



**UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACION**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**SINDROME HELLP Y HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO  
EN GESTANTE ATENDIDA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD -  
LIMA**

**PRESENTADO POR:**

**NAVARRO SOTO, ZULEMA NELIDA**

**ASESOR**

**Mg. Elizabeth Yalán Leal**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA  
CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,  
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2017**

## RESUMEN

La presentación clínica de los trastornos hipertensivos del embarazo, ha ido modificándose a través del tiempo, por lo que, ante la evidencia clínica actual, debemos tener en cuenta los factores de riesgo, la evolución del embarazo a través de una adecuada atención pre natal, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de las complicaciones. Una de las más severas complicaciones del trastorno hipertensivo del embarazo es el síndrome HELLP, que suele cursar con rotura hepática, presentando una alta mortalidad, 50% (Hernandez & Estrada, 2007)

Al presentarse el hematoma subcapsular hepático puede producirse ruptura de la Cápsula de Glisson, con hemorragia abdominal que puede ser mortal.

En el caso presentado, hubo un retraso en su diagnóstico y manejo pues se confundió inicialmente el diagnóstico con un cuadro de colecistitis crónica reagudizada, evidenciándose el hematoma subcapsular hepático como hallazgo intraoperatorio. Se manejó el caso con transfusiones de hemoderivados, conducta conservadora y expectante del hematoma, no siendo necesaria cirugía hepática. Se realizó monitoreo estricto de funciones vitales. Se realizó seguimiento de evolución del hematoma subcapsular hepático con tomografía axial computarizada seriada. Se realizó seguimiento de Síndrome HELLP con exámenes seriados de laboratorio. Si bien fue necesario el manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en la Sala de Cuidados Especiales Perinatales (SCEP), su evolución aunque tórpida fue satisfactoria. Afortunadamente, no hubo muerte materna ni perinatal. La púrpura fue dada de alta el día 20° post operatorio.

Palabras clave: Síndrome HELLP / Hematoma subcapsular hepático / Embarazo

## INDICE DEL CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ÍNDICE DEL NTENIDO .....	V

### CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	01
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	01
1.3. MARCO TEÓRICO.....	02
1.3.1. Antecedentes de la investigación.....	02
1.3.2. Bases teóricas.....	07
1.3.2.1. Trastorno hipertensivo del embarazo.....	07
1.3.2.2. Pre eclampsia.....	08
1.3.2.3. Etiología.....	08
1.3.2.4. Pre eclampsia. Criterios de severidad .....	09
1.3.2.5. Eclampsia .....	09
1.3.2.6. Síndrome HELLP.....	10
1.3.2.7. Definición de Síndrome HELLP... ..	10
1.3.2.8. Fisiopatología .....	11
1.3.2.9. Criterios diagnostico .....	12
1.3.2.10. Cuadro clínico .....	12
1.3.2.11. Manejo del Síndrome HELLP.....	14

1.3.2.12. Interrupción de la gestación .....	15
1.3.2.13. Patología infantil.....	16
1.3.2.14. Rotura hepática.....	16
1.3.2.15. Epidemiología.....	17
1.3.2.16. Cuadro clínico .....	18
1.3.2.17. Tratamiento .....	25

## **CAPÍTULO II**

2.1. CASO CLÍNICO	
2.1.1. Introducción .....	26
2.1.2. Objetivo.....	27
2.1.3. Metodología.....	27
2.1.4. Desarrollo del Caso clínico .....	27
A) Anamnesis.....	27
B) Examen clínico.....	28
C) Evolución médico obstétrica.....	37
D) Epicrisis.....	52

## **CAPÍTULO III**

3.1. CONCLUSIONES.....	53
3.2. RECOMENDACIONES.....	55

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CARTA DE COMPROMISO ANTIPLAGIO

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

A pesar de la vigencia de las normas técnicas que protegen la salud materna y de los esfuerzos realizados por los profesionales de la salud, la tasa de muerte materna sigue siendo alta en nuestro país, a predominio de las causas directas.

La preeclampsia puede evolucionar en forma tan agresiva ocasionando hemorragia intrahepática, hematoma subcapsular y rotura uterina, como complicación grave, con alta mortalidad materna y perinatal. Es frecuente la asociación con el síndrome HELLP.

Su presencia es mayor frecuencia en gestantes añosas, con embarazos mayores de 32 semanas. Se manifiesta con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, signos de hipoperfusión a y sufrimiento fetal agudo.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El trastorno hipertenso del embarazo es una patología del embarazo cada vez más frecuente y su manifestación más severa, presentándose serias complicaciones como el Síndrome HELLP, la coagulación intravascular

diseminada, la rotura hepática, con alto índice mortalidad materna y perinatal.

La rotura hepática es una complicación severa, la hemorragia abdominal compromete la vida de la paciente. Por lo mencionado anteriormente, es menester realizar la revisión de este caso porque:

- Aporta al conocimiento científico desde un punto teórico y práctico sobre la atención de los casos del trastorno hipertensivo del embarazo y sus complicaciones.
- Proporciona datos relevantes para realizar un análisis de los actores de riesgo y del retraso en el manejo del caso.
- Permite revisar la aplicación de protocolos establecidos y en base el estudio de caso, deben replantearse protocolos de atención de la complicación Obstétricas, según capacidad resolutive de los establecimientos, debiendo derivarse los casos complicados a hospitales de mayor complejidad.
- Ayuda en la revisión de las acciones realizadas por el personal de salud desde el control prenatal hasta el alta de la paciente. Permitiendo que el profesional de salud se encuentre capacitado para el diagnóstico precoz, estabilización, referencia oportuna o manejo definitivo del caso de acuerdo a la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud.

### **1.3 MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Labarca, L; Urdaneta, J; González, M; Contreras, A; Baabel, N; Fernández, M; et al. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas. Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. (2016)**

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de síndrome de HELLP en gestantes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos. **MÉTODO:** Investigación descriptiva retrospectiva, se revisaron las historias clínicas de

gestantes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, con diagnóstico de Síndrome HELLP. **CONCLUSIONES:** Hubo una prevalencia del 13,60% (111/816), tasa de letalidad de 1,23% (10/816) y tasa de mortalidad materna específica de 15,08/100.000 nacidos vivos. La prevalencia de Síndrome HELLP resultó más elevada que lo reportada en estudios nacionales e internacionales.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo, embarazadas críticas, preeclampsia, síndrome de HELLP. (1)

**García, C. Complicaciones maternas y tratamiento perioperatorio de la preeclampsia grave en un Hospital Universitario de Nivel III. (2015) Madrid, España.**

**OBJETIVO:** analizar las complicaciones y la evolución clínica materna y perinatal en la preeclampsia grave desde su diagnóstico hasta los sesenta días tras el alta hospitalaria de la madre. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional realizado en las pacientes con preeclampsia grave. **CONCLUSIONES:** casi la mitad de las mujeres padeció alguna complicación, siendo la hemorragia obstétrica y la disfunción renal las más prevalentes. En más del 50% de los embarazos hubo alguna complicación perinatal. Una de cada dos pacientes precisó tratamiento antihipertensivo domiciliario, y alrededor del 50% de los recién nacidos presentó un ingreso hospitalario prolongado. La gestación múltiple y las técnicas de reproducción asistida se relacionaron con un pronóstico materno y perinatal favorable, mientras que la hipertensión pregestacional, la preeclampsia precoz y el Doppler patológico se asociaron a mayor morbilidad y mortalidad perinatal. La primigestación fue el principal factor de riesgo. Nueve de cada diez mujeres finalizaron la gestación mediante cesárea, y una de cada cinco cesáreas se realizó bajo anestesia general. La trombocitopenia, la tensión arterial sistólica de al menos 180 mm Hg, el “*abruptio placentae*” y la cesárea de Categoría 1 de urgencia aumentaron el riesgo de anestesia general, y la gestación múltiple actuó como factor protector. El amlodipino fue el antihipertensivo más empleado en Reanimación, y más de un tercio de las pacientes no recibió sulfato de magnesio.

Un tercio de las mujeres presentó un ingreso prolongado en la Unidad, siendo la HTA de difícil control farmacológico la causa más frecuente. **PALABRAS CLAVE:** Preeclampsia grave; Síndrome HELLP; Abruption placentae; Edema agudo de pulmón; Eclampsia; Muerte fetal; Muerte perinatal; Sulfato de magnesio; Labetalol; Preeclampsia precoz. (2)

**Berrios, M. Síndrome de HELLP en pacientes con pre eclampsia severa. (2015) Guatemala.**

**OBJETIVO:** determinar la incidencia y prevalencia de síndrome de Hellp en pacientes con Preeclampsia severa. **MATERIAL Y MÉTODO:** estudio descriptivo. Se hizo revisión de registros clínicos de las embarazadas con edad gestacional mayor de 20 semanas ingresadas al servicio de Gineco Obstetricia complicadas con preeclampsia severa y síndrome HELLP.

**CONCLUSIONES:** la incidencia de Síndrome de Hellp en el estudio fue del 14% y la prevalencia del 86% La mortalidad fue del 2% tomando en cuenta que el 98% de las pacientes fue diagnosticada en forma oportuna y se le brindó el manejo adecuado en el momento idóneo. **PALABRAS CLAVE:** Síndrome HELLP, preeclampsia severa, incidencia., prevalencia. (3)

**JIMÉNEZ; Roura, J; Caveda, O & Arévalo, C. Síndrome de HELLP en una unidad de cuidados intensivos. (2014) Camagüey, Cuba.**

**OBJETIVO:** Caracterizar clínicamente el síndrome de HELLP en una Unidad de cuidados intensivos. **MÉTODO:** estudio retrospectivo de las gestantes hospitalizadas en la sala de cuidados intensivos.

**CONCLUSIONES:** Las gestantes añosas y multíparas conforman el grupo más sobresaliente. La complicación mas recuente la preeclampsia-eclampsia Las gestantes se complicaron más que las púerperas. El dolor en el epigastrio fue el signo más frecuente. **PALABRAS CLAVE:** síndrome hellp; trombocitopenia; eclampsia; adulto; epidemiología descriptiva. (4)



**Motte, P. “Frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos del HGO del IMIEM” (2013) Toluca, México.**

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de Preeclampsia y Síndrome de HELLP en la Unidad de Cuidados Intensivos. **MÉTODO:** Tipo de estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. **CONCLUSIONES:** Del total de pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 76.2% fue por enfermedad hipertensiva del embarazo.

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo más común fue la Preeclampsia Severa. Si bien no se presentó ningún caso de mortalidad materna, fue común la cesárea y la prematuridad. **PALABRAS CLAVE:** Unidad de Cuidados Intensivos. Preeclampsia. Síndrome HELLP. (5)

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Solís, M. Complicaciones clínicas en las gestantes con pre eclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, enero 2013 - julio 2014. Lima.**

**OBJETIVO:** Conocer las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia. **MATERIAL Y MÉTODO:** Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. **RESULTADOS:** 84,6% culminaron en cesárea. La complicación materna más frecuente fue el parto prematuro (16,2%), desprendimiento prematuro de placenta 7.7% y el 4,3% de eclampsia y hemorragia postparto. **PALABRAS CLAVE:** Preeclampsia, complicaciones maternas. (6)

**Osorio, J. “Factores de riesgo para desarrollo de síndrome HELLP. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, años 2010-2014” Huánuco.**

**OBJETIVO:** determinar los factores de riesgo para desarrollo del síndrome HELLP. **MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal, observacional

analítico de tipo casos y controles. **CONCLUSIONES:** No se demostró asociación entre las variables desarrollo de síndrome HELLP y antecedente de hipertensión crónica, nivel plaquetario, antecedente de preeclampsia, eclampsia, trombofilia, gestante adolescente, gestante añosa, tabaquismo, sobrepeso/obesidad, desnutrición paridad y riesgo social. Se concluyó que el antecedente de síndrome HELLP y el antecedente familiar de preeclampsia/HELLP incrementaron significativamente el riesgo para desarrollar síndrome HELLP. **PALABRAS CLAVE:** Síndrome HELLP, factores de riesgo. (7)

**Ponce, E. Factores de riesgo maternos para síndrome HELLP en preeclámpticas severas. (2014) Lima.**

**OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo maternos para el Síndrome HELLP en gestantes preeclámpticas severas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de 54 casos y 70 controles. **CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo maternos para el síndrome HELLP en gestantes preeclámpticas severas fueron la edad, el antecedente de preeclampsia, el antecedente familiar de preeclampsia, la plaquetopenia severa, y la multiparidad. **PALABRAS CLAVE:** Factores, Síndrome de HELLP, Preeclampsia .(8)

**Quispe-De La Cruz, R; Quispe-Dolorier, J. & Zegarra-Jibaja, P. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú. Ica. (2013)**

**OBJETIVO:** Determinar las complicaciones materno fetales más frecuentes de la preeclampsia. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de tipo transversal. **CONCLUSIONES:** las complicaciones maternas encontradas fueron eclampsia (3%) y abrupcio placentario (3%), no hubo muerte materna; Complicaciones fetales halladas retardo de crecimiento intrauterino (13%),

sufrimiento fetal agudo (5%) y muerte fetal (2%). **PALABRAS CLAVE:** preeclampsia, factores de riesgo, sufrimiento fetal. (9)

**Benites-Cóndor, Y; Bazán-Ruiz, S & Valladares-Garrido, D. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. (2011)**

**OBJETIVO:** identificar los factores asociados a preeclampsia. **MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles, en gestantes hospitalizadas entre junio del 2010 y mayo del 2011. **CONCLUSIONES:** Fueron variables significativamente asociadas con la preeclampsia: Edad 35 años ( $p=0,021$ ), y número de controles prenatales mayor o igual a siete ( $p= 0,049$ ). **PALABRAS CLAVE:** Preeclampsia; Factores de riesgo; Hipertensión. (10)

### 1.3.2 BASES TEÓRICAS

#### 1.3.2.1 TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Un estudio realizado desde enero de 2010 hasta junio de 2015, en el Hospital General de Castellón, España, determinó que un total de 34 mujeres gestantes requirieron ingreso en la UCI. Los trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragia obstétrica fueron las principales razones obstétricas de admisión. Se registraron dos muertes maternas. (11)

Ponguillo en 2017, señala una frecuencia alta de preeclampsia 5-10%, estimaciones basadas en muestras hospitalarias.

American College of Obstetricians and gynecologists (ACOG), define la hipertensión gestacional como la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmhg. o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmhg. registrada en 2 ocasiones separadas por lo menos 6 horas.

Ha habido numerosos intentos de clasificación del trastorno hipertensivo del embarazo. El planteado por ACOG es:

- Pre eclampsia. Eclampsia. Síndrome HELLP
- Hipertensión crónica
- Hipertensión crónica con pre eclampsia agregada o superpuesta
- Hipertensión Gestacional (12)

### **1.3.2.2 PRE ECLAMPSIA**

La Preeclampsia definida clásicamente por la presencia de hipertensión, edema y proteinuria después de las 20 semanas. En la actualidad ni los edemas ni la proteinuria son necesarias para hacer el diagnóstico. sólo se cura con el término de la gestación y si su manejo no es adecuado puede originar graves complicaciones maternas y perinatales. Puede evolucionar hacia una eclampsia o síndrome HELLP, también a hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, etc.; con alto índice de mortalidad.

El sufrimiento fetal agudo conlleva a restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia, asfixia fetal y muerte intrauterina. El estado de pérdida del bienestar fetal obliga a terminar la gestación antes del término, con gran riesgo neonatal. (13)

Reece y Hobbins en 2010 señalan que la incidencia de pre eclampsia oscila entre 2- 7%, de acuerdo con los criterios diagnósticos y la población evaluada. Identificándose factores de riesgo como nuliparidad, edades extremas, diabetes, enfermedad renal, la diabetes, obesidad, embarazo molar, embarazo múltiple, hidropesía fetal.

### **1.3.2.3 ETIOLOGÍA**

No se conoce con exactitud. La teoría más aceptada en la actualidad es que la pre eclampsia es una enfermedad multietiológica con vías fisiopatológicas heterogéneas, que pueden contribuir en distinto grado al desarrollo de la enfermedad, como la alteración en el proceso de la invasión

trofoblástica. Factores constitucionales maternos explicarían la susceptibilidad individual a padecer la enfermedad.

Existe similitud a lo que sucede en la arterioesclerosis y enfermedades cardiovasculares, siendo la evolución de la preeclampsia más rápida.

Gutierrez en el 2017 reporta la propuesta de varias hipótesis: disfunción celular endotelial, excesiva peroxidación lipídica, desequilibrio de la relación tromboxano/prostaciclina, alteración en la invasión trofoblástica y estrés oxidativo.

#### **1.3.2.4.PRE ECLAMPSIA. CRITERIOS DE SEVERIDAD**

Villanueva y Collado en el 2007 describen ciertos criterios expresión de gravedad de la patología, de mal pronóstico materno y perinatal: Síntomas como cefalea y otras alteraciones cerebrales o visuales persistentes, dolor en cuadrante superior derecho y epigastrio, náuseas y vómito; edema pulmonar o cianosis; hipertensión  $\geq 160/110$  mmHg; proteinuria  $\pm 5$  g en orina de 24 h ó 3+ en tira reactiva en dos muestras al azar recolectadas con 4 horas de diferencia; oliguria ( $< 500$  mL/ 24 h); creatinina sérica  $\pm 1.2$  mg/dL; incremento en cualquiera de las enzimas hepáticas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT en ambas; trombocitopenia  $< 100,000/mm^3$ ; anemia hemolítica microangiopática, evidenciada por un incremento en la concentración de deshidrogenasa láctica (DHL); restricción del crecimiento fetal intrauterino; oligohidramnios; ausencia de movimientos fetales, y muerte fetal. (14)

#### **1.3.2.5 ECLAMPSIA**

La presencia de convulsiones o coma, no atribuibles a otra causa, en gestantes con pre eclampsia, se denomina eclampsia. Identificándose el 75% durante el embarazo y 25% post parto.

El sulfato de magnesio de administración parenteral es el tratamiento de elección para el tratamiento y profilaxis de la eclampsia. La mayoría de las convulsiones de la eclampsia cesan a los 60 a 90 segundos. (12)

Se consideran signos previos a una convulsión la cefalea, alteraciones visuales, dolor epigástrico e hiperreflexia, seguidos de la aparición de una convulsión tónico-clónica de 1 a 3 minutos de duración. La proteinuria podrá estar ausente, lo mismo que la hipertensión en el período previo. En un tercio de los casos, la eclampsia surge antes que la hipertensión arterial y la proteinuria.

Las complicaciones neurológicas representan una de las principales causas de deceso en enfermas con preeclampsia y eclampsia.

Se vincula las complicaciones neurológicas en la preeclampsia grave a la existencia de valores de tensión arterial sistólicos superiores a 160 mmHg, debido al desplazamiento de la curva de autoregulación del flujo cerebral hacia la izquierda. La tensión arterial diastólica y media no se relacionaron con complicaciones neurológicas. (15)

#### **1.3.2.6 SINDROME HELLP**

Paulino en un estudio del 2015 señala que una de las complicaciones más frecuentes del trastorno hipertensivo en embarazadas es el síndrome HELLP. Caracterizado por anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas, y plaquetopenia. Estas gestantes están expuestas a desprendimiento de retina, accidente cerebro vascular, rotura hepática, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada y muerte materna. (16)

#### **1.3.2.7 DEFINICION DE SINDROME HELLP**

El síndrome de HELLP fue descrito por Weintein en 1982. HELLP es el acrónimo de Hemolisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas; sin embargo, los niveles de anormalidad no fueron descritos en aquel momento. (17)

Louis Weinstein, en 1982, publicó los primeros 29 casos diagnosticados en pacientes con preeclampsia y eclampsia.

Quevara y Santibañez en el 2014 señalan que el síndrome HELLP es una complicación severa relacionada con la pre eclampsia grave y eclampsia en la gestante y puérpera. Indican que el síndrome HELLP requiere internamiento urgente en una unidad de cuidados intensivos, debiendo culminar la gestación rápidamente generalmente por cesárea, luego de haber estabilizado a la gestante. Siendo la morbimortalidad materna muy alta, no se recomienda la conducta expectante. Cuando el recuento plaquetario es muy bajo se recomienda el uso de corticoides. Son múltiples las complicaciones, rotura hepática, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta, disfunción neurológica y hematológica entre otros. (18)

### **1.3.2.8 FISIOPATOLOGÍA**

Cabero y Rodriguez en el 2007 señalan que el factor determinante del síndrome de HELLP es la hemólisis, definida como la presencia de una anemia hemolítica microangiopática, evidenciándose la presencia de esquistocitos en un frotis de lámina periférica, aumento de la deshidrogenasa láctica y de la bilirrubina.

A nivel hepático se observa la elevación de las enzimas hepáticas; depósitos de fibrina en las sinusoides hepáticas, provocando obstrucción del flujo sanguíneo con isquemia celular y sobredistensión de la capsula de Glisson, ocasionando los signos clínicos de dolor en hipocondrio derecho y en el epigastrio.

Las plaquetas disminuyen debido al estado de microangiopatía generalizada caracterizada en la preeclampsia. Hay elevación de la actividad plaquetaria.

(17)

### **1.3.2.9 CRITERIOS DIAGNÓSTICO**

Sibai en 1990 estableció los siguientes criterios diagnósticos:

1. Hemólisis: presencia de esquistocitos en frotis de sangre periférica.  
Bilirrubina anormal  $\geq 1.2$  mg/dl. LDH  $\geq 600$  U/L
2. Incremento de las enzimas hepáticas: aspartato aminotransferasa AST  $\geq 70$  U/L
3. Plaquetas bajas, recuento  $\leq 100,000$  x mm<sup>3</sup>

Martin clasificó los niveles de plaquetas a fin de intentar estratificar la gravedad del síndrome HELLP.:

1. Clase 1:  $\leq 50,000$  x mm<sup>3</sup>
2. Clase 2:  $\leq 100,000$  x mm<sup>3</sup>
3. Clase 3: entre 100 a 150 x mm<sup>3</sup>

### **1.3.3.10 CUADRO CLÍNICO**

Sepulveda y Martínez en el 2015 señalan que el síntoma más reportado es el dolor abdominal (36-86%), a predomina en hipocondrio derecho y epigastrio. Es fundamental hacer el diagnóstico diferencial con el hígado graso agudo del embarazo (HGAE) por las molestias gastrointestinales como reflujo gastro esofágico, náuseas, vómitos y cefalea descritas habitualmente.

No se conoce el mecanismo exacto de su inicio, aunque se ha evidenciado que tiene su origen en un desarrollo y función placentaria defectuosos, que provoca estrés oxidativo e isquemia placentaria, lo que altera el metabolismo del óxido nítrico, las prostaglandinas y la endotelina en la circulación materna. Esto ocasiona daño del endotelio vascular, perdiéndose la relajación vascular normal propia del embarazo y la agregación plaquetaria, disfunción endotelial, hipertensión y la disfunción



multisistémica. Debido a que algunas gestantes están asintomáticas al inicio y 90% tienen síntomas inespecíficos se hace difícil el diagnóstico del síndrome. (19)

Otras manifestaciones clínicas frecuentes son cefalea (60 %), visión borrosa (20 %), síntomas asociados a la trombocitopenia (hematuria, petequias, equimosis, sangrado por las mucosas, etc.) y síntomas inespecíficos como malestar general, náuseas y vómitos. En un 20% de los casos la presión arterial se encuentra dentro de los límites normales.

El diagnóstico se basa principalmente en los resultados de laboratorio, ya que la trombocitopenia puede ser el primer indicador de la enfermedad.

Existen 2 clasificaciones:

- La de Tennessee diagnostica el síndrome al encontrar  
AST mayor de 70 UI/l,  
LDH mayor de 600 UI/l y  
plaquetas por debajo de  $100 \times 10^9/l$ .

El síndrome es completo si se encuentran los 3 criterios o parcial si solo encontramos uno o 2 criterios.

- La de Mississippi reparte la enfermedad en 3 grupos según el número  
**HELLP clase I**    **PLAQUETAS  $\leq 50 \times 10^9/l$**   
**HELLP clase II**    **PLAQUETAS  $\leq 50$  a  $100 \times 10^9/l$**   
**HELLP clase III**    **PLAQUETAS  $\leq 100$  a  $150 \times 10^9/l$**

El síndrome HELLP ocasiona serias complicaciones maternas y fetales. Las complicaciones más severas se dan en gestantes con HELLP Clase I, con afectación de cerebro, riñones e hígado (Tabla 1)

<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>frecuencia</b>
<b>Coagulación intravascular diseminada</b>	<b>30</b>
<b>Abruptio placentae</b>	<b>16</b>
<b>Eclampsia</b>	<b>9</b>
<b>Insuficiencia renal aguda</b>	<b>8</b>
<b>Neumonía por aspiración</b>	<b>7</b>
<b>Edema pulmonar</b>	<b>6</b>
<b>Síndrome de insuficiencia respiratoria</b>	<b>4</b>
<b>Rotura hepática</b>	<b>0,015-1,8</b>
<b>Hemorragia cerebral</b>	<b>1,2</b>
<b>Muerte materna</b>	<b>1-24</b>
<b>COMPLICACIONES FETALES</b>	
<b>Parto pretérmino</b>	<b>70</b>
<b>Trombocitopenia</b>	<b>15</b>
<b>Muerte perinatal</b>	<b>7-34</b>

Tabla

1

(Nogales, Blanco, & Calvo, 2016)

### **1.3.2.11 MANEJO DE LA GESTANTE CON SINDROME HELLP**

Incluye estabilización de la gestante y el feto, transfusión sanguínea en caso necesario, control del flujo urinario y tratamiento de la enfermedad hipertensiva según requiera. (20)

El manejo de los fluidos endovenosos debe ser manejado por el equipo multidisciplinario en la unidad de pacientes de estado crítico. Existe el riesgo de edema agudo de pulmón y ascitis ante un aporte vigoroso por el estado de disfunción endotelial e hipoalbuminemia. Por otro lado está el riesgo de daño renal ante un aporte insuficiente. (21)

En toda gestante con pre eclampsia con criterios de severidad sospecharse síndrome HELLP, debiendo hospitalizarse para realizar los estudios pertinentes.

El compromiso materno fetal es severo. La gestante debe ser manejada según protocolo para pre eclampsia severa con antihipertensivos para evitar un accidente cerebro vascular por crisis hipertensivas y con sulfato de magnesio para evitar las convulsiones.

La curación definitiva de la enfermedad es la interrupción del embarazo.

(22)

El tratamiento definitivo del cuadro consiste en acabar la gestación, debiendo evaluar las condiciones maternas y la edad gestacional.

En gestaciones entre menores de 34 semanas administrar corticoides para inducir la maduración pulmonar fetal, y terminar la gestación 48 horas después, valorando siempre el riesgo de complicaciones como coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal y edema pulmonar.

En gestaciones de más de 34 semanas se interrumpirá el embarazo en cuanto la situación materna lo permita.

Previamente a la interrupción de la gestación habrá que estabilizar el cuadro materno con hipotensores y/o anticonvulsivante. (19)

### **1.3.2.12 INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN**

Es único tratamiento con efectividad reconocida es terminar la gestación, aunque no necesariamente por vía abdominal, según lo señala Malvino en el 2006. En gestantes estables con producto menor de 34 semanas inducir maduración pulmonar fetal si el cuadro lo permite. (15)

Antes de terminar la gestación se debe estabilizar a la gestante con:

1. Tratamiento antihipertensivo.

2. Tratamiento anticonvulsivante a fin de prevenir las complicaciones neurológicas y la eclampsia.

3. Tratamiento con corticoides a altas dosis (betametasona 12mg/12 h, dexametasona 10 mg/12 horas durante 48 horas si es preciso madurar el pulmón fetal

La administración de corticoides, suele revertir lentamente en unas horas y de forma progresiva el cuadro con mejoría de las plaquetas, que permite abordar la terminación del embarazo con mayor garantía después del tratamiento si las cifras iniciales se situaban por debajo de 50.000 plaquetas. Además suele disminuir las molestias ocasionadas por la distensión de la capsula de Glisson como el dolor epigástrico y en hipocondrio derecho.

En ocasiones se posterga el término de la gestación, si el estado materno fetal lo permite, en gestaciones menores de 34 semanas, debiendo ser manejada la gestante en una Unidad de Cuidados Obstétricos Intensivos (UCOI) que permite un seguimiento continuado de la situación materna y fetal. Nunca debe darse como curado un HELLP a pesar de que en algunas ocasiones puedan haber desaparecido sus signos analíticos con la medicación. Sólo se cura al terminar la gestación. (13)

#### **1.3.2.13 PATOLOGÍA NEONATAL**

Cararach en el 2008 señala que las complicaciones neonatales son las que se derivan de la vasoconstricción generalizada ocasionada por la pre eclampsia con disminución de la función placentaria, lo que ocasiona restricción del crecimiento uterino. Existiendo además mayor incidencia de prematuridad por desprendimiento prematuro de placenta o por termino prematuro de la gestación por complicaciones severas. (23)

#### **1.3.2.14 ROTURA HEPÁTICA**

El síndrome de HELLP se asocia con daño severo a nivel hepático, como la hemorragia, el hematoma subcapsular, infarto o rotura hepática. La rotura hepática, si bien es extremadamente rara que se presenta en el 0.015% de los embarazos, implica alto índice de mortalidad materno fetal.

El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario que aborde la finalización urgente del embarazo, la reposición adecuada de hemoderivados y la hemostasia del hígado. (24)

La rotura espontánea del hígado como consecuencia de hipertensión severa inducida por el embarazo fue descrita por Abercrombie en 1844. La morbimortalidad materna y fetal es alta. Es un cuadro catastrófico en obstetricia y se presenta 1 caso cada 45.000 nacimientos. Habitualmente la rotura hepática ocurre durante el tercer trimestre del embarazo. Obligando al equipo multidisciplinario, a la interrupción inmediata del embarazo, al tratamiento de la rotura hepática por cirujano de experiencia, y al manejo de la paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos por el grave compromiso multisistémico. (25)

#### **1.3.2.15 EPIDEMIOLOGÍA**

La incidencia de la hemorragia por rotura hepática en una larga revisión fue de 1 por 45,000 nacidos vivos. Se observó que las pacientes que presentaron hematoma subcapsular hepático y ruptura hepática eran mujeres añosas y multíparas. En México, Vitelio Velasco informó 79 muertes maternas ocurridas por ruptura hepática en un periodo de 15 años. Villarreal refirió una frecuencia de 5% del total de muertes por esta entidad. Hasta 1990, únicamente existían 120 casos informados en la literatura médica mundial.

(26)

La causa específica para explicar la ruptura hepática en la preeclampsia no está bien definida. Se señala la lesión endotelial y las alteraciones en los mecanismos de coagulación.

En mujeres que mueren por preeclampsia y eclampsia, se ha encontrado lesiones hepáticas en 60 a 80% de las necropsias. Se menciona una secuencia de las alteraciones, iniciando con los depósitos de fibrina en los sinusoides y espacios periportales, lo cual se han atribuido a la coagulación

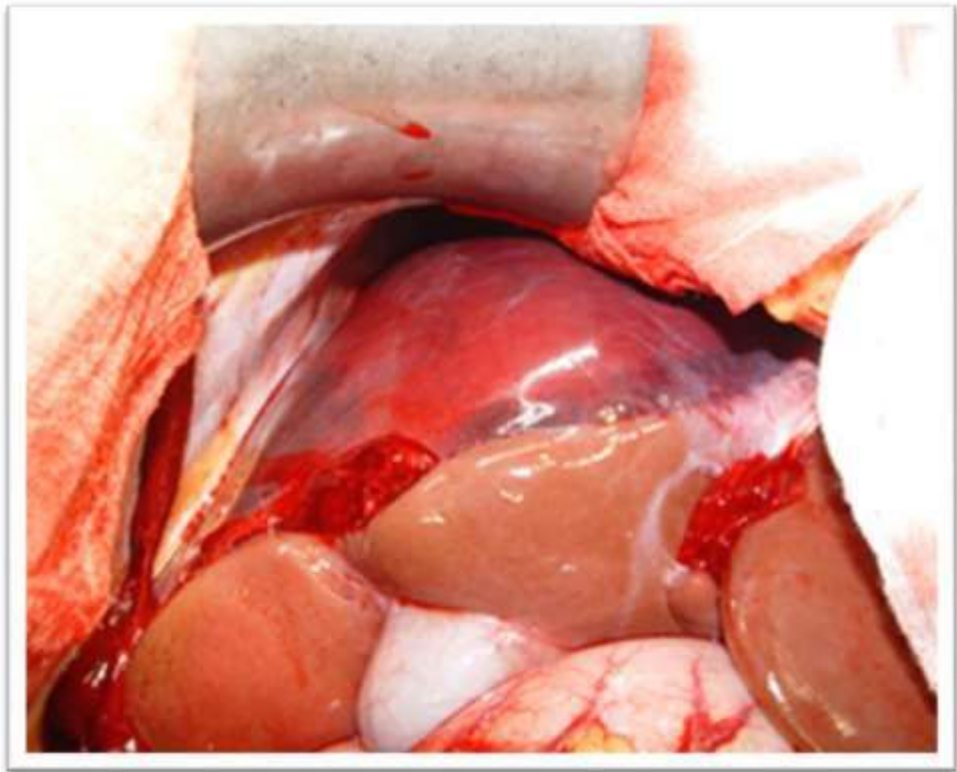
intravascular diseminada, vasoespasmo, daño endotelial y rotura de las anastomosis entre las venas portales y las sinusoides. Sin embargo se encuentran áreas extensamente dañadas que alternan con parénquima sano. En las zonas dañadas se encuentran hematomas, infartos, laceraciones y áreas de necrosis.

La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, con más frecuencia en la superficie anterior y superior. Henny et al reportaron en una serie de 75 casos la presencia de hematomas en el lóbulo derecho en el 75%, 11% en el lóbulo izquierdo y 14% en ambos lóbulos. Greenstein et al demostraron múltiples pseudoaneurismas pequeños durante la angiografía en los casos de hemorragia intrahepática recurrente que acompañaba al síndrome de HELLP. (26)

#### **1.3.2.16 CUADRO CLÍNICO**

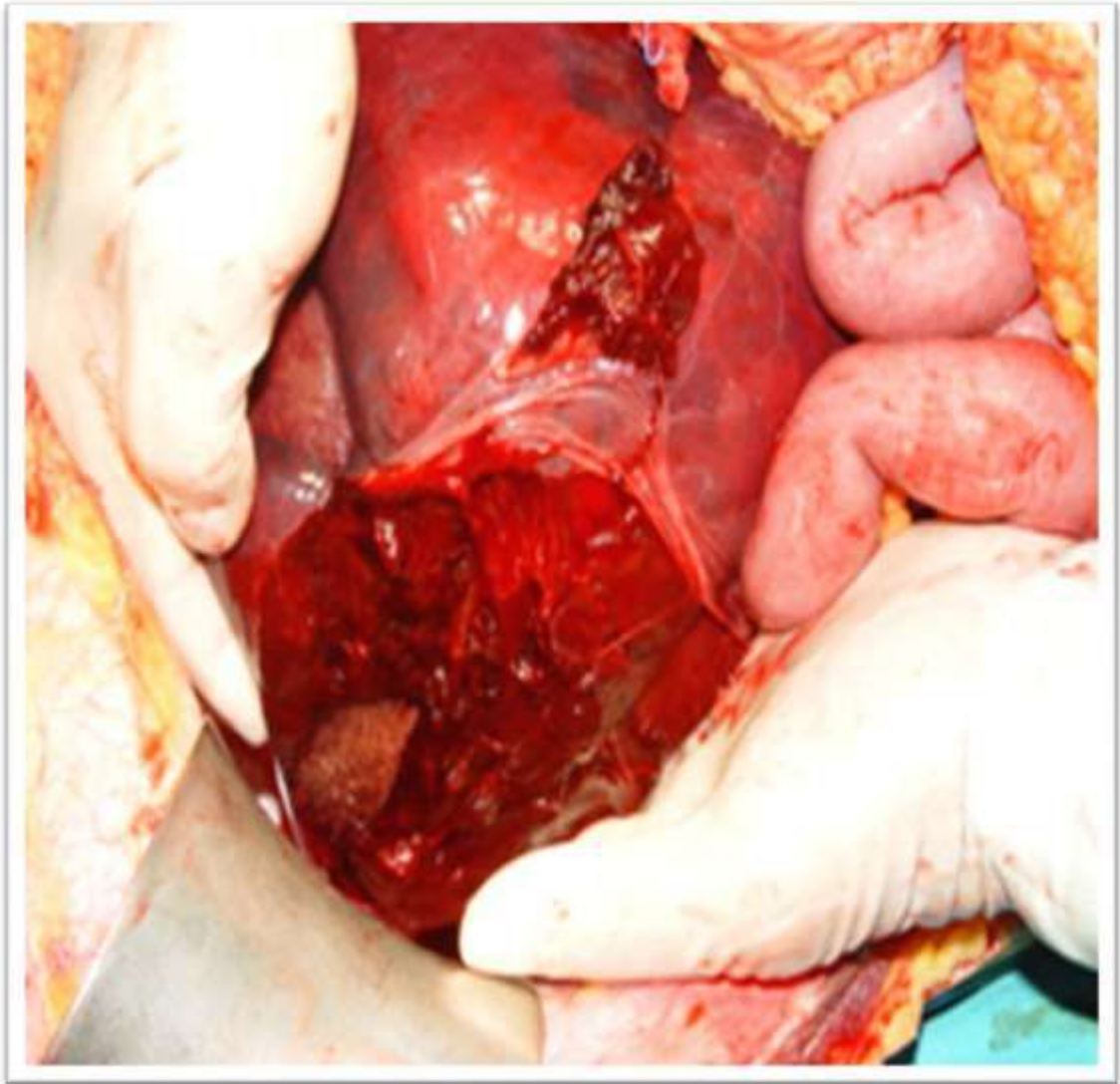
El diagnóstico de rotura hepática es clínico no laboratorial. Se sospecha de la entidad ante inestabilidad hemodinámica, dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho, irritación peritoneal y shock.

La presentación clínica de la hemorragia intrahepática y ruptura hepática generalmente es inespecífica. La hemorragia típicamente ocurre durante el tercer trimestre del embarazo, pero puede ocurrir más tarde, incluso 48 horas después del parto. La hipotensión arterial y el choque son hallazgos frecuentes. La ruptura hepática en el embarazo se asocia a preeclampsia en un 80% o más de los casos. Los estudios de imagenología, tales como ultrasonido (USG) y tomografía (TAC) abdominales son utilizados para investigar la posibilidad de ruptura hepática. (26)



**Hematoma subcapsular hepático de 15 cm y rotura de  
La Cápsula de Glisson sobre segmento V.**

(Espinosa, 2010)



**Rotura hepática y de la capsula de Glisson a nivel de segmentos V, VI y VII.**  
(Espinosa, 2010)





**Superficie hepática después de hemostasia con electrocauterio. (26)**

(Vera M. Pérez C. Lattus O. Barrera C. Campaña V., Kattan M., Papic V., 2004)



**BOLSA DE BOGOTÁ EN LAPAROTOMÍA CONTENIDA (26)**

(Vera M. Pérez C. Lattus O. Barrera C. Campaña V., Kattan M., Papic V., 2004)



**PACKING HEPÁTICO CON COMPRESAS ENVOLTURA DEL HIGADO  
CON MALLA DE VICRYL (26)**

(Vera M. Pérez C. Lattus O. Barrera C. Campaña V., Kattan M., Papic V., 2004)



**CIERRE TEMPORAL ABDOMINAL TIPO OPEN VACUUM.**  
(Espinosa, 2010)

### **1.3.2.17 TRATAMIENTO**

La parte más importante y vital es la reanimación con el manejo temprano y agresivo con cristaloides, coloides y hemoderivados. El síndrome de HELLP con ruptura hepática requiere un manejo multidisciplinario con monitorización en una Unidad de Terapia Intensiva. Magna et al demostraron estabilización y mejoría significativa, tanto clínica como bioquímicamente, con dosis altas de corticoesteroides,

La transfusión masiva de sangre, plasma fresco y plaquetas, es imperativa en pacientes con choque. Aunque la intervención quirúrgica a menudo es necesaria, muchas pacientes pueden ser manejadas en forma conservadora.

Si la cápsula del hígado se encuentra intacta, la monitorización debe continuar con ultrasonografía o tomografía axial computarizada en forma seriada si existen datos de inestabilidad hemodinámica. Las pacientes con eclampsia requieren que se les interrumpa el embarazo en forma urgente; el procedimiento de elección es la operación cesárea, para evitar la ruptura del hematoma subcapsular.

El tratamiento quirúrgico incluye evacuación del hematoma evitando en lo posible suturar o reseca el tejido hepático debido al estado friable del mismo y empaquetamiento perihepático; la segmentectomía y/o lobectomía se reservan para los casos de hemorragia incontrolable y la embolización para aquellas pacientes que cursen con coagulopatía severa, con múltiples hematomas intrahepáticos, y que son pobres candidatas a cirugía convencional. (26)

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 CASO CLÍNICO**

#### **2.1.1 INTRODUCCIÓN**

Las complicaciones del trastorno hipertensivo del embarazo son responsables de la segunda causa de muerte materna en nuestro país. Presentándose la enfermedad algunas veces en forma insidiosa y otras veces tan brusca y aparatosamente que no da tiempo a una intervención oportuna.

Una complicación severa del trastorno hipertensivo del embarazo es el síndrome HELLP, que puede asociarse a rotura hepática. Durante el estado grávido puerperal, es una de las complicaciones hemorrágicas de mayor gravedad, acompañada de elevada mortalidad materna y perinatal de hasta 50 %. (27)

El diagnóstico debe ser sospechado con los antecedentes clínicos y de laboratorio ante una pre eclampsia severa. Un retraso en el diagnóstico conlleva un riesgo mayor.

En el caso presentado, se confundió inicialmente el diagnóstico con un cuadro de colecistitis crónica reagudizada, lo que retrasó su manejo. El hematoma subcapsular hepático fue un hallazgo intraoperatorio.

### **2.1.2 Objetivo de elección del caso clínico.**

- Revisión del manejo del caso.
- Identificar las acciones del profesional de Obstetricia en el manejo del caso.

### **2.1.3 Metodología**

La recolección de los datos para la revisión del presente caso clínico, se realizó en forma prospectiva, durante una pasantía realizada en un Hospital de Essalud en la ciudad de Lima. Se tuvo la oportunidad de observar el manejo del caso desde el ingreso hasta el alta, durante 20 días.

### **2.1.4 Desarrollo del caso clínico**

#### **TITULO DEL CASO CLÍNICO**

**“Síndrome HELLP y hematoma subcapsular hepático en gestante atendida en un Hospital de Essalud - Lima”**

#### **A. ANAMNESIS**

##### **DATOS GENERALES:**

- Edad : 35 años
- Grado de instrucción : 5to. de secundaria
- Estado civil : unión estable
- Ocupación : ama de casa

##### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Diabetes madre y hermano.

##### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Colecistitis crónica calculosa

## **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

F. O. G5P3013 FUR: Desconocida EG: 35 4/7 x ecografía del

I Trimestre.

CPN: (7) en Policlínico de Essalud.

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

**09 de abril del 2017 09:45 horas**

Gestante, ingresa a la emergencia del Hospital, refiriendo dolor abdominal desde hace 15 horas.

## **B. EXPLORACIÓN FÍSICA**

Medico Gineco Obstetra y Obstetra de turno evalúan a la gestante, encontrando los siguientes signos vitales: P/A 150/100 mmhg Pulso 78 x' T: 37.5°C R: 20 x'

Reflejos ++ edemas + fascies pálidas. Estado de conciencia:

LOTEP Corazón y pulmones normales. Abdomen: Dolor moderado en hipocondrio derecho AU: 32 cm. Feto en LCD FCF: 150 x' TV. Diferido SV (-) LA (-)

## **DIAGNOSTICO:**

1. Multigesta de 35 4/7 semanas por ecografía del I trimestre.
2. THE D/ pre eclampsia severa
3. Colecistitis crónica calculosa reagudizada
4. No labor de parto.

## **INDICACIONES**

1. NPO



2. Pruebas de Bienestar Fetal
3. Nifedipino 10 mg. V.O. c/8 horas
4. Reevaluación por equipo de guardia
5. Se solicita: Perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina.

### **C. EVOLUCIÓN MÉDICO OBSTÉTRICA**

**09 de abril del 2017 11: 00 horas**

#### **Interconsulta a cirugía de emergencia**

Gestante de 35 años, 34 semanas de gestación, D/ colecistitis Vs. Colelitiasis aguda. No labor de parto, sin patología obstétrica. Se solicita evaluación y manejo especializado.

#### **Informe:**

**DX. D/ Colecistitis aguda**

- RP.**
1. Diclofenaco + Metamizol IM Stat
  2. CLNA 9 x mil 1000 cc
  3. Ranitidina 50 mg. EV c/8 horas
  4. Se solicita ecografía abdominal urgente
  5. Pasar a tópico de cirugía
  6. Reevaluación con resultados

**09 de abril del 2017 16:00 horas**

Paciente refiere dolor abdominal, presenta náuseas y vómitos. Dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

Tiene resultados de exámenes: Hemograma con leucocitosis sin desviación izquierda, granulaciones tóxicas. Hcto 31%. Bilirrubina normal. TGO/TGP 211/209, Plaquetas 176,000 mm<sup>3</sup>. Paciente quejumbrosa.

Ecografía abdominal: vesícula biliar contraída, paredes engrosadas.

**Impresión diagnóstica:**

1. Pre eclampsia leve
2. Colecistitis crónica calculosa reagudizada

**Plan:**

1. NPO
2. Dextrosa 5% AD 1000 cc. + Hipersodio + Kalium I - II frascos
3. Ranitidina 50 mg. EV c/8 horas
4. Ciprofloxacino 200 mg. EV c/12 horas
5. Diclofenaco + Metamizol IM c/8 horas
6. Hioscina 1 amp. EV c/8 horas
7. Petidina 2 cc. Diluidos en 10 cc de Cl na EV lento
8. Balance hídrico, control de funciones vitales

Se solicita exámenes pre operatorios.

Interconsulta a medicina para riesgo quirúrgico

Interconsulta a obstetricia

**09 de abril del 2017 17:00 horas**

**Interconsulta a Obstetricia**

Paciente de 35 años, con diagnóstico de colecistitis aguda. Gestación de 34 semanas. Se solicita evaluación y sugerencias Pre y post operatorias.

**Informe:**

Gestante de 35 5/7 semanas por ecografía del I trimestre, con dolor en hipocondrio derecho, con transaminasas aumentadas: TGO/TGP 211/209, quejumbrosa.

Tacto vaginal: Cérvix posterior, incorporado 70% AP: -3, membranas íntegras.

P/A: 144/112 mmhg Niega contracciones uterinas, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido por vagina. Percibe movimientos fetales.

**Impresión diagnóstica:**

1. **Multigesta de 35 5/7 semanas por ecografía**
2. **HIE d/ pre eclampsia severa**
3. **Síndrome doloroso abdominal**

**Plan:**

1. Nifedipino 10 mg V.O. c/8 horas y por real necesidad
2. Sulfato de magnesio 4 gr. Diluidos en 100 cc. de CLNA. pasar lento en 20 minutos.
3. Se solicita: Ecografía Obstétrica. PBF. Estudio Doppler. Riesgo Quirúrgico.

**10 de abril del 2017 00:15 horas**

**Interconsulta a Cirugía General**

Gestante con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa reagudizada, con dolor en flanco derecho, tipo cólico de moderada intensidad.

P/A 128/80 mmhg. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho.

**Informe:**

No requiere manejo quirúrgico al momento.

RP.

1. Hioscina 2 amp. en 200 cc. CLNA a goteo rápido.
2. Reevaluación a solicitud.

**10 de abril del 2017 01:15 horas**

Paciente es reevaluada por Obstetricia.

P/A 120/80 mmhg FCF: 142 por minuto ROT: ++/+++ No dinámica uterina.  
No sangrado vaginal.

Actualmente paciente niega cefalea, escotomas, refiere dolor tipo cólico en hipocondrio derecho.

Resultado de Ecografía: Gestación de 34.5 semanas por BF

Estudio Doppler con redistribución del flujo. Oligoamnios severo.

**Plan:**

1. Prueba de bienestar fetal. Test No Estresante
2. Actualizar exámenes de laboratorio.
3. Conducta expectante

**RP.**

1. NPO
2. Dextrosa 5% AD 1000 cc. + Hipersodio 2 amp. I frasco
3. Hioscina 2 amp. en 200 cc. CLNA EV lento.
4. Nifedipino 10 mg V.O. c/8 horas y por real necesidad.
5. Autocontrol de movimientos fetales, controles obstétricos: D.U. L.F.  
c/ 2 horas
6. Control de P/A c/ 2 horas
7. Reevaluación con resultados.

**10 de abril del 2017 01:55 horas**

NST No Reactivo, 01 DIP variable leve. Línea Base 128 x minuto.

**Plan:**

1. Monitoreo electrónico fetal permanente.
2. Insistir en resultados de laboratorio.  
Se solicita pruebas cruzadas 01 paquete globular, 03 plasma.

**10 de abril del 2017 03:10 horas**

Resultados de laboratorio:

Plaquetas : 132,000/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina : 8.1 gr/dl  
TGO : 446 U/L  
DHL : 1048  
FCF : 150 por minuto

Paciente muy quejumbrosa.

**Diagnóstico: D/ HELLP parcial**

**Plan : cesárea**

**RP.**

1. NPO
2. Tramitar sala de operaciones
3. Monitoreo electrónico permanente hasta ingreso a sala de operaciones

Se solicita 02 paquetes globulares

**10 de abril del 2017 04:30 horas**

Parto abdominal

RN vivo varón, 2600 gr.

EG. 37 semanas

Apgar 7 al minuto y 9 los 5 minutos.

Líquido amniótico claro

## **REPORTE OPERATORIO**

### **Diagnostico pre operatorio:**

1. Multigesta de 35 5/7 semanas por ecografía
2. THE d/pre eclampsia severa
3. Síndrome de HELLP parcial
4. Compromiso del bienestar fetal: oligoamnios severo + redistribución del flujo.

### **Diagnostico post operatorio:**

1. El mismo
2. Hematoma subcapsular hepático gigante

Operación realizada: cesárea + revisión de cavidad

abdominal + colocación de dren laminar.

### **Hallazgos:**

1. Recién nacido vivo varón
2. Placenta normoinserta
3. Líquido amniótico
4. Hematoma subcapsular hepático gigante a tensión, que compromete todo el lóbulo derecho y parte del izquierdo, en segmentos IV, V, VI, VII, VIII. sin evidencia de sangrado activo.
5. Vesícula biliar sin signos de agudeza.
6. Hemoperitoneo: 400 cc.
7. sangrado total 600 cc.

Se transfunde paquete globular 900 cc.

**10 de abril del 2017 09:00 horas**

Paciente ingresa a SCEP, procedente de sala de recuperación.

post operada de 4 horas por síndrome hellp. hematoma subcapsular hepático.

**10 de abril del 2017 11:00 horas**

Paciente agitada muy quejumbrosa, refiere dolor en espalda y en hombro izquierdo. Palidez marcada en piel y mucosas P/A: 150/100 mm hg.

**RP.**

1. DEXTROSA 5% AD 1000 cc. + Hipersodio 2 amp. + oxitocina 20 UI + 4 gr. de Sulfato de Magnesio
2. Tramal 50 mg. En dextrosa 200 cc. EV
3. Nifedipino 10 mg. V.O.

**10 de abril del 2017 13:00 horas**

**INTERCONSULTA A SERVICIO DE CIRUGÍA**

Se cambia apósitos, no sangrado activo. P/A: 120/90 mm hg.  
Pulso: 128 por minuto. Diuresis 25 cc /hora

Se transfunde 3er. paquete globular.

TGO: 492 U/L TGP: 766 U/L

Plaquetas 150,000 /mm<sup>3</sup> Hcto: 32%

**10 de abril del 2017 17:00 horas**

**Paciente pasa a UCI**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**10 de abril del 2017 18:00 horas**

Paciente en AREG, REN, REH, despierta, obedece órdenes simples.

P.A. 110/70 mmhg. F.C. 89 x minuto R. 18 x minuto

Saturación de O<sub>2</sub> 100%

Hemodinámicamente estable, sin vasopresores, ventila espontáneamente, O2 con cánula binasal. Murmullo vesicular disminuido en hemitorax izquierdo, no ronquidos, flujo urinario disminuido.

Abdomen blando, depresible, RHA disminuidos, dren laminar sin evidencia de sangrado activo. Útero contraído, debajo de C.U. Ictericia +/+++

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

1. Post operada de primer día. Cesárea + colocación de dren laminar
2. hematoma subcapsular gigante
3. Insuficiencia respiratoria tipo I. O2 suplementario
4. Acidosis metabólica compensada
5. Síndrome HELLP parcial

### **PLAN**

1. Monitoreo hepatológico
2. Antibióticos profiláctico
3. Analgesia

### **10 de abril del 2017 22:30 horas**

P.A. 140/80 F.C. 95 x minuto R. 20 x minuto Sat. O2 97%

Plaquetas 74,000 x mm<sup>3</sup>

Hematocrito 33% (muestra tomada durante 4ta. transfusión sanguínea)

TGO/TPG No hay reactivos

TAC Abdominal Hematoma Subcapsular Hepático, impresiona ruptura de cápsula de Glisson por discreto



sangrado abdominal.

Probabilidad de intervención quirúrgica. Se solicitan exámenes de control.

**11 de abril del 2017 00:00 horas**

P.A. 139/89 mmhg F.C.118 x minuto R. 34 x minuto Sat. O2 99%

Paciente hemodinámicamente estable, leve disnea al hablar, O2 CBN

Evolución estacionaria

Se solicita TAC y exámenes de laboratorio.

**11 de abril del 2017 03:00 horas**

P.A. 130/80 mmhg F.C.110 x minuto R. 30 x minuto Sat. O2 99%

Leve disnea al hablar, O2 CBN

Evolución estacionaria.

**11 de abril del 2017 08:00 horas**

P.A. 110 /60 mmhg F.C.115 x minuto R. 28 x minuto T° 36.5° C Sat.  
O2 99%

Paciente taquicárdica, continua con O2 CBN 2 lt x minuto, leve disnea al hablar.

Abdomen: dolor en hipocondrio derecho, drenaje laminar sanguinolento oscuro.

Plaquetas 60,000 x mm3 Hb 9.8 gr/dl

Evolución estacionaria.

**Rp.**

1. Cobertura antibiótica

2. Analgesia

Se solicita exámenes de laboratorio.

**11 de abril del 2017 12:00 horas**

P.A. 110 /70 mmhg F.C.108 x minuto R. 26 x minuto T° 36.3° C Sat.  
O2 98%

Paciente taquicárdica, continua con O2 CBN 2 lt x minuto, leve disnea al hablar.

Abdomen: dolor en hipocondrio derecho, drenaje laminar sanguinolento oscuro.  
Evolución estacionaria.

**11 de abril del 2017 20:00 horas**

P.A. 120 /80 mmhg F.C.110 x minuto R. 26 x minuto T° 36.3° C Sat.  
O2 98%

Paciente continua con O2 CBN 2 Lt x minuto, leve disnea al hablar.

Abdomen: dolor en hipocondrio derecho. Evolución estacionaria

**12 de abril del 2017 04:00 horas**

P.A. 130 /80 mmhg F.C.112 x minuto R. 28 x minuto T° 36.6° C  
Sat. O2 98%

Paciente continua con O2 CBN 2 lt x minuto, leve disnea al hablar.

Evolución estacionaria

**12 de abril del 2017 08:00 horas**

P.A. 138 /86 F.C.115 x minuto R. 30 x minuto T° 36.6° C  
Sat. O2 98%

Paciente hemodinámicamente estable, con tendencia a la hipertensión, continua con O2 CBN 3 Lt x minuto, leve disnea al hablar. Abdomen con dren laminar sin sangrado activo.

TAC de control: se evidencia derrame pleural + atelectasia bilateral  
evolución estacionaria.

**Rp.**

1. COBERTURA ATB
  2. ANALGESIA
- Ss. Exámenes de laboratorio.

**12 de abril del 2017 20:00 horas**

P.A.M 100 mmhg F.C.120 x minuto

Tendencia a la taquicardia y taquipnea. Abdomen distendido, dolor en hipocondrio derecho.

**13 de abril del 2017 08:30 horas**

P.A. 140 /95 mmhg F.C.112 x minuto R. 32 x minuto T° 36.6° c  
Sat. O2 96%

Paciente con evolución estacionaria, persiste HTA, taquicardia y taquipnea, dolor en hipocondrio derecho.

TAC: hematoma subcapsular evolutivo, áreas de necrosis hepática.

**13 de abril del 2017 20:00 horas**

P.A. 142 /76 mmhg F.C.96 x minuto

R. 20 x minuto T° 37.1° C Sat. O2 100%

Dolor a la inspiración en hipocondrio derecho, que cede a los analgésicos.

Abdomen blando depresible, apósitos secos.

**14 de abril del 2017 09:00 horas**

Abdomen no distendido, sangrado no activo por dren 550 ml.,

No caída de Hcto.

TAC: no progresión de hematoma. Paciente pasa a SCEP.

**SALA DE CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES**

**Diagnostico:**

1. Post cesárea de 4 días.
2. Síndrome HELLP
3. Hematoma subcapsular hepático

**Rp.**

1. Dieta banda + LAV
2. Reposo absoluto
3. Cefepime 1 gr. EV C/8 horas
4. Tramadol 50 mg. EV C/dolor
5. Control de P.A. y F.C. C/4 horas
6. Control de drenaje.

Resultados de laboratorio:

Hb : 9.3 gr/dl leve incremento

TGO/TGP: 135/300 UI/L disminución en relación a control anterior

Plaquetas: 80,000 X mm<sup>3</sup> aumento en relación a control anterior

**15 y 16 de abril 2017**

Paciente hemodinámicamente estable. Continúa con las mismas indicaciones.

Evolución levemente favorable.

**16 de abril del 2017**

**INTERCONSULTA A CIRUGÍA**

**Sugerencias:**

1. Continuar controles de Hb.
2. Reposo absoluto
3. Monitoreo de F.V.
4. Control TAC en 15 días

**17 de abril del 2017**

Paciente hemodinámicamente estable.

Continúa con las mismas indicaciones.

Evolución levemente favorable.

**18 de abril 2017**

Paciente refiere angustia por tiempo de permanencia en el hospital, refiere inapetencia e insomnio.

Hemodinámicamente estable.

P.A. 110 /80 mmhg      F.C.98 x minuto

R. 16 x minuto              T° 36.6° C

**Diagnóstico**

1. Post cesárea de 10 días por Síndrome HELLP
2. Hematoma subcapsular hepático
3. Síndrome ansioso

**RP.**

Se agrega a indicaciones:

1. Simeticona 30 gts. D/A/C
2. Diazepam 1 Amp. IM Stat.
3. Alprazolam 1 Tab. en la noche.
4. Interconsulta a psiquiatría

**19 de abril del 2017**

Paciente hemodinámicamente estable.

P.A. 110 /70 mmhg      F.C.92 x minuto

R. 18 x minuto              T° 36.5° C

**Diagnóstico**

1. Post cesárea de 11 días por Síndrome HELLP
2. Hematoma subcapsular hepático

**20 de abril del 2017**

Paciente hemodinámicamente estable.

P.A. 110 /70 mmhg      F.C.90 x minuto

R. 18 x minuto              T° 36.5° C

Paciente en reposo absoluto, continua en SCEP

Con tratamiento antibiótico y analgésicos.

**21 de abril 2017**

P.A. 110 /70 mmhg      F.C.88 x minuto

R. 16 x minuto              T° 36.8° C

Paciente en reposo absoluto, continua en SCEP

Hemodinámicamente estable

Con tratamiento antibiótico y analgésicos.

### **22 de abril del 2017**

### **INTERCONSULTA A CIRUGÍA**

**Sugerencias:** TAC de control

Perfil hepático y de coagulación

Retirar drenaje

### **23 de abril del 2017**

Se retira Dren Pen Rose y puntos de cesárea.

No signos de flogosis.

### **24 de abril del 2017**

TAC de control: hematoma sin variación respecto a TAC anterior

### **INTERCONSULTA A CIRUGÍA**

**Sugerencias:**

1. Mantener reposo en cama
2. Tratar estreñimiento

### **25 de abril del 2017**

P.A. 110 /70 mmhg      F.C.88 x minuto

R. 18 x minuto              T° 36.5° C

Paciente hemodinámicamente estable, permanece en reposo en cama, tolera dieta completa, más tranquila emocionalmente.

**26. 27 de abril 2017**

Paciente hemodinámicamente estable, permanece en reposo en cama, tolera dieta completa.

**28 de abril 2017**

Paciente con signos de flogosis en herida operatoria, se drena secreción seropurulenta.

**DIAGNOSTICO**

1. Post cesárea de 18 días
2. Síndrome HELLP en remisión
3. Hematoma subcapsular hepático
4. Infección de herida operatoria

**RP.**

1. Continúa con las mismas indicaciones
2. Curación de herida operatoria
3. Reposo relativo

**29 de abril del 2017**

Continúa con las mismas indicaciones

**RP.**

1. Continúa con las mismas indicaciones
2. Curación de herida operatoria
3. Reposo relativo



**30 de abril del 2017**

Paciente hemodinámicamente estable. Funciones vitales estables. Se moviliza sin dificultad. Asintomática. Evolución favorable.

**Diagnostico**

1. Post operada de 20 dias
2. Síndrome hellp en remisión
3. Hematoma subcapsular hepático en remisión

**RP.**

ALTA HOSPITALARIA

Cita por Consultorio Externo en una semana

**CUADRO RESUMEN RESULTADOS DE LABORATORIO Y  
TOMOGRAFIAS**

<b>FECHA</b>	<b>09 abril 11:00 h</b>	<b>10 abril 03.00 h</b>	<b>10 abril 13.00 h</b>	<b>10 abril 22.30 h</b>	<b>11 abril 22.30 h</b>	<b>12 abril</b>	<b>13 Abril</b>
<b>UNIDAD</b>	<b>EMERG</b>	<b>PRE QX.</b>	<b>SCEP</b>	<b>UCI</b>	<b>UCI</b>	<b>UCI</b>	<b>UCI</b>
<b>HB (gr/dl)</b>		<b>8.1</b>			<b>9.8</b>		<b>9.1</b>
<b>HCTO (%)</b>	<b>21%</b>		<b>32%</b>	<b>33%</b>			
<b>TGO (IU/L)</b>	<b>211</b>	<b>446</b>	<b>472</b>	<b>NO HAY REACTIVO</b>			<b>135</b>
<b>TGP (UI/L)</b>	<b>209</b>		<b>766</b>	<b>NO HAY REACTIVO</b>			<b>300</b>
<b>PLAQUETAS (mm3)</b>	<b>176,000</b>	<b>132,000</b>	<b>105,000</b>	<b>74,000</b>	<b>60,000</b>		<b>80,000</b>
<b>LDH (UI/L)</b>		<b>1048</b>			<b>843</b>		
<b>BILIRRUBIN A TOTAL</b>		<b>1.5</b>	<b>1.8</b>	<b>1.6</b>			<b>0.77</b>
<b>TAC ABDOMINAL CONTROL DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO</b>				<b>IMPRESIONA RUPTURA CAPSULAR. DISCRETO SANGRADO EN CAVIDAD</b>		<b>EVIDENCIA DERRAME PLEURAL + ATELECTA- SIA BILATERAL</b>	<b>AREA DE NECROSIS HEPATICA HEMATOMA SIN VARIACION</b>

**CUADRO RESUMEN RESULTADOS DE LABORATORIO Y  
TOMOGRAFIAS**

<b>FECHA</b>	<b>14 abril</b>	<b>15 abril</b>	<b>16 abril</b>	<b>17 abril</b>	<b>18 abril</b>	<b>22 abril</b>	<b>24 Abril</b>
<b>UNIDAD</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>	<b>SCEP</b>
<b>HB (gr/dl)</b>	<b>9.3</b>	<b>9.6</b>	<b>9.3</b>	<b>9.4</b>	<b>9.7</b>	<b>9.5</b>	
<b>HCTO (%)</b>							
<b>TGO (IU/L)</b>					<b>66</b>	<b>47</b>	<b>30</b>
<b>TGP (UI/L)</b>	<b>140</b>				<b>47</b>	<b>66</b>	<b>19</b>
<b>PLAQUETAS (mm<sup>3</sup>)</b>	<b>256,000</b>			<b>256,000</b>	<b>492,000</b>	<b>518,000</b>	
<b>LDH (UI/L)</b>	<b>720</b>						
<b>BILIRRUBINA TOTAL</b>					<b>1.2</b>	<b>1.2</b>	<b>1.2</b>
<b>TAC ABDOMINAL CONTROL DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO</b>							<b>HEMATOMA ESTABLE SIN VARIACION DE TAMAÑO</b>



**SALA DE CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES**

**10 de abril del 2017 13:00 horas**

**Post operada de 6 horas por Síndrome HELLP. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO.**

**TRANFUSION SANGUINEA: tercer paquete globular.**



**SALA DE CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES**

**10 de abril del 2015 22:30 horas**

**Post operada de 17 horas por Síndrome HELLP. Hematoma subcapsular hepático.**

**TAC ABDOMINAL Hematoma Subcapsular Hepático, impresiona ruptura de capsula de Glisson por discreto sangrado abdominal.**



**SALA DE CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES**

**24 de abril del 2017      08:00 horas**

**Post operada de 14 días.**

**Síndrome HELLP, hematoma subcapsular hepático.**

**hemodinámicamente estable.**



**SALA DE CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES**

**30 de abril del 2017 12:00 horas**

**Post operada de 20 días. Síndrome HELLP, hematoma subcapsular hepático.**

**Evolución favorable. Alta hospitalaria**

#### D. EPICRISIS

**Fecha ingreso** : 09 de abril del 2017 Hora: 09:45 horas

**Anamnesis** : Gestante de 35 años, G5P3013 de 35 4/7  
ecografía del III trimestre. Refiere dolor abdominal. Antecedente colecistitis crónica.

**Examen clínico** : P/A 150/100 mmhg Pulso 78 x' T: 37.5°C  
R: 20 x' Reflejos ++ edemas + fascies pálidas.  
Estado de conciencia: LOTEPE. Corazón y pulmones normales. Abdomen: Dolor moderado en hipocondrio derecho. AU: 32 cm. Feto en LCD FCF: 150 x' TV. Diferido SV (-) LA (-)

**Diagnostico** : Multigesta de 35 4/7 semanas por ecografía del III trimestre. No labor de parto. Trastorno hipertensivo del embarazo. Síndrome HELLP. Hematoma subcapsular hepático.

**Manejo y Terapéutica:** Exámenes de laboratorio. Test no estresante.  
Perfil biofísico fetal. Manejo de pre eclampsia severa. Tomografías seriadas. Transfusión sanguínea. Cesárea. Manejo en UCI y en SCEP.

**Evolución** : Favorable **Pronóstico:** Bueno

**Fecha de Egreso** : 30 de abril del 2017



## **CAPITULO III**

### **3.1 CONCLUSIONES**

- En la revisión del caso presentado, se observa que hubo un retraso en su diagnóstico y manejo pues se confundió inicialmente el diagnóstico con un cuadro de colecistitis crónica reagudizada, evidenciándose el hematoma subcapsular hepático como hallazgo intraoperatorio. Se manejó el caso con transfusiones de hemoderivados, conducta conservadora y expectante del hematoma, no siendo necesaria cirugía hepática. Se realizó monitoreo estricto de funciones vitales. Se realizó seguimiento de evolución del hematoma subcapsular hepático con tomografía axial computarizada seriada. Se realizó seguimiento de Síndrome HELLP con exámenes seriados de laboratorio. Si bien fue necesario el manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en la Sala de Cuidados Especiales Perinatales (SCEP), su evolución aunque tórpida fue satisfactoria. Afortunadamente, no hubo muerte materna ni perinatal.
  
- El profesional de Obstetricia tiene participación activa en el manejo del caso: Acompañamiento y participación en la visita médica, durante los turnos mañana tarde y noche, reportando al equipo

médico de la visita el estado actual de la paciente, y los resultados de las pruebas solicitadas. Trámite y recepción de exámenes de laboratorio, ecografías, TAC, otros. Evaluación por turnos, estado general, monitoreo de funciones vitales. Manejo de fluidos y transfusión sanguínea. Administración de tratamiento EV, Control de diuresis, balance hídrico. Apoyo emocional.



### **3.2 RECOMENDACIONES. PROPUESTAS DE MEJORA**

Como especialista en Emergencias Obstetricas, Alto Riesgo y Cuidados críticos maternos, mi trabajo asistencial y docente se verá potenciado por la actualización recibida, la cual ya está siendo vertida hacia mis pares Obstetras y hacia los alumnos de Obstetricia.

## 1. DOCENCIA UNIVERSITARIA Semestre 2017- I

- Escuelas de Obstetricia de Universidad Nacional y Privada.

Asignaturas: Obstetricia II, Obstetricia III. Introducción a la vigilancia materno fetal.

2. Curso Taller de Capacitacion para el fortalecimiento de las competencias y desarrollo de habilidades clínicas para la atención de las emergencias Obstetricas, dirigido a obstetras de las instituciones prestadoras de Salud del Primer Nivel de Atención de la región Lima Provincias. Mayo 2017.

### PROGRAMACION PRIMER DIA

08:00 – 08:30	Inscripción. Distribución de materiales
08:30 – 09:00	Apertura y bienvenida. PRE TEST.
09:00 – 09:45	Situación Nacional de la Salud Materna en el Peru
09:45 – 10:00	Video: Por que murió la señora X
10:00 – 10:15	Refrigerio
10:15 – 11:00	La hora de Oro en las emergencias Obstetricas
11:00 - 11:45	CLAVE AZUL.
11:45 - 13:00	Taller: Revisión de casos clínicos
13:00 – 14:00	Almuerzo
14:00 – 14:30	Videos Muerte Materna
14:30 – 15:15	CLAVE AMARILLA. Sepsis Obstétrica.
15:15 – 16:30	Taller: Revisión de casos clínicos
16:45 – 17:00	Entrega de notas de Pre Test

### SEGUNDO DIA

08:30 – 09:15	CLAVE ROJA. Compresión uterina bimanual externa e interna. Compresión de aorta abdominal. Extracción manual de placenta. Revisión del canal del parto. Técnica Zea.
09:15 – 10:00	Taller: Revisión de casos clínicos
10:00 – 11:00	Taller: Demostración en maquetas
11:00 – 11:30	Recomendaciones seguridad del paciente. Bioseguridad.
11:30 – 13:30	Taller: Vía EV segura
13:30 – 14:30	Almuerzo
14:30 – 15:00	Evaluación de satisfacción del Curso. Post Test.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Labarca, L., Urdaneta, J., González, M., Contreras, A., Baabel, N., Fernández, M., Lorena, M. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas. Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. (2016) Revista de Ginecología y Obstetricia, 2016. 81(3), 194-20
2. García, C. Complicaciones maternas y tratamiento perioperatorio de la preeclampsia grave en un Hospital Universitario de Nivel III. Madrid, España (2015)
3. Berrios, M. Síndrome de HELLP en pacientes con pre eclampsia severa. (2015) Guatemala.
4. Jiménez, Y., Roura, J., Caveda, O., & Arévalo, C. Síndrome de HELLP en una Unidad de cuidados intensivos. (2014). Revista Archivo Medico de Camaguey, 18(5).
5. Motte, P. Frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos del HGO del IMIEM. Tesis especialidad ginecología y obstetricia. (2013). Toluca. Mexico.
6. Solís, M. Complicaciones clínicas en las gestantes con pre eclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, enero 2013 - julio 2014. Lima.
7. Osorio, J. Factores de riesgo para desarrollo de síndrome HELLP. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Tesis de médico cirujano, (2015). Huánuco.
8. Ponce, E. Factores de riesgo maternos para síndrome HELLP en preeclámpticas severas. Tesis Título Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, (2014) Lima.

9. Quispe, R., Quispe, J., & Zegarra, P. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú. Ica. (2014). *Revista Médica Panacea*, 4(1), 3-7.
10. Benites-Cóndor, Y., Bazán-Ruiz, S., & Valladares-Garrido, D. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. (2011). *CIMEL*, 16(2), 77-82.
11. Franco-Sansaloni, A .; Vizcaíno-Torres, J .; Estelles-Morant, D .; Villar-Graullera, E .; Serrano-Fernández, JA. Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. (2017). *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 85, 6 - 12.
12. Reece, A., & Hobbins, J. (2010). *Obstetricia Clinica*. España.
13. Mussons, V. C. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. (2008) *Protocolo Instituto Clínico de Ginecología , Obstetricia y Neonatología*. Barcelona.
14. Villanueva, L., & Collado, S. Conceptos actuales sobre la preeclampsia eclampsia. (2007). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50(2), 57-61.
15. Malvino, E. Pre eclampsia grave y eclampsia. (2011). Buenos Aires.
16. Paulino, V. Síndrome HELLP. . (2015) *Revista de Gineco Obstetricia de México*, 48-57.
17. Cabero, D. & Rodriguez, S. *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Medica panamericana. (2007) Madrid, España:
18. Guevara, R., & Santibañez, M Manejo de la Pre eclampsia Eclampsia en el Perú. . (2014) *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, 60(4).
19. Nogales, A., Blanco, M., & Calvo, E. Síndrome HELLP en atención primaria. (2016) *Revista Medicina General y de Familia*, 5(2), 64-67.
20. DeCherney, A. (2014). *Diagnostico y tratamiento gineco obstétricos* (11a ed.). México (2014).

21. Sepulveda-Martinez, C. Actualización en el diagnóstico y manejo del daño hepático agudo grave en el embarazo. (2015).
22. Gracia, P. Síndrome HELLP. . (2015). Revista de Ginecología y Obstetricia, 48-57.
23. Cararach, R. Pre eclampsia. Eclampsia y Síndrome HELLP. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. (2008) 142-143. España.
24. Martínez, A., & Arvizu, B. Rotura hepática espontánea en el síndrome HELLP. (2010). Progresos de Obstetricia y Ginecología, 194-197.
25. Vera M. Pérez C. Lattus O. Barrera C. Campaña V., Kattan M., Papic V. Rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome HELLP: manejo y tratamiento con taponamiento intraabdominal temporal de compresas. (2004). Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, 319-327.
26. Espinosa, A. Morbimortalidad materna asociada a ruptura o hematoma subcapsular por pre eclampsia eclampsia y síndrome HELLP. (2010). Investigación Materno Infantil, II(2), 51-55.
27. Hernandez-Pacheco. Medicina crítica y terapia intensiva. (2007). Librería Internacional. Argentina.