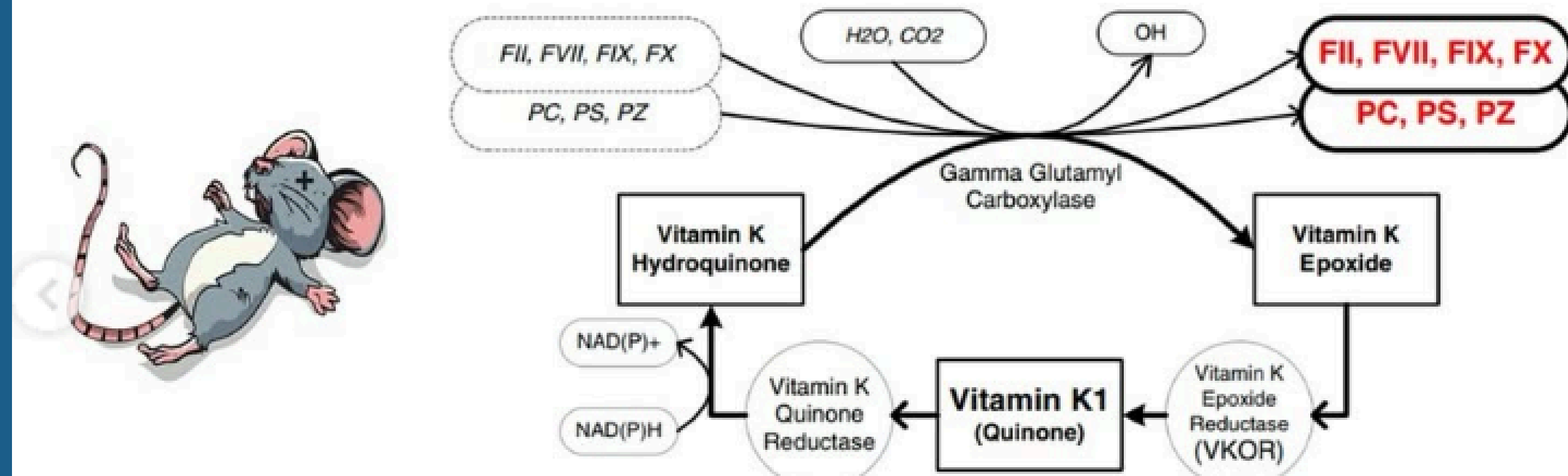
Inhiben **vitamina K reductasas**. (2,3-epoxido reductasa y quinona reductasa)

Encargadas de conversión de vitamina K en metabolito activo.

Cruciales para síntesis de factores de coagulación II, VII, IX, y X.

Vitamin K-dependent factor

Factor VII
Factor IX
Factor X
Factor II
Protein C (anticoagulant)
Protein S (anticoagulant)



Tratamiento...

Ante el diagnostico de intoxicación con superwarfarinicos se realizo interconsulta al **CE.PRO.TOX** (Centro Provincial de Intoxicaciones) quienes indicaron el tratamiento y realizaron junto con nosotros un seguimiento conjunto del paciente...

Se indico vitamina K en altas dosis, el paciente recibió 60mg/día y continuo tratamiento ambulatorio con vitamina K.



CEPROTOX

0800-222-9911

221-669-3243



Abordaje conjunto con Salud Mental

Se recibe interconsulta del servicio de clínica medica por síntomas de abstinencia tabáquica. Al examen el paciente se encontraba vigil, orientado, lucido. Sin alteraciones de la sensopercepción. Predominio de ideas querellantes y de sintomatología ansiosa la cual alegaba se debía a la prohibición de fumar durante la internación. Sin alteración aguda del animo. Actitud poco colaboradora con la entrevista y desconfianza hacia el profesional de salud mental. No manifestaba agresividad ni productividad psicótica.

Diagnostico presuntivo inicial: Trastorno por abstinencia a la nicotina.

Se indica seguimiento por salud mental durante su internación



Luego...

En ateneo con el servicio de clínica medica, se nos informa que por hallazgos de laboratorio habría alta sospecha de que el paciente se habria intoxicado con veneno para ratas.

A la exploración el paciente niega haber realizado un intento de suicidio pero admite haber tenido fantasías de muerte asociadas a deudas.

Admite a su vez problemas con el juego compulsivo y el antecedente de suicidio de su padre por deudas.

Trastorno depresivo mayor - Ludopatía

A partir de la apertura del paciente a su historia y problemática se puede establecer un nuevo diagnostico: **Trastorno depresivo mayor y ludopatía.**

Nos basamos en las fantasías de muerte, la anhedonia y las ideas de desesperanza las cuales se presentaron durante mas de un año.

Se realizo un seguimiento intensivo al paciente con el objetivo de generar mayor rapport y asi poder abordar el posible intento de suicidio, trabajar los desencadenantes del mismo y que al momento de la externacion haya disminuido el riesgo suicida.



Dificultades y desafíos:

- **Rapport:** La relación del paciente con el profesional de salud se veía tensionada cada vez que se abordaba la posibilidad de que el paciente haya realizado un intento de suicidio.
- **Intento de suicidio:** ¿Hasta que punto se busca que el paciente admita un hecho objetivo? ¿Como se trabaja con una sospecha de intento de suicidio si el paciente no lo admite? ¿Se puede/debe indicar una internación involuntaria en estos casos?
- **Ausencia de lazos sociales fuertes y continentes**



Abordaje:

- Se trabajó sobre sus problemas económicos
- Se mantuvo contacto con familiares y amigos para reforzar los lazos sociales y armar una red de contención
- Se inició tratamiento psicofarmacológico: escitalopram 10 mg/día y risperidona 1 mg/día
- Se trabajó sobre sus fantasías de muerte y sobre el suicidio de su padre
- Al momento de la externación se lo derivó a tratamiento por salud mental en Sanguinetti y a la secretaria de desarrollo humano para asistencia social.

Conclusiones:

- Se pudo trabajar y abordar al paciente prescindiendo de una “confesión” que no imposibilitaba un tratamiento eficaz (elaboración del conflicto, momento de crisis y rearmado subjetivo posterior)
- El trabajo interdisciplinario transformo el tratamiento recibido y permitió traspasar las resistencias del paciente
- Se logro adecuar el tratamiento respetando la palabra del paciente



MUCHAS GRACIAS