

## INFORME

Mujer 76 años, ingresa procedente de urgencias por hemorragia digestiva baja.

**Antecedentes personales:** Alergia a la penicilina. HTA. Insuficiencia renal leve. Cardiopatía hipertensiva. Parkinson. Osteoporosis. Hipercolesterolemia. Diabetes mellitus tipo II con retinopatía no proliferativa moderada bilateral. En 2000 diagnosticada de Adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izda, realizándose mastectomía radical. En 2012 coledocolitiasis, se realizó CPRE con esfinterotomía y eliminación de barro biliar. 2013 bloqueo AV completo sintomático con pausas de asistolia se coloca marcapasos VDD. En 2014 colecistectomía laparoscópica. En mayo de 2018 con diagnóstico TVP en EII se inicia anticoagulación.

**Tramamiento habitual:** Furosemida 40(1-0-0), Adiro 100 (0-1-0), Hibor 7500 (sc)/24h, Insulina lantus (14-0-0), Sinemet plus 100/25 (1-1-1), Opiren flas 30mg (1-0-0), Atorvastatina 40 (0-0-1).

### Enfermedad actual:

Paciente de 76 años derivada de urgencias por rectorragia abundante. NO dolor abdominal.

### Exploración física:

Consciente reactiva colaboradora, Glasgow 15, palidez mucocutánea, eupneica en reposo, afebril.

AC: RsCs. Rítmicos a 68pm

AP: Hipoventilación sin ruidos patológicos

ABD: blando depresible no masas no megalias molestia en marco cólico, peristaltismo presente.

Tacto rectal: sangre roja en ampolla rectal sin coágulos. No edemas no signos de TVP.

### Pruebas complementarias:

Analítica ingreso (01/07/2018): Glucosa 180, Urea 136, Creatinina 2.14, iones, Bilirrubina total y coagulación normal. Hemograma 7.6, plaquetas normales.

Hemograma (02/07/2018): Hb 9.5 (posttransfusional)

Analítica (08/07/2018): Hemoglobina 10.1, Htco 30.8, Plaquetas 141.000

ECG: Ritmo de MCP a 61pm

Rx torax: sin cambios

Rx abdomen: gases en marco cólico sin niveles ni signos patológicos

Gastroscopia (02/07/2018): normal

### Evolución:

Paciente con los antecedentes descritos que ingresa por hemorragia digestiva baja, sin repercusión hemodinámica pero si analítica, con anemia secundaria, coincidiendo con introducción de anticoagulación por TVP.

Durante el ingreso había permanecido estable hemodinamicamente, preciso transfusión de dos concentrados de hemáties, se suspendió anticoagulación con STOP de la rectorragia y heces normales, posteriormente inicia con melenas, con anemia leve lenta, se realizó gastroscopia para descartar patología gástrica siendo normal.

### Diagnóstico:

Rectorragia sin repercusión hemodinámica. Anemia que ha precisado transfusión sanguínea.