



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA MEDICINA

**“RUPTURA DE HEMATOMA HEPÁTICO EN EMBARAZO A
TÉRMINO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE HELLP
INCOMPLETO”**

TRABAJO DE TITULACIÓN:
TIPO: Análisis de Casos

Presentado para optar al grado académico de
MÉDICO GENERAL

AUTOR:

MÓNICA ELIANA SILVA NARANJO

Riobamba - Ecuador
2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALU PÚBLICA
CARRERA MEDICINA

**“RUPTURA DE HEMATOMA HEPÁTICO EN EMBARAZO A
TÉRMINO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE HELLP
INCOMPLETO”**

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: Análisis de Casos

Presentado para optar al grado académico de
MÉDICO GENERAL

AUTOR:

MÓNICA ELIANA SILVA NARANJO

DIRECTOR: Dr. VÍCTOR HUGO FREIRE

Riobamba - Ecuador

2019

©2019, Mónica Eliana Silva Naranjo

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Mónica Eliana Silva Naranjo declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

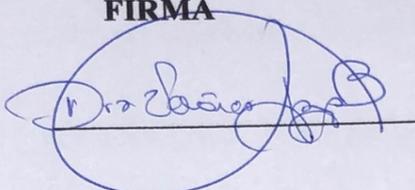
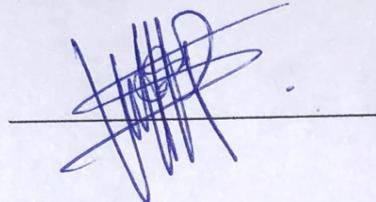
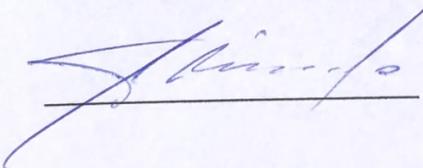
Como autor (a) asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 11 de junio de 2019

Mónica Eliana Silva Naranjo

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación tipo: Análisis de caso clínico titulado **RUPTURA DE HEMATOMA HEPÁTICO EN EMBARAZO A TÉRMINO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE HELLP INCOMPLETO**, realizado por Mónica Eliana Silva Naranjo, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud del Tribunal autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. Verónica Alejandra Jaya Baldeón PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		<u>11-06-2019</u>
Dr. Víctor Hugo Freire Palacios DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN		<u>11-06-2019</u>
Dr. Diego Rodrigo Arévalo Villa MIEMBRO DE TRIBUNAL		<u>11-06-2019</u>

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres por su apoyo incondicional y por ser artífices en la culminación de mis estudios quienes con sus consejos y palabras de aliento me han impulsado para salir adelante.

A mi esposo y a mi hijo por ser un pilar fundamental, por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.

A mi familia en general por compartir conmigo buenos y malos momentos, por el apoyo que siempre me brindaron día a día a lo largo de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, así como también por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi carrera.

Quiero agradecer a mis padres por todo el apoyo incondicional que me han brindado, por respaldarme en cada decisión y proyecto que he realizado, dándome el mejor ejemplo de superación, humildad y sacrificio.

A mi esposo y mi hijo por todo el amor y comprensión durante todo este tiempo, por acompañarme y compartir conmigo todas mis triunfos y fracasos.

A mis queridos suegros por ser un pilar muy importante para poder culminar mis estudios.

A mi querido Tutor Dr. Víctor Hugo Freire por su valiosa guía, asesoramiento y por enriquecer con sus conocimientos y sugerencias en el desarrollo de este caso clínico.

Y gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	xi
ABSTRACT	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Metodología	2
1.1.1 Estrategia de búsqueda	2
1.1.2 Criterio de elegibilidad	2
1.1.3 Selección de estudios y recopilación de datos.....	2
1.2 Síndrome de Helly	3
1.2.1 Concepto	3
1.2.2 Epidemiología.....	3
1.2.3 Etiología.....	4
1.2.4 Fisiopatología	4
1.2.5 Clasificación	5
1.2.6 Cuadro clínico	6
1.2.6.1 Hemólisis	6
1.2.6.2 Alteraciones hepáticas.....	6
1.2.6.3 Trombocitopenia.....	7
1.2.7 Criterios diagnósticos.....	7
1.2.8 Diagnóstico diferencial	8
1.2.9 Complicaciones	9
1.2.9.1 Neonatales	9
1.2.9.2 Maternas	9
1.3 Ruptura hepática	9
CAPITULO II	13
2 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	13
2.1 Anamnesis	13
2.1.1 Datos de filiación:	13
2.1.2 Motivo de consulta.....	13
2.1.3 Enfermedad actual.....	13
2.1.4 Revisión de sistemas	13

2.1.5	<i>Historia pasada</i>	13
2.1.6	<i>Hábitos</i>	14
2.2	Examen físico	14
2.2.1	<i>Signos vitales</i>	14
2.2.2	<i>Antropometría</i>	15
2.3	Claves obstétricas:	15
2.4	Impresión diagnóstica	16
2.5	Indicaciones	16
2.6	EVOLUCIÓN	19
2.6.1	<i>10 de junio del 2019</i>	19
2.6.2	<i>11 de junio del 2018</i>	24
2.6.3	<i>12 de junio del 2018</i>	26
2.6.4	<i>13 de junio del 2019</i>	29
2.6.5	<i>14 de junio del 2018</i>	31
2.6.6	<i>15 de junio del 2018</i>	32
2.6.7	<i>16 de junio del 2018</i>	32
2.6.8	<i>17 de junio del 2018</i>	34
2.6.9	<i>18 de junio del 2019</i>	35
2.6.10	<i>19 de junio del 2018</i>	36
2.6.11	<i>20 de junio del 2018</i>	36
2.6.12	<i>21 de junio del 2018</i>	37
2.7	Seguimiento:	37
2.7.1	<i>Julio 2018</i>	38
2.7.2	<i>Noviembre del 2018</i>	39
2.7.3	<i>Febrero 2019</i>	41
CAPITULO III		45
3	HALLAZGOS	45
CONCLUSIONES		46
BIBLIOGRAFÍA		2

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación del síndrome de Hellp	5
Tabla 1-2: Biometría hemática 10-06-2018 03:30am.....	16
Tabla 2-2: Coagulación 10-06-2018 03:30 am	17
Tabla 3-2 : Perfil química básica 10-06-2018 03:30	17
Tabla 4-2: Elemental y microscópico de orina 10/06/2018	18
Tabla 5-2: Cristalografía	18
Tabla 6-2: VIH y VDRL	18
Tabla 7-2: Puntuación Apache II	22
Tabla 8-2: Biometría hemática 10/06/2018 15:40	22
Tabla 9-2: Coagulación 10/06/2018 15:40	23
Tabla 10-2: Perfil química básica 10/06/2018 15:40	23
Tabla 11-2: Gasometrías 10/06/2018.....	23
Tabla 12-2: Score Mama 10/06/2018	24
Tabla 13-2: Biometría hemática 11/06/2018	25
Tabla 14-2: Electrolitos 11/06/2018	25
Tabla 15-2: Gasometrías 11/06/2018.....	25
Tabla 16-2: Score mama 11/06/2018.....	26
Tabla 17-2: Biometría hemática 12/06/2018	27
Tabla 18-2: Coagulación 12/06/2018.....	27
Tabla 19-2: Perfil química básica 12/06/2018	27
Tabla 20-2: Gasometría arterial	28
Tabla 21-2: Score Mama 12/06/2018	28
Tabla 22-2: Biometría hemática 13/06/2018	29
Tabla 23-2: Coagulación 13/06/2018.....	29
Tabla 24-2: Perfil química básica 13/06/2018	30
Tabla 25-2: Gasometría arterial 13/06/2018	30
Tabla 26-2: Score mama 13/06/2018.....	31
Tabla 27-2: Score mama 14/06/2019.....	31
Tabla 28-2: Biometría hemática 16/06/2018	33
Tabla 29-2: Coagulación 16/06/2018.....	33
Tabla 30-2: Perfil química básica 16/06/2018	33
Tabla 31-2 : Cuantificación de drenes	35
Tabla 32-2: Elemental y microscópico de orina 20/06/2018	37
Tabla 33-2: Biometría hemática de control al mes	38
Tabla 34-2: Coagulación control al mes	38

Tabla 35-2: Perfil química básica al mes	38
Tabla 36-3: Biometría hemática a los 6 meses	39
Tabla 37-2: Coagulación a los 6 meses.....	39
Tabla 3938-2: Perfil química básica a los 6 meses	40
Tabla 39-2: Biometría hemática a los 8 meses	41
Tabla 40-2: Coagulación a los 8 meses.....	42
Tabla 41-2: Perfil química básica a los 8 meses	42

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-2: Monitoreo fetal	18
Ilustración 2-2: Ecografía fetal.....	19
Ilustración 3-2 Hematoma hepático.....	21
Ilustración 4-2: Hematoma Hepático	34
Ilustración 5-2 Ecografía de control	40
Ilustración 6-2: Ecografía de control.....	41
Ilustración 7-2 Ecografía de control 8 meses	43
Ilustración 8-2: Ecografía de control 8 meses	43
Ilustración 9-2 Tomografía de control 8 meses	44

RESUMEN

El síndrome de Hellp es una complicación de los trastornos hipertensivos en el embarazo y que puede llegar a desarrollarse en el 10% de estos casos aproximadamente, es por eso que es de gran importancia tanto a nivel mundial como en Ecuador conocer a fondo acerca de este tema ya que presenta alta prevalencia y gran severidad en sus complicaciones. Se debe tener en cuenta que la fisiopatología este síndrome no esta bien esclarecida, sin embargo, se conoce que este síndrome se caracteriza por presentar hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia, así mismo las complicaciones que pueden presentarse son numerosas dentro de las cuales están coagulación intravascular diseminada que es la más común de presentarse, desprendimiento prematuro de placenta, edema pulmonar, insuficiencia renal aguda, ascitis severa, derrame pleural, edema cerebral y hematoma subcapsular hepático teniendo en cuenta que este último es poco común de presentarse y que puede encontrarse asociado a gestantes que tengan Síndrome de Hellp. Este síndrome suele ser de difícil diagnóstico lo que condiciona una elevada tasa de mortalidad, por lo que se recomienda educar a las madres ante signos de alarma que pueden presentarse, mantener el estado de vigilancia ante cuadros clínicos sospechosos aún sin evidencia analítica de alteración hepática ni hemodinámica de hipertensión arterial en el embarazo ya que si se realiza un diagnóstico temprano facilitará el trabajo multidisciplinar que precisa el manejo de esta patología a fin de disminuir la morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del recién nacido.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <SÍNDROME DE HELLP>, <HIPERTENSIÓN>, <HEMÓLISIS>, <COMPLICACIONES>, <ROTURA HEPÁTICA>, <HIPERTENSIÓN ARTERIAL>, <EMBARAZO>.

ABSTRACT

Hellp syndrome is a complication of hypertensive disorders in pregnancy and may be developed in approximately 10% of these cases, which is why it is of great importance both globally and in Ecuador to know in depth about this motto since it has high prevalence and great severity in its complications. It must be taken into account that the pathophysiology of this syndrome is not well understood, however, it is known that this syndrome will be characterized by haemolysis, elevated hepatic and / or thrombocytopenia, and the complications that may occur are coagulation in Vascular disseminadii anger that is the most common to present, premature placental abruption, pulmonary edema, acute renal failure, severe ascites, pleural effusion, cerebral edema and hepatic subcapsular hematoma taking into account that the latter is uncommon to present and can be found associated with pregnant women with Hellp syndrome. It is usually difficult to diagnose what conditions a high mortality rate, so it is recommended to educate the mothers when there are warning signs that may occur, to maintain the surveillance status in the presence of suspicious clinical pictures even without analytical evidence of hepatic impairment or hemodynamics. arterial hypertension in pregnancy because if an early diagnosis is made it will facilitate the multidisciplinary work that requires the management of this pathology in order to reduce the morbidity and mortality of both the mother and the newborn.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>. <MEDICINE>. <HELLP SYNDROME>, <HYPERTENSION>. <HEMOLYSIS>. <COMPLICATIONS>. <BREATHING HEPATIC> <BLOOD HYPERTENSION>. <PREGNANCY>.



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Hellp fue descrito por Pritchard en el año 1954 como una complicación de la preclamsia severa. (Nerea Martínez y otros 2018)

En 1991, Redman incluyó una modificación a estas siglas para aquellas pacientes en las cuales no se podía reconocer la anemia hemolítica y lo denominó ELLP (Francisco Soto, Luanys Rivera, Miguel Estévez 2014)

El síndrome de Hellp es una microangiopatía trombótica específica de la gestación (Francisco Soto, Luanys Rivera, Miguel Estévez 2014), constituye una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, su nombre se debe a sus siglas en inglés: hemólisis (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL) y trombocitopenia (LP) (Nerea Martínez y otros 2018). Se presenta en pacientes con preclamsia grave, eclampsia, hipertensión gestacional y preclamsia agregada, tanto durante en el embarazo o incluso podría presentarse durante el puerperio (Cindy Monge 2018)

Este síndrome no es muy común, puede observarse entre 0,5 y 0,9 % de todas las gestaciones. La mortalidad materna asociada con HELLP se aproxima al 1-24 %, y la perinatal al 40 %. (Ligia Andrea Obando Morales 2014)

Esta alta mortalidad perinatal es principalmente experimentada en las edades gestacionales muy tempranas (menos de 28 semanas), asociada a restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), abrupción de placenta y prematuridad. (Ligia Andrea Obando Morales 2014)

La presentación clínica del síndrome de HELLP es variada, inclusive la hipertensión puede estar ausente en un 20% de las pacientes (Cindy Monge 2018) por lo cual se requiere un control de laboratorio y clínico debido a alta morbilidad que este síndrome presenta, como coagulación intravascular diseminada (15%), abrupción de placenta (9%), edema agudo de pulmón (8%), falla renal aguda (3%), síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y accidente cerebro-vascular (1%) y rotura hepática (1%), (Nerea Martínez y otros 2018)

Existen dos sistemas para el diagnóstico y clasificación de esta patología: el Sistema Tennessee y el Sistema Mississippi. (Baez H, Torres C, Távarez J 2016)

El primero, clasifica al síndrome como Completo (cuando las pacientes presentan hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia) e Incompleto (cuando la paciente solo muestra 2 de los signos mencionados). El segundo, subdivide a las pacientes según los niveles plaquetarios en Clase I (<50,000 / μ L), Clase II (50,000-100,000/ μ L) y Clase III (100,000-150,000/ μ L). (Francisco Soto, Luany Rivera, Miguel Estévez 2014)

La detección precoz del síndrome de HELLP aumenta el buen pronóstico en la evolución materno fetal, por lo que se debe conocer los signos y síntomas para realizar una intervención inmediata por parte del equipo multidisciplinario (Cindy Monge 2018)

1.1 Metodología

1.1.1 Estrategia de búsqueda

La búsqueda sistemática de la literatura fue realizada de forma independiente, por autores utilizando las bases de datos Scielo, Cochrane Library, Pubmed, New England Journal. El proceso incluyó búsquedas separadas con los términos “Síndrome de Hellp”, “Hemólisis”, “Rotura Hepática”. Con una combinación posterior de ellos.

1.1.2 Criterio de elegibilidad

Los estudios elegibles incluyeron informes de casos, estudios de casos en los que participaron pacientes con síndrome de Hellp. Los estudios debían describir las características demográficas, clínicas, resultados de laboratorio y tratamiento para ser incluidos en la revisión sistemática.

1.1.3 Selección de estudios y recopilación de datos

El procedimiento para la selección comenzó con la revisión del título, excluyendo los manuscritos sin ninguna correlación con el objetivo de estudio. Los estudios publicados se clasificaron como elegibles, poco claros y no elegibles, de acuerdo con su ajuste a los criterios de inclusión. Posteriormente los artículos marcados como elegibles o inciertos se seleccionaron para la revisión de texto completo.

1.2 Síndrome de Hellp

1.2.1 Concepto

El síndrome de Hellp es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, su nombre se debe a sus siglas en inglés: hemólisis (H: hemolysis), elevación de las enzimas hepáticas (EL: Elevated liver enzymes) y trombocitopenia (LP: low platelets). (Mohamad K y otros 2018), (Heleodora Pandales 2018)

Esta patología fue descrita por primera vez por Pritchard en el año del 1954 y relacionado con la preclamsia por Weinstein en 1982. (Baez H, Torres C, Távarez J 2016)

Este síndrome complica de un 0.2 a un 0.9% de todos los embarazos y de un 10 a un 20% de los casos de preclamsia. (Bracamonte-Peniche Jimena y otros 2018)

1.2.2 Epidemiología

A nivel mundial se estima que el síndrome HELLP afecta del 0,1% al 0,9% de los embarazos, así como del 10% al 20% de los embarazos con preclamsia grave y 50% de los casos de eclampsia. (Baez H, Torres C, Távarez J 2016)

Esta complicación tiene un elevado índice de mortalidad, encontrándose entre 1 a 24% en la madre y 7 a 34% en el feto.

En América Latina, 27.6% de las mujeres con eclampsia presenta síndrome de HELLP, con un índice de mortalidad del 14% (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

En el Ecuador en el 2017 la hipertensión gestacional con proteinuria significativa es la octava causa de morbilidad. (INEC 2017)

A nivel local en la ciudad de Riobamba se realizó un estudio en el año 2017 en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el servicio de Ginecología y Obstetricia con 100 adolescentes embarazadas de las cuales el 12% presentó hemorragia post parto, el 11% Síndrome de Hellp, el 7% presentó eclampsia, desprendimiento de placenta normoinserta e insuficiencia renal aguda solo presentó 1%, mientras que rotura hepática el 0%. (Valdiviezo Giana 2017)

1.2.3 Etiología

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preclamsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

Es desconocida, aunque se cree que la coexistencia de leucocitosis y trombopenia pueden tener relación con un proceso inflamatorio sistémico de base. Podría estar asociada a un daño microvascular con lesión endotelial, depósito de fibrina en vasos, y activación y aumento de consumo plaquetario. (Cindy Monge 2018), (Baez H, Torres C, Távarez J 2016)

Se han postulado varias teorías como la isquemia placentaria, los lípidos maternos, una alteración en el sistema inmune o incluso un mecanismo genético (ciertos fenotipos maternos y fetales tiene riesgo aumentado del síndrome).

Aunque muchos autores lo consideran una variante grave de preclamsia, para otros es una entidad independiente; casi en el 20% de los casos no va precedido de la misma, lo cual es muy importante de cara a la sospecha clínica del cuadro. Al contrario que en la preclamsia, la nuliparidad no es un factor de riesgo para este síndrome. (Nerea Martínez y otros 2018)

1.2.4 Fisiopatología

El mecanismo exacto no ha sido claramente definido. (Charlotte J Frise y otros 2016)

Es probable que alteraciones en el desarrollo y funcionamiento de la placenta causen isquemia y estrés oxidativo, que a su vez causan alteraciones en la liberación y en el metabolismo de diversos

factores, como las prostaglandinas, endotelina y óxido nítrico, llevando a lesión endotelial, agregación plaquetaria, hipertensión y fallo multiorgánico. (Cindy Monge 2018)

Las alteraciones fisiopatológicas del síndrome HELLP implican la triada: invasión anormal del trofoblasto, mala adaptación-función placentaria y alteración vascular materna generalizada. (Charlotte J Frise y otros 2016)

Los signos del síndrome HELLP (hipertensión, proteinuria, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis) pueden explicarse por la actividad inflamatoria sistémica que afecta la disfunción de las células endoteliales maternas. (Charlotte J Frise y otros 2016)

1.2.5 Clasificación

La clasificación de Mississippi divide el síndrome en tres clases según el nivel plaquetario. Se estableció para predecir la rapidez de la recuperación de la enfermedad posparto, y el riesgo de recurrencia. La clasificación de Tennessee se refiere a la presentación parcial o incompleta del síndrome. (Cindy Monge 2018), (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

Tabla 1-1: Clasificación del síndrome de Hellp

CLASE HELLP	CLASIFICACION DE MISSISSIPPI	CLASIFICACION DE TENNESSE
HELLP 1	Plaquetas <50 000/ml AST o ALT \geq 70 UI/L LDH \geq 600 UI/L	Plaquetas \leq 100 000/ml AST o ALT \geq 70 UI/L LDH \geq 600 UI/L
HELLP 2	Plaquetas <50 000 – 100.000/ml AST o ALT \geq 70 UI/L LDH \geq 600 UI/L	
HELLP 3	Plaquetas 100 000 – 150 000ml AST o ALT \geq 40 UI/L LDH \geq 600 UI/L	NO APLICA
PARCIAL/ INCOMPLETO	NO APLICA	PREECLAMPSIA SEVERA + UNO DE LOS HALLAZGOS: ELLP, EL, LP

Fuente: Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

1.2.6 Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas del síndrome de HELLP se pasan comúnmente por alto, lo que conduce a un mal diagnóstico inicial y, por ende, a un tratamiento preliminar inadecuado. (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

El síntoma más frecuentemente encontrado es el dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio (65%), náuseas o vómitos en 36%, cefaleas (31%), sangrado digestivo (5%), ictericia hasta en el 90%, diarrea (5%), dolor en hombro o cuello (5%). Otros síntomas más graves son pérdida de visión, hemorragia hepática o intracraneal y coagulación intravascular diseminada. (Nerea Martínez y otros 2018)

Triada diagnóstica:

1.2.6.1 Hemólisis

La disminución rápida del número de eritrocitos durante la presentación del síndrome HELLP se cree resultado del daño celular debido al depósito de fibrina generado por injuria endotelial con subsecuente ruptura de los glóbulos rojos por contacto con el área dañada. Este hallazgo particular es consistente con la anemia hemolítica microangiopatía. (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

1.2.6.2 Alteraciones hepáticas

Las anomalías patológicas incluyen hemorragia peri portal, necrosis focal parenquimatosa con deposición hialina, fibrina micro trombos y esteatosis, que provoca aumento de las enzimas hepáticas. (Ligia Andrea Obando Morales 2014)

La elevación de la TGP, TGO y LDH reflejan el grado de hemolisis y la disfunción hepática; tienen relación directa con la severidad del síndrome. El dolor en el cuadrante superior derecho y epigastrio, es debido a distensión de la capsula de Glisson (Cindy Monge 2018)

La elevación de las enzimas hepáticas puede reflejar el proceso hemolítico y la afectación hepática. La hemolisis contribuye sustancialmente a los niveles elevados de lactato deshidrogenasa (LDH), mientras que los niveles mejorados de aspartato aminotransferasa (AST)

y alanina aminotransferasa (ALT) se deben principalmente a la lesión hepática (3) Puede llegar a causar ruptura hepática con peligro inminente para la vida, con una incidencia de 1/45000. (Cindy Monge 2018)

1.2.6.3 Trombocitopenia

La disminución del recuento plaquetario se debe al consumo de plaquetas en los sitios de daño endotelial; es frecuente verlo tempranamente en la preclamsia. Se observa un recambio plaquetario aumentado, una disminución del tiempo de vida medio y aumento de la adherencia plaquetaria al colágeno expuesto a la pared endotelial. (Cindy Monge 2018)

La trombocitopenia es la causa principal y temprana de alteración de la coagulación en el síndrome HELLP. Múltiples factores están involucrados en la patogénesis de la trombocitopenia: Daño endotelial vascular, alteración de la producción de prostaciclina e incremento de los depósitos de fibrina en la pared vascular. (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

1.2.7 Criterios diagnósticos

- Hemólisis: esquistocitos en el frotis de sangre periférica. Es el criterio más importante para el diagnóstico del síndrome. Se deben a una alteración de la forma de los hematíes a su paso a través de pequeños vasos sanguíneos que contienen depósitos de fibrina. Otros signos de hemólisis son el aumento de bilirrubina indirecta o la presencia de haptoglobinas disminuidas en plasma ($\leq 25\text{mg/dL}$). (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)
- Bilirrubina total $\geq 1,2\text{mg/dL}$
- Elevación de enzimas hepáticas: AST mayor de 72 UI/L; LDH mayor de 600UI/L). La clásica lesión hepática es la necrosis parenquimatosa peri portal o focal con depósito de material similar a fibrina en los sinusoides hepáticos. Existen formas incompletas del síndrome en las que no se producen alteraciones significativas de las transaminasas. (Nerea Martínez y otros 2018)
- Plaquetas menores de $100 \times 10^9/\text{L}$ (aunque existen autores que defienden plaquetas inferiores a $150 \times 10^9/\text{L}$ para el diagnóstico). (Bracamonte Peniche Jimena y otros 2018)

- No hay actualmente un consenso acerca de los criterios diagnósticos de laboratorio, existiendo dos clasificaciones que definen el síndrome, la de la Universidad de Tennessee, y la del centro médico de la universidad de Mississippi. (Nerea Martínez y otros 2018)

1.2.8 Diagnóstico diferencial

Las pacientes con preclamsia-eclampsia manifiestan síntomas y signos particulares. Estos hallazgos clínicos pueden aparecer en mujeres con síndrome HELLP; sin embargo, existen otras complicaciones obstétricas que pueden provocar síntomas y signos similares. (Charlotte J Frise y otros 2016)

TABLA 2-1 Diagnóstico diferencial del Síndrome de Hellp

	SINDROME DE HELLP	PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA AUTOINMUNE	SINDROME URÉMICO HEMÓLITICO	NECROSIS GRASA DEL EMBARAZO
HTA	75%	Raro	Presente	25-50%
PROTEINURIA	90%	Variable	Presente	Variable
TROMBOCITOPENIA	100%	100%	50%	Variable
LDH	Elevada	Elevada	Muy elevada	Elevada
TIEMPOS DE COAGULACIÓN	-	-	-	Elevada
FRIBRINÓGENO	-	-	-	Disminuido
PDF	-	-	Elevados	Elevados
ANTITROMBINA III	Disminuida	-	-	Disminuida
BILIRRUBINA	Elevada	Elevada	Elevada	Muy elevada
AMONÍACO	-	-	-	Muy elevada
GLUCEMIA	-	-	-	Muy disminuida
ALT. RENALES	+	-	++	+
ALT. NEUROLÓGICAS	+	++	-	+
FIEBRE	-	+	+	-

Fuente: Julia Carpena Montero 2015

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

El síndrome urémico-hemolítico (SUH) asociado a la gestación, la púrpura trombocitopénica autoinmune (PTA), el fallo renal agudo postparto, la necrosis grasa del embarazo (NGAE) y el síndrome HELLP son considerados complicaciones o variantes de la preclamsia/ eclampsia

compartiendo mecanismos fisiopatológicos comunes que empiezan con un daño endotelial. (Ligia Andrea Obando Morales 2014)

Se deben incluir también en el diagnóstico diferencial la gastroenteritis aguda, apendicitis, hepatitis y el síndrome antifosfolípido, entre otros.

Con la necrosis grasa aguda del embarazo difiere en la magnitud del daño hepático, el tipo de lesión y las complicaciones de la misma que suelen conducir a fallo hepático y encefalopatía, apareciendo con frecuencia hipoglucemia severa y aumento de creatinina y de TTPA y TP como datos diferenciales en el laboratorio. (Nerea Martínez y otros 2018)

1.2.9 Complicaciones

1.2.9.1 Neonatales

Pueden ser el distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia cerebral y enterocolitis necrotizante, crecimiento intrauterino retardado (30%), depresión neonatal (32%), hipoglucemia (19%), bajo peso al nacer (51%), hiperbilirrubinemia, asfixia perinatal, hipoglucemia, trombocitopenia neonatal y muerte. (Nerea Martínez y otros 2018)

1.2.9.2 Maternas

Pueden presentar coagulación intravascular diseminada (CID), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), insuficiencia renal aguda (IRA), ascitis severa, edema pulmonar, derrame pleural, edema cerebral, hematoma subcapsular hepático entre otras. Las cifras de mortalidad materna varían entre 0% y 24%, las causas de muerte más comunes en orden de frecuencia: hemorragia intracraneal (26% - 27%), síndrome de distrés respiratorio del adulto (22%), ruptura hepática (17%), encefalopatía isquémica hipóxica (7,5%) y CID (5,7%) entre otras. (Cindy Monge 2018).

1.3 Ruptura hepática

El hígado suele funcionar bien a lo largo del embarazo, pero no escapa a los cambios que se producen en este periodo. (Acosta Martínez M y otros 2017)

La ruptura hepática espontánea en el embarazo, que fue descrita por primera vez por Abercrombie en 1984. (Xiao Zhou, Meng Zhang, Zhuang Liu, Meili Duan and Lei Dong, 2018)

Es una complicación poco frecuente de la preclamsia relacionada con el síndrome de HELLP cuya incidencia es tan baja, que varía de 1 en 100,000 a 250,000 embarazos (Acosta Martínez M y otros 2017)

La mortalidad materna es alta, con un rango de 17% a 59%, y depende de si el hematoma está roto, la rapidez con la que se realiza el diagnóstico y la disponibilidad de opciones terapéuticas (J. Moodley 2018)

Es importante un diagnóstico temprano, el tratamiento quirúrgico oportuno y el seguimiento postoperatorio de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. (Xiao Zhou, Meng Zhang, Zhuang Liu, Meili Duan and Lei Dong, 2018)

La fisiopatología de este cuadro se atribuye a depósitos locales de fibrina en el hígado, que predisponen a la isquemia focal y a desgarros de la íntima en el hígado con hemorragia e infarto (M Polo Gil y otros 2017) suele ser causada por hemangiomas hepáticos, carcinoma hepatocelular, adenoma hepático, de los cuales se informó que estaban relacionados con el embarazo, pero son poco frecuentes. Otras causas son metástasis hepáticas de coriocarcinoma, hiperplasia nodular focal, traumatismo, infección (malaria, sífilis, abasto amebiano), aneurismas; los granulomas, el uso de cocaína durante el embarazo, la terapia con esteroides anabólicos, la amiloidosis sistémica (Xiao Zhou, Meng Zhang, Zhuang Liu, Meili Duan and Lei Dong, 2018)

La forma clínica típica de presentación es un hematoma localizado en la cara diafragmática de lóbulo derecho, y son mucho menos frecuentes los hematomas intrahepáticos, por lo que la mayoría de las pacientes refiere dolor e hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho. (J Moodley 2018)

Los signos y síntomas clínicos característicos de enfermedad hepática grave incluyen: dolor persistente en el cuadrante superior derecho del abdomen o dolor en barra, con irradiación al hombro ipsilateral o la región interescapular; náuseas, vómito y, en casos graves (pacientes con ruptura de un hematoma hepático), irritación peritoneal y estado de choque, casi siempre con disminución repentina de la frecuencia cardíaca fetal que conlleva a consecuencias mortales. (Acosta Martínez M y otros 2017)

Este dolor es debido a la distensión del parénquima hepático y de la capsula de Glisson por un aumento de flujo a nivel de los sinusoides hepáticos. (Charlotte J Frise y otros 2016)

El diagnóstico diferencial se lo debe realizar con hígado graso, hepatitis, abrupto placentae y rotura uterina (M Polo Gil y otros 2017)

Ningún dato bioquímico de laboratorio confirma el diagnóstico de hematoma y rotura hepática, aunque un descenso súbito del hematocrito o aumento repentino de la actividad de la transaminasa sérica pueden resultar muy indicativos. (Charlotte J Frise y otros 2016)

El diagnóstico de elección se realiza mediante tomografía computarizada, la ecografía abdominal suele ser útil y se recomienda llevarla a cabo siempre que exista sospecha de rotura hepática y las condiciones clínicas de la paciente y el feto lo permitan. (M Polo Gil y otros 2017)

El diagnóstico también se puede hacer por visualización directa de sangre libre en la cavidad abdominal identificando la lesión hepática en el momento de la cesárea (Tram T, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. 2016)

El tratamiento de la rotura hepática obliga a una intervención de urgencia para cohibir la hemorragia y controlar la posible coagulopatía de la madre que acompañará a la rotura. (M Polo Gil y otros 2017)

A diferencia de los traumas hepáticos y roturas por accidentes en que el hígado está sano y las zonas anfractuosas se pueden afrontar, aproximar y suturar, en la paciente preecláptica, el parénquima está difusamente afectado por el edema y los procesos hemorrágicos que se inician como una hemorragia peri portal y continúa con la formación de hematomas. (Tram T, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. 2016). Cualquier tipo de sutura debe tener en cuenta este tejido friable, que no es fácil de aproximar y menos comprimir al anudar. El tejido se rebana lo que causa más hemorragias y laceraciones, y muchas veces coagulopatía de consumo lo que puede llevar a la muerte de la paciente por falla multisistémica (Tram T, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. 2016)

Otras alternativas de tratamiento van desde la observación, la evacuación y drenaje, aplicación de agentes hemostáticos, sutura del desgarro, ligadura de la arteria hepática, resecciones parciales o lobectomía, embolización de la arteria hepática, el taponamiento temporal o packing de compresas en la zona hepática comprometida, hasta el trasplante hepático en casos de daño total del órgano (M Polo Gil y otros 2017)

CAPITULO II

2 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1 Anamnesis

2.1.1 *Datos de filiación:*

Paciente NN de 32 años de edad sexo femenino, etnia mestiza, estado civil casada, ocupación costurera, nacida y reside en Guano, instrucción bachiller, religión católica, no posee seguro de salud.

2.1.2 *Motivo de consulta*

Dolor abdominal.

2.1.3 *Enfermedad actual*

Paciente que acude por presentar dolor abdominal tipo cólico desde aproximadamente 9 horas de evolución de inicio brusco localizado en la región hipogástrica y se irradia a región lumbar de moderada intensidad sin causa aparente, se acompaña de la salida de líquido por la vagina por lo que acude a esta casa de salud.

2.1.4 *Revisión de sistemas*

Sin patología aparente

2.1.5 *Historia pasada*

2.1.5.1 Antecedentes Personales:

- Clínicos: Colestasis hace más o menos 1 mes por lo que fue ingresada en el hospital y permaneció por 4 días
- Quirúrgicos: Cesárea hace 10 años
- Alérgicos: No refiere

2.1.5.2 Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquia y telarquia: 12 años
- Pubarquia: 13 años
- Ciclos: irregulares con duración de 5 días aproximadamente, flujo abundante con presencia de coágulos
- Inicio de vida sexual: 18 años
- Número de parejas sexuales: 2
- PAPTEST: hace 1 año reporte normal
- Gestas: 1 PARTOS: 0 CESÁREA: 1 ABORTOS: 0
- Gesta actual: FUM: 23-09-2017, FPP: 30-06-2018, Edad gestacional: 37.1 semanas por fecha de última menstruación, ecografías: 5, controles: 7

2.1.6 Hábitos

- Alimenticio: 3 veces al día
- Alcohol: no
- Tabaco: no
- Drogas: no
- Sueño: 8 horas diarias

2.1.7 Historia familiar

Hermana con cáncer de tiroides

2.2 Examen físico

2.2.1 Signos vitales

- Tensión arterial: 158/96 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 74 lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 rpm
- Temperatura: 36.4°C
- Proteinuria: +
- SCORE MAMA: 5

2.2.2 Antropometría

- Peso: 84.3 kg
- Talla 1.57 cm
- IMC: 34.08 obesidad tipo I

Paciente consiente, orientada en las 3 esferas, afebril, semihidratada, álgica, cabeza normocefálica, cabello de implantación de acuerdo a edad y sexo, ojos apertura ocular espontánea, nariz fosas nasales permeables, boca mucosas orales semihúmedas, dientes en buen estado, cuello móvil, tórax simétrico expansible, corazón rítmico no soplos, pulmones adecuada entrada de aire bilateral, abdomen gestante útero grávido feto único vivo, cefálico dorso izquierdo frecuencia cardiaca fetal 136-139 lpm actividad uterina negativa movimientos fetales presentes, región inguinogenital no se evidencia salida macroscópica de líquido ni sangre, tacto vaginal cuello uterino sin modificaciones, extremidades no edemas.

Score mama: 5 puntos

- Frecuencia cardiaca: 0
- Presión sistólica: 2
- Presión diastólica: 2
- Frecuencia respiratoria: 0
- Temperatura: 0
- Saturación: 0
- Estado de conciencia: 0
- Proteinuria en tirilla: 1

2.3 Claves obstétricas:

Azul

2.4 Impresión diagnóstica

- Embarazo de 37.1 semanas por fecha de la última menstruación
- Preeclampsia con signos de gravedad
- D/C ruptura de membranas

2.5 Indicaciones

Dieta blanda

Cuidados de enfermería:

- Control de signos vitales
- Score mama según puntuación
- Control de ingesta y excreta
- Diuresis horaria

Control médico:

- Control de frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina cada 4 horas
- Control del estado de conciencia, reflejos osteotendinosos cada hora

Hidratación:

- Solución salina 0.9% 450ml+10 gramos de sulfato de magnesio IV a 50 ml/h

Medicación:

- Nifedipino 10 mg vía oral si tensión arterial si TA >160/110 mmHg

Exámenes:

Tabla 1-2: Biometría hemática 10-06-2018 03:30am

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	8.50
NEUTROFILOS	55.7%

HEMATOCRITO	45%
HEMOGLOBINA	14.60 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.85
PLAQUETAS	179.000
GRUPO SANGUINEO	ORH (+)

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 2-2: Coagulación 10-06-2018 03:30 am

COAGULACIÓN	
TP	11.90 seg
TTP	26.40 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 3-2 : Perfil química básica 10-06-2018 03:30

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	86 mg/dl
CREATININA	0.60 mg/dl
BUN	11.5 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.62 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.23 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.39 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	94 U/L
TGP	152 U/L
AMILASA	50 U/L
FOSFATASA ALCALINA	318 U/L
LDH	244 U/L
COCIENTE PROTEINURIA CREATINURIA	
CREATINURIA EN ORINA	206.25 mg/dl
PROTEINURIA	74.80 mg/dl
COCIENTE PROTEINURIA/CREATINURIA	41.21 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 4-2: Elemental y microscópico de orina 10/06/2018

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Transparente
DENSIDAD	1.024
pH	7.0
PROTEINAS	50
UROBILINOGENO	2+
HEMATIES	34.1
LEUCOCITOS	17.0
BACTERIAS	Escasas
GRAM	Negativo

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 5-2: Cristalografía

LIQUIDOS Y SECRECIONES	
CRISTALOGRAFIA	POSITIVO

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 6-2: VIH y VDRL

SEROLOGÍA	
VIH	NO REACTIVO
SÍFILIS PRUEBA RÁPIDA	NEGATIVO

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

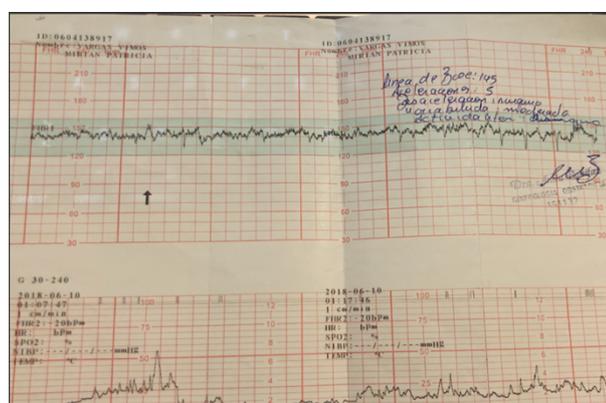


Ilustración 1-2: Monitoreo fetal

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

- **Línea de base:** 145
- **Aceleraciones:** 5
- **Desaceleraciones:** ninguna
- **Actividad uterina:** ausente
- **Patrón:** reactivo

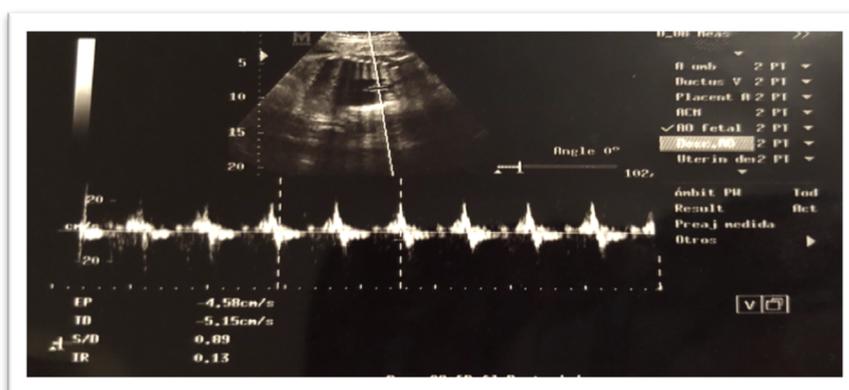


Ilustración 2-2: Ecografía fetal

Fuente: Rayos X, Ecografía_ Hospital General Docente Riobamba- Ministerio de Salud Pública

Frecuencia cardíaca fetal: 140 lpm

Peso: 2900 gramos

Ila: 7.29

Placenta: fúndica grado III

Conclusión: embarazo de 37 semanas por ecografía

2.6 EVOLUCIÓN

2.6.1 10 de junio del 2019

06:40 am

Paciente refiere dolor tipo punzante a nivel de hipocondrio derecho de gran intensidad con irradiación a región lumbar que no cede a analgésicos además se observa facies ictéricas

Plan: terminar el embarazo por vía alta, valoración por UCI

Score mama: 4

Frecuencia cardíaca: 120

3 puntos

Presión sistólica: 102	0 puntos
Presión diastólica: 70	0 puntos
Frecuencia respiratoria: 22	0 puntos
Temperatura: 36.8	0 puntos
Saturación: 96%	0 puntos
Estado de conciencia: Alerta	0 puntos
Proteinuria en tirilla: +	1 punto

10:20

UCI en ginecología indica que se debe volver a valorar a la paciente después de post quirúrgico

11:00

Paciente ingresa a Centro Obstétrico con diagnósticos de embarazo de 37.1 semanas por fecha de última menstruación + preclampsia con signos de gravedad+ ruptura de membranas

Anestesiología en centro obstétrico: Paciente es valorada, se la cataloga como ASA CLASE IV , se decide anestesia general, alistar 3 paquetes de concentrados globulares y 3 plasmas frescos congelados, además comunicar a UCI

11:25

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa colocación de campos quirúrgicos y anestesia general se realiza cesárea. Hallazgos: hemoperitoneo de 1700 ml organizado, útero y anexos normales, recién nacido sexo masculino APGAR 4-7, hígado con hematoma en lóbulo derecho cara inferior de más o menos 20 x 20 cm con sangrado activo en la base, sangrado aproximado 3300ml, se activa clave roja y se deja 8 compresas y 2 drenes tubulares se comunica el caso a cirugía.

Paciente en mal estado general Glasgow 3/15 bajo sedación.

Cirugía: Colocación de dren tubular derecho sobre el empaquetamiento y corredera parietocólica derecha y otro dren tubular de lado izquierdo en el fondo de saco de Douglas.

PLAN: empaquetamiento + second look después de 72 horas.

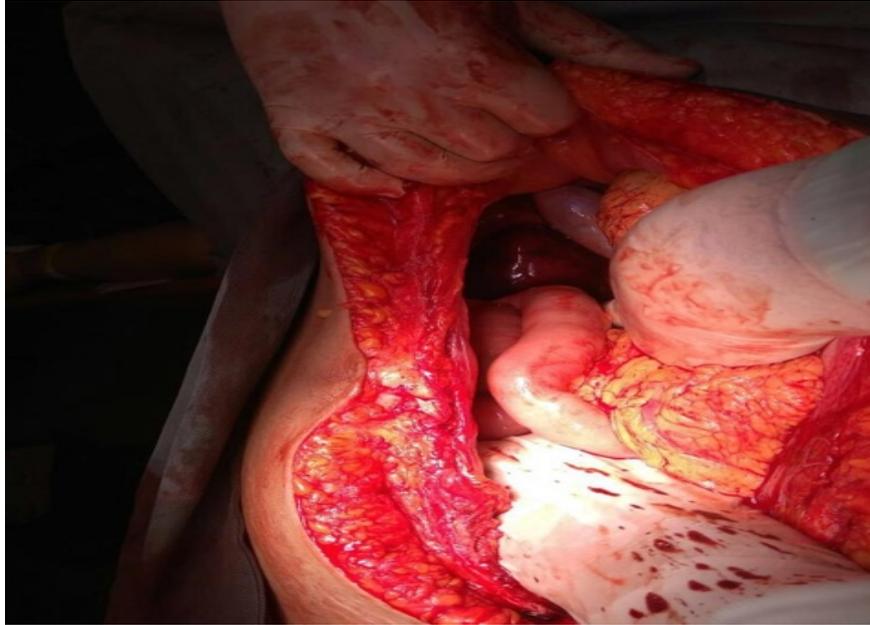


Ilustración 3-2 Hematoma hepático

Fuente: Hospital General Docente Riobamba- Ministerio de Salud Pública

13:00

Paciente ingresa al servicio de UCI con diagnósticos de: puerperio quirúrgico inmediato por embarazo de 37.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación + preclampsia con signos de gravedad + hemoperitoneo por lesión hepática + empaquetamiento + shock hipovolémico + síndrome de Hellp incompleto

Procedimiento realizado: empaquetamiento + cesárea

Signos vitales al ingreso: tensión arterial: 150/100 mmHg, Frecuencia cardiaca: 82 lpm, Glasgow 3/15, saturación: 100%

SCORE MAMA: 7

Al examen físico: fascies ictericas, conjuntivas ictericas, intubada con apoyo de oxígeno por ambú con 10 litros, cardiopulmonar sin patología aparente, drenaje izquierdo producción de líquido hemático 20ml y drenaje derecho líquido hemático 30 ml

Gasometría arterial: pH: 7.27 pCO₂: 38.4 PO₂: 58.8 HCO₃: 17.4

Tabla 7-2: Puntuación Apache II

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FIO ₂ ≥ 0.5 (A±DO ₂)	499	350-499	200-349		>200				
Si FIO ₂ ≤ 0.5 (PaO ₂)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Enfermedad crónica									
Preoperatorio programado	2								
Preoperatorio urgente o médico	5								
Edad									
≤ 44	0								
45-64	2								
55-64	3								
65-74	5								
≥75	6								
Puntos APS (A)									
Puntos GCS (B)									
Puntos edad (C)									
Puntos enf. previa (D)									
Total de puntos APACHE II A+B+C+D = _____									

Puntuación de apache: 11

Paciente continua con solución salina + sulfato de magnesio además se indica la transfusión de 2 plasmas frescos congelados y 4 concentrados de glóbulos rojos y exámenes de control

Después de 1 hora de su ingreso a UCI paciente continua con hipertensión arterial con TAM de 120 por lo que se indica nifedipino y bromuro de rocuronio

15:40

Tabla 8-2: Biometría hemática 10/06/2018 15:40

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	19.7
NEUTROFILOS	86.6%
HEMATOCRITO	40.6 %
HEMOGLOBINA	13.20 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.38
PLAQUETAS	160.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-

Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 9-2: Coagulación 10/06/2018 15:40

COAGULACIÓN	
TP	12.50 seg
TTP	28.90 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 10-2: Perfil química básica 10/06/2018 15:40

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	145 mg/dl
CREATININA	0.89 mg/dl
BUN	13.7 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	1.02 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.55 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	1.00 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	343 U/L
TGP	482 U/L
PERFIL PROTEICO	
PROTEINAS TOTALES EN SUERO	4.6 g/dl
ALBUMINA	1.9 g/dl
GLOBULINA	2.7 g/dl
PERFIL DE ELECTROLITOS	
SODIO	136 mg/dl
POTASIO	7.9 mg/dl
CLORO	104 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 11-2: Gasometrías 10/06/2018

GASOMETRIA ARTERIAL			
	05:17	13:21	15:24
pH	7.43	7.27	7.37
pCO₂	31.0	38.4	26.9
pO₂	125.9	58.8	115.2
HCO₃	20.6	17.4	15.5
BE	-3.7	-8.8	-8.0
LACTATO	3.00	4.23	3.52

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Paciente hemodinámicamente estable, taquicárdica, sin respuesta verbal, continua con ventilación mecánica, con drenaje derecho 220 ml y drenaje izquierdo 160 ml de liquido serohemático, además presenta hipercalemia por lo que se administra gluconato de calcio con el riesgo de antagonizar el efecto del sulfato de magnesio por lo que se coloca anticomicial profiláctico (fenitoína 1000 mg IV STAT y 150 mg IV cada 8 horas por 3 dosis)

Drenajes abdominales producción de 885cc dren derecho y 210 cc dren izquierdo en 24 horas
Gasto urinario: 1.3 ml/kg/h

Tabla 12-2: Score Mama 10/06/2018

PARÁMETROS	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
Frecuencia Cardíaca	82	106	107	111	113	114	110	120	115	110	110
Sistólica	150	104	120	132	132	120	130	120	127	137	130
Diastólica	100	70	70	77	87	80	69	80	88	88	88
Frecuencia Respiratoria	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Temperatura	36.3	36.3	36	36.4	36.4	36.5	36.5	36.6	36.9	36.9	36.9
Saturación	100	100	98	98	98	98	98	96	96	97	96
Estado de conciencia	No valorable										
Proteinuria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	1	1	2	2	2	1	3	3	2	1

Fuente: Score Mama-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.2 11 de junio del 2018

05:22 am

Paciente continua en ventilación mecánica, se ha realizado reanimación con hemoderivados hasta el momento se le ha transfundido 11 paquetes globulares y 6 plasmas frescos congelados teniendo buena respuesta a reanimación, drenen derecho e izquierdo se observa pérdidas significativas de

sangre rojo rutilante que bajo conducta de cirugía se debería nuevamente revisar o esperar que se dé hemostasia

Tabla 13-2: Biometría hemática 11/06/2018

BIOMETRIA HEMATICA				
	04:15	11:59	13:53	19:48
GLÓBULOS BLANCOS	16.7	7.70	14.30	15.60
NEUTROFILOS	81.1%	85.3%	84.5%	86.5 %
HEMATOCRITO	43.0 %	11.8 %	48.3 %	44.9 %
HEMOGLOBINA	16.10 g/dl	3.80 g/dl	16.10 g/dl	14.7 g/dl
GLOBULOS ROJOS	5.30	1.19	5.21	4.73
PLAQUETAS	140.000	13.000	80.000	80.000
		BIOMETRÍA DEL DREN		

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 14-2: Electrolitos 11/06/2018

PERFIL DE ELECTROLITOS	
SODIO	138 mg/dl
POTASIO	4.40 mg/dl
CLORO	105 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 15-2: Gasometrías 11/06/2018

GASOMETRIA ARTERIAL		
	11:27	17:27
pH	7.41	7.42
pCO₂	35.2	34.5
pO₂	80.5	76.3
HCO₃	22.1	22.3
BE	-1.8	-1.4
LACTATO	2.03	1.78

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Fibrinógeno: 552 mg/dl

Paciente con cuadros hipertensivos desde su ingreso, ha recibido durante las primeras 24 horas de su ingreso 11 concentrados globulares y 6 concentrados de plasma fresco congelado, además se ha administrado 5 concentrados plaquetarios por trombocitopenia.

Con evolución favorable en la tarde desciende la frecuencia cardiaca a 70-80 lpm y presiones arteriales en descenso por lo que se inicia vasoactivo norepinefrina a 2ml/hora

Se administra además diurético de asa por persistencia de oligoanurias

Se inicia nutrición enteral

Se cuantifica 205cc dren derecho y 95 cc del dren izquierdo en 24 horas

Se permanece en conducta expectante para una nueva re intervención quirúrgica si se evidencia aumento en la producción de drenes.

Gasto urinario: 1.1 ml/kg/h

Tabla 16-2: Score mama 11/06/2018

PARÁMETROS	00:00	03:00	06:00	09:00	12:00	15:00	18:00	21:00
Frecuencia Cardíaca	115	118	118	132	120	130	78	71
Sistólica	140	140	140	140	134	133	108	120
Diastólica	98	90	90	90	94	79	65	80
Frecuencia Respiratoria	18	18	18	18	18	18	18	15
Temperatura	36.8	37°	37.1	37.3	37.4	37.5	37.5	36.9
Saturación	96	98	96	95	96	94	93	96
Estado de conciencia	No valorable							
Proteinuria	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	6	6	6	7	5	3	0	0

Fuente: Score Mama-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.3 12 de junio del 2018

06:00

Paciente que cursa su tercer día en hospitalización en UCI y tercer día de post quirúrgico hemodinámicamente estable, despierta algo irritable buena mecánica ventilatoria herida

quirúrgica en buenas condiciones no signos de infección presencia de dren derecho con producción 20 ml y dren izquierdo 50 ml en 24 horas

Se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona 2 gramos IV cada 12 horas, Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.

Gasto urinario 1.24ml/kg/h

En espera de desempaquetamiento el día de mañana, se suspende la sedación y se inicia el destete ventilatorio

Tabla 17-2: Biometría hemática 12/06/2018

BIOMETRIA HEMATICA		
	04:02 am	19:13 pm
GLÓBULOS BLANCOS	16.40	14.60
NEUTROFILOS	80.0 %	84 %
HEMATOCRITO	44.0 %	42 %
HEMOGLOBINA	14.70 g/dl	13.80 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.73	4.49
PLAQUETAS	72.000	75.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 18-2: Coagulación 12/06/2018

COAGULACIÓN	
TP	11.20 seg
TTP	28.50 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 19-2: Perfil química básica 12/06/2018

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	126 mg/dl
CREATININA	0.78 mg/dl

BUN	14.9 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	1.06 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.72 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	325 U/L
TGP	651 U/L
PERFIL DE ELECTROLITOS	
SODIO	142 mg/dl
POTASIO	4.20 mg/dl
CLORO	107 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 20-2: Gasometría arterial

GASOMETRIA ARTERIAL		
	02:49	23:10
pH	7.43	7.47
pCO₂	36.6	30.5
pO₂	92.6	114.1
HCO₃	24.1	22.3
BE	0.2	-1.4
LACTATO	1.72	1.14

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 21-2: Score Mama 12/06/2018

PARÁMETROS	00:00	03:00	06:00	09:00	12:00	15:00	18:00	21:00
Frecuencia Cardíaca	68	68	70	90	110	100	85	72
Sistólica	120	120	126	121	139	132	129	125
Diastólica	70	68	84	82	85	75	85	78
Frecuencia Respiratoria	15	16	14	18	19	16	20	17
Temperatura	36.6	36.4°	36°	36°	36.6°	37°	36.8	37
Saturación	96	96	97	97	95	96	94	94
Estado de conciencia	Somnolienta	Somnolienta	Somnolienta	Somnolienta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
Proteinuria	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	1	1	1	0	0	0	0

Fuente: Score mama-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.4 13 de junio del 2019

Paciente que cursa su 4to día en UCI y 4to día en postquirúrgico, paciente extubada con regular mecánica ventilatoria con apoyo de oxígeno por mascarilla a 6 litros por minuto, al momento hemodinámicamente estable normotensa normocárdica, segundo día de antibioticoterapia.

En espera de intervención quirúrgica para desempaquetamiento. Al momento no se evidencia sangrado activo.

Paciente ingresa a quirófano a las 11:00 para desempaquetamiento + salpingectomía bilateral, se realiza liberación de 8 compresas adheridas a epiplón, intestino grueso y delgado se evidencia hemoperitoneo de 350 cc hematoma en el segmento 7 y 8 del hígado de mas o menos 15 cm sin sangrado activo

Se coloca dren tubular en corredera parietocólica derecha y subhepática y colocación de dren izquierdo en fondo de saco de Douglas además de identificación, pinzamiento, ligadura, sección y fulguración de trompas de Falopio bilateral

Tabla 22-2: Biometría hemática 13/06/2018

BIOMETRIA HEMATICA	
	02:43
GLÓBULOS BLANCOS	13.10
NEUTROFILOS	74.4 %
HEMATOCRITO	38.3 %
HEMOGLOBINA	12.90 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.14
PLAQUETAS	91.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 23-2: Coagulación 13/06/2018

COAGULACIÓN	
TP	11.40 seg
TTP	23.60 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 24-2: Perfil química básica 13/06/2018

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	81 mg/dl
CREATININA	0.49 mg/dl
BUN	8.9 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.53 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.33 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	132 U/L
TGP	440 U/L
FOSFATASA ALCALINA	128 U/L
PERFIL DE ELECTROLITOS	
SODIO	141 mg/dl
POTASIO	3.50 mg/dl
CLORO	105 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 25-2: Gasometría arterial 13/06/2018

GASOMETRIA ARTERIAL		
	11:55	14:26
pH	7.41	7.44
pCO₂	33.8	32.6
pO₂	66.7	73.3
HCO₃	22.0	21.9
BE	-3.3	-1.3
LACTATO	1.27	1.30

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 26-2: Score mama 13/06/2018

PARÁMETROS	03:00	06:00	09:00	15:00	18:00	21:00
Frecuencia Cardíaca	78	100	90	100	100	100
Sistólica	114	110	115	132	134	138
Diastólica	81	70	80	95	84	92
Frecuencia Respiratoria	22	22	20	22	24	25
Temperatura	37.2°	37.3°	37.2°	37.3°	37.8°	37.5°
Saturación	94	93	94	94	94	94
Estado de conciencia	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
Proteinuria	-	-	-	-	-	-
TOTAL	0	0	0	2	3	4

Fuente: Score mama-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.5 14 de junio del 2018

Paciente con evolución favorable, Glasgow 15/15, al examen físico se auscultan crepitaciones bibasales, no ha requerido volver a ventilación mecánica con adecuada mecánica ventilatoria manteniendo saturaciones sobre 93% se encuentra con oxígeno por mascarilla a 15 litros logrando disminuir a 4 litros.

En la Rx estándar de tórax impresiona derrame bilateral por lo que se inicia diurético de asa. Se inicia dieta líquida en el paciente y nebulizaciones con salbutamol.

Gasto urinario 1.34 ml/kg/k

Paciente es dada de alta del servicio de UCI e ingresa a ginecología.

Tabla 27-2: Score mama 14/06/2019

PARÁMETROS	03:00	07:00	11:00	15:00	19:00	23:00
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Frecuencia Cardíaca	88	68	98	91	91	93
Sistólica	125	118	133	142	132	130
Diastólica	73	72	89	91	85	82
Frecuencia Respiratoria	22	22	20	21	20	20
Temperatura	36.9°	36.8°	37°	37.1°	37.2°	37
Saturación	92	93	94	94	94	94
Estado de conciencia	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
Proteinuria	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	1	1	2	0	0

Fuente: Score mama-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.6 15 de junio del 2018

SCORE MAMA: 1

Frecuencia cardíaca: 88 lpm

Presión arterial: 130/88 mmHg

Frecuencia respiratoria: 20rpm

Temperatura: 37 °C

Saturación: 95%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente, orientada, afebril, se inicia dieta blanda más líquidos además se continúa con antibioticoterapia y se retira la vía central

Además, presencia de líquido serohemático 60ml en dren derecho y 100ml en dren izquierdo

2.6.7 16 de junio del 2018

SCORE MAMA: 0

Frecuencia cardíaca: 89 lpm

Presión arterial: 133/89 mmHg

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Temperatura: 36.6 °C

Saturación: 94%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica, conciente, orientada, afebril, abdomen suave depresible doloroso a la palpación herida quirúrgica de 25 cm aproximadamente sin signos de infección, herida de flanco derecho cubierta con apósito seco supurando 6cc herida de flanco izquierdo cubierto con apósito supurando 6cc, sonda vesical con orina clara 50cc aproximadamente.

Tabla 28-2: Biometría hemática 16/06/2018

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	11.40
NEUTROFILOS	69.2 %
HEMATOCRITO	44.1 %
HEMOGLOBINA	14.60 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.77
PLAQUETAS	239.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 29-2: Coagulación 16/06/2018

COAGULACIÓN	
TP	11.30 seg
TTP	20.70 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 30-2: Perfil química básica 16/06/2018

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	96 mg/dl
CREATININA	0.41 mg/dl

BUN	5.3 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.61 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.20 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	35.0 U/L
TGP	103 U/L
FOSFATASA ALCALINA	202 U/L
HORMONAL	
PROCALCITONINA	0.14 ng/dl
SEROLOGÍA	
PCR SEMI CUANTITATIVO	96 g/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

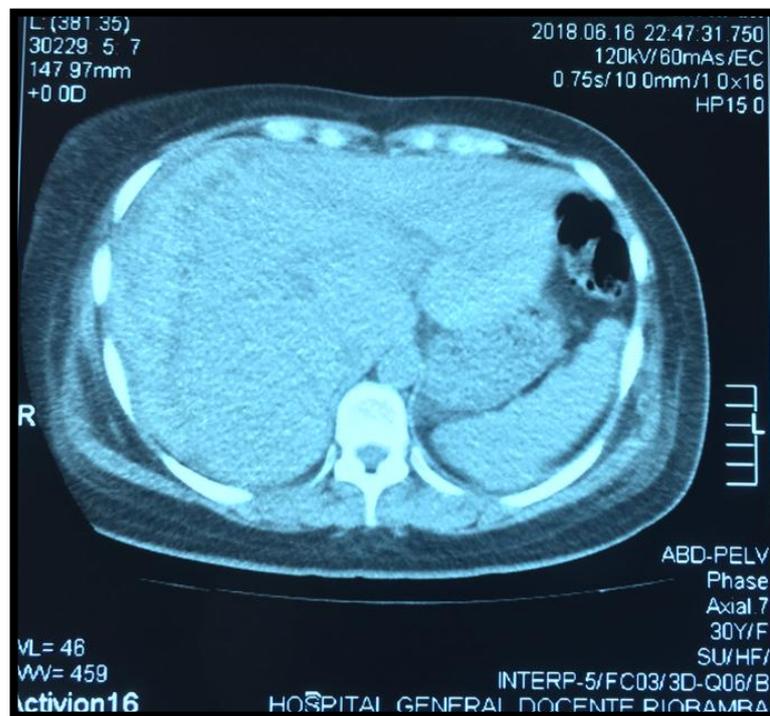


Ilustración 4-2: Hematoma Hepático

Fuente: Imagenología-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

2.6.8 17 de junio del 2018

SCORE MAMA: 4

Frecuencia cardiaca: 90 lpm

Presión arterial: 140/88 mmHg

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Temperatura: 38 °C

Saturación: 90%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente, orientada, febril, abdomen suave depresible doloroso a la palpación herida quirúrgica sin signos de infección, se observan drenes con producción de líquido serohemático y paciente continúa con picos febriles por lo que se administra paracetamol 1 gramo IV PRN

2.6.9 18 de junio del 2019

SCORE MAMA: 4

Frecuencia cardiaca: 97 lpm

Presión arterial: 136/94 mmHg

Frecuencia respiratoria: 24 rpm

Temperatura: 37 °C

Saturación: 92%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente, orientada, afebril, abdomen herida quirúrgica en correcto proceso de cicatrización, dren izquierdo con líquido serohemático en escasa cantidad, dren derecho no se evidencia colecciones

Continua con antibioticoterapia, retiro de drenes y curación de herida

Tabla 31-2 : Cuantificación de drenes

PRODUCCIÓN DE DRENES EN 24 HORAS		
FECHA	DREN DERECHO	DREN IZQUIERDO
10/06/2019	885 ml	210 ml
11/06/2019	205 ml	95 ml
12/06/2019	50 ml	20 ml
13/06/2019	90 ml	270 ml
14/06/2019	15 ml	-

15/06/2019	160 ml	-
16/06/2019	406 ml	-
17/06/2019	410 ml	-
18/06/2019	-	

Fuente: Hoja signos vitales_ Hospital General Docente Riobamba- Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.10 19 de junio del 2018

SCORE MAMA: 0

Frecuencia cardiaca: 100 lpm

Presión arterial: 130/85 mmHg

Frecuencia respiratoria: 24 rpm

Temperatura: 36.5 °C

Saturación: 95%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente, orientada, afebril, abdomen suave depresible levemente doloroso a la palpación, herida quirúrgica sin signos de inflamación, apósitos limpios y secos

Paciente permanece con antibioticoterapia por 5 días sin embargo continua con picos febriles por lo que se rota antibióticos a ciprofloxacino 750 mg VO cada 12 horas y metronidazol 500 mg VO cada 8 horas además se suspende la lactancia materna y se recomienda vaciado mamario

2.6.11 20 de junio del 2018

SCORE MAMA: 0

Frecuencia cardiaca: 89 lpm

Presión arterial: 136/85 mmHg

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Temperatura: 37.2 °C

Saturación: 94%

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente orientada afebril, abdomen suave depresible dolor leve a nivel de sitio quirúrgico herida sin signos de inflamación.

Se inicia dieta general con buena tolerancia

Tabla 32-2: Elemental y microscópico de orina 20/06/2018

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Transparente
DENSIDAD	1.010
pH	6.5
BACTERIAS	Escasas
GRAM	Negativo

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.6.12 21 de junio del 2018

SCORE MAMA: 1

Frecuencia cardiaca: 102 lpm

Presión arterial: 138/84 mmHg

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Temperatura: 36.8 °C

Saturación: 95 %

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: -

Paciente asintomática, conciente, orientada, afebril, abdomen herida quirúrgica sin signos de inflamación, se decide un alta Paciente en buenas condiciones generales se da indicaciones nutricionales, signos de alarma, retiro de puntos y control en 8 días, se envía cita previa para control por consulta externa.

2.7 Seguimiento:

2.7.1 Julio 2018

Paciente quien refiere que este primer mes después de estar hospitalizada no ha tenido ninguna sintomatología además refiere que la herida quirúrgica cicatrizó de forma correcta y se realizó el retiro de puntos en el centro de salud de Guano asimismo se realizó los exámenes de control que reportan valores dentro de parámetros normales:

Tabla 33-2: Biometría hemática de control al mes

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
GLÓBULOS BLANCOS	7.30
NEUTROFILOS	54.9 %
HEMATOCRITO	49.1 %
HEMOGLOBINA	16.70 g/dl
GLOBULOS ROJOS	5.36
PLAQUETAS	311.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 34-2: Coagulación control al mes

COAGULACIÓN	
TP	12.50 seg
TTP	24.50 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 35-2: Perfil química básica al mes

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	90.0 mg/dl
CREATININA	0.54 mg/dl

BUN	7.5 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.53 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.15 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.38 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	20.0 U/L
TGP	33.0 U/L
LDH	92.0 U/L

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

2.7.2 *Noviembre del 2018*

En el mes de noviembre después de 6 meses paciente se le realiza exámenes de control además refiere que no presenta sintomatología durante todo este tiempo, su evolución es favorable.

Tabla 36-3: Biometría hemática a los 6 meses

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
GLÓBULOS BLANCOS	8.50
NEUTROFILOS	63.2 %
HEMATOCRITO	45 %
HEMOGLOBINA	14.50 g/dl
GLOBULOS ROJOS	4.90
PLAQUETAS	350.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 37-2: Coagulación a los 6 meses

COAGULACIÓN	
TP	11.50 seg
TTP	22.00 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 38-2: Perfil química básica a los 6 meses

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	94 mg/dl
CREATININA	0.65 mg/dl
BUN	7.22 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.86 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.31 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.55 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	18.0 U/L
TGP	45.0 U/L
LDH	105.0 U/L

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019



Ilustración 5-2 Ecografía de control

Fuente: Rayos X, Ecografía_ Hospital General Docente Riobamba- Ministerio de Salud Pública



Ilustración 6-2: Ecografía de control

Fuente: Rayos X, Ecografía_ Hospital General Docente
 Riobamba- Ministerio de Salud Pública

Además se realizó una ecografía de control que reporta: hígado de tamaño normal, ecogenicidad conservada, con dos pequeñas imágenes nodulares aisladas con centro ecogénico, la mayor de ellas mide 2x19mm, hipovascularizada de bordes no definidos sin calcificaciones que pueden estar en relación con cicatrización de tejido, la de menor tamaño de igual característica midiendo 2x17 mm.

2.7.3 Febrero 2019

Paciente acude a control, no refiere sintomatología.

Se realiza exámenes de laboratorio de control que reportan.

Tabla 39-2: Biometría hemática a los 8 meses

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	7.90
NEUTROFILOS	52.5 %
HEMATOCRITO	46 %
HEMOGLOBINA	13.80 g/dl

GLOBULOS ROJOS	5.40
PLAQUETAS	245.000

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 40-2: Coagulación a los 8 meses

COAGULACIÓN	
TP	11.80 seg
TTP	23.80 seg

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente
Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Tabla 41-2: Perfil química básica a los 8 meses

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	95 mg/dl
CREATININA	0.72 mg/dl
BUN	10.25 mg/dl
PERFIL BILIRRUBINAS SÉRICAS	
BILIRRUBINA TOTAL	0.63 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.25 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.38 mg/dl
PERFIL DE TRANSAMINASAS	
TGO	22 U/L
TGP	35 U/L
LDH	220 U/L
PERFIL DE ELECTROLITOS	
SODIO	143 mg/dl
POTASIO	3.80 mg/dl
COLORO	105 mg/mmol

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Silva Naranjo Mónica, 2019

Además, se realiza ecografía hepática que reporta hematoma intraparenquimatoso en el segmento 8 hepático que mide 2.8X1.7X2.6 cm con un volumen de 6.8 cc.



Ilustración 7-2 Ecografía de control 8 meses

Fuente: Rayos X, Ecografía_ Hospital General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

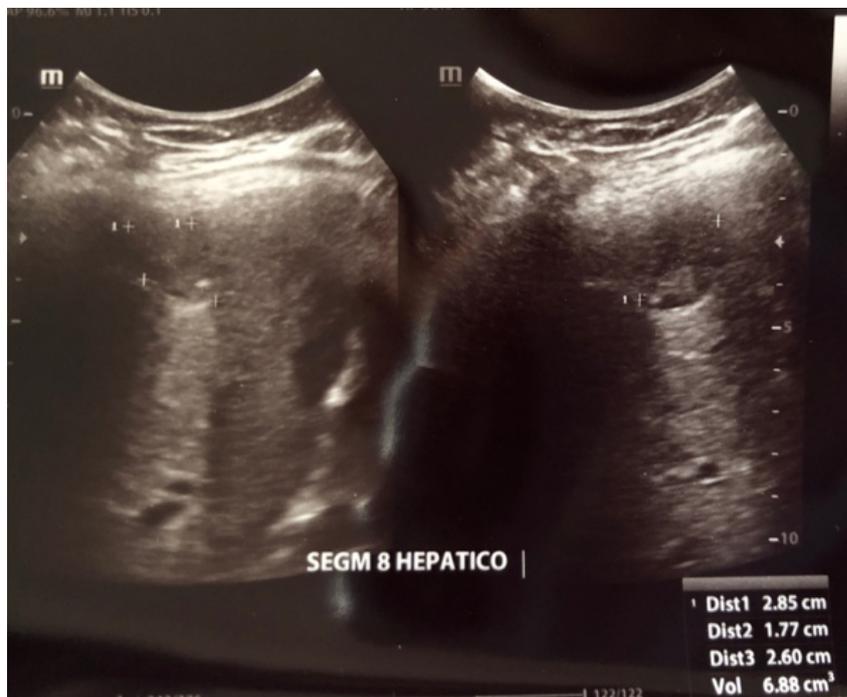


Ilustración 8-2: Ecografía de control 8 meses

Fuente: Rayos X, Ecografía_ Hospital General Docente
Riobamba- Ministerio de Salud Pública

Tomografía de Abdomen que reporta:

Presencia de imagen hipodensa en segmento 8 hepático redondeada alargada sin pared y sin gas en su interior

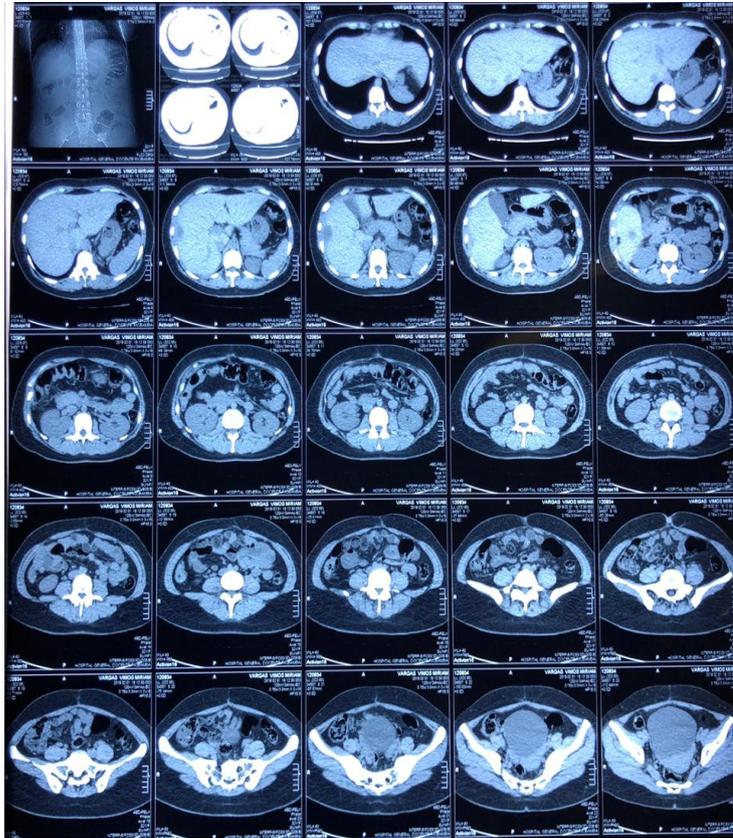


Ilustración 9-2 Tomografía de control 8 meses

Fuente: Rayos X, tomografía_ Hospital General Docente Riobamba- Ministerio de Salud Pública

CAPITULO III

3 HALLAZGOS

El síndrome de Hellp es una asociación de signos y síntomas que se presenta durante el embarazo, el diagnóstico puede ser difícil debido a la presentación clínica y los parámetros que se presentan en el laboratorio cuando estos parámetros son de confusos es importante realizar exámenes complementarios que nos ayuden a tener un diagnóstico preciso y oportuno.

En el caso clínico aquí expuesto es principalmente interesante debido a que la epidemiología de esta patología demuestra el bajo porcentaje que esta complicación puede presentarse en el transcurso de un embarazo, así como también demuestra el porcentaje de muerte materna y neonatal.

La ruptura hepática es una complicación asociada al Síndrome de Hellp que requiere una intervención quirúrgica inmediata con la finalidad de mejorar el pronóstico tanto materna como fetal, en la paciente se realizó empaquetamiento hepático más colocación de drenajes con la finalidad de contener la hemorragia, a las 72 horas se realizó el desempaquetamiento obteniendo un resultado favorable por parte de la paciente, en los artículos revisado se menciona la ligadura de la arteria hepática como posible tratamiento sin embargo la paciente tuvo evolución favorable al empaquetamiento por lo que no fue necesario la realización de este procedimiento.

Nuestra paciente ingresó al hospital en condiciones estables, posterior a esto presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho característico de la rotura hepática, el pronto diagnóstico y la intervención quirúrgica así como el equipo multidisciplinario y infraestructura hospitalaria favorecieron el pronóstico de la paciente y del neonato. En la cesárea realizada a la paciente se observó un hematoma por lo que se realizó un empaquetamiento con la finalidad de detener la hemorragia sin embargo se mantuvo el riesgo de complicaciones como una infección intraperitoneal. La asistencia de UCI desempeñó un papel valioso en la recuperación de la paciente. La paciente evolucionó de manera favorable posterior a 11 días de hospitalización y se decidió su alta del servicio de Ginecología.

Posterior a esto nuestra paciente ha tenido una evolución favorable, se ha presentado asintomática, ha acudido regularmente a los controles y los exámenes complementarios se han reportando los valores dentro de parámetros normales.

CONCLUSIONES

- Los trastornos hipertensivos en el embarazo representan una de las causas principales de muerte materna por lo que es importante concientizar a las pacientes para que acudan a control prenatal de forma regular, así como también darles a conocer todos los signos de alarma que se pueden presentar con la finalidad de que busquen atención médica inmediata
- Se debe tener una cuenta el signo clínico mas frecuente de una rotura hepática como es el dolor constante e intenso en epigastrio o en hipocondrio derecho y que este asociado con diagnóstico de síndrome de Hellp se debe realizar exámenes de imagen para poder corroborar el diagnóstico
- Ante la sospecha de una rotura hepática es importante la participación de un equipo multidisciplinario para el manejo con la finalidad de mejorar las posibilidades de sobrevivencia tanto para la madre como para el recién nacido

LISTA DE ABREVIACIONES

ALT	Alanina aminotransferasa
AST	Aspartato aminotransferasa
CID	Coagulación intravascular diseminada
CSD	Cuadrante superior derecho
DPP	Desprendimiento prematuro de placenta
FPP	Fecha probable de parto
FUM	Fecha de la última menstruación
IRA	Insuficiencia renal aguda
LDH	Lactato deshidrogenasa
LPM	Latidos por minuto
MMHG	Milímetros de mercurio
NGAE	Necrosis grasa del embarazo
OCE	Orificio cervical externo
OCI	Orificio cervical interno
PE	Preeclampsia
PTA	Púrpura trombocitopenica autoinmune
RPM	Ruptura prematura de membranas
RCIU	Retraso de crecimiento intrauterino
SUH	Síndrome urémico-hemolítico
THE	Trastornos hipertensivos del embarazo
TP	Tiempo de protrombina
TTP	Tiempo de tromboplastina parcial

BIBLIOGRAFÍA

Achim Trojaa Ahmed Abdoua Christiane Rappb Swantje Wienanda Eduard Malikb Hans-Rudolf Raaba. *Management of Spontaneous Hepatic Rupture on Top of HELLP Syndrome: Case Report and Review of the Literature.* Germany: *Viszeralmedizin*. [en línea]. 2015. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569216/>

Acosta-Martínez M, Covarrubias-Haiek F, Garteiz D, Vieyra-Cortés D, Kably-Ambe A. *Embarazo a término posterior a ruptura hepática secundaria a síndrome de HELLP.* *Ginecol Obstet Mex.* [en línea]. 2017 mar;85(3):212-215. Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n3/0300-9041-gom-85-03-00212.pdf>

Aleida Zaida Álvarez Sánchez, Vivian Asunción Álvarez Ponce, Frank Daniel Martos Benítez. *Caracterización de las pacientes con síndrome HELLP.* Cuba: *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* [en línea]. 2016 Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400003

Báez H, Torres C, Tavárez J, Lugo A, Jiménez M y Pérez M. *Factores relacionados al Síndrome de HELLP en pacientes ingresadas en el departamento de gineco-obstetricia en centros de salud de tercer nivel: Anales de Medicina.* [en línea]. 2016. Disponible a partir de http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1764/AMP_20160601_108-130.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bracamonte-Peniche Jimena, López-Bolio Vanesa, Mendicuti-Carrillo María, Ponce-Puerto José María, Sanabrais-López María José, Méndez-Domínguez Nina. *Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp.* Universidad Marista de Mérida: *Revista Biomédica.* [en línea]. 2018. Obtenido de: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/627>

Charlotte J Frise, Peyton Davis, Graham Barker, Douglas Wilkinson and Lucy Mackillop. *Hepatic capsular rupture in pregnancy.* *Obstetric Medicine: Case Report.* [en línea]. 2018. Obtenido de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1753495X16670480>

Cindy Monge. *Síndrome de Hellp.* San Jose, Costa Rica: *Revista médica Sinergia.* [en línea]. 2018. Obtenido de <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/112>

Francisco Soto, Luanys Rivera, Miguel Estévez, Víctor Ayala, Carlos Cabrera. *Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal.* Venezuela: [en línea]. 2018. Revista de Obstetricia y Ginecología. Disponible a partir de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400004

Gwan Hee Han, Min-A Kim. *Recurrent spontaneous hepatic rupture in pregnancy A case report.* Seoul, Korea.: Clinical Case Report. [en línea]. 2018. Disponible a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6086517/>

Heleodora Pandales Pérez. *Manejo de la preclamsia.* Universidad de Antioquia. [en línea]. 2018. Obtenido de: http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/viewFile/17524/15125

J Moodley. *Spontaneous liver haematoma rupture associated with pre-eclampsia in a low- to middle-income country: Lessons to be learnt from maternal death assessments.* University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa: SAMJ. [en línea]. 2018. Disponible en: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/12440>

Julia Carpena Montero, Álvaro Carpena Sardiña. Síndrome Hellp. Naron: Cad Aten. [en línea]. 2015. Disponible a partir de: <https://revista.agamfec.com/sindrome-hellp/>

Ligia Andrea Obando Morales. *Síndrome de Hellp.* Costa rica: revista médica de costa rica y Centroamérica. [en línea]. 2014. Disponible a partir de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art03.pdf>

M. Polo Gil, E. Uriarte Rosquil, i. Plaja Martí, J. del Río Manterola, t. Iánderer Vázquez, M. Remón Izquierda. *Hematoma hepático espontáneo en gestante a término durante el trabajo de parto.* Hospital García Orcoyen: Servicio de Anestesia y Reanimación. [en línea]. 2015. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200295

Mohamad K. Ramadana, Dominique A. Badrd, Manal Hubeisha, Saadeddine Itania, Haneen Hijazic, Anas Mogharbile. *HELLP Syndrome, Thrombotic Thrombocytopenic Purpura or Both: Appraising the Complex Association and Proposing a Stepwise Practical Plan for*

Differential Diagnosis. [en línea]. 2018. Case Report: Elmer Press. Obtenido de: <http://www.thejh.org/index.php/jh/article/view/347>

Nerea Martínez-Castellón, Eloísa Fernández-Ordóñez, Patricia Sánchez-Ruiz. (Manejo del síndrome de HELLP en una gestación pretérmino. Hospital de Antequera: Matronas. [en línea]. 2018. Obtenido de: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Caso-clinico_Manejo-HELLP.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preclamsia y la eclampsia*. [en línea]. 2014. Obtenido de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/es/

Sangita Ramteke, Snehalata Suresh, Dipeeka Dharmale, Surangana Agrawal. *Management of Ruptured Hepatic Subcapsular Hematoma in Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets Syndrome: A Case Report. Nagpur, India: International Journal of Scientific Study*. [en línea]. 2016 Obtenido de: https://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5/20153321/ijss_feb_cr09.pdf

Tram T, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. *ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. PRACTICE GUIDELINES: The American Journal of Gastroenterology*. . [en línea]. 2018. Disponible a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26832651>

Victoria García V, Luis Guillermo Echavarría R, Ricardo Ardila C, Jorge Gutiérrez M. *Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preclamsia severa. Chile: Revista de Chile*. [en línea]. 2014 Disponible a partir de <http://revistasochog.cl/files/pdf/DRA.GARCIA1.pdf>

Vigil-De Gracia *Síndrome HELLP. Ginecol Obstet Mex* 2015;83:48-57. [en línea]. 2015. Disponible a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>

Xiao Zhou, Meng Zhang, Zhuang Liu, Meili Duan and Lei Dong. *A rare case of spontaneous hepatic rupture in a pregnant woman. BMC Pregnancy and Childbirth: Case report*. [en línea]. 2018. Disponible a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892003/>