



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN ABRIL SEPTIEMBRE 2014:

“SÍNDROME DE BUDD CHIARI”

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autora: Espín Beltrán Mayra Lorena

Tutora: Dra. Meléndez Herrera Mónica Cecilia

Ambato – Ecuador

Marzo-2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“SÍNDROME DE BUDD CHIARI” de Mayra Lorena Espín Beltrán, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015.

LA TUTORA

.....
Dra. Meléndez Herrera Mónica Cecilia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: “**SÍNDROME DE BUDD CHIARI**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015.

LA AUTORA

.....
Espín Beltrán Mayra Lorena

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi caso de investigación con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, marzo del 2015.

LA AUTORA

Espín Beltrán, Mayra Lorena

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema “**SÌNDROME DE BUDD CHIARI**” de Mayra Lorena Espín Beltrán, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, marzo 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mi madre Bertha por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre Ramiro por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mi Hermano Xavier por ser un apoyo y amor incondicional.

Lorena Espín Beltrán.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi familia fuente de apoyo constante e incondicional a lo largo de toda mi vida y de mi carrera, a la Universidad Técnica de Ambato y docentes por guiarnos en el camino de esta dura pero gratificante profesión y por brindarme sus conocimientos.

Lorena Espín Beltrán.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

"SÍNDROME DE BUDD CHIARI"

- **Autor:** Espín Beltrán, Mayra Lorena
- **Tutor:** Meléndez Herrera, Mónica Cecilia
- **Fecha:** Marzo del 2015

RESUMEN

Síndrome de Budd Chiari es el conjunto de manifestaciones derivadas de la obstrucción al flujo venoso hepático, por lo general es causada por múltiples factores concurrentes, incluyendo trombofilias adquiridas y hereditarias. Un alto porcentaje de pacientes con síndrome de Budd-Chiari primaria se ven afectados con una enfermedad mieloproliferativa.

Y está asociada a factores de riesgo incluyendo el embarazo, la desnutrición, y el uso de los anticonceptivos orales.

Al ser una entidad muy poco frecuente y con manifestaciones clínicas muy diversas, que puede progresar rápidamente a complicaciones derivadas tanto del flujo venoso hepático como de su estado de hipercoagulabilidad, por lo tanto resulta indispensable reconocer y tratar a tiempo y correctamente el Síndrome de Budd Chiari y su enfermedad protrombótica subyacente de ser el caso.

Se presenta a continuación el caso de una paciente femenina de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos personales de importancia, usa anticonceptivos orales combinados desde hace 4 años, presenta dolor de hipocondrio derecho, más distensión abdominal y náusea que no llega al vómito, signos vitales estables, se realiza valoración clínica y se solicitan exámenes de laboratorio, siendo estos sugestivos de una hepatopatía para lo cual descartando otras posibilidades se solicita exámenes de imagen los mismos que se realizan 2 días después por la falta de personal, una vez obtenido el resultado se

confirma obstrucción de venas suprahepáticas llegando al diagnóstico de síndrome de Budd Chiari posiblemente secundario a enfermedad mieloproliferativa y asociado al consumo de anticonceptivos orales, por lo que se refiere a servicio de hepatología de unidad de tercer nivel, donde se confirma el diagnóstico presuntivo y se inicia tratamiento especializado: trombolisis y posteriormente se realizó angioplastia percutánea sin complicaciones, con lo que paciente evolucionó favorablemente.

Palabras Claves: BUDD CHIARI, POLICITEMIA VERA, ANTICONCEPTIVOS ORALES, ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA, HIPERCOAGULABILIDAD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

"BUDD CHIARI SYNDROME"

- **Author:** Espín Beltrán, Mayra Lorena
- **Tutor:** Meléndez Herrera, Mónica Cecilia
- **Date:** March 2015

SUMMARY

Budd Chiari syndrome is the set of manifestations derived from hepatic venous outflow obstruction usually is caused by multiple concurrent factors, including acquired and inherited thrombophilia. A high percentage of patients with Budd-Chiari syndrome primary affected with a myeloproliferative disease.

And is associated with risk factors including pregnancy, malnutrition, and use of oral contraceptives.

Being a very rare entity with diverse clinical manifestations, which can rapidly progress to complications from both the hepatic venous flow and its hypercoagulable state, therefore it is essential to recognize and treat time and correctly Budd Chiari Syndrome and its underlying prothrombotic disease if applicable.

Set out below is the case of a female patient of 30 years old, with no personal medical history of importance, using combined oral contraceptives for 4 years, I present pain right upper quadrant, more abdominal distention, and nausea that fails vomiting, signs stable vital, clinical assessment is performed and laboratory tests are required, these being suggestive of liver disease for which ruling out other possibilities imaging examinations them carried out two days later by a lack of staff, is requested after obtaining the result obstruction of hepatic veins is confirmed reaching the diagnosis of possibly secondary Budd Chiari syndrome myeloproliferative disease associated with oral contraceptive use, which refers to service hepatology unit third level, where the presumptive diagnosis is

confirmed and specialized treatment initiated thrombolysis and later percutaneous angioplasty was performed without complications, so the patient evolved favorably.

Keywords: BUDD CHIARI, POLYCYTHEMIA VERA, ORAL CONTRACEPTIVES, PERCUTANEOUS ANGIOPLASTY, HYPERCOAGULABLE.

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES.....	ii
RESUMEN.....	viii
ÍNDICE.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
1) GENERAL:.....	2
2) ESPECÍFICOS:.....	2
DESARROLLO.....	3
1) PRESENTACIÓN DEL CASO.....	3
2) FUENTES DE INFORMACIÓN.....	5
3) ESTRUCTURACIÓN DEL CASO.....	6
3.1.- ANÁLISIS DEL CASO.....	6
3.2.- FACTORES DE RIEGO.....	8
3.3.- ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	9
4) IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....	10
5) CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	10
CONCLUSIONES.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
ANEXOS.....	16

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Budd-Chiari (SBC) es la obstrucción del flujo venoso hepático debido a la oclusión de las venas suprahepáticas o de la vena cava inferior en su segmento suprahepático. De acuerdo con su etiología se clasifica en 2: primario y secundario. En el primario la obstrucción se origina sobre una lesión primaria de la pared venosa o por una trombosis venosa primaria. En más del 60% se halla al menos un factor trombofílico subyacente, y existe asociación de factores en más del 25% de los pacientes, es considerado por ello una enfermedad multifactorial. En el secundario, la obstrucción es debida a la invasión por un tumor maligno o, más raramente, por enfermedad hidatídica, o bien por pura compresión (sin invasión) por una lesión ocupante de espacio (enfermedad poliquística hepática, hiperplasia nodular focal, abscesos hepáticos amebianos o piógenos y hematomas intrahepáticos traumáticos). (Hernández, M. 2014)

Debido a su baja frecuencia (1:100.000 habitantes), y la falta de casos documentados solo contamos con estudios a nivel mundial: en Japón estima cerca de 20 nuevos casos al año, en los EE.UU, los trastornos hematológicos representan su etiología en el 18% y los tumores el 9%. En Turquía, las causas más comunes son la hidatidosis y la enfermedad de Behçet. En Suecia, los principales factores de riesgo identificados fueron los trastornos mieloproliferativos (38%), factores trombofílicos (31%) y los anticonceptivos orales (30%). Lamentablemente no se tiene más información ni datos estadísticos sobre la prevalencia de esta enfermedad a nivel latinoamericano y mucho menos de nuestro país. El motivo que me llevo a realizar el análisis de este caso es por ser una patología poco frecuente y que por la misma razón se diagnosticó por un hallazgo ecográfico casual y más no porque fue parte del diagnóstico diferencial de dolor en hipocondrio derecho. El impacto tanto económico como social está dado por la enfermedad de base de la paciente por que al haber sido esta diagnosticada y tratada de manera oportuna no habría desencadenado complicaciones y por ende no se hubiere dado el SBC que fue la complicación del estado de hipercoagulabilidad de la paciente por policitemia vera asociada al consumo de anticonceptivos orales.

OBJETIVOS

1) GENERAL:

- ✓ Reconocer y tratar correctamente la enfermedad de Budd Chiari y su enfermedad protrombótica.

2) ESPECÍFICOS:

- ✓ Promover la búsqueda de atención de salud precoz.
- ✓ Promover el uso adecuado de los exámenes de imagen.
- ✓ Valorar el conocimiento del síndrome de Budd Chiari en los profesionales de salud del HPGL.

DESARROLLO

1) PRESENTACIÓN DEL CASO

El presente caso clínico se refiere a una paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, nacida y residente en la Provincia de Cotopaxi, Cantón Latacunga, Parroquia San Felipe, estado civil casada, instrucción secundaria completa, ocupación secretaria, raza mestiza, religión católica, tipo de sangre O Rh positivo, lateralidad diestra, sin antecedentes patológicos personales de importancia, dentro de los antecedentes patológicos familiares madre con Diabetes Mellitus tipo 2, y hermano fallecido hace 5 años con Ca. Gástrico. Planificación familiar con anticonceptivos orales (Microgynon 1 píldora diaria desde los 26 años).

Paciente acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial General de Latacunga a las 10:00 am del día 13 de Diciembre del 2014, después de haber sido valorado y referido desde subcentro de salud de San buenaventura por presentar cuadro clínico de 3 meses de evolución sin acudir previamente a ningún servicio de salud, cuadro clínico se exacerba hace 24 horas, sin causa aparente, caracterizado por dolor abdominal, localizado en hipocondrio derecho, tipo cólico de gran intensidad (8/10), sin irradiación, no calma con los decúbitos ni evacuaciones, se acompaña de distensión abdominal y náusea que no llega al vómito. Al ingreso presenta los siguientes signos vitales: Tensión Arterial: 130/80, Frecuencia Cardiaca de 110 por minuto, Frecuencia Respiratoria: 19 por minuto, Saturación de oxígeno: 95% con FiO₂ de 21 %, Temperatura Axilar: 38 grados centígrados, Talla: 1.55 cm, peso: 48kg, obteniendo un índice de masa corporal de 20 (normopeso).

Al examen físico paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, febril, fascies álgica eritroide, abdomen globoso, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, hígado 5 cm bajo el reborde costal, esplenomegalia, ascitis moderada, onda ascítica positiva.

Los exámenes de laboratorio reportaron: Glóbulos blancos: 33.3 k/ul, Neutrófilos: 89.5%, Basófilos: 3 k/ul, Hemoglobina: 19.5 g/dl, Hematocrito: 54%, Plaquetas: 400.000, AST: 121 U/L, ALT: 140 U/L, Amilasa: 86 U/L, Fosfatasa Alcalina: 220 U/ml, Albumina: 3gr/dl.

Por lo que es ingresada a Medicina Interna, con las siguientes indicaciones: 1.- Nada por vía oral, 2.- control de signos vitales, 3.- control de ingesta y excreta, 4.- diuresis horaria, 5.- semifowler, 6.- dispositivo intravenoso sin heparina, 7.- Furosemida 20 mg

intravenoso en ese momento y cada 8 horas, 8.- Espironolactona 100mg vía oral diario, 9.- Ciprofloxacina 400mg intravenoso cada 12 horas.9.- Flebotomía. 10.- Ecografía Doppler de hígado, vías biliares, vena porta (no se realiza). 11.- tiempo de protrombina y tromboplastina (entregan domingo).

Se realiza paracentesis con fines diagnósticos, extrayéndose 20cc de líquido ascítico espeso de color amarillento, recuento de leucocitos: 150/mm³, glucosa: 0.81, proteínas totales: 3 g/dl, albumina: 25g/dl, gradiente sero – ascítico (GASA): 1,8 g/dl

14/Diciembre: paciente estable, signos vitales dentro de parámetros normales, en mejores condiciones, ascitis ha disminuido, continúa con las mismas indicaciones. Se insiste realización de ecografía, se solicita resultado de tiempo de protrombina y tromboplastina reportando: TP: 14 seg, TTP: 28 seg, dando un Radio Internacional Normalizado (INR) de 0.7. Al recibir este resultado se indica referencia a unidad de tercer nivel.

15/diciembre: paciente estable, en iguales condiciones, ascitis ha disminuido. Se realiza ecografía doppler de hígado, vena porta y vías biliares, reporte: hepatoesplenomegalia y estenosis de la vena hepática izquierda. No se logra referir a unidad de tercer nivel. Se adiciona al tratamiento: Omeprazol 40mg intravenoso cada 12 horas. Se solicita valoración por cardiología, se indica dieta blanda gástrica e hiposódica, se realiza radiografía de tórax y endoscopia diagnostica alta: normal. Exámenes de Hepatitis: A, B: negativos.

Índice de Child - Pugh: (pronóstico de enfermedad hepática crónica) 7, clase B: sobrevivencia al cabo de 1 año: 81%, sobrevivencia la cabo de 2 años: 57%

En horas de la tarde (14:00pm) se consigue referencia y paciente es enviada al Hospital Eugenio Espejo con diagnóstico de síndrome de Budd Chiari. Estable, signos vitales estables, en ambulancia del ecu911 acompañada de un médico un interno y un paramédico, sin complicaciones en el trayecto.

En el hospital Eugenio Espejo en el servicio de medicina interna, se realizó:

Exámenes de laboratorio reportando: Glóbulos blancos: 35.1 k/ul, Neutrófilos: 89%, Basófilos: 2.7 k/ul, Hemoglobina: 18.9 g/dl, Hematocrito: 53%, Plaquetas: 500.000, AST: 100 U/L, ALT: 90 U/L, Amilasa: 70 U/L, Fosfatasa Alcalina: 180 U/ml. TP: 13 seg, TTP: 30 seg, INR: 0,7. TAC hepatomegalia con distorsión del parénquima hepático. Angiografía: disminución de flujo en la vena hepática izquierda. Biopsia de médula ósea.- Eritrocitosis marcada, trombocitosis marcada, hiperplasia eritropoyetica severa,

eosinofilia, hiperplasia megacariopoyetica. Conclusión: cuadro citomorfológico compatible con proceso mieloproliferativo, con proliferación trilineal. Hay discreto predominio megacariocítico con megas inmaduros: Diagnóstico definitivo: Policitemia vera.

Una vez confirmado el diagnóstico de Síndrome de Budd Chiari secundario a Policitemia Vera y asociado al uso de anticonceptivos orales. Realizan tratamiento anticoagulante y sintomático, posteriormente es sometida a una angioplastia percutánea, sin complicaciones, paciente evoluciona favorablemente.

2) FUENTES DE INFORMACIÓN

Este caso se realizó bajo la utilización de varias fuentes de información:

Historia clínica.-La misma que fue solicitada bajo oficio respectivo al director del Hospital Provincial de Latacunga del cual se obtuvo la mayor parte de los datos del caso clínico, siguiendo un orden cronológico, permitiéndonos detallar el tiempo y la atención recibida en esta casa de salud, mientras que los datos del Hospital Eugenio Espejo se obtuvieron de la hoja de interconsulta y referencia, que fue enviada a la paciente.

Guías de práctica clínica y artículos de revisión.-Al ser documentos que resumen y analizan todos los estudios existentes acerca del tema, permiten a todos los profesionales de la salud llegar a un consenso general y estandarizado en cuanto al diagnóstico y manejo adecuado de las patologías.

Cuaderno de notas.- Esta es información obtenida directamente al entrevistar a la paciente quien se mostró colaboradora y de manera indirecta a sus familiares, en este se recalcó y se hizo énfasis en datos ausentes en la historia clínica y de gran valor para el análisis del caso.

Entrevista.- Se realizó una encuesta dirigida a médicos residentes e internos rotativos de medicina con el objetivo de determinar si tienen conocimiento acerca del manejo y tratamiento del Síndrome de Budd Chiari y policitemia vera, y otra encuesta al médico residente que recibió a la paciente y al ecografista enfocada a saber si sospecharon de este síndrome o fue un hallazgo casual.

3) ESTRUCTURACIÓN DEL CASO

3.1.- ANÁLISIS DEL CASO

Paciente femenina de 30 años de edad que presenta dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho sin causa aparente desde hace 3 meses pero no busca ayuda por motivo de tiempo en ningún servicio de salud, manteniéndose así hasta cuando el cuadro se exacerbó acompañándose de distensión abdominal y náusea, recién en ese momento acudió a subcentro de salud y fue referida al Hospital General de Latacunga, donde fue ingresada al servicio de Medicina Interna sin un diagnóstico claro, por lo que se solicitó la realización de exámenes de laboratorio.

Al obtener resultados de los exámenes se identifican alteraciones hematológicas sugerentes de un trastorno mieloproliferativo y a demás alteraciones de la función hepática que sumada al cuadro clínico de la paciente orientaba a una hepatopatía aguda, de etiología incierta, por lo que se solicitó pruebas para descartar etiología viral (hepatitis A,B), las mismas que resultaron negativas y un Eco de hígado, vesícula y vías biliares, que fue realizado 2 días después de su solicitud. Mientras tanto la paciente fue manejada sintomáticamente y en base a los resultados de laboratorio obtenidos, cabe recalcar que a pesar de no tener un diagnóstico definitivo, el manejo sintomático fue adecuado, rigiéndose en uno de los 3 pilares fundamentales en el tratamiento del SBC que es el manejo de las manifestaciones clínicas, que inicialmente deben ser tratadas con los mismos esquemas que los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas: La ascitis debería tratarse con diuréticos o paracentesis (con expansión de la volemia) y, en caso de que existan varices en la fibrogastroscoopia, debe realizarse profilaxis farmacológica. (Hernández, M. 2014).

Una vez obtenido el resultado del eco doppler en el que demostraba estenosis de la vena hepática y sumado la clínica de la paciente y a los exámenes complementarios se llega a establecer el diagnostico de Síndrome de Budd Chiari aparentemente por el uso de anticonceptivos orales y una enfermedad mieloproliferativa de base la cual no se puede confirmar porque en el hospital y en Latacunga en sí, no se realiza estudio de médula ósea que sería necesario para confirmar o descartar su diagnóstico. Por lo que derivan a unidad de tercer nivel para que se realice manejo por especialidad.

Tomando en cuenta que el segundo y más importante eslabón en el tratamiento del SBC es tratar su enfermedad de base que en este caso es Policitemia Vera que la cual no es curable, pero que generalmente se puede manejar eficazmente durante períodos muy

prolongados bajo una observación médica cuidadosa. Al ser una enfermedad caracterizada por la producción descontrolada de las células sanguíneas en sus tres líneas, constituye de por sí un factor de riesgo para la formación de trombos, por tanto el objetivo del tratamiento se basa en controlar los síntomas y disminuir el riesgo de complicaciones, fundamentalmente derivadas de la formación de trombos como: accidentes cerebro vasculares, angina, las trombosis de venas abdominales (esplénica, mesentérica, síndrome de Budd-Chiari) o de las extremidades y la claudicación intermitente (Farreras). De ahí la importancia de diagnosticar y tratar a tiempo esta enfermedad.

En el Hospital Eugenio Espejo se confirmó el diagnóstico de síndrome de Budd Chiari subagudo secundario a Policitemia Vera y asociado al consumo de anticonceptivos orales, por lo cual se inició tratamiento trombolítico y posteriormente se realizó angioplastia percutánea la misma que se llevó a cabo sin complicaciones y mejoro por completo el estado clínico de la paciente.

Aunque las evidencias son circunstanciales, se recomienda utilizar tratamiento con anticoagulantes en todos los pacientes con SBC, independientemente del factor etiológico responsable. Esto se basa en que a menudo existe una enfermedad trombofílica subyacente, en que la reciente mejoría del pronóstico del SBC ha coincidido con el uso generalizado de los anticoagulantes, en que no se ha comunicado ningún caso de hemorragia grave en pacientes con SBC que recibían tratamiento con anticoagulantes y, por último, en que en otras formas de trombosis los anticoagulantes han demostrado ser claramente eficaces. Los objetivos del tratamiento del SBC son reconocer y tratar la enfermedad o condición protrombótica subyacente, aliviar la congestión hepática para minimizar el impacto sobre la función hepática y la aparición de síntomas y tratar las complicaciones derivadas de la hipertensión portal.

Todos los pacientes, independientemente de los síntomas, han de recibir tratamiento anticoagulante de forma precoz y de modo indefinido para prevenir la aparición de nuevas lesiones trombóticas. Habitualmente se utiliza acenocumarol o warfarina, por la comodidad de su administración oral, para mantener un cociente internacional normalizado (INR) entre 2 y 3. Si el diagnóstico de SBC se realiza en las primeras 72 horas de su aparición, en casos muy seleccionados y en centros experimentados, puede intentarse la repermeabilización con agentes trombolíticos, como el activador tisular del plasminógeno, urocinasa o estreptocinasa. La experiencia con esta técnica es mínima y los resultados dispares. En el pequeño subgrupo de pacientes con SBC por estenosis segmentarias parciales y cortas de las venas suprahepáticas, la angioplastia de la zona

estenosada (asociada o no a colocación de prótesis) sería el tratamiento de elección ya que restablece el drenaje fisiológico de las venas suprahepáticas. Una vez iniciado el tratamiento médico (anticoagulación, enfermedad protrombótica subyacente, diuréticos...), los enfermos deben ser seguidos de forma muy próxima (semanalmente el primer mes) para definir la mejoría o el deterioro clínico para un eventual cambio de tratamiento. (Hernández, M. 2014).

El manejo clínico realizado en los tres establecimientos de salud a los que acudió la paciente fue el correcto, salvo por el retraso en el diagnóstico que hizo que la referencia a la unidad de tercer nivel se retrasara y por lo tanto no se inició de manera precoz el tratamiento trombolítico que es uno de los puntos críticos en el manejo de los pacientes con esta patología y debe ser realizado en una unidad compleja y con experiencia.

3.2.- FACTORES DE RIEGO.

Biológico: Policitemia vera. Dentro de una de las complicaciones de esta tenemos la Trombosis tanto arterial como venosas, en un 12 al 39% de los casos de Policitemia vera son diagnosticados debido a cuadros clínicos que debutan con trombosis y un 10 al 25% se diagnostica durante la evolución de la enfermedad. Dentro de las complicaciones tromboticas venosas, el 25% involucra los vasos cerebrales y abdominales, suprahepaticas (Síndrome de Budd Chiari). (Castro, M. 2010)

Ambiental: Anticonceptivos orales.- El riesgo relativo de trombosis entre las mujeres que usan anticonceptivos orales es de 2.37, que es similar a su riesgo relativo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y tromboembolismo venoso, incluso se ha descrito trombosis venosa hepática tanto en el embarazo como en el pos parto inmediato.

Se considera un factor de riesgo subyacente general de trombosis se ha encontrado en hasta el 87% de los pacientes BCS. (Plessier, A. 2008)

Estilos de Vida: Desnutrición, aunque esta no está muy bien determinada. (Castro, M. 2010)

3.3.- ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

Oportunidades en la solicitud de la consulta.- los síntomas iniciales (dolor en hipocondrio derecho, distensión abdominal) tienen una evolución de aproximadamente 3 meses en los cuales la paciente no ha recibido ningún tipo de atención médica, explica que esto se debe a que el horario de atención a la unidad de primer nivel (subcentro) al que pertenece por su lugar de residencia no atienden en la noche que es el único tiempo que tiene disponible, y no cuenta con recursos económicos para pagar consulta particular.

Acceso a la atención médica.- el paciente pertenece al subcentro de salud de Loma Grande el mismo que tiene vías de acceso de primer orden, la única dificultad que se podría mencionar es el horario de atención ya que no atienden en la noche que es el único tiempo disponible por la paciente.

Características de la atención.- Con lo que respecta a la conducta terapéutica en el Hospital Provincial General de Latacunga hay que mencionar que se tardó en llegar al diagnóstico y por lo tanto en referir al paciente a una unidad de tercer nivel para que reciba lo más precozmente terapia anticoagulante. Una vez referido al Hospital Eugenio Espejo el manejo terapéutico realizado fue el adecuado confirmándose con una notable mejoría de la paciente y realizando un seguimiento adecuado una vez dada el alta, respetando las normas de manejo de pacientes que reciben anticoagulación, seguidos semanalmente el primer mes, cada mes durante los 3 primeros meses, cada 3 meses durante el primer año y cada 6 meses posteriormente.

Oportunidades en la remisión.- En este caso si fue necesario la referencia del paciente a una unidad de tercer nivel, la misma que se llevó a cabo en las mejores condiciones para la paciente, con signos vitales estables, se realizó el traslado junto a personal médico capacitado y ambulancia equipada del ECU911, llegando estable al Hospital Eugenio Espejo en donde fue recibida de inmediato.

Trámites Administrativos.- la referencia se intentó realizar desde el día domingo activando la red de salud la misma que no fue posible, por lo que nuevamente se busca referencia el día lunes teniendo éxito en horas de la noche.

4) IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- Falta de concientización a los pacientes de utilizar los servicios de salud de manera oportuna, es decir cuando inicie su sintomatología y no solo buscar atención médica cuando está más grave, porque al acudir de manera temprana se puede prevenir múltiples complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente.
- Prescripción de anticonceptivos orales sin la realización de exámenes previos para confirmar o descartar patologías en la que este contraindicado su uso.
- No haber asistido al médico durante un periodo de tiempo extenso.
- Falta de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de base de la paciente.
- Falta de personal de salud (ecografista) los fines de semana, ya que por las condiciones económicas de la paciente no podía realizarse un eco de forma particular, retrasando así su diagnóstico y tratamiento.
- Retraso en la derivación del paciente a una unidad de tercer nivel para recibir un tratamiento oportuno ya que según varias guías clínicas el procedimiento de anticoagulación se debe iniciar de manera precoz y así evitar la aparición de posibles complicaciones como la aparición de nuevas lesiones trombóticas, hemorragia gastrointestinal secundaria a hipertensión portal, insuficiencia renal inducida por diuréticos y deterioro de la función hepatocelular.

5) CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha cumplimiento	Responsable	Forma de Acompañamiento
Asistencia oportuna de los pacientes a las unidades de atención primaria	Incentivando por medio de charlas a la población en general de que su asistencia oportuna a las unidades de salud podría evitar múltiples complicaciones y por lo tanto salvar sus vidas.	Seis meses	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública

Contar con personal especializado o en imagenología a todos los días del año	Sugerir que se contrate profesionales imagenólogos para todos los días	Seis meses	Ministerio de salud pública Director general del HPGL	Ministerio de salud pública Director general del HPGL
Prescripción segura de ACO	Estableciendo un protocolo de manejo para pacientes que acuden por primera vez a consulta para planificación familiar, en el que contemple la realización de exámenes complementarios.	6 meses	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública
Cooperación Interinstitucional	Indicar a quien corresponda acerca de las trabas en el proceso de referencia de los pacientes		Trabajo social	Ministerio de Salud Pública

CONCLUSIONES

- ✓ Fue necesario que la paciente debute con una complicación de la Policitemia Vera para que esta sea diagnosticada.
- ✓ El uso de anticonceptivos orales está contraindicado en esta paciente.
- ✓ Al ser una entidad poco frecuente no es necesaria la realización de protocolos de manejo.
- ✓ Hay que tomar en cuenta el diagnostico de SBC en todos los pacientes con hepatopatía aguda o crónica sin diagnostico definido y una vez descartados las patologías más frecuentemente asociadas a dolor en hipocondrio derecho.
- ✓ El personal de salud sabe del SBC pero mas no de su diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. Castro, M. Heller, P, Kornblihtt, L. Larripa, I. Marta, R. Martín, C. Molinas, F. Narbaitz, M. Sánchez, J. Varela, A. Vasallú, P. Vijnovich, A. (2010) Guía Diagnóstica Terapéutica, Sociedad Argentina de Hematología, 1-30.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registro-enfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
2. Cura, M. Haskal, Z. Lopera, J.(2009).Diagnostic and interventional radiology for Budd-Chiari syndrome. *Radiographics*, 29(3),669-681.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199314783009>.
3. DeLeve, L. Valla, D. Garcia, G. (2009).Vascular Disorders of the Liver. *American Association for the Study of Liver Diseases*, 5,1729-1763.
Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CEYQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FRicardo_GarciaMonaco%2Fpublication%2F47697523_Diagnosis_treatment_and_evolution_of_the_BuddChiari_syndrome_a_single_center_experience%2Flinks%2F0f3175382947738f8e000000.pdf&ei=c6QUVcqrK9fLsATQp4GYBA&usg=AFQjCNFNDLuNqDYkS2J4OK4xryYvTG9xpw&sig2=S Gbh2XPRxXxTCICGWQi7Ng.
4. Ferral, H. Behrens, G.Lopera, J. (2012). Budd-Chiari Syndrome. *Department of Radiology, Section of Interventional Radiology, Rush University Medical Center Chicago*, 199,735-745.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registenfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
5. Hernández, M. García, J. y el Grupo Europeo para el Estudio de Enfermedades Vasculares Hepáticas. (2014) Recomendaciones en el manejo diagnóstico y terapéutico de los enfermos con síndrome de Budd-Chiari. *Servicio de Hepatología. Hospital Clínic de Barcelona*;27(8),473-479.
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v62n4/art09.pdf>.
6. Katkar, A. Kuo, A. 1. Calle, S. Gangadhar, K. Chintapalli, K. (2014). Budd-Chiari Syndrome Caused by TIPS Malposition. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-4.

- Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registro-enfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
7. Montoro, M. Grcia, J. (2010). Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Asociación Española de Gastroenterología, Pág 315-320.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199314783009>.
 8. Narayanan, K.Shah, V. Kamath, P.(2014). The Budd–Chiari Syndrome. The NewEnglandJournal of Medicine, 350, 578-585.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registro-enfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
 9. Navarrete, A. (2007). Síndrome De Budd Chiari. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica, (579), 103-106.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registro-enfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
 10. Plessier, A.Valla, D.(2008). Budd-Chiari Syndrome. Thieme Medical Publishers, 3,259-269.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199314783009>.
 11. Ramírez, A. Gaviria, C.Espinoza, Y. Marín, J. Muñoz, O. Santos, O. Duque, S.Guzmán, C. Mena, A. Restrepo, J. (2014). Síndrome de Budd Chiari: Reporte de tres casos y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, 29(3), 281-284.
Disponible En: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v62n4/art09.pdf>.
 12. Rautou, P. Douarin, L. Denninger, M. (2011). Bleeding in patients with Budd-Chiari syndrome. JournalHepatology, 54(1), 56-63.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registro-enfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.
 13. Sánchez, A. Sobrino, N. Galeote, G. Calvo, L.Merino, J. Sobrino, J. (2015). Síndrome de Budd-Chiari por obstrucción completa de lavena cava inferior: recanalizaciónpercutánea mediante angioplastia e implante de stent. Revista Española Cardiología, 57(11),1121-1123.
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v62n4/art09.pdf>.

14. Solari, J. Bandi, C. Galdame, O. Marciano, S. Mullen, E. García, M. Nucifora, E. Santibañes, E. Gadano A. (2010). Diagnóstico, tratamiento y evolución del síndrome de Budd-Chiari: experiencia de un centro. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina, *Acta Gastroenterología Latinoamericana*, 40,225-235.
Disponible en: <https://www.ciberehd.org/plataformas-y-servicios/rehevasc-registenfermedades-hepaticas-vasculares/documentos-linkados-al-texto/budd-chiari>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

SPRINGER: Al-Akour et al. (2010). *Factors affecting intention to breastfeed among Syrian and Jordanian mothers: a comparative cross-sectional study*. Retrieved Octubre 10, 2014, from *International Breastfeeding Journal* 2010, 5:6: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/6>

SPRINGER: Amin, R. et al. (2011). *Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia*. Retrieved Octubre 15, 2014, from *International Breastfeeding Journal* 2011, 6:4: http://download.springer.com/static/pdf/474/art%253A10.1186%252F1746-4358-6-4.pdf?auth66=1413349248_f19

INFORMAWORLD: Bartick, M. (2013). *Breastfeeding and Health: A Review of the Evidence*. Retrieved from *Journal of Women, Politics & Policy*, 34:4, 317-329. Junio 10, 2014, from <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1554477X.2013.835651>

EBSCO: El-Khedr, S., & Lamadah, S. (2014). *Knowledge, Attitude and Practices of Saudi Women Regarding Breast Feeding at Makkah Al Mukkaramah*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* Vol.4, No.9, 2014: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/view/12654/12952>

INFORMAWORLD: Jelliffea, D., & Jelliffea, E. (2008). *The Preventive Role of Breastfeeding*. Recuperado el 13 de Agosto de 2014, de *Prevention in Human Services* Volume 5, Issue 1: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J293v05n01_06#.VD8LGf15Md8

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

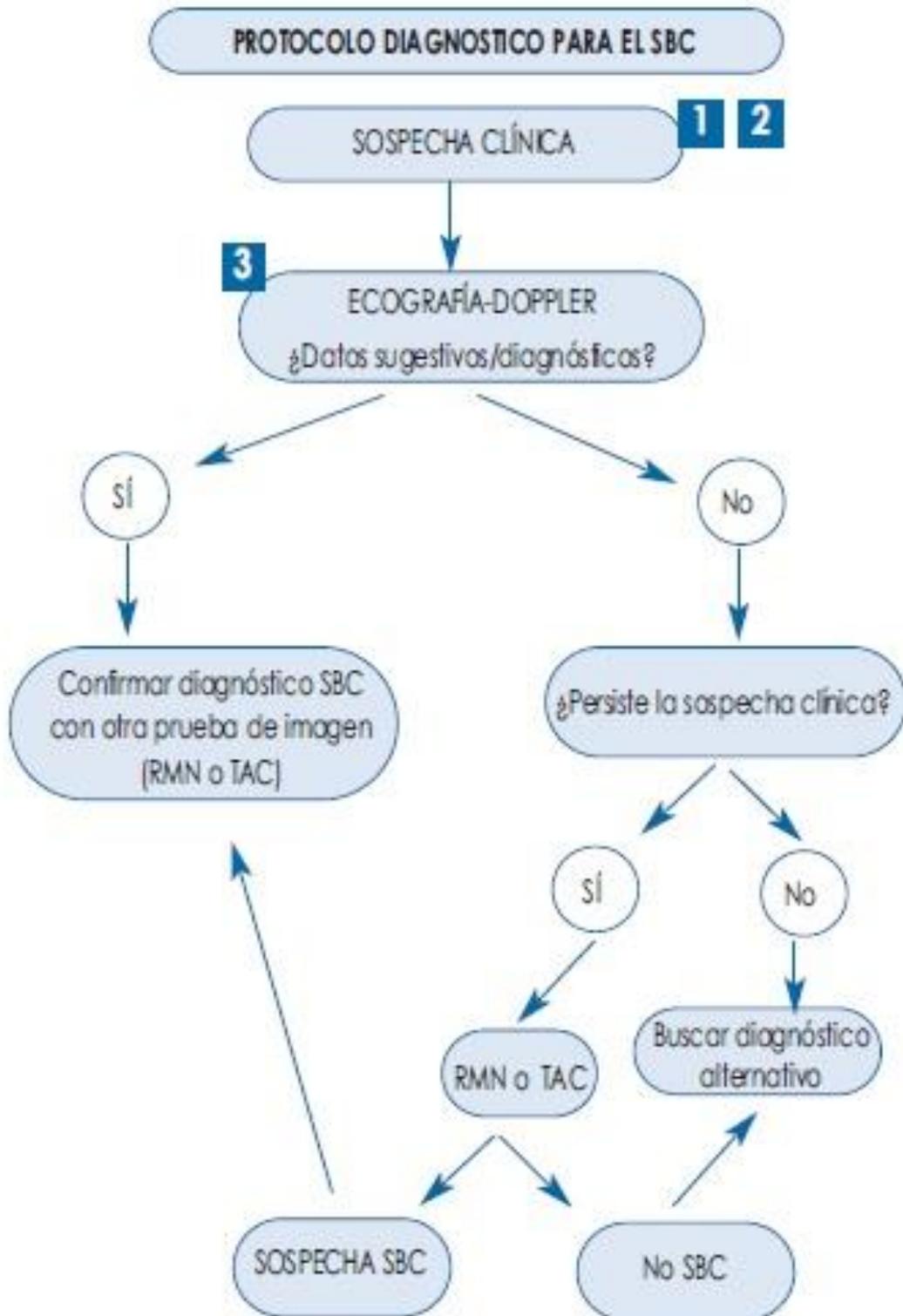
Entrevista realizada a médicos residentes e internos rotativos del Hospital Provincial
General de Latacunga

1. Sabe usted acerca del síndrome de Budd Chiari?
 - a. Si
 - b. No

2. ¿Sabe su tratamiento?
 - a. Si
 - b. No

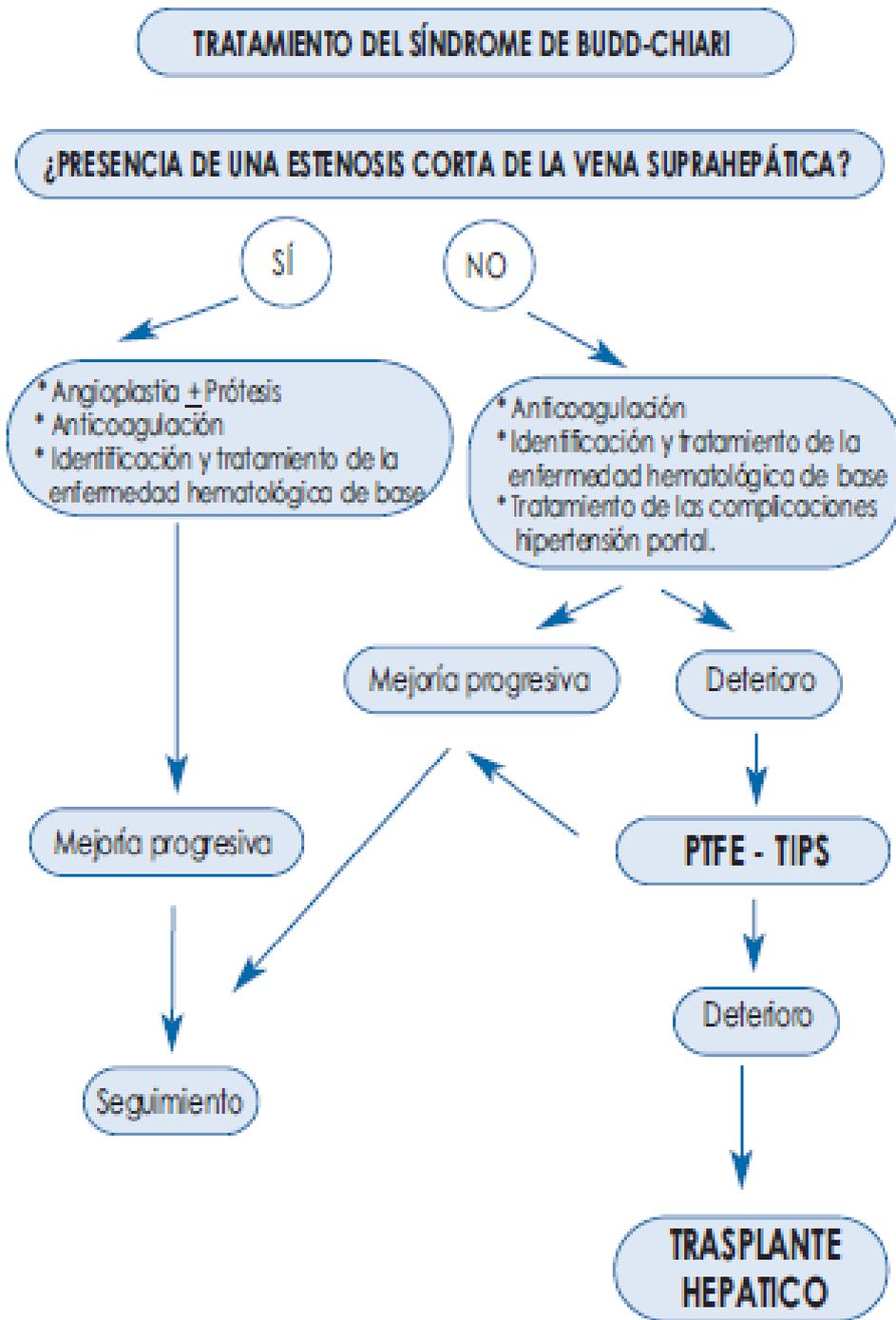
3. ¿Cuál es el examen principal para el diagnóstico de esta patología?
 - a. TAC
 - b. RMN
 - c. Ecografía
 - d. ECO Doppler

Algoritmo de diagnóstico:



(Montoro, M. 2010)

Algoritmo de manejo:



(Montoro, M. 2010)