



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome hellp atendida en el
hospital regional de Cajamarca 2017

**Para optar el Título Profesional de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: García Sánchez, Jessica Josefina

Autora: Villalba Condo, Rosario Del Pilar

Asesora: Mg. Sanz Ramirez, Ana Maria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8287-0234>

Lima – Perú

2019

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTETRICO

	Pág.
1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. CAPITULO I	9
4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO	
5. CAPITULO II	21
5.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
6. CAPITULO III	23
6.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	
6.1.1. Antecedentes nacionales	23
6.1.2. Antecedentes internacionales	25
7. CAPITULO IV	28
7.1. DISCUSIÓN DE TRABAJO ACADEMICO	
8. CAPITULO V	31
8.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
8.1.1. CONCLUSIONES	31
8.1.2. RECOMENDACIONES	32
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de rotura hepática asociada a Preeclampsia severa y Síndrome de HELLP atendida en el Hospital Regional de Cajamarca.

Material y métodos: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión sistemática de una historia clínica de rotura hepática asociada a preeclampsia severa manejada en el Hospital Regional de Cajamarca ocurrida el 30 de junio 2017. Se incluyeron antecedentes personales, familiares y patológicos, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, complicación con rotura hepática, referencia al Instituto Nacional Materno Perinatal, evolución clínica y alta. Se hizo revisión de la literatura sobre un caso clínico.

Resultados: Se presenta un caso clínico de una multigesta de 32 años de edad, con 39 semanas de edad gestacional con parto vaginal domiciliario que en el puerperio inmediato evoluciona con hemorragia postparto y dolor epigástrico por lo que es referida del Centro de Salud José Sabogal al Hospital Regional de Cajamarca con diagnóstico de Puérpera de 11 horas + shock hipovolémico. En los exámenes destaca: hemoglobina: 8.6 g%, plaquetas 184.000 por mm³, TGO 564 UI/L, TGP 299 UI/L, Tiempo de coagulación: 8 segundos, Tiempo de sangría: 4 minutos, Tiempo de protrombina: 21.3 segundos. Ecografía abdominal se evidencia líquido libre peri hepático ± 1500 cc. Fue sometida a laparotomía exploratoria + empaquetamiento hepático por presentar preeclampsia severa + Síndrome HELLP + rotura hepática + hemoperitoneo masivo. El hallazgo intraoperatorio fue hematoma subcapsular que compromete el lóbulo derecho en casi su totalidad y ruptura a nivel del segmento VI hepático. Recibió 7 paquetes globulares y 6 de plasma fresco congelado previo consentimiento informado. Al 2° día postoperatorio presenta evolución desfavorable por lo que es referida al Instituto Nacional Materno Perinatal para continuar su manejo de alta complejidad en UCIM. La evolución fue favorable y fue contra referida a su hospital de origen.

Conclusión: La ruptura hepática es una complicación grave de la preeclampsia severa que requiere manejo interdisciplinario e interinstitucional.

Palabras Clave: Preeclampsia severa; Puérpera inmediata; Shock hipovolémico; Rotura hepática; Síndrome de HELLP.

ABSTRACT

Objective: To describe the management of hepatic rupture associated with severe preeclampsia and HELLP syndrome attended at the Regional Hospital of Cajamarca.

Material and methods: This is an observational, descriptive, retrospective study of a systematic review of the clinical history of hepatic rupture associated with severe preeclampsia managed at the Regional Hospital of Cajamarca on June 30, 2017. Background was included personal, family and pathological, general and specific examination, diagnosis, auxiliary examinations, obstetric management, complication with hepatic rupture, and reference to the Perinatal Maternal National Institute, clinical and high evolution. The literature on the clinical case was reviewed.

Results: We present case of a multigesta of 32 years of age, with 39 weeks of gestational age with vaginal delivery in the immediate puerperium that evolves with postpartum hemorrhage and epigastric pain, which is why it is referred from the José Sabogal Health Center to the Regional Hospital of Cajamarca with a diagnosis of 11-hour Puérpera + hypovolemic shock. In examinations highlights: hemoglobin: 8.6 g%, platelets 184,000 per mm³, TGO 564 IU / L, TGP 299 IU / L, Clotting time: 8 seconds, Bleeding time: 4 minutes, Prothrombin time: 21.3 seconds. Abdominal ultrasound shows perihepatic free fluid ± 1500 cc. She underwent exploratory laparotomy + hepatic packing due to severe preeclampsia + HELLP syndrome + hepatic rupture + massive hemoperitoneum. The intraoperative finding was a subcapsular hematoma that compromised the right lobe in almost its entirety and rupture at the level of the liver segment VI. He received 7 globular packages and 6 fresh frozen plasma with informed consent. On the 2nd postoperative day, the patient presented an unfavorable evolution, which is why it is referred to the National Maternal Perinatal Institute to continue its highly complex management in the UCIM. The evolution was favorable and was contrareferred to his hospital of origin.

Conclusion: Hepatic rupture is a severe complication of severe preeclampsia that requires interdisciplinary and interinstitutional management.

Key words: Severe preeclampsia; Immediate strike; Hypovolemic shock; Hepatic rupture; HELLP syndrome.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo, incluida la Preeclampsia, son las patologías obstétricas de alto riesgo más comunes durante la gestación ¹⁻³, contribuyendo así a la mortalidad materna, siendo ésta la segunda causa de muerte materna con un 32%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal ⁶ es la primera causa de muerte materna, con una prevalencia de 43%.

La preeclampsia se define como una afección propia de las gestantes, que se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial, retención de líquidos (edemas) y proteínas en la orina (proteinuria) y puede ser con o sin criterios de severidad, dependiendo de las cifras de presión arterial y de la pérdida de proteínas en la orina en gestantes de 20 semanas a más¹.

Los criterios de severidad de la preeclampsia incluyen una presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, plaquetopenia ($<100,000$ plaquetas por μL), niveles de transaminasas hepáticas dos veces superiores al límite normal, una duplicación del nivel o nivel de creatinina sérica superior a 1,1 mg por dl, dolor severo persistente en el cuadrante superior derecho, edema pulmonar o alteraciones cerebrales o visuales de nueva aparición ¹.

Recientes investigaciones ⁽¹⁻⁴⁾ reportan como factores de riesgo de preeclampsia los siguientes: antecedentes previos de preeclampsia, anticuerpos anti fosfolípidos, diabetes mellitus, gestaciones múltiples, nuliparidad, historia familiar, presión arterial diastólica ≥ 80 mm Hg, índice de masa corporal incrementado antes del embarazo o durante la gestación, edad materna avanzada > 40 años de edad.

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) ⁽⁴⁾ se denomina preeclampsia con criterios de severidad si presenta alguno de los siguientes:

- a) Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones con al menos 4 horas de separación durante el reposo en cama.
- b) Trombocitopenia ($<100,000$ plaquetas / mL).
- c) Función hepática alterada indicada por ≥ 1 de los siguientes criterios: transaminasas hepáticas séricas elevadas a una

concentración dos veces de lo normal, dolor severo persistente en el cuadrante superior derecho o dolor epigástrico refractario a la medicación y no justificado por un diagnóstico alternativo.

d) Insuficiencia renal progresiva (creatinina sérica elevada $>1,1$ mg / dl o duplicación de la creatinina sérica en pacientes sin otra enfermedad renal).

e) Edema pulmonar.

f) Nuevas perturbaciones cerebrales o visuales de inicio, incluyendo dolor de cabeza.

Dentro de las complicaciones hepáticas incluyen: niveles elevados de transaminasas, hemorragia subcapsular, ruptura capsular, hemorragia intraabdominal y hematoma hepático subcapsular¹⁻³. El hematoma hepático subcapsular es una complicación rara de la Preeclampsia severa y el síndrome HELLP. La ruptura espontánea de la cápsula de Glisson se debe a la distensión producida por hematoma subcapsular hepático compresivo, producto de micro hemorragias como consecuencia de Preeclampsia severa.

La incidencia de ruptura hepática está entre 1 en 45,000 y 1 en 225,000 embarazos⁹. El lado hepático más afectado es el lóbulo derecho con una frecuencia del 75%, a diferencia del lóbulo izquierdo en 11%, mientras que en ambos lóbulos es el 14%^{10,11}.

Se recomienda que el hematoma hepático con manejo conservador sea controlado periódicamente. Se han descrito casos de rotura hasta 6 semanas después del diagnóstico inicial¹⁰

M. Jehandir, M.Umas Amin, A. Ahmed; observaron que el hematoma subcapsular hepático roto requiere laparotomía inmediata, pero en casos donde no exista sangrado e inclusive con signos de coagulopatía con paciente hemodinámicamente estable, pueden ser tratados conservadoramente¹⁰.

Según la severidad del hematoma hepático roto y sangrante existen diferentes tratamientos quirúrgicos siendo los más utilizados: presión con compresas sobre las superficies sangrantes con drenaje perihepático, la maniobra de Pringle, ligadura quirúrgica del segmento hepático sangrante, sutura y drenaje, colocación de parches de epiplón y mallas quirúrgicas en la zona hepática afectada. Así también se han utilizado paquetes de colágeno colocados en la zona de lesión y la embolización selectiva de la arteria hepática. Si la hemorragia hepática no puede ser controlada y se produce insuficiencia hepática aguda, el tratamiento final es el trasplante hepático ¹⁰. Sin embargo, si se ha controlado el sangrado tras una laparotomía, existe una incidencia de sepsis postoperatoria de 20 a 30%¹⁰.

Estos pacientes deben tener seguimiento en la unidad de cuidados intensivos para soporte médico avanzado con fluido terapia endovenosa, reemplazo de productos sanguíneos y tratamiento de trastornos subyacentes. Hay dos enfoques principales para el tratamiento: manejo conservador, que incluye la embolización de la arteria hepática, y quirúrgico, incluido el empaquetamiento, hemihepatectomía, trasplante de hígado, o una combinación de estos procedimientos ¹⁰.

La patogénesis del hematoma hepático en el síndrome HELLP es desconocida. Hay evidencia de un origen vascular con disfunción endotelial, lo cual produciría depósitos de fibrina, coagulación intravascular diseminada (CID), hipovolemia, isquemia hepática e infartos, causando hemorragias con desarrollo de hematoma hepático subcapsular. La expansión continua del hematoma y cualquier episodio de trauma menor como palpación abdominal, transporte del paciente, contracciones uterinas, vómitos, la propia hipertensión arterial, etc.; facilitan la rotura hepática ¹²⁻¹⁴.

Actualmente el manejo del hematoma subcapsular hepático es conservador, con monitoreo continuo, expansión de volumen y reemplazo de fluidos y transfusión sanguínea y hemoderivados. Sin embargo, la alteración hemodinámica indicaría manejo quirúrgico urgente ¹⁴.

Los síntomas y signos clínicos son inespecíficos, desde dolor en epigastrio o en el cuadrante superior derecho del abdomen con irradiación al hombro, hasta náuseas, vómitos y distensión abdominal. En caso de rotura del hematoma hepático, se desarrollan signos de compromiso hemodinámico ¹⁵.

La ruptura hepática generalmente ocurre en el último trimestre, o en el puerperio inmediato ¹⁶. El diagnóstico no es fácil; por lo general, se identifica en la ecografía o tomografía computarizada cuando la paciente está estable o hay presencia de sangrado en los espacios parietocólicos durante la cesárea¹⁶.

Por lo expuesto, el presente caso clínico de ruptura hepática durante el embarazo asociada a Preeclampsia severa y síndrome de HELLP, tiene como objetivo describir, analizar y explicar la importancia del reconocimiento de los signos de alarma y la identificación de factores de riesgo para un diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna a un establecimiento de mayor complejidad con la finalidad de contribuir con la disminución de la morbilidad materna y perinatal en el país.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Filiación:

Fecha de atención: 30/06/2017

Tipo de seguro: SIS.

Lugar de atención: Puesto satélite Jelic
Puesto de Salud Malat I-1
Centro de Salud Jose Sabogal I-3
Hospital Regional de Cajamarca
Instituto Materno Perinatal de Lima

Edad: 32 años.

Estado Civil: Conviviente.

Grado de instrucción: Primaria.

Ocupación: Su casa.

Domicilio: Centro Poblado Jelic, Distrito José sabogal, Provincia San Marcos,
Departamento de Cajamarca.

2. **ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN PUESTO DE SALUD JELIC**

Registra según historia clínica materno perinatal 8 atenciones prenatales (Anexo 1)

1. **Historia materno perinatal:**

Paridad : 3003 partos eutócicos.

FUR : 02/10/2016

FPP : 04/07/2017

Antecedentes Familiares: Ninguna

Antecedentes personales: Ninguna

Antecedentes obstétricos: Fecha de último parto 05/02/2006, parto eutócico, recién nacido de mayor peso 3000g

Peso Habitual : 60Kg.

Talla : 161 cm

Vacuna Antitetánica : 1º dosis: 07/02/2017 2º dosis: No

Análisis

Grupo y Factor : O+

Hemoglobina : 12.5 g/dl (17/01/2017)

Hematocrito : No

Glucosa : 72.7 mg/dl (03/02/2017)

HIV : No reactiva (17/01/2017)

Serología RPR : No reactiva (17/01/2017)

PAP : No se hizo

Orina : Normal (17/01/2017)

2. Controles prenatales en el P.S. Satélite Jelic

1. **17/01/17:** Paciente inicia sus controles prenatales, con un peso de 65 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg a la fecha asintomática.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 15ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
2. **07/02/17:** Gestante acude a 2° control prenatal, sin mayores molestias. Al examen peso 65 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg.
Se realiza ecografía obstétrica cuya conclusión es, gestante de 17 semanas por biometría fetal +/- 2ss
Impresión diagnóstica: Multigesta de 18.3/7ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
3. **05/03/17:** Visita domiciliaria, con el objetivo de sensibilizar al entorno familiar de la paciente sobre signos y síntomas de alarma. No refiere molestias. Peso: 65 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Impresión diagnóstica: Multigesta de 21ssx Fecha de ultima menstruación (FUM)
4. **17/03/17:** Gestante acude a 3° control prenatal, no refiere molestias. Peso: 68 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Proteinuria negativa.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 23ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
5. **17/04/17:** Gestante acude a su 4to control prenatal, niega molestias y signos de alarma. Peso: 69 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Proteinuria negativa.
Presenta ecografía obstétrica cuya conclusión es: Gestación única activa de 26 ss. Por Biometría Fetal +/-2ss.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 27ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)

6. **17/05/17:** Gestante acude a su 5to control prenatal. Peso: 72 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Proteinuria negativa.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 31ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
7. **29/05/17:** Paciente acude a 6° control prenatal. Peso: 72 kg. Presión arterial: 100/60 mmHg. Proteinuria negativa.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 34ss x Fecha de ultima menstruación (FUM).
8. **05/06/17:** Paciente acude a 7° control prenatal. Peso: 72 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Proteinuria negativa.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 35ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
9. **13/06/17:** Paciente acude a 8° control prenatal. Peso: 72 kg. Presión arterial: 100/70 mmHg. Proteinuria negativa.
Impresión diagnóstica: Multigesta de 36ss x Fecha de ultima menstruación (FUM)
10. **29/06/17: 02:30 am** Parto domiciliario, con recién nacido vivo de sexo Femenino, peso 3500g y atendido por Partera
11. **30/06/2017 HOJA DE REFERENCIA AL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA.** Paciente fue referida desde del P.S. Malat como Puérpera de 11 horas con parto domiciliario con sangrado activo y dolor epigástrico.
Diagnóstico: Puérpera de 11 horas parto domiciliario, shock hipovolémico, d/c restos placentarios.
12. **ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA**
Fecha: 30/06/2017 Hora de atención: 18:06 horas.

Motivo de atención:

Paciente de 32 años, ingresa por emergencia de materno, referida del C.S. José sabogal por parto domiciliario + shock hipovolémico. Refiere dolor abdominal en flanco derecho.

Antecedentes patológicos: Ninguna.

Antecedentes familiares: Ninguna

Antecedentes obstétricos:

FUR: 02-10-2016

FPP: 09-07-2017

G4P3003. Con 8 atenciones prenatales.

Último parto eutócico hace 11 años.

Examen físico general:

Funciones vitales: Presión arterial: 113/55 mmHg. Frecuencia cardiaca: 128 por minuto. Frecuencia respiratoria: 36 por minuto. Temperatura: 35°C. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Pálida, despierta, responde al interrogatorio. Con buen llenado capilar. Sangrado vaginal abundante.

Abdomen: útero duro contraído a nivel de cicatriz umbilical con reacción peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes. Dolor intenso en fosa iliaca derecha.

Genitales externos: al tacto vaginal: sangrado vaginal en regular cantidad. Se extrae escasos restos.

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera de parto domiciliario de \pm 14 horas.
2. Shock hipovolémico.
3. Preeclampsia severa.
4. Descartar Síndrome HELLP versus lesión hepática
5. Anemia severa por pérdida.

Plan de trabajo:

1. Hemograma completo, perfil de coagulación, perfil de preeclampsia, perfil hepático.
2. INR (Razón Internacional Normalizada) y/o PT (Tiempo de Protrombina).

3. Ecografía abdominal.
4. Preparar para laparotomía exploratoria.

Indicaciones terapéuticas:

1. Instalación de Cloruro de sodio al 9 x 1000cc+oxitocina 20 UI endovenosa a 30 gotas por minuto, vía segura.
2. Transfundir 2 paquetes globulares.
3. Clindamicina 600 mg cada 6 horas endovenoso
4. Gentamicina 80 mg cada 8 horas endovenoso.
5. Transfundir 2 aféresis endovenoso.
6. Sonda Foley.
7. Preparar para laparotomía exploratoria

RESULTADO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR

Fecha 30/06/2017

Hallazgos:

Hígado: de tamaño conservado, de contornos irregulares. Se evidencia imagen hiperecogénica heterogénea de 98x65x65 mm. Volumen 214 cc en segmento VI y en VII y VIII de menor tamaño. No dilatación de vías biliares intrahepáticas. Vesícula biliar normal. Colédoco y vena porta normal. Páncreas no evaluable. Bazo y riñones normales. Vejiga vacua. Útero: aumentado de tamaño (puerperal). Cavity abdominal: líquido libre peri hepático \pm 1500 CC.

Conclusión: Líquido libre abdominal pélvico según descripción. Hallazgos ecográficos en relación a trauma hepático según descripción.

INTERCONSULTA POR CIRUGÍA GENERAL

Fecha: 30/06/2017 Hora: 19:46 horas.

Se evalúa paciente puérpera con shock hipovolémico. Ecografía abdominal revela líquido libre en cavidad abdominal pélvica \pm 1500 cc a descartar Rotura Hepática por Síndrome HELLP.

Impresión diagnóstica:

1. Descartar Rotura Hepática por HELLP
2. Plan de trabajo:

3. Ingresar a Sala de operaciones conjuntamente con Médico GinecoObstetra, Anestesiólogo e Intensivista.

JUNTA MÉDICA: GINECOOBSTETRICIA Y CIRUGÍA GENERAL

FECHA: 30 /06/2017

Hora: 20:35

Paciente de 32 años de edad con diagnósticos siguientes:

1. Puérpera de parto vaginal domiciliario
2. Shock hipovolémico
3. Síndrome HELLP
4. Rotura hepática
5. Trastorno de coagulación
6. Insuficiencia renal aguda.

Paciente despierta, pálida, quejumbrosa, orientada en tiempo, espacio y persona. Sonda nasogástrica permeable, sonda Foley permeable, doble vía endovenosa. Presión arterial 115/73 mmHg, frecuencia cardiaca 121 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, saturación oxígeno 97%. FiO2:21%.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación. Útero puerperal normal.

Genitales externos: Sonda vesical permeable con orina clara.

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina: 8.6 g%

Recuento de Plaquetas: 184,000 pmc

Fibrinógeno: No figura

Tiempo de coagulación: 8 segundos

Tiempo de sangría: 4 minutos

Tiempo de protrombina: 21.3 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina: No figura

Creatinina: 1.1 mg%

Grupo sanguíneo: "O"

Factor RH: Positivo.

TGO: 564 U/L

TGP: 299 U/L

LDH: 3242 U/L

Bilirrubina total: 1.99 mg%

Ecografía abdominal: Rotura hepática con hematoma+ hemoperitoneo.

Apreciación: Paciente con diagnósticos planteados, con pronóstico reservado, requiere manejo quirúrgico para control de sangrado. Requiere manejo de unidad de cuidados intensivos maternos (UCIM) y posibilidad de referencia a centro de mayor complejidad. Se comunica el estado crítico del paciente a los familiares.

Plan de trabajo: Laparotomía exploratoria + empaquetamiento hepático.

7. ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

REPORTE OPERATORIO

Fecha: 30/06/2017 **Hora:** -

Diagnóstico Preoperatorio:

1. Shock hipovolémico
2. Preeclampsia severa
3. Síndrome HELLP
4. Rotura hepática
5. Hemoperitoneo

Diagnóstico Post operatorio: Los mismos.

Tipo de intervención quirúrgica practicada: Laparotomía exploratoria + empaquetamiento hepático.

Hallazgos: Abierta cavidad se encuentra 2800 cc aproximadamente de sangre distribuida en 4 cuadrantes. Se evidencia gran hematoma subcapsular que compromete el lóbulo derecho en casi su totalidad y rotura a nivel del segmento VI hepático. Al realizar limpieza se evidencia que llena sangrado en Morrison sin evidencia de sitio de sangrado.

REPORTE DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA

Recibió en total:

Paquetes globulares: 07 unidades

Plasma fresco congelado: 06 unidades.

Consentimiento informado: llenados y firmados de transfusión sanguínea

Formato para el reporte de reacciones adversas a la transfusión sanguínea (RAT):
en total 12 formatos llenados y firmados.

6. ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA

Fecha: 02/07/2017 Hora de atención: 13:10 horas.

Motivo de atención: Paciente mujer de 32 años, ingresa por emergencia, referida del Hospital de Cajamarca. Llega con vía permeable, oxigenoterapia, inotrópicos (Noradrenalina), en ventilación mecánica con dren tubular.

Antecedentes obstétricos: G3P3003.

Examen físico general:

Funciones vitales: Presión arterial: 163/110 mmHg. Frecuencia cardiaca: 87 por minuto. Frecuencia respiratoria: 19 por minuto. Temperatura: 37°C. Aparente mal estado general, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Con sonda nasogástrica. Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos. Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Altura uterina 15 centímetros. Distensión abdominal con bolsa colectora. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitales externos: sangrado vaginal escasa cantidad.

Diagnósticos: Postoperatorio 1er día por laparotomía exploratoria por ruptura hepática + preeclampsia severa + síndrome de HELLP + hemorragia tipo IV (Politransfundida) + Puérpera de parto domiciliario.

Plan de trabajo:

Se solicita: Hemograma completo, perfil de coagulación, perfil de preeclampsia, perfil hepático. Glucosa, urea, creatinina. Ecografía Fast.

Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos Materno

Indicaciones terapéuticas:

Nada por vía oral.

Cloruro de sodio al 0.9% x 1000cc endovenosa I-II frascos.

Cloruro de sodio al 0.9% + Sulfato de magnesio endovenoso pasar a 10 cc por hora.

Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
Clindamicina 600 mg endovenoso cada 8 horas
Amikacina 1 g endovenoso cada 24 horas
Metildopa 1.5g cada 12 horas
Nifedipino 10 mg 1 tableta si PA \geq 160/110 mmHg.
Oxigenoterapia

Pasar a Unidad de Cuidados Intensivos Materno.

Resultado de exámenes auxiliares de emergencia

Hemoglobina: 10,1 g%. Leucocitos: 13,610 pmc. Segmentados: 64%.
Abastados: 00%. Linfocitos: 30%.

Plaquetas: 164,000 pmc. Fibrinógeno: 403 mg%

Tiempo de protrombina: 15.4 segundos. Tiempo Parcial de Tromboplastina:
41.8 segundos

Glucosa: 119 mg%. Urea: 78 mg%. Creatinina: 3.2 mg%.

Grupo Sanguíneo "O" Factor Rh positivo.

H.I.V: No reactivo. Prueba rápida de sífilis: Negativo.

Ecografía Fast: No se evidencia líquido libre en cavidad.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO (UCIM)

Fecha: 2/07/17. Hora: 15:00 horas.

Diagnósticos de ingreso:

1. Hipertensión intraabdominal: Síndrome compartamental
2. Falla renal aguda
3. Postoperada 1 de 39 horas por laparotomía exploratoria + taponamiento hepático por hematoma hepático roto por síndrome HELLP.
4. Síndrome HELLP complicado.
5. Politransfundida.
6. Puérpera parto domiciliario

Plan de trabajo: Análisis especializados. Rayos X de tórax. Interconsulta a cirugía general. Ventilación Mecánica. Fluidoterapia. Antibioticoterapia.

Resultado de exámenes auxiliares de UCIM (20:00 horas)

Hemoglobina: 8,1 g%. Leucocitos: 7,040pmc. Segmentados: 44%.
Abastados: 08%. Linfocitos: 36%.

Plaquetas: 142,000 pmc. Fibrinógeno: 310 mg%

Tiempo de protrombina: 18.4 segundos. Tiempo Parcial de Tromboplastina: 49.35 segundos

Glucosa: 131 mg%. Urea: 80 mg%. Creatinina: 2,96 mg%.

Bilirrubinas total: 1.04 mg%. Directa: 0.62 mg%. Indirecta: 0.42 mg%.

Transaminasas: TGO 4140 UI. TGP: 2580 UI.

JUNTA MÉDICA

Paciente actualmente con cuadro de síndrome compartamental abdominal por empaquetamiento hepático, en anuria, con evolución estacionaria. Se decide: Laparotomía exploratoria más descompresión intraabdominal.

REPORTE QUIRÚRGICO

Fecha: 2/7/17 hora inicio: 17:19 horas. Hora fin: 18:39 horas

Diagnóstico Preoperatorio:

1. Puérpera postparto vaginal
2. Preeclampsia severa
3. Síndrome de HELLP
4. Hematoma hepático
5. Hipertensión intraabdominal: Síndrome compartamental
6. Insuficiencia renal aguda
7. Postoperada por laparotomía exploratoria por rotura hepática

Diagnóstico postoperatorio: Los mismos

Procedimiento Quirúrgico: Laparotomía exploratoria. Lavado de cavidad abdominal. Revisión de hígado. Exploración de lesión hepática, debridamiento amplio, coagulación con empaque completo de hígado. Retiro de taponamiento hepático. Colocación de Dren Penrose.

Hallazgos: Se retira taponamiento hepático (36 gasas). Coágulos en cavidad 200 cc. Lavado de cavidad abdominal con solución salina. Se observa hematoma en segmentos hepáticos 7 y 8. Se coloca hemogelita (6). Sangrado en napa el cual cede a electro fulguración. Colocación de dren Penrose en espacio subfrénico derecho. Restos de órganos intrabdominales de aspecto normal (anexo 5).

UCIM: Fecha del 3/7/17 al 6/7/17 Continua manejo con sedo analgesia. Hemotransfusión recibió 1 paquete globular. Antibioticoterapia amplia. Ranitidina. Metoclopramida. Ceftriaxona endovenoso. Metronidazol

endovenoso. Omeprazol endovenoso. Poligelina. Vigilancia de posible sangrado. Valorar inicio de destete de ventilación mecánica. Tromboprofilaxis mecánica. Recibió transfusión de 6 unidades de plaquetas. Metildopa. Nifedipino. Presenta sepsis foco abdominal. Rotación de antibiótico a Meropenen y vancomicina endovenoso. El 6 de julio se retira de catéter de alto flujo e inicia dieta líquida.

Resultados de exámenes auxiliares en UCIM

Fecha	3/7/17	4/7/17	5/7/17	6/7/17
Hemoglobina g%	8.4	9.4	8.9	8.0
Leucocitos (pmc)	16,310	29,040	30,600	27,670
Urea (mg%)	80	84	42	48
Creatinina (mg%)	2.96	1.30	0.72	0.80
Recuento de plaquetas (pmc)	115,000	78,000	55,000	106,000
T.G.O. (U/L)	4140	510	339	130
T.G.P.(U/L)	2580	960	800	410
Fibrinógeno mg%	351	299	351	
Tiempo de protrombina (segundos)	15.2	13.6	14	
Tiempo parcial de tromboplastina (segundos)	45.5	36.2	35	
Bilirrubina total (mg%)	1.04	1.36	3.6	2.6

UCIM: Fecha del 7/7/17 al 11/7/17 Evolución favorable. Pasa a servicio de hospitalización con dieta blanda. Antibioticoterapia endovenoso con vancomicina. Continúa con Ranitidina. Metildopa 1 g vía oral cada 8 horas. Nifedipino condicional. N-acetilcisteína. Nebulización. Espirometría.

Servicio de Hospitalización: del 12 /7/17 al 10/08/17 permanece hospitalizada para uso de antibioticoterapia, antihipertensivos y antianémicos vía oral. Evolución desfavorable por continuar con síndrome febril por presentar hematoma hepático abscedada.

Referencia al Hospital 2 de mayo de Lima

Fecha 10 de agosto 2018. Es referida con los siguientes diagnósticos: Puerpera tardía post parto vaginal domiciliario. Post-laparotomía exploratoria por hematoma hepático con taponamiento hepático. Postoperada por Desempaquetamiento hepático. Anemia leve. Síndrome febril por hematoma hepático abscedado.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde los años 1960 hasta 1997, las tasas de mortalidad materna y fetal han ido incrementando en un 32% y 51% respectivamente, a pesar de los distintos procedimientos para el manejo de rotura hepática. ¹⁷.

Los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente la preeclampsia, siguen siendo las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal, cuyas complicaciones principales más severas y frecuentes son la rotura hepática ^{17,18}.

El Síndrome de HELLP se presenta como una gravísima complicación de la preeclampsia severa, caracterizado por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia¹⁹. Su mortalidad reportada a nivel mundial es de 2 a 3% ¹⁹, dada principalmente por hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar agudo y rotura hepática.

En el contexto de las complicaciones hepáticas, en la literatura se describe un incremento de la mortalidad materna hasta en más del 50%. ¹⁹ Sin duda la complicación más temida es la rotura espontánea hepática producto de un severo sangrado intrahepático, acompañado de necrosis hemorrágica de las células hepáticas¹⁹, estos casos ocurre en un 2% del Síndrome de HELLP, teniendo ésta una mortalidad en un 39% de los casos, la más alta asociada a las complicaciones de este síndrome ¹⁹.

En tal sentido, siendo un caso clínico infrecuente que requirió manejo interdisciplinario con evolución favorable, es necesario revisar los factores de riesgo que conllevaron a la preeclampsia severa con subsecuente ruptura hepática, las cuales nos permitirán mejorar la detección oportuna de esta patología y el manejo multidisciplinario coordinado, con la finalidad de contribuir en la mejora de la salud materno perinatal en el país.

El presente caso fue manejada en el Hospital Regional de Cajamarca en una multigesta de 32 años de edad, de parto vaginal domiciliario y que en el puerperio inmediato evoluciona con hemorragia posparto y dolor epigástrico como síntoma cardinal; con enzimas hepáticas elevadas, anemia y plaquetopenia; ecográficamente presencia de líquido libre perihepático por lo que fue sometida a laparotomía exploratoria cuyo hallazgo intraoperatorio fue hematoma subcapsular que compromete el lóbulo derecho en casi su totalidad y rotura hepática a nivel del segmento VI; se realiza empaquetamiento y luego

de ello, en el segundo día postoperatoria evoluciona desfavorablemente por lo que fue referida al Instituto Nacional materno Perinatal de Lima para manejo especializado en UCIM.

CAPITULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

1. Antecedentes nacionales

Gonzales O., Llanos D. en un estudio realizado el año 2017, en Lima realizaron el estudio "Hematoma hepático subcapsular en el síndrome HELLP en un hospital de

referencia de Lima” determinando las características clínicas y manejo de casos de hematoma hepático subcapsular (HHS), como consecuencia de preeclampsia y síndrome HELLP durante los años 2004 al 2016. Siendo un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos; la población estuvo constituida por 31 casos de Hematoma Hepático Subcapsular roto y no roto en pacientes con preeclampsia severa y Síndrome Hellp tratados en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Teniendo como resultados: la edad promedio de 34 años, el 81% fue multíparas, con promedio de estancia hospitalaria de 23,2 días. La forma de diagnóstico fue la visión directa durante la cesárea (45%). El síntoma con mayor frecuencia fue dolor en abdomen superior (52%) seguido por cefalea (36%), estado de conciencia alterado (31%) y hematuria (48%). En el 90% de los casos se practicó empaquetamiento hepático y en 10% fue observación y monitoreo. En el 44% se colocó Bolsa de Bogotá en la primera intervención quirúrgica y en los últimos 2 años se utiliza el sistema VAC para evitar el síndrome compartamental. El 74% de los casos sobrevivió y 26% falleció. Los autores concluyeron que la incidencia de hematoma hepático subcapsular como consecuencia de preeclampsia y síndrome HELLP fue 1 en 6 000 a 9 000 partos. La hematuria fue un signo relevante y debiera ser motivo de estudio posterior. El 90% de empaquetamiento hepático tuvo diferencias estadísticas con lo reportado en la literatura mundial ($p = 0,0025$), debido probablemente a la tendencia en procedimientos conservadores ²⁰.

Gonzales OM y col en un estudio realizado en el año 2016, en Lima en la investigación “Hematoma hepático subcapsular en síndrome HELLP. Reporte de casos y revisión de la literatura” determinaron las características clínicas y manejo de los casos de hematoma hepático subcapsular (HHS), como consecuencia de Preeclampsia y Síndrome HELLP durante los años 2004 al 2014. Material y Método: revisaron los casos de HHS identificados en forma retrospectiva. Se definieron las características clínicas, diagnóstico, manejo médico y quirúrgico. Los resultados del estudio fue comparar con los obtenidos por la literatura mundial. Principales resultados: Se encontraron 25 casos de HHS. El 64% de los casos sobrevivieron y el 36% fallecieron. El 80% fueron multíparas y la ecografía abdominal fue el método diagnóstico más usado (64%). El síntoma con mayor frecuencia fue dolor en abdomen superior (44%), cefalea (28%), estado de conciencia alterado (20%) y

hematuria (52%). En el 88% se practicó empaquetamiento hepático y en el 12% observación y monitoreo. En el 50% se colocó Bolsa de Bogotá en la primera intervención quirúrgica. El promedio de estancia hospitalaria fue de 18.6 días. Concluyen que la Incidencia de HHS fue 1 en 6,000 a 8,000 partos. La edad promedio fue de 33 años y la mayoría fueron multíparas. La hematuria fue un signo relevante y debiera ser motivo de estudio posterior. Se realizó empaquetamiento hepático en el 88% de los pacientes, encontrándose diferencias estadísticas con lo reportado en la literatura mundial ($p = 0.0025$) debido probablemente a la tendencia en procedimientos conservadores. A pesar de que solo usamos manejo quirúrgico, nuestras cifras de mortalidad son estadísticamente similares a la reportada en la literatura mundial (36% vs 16% / $p = 0.08$)²¹.

Meza R y col en el 2015 en Lima, en la investigación “Características clínicas de la rotura hepática relacionada con la preeclampsia severa en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, tuvo como objetivos describir las características clínicas más frecuentes en pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa admitidas a la Unidad de Cuidados Intensivos Materna (UCIM) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Materiales y Métodos: revisaron las historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de rotura hepática (RHE) atendidas en la UCIM del INMP en el período comprendido entre 2004 y 2013; se utilizó una ficha de recolección de datos y se realizó un análisis de frecuencias para los signos y síntomas más comunes. Principales resultados: El 92,6% de casos (25/26) de RHE se presentó en PES; la estancia hospitalaria fue de $19,4 \pm 13,24$ días (rango 2 a 47), la estancia promedio en UCIM fue de $12,3 \pm 10,24$ días (rango 1 a 45). La edad promedio fue de $33 \pm 7,37$ años (rango 18 a 44). Un 50% (10/20) de casos se presentó en gestantes pretérmino y un 30% (6/20) en púerperas. El 65% (13/20) de las pacientes eran multíparas; el 38,1% (8/21) fallecieron. Las características clínicas más frecuentes fueron: taquicardia materna (61,9%), dolor abdominal (57,1%), hipotensión arterial (57,1%), palidez (52,4%), distensión abdominal (47,6%), hipertensión arterial (38,1%). Concluye que la RHE es una complicación infrecuente de la PES en el INMP pero de alta mortalidad; sus características clínicas más frecuentes fueron: taquicardia materna, dolor abdominal, hipotensión arterial, palidez, distensión abdominal e hipertensión arterial

22.

2. Antecedentes internacionales

Grand'Maison S et al en el año 2012 en Cuba, en la publicación “Rotura hepática en Síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas” tuvo como objetivo presentar la experiencia en dos centros de referencia para la enfermedad hepática y compararla con los casos de la literatura. Métodos: Revisaron nueve casos que ocurrieron en los últimos 6 años en los centros y realizaron una extensa revisión de la literatura que abarca los últimos 10 años. Revisaron y compararon resultados múltiples para todos estos casos. Principales resultados: La mediana de edad materna fue de 29 años (rango 27 a 32). El tratamiento de embolización se utilizó con siete de nueve (78%) de los pacientes en comparación con 5 de 88 (6%) en la literatura ($p < 0,001$). Las tasas de mortalidad materna y fetal fueron del 0% (intervalo de confianza del 95% [IC del 0 al 34%] y del 30% (IC del 95%: 7 a 65%), respectivamente, en comparación con el 17% (IC del 95%: 10 a 26%) y 38% (IC 95% 31ª 52%) de la revisión de la literatura desde 2000 hasta 2010. Concluye que el uso de la embolización de la arteria hepática asociada con el síndrome HELLP puede ayudar a minimizar la morbilidad y la mortalidad materna ¹⁷.

Anyfantakis D et al en el año 2014 en (país) en el Hospital General de Chania, en la publicación “Reporte de un caso. Hematoma hepático subcapsular espontáneo posparto relacionado con preeclampsia” señala que el hematoma subcapsular del hígado representa un fenómeno clínico inusual en el embarazo y el período posparto con serias complicaciones en términos de mortalidad fetal y materna. Presenta un caso de una mujer primípara de 32 años de edad, con 36 semanas de gestación, que ingresó en la sala de maternidad de una clínica privada por preeclampsia. La gestante se sometió a una cesárea de emergencia con la extracción de un feto vivo. Unas horas después del parto, ella fue transferida al departamento de emergencias de nuestra institución que se queja de dolor epigástrico severo. La evaluación diagnóstica sugirió un hematoma hepático subcapsular del lóbulo derecho que fue manejado exitosamente de forma conservadora. El diagnóstico oportuno es necesario para la prevención de eventos potencialmente mortales en madre y feto. Por esta razón, los médicos de cuidados

intensivos deben estar atentos a la condición y considerar esto en el diagnóstico diferencial de dolor epigástrico durante el embarazo y el posparto ²³.

Troja A et al en el año 2015 en Alemania, en el reporte de caso “Manejo de la rotura hepática espontánea además del síndrome HELLP: reporte de un caso y revisión de la literatura” presenta el caso de un paciente con síndrome HELLP anteparto y rotura simultánea del lóbulo hepático derecho. Se realizó una cesárea de emergencia y la rotura hepática se manejó quirúrgicamente mediante empaquetamiento perihepático. La madre y su hijo se recuperaron bien y fueron dados de alta 19 días después de la admisión. Reporte de un caso. Describe un informe de caso y revisa la literatura. Con base a su propia experiencia y las presentaciones clínicas más comunes de dichos pacientes, pudo establecer un algoritmo para manejar dichos casos. Concluye que una asociación entre la rotura hepática y el síndrome HELLP es rara. En mujeres embarazadas con síndrome HELLP y dolor abdominal de inicio agudo, se debe tener en cuenta una potencial rotura hepática espontánea ²⁴.

Aghav PA en el año 2016 en la India, en la publicación “Ruptura del hematoma subcapsular del hígado en la preeclampsia grave con el síndrome HELLP: una pesadilla para un obstetra” describe que el hematoma hepático subcapsular (SLH) es una complicación rara de la preeclampsia grave y el síndrome HELLP. Por lo tanto, es imperativo que estos pacientes sean seguidos en la unidad de cuidados intensivos para recibir apoyo médico avanzado con manejo de líquidos y electrolitos, reemplazo de productos sanguíneos y tratamiento de trastornos subyacentes. No hay consenso con respecto al tratamiento; las opciones varían desde el tratamiento conservador hasta el tratamiento quirúrgico, incluida la resección hepática, la ligadura de la arteria hepática y el trasplante de hígado. En este informe describimos el caso de una mujer de 30 años con SLH secundaria a preeclampsia grave ²⁵.

Kapan M et al (2010) en Turquía, en la publicación de “Hematoma hepático subcapsular en el síndrome HELLP: Reporte de un caso” señala que el hematoma hepático subcapsular, como una complicación rara del síndrome HELLP, debe

tratarse en un centro terciario para su pronta identificación y tratamiento con una estrecha monitorización de los parámetros hemodinámicos y de la coagulación, el tratamiento de los trastornos subyacentes y la evaluación mediante técnicas de imagen. Los pacientes se sometieron a diferentes opciones terapéuticas que van desde la terapia conservadora hasta el tratamiento quirúrgico, incluido el trasplante de hígado. Como una opción de tratamiento, los pacientes con síndrome HELLP pueden ser seguidos conservadoramente en condiciones hemodinámicas estables. En este informe, presenta a una mujer de 32 años con un hematoma hepático subcapsular secundario al síndrome HELLP manejada de forma conservadora ²⁶.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO

El manejo de ruptura hepática va desde tratamiento conservador hasta manejo quirúrgico, en combinación con terapia de soporte que incluyen fluidoterapia, sangre y hemoderivados. Durante el manejo en nuestro caso clínico se aplicó la técnica quirúrgica de empaquetamiento hepático complementado con electrofulguración y aplicación de poligelina en la zona de hematoma hepático, con sobrevida de la paciente. El manejo especializado fue realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno que incluyó la utilización de fluidoterapia endovenosa, reemplazo de productos sanguíneos, antibióticos de última generación, uso de hemoderivados, oxigenoterapia, y tratamiento de trastornos subyacentes, entre otras; tal como recomiendan otros autores como Karateke A, et al ¹⁰.

En los informes de casos de rotura hepática asociada con el síndrome HELLP se ve principalmente en gestantes adultas y multíparas, que coincide con nuestro caso clínico. Araujo et al ¹² presentaron una serie de casos de 10 mujeres con rotura hepática y la mayoría de ellos tenían más de 35 años y multíparas, con un máximo de 15 embarazos. En nuestro caso clínico la gestante tenía 32 años y era multípara, que difiere que los factores de riesgo de preeclampsia se presentan con mayor frecuencia en primigrávidas.

Araujo refiere que la ecografía abdominal y la Tomografía Axial Computarizada abdominal son métodos para confirmar el diagnóstico si la paciente está estable ¹². Araujo refiere que el manejo quirúrgico en rotura hepática varía desde la reparación del sitio de la lesión, empaquetamiento, ligadura de la arteria hepática, embolización de la arteria hepática, hasta el trasplante ¹². En el caso clínico presentado, se realizó inicialmente empaquetamiento hepático seguido de descompresión intraabdominal y utilización de electro fulguración complementado con poligelina en la zona del hematoma hepático.

En nuestro caso clínico el diagnóstico presuntivo fue realizado mediante una ecografía abdominal. Los hallazgos encontrados durante la ecografía fue presencia de líquido libre en cavidad abdominal con imagen hiperecogénica en los segmentos VI, VII y VIII del hígado, la cual fue confirmada en la laparotomía exploratoria.

La rotura hepática durante el embarazo, en la mayoría de los casos está asociada a preeclampsia severa (PES) y síndrome de HELLP, tal como ocurrió en nuestro caso clínico, lo cual concuerda con lo reportado por Grand'Maison y cols ¹⁷, quienes en una revisión de 93 casos de las gestantes, reportan la presencia de PES en 59 de 64 casos (92%).

Gonzales M. y Llanos C. realizaron un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal, establecimiento de salud de nivel III-2, catalogado como el centro de referencia nacional para el área gineco-obstétrica y neonatológica, donde se atienden de 15 000 a 20 000 partos anualmente, reportaron que la rotura hepática se presenta 1 en 6 000 a 1 en 9 000 partos ²⁰, siendo el único estudio a nivel nacional.

En relación a la fisiopatología, se debe tener en cuenta que el aumento del flujo sanguíneo en los órganos durante el embarazo asociado a la alteración endotelial durante la preeclampsia predispone a la formación de hematomas hepáticos. En la presentación clínica de rotura hepática, pueden presentar síntomas como: cefalea, dolor epigástrico y/o en el cuadrante superior derecho, hipotensión sistémica, signos de irritación peritoneal, hepatomegalia y anemia ²⁰.

El diagnóstico de rotura hepática es difícil de realizar porque los síntomas son comunes e inespecíficos. En nuestro caso clínico la principal sintomatología clínica reportada fue el dolor epigástrico, la cual concuerda con lo reportado por Gonzales OM y col ²⁰ quien encuentran como síntomas predominantes dolor en abdomen superior (44%), seguido por cefalea (28%), escotomas visuales y tinnitus (4%). Similar a nuestro caso clínico, Rinehart et al ²⁹ reportó como principales síntomas: epigastralgia (70%), hipertensión (66%), shock (56%), náuseas y vómitos (25%), dolor en hombro (21%) y cefalea (11%).

La rotura espontánea del hígado secundaria a preeclampsia severa fue descrita por primera vez por Abercrombie en 1844 como una patología de alta morbimortalidad materna y fetal y actualmente su presencia sigue implicando altas tasas de morbimortalidad por las secuelas que conlleva. Los casos de rotura hepática durante el embarazo son poco frecuentes, la literatura reporta una incidencia entre 1 en 45 000 a 1 en 225 000 partos ²⁶.

Oswaldo M ⁽²⁰⁾ informa la utilización de hasta 206 hemoderivados en una sola paciente con rotura hepática, la cual fue referida de Huánuco al Instituto Nacional Materno Perinatal en mal estado general. Por otro lado, en nuestro caso clínico a la paciente se transfundió 8 paquetes globulares, 6 plasma fresco congelado, 6 unidades de plaquetas, previo consentimiento informado. Asimismo cabe resaltar el reporte Pliego Pérez et al, en 4 casos reportados con rotura hepática informa la utilización de hasta 80 hemoderivados en una de las pacientes de su estudio ⁽²⁸⁾.

En nuestro caso clínico los resultados de laboratorio revelan alteraciones muy marcadas de la función hepática y de los factores de coagulación sanguínea, encontrándose valores aumentados de transaminasas de 4140 U/L, valores de bilirrubinas totales de 3.6mg/dl, valores alterados en recuento de plaquetas y tiempos de coagulación. Estos datos nos llevan a sospechar que algunos pacientes con estos valores tan alterados, además de ruptura hepática, pueden haber estado complicados con hígado graso agudo del embarazo²⁹.

Las complicaciones presentadas en nuestro caso clínico fueron insuficiencia renal aguda que fue solucionada con buena evolución; y síndrome febril por hematoma hepático abscedado; las cuales obligaron a presentar una estancia hospitalaria muy prolongada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La rotura hepática se puede presentar durante el puerperio inmediato, presentándose los siguientes síntomas y signos: dolor en epigastrio, hemorragia peri hepática.
2. Los exámenes auxiliares revelaron presencia de anemia, elevación de enzimas hepáticas, plaquetopenia y en la ecografía abdominal presento Rotura Hepática más hemoperitoneo, siendo la conducta terapéutica el empaquetamiento hepático seguida de descompresión intraabdominal y electro fulguración y uso de poligelina en la zona del hematoma hepático.
3. El método de diagnóstico presuntivo de rotura hepática se llevó a cabo mediante ecografía abdominal que fue confirmada durante la laparotomía exploratoria.
4. No hubo retraso en la referencia del primer nivel al Hospital de Cajamarca, donde se intervino quirúrgicamente inicialmente para confirmar el diagnóstico de rotura hepática y luego referida al establecimiento de tercer nivel para manejo especializado. Realizándose la referencia y contrareferencia en forma oportuna.
5. El manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos fue adecuado y está acorde con las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal.
6. La evolución materna fue tórpida presentó síndrome febril por probable hematoma hepática abscedada que obligó a una estancia hospitalaria prolongada.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Mantener activos los comités de prevención de la mortalidad materna con la finalidad de realizar la socialización de casos a través del análisis clínico y epidemiológico, lo cual permita evaluar acciones de mejora para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
2. Fortalecer las capacitaciones del personal de salud en el manejo de la detección oportuna de la preeclampsia con protocolos actualizados según nivel de capacidad resolutive y la prevención de preeclampsia en gestantes con alto riesgo utilizando calcio y ácido acetilsalicílico.
3. Sospechar en gestantes con preeclampsia severa y síndrome de HELLP la posibilidad de rotura hepática.
4. Promover el control prenatal con enfoque de riesgo obstétrico que permita diagnóstico precoz y manejo oportuno.
5. Promover la referencia y contrarreferencia en casos de gestantes con rotura hepática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician*.2016; 93(2):121-7.
2. Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG. ASH position paper: hypertension in pregnancy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*.2009; 11(4):214-25.
3. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36(5):416-41.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin N°202. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(1):e1-e25. doi:10.1097/AOG.0000000000003018.
5. Guevara R, Meza S. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2014; 60(4): 385-393.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Información para la red 2013.
7. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician* 2016 Jan 15;93(2):121
8. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014 May; 36(5):416-41.
9. Poo JL, Gongora J: "Hepatic haematoma and hepatic rupture in pregnancy". *Annals of Hepatology* 2006, 5(3):224-226.
10. Karateke A, Silfeler D, Karateke F, Kurt R, Guler A, Kartal I. HELLP syndrome complicated by subcapsular hematoma of liver: A Case Report and Review of the Literature. Hindawi Publishing Corporation. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. Volume 2014, Article ID 585672, 3 pages.
11. Alassia M, Buteler MM, Caffaratti C, Bollatti H, Caratti MM. Hematoma hepático en el síndrome HELLP. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2011; 68(3):119.

12. Araujo A. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195:129-33.
13. Dessole S, Capobianco G, Viridis P, Rubattu G, Cosmi E, Porcu A. Hepatic rupture after cesarean section in a patient with HELLP syndrome: a case report and review of the literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2007;276(2):189–192.
14. Cernea D. HELLP syndrome complicated with postpartum subcapsular ruptured liver hematoma and putscher-like retinopathy. *Case Report. Obstetrics and Gynecology*. 2012;4: Article ID 856135.
15. Ndzengue A, Hammoudeh F, Brutus P, Ajah O, Purcell R, Leadon J, Rafal RB, et al., “An obscure case of hepatic subcapsular hematoma,” *Case Rep Gastroenterol*. 2011 Apr 13;5(1):223-6. doi: 10.1159/000326998.
16. Barton JR, Sibai BM. Hepatic imaging in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1820 –5.
17. Grand'Maison S, Sauve N, Weber F, Dagenais M, Durand M, Mahone M. Hepatic rupture in hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets syndrome. *Obstet Gynecol*. 2012;119:617–25. doi: 10.1097/AOG.0b013e318245c283.
18. Centre for Maternal and Child Enquiries. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011;118(Suppl 1):1–203.
19. Pérez A, Waldo Martínez W, Hoefler S, Mollo E, Campaña G, Czwiklitzer G. Hematoma subcapsular hepático roto asociado a preeclampsia severa y síndrome de HELLP como urgencia quirúrgica. *Técnica quirúrgica. Rev. Chilena de Cirugía*. 2007;59 (6): 403-07.
20. Gonzales OM, Llanos CD, De la Peña W. Hematoma hepático subcapsular en el síndrome HELLP en un hospital de referencia de Lima. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2017;63(2):171-181.
21. Gonzales OM, Llanos CD, De la Peña W, Nalvarte GC. Hematoma hepático subcapsular en síndrome HELLP. Reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2016; 5(1):9-16.

22. Meza R, De la Peña WJ, Díaz AM, Sandoval H, Málaga PP, Cano JC, y col. Características clínicas de la rotura hepática relacionada con la preeclampsia severa en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2015;4(1):20-6.
23. Anyfantakis D, Kastanakis M, Fragiadakis G, Karona P, Katsougris N, Bobolakis E. Case Report. Postpartum Spontaneous Subcapsular Hepatic Hematoma Related to Preeclampsia. Hindawi Publishing Corporation. *Case Reports in Emergency Medicine.* 2014;3. doi.org/10.1155/2014/417406.
24. Troja A, Abdou A, Rapp C, Wienand S, Malik E, Raab HR. Management of spontaneous hepatic rupture on top of HELLP syndrome: case report and review of the literature. *Viszeralmedizin.* 2015;31:205–8.
25. Aghav PA. Rupture of Subcapsular Hematoma of Liver in Severe Preeclampsia with HELLP syndrome: A Nightmare to an Obstetrician. *Journal of case reports* 2016;6(1):26-29. DOI:<http://dx.doi.org/10.17659/01.2016.0007>
26. Kapan M, Evsen ME, Gumus M, Onder A, Tekbas G. Subcapsular Liver Hematoma in HELLP Syndrome: Case Report. *Gastroenterology Res.* 2010 Jun; 3(3): 144–146. doi: 10.4021/gr2010.04.178e.
27. Abercrombie J. Hemorrhage of the liver. *London Medical Gazette* 1844; 34: 792-94.
28. Pliego A, Zavala J, Porrás A. Rotura hepática espontánea durante el embarazo. Serie de cuatro casos y revisión de la literatura médica. *Ginecol Obstet Mexico.* 2006; 74: 224-31.
29. Muñoz C. Hígado graso agudo del embarazo y síndrome HELLP: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Gastroenterol Latinoam.* 2013;24 (1): S123-S126.

ANEXOS

Anexo 1. Tarjeta de Control prenatal. P.S. Jelic.

500005:51
Católica
Avenida: Xicc

957183528

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD
CAJAMARCA**

No. HC 04-161

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: PASTOR CASQUER MORA Establecimiento: P.S.S. JELIC

Establ. Origen: No Aplica Referencia Código Afiliación SIS: 040-2-007

DNI (L.E) N° 45290737 FN: 05/08/84 Ocupación: Amo de casa Edad: 32

Localidad: JELIC Cod. Sector: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. aprobados

Departamento: CAJAMARCA Provincia: SAN JUAN Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: mujo puc

Distrito: SAN JUAN ADOBE Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 03 Abortos: 00 Partos: 03 Cesáreas: 00

Nacidos vivos: 03 Viven: 03 Muerto - 1ra semana: 00 Después - 1ra semana: 00

Nacidos muertos: 00

RN de mayor peso: 3090g

Gestación Anterior

Fecha: 05/02/06 Per. Inter. Si No Per. Adscuido Si No Lactancia Materna

Terminación: Parto vaginal Si fue aborto: Tipo de Aborto: Incompleto Completo Frustro/Retenido Sécipico No Aplica No Aplica

Captada: Si No Referida x Ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Alergias Enf Hipertens. Emb. Epilepsia Diabetes Enferm. Congenitas Emb. Múltiple Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplásia TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales

Ninguna Aborto habitual/recurrente Alcohólico Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv.-uterina Diabetes Eclampsia Otras Drogas Parto prolong. Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Hoja de Coca Infertilidad Neoplasias Reten. placenta Tabaco TBC Pulmonar Transorm. mentales VIH/SIDA Otros

Peso y Talla

IMC: 24

Peso Habitual: 60 kg. Talla: 161 cm.

Antitético

Nº Dosis: 0 Dosis: 1ra 07-02-17 Sin dosis No aplica Previa: 0 2da: _____ mes de gestación

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh (+) Rh (-) Sen Desc Rh (-) No Sen Rh (-) Sen

Fuma

Nº Cigarrillos/día: 0

Drogas

Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: 02/10/16 Duda: Si No

EG. (Ecografía) 17 4.4 Fecha: 2/2/17
No Aplica 26 23 6/4 → 29-3-17

Fecha Probable de Parto: 04/07/17

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: 1/1/17 Diagnóstico: _____ CIE10: _____

Emergencias:

Fecha: 1/1/17 Diagnóstico: _____ CIE10: _____

Violencia / género

Ficha Tamizaje Si No Violencia Si No Fecha: 17/01/17

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

Cuello: Sin Examen Normal Patológico

Uterino: Sin Examen Normal Patológico

Pelvis: Sin Examen Normal Patológico

Odont.: Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de Laboratorio

Hg(%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1: <u>12.5</u>	<input type="checkbox"/>	<u>12/1/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Western Block: <input type="checkbox"/>
Hemoglobina 2: <u>11.9</u>	<input type="checkbox"/>	<u>2/2/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTLV1: <input type="checkbox"/>
Hemogl. Alta: <u>12.5</u>	<input type="checkbox"/>	<u>29/3/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TORCH: <input type="checkbox"/>
Glicemia 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2/2/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota Gruesa: <input type="checkbox"/>
Glicemia 2: <u>45</u>	<input type="checkbox"/>	<u>29/3/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluorec. Malaria: <input type="checkbox"/>
Tolerancia Glucosa: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>1/1/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex. Comp. Orina: <input type="checkbox"/>
VDRL/RPR 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>17/1/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacteriuria: <input type="checkbox"/>
VDRL/RPR 2: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2/2/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitritos: <input type="checkbox"/>
TPHA/VDRL (RPR reactivo): <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>09/3/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urocultivo: <input type="checkbox"/>
Prueba Rápida VIH 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>17/1/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BK en Espuito: <input type="checkbox"/>
Prueba Rápida VIH 2: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>2/2/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listeria: <input type="checkbox"/>
ELISA 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>29/3/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAP: <input type="checkbox"/>
ELISA 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>1/1/17</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coloscopia: <input type="checkbox"/>

Anexo 3. Ecografía abdominal.

Park
Vasquez

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
SERVICIO DE IMAGENOLOGIA
Ecografía abdominal

SIS
01-02.H
CODIFIC

Nombre : PASTOR VASQUEZ MARIA HERMELINDA Sexo: FEMENINO Fecha : 30/06/2017
Edad : 32 AÑOS H.C. N°: 45290737

Indicación :
Observación :

Hallazgos :
HIGADO: De tamaño conservado, de contornos irregulares, con parénquima se evidencia imagen hiperecogénica heterogénea de 98x65x65mm. Vol: 21 segmento VI y en VII y VIII de menor tamaño. No dilatación de vías biliares intrahepáticas.
VESICULA BILIAR: de tamaño normal, paredes delgadas (< 3 mm), contenido anecogénico. COLEDOCO de 4 mm y VENA PORTA de 11 mm.
PANCREAS: no evaluable. BAZO Y RINONES de tamaño normal, parénquima homogéneo de grosor normal, No litiasis. No hidronefrosis.
VEJIGA: vacua se evidencia la sonda Foley.
UTERO: aumentado de tamaño (puerperal) OVARIOS: no evaluables adecuadamente.
CAVIDAD ABDOMINAL: líquido libre: PERIHEPÁTICO, INTERASA EN APROX: 150 a 200 CC al momento del examen. pelvis escaso

Conclusión :

1-LIQUIDO LIBRE ABDOMINO PELVICO SEGUN DESCRIPCION 2-HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN RELACION TRAUMA HEPATICO DESCRIPCION.

Jonatán Noé Rengifo Flores

sábado, 1 julio, 2017

8:33 pm

Emergencia -

Dr. Carlo Magno Cabrera Caba
Médico Radiólogo
CMP N° 36359 * RNE N° 2974

Servicio de: _____ Apellidos y Nombres: _____
N° de Cama: _____ Edad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Sexo: _____
N° SIS _____ N° De Historia Clínica _____

Anexo 4. Reporte quirúrgico de empaquetamiento hepático

REPORTE OPERATORIO

SERVICIO EMG. Shock trauma
CAMA N° 201
H. CLINICA N° 95290137

FECHA: 30.06.17
NOMBRE: Maria Pastor Vasquez
EDAD: 32 años

INFORME DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS

INDICACIONES PRE OPERATORIAS:

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO: Sobrecarga hipotónica, Sd Kellp + Ruptura hepática traumática

DIAGNOSTICO POS OPERATORIO: El mismo

TIPO DE ANESTESIA: General

ANESTESIÓLOGO: Dr. Hurtado

DURACION:

CIRUJANO: Dr. Romero Dr. E. Cerna MR. Arce

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA PRACTICADA: Laparotomía Exploratoria + Empanetado
hepático

REPORTE OPERATORIO:

MOALLAZGOS: Alta tensión de la cavidad 2800 cc que se drenó en 2 cuadrantes
de la cavidad por hematomas subcapsular y contusión del lóbulo derecho con contusión subtotal del
parénquima y ruptura del hígado a nivel del segmento VI. Al realizar limpieza de cavidad que he de ser
en Monitor sin evidenciar signo de sangrado

PROCEDIMIENTOS: 1. A.A.T.C.C.E. 2. División mediana de la línea media 3. Inspección
de la cavidad e identificación de hallazgos 4. Inspección de hemoperitoneo 5. Drenaje de la cavidad
hepática colocando 14 catéteres y 02 gaseas medianas distribuidas en ambos lóbulos 6. Se drenó
de los tubos en 1.5 litros 7. Cierre de pared con puntos totales

OBSERVACIONES

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
MILTON C. ROMERO CASANOVÁ
CIRUJANO GENERAL
C.M.P. 58383

Milton C. Romero Casanova
CIRUJANO GENERAL
C.M.P. 58383

00

FO - P

Fecha 02 JUL 2017 Hora

Ingreso Fecha 10 JUL 14

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

INFORME QUIRURGICO

Fecha 02/07/2017 Ingreso CQ 04:42 pm

N° Libro 147186

DATOS DEL PROCEDIMIENTO INTV OBSTETRIC TIPO EMERGENCIA N° QUIROF 1

CIRUJANO (1): PORTOCARRERO ARISTA CESAR AYUD. ANESTESIOL: NINGUNO
 CIRUJANO (2): VALER CABALLERO JOHNNY RICHARD INSTRUMENTISTA (1): GASPAR GONZALES SELENE
 1er AYUDANTE: QUINTANA MUÑOZ WILLY R2 INSTRUMENTISTA (2): ZAVALA NARVAEZ ROCIO
 2er AYUDANTE: NINGUNO TECN. ENFERMERIA: ALVARADO RIOS VANESSA
 ANESTESIOLOGO: QUISPE PILGO JHOSCY LANDY

TIPOS DE ANESTESIA Anestesia 1: GENERAL-INALATORIA-NI Anestesia 2: NINGUNO

Gasas Inici 10 Fin 15 Completas **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**
 Dress Inicio 10 Fin 10 Completas ASEPSIA DE ZONA OPERATORIA, SONDA FOLEY, PLACA INDIFFERENTE, APERTURA DE
 PAQUETES ESTERILES, RECEPCION DE PACIENTE, PARTICIPACION EN ACTO
 ANESTESIO

MATERIAL Qx	Numero
LAPARATOMIA	
Fecha/Hora Inicio	Fecha/Hora Fin
02/07/2017 12:05:19 pm	02/07/2017 06:39 pm

DIAGNOSTICO Pre-Operatorio	DIAGNOSTICO Post-Operatorio
Puerpera post parto vaginal	O99.X1 Puerpera post parto vaginal
Preeclampsia severa	O14.1 Preeclampsia severa
Síndrome de Heilp	O14.01 Síndrome de Heilp
Hemstoma Hepatico	O71.70 Hematoma Hepatico
Hipertension intra abdominal	110.X1 Insuficiencia renal aguda
Insuficiencia renal aguda	N17
Ruptura hepatica (pos operada)	S36.1X

Procedimientos Quirurgicos
 Laparotomia exploratoria 490001 Lavado de cavidad abdominal 70081 REVISION DE HIGADO 58973 Exploración de lesión
 hepática, debridamiento amplio, coagulación y/o sutura, con o sin empaque completo de hígado 47361 Taponamiento hepatico y/o retiro
 del tapon 473611 Colocacion de DREN PENROSE 992031

Descripcion de Procedimiento
 AA+CCE, APERTURA CAVIDAD POR PLANOS, RETIRO DE TAPONAMIENTO HEPATICO, LAVADO CAVIDAD, COLOCACION DE HEMOGELITA,
 ELECTROFULGURACION, REVISION HEMOSTASIA, COLOCACION DE DREN PEN ROSE, CIERRE POR PLANOS.

Hallazgos
 SE RETIRA TAPONAMIENTO HEPATICO (36 GASAS) -
 COAGULOS EN CAVIDAD APROX. 200 CC. LAVADO DE CAVIDAD CON SOLUCION SALINA
 SE OBSERVA HEMATOMA EN SEGMENTOS HEPATICOS 7 Y 8, SE COLOCA HEMOGELITA (6), SANGRADO EN NAPA EL CUAL CEDE A
 ELECTROFULGURACION.
 COLOCACION DE DREN PEN ROSE EN ESPACIO SUB FRENICO DERECHO.
 RESTOS DE ORGANOS INTRA ABDOMINALES DE ASPECTO NORMAL

Pinzamiento y Corte Cordón Umbilical

Accidentes: No
 Estudio Patologico: NINGUNO

MINSA - 1008
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
 OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
 EQUIPO DE SELLO DE LIBRERÍA
 ARCHIVO FOLIOCLASIFICADO

22 A60. 2017

FOLIADO DE HISTORIA CLINICA
 H.C.N. _____
 FECH: _____

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL "DOR DE RAYO"
 DR. CESAR PORTOCARRERO ARISTA
 Sello y Firma Cirujano (1)

DR. WILLY QUINTANA MUÑOZ
 M.R. Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 65567
 Sello y Firma Cirujano (2)

Paciente: PASTOR VASQUEZ MARIA HERMELINDA Edad: 32 Servicio UCIM HC 1275876

Anexo 06: Turnitin

GARCIA_Y_VILLALBA.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.spog.org.pe

Fuente de Internet

11%

2

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

5%

3

docplayer.es

Fuente de Internet



2%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%

Anexo 07: Autorización de Publicación de Trabajo Académico por Hospital Regional de Cajamarca.

 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION 

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

CARTA DE ACEPTACION

Cajamarca, 25 de abril del 2019

Obtetas:

García Sánchez Jessica Josefina
Villalba Condo Rosario Del Pilar

Estudiantes de la Segunda especialidad de la Universidad NORBERT WIENER

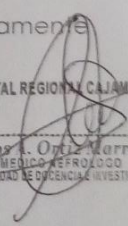
Ciudad


De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarle y a la vez comunicar que la solicitud para autorización de publicación caso clínico : "RUPTURA HEPÁTICA ASOCIADA A PRE ECLAMPSIA SEVERA Y SÍNDROME HELLP ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2017" ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HRDC.

Sea propicia la ocasión para expresarle a usted las muestra de mi especial consideración y profundo respeto.

Atentamente


HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA
Carlos A. Ortiz Marreros
MÉDICO NEFRÓLOGO
JEFE UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION



COM/ppp
C.c. Archivo
Interesado

NOTA: todo problema legal por el mal uso de datos será responsabilidad del investigador

Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay
Teléfono: 076-599029