



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta obstétrica en múltipara de 39 años de edad embarazada de 26
semanas con ruptura hepática

AUTOR

Jhonnatan Fernando Sani Palacios

TUTOR

Obs. Ana Emperatriz Yupa Pallchisaca

Quevedo - Los Ríos- Ecuador

2020-2021



Contenido

AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
TEMA.....	6
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 Definición	10
1.2 Fisiopatología	12
1.3 COVID-19 y preeclampsia-eclampsia.....	13
1.3 Factores de Riesgo.....	14
1.4 Clínica.....	15
1.5 Diagnóstico.....	16
1.6 Tratamiento.....	16
II. JUSTIFICACIÓN	18
III. OBEJTIVOS.....	19
3.1 General.....	19
3.2 Específicos.....	19
IV. CASO CLÍNICO	20
4.1 Datos Generales	20
V. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO	20
5.1 Análisis del motivo de Consulta.....	20
5.2 Historial clínico de la paciente.....	21
5.3 Anamnesis	22
5.4 Exploración clínica.....	22
5.5 Información de exámenes complementarios al momento.....	24
5.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	25
5.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar.....	26
5.7 Seguimiento	29
5.8 Indicación de las razones científicas de las acciones, considerando valores normales.	29



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



5.9 Observaciones	30
5.10 Conclusiones	30
VI. ANEXOS	31
VII. REFERENCIAS.....	34



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero empezar agradeciendo a Dios por ser el motor de mi vida, ayudarme en mi carrera profesional a lo largo de mis años de estudio y llegar a cumplir la meta que espere.

Paso a agradecer a mis padres por cada esfuerzo que han hecho por que nada me falte, además del apoyo emocional, por cuidarme he inculcarme valores y respeto durante todo el trayecto de mi vida que hoy en la actualidad me hacen la persona que soy.

Agradezco también a mi esposa por cuidarme, comprenderme, pese a las adversidades, dándome la motivación y aliento para continuar esforzándome en la carrera, además ayudarme a tener un acercamiento más a Dios, agradezco también a todos mis maestros, docentes y médicos que compitieron sus conocimientos para hacer de mi un buen profesional ya que gracias a ellos estoy donde estoy.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia, a mi esposa, maestros y amigos que conocí durante mi trayecto universitario y hospitalario por todos los consejos enseñanzas de cosas que muchas veces no se ven en libros, por tomarse el tiempo para enseñarme además de conocimientos catedráticos valores éticos y morales ya que gracias a eso pude llegar a cumplir una de mis metas en mi vida.



TEMA

“Conducta obstétrica en multípara de 39 años de edad embarazada de 26 semanas con ruptura hepática”



RESUMEN

La rotura espontánea del hígado, fue descrita por primera vez por Abercrombie en 1844. La formación de un hematoma hepático con rotura posterior, es una complicación rara de la preeclampsia-eclampsia. El 90 % de las roturas ocurre en estos trastornos hipertensivos, la mayoría en relación con síndrome HELLP, complicación más inusual, pero la más severa de este síndrome. El resto son roturas traumáticas en su mayoría o atribuibles a otras causas que son infrecuentes.

Por el cual, el objetivo de este proyecto es analizar la evolución clínica de la eclampsia y su complicación de ruptura hepática en una gestante de 26 semanas y su posterior conducta obstétrica para el manejo de su cuadro clínico.

Se presenta el caso de una gestante multípara de ± 26 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre, que acude referida de clínica particular con diagnóstico de Eclampsia. Al llegar a la casa de salud, presenta convulsiones tónico-clónicas y a la hospitalización se reporta prueba de COVID-19 positivo para IgG e IgM. La metodología de diagnóstico se basa en el análisis de la historia clínica de la paciente y factores de riesgos anteriores como antecedentes patológicos de preeclampsia en gesta anterior y obesidad. Cuadro clínico de paciente desencadena en una ruptura hepática con posterior muerte.

PALABRAS CLAVES: ruptura hepática, eclampsia, Covid-19, muerte.



ABSTRACT

Spontaneous liver rupture was first described by Abercrombie in 1844. The formation of a hepatic hematoma with subsequent rupture is a rare complication of pre-eclampsia-eclampsia. 90% of tears occur in these hypertensive disorders, the majority in relation to HELLP syndrome, the most unusual complication, but the most severe of this syndrome. The rest are mostly traumatic tears or attributable to other infrequent causes.

Therefore, the objective of this project is to analyze the clinical evolution of eclampsia and its complication of liver rupture in a 26-week pregnant woman and her subsequent obstetric behavior for the management of her clinical picture.

We present the case of a multiparous pregnant woman of \pm 26 weeks' gestation by first trimester ultrasound, who was referred from a private clinic with a diagnosis of Eclampsia. Upon arrival at the health home, she presented tonic-clonic seizures and upon hospitalization a positive COVID-19 test for IgG and IgM was reported. The diagnostic methodology is based on the analysis of the patient's medical history and previous risk factors such as a pathological history of pre-eclampsia in a previous pregnancy and obesity. Patient's clinical picture triggers a liver rupture with subsequent death.

KEY WORDS: liver rupture, eclampsia, Covid-19, death.



INTRODUCCIÓN

La rotura espontánea del hígado, fue descrita por primera vez por Abercrombie en 1844. La formación de un hematoma hepático con rotura posterior, es una complicación rara de la preeclampsia-eclampsia. El 90 % de las roturas ocurre en estos trastornos hipertensivos, la mayoría en relación con síndrome HELLP, complicación más inusual, pero la más severa de este síndrome. El resto son roturas traumáticas en su mayoría o atribuibles a otras causas que son infrecuentes. (Perez & Sáez, 2017)

En este proyecto se estudiará acerca de cómo la eclampsia puede llegar a una complicación severa que lleve a las pacientes a una falla multisistémica si no es tratada con prontitud. Se presenta el caso de una paciente con embarazo de 26 semanas de gestación con eclampsia y enfermedad respiratoria aguda por COVID-19 añadida, la cual acude a una clínica particular por presentar convulsiones tónico-clónicas en dicho establecimiento, durante su transporte en ambulancia y a la llegada al Hospital Sagrado Corazón de Jesús donde se realiza el manejo clínico de la paciente.

El hematoma subcapsular hepático requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico precoz y multidisciplinario. Se recomienda el uso de imágenes, con TAC o en su defecto una ecografía abdominal como estudio confirmatorio ante la sospecha clínica de HSCH secundario a eclampsia o HELLP. Según el estado hemodinámico de la paciente, tamaño del hematoma, indemnidad de la cápsula, se debe ofrecer la intervención. Se podría plantear un manejo expectante si el hematoma es pequeño, no hay progresión del tamaño y hay estabilidad hemodinámica.



I. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

Los trastornos hipertensivos que se desarrollan durante el embarazo son por lo general de causa desconocida y de múltiples factores sistémicos relacionados a los cambios fisiológicos producidos durante la gestación. Dichos cambios llegan a ocasionar un incremento de la presión arterial en las embarazadas que posteriormente causan diversas complicaciones materno-fetales que ponen en riesgo la vida de las pacientes incluyendo la muerte.

A nivel mundial, la mortalidad materna es alta. En el año 2015, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estimaron 303.000 muertes maternas durante el embarazo y el parto, donde el 80% fueron de causa directa tomando como tercera causa de muerte a la eclampsia (12%). La incidencia de muerte materna en países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacidos vivos a diferencia de los países desarrollados que es tan solo de 12 por 100.000 nacidos vivos. En el Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se encuentra como primera causa de muerte materna a la Eclampsia en un 13.53% (98 pacientes) en el año 2016. (INEC, 2016)

En condiciones normales, durante el segundo trimestre, la presión arterial disminuye unos 5 a 10 milímetros de mercurio (sistólica y diastólica) pero, retoman a sus valores normales en el tercer trimestre de gestación. Sin embargo, existen ciertos factores presentes en el sistema materno y placentario como es el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), factor de crecimiento placentario (PIFG), tirosinquinasa tipo fms 1 soluble (sFlt-1) y la endoglina soluble (sEng) que pierden su equilibrio y llegan a producir una disfunción endotelial generalizado. (MSP, 2016)

A su vez, también se ha llegado a observar una alteración en la producción enzimática de óxido nítrico que, considerado como el vasodilatador más potente del organismo, se encuentra disminuido durante estos procesos patológicos conllevando a un estrés oxidativo y, por consiguiente, un aumento de



Tromboxano 2 y disminución de Prostaciclina, estimulando así el Sistema Renina-Angiotensina que aumenta la resistencia periférica y finaliza con una vasoconstricción generalizada.

Entre una de las patologías que engloba estos trastornos hipertensivos encontramos a la preeclampsia y eclampsia. La preeclampsia se presenta después de las 20 semanas de gestación y se caracteriza por un aumento arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y diastólica de ≥ 90 mmHg que puede acompañarse de signos de gravedad como son la proteinuria (≥ 30 mg/dl) y afectación de órganos blancos (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar). Su diferenciación con la eclampsia es que, en este trastorno, los valores arteriales se encuentran doblemente elevados. La sistólica ≥ 160 mmHg y la diastólica ≥ 110 mmHg, pero lo más característico es la afectación neurológica que se manifiesta a través de convulsiones tónico-clónicas generalizadas en las embarazadas en donde la única causa que se explica es el síndrome de hiperperfusión encefálica. (MSP, 2016)

La eclampsia es considerada la etapa final de la preeclampsia, aunque algunos autores refieren que hasta un 20% de las pacientes pueden no presentar el cuadro clínico neurológico premonitorio antes de la crisis convulsiva. Existen diferentes complicaciones que estos trastornos llegan a desarrollar como son el Síndrome de Hellp, el hematoma subcapsular hepático y el edema agudo de pulmón.

El hematoma subcapsular hepático, descrito por el médico John Abercrombie en el año 1844, lo define como la formación de un hematoma (acúmulo de sangre) por debajo de la cápsula de Glisson que termina en una rotura de la misma, con una incidencia global de 1/40.000 a 1/250.000 embarazos. Es una complicación tardía de la eclampsia y síndrome de Hellp, de tipología infrecuente. Por tal motivo es importante el manejo efectivo de esta patología para evitar la ocurrencia de una ruptura hepática.

En la literatura mundial, se han descrito alrededor de 120 casos de ruptura hepática. El 90% suceden en pacientes con preeclampsia o eclampsia añadida,



el 10% son rupturas traumáticas atribuibles a causas infrecuentes. (Hernández & Cantero, 2018)

Se asocia a una alta mortalidad materno-fetal y su descubrimiento por lo general se lo detecta cuando el cuadro clínico de la paciente empeora por un shock hemorrágico. La mayoría de los hematomas se producen en el lóbulo derecho del hígado (superficie anterior y superior) en un 75%, un 11% en el lóbulo izquierdo y un 14% en ambos lóbulos.

1.2 Fisiopatología

El mecanismo principal para el desarrollo de preeclampsia-eclampsia es la insuficiencia placentaria debido a una remodelación deficiente en la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervelloso. En el desarrollo normal de un embarazo, el citotrofoblasto fetal funciona como un anclaje del corión embrionario al endometrio materno, por lo tanto, invade las arterias uterinas espirales maternas causando destrucción del músculo liso y de las células endoteliales de los vasos invadidos, reemplazando su endotelio y diferenciándose en citotrofoblastos endotelioides. (Segovia & Vásquez, 2018)

Esta transformación causa que vasos sanguíneos de pequeño diámetro y de alta resistencia vascular se conviertan en vasos sanguíneos de baja resistencia y alta capacitancia, asegurando la distribución adecuada de sangre materna a la unidad útero-placentaria en desarrollo. (Gómez, 2018)

Algunos investigadores han demostrado también la presencia de la ruta de señalización NOTCH en el proceso de invasión del trofoblasto y remodelación vascular. Explican que dicha ruta depende de una proteína transmembrana (NOTCH) que sirve como receptor de señales extracelulares, el cual controla los destinos celulares a través de la amplificación y consolidación de las diferencias entre las distintas células. De este modo, estabiliza los destinos endoteliales en la angiogénesis. En casos de preeclampsia-eclampsia, se ha asociado con una disminución y/o ausencia de esta proteína asociándose a una reducción del diámetro vascular, eso conduce a una perfusión inadecuada a la unidad útero-



placentaria y de esa forma incrementa el grado de hipoxia y estrés oxidativo placentario. Otros estudios también declaran que si existe una modificación genética del sistema inmune (células que codifican el complejo MHC y receptores de las células natural killer) podría afectar la placentación. (Gómez, 2018)

Este desorden de la célula endotelial es lo que provoca una disminución en la producción de prostaciclina, vasodilatadores y antiagregantes plaquetarios; funciones que por lo general son mediadas normalmente por el endotelio vascular. Al contrario, existe un aumento del Tromboxano A₂, el cual es un potente vasoconstrictor y mediador de agregación plaquetaria lo que produce alteraciones a nivel endotelial y afecta más que todo a órganos que poseen alto flujo sanguíneo como el hígado.

Esta alteración provoca depósitos de trombina y fibrina en las arteriolas y sinusoides hepáticos causando obstrucción local del flujo sanguíneo, provoca una congestión vascular, aumenta la presión intrahepática y finaliza en una necrosis hemorrágica periportal donde el acúmulo de sangre se estaciona en la cápsula de Glisson formando el hematoma. Por tal motivo, un control tardío o mal control de una presión arterial que se encuentra elevada en cavidad abdominal puede terminar en una ruptura. A su vez, en el momento del parto, las contracciones uterinas, vómitos, palpación abdominal y/o convulsiones durante una eclampsia, pueden enmascarar un cuadro clínico de hematoma subcapsular hepática pasando inadvertido para el paciente y el médico, evitando así el diagnóstico oportuno de la patología para su posterior tratamiento. (Perez & Sáez, 2017)

1.3 COVID-19 y preeclampsia-eclampsia

Se ha demostrado que la enfermedad por COVID-19 causa complicaciones sistémicas como son presión arterial elevada, insuficiencia renal, trombocitopenia y daño hepático. El SARS-Cov-2 tiene una afinidad por la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2) el cual éste media la acción del virus para entrar a las células que se encuentran en el endotelio vascular e



infectarlas, causando vasoconstricción resultante de la disfunción del sistema renina-angiotensina.

Durante el embarazo, la ACE-2 se encuentran expresadas en gran proporción en el tejido placentario, incluidos sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto, endotelio y músculo liso vascular de las vellosidades. Por lo tanto, una infección por COVID-19 puede alterar la expresión de esta enzima promoviendo así un estado preeclámptico en la paciente. (Zavaleta, 2020)

También se han encontrado hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes que tuvieron infección por SARS-Cov-2 donde se pudo visualizar una mayor prevalencia de arteriopatía decidual, fibrinoide, necrosis e hipertrofia mural de las arteriolas que ocasionaron un estado inflamatorio sistémico de hipercoagulabilidad. Similares hallazgos que se observan en los trastornos hipertensivos. Por lo cual, el SARS-Cov-2 induce un estado pro inflamatorio en pacientes incluso asintomáticas por lo que se le podría considerar un factor de riesgo para desarrollar una preeclampsia-eclampsia o incluso aumentar la gravedad de esta patología añadida.

1.3 Factores de Riesgo

Existe una relación de factores de riesgo entre la preeclampsia-eclampsia y ruptura hepática, los cuales se podrían destacar:

Tabla 1. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia y ruptura hepática.

Multiparidad

Hipertensión crónica preexistente

Trastornos vasculares

Diabetes preexistente o gestacional

Edad materna (>30 años) o muy joven (<17)

Antecedentes familiares de preeclampsia

Embarazo multifetal



Obesidad

Trastornos trombóticos

Nota. Fuente: Redacción Médica. Eclampsia.

1.4 Clínica

Como se conoce, el signo característico de una preeclampsia-eclampsia es la elevación de la tensión arterial donde podemos diferenciar que en la preeclampsia es ≥ 140 mmHg la sistólica y ≥ 90 mmHg la diastólica. En cuanto a la eclampsia la sistólica se encuentra ≥ 160 mmHg y la diastólica es ≥ 110 mmHg pero, que a su vez, está asociado a convulsiones tónico-clónicas, cefalea persistente, alteraciones visuales y estado confusional.

Otro signo característico es la presencia de proteinuria en orina cuyos valores se encuentran >30 mg/dl que, interpretándose en una tirilla reactiva, da un resultado de +1 / +3.

El síntoma característico del hematoma subcapsular hepático es el dolor abdominal localizado en epigastrio o hipocondrio derecho, el cual puede irradiarse a la espalda, acompañarse de vómitos o náuseas y cuyo comienzo puede ser súbito como progresivo. La presencia del dolor abdominal en estas pacientes asociado a la clínica de eclampsia o síndrome de Hellp, nos obliga a descartar una lesión hepática.

Es frecuente también que el dolor se irradia a hombro o escápula derecha como consecuencia de un hemoperitoneo desencadenado. Existen otros síntomas añadidos como dificultad respiratoria, anemia, distensión abdominal con signos de irritación peritoneal, hipotensión, shock hipovolémico. (Hernández & Cantero, 2018)



1.5 Diagnóstico

Existen diferentes formas de diagnosticar la ruptura hepática ya que esta patología va relacionada en un 80% con la preeclampsia-eclampsia y Síndrome de Hellp. La sintomatología, elevación de enzimas hepáticas, anemia hemolítica y cambios hemodinámicos nos llevarían a una sospecha a este cuadro clínico.

A su vez, también es de gran ayuda el uso de métodos de imagen para poder visualizar la existencia de complicaciones que pongan en riesgo la vida de la paciente e hijo, como es en el caso del hematoma subcapsular hepático.

El ultrasonido, la tomografía axial y la resonancia magnética nuclear son los métodos de imagen para este tipo de enfermedades. En ellas se puede visualizar tanto el infarto como el hematoma que preceden a la ruptura hepática. (Briones & Hernández, 2019)

El ultrasonido es menos sensible que la TAC para detectar hemorragia, pero la TAC contrastada es el mejor método de diagnóstico, sin embargo, la IRM es el método de estudio con mayor sensibilidad para detectar una hemorragia aguda, permitiría observar los demás órganos en cavidad abdominal y tiene la ventaja de no exponer al producto a la radiación.

1.6 Tratamiento

En cuanto al tratamiento de esta patología, existen 3 formas:

1. Interrupción del embarazo.

Si se diagnostica el hematoma subcapsular durante el embarazo, la interrupción de la gestación es el único tratamiento definitivo. La vía de interrupción deber obligatoriamente cesárea, debido a que por las contracciones uterinas durante la labor de parto pueden ocasionar un aumento de la presión intraabdominal y por consiguiente la rotura del hematoma.



2. Tratamiento del hematoma subcapsular hepático.

La conducta a seguir para tratar el hematoma subcapsular debe ser individualizado para cada paciente, se implementarán tanto conductas médicas como quirúrgicas. Si el hematoma es pequeño, se puede implementar un tratamiento conservador mediante la ingesta de estreptocinasa-estreptodornasa luego de la terminación del embarazo y estabilización hemodinámica de la paciente favoreciendo la reabsorción del hematoma. Pero si existe un hematoma extenso, aún si la cápsula se mantiene intacta, deberá realizarse una exploración quirúrgica con evacuación del hematoma para así evitar su ruptura y extensión de la misma. (Sanabria & Hernández, 2017)

3. Tratamiento quirúrgico.

La cirugía debe reservarse para casos donde exista ruptura con hemoperitoneo, inestabilidad hemodinámica, pérdida sanguínea continua, aumento del volumen del hematoma o infección del hematoma. El procedimiento quirúrgico se basa en la compresión de la zona hepática sangrante (mallas sintéticas, compresas, puntos hemostáticos), interrupción del flujo sanguíneo de la arteria hepática (ligadura u embolización), resección hepática parcial y hepatectomía total con trasplante de hígado. (Hernández & Cantero, 2018)



II. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS las enfermedades hipertensivas en el embarazo son una de las cuales tiene un índice de mortalidad alto, alrededor de 830 mujeres mueren al día debido a una complicación hipertensiva en el embarazo y generalmente estos se producen en mayor cantidad en países en desarrollo como lo es el Ecuador. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones.

La preeclampsia y eclampsia son causas principales de morbilidad materna y perinatal. La mayoría de las muertes causadas por estas patologías se pueden prevenir prestando una atención oportuna y eficaz a las pacientes. La optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este trabajo tiene como objetivo la adquisición de nuevos conocimientos referentes a esta patología ya que las enfermedades hipertensivas en el embarazo son muy frecuentes en Ecuador y sus complicaciones pueden ser letales provocando incluso la muerte, una de ellas la ruptura hepática del hematoma subcapsular. Se espera identificar los diferentes signos y síntomas clínicos del hematoma subcapsular hepático y sus correspondientes procedimientos específicos incluso antes de que se desarrolle por completo la patología, de esta manera se llegaría a prevenir a tiempo complicaciones y de paso la incidencia de casos.



III. OBEJTIVOS

3.1 General

- Analizar la evolución clínica de la eclampsia y su complicación de ruptura hepática en una gestante de 26 semanas.

3.2 Específicos

1. Determinar los factores de riesgos de la ruptura hepática en la eclampsia.
2. Relacionar antecedentes patológicos y ruptura hepática en gestante de 26 semanas.
3. Analizar el diagnóstico y tratamiento de ruptura hepática en gestante de 26 semanas.



IV. CASO CLÍNICO

4.1 Datos Generales

Código:0003

Sexo: Femenino

Cedula de identificación: 2350090862

Edad: 39

Fecha de nacimiento: 13/08/2005

Estado civil: Soltera

Nacionalidad: Ecuatoriana

Ocupación: Ama De Casa

Nivel de estudio: Primaria

Raza: Mestiza

Dirección: Quevedo k, 3 ½ El Proletariado

Religión: Católica

Nivel sociocultural/económico: Bajo

Hospital:

Hospital Básico Sagrado

Corazón de Jesús

Fecha de ingreso: 08/08/2020

FUM: Desconoce

Elaborado por: Estudiante egresado Jhonnatan Sani

V. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

5.1 Análisis del motivo de Consulta

Gestante múltipara de 39 años de edad, referida de Clínica particular “La Cigüeña” llega al área de Emergencia Obstétrica en compañía de personal obstétrico de dicha clínica y de sus familiares. Paciente cursa embarazo de ± 26 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre. Al ingreso paciente se encuentra en estado inconsciente, sin respuesta a estímulos dolorosos, Glasgow 10/15, presentando dos convulsiones tónico-clónicas generalizadas con una duración de 50 segundos cada una. Al examen físico se palpa abdomen globoso



compatible con embarazo de ± 26 semanas por ecografía, feto único vivo con FCF: 138lpm. Se visualiza canalización de dos vías permeables, ausencia de sonda vesical. Obstetrix que entrega a paciente refiere que durante el traslado al hospital convulsionó dos veces con una duración de 50-55 segundos cada una.

Se le realiza prueba de COVID-19 el cual reporta resultado positivo para IgG e IgM. Por tal motivo la ingresan por el área de COVID del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Ginecóloga de turno recibe a la paciente y decide mandar rastreo ecográfico, el cual decide su hospitalización inmediata.

5.2 Historial clínico de la paciente

Antecedentes patológicos personales	Obesidad y preeclampsia embarazo anterior
Antecedentes patológicos familiares	Hipertensión
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	No refiere
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	11 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 3 días
Inicio de vida sexual:	13 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Antecedentes gineco-obstétricos:	abortos: 0 cesáreas 0 Gestas: 3 Partos 3



Fecha de la última menstruación:	19/03/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	2
Ecografías:	1
Edad gestacional:	Embarazo de 26 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Estudiante egresado Jhonnatan Sani.

5.3 Anamnesis

Paciente de 39 años de edad llega con personal de clínica particular y sus familiares en muy malas condiciones, cuadro grave, inconsciente, no responde a estímulos dolorosos, Glasgow 10/15, al examen físico: abdomen globoso compatible con embarazo de +-26sg por ecografía, luego canalizado con dos vías, sin sonda vesical, obstetra que trae a la paciente refiere que durante el traslado convulsiona dos veces de 50-55 segundos aproximadamente y al llegar al hospital presenta otra convulsión tónico clónica 1-2 movimientos en la evaluación.

También refiere que se le realizó la prueba de COVID rápida IGG y da un resultado positivo por lo cual la traen por el área de COVID. Ginecóloga de turno recibe al paciente y decide mandar rastreo ecográfico FCF:138lpm

5.4 Exploración clínica

Se detalla exploración de la paciente:

GENERAL: Inconsciente y en malas condiciones.

CABEZA: normo cefálica, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patologías.

CUELLO: sin adenopatías.

TÓRAX: simétricos, estertores crepitantes bilaterales.



MAMAS: simétricas, a la palpación no se evidencian tumoraciones.

ABDOMEN: globoso compatible con embarazo de +-26 semanas de gestación por ecografía

Fcf:138-140 latido por minuto, movimientos fetales presentes.

GENITALES: no se evidencia pérdida de líquidos, sin dilatación al tacto.

EXTREMIDADES simétricas sin edema.

EXAMEN GINECOLÓGICO: sin pérdida de líquidos.

SCORE MAMA: (9)

ESCALA DE GLASGOW: 10

Fuente: Valores de referencia Score Mama (libertad, 2020).

CLASIFICACION DEL SCORE	PARAMETROS DE LA PACIENTE
MAMA	
Sístole	144
Diástole	84
Frecuencia cardiaca	94
Frecuencia respiratoria	30
Temperatura	37
Saturación de oxígeno	97
Estado de conciencia	No responde
Proteinuria	(++)

Elaborado por: Estudiante egresado Jhonnatan Sani.



Escala de Glasgow

Parámetros para valorar	Puntuación
Reflejo ocular	3
Función motora	4
Verbal	3
Total de escala	10/15

Glasgow moderado

Elaborado por: Estudiante egresado Jhonnatan Sani.

5.5 Información de exámenes complementarios al momento

EXAMENES DE LABORATORIO

GRUPO SANGUINERO	O
FACTOR RH	POSITIVO
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.36
HEMOGLOBINA	13.03
HEMATOCRITO	38.2
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.8
PAQUETAS	367
LEUCOSITOS	22.6
LINFOSITOS %	6.3
MONOCITOS	0.69
EOSINOFILOS	0.05
NEUTROFIOS	20.41



BIOQUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA	161.1
UREA	12.5
CREATININA	0.31
TGO/AST	77.8
TGP/ATL	32.8

EXAMENES SEROLOGICOS

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO
SARS-CoV-2 + IGM+ IGG	POSITIVO

5.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

El diagnostico definitivo de esta patología se lo dio en base al cuadro clínico con el que la trajeron de referencia de la clínica , a mas de que al momento de llegada al Hospital Sagrado Corazón De Jesús se toma los signos vitales el cual nos indica presiones arteriales elevadas, proteinuria en tirilla reactiva y convulsiones a la hora de la valoración ; el embarazo se lo realiza en base a la primera ecografía el examen de laboratorio nos da un resultados de covid-19 positivo en conjunto nos da el diagnostico de embarazo de 26sg por ecografía, eclampsia ,covid-19.



5.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar

EVOLUCIÓN

Ingreso

08/08/2020 15h00

Paciente es valorada en por el ginecólogo de turno y se comunica al medico internista ya que es referida por un diagnostico de eclampsia y covid-19 positivo al llegar paciente presenta convulsiones en la valoración a la auscultación se evidencia ruidos cardiacos rítmicos con sonido ventricular presente, en zona de hemitórax se auscultan crepitaciones bilaterales en bases pulmonares con mayor intensidad en el lado derecho.

La ginecóloga decide realizar un rastreo ecográfico en el cual se evidencia latido cardiaco fetal con valores de 150-146- 153 latidos por minuto.

Debido a que la paciente no reacciona y se mantiene en estado estuporosa se decide activar clave azul y una referencia a tercer nivel para lo cual se trata de mejorar el cuadro clínico con las siguientes indicaciones en el momento.

Score mama: 9

TRATAMIENTO:

- Referencia a tercer nivel
- Score mama cada 30 minutos
- Colocar sonda vesical
- Control de diuresis
- Biometría hemática (electrolitos, gases arteriales, (HB, HTO , TGO , TGP,VIH VDRL , UREA , CREATININA, GLICEMIA)
- Ecografía obstétrica



- RX de tórax
- Cloruro de sodio al 0.9% 70ml + 6gr de sulfato de magnesio. pasar en 20 minutos.
- Sulfato de magnesio 10 ampollas al 20% + 400ml de cloruro de sodio IV pasar a 17 gotas por minuto
- Omeprazol 1gr I.V cada 12 horas
- Hidralazina 5gr de las cuales 1 ampolla por dosis, (repetir si tensión arterial es >160/110)
- Ceftriaxona 1g I.V cada 12 horas
- Oxígeno por cánula nasal 4L por minuto
- Lactato Ringer 1000 C.C a 17 gotas por minuto
- Monitoreo cardiaco continuo
- E.K.G
- Interconsulta con medicina interna.

08/08/2020. 15:53 PM

Paciente en malas condiciones se notifica al personal directivo del hospital para gestionar una ambulancia el cual informan que llegara en pocos minutos.

08/08/2020. 16h00 -16-15 PM

Hospital de tercer nivel en Guayaquil responde que no hay espacio en la unidad de cuidados intensivos también comunican que la ambulancia del ecu-911.

Se busca referencia en Quito el cual informa que el cuadro clínico de la paciente es delicado y la ambulancia en la que se trasladaría no cuenta con un soporte vital y no transporta pacientes sintomáticos respiratorios.



Score mama : 13

17H00

Paciente estuporosa hemodinámicamente inestable con compromiso sensorio se vuelve a valorar en el cual la escala de Glasgow nos da como resultado una puntuación de 10 descompensación súbita de signos vitales.

Paciente cae en paro cardio respiratorio por lo cual se inicia maniobras de soporte vital avanzado con compresiones torácicas (30 compresiones y 2 ventilaciones) y con la administración de una dosis de epinefrina sale del paro respiratorio.

Se solicita material para el manejo de vía aérea avanzada, pero al ser un hospital básico no contamos con un ventilador mecánico con filtro para protección del personal medico por ser un procedimiento de alto riesgo biológico motivo por el cual se decide dar presión positiva con bolsa mascarilla hasta encontrar un lugar cercano donde cuente con una unidad de cuidados intensivos, se decide el traslado al IESS de Quevedo.

La ginecóloga acompaña en la referencia al IESS Quevedo el cual es recibido por medico de turno.

En el IESS Quevedo paciente es recibida en malas condiciones el cual a su ingreso llega al área de choque en el cual se realiza maniobras de RCP mas soporte ventilatorio, desfibrilación avanzada en dos ocasiones.

Se decide ingreso y rastreo ecográfico el cual revela muerte intrauterina y radiografía de tórax que revela edema agudo de pulmón y se decide intervención de emergencia.



5.7 Seguimiento

Posterior al ingreso de la paciente en el establecimiento de salud less se decidió intervención inmediata de la paciente en el cual se logró evidenciar en TAC que la paciente presento una ruptura hepática y antes de la realización de la intervención paciente fallece por cuadro clínico delicado y se procedió a dar la información a los familiares de la paciente.

5.8 Indicación de las razones científicas de las acciones, considerando valores normales.

Dentro de la guía práctica clínica del ministerio de salud publica sobre las enfermedades hipertensivas en el embarazo en lo que concierne al manejo de la eclampsia nos dice que en el manejo de emergencia se dice La hidralazina ha demostrado ser más eficaz para disminuir la persistencia de hipertensión severa, comparada con labetalol. Sin embargo, la hidralazina no supera la acción de la nifedipina.

el diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la elevación de enzimas, anemia hemolítica, plaquetopenia y cambios hemodinámicos; tanto el infarto como el hematoma que preceden a la ruptura son demostrables con ultrasonido, tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear, y el tratamiento individualizado, en cada caso, podrá ser conservador, con imagenología intervencionista (embolización selectiva o evacuación guiada) o quirúrgico, de acuerdo con las características del caso y la experiencia del equipo quirúrgico: sutura o parches hemostáticos, ligadura de arteria del lóbulo afectado, maniobra de Pringle, lobectomía o el empaquetamiento como parte de la cirugía de control de daños, se asocian con mejores resultados en la sobrevivencia de estas. mujeres que requieren el tratamiento multidisciplinario en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos.



5.9 Observaciones

Se tomo como referencia diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de saber cómo es el correcto manejo de las pacientes con esta patología y el tratamiento que se puede emplear en las mismas.

En este caso se debe destacar el manejo de la paciente teniendo en cuenta la etiología antes mencionada los factores de riesgo como lo son la edad y los signos clínicos que presento al momento del ingreso y al momento de la referencia.

Se debe actuar de manera precisa en momentos de detectar dichos casos con un control correcto de las presiones y recordando que en un hospital básico no se cuenta con todos los implementos por lo cual no se puede descartar la clínica del paciente ya que en estos casos son raros y pasan desapercibidos.

5.10 Conclusiones

La ruptura hepática en Ginecología y Obstetricia es una patología que es muy compleja de manejar teniendo en cuenta que a nivel mundial ocupa el cuarto lugar en muertes pasando casi desapercibida al no contar con los debidos implementos necesarios y el desconocimiento de la clínica dificulta aún más su diagnóstico.

Todas las medidas de manejo que se llevaron en este caso tuvieron una repercusión no tan favorable ya que se descarto en gran parte la clínica de la paciente por ello debemos conocer este tipo de casos para una detección precoz de la misma.

La manera de evitar el agravamiento de este tipo de patologías es un adecuado control prenatal además de identificar los factores de riesgo y enfermedades asociadas que puedan llegar a agravante.

El COVID 19 es un factor agravante para este tipo de casos ya que llega complicar el cuadro clínico llevando a una falla multisistémica he este tipo de pacientes dándoles muy poca probabilidad de vida.



FECHA		HORA		NOTA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA			FECHA		HORA		NOTA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA					
SCORE MAMA / SIGNOS VITALES																
		PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA		FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMPERATURA		SATURACION OXIGENO		PROTEINURIA		ESTADO CONCIENCIA		TOTAL
06/08/2020		14:30	144/84 mmHg	94 puntos	30 puntos	37°C	97%	+	Estuporosa						9	
		15:15	195/88 mmHg	92 puntos	38 puntos	37°C	97%	+	Estuporosa						11	
		15:30	204/115 mmHg	91 puntos	34 puntos	36,8°C	97%	+	Estuporosa						13	
		16:00	170/100 mmHg	100 puntos	40 puntos	36,7°C	100%	+	Estuporosa						12	
		16:30	199/93 mmHg	81 puntos	32 puntos	36,8°C	100%	+	Estuporosa						13	
		17:17	143/90 mmHg	45 puntos	32 puntos	36°C	86%	+	No responde						8	
		17:01	162/60 mmHg	88 puntos	12 puntos	36°C	86%	+	No responde						8	

Anexo 5: toma de signos vitales y puntuación de score mama



VII. REFERENCIAS

- Briones, J., & Hernández, A. (2019). Ruptura hepática en preeclampsia. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 26(2), 99-100. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2012/ti122h.pdf>
- Gómez, L. (2018). Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 321-332. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400008&lng=es&tlng=es
- Hernández, M. P., & Cantero, V. S. (2018). Subcapsular hepatic hematoma. Serious complication during pregnancy. *MediSur*, VIII(6), 445-451. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000600008&lng=es&tlng=en
- INEC. (13 de Junio de 2016). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Ecuador en Cifras: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2016/Compendio%202016%20DIGITAL.pdf>
- MSP. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 1-81. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Perez, M., & Sáez, V. (2017). Subcapsular hepatic hematoma. Serious complication during pregnancy. *MediSur*, 445-451. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000600008&lng=es&tlng=en
- Sanabria, V., & Hernández, M. (2017). Tratamiento conservador del hematoma hepático subcapsular en pacientes con preeclampsia y síndrome de Hellp coexistentes. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(7), 414-420. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom137j.pdf>
- Segovia, M., & Vásquez, G. (Junio de 2018). Hematoma hepático asociado a eclampsia y síndrome de Hellp. *Revista del Nacional (Itauguá)*, VIII(1), 78-82. doi:10.18004/rdn2016.0008.01.078-082
- Zavaleta, M. C. (2020). Is COVID-19 a risk factor for severe preeclampsia? Hospital experience in a developing country. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 502-526. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.09.020