

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

**CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DEL  
SÍNDROME DE HELLP EN EL HOSPITAL  
DE LIMA ESTE - VITARTE**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**Presentado por:**

**Lic. Obst. Maria Tatiana Merejildo Acevedo**

**Lic. Obst. Celia Elizabeth Camizan Majuan**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

**Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas**

**TACNA – PERÚ**

**2025**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DEL  
SÍNDROME DE HELLP EN EL HOSPITAL  
DE LIMA ESTE-VITARTE

## TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Maria Tatiana Merejildo Acevedo

Lic. Obst. Celia Elizabeth Camizan Majuan

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:  
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

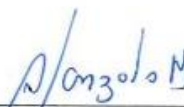
Aprobadas por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal  
Presidenta



Mtra. Jackeline Rosemary Flores Flores  
Secretaria



Mg. Ana Mariela Gonzales Melchor  
Vocal



Mg. Ana Mariela Gonzales Melchor  
Asesora



**CERTIFICADO DE SIMILITUD**

Yo, **Mg. Ana Mariela Gonzales Melchor**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 184-2024-SEP/FACS-UNJBG del 22 de octubre de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HELLP EN EL HOSPITAL DE LIMA ESTE-VITARTE**, presentado por la Lic. Obst. Maria Tatiana Merejildo Acevedo y la Lic. Obst. Celia Elizabeth Camizan Majuan. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 03 de diciembre de 2025.

FIRMA ASESORA  
Nombres y Apellidos: Ana Mariela Gonzales Melchor  
DNI: 00432396



Huella dactilar

FIRMA AUTORA  
Nombres y Apellidos: Maria Tatiana Merejildo Acevedo



Huella dactilar

FIRMA AUTORA  
Nombres y Apellidos: Celia Elizabeth Camizan Majuan



Huella dactilar

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Universidad Jorge Basadre Grohmann por la oportunidad y esmero en la enseñanza que nos brindó para realizar la especialidad

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, que han sido el soporte y motivación para cada reto asumido

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
RESUMEN .....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1. Descripción del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Justificación e importancia.....	5
1.4. Objetivo .....	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivo Específicos .....	6
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL .....	7
2.1. Patología del caso clínico .....	7
2.2. Definición.....	7
2.3. Clasificación .....	8
2.4. Incidencia .....	9
2.5. Etiología.....	10
2.6. Factores de Riesgo.....	10
2.7. Fisiopatología .....	11
2.8. Formas Clínicas.....	12
2.9. Exámenes auxiliares.....	13
2.10. Tratamiento .....	14
2.11. Complicaciones.....	17
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	19

Historia clínica .....	19
3.1. Anamnesis .....	19
3.1.1. Filiación .....	19
3.1.2. Enfermedad Actual .....	19
3.1.3. Antecedentes:.....	29
3.2 Examen Físico.....	21
3.3. Impresión Diagnóstica.....	22
3.4. Tratamiento y evolución.....	22
3.5. Exámenes auxiliares .....	44
3.6. Epicrisis.....	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

## ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Pág.

Ilustración N° 1	Ecografía abdominal obstétrica del 06/08/23.....	49
Ilustración N°2	Ecografía abdominal superior del 06/08/23 .....	49
Ilustración N° 3	Laboratorio: Bioquímica 06/08/23 - 16:21 hr.....	50
Ilustración N° 4	Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 18:11 hr .....	50
Ilustración N° 5	Laboratorio: Uroanálisis 06/08/23 - 18:02 hr.....	51
Ilustración N° 6	Laboratorio: Bioquímica 06/08/23 - 18:11 hr.....	51
Ilustración N° 7	Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 18:16 hr .....	51
Ilustración N°8	Laboratorio: Bioquímica: 06/08/23 - 21:51 hr.....	51
Ilustración N° 9	Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 22:08 hr .....	52
Ilustración N° 10	Laboratorio de Bioquímica 06/08/23 - 22:15 hr.....	52
Ilustración N° 11	Laboratorio: Bioquímica 07/08/23 – 05:13hr.....	52
Ilustración N° 12	Laboratorio: Hematología y hemostasia 07/08/23 – 05:29 hr .....	53
Ilustración N° 13	Laboratorio: Bioquímica 07/08/23 – 05:36 hr .....	53
Ilustración N° 14	Laboratorio: Bioquímica 08/08/23 – 06:17 hr .....	54
Ilustración N° 15	Laboratorio: Bioquímica 08/08/23 – 06:35 hr .....	54
Ilustración N° 16	Laboratorio: Hematología y hemostasia 09/08/23 – 05:52 hr .....	55
Ilustración N° 17	Laboratorio: Bioquímica 09/08/23 – 06:03 hr.....	55
Ilustración N° 18	Laboratorio: Bioquímica 09/08/23 – 06:12 hr .....	56
Ilustración N° 19	Laboratorio: Hematología y hemostasia 10/08/23 – 05:21hr .....	56
Ilustración N° 20	Laboratorio: Bioquímica 10/08/23 – 05:21 hr.....	57
Ilustración N° 21	Laboratorio: Microbiología 10/08/23 – 16:08 hr .....	57
Ilustración N° 22	Laboratorio: Hematología y hemostasia 11/08/23 05:44 hr .....	58
Ilustración N° 23	Laboratorio: Bioquímica 11/08/23 – 05:58 hr .....	58
Ilustración N° 24	Laboratorio: Inmunología 11/08/23 – 06:17 hr.....	59
Ilustración N° 25	Laboratorio: Bioquímica 12/08/23 – 07:46 hr.....	60

Ilustración N° 26	Laboratorio: Bioquímica 12/08/23 – 12:29 hr.....	60
Ilustración N° 27	Laboratorio: Hematología 13/08/23 – 10:03 hr .....	60
Ilustración N° 28	Laboratorio: Bioquímica 13/08/23 – 10:52 hr.....	60

## ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

Cuadro N° 1	Trastornos Hipertensivos en el Embarazo .....	9
Cuadro N° 2	Factores de Riesgo para trastornos hipertensivo en la gestación .....	11

## RESUMEN

**Objetivo:** Revisar la conducta diagnóstica y tratamiento de una gestante con síndrome de HELLP en el Hospital de Lima Este Vitarte.

**Método:** Se analizó el planteamiento del problema, aplicando protocolos nacionales y categorizándolo con el CIE-10, con revisión de la historia clínica, exámenes de laboratorio, ecografía y seguimiento de la evolución clínica, permitiendo una intervención oportuna (cesárea de emergencia, manejo de hemorragias y cuidados en UCI) en el caso.

**Resultado:** Se logró la estabilización y evolución favorable de la paciente, con normalización de parámetros y resolución del síndrome de HELLP.

**Conclusiones:** La detección temprana y manejo estandarizado, junto con la capacitación del personal de salud, reducen la morbimortalidad materna.

**Palabras clave:** HELLP, preeclampsia severa, protocolos, cesárea, UCI.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To review the diagnostic conduct and treatment of a pregnant woman with HELLP syndrome at the Lima Este Vitarte Hospital.

**Method:** The problem statement was analyzed, applying national protocols and categorize in ICD-10, with review of the clinical history, laboratory tests, ultrasound and monitoring of clinical evolution, allowing timely intervention (emergency cesarean section, management of hemorrhages and ICU care).

**Result:** Stabilization and favorable evolution of the patient was achieved, with normalization of parameters and resolution of the syndrome.

**Conclusions:** Early detection and standardized management, together with staff training, reduce maternal morbidity and mortality.

**Keywords:** HELLP, severe preeclampsia, protocols, cesarean section, ICU.

## INTRODUCCIÓN

Síndrome de HELLP, es una complicación grave y potencialmente letal de la preeclampsia severa. Este síndrome, caracterizado por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia, constituye un desafío clínico de gran importancia, ya que su pronta identificación y tratamiento son fundamentales para reducir la morbimortalidad materna y perinatal.(1)

La relevancia del tema se evidencia en la alta incidencia de complicaciones obstétricas, en las cuales las hemorragias y los trastornos hipertensivos se posicionan como las principales causas de muerte materna. Estadísticas recientes muestran que las hemorragias obstétricas representan aproximadamente el 23% de los casos, seguidas de cerca por los trastornos hipertensivos (15,9%), lo que subraya la necesidad de estrategias de intervención temprana y efectivas(2–4). En este contexto, la clasificación de las patologías a través del sistema CIE-10 resulta esencial para estandarizar la codificación y la vigilancia epidemiológica, permitiendo generar datos fidedignos que contribuyan a la mejora de la atención en salud.

La formulación del problema se orienta hacia la identificación de los factores de riesgo que afectan el proceso de atención prenatal, tanto en el desempeño del personal de salud como en la educación de la gestante y su familia para el reconocimiento temprano de emergencias obstétricas. Se destaca la importancia de contar con servicios de emergencia debidamente

equipados y personal capacitado, lo cual es determinante para una respuesta oportuna ante situaciones críticas. La implementación de protocolos y normativas vigentes en el manejo de la preeclampsia y sus complicaciones, incluyendo el Síndrome de HELLP, es indispensable para garantizar una atención sistematizada y basada en evidencia.(5–7)

En este sentido, el presente estudio se justifica en la necesidad de revisar y evaluar la conducta diagnóstica y terapéutica aplicada a casos de gestantes con Síndrome de HELLP, con el objetivo de identificar áreas de mejora que permitan optimizar los resultados en salud materna y perinatal. La revisión de la atención en el Hospital de Lima Este Vitarte, mediante el análisis de casos clínicos y la comparación con las normativas actuales, contribuirá a establecer estrategias que refuercen la capacitación del personal y fortalezcan el sistema de vigilancia epidemiológica, en línea con los objetivos de desarrollo y salud pública.(8)

Esta introducción sienta las bases para el desarrollo del capítulo, en el cual se profundizará en la descripción del problema, su formulación, la justificación del estudio y la definición de objetivos generales y específicos, orientados a mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir la incidencia de complicaciones asociadas al Síndrome de HELLP.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del Problema**

El Síndrome de HELLP es una complicación grave de la preeclampsia severa, caracterizada por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Su manejo adecuado es crucial para reducir la morbimortalidad materna y perinatal.(1)

En el análisis de la mortalidad materna directa, los datos epidemiológicos actualizados a la semana 33 del 2024 son contundentes: la hemorragia obstétrica persiste como la principal causa con un 23% de los casos, seguida de cerca por los trastornos hipertensivos del embarazo, que representan el 15.9% (4). Esta última cifra es consistente con los reportes de alta complejidad, como el del Instituto Nacional Materno Perinatal, que hasta la semana 39 del 2024, sigue registrando una carga asistencial significativa por casos de preeclampsia severa y síndrome de HELLP (3). Estos datos subrayan la importancia de ambas patologías en nuestra práctica diaria de emergencia. En el Hospital de Lima Este Vitarte durante el año 2024 se presentaron 53 casos de preeclampsia severa y 6 casos de síndrome HELLP de una población de 3416 gestantes atendidas. Para los propósitos de este trabajo se clasifican las patologías según el CIE 10, para organizar los datos de manera estandarizada y fidedignos para la vigilancia epidemiológica de mortalidad materna.(2,9)

## **1.2. Formulación del Problema**

Identificar los factores de riesgo por parte del personal de salud que realiza la atención prenatal, además de educar a la gestante y familia para detectar de manera temprana las emergencias obstétricas, empoderando a la gestante para que tome la decisión de asistir a la emergencia de los hospitales, son acciones que en la mayoría de las oportunidades se dan en el primer nivel de atención.(10)

Contar con servicios de emergencia debidamente equipados y con personal de salud que desarrollen su actividades con empatía y debidamente capacitados con conocimientos actualizados es importante para responder de manera oportuna a esta demanda.(5,11)

La identificación de los diagnósticos presuntivos y definitivos, en los cuales se utilice el sistema de CIE 10 para su codificación, todo ello permite realizar el manejo de manera estandarizada y sistematizada debido que todo el personal que realice la atención conocerá el tratamiento a realizar a una gestante de 38 semanas por ecografía con Síndrome de HELLP y Hemorragia post parto. Estas son actividades que como especialistas de Emergencia Obstétricas debemos realizar acorde a la normativa y protocolos vigentes. Además, se evaluará la conducta diagnóstica detectada en el caso presentado a continuación, y se mostrará sí se realizó un adecuado tratamiento, plan e indicación respectiva.(6)

### **1.3. Justificación e importancia**

La justificación teórica se sustenta en que el Síndrome de HELLP, es una complicación grave de la preeclampsia severa que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para disminuir los indicadores de morbimortalidad materna y fetal.

Se notificaron 262 muertes maternas hasta la semana 52- 2023, en el sistema de vigilancia epidemiológica del CDC, esto representa la disminución de 10 % en comparación con el 2022, siendo las dos principales causas de muerte materna las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos.(2,9)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la mayoría de las muertes maternas cuya etiología sea la preeclampsia y la eclampsia son evitables con una atención oportuna, integral y eficaz a las mujeres gestantes, también incentiva a los decisores políticos que se promuevan mejores prácticas clínicas posibles para su tratamiento que impacten de manera óptima en la prevención y tratamiento en la atención de la salud para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (1)

La justificación científica se sustenta en el rol de la obstetra, que está capacitada para desempeñarse activamente frente a una emergencia de esta magnitud como parte del equipo multidisciplinario. La Obstetra especialista en Emergencias obstétricas debe tener las competencias para abordar las emergencias y disminuir las complicaciones maternas.

Esta patología está en investigación y por ello se debe usar la codificación CIE 10 para uniformizar diagnósticos y facilitar la investigación.

La justificación práctica se sustenta en resaltar la importancia del reconocimiento de los signos de alarma, una adecuada conducta diagnóstica, y evaluar el tratamiento. Todo ello nos permite identificar los puntos críticos y plantear instrumentos, actividades y/o flujos que serán parte del proceso de mejora continua para alternativas de buenas prácticas en la atención materna. Además, resalta la importancia de contar con infraestructura y capacidad resolutive para afrontar estas complicaciones y atender las referencias oportunamente.

#### **1.4. Objetivo**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la conducta diagnóstica y el tratamiento de Síndrome de HELLP en una gestante en el hospital de Lima Este Vitarte

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Evaluar que la conducta diagnóstica según protocolos este acorde a la normativa vigente del caso de gestante con Síndrome de HELLP en el Hospital de Lima Este Vitarte.
- Evaluar que el tratamiento este acorde a la normativa vigente en el caso de una gestante con Síndrome de HELLP en el Hospital de Lima Este Vitarte.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Patología del caso clínico**

El caso clínico analizado se refiere a un cuadro de Síndrome de HELLP, que es una complicación de la preeclampsia en una gestante a término atendida por Emergencia del Hospital de Lima Este Vitarte.

Esta patología está enmarcada dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo y aunque su origen está lleno de teorías, se sabe que produce cambios hemodinámicos anormales (vasoconstricción e hipercoagulabilidad) y placentación anormal por desequilibrio de factores angiogénicos y antiangiogénicos.

El Síndrome de HELLP es una complicación aguda que se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, Puede asociarse a rotura hepática espontánea, edema pulmonar, falla renal, CID, hemorragia cerebral, edema cerebral, amaurosis, emergencia hipertensiva, DPP, RCIU y óbito fetal (27)

#### **2.2. Definición**

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo se presentan en la gestante mayor de 20 semanas que cursa con presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y diastólica  $\geq 90$  mmHg, cuya toma se debe realizar en un intervalo mínimo de 4 horas, tomada en por lo menos 2 oportunidades

debidamente sentada y en reposo. En casos que la PA diastólica sea  $\geq 110$  mmHg no sería necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico, todo ello puede estar acompañado por signos clínicos como escotomas, tinnitus, cefalea frontal, dolor en el epigastrio, edemas, náuseas entre otros.(1)

Los criterios que indican la complejidad de la hipertensión inducida por el embarazo son la proteinuria después de las 20 semanas de gestación y la presencia de signos clínicos con mayor severidad, en gestante con diagnóstico de Preeclampsia.(12)

Un cuadro más severo es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en gestantes con preeclampsia, todo esto se define como Eclampsia. Ello va con presencia de daño de órgano blanco (pulmón, hígado, riñones y vista). (13). En el caso clínico, a la gestante se le diagnóstica Síndrome de HELLP post parto, aunque ingresa a sala de operaciones como una preeclampsia severa. La preeclampsia y la eclampsia. puede aparecer antes del parto, en el transcurso del mismo, y también en el puerperio. El significado del acrónimo HELLP en sus siglas en inglés representan la hemólisis, aumento de la enzimas hepáticas y niveles bajos de plaquetas.(14)

### **2.3. Clasificación**

A continuación, se presenta la clasificación de los trastornos hipertensivos en la gestación

## CUADRO N° 1 Trastornos Hipertensivos en el Embarazo

Hipertensión Gestacional (O13)
Preeclampsia (O14.9)
Preeclampsia leve (O14.9)
Preeclampsia Severa (O14.1)
Hipertensión Crónica (O16)
Hipertensión crónica más Pre eclampsia sobreagregada (O11)
Eclampsia (O15.9)
Síndrome HELLP (O14.2)

*Elaboración propia*

### 2.4. Incidencia

La hipertensión arterial afecta entre el 5 y el 10% de los embarazos a nivel mundial. En el Perú, la hipertensión inducida por el embarazo ha sido una de las principales causas de mortalidad materna (3)

Los trastornos hipertensivos del embarazo pueden incluir: Hipertensión gestacional, Pre eclampsia, Pre eclampsia severa, Eclampsia, Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada e Hipertensión crónica. (15)

La hipertensión arterial durante el embarazo puede causar complicaciones como: desprendimiento prematuro de placenta, restricción en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, problemas respiratorios y mayor riesgo de infección. La pre eclampsia es un trastorno hipertensivo que puede afectar a la madre y al feto. (16)

## **2.5. Etiología**

Su origen es aún desconocido. Por ello, se han propuesto más de veinte teorías que indican las causas de la pre eclampsia. En esta oportunidad presentaremos las tres más frecuentes:(17)

- Placentación insuficiente la cual estaría mediada por un trastorno inmunológico.
- Daño endotelial vascular, en el cual su principal causa sería el estrés oxidativo celular.
- Alteración del sistema de coagulación, con elevación de niveles de tromboxano (vasoconstrictor) y disminución de los niveles de prostaciclina (vasodilatador)(18)

## **2.6. Factores de Riesgo**

Se debe tener en cuenta que muchos de los factores de riesgo para desarrollar la preeclampsia son comunes para las enfermedades cardiovasculares. A continuación, se mencionan los principales:

## **CUADRO N° 2 Factores de Riesgo para trastornos hipertensivo en la gestación**

- Antecedentes de pre eclampsia en gestación anterior.
- Hipertensión arterial crónica
- Obesidad
- Enfermedades autoinmunes
- Diabetes mellitus
- Embarazos múltiples
- Antecedentes de Enfermedad Renal
- Edad materna mayor a 40 años

- Nuliparidad
- Gestación en multigestas con una nueva pareja sexual
- Depresión y la ansiedad
- Control prenatal inadecuado
- Intervalo internatal largo
- Antecedente de parto de recién nacido pequeño para la edad Gestacional.
- Antecedente de FIV

### **2.7. Fisiopatología**

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son un conjunto de condiciones que afectan la presión arterial y pueden ser una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal. (19)

La hipertensión durante el embarazo puede ser crónica o gestacional. La hipertensión crónica es cuando la presión arterial es alta antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. La hipertensión gestacional es cuando la presión arterial aparece después de las 20 semanas de gestación. (19,20)

Las fisiopatologías de estos trastornos incluyen la isquemia uteroplacentaria crónica, la respuesta inmunológica anormal, toxicidad de lipoproteínas de muy baja densidad, incremento de la apoptosis, procesos genéticos e inflamación exagerada de la madre al trofoblasto. (27)

Los cambios hemodinámicos de toda gestante se encuentran alterados con una mayor constricción vascular y una hipercoagulabilidad originada por el incremento de la trombina, fibrinógeno, proteína C activada y fibrinólisis.

A nivel de la placenta, fracasa el remodelamiento de la arteria espiral, lo que disminuye la perfusión uteroplacentaria. Asimismo, hay un desbalance entre los factores angiogénicos y antiangiogénicos. (27)

## **2.8. Formas Clínicas**

El Síndrome de HELLP es una complicación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente se asocia a la preeclampsia severa y la Eclampsia; sin embargo, también se ha observado en gestantes con hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada e incluso en gestantes con hipertensión gestacional. Es más frecuente en el tercer trimestre de la gestación. (28)

Las manifestaciones clínicas pueden ser: dolor en el cuadrante superior derecho, ictericia, náuseas, vómitos, cefalea, dolor en el hombro derecho y cuello, alteraciones visuales y hemorragias (28).

## **2.9. Exámenes auxiliares**

Los exámenes auxiliares para los trastornos hipertensivos en el embarazo pueden incluir:

Perfil de Preeclampsia(7)

- Hemograma completo
- Pruebas de función hepática: Transaminasas (TGO, TGP) y deshidrogenas láctica (DHL).
- Pruebas de función renal: Creatina y úrea.

Análisis de orina: Se puede realizar una prueba para detectar proteína en la orina. (21) Ecografía: Se puede realizar una ecografía para evaluar la anatomía fetal, crecimiento fetal, tamaño del feto, volumen de líquido amniótico, entre otros.(5,7,18)

Cardiotocografía: Se puede realizar una cardiotocografía en reposo para medir la frecuencia cardíaca del bebé. (5–7)

Perfil biofísico: Se puede realizar un perfil biofísico para vigilar al bebé.

Estudios Doppler: Se puede realizar un estudio Doppler para medir la circulación de la sangre del bebé. (5–7)

Además, se debe controlar la presión arterial y del peso de la madre.

## **2.10. Tratamiento**

En el presente documento se revisan las estrategias de prevención, tratamiento y conducción del embarazo en gestantes con estos trastornos hipertensivos del embarazo (THE), con especial énfasis en el caso de una paciente con síndrome de HELLP a las 38 semanas por ecografía en el Hospital de Lima Este Vitarte.

Las estrategias no farmacológicas

- **Modificación de la dieta:** Se recomienda una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y proteínas, evitando el exceso de sodio.
- **Control del peso:** La obesidad es un factor de riesgo; mantener un IMC adecuado puede reducir el riesgo de preeclampsia.
- **Actividad física moderada:** El ejercicio regular, como caminatas diarias, mejora la función endotelial y reduce la resistencia vascular.
- **Monitoreo de la presión arterial:** En mujeres con factores de riesgo, el control prenatal debe incluir mediciones regulares de la presión arterial y proteinuria. (26)

Las intervenciones suplementarias y farmacológicas que se puede realizar de manera temprana son las siguientes

Aspirina en dosis bajas: Se recomienda la administración de aspirina (81-150 mg/día) a partir de la semana 12 de gestación en mujeres con alto riesgo de pre eclampsia. (16)

Suplementación con calcio: En mujeres con ingesta deficitaria de calcio, la administración de 1.0-2.5 gr diarios de calcio reduce el riesgo de preeclampsia (27)

Antioxidantes (vitamina C, D y E): Aunque su uso ha sido estudiado, no se recomienda como estrategia efectiva para la prevención de la preeclampsia.

Heparina de bajo peso molecular (HBPM): En mujeres con antecedentes de trombofilia, el uso de HBPM podría contribuir a la prevención de complicaciones hipertensivas.(22)

El tratamiento farmacológico se da con antihipertensivos si la PA $\geq$  140/90 mmHg. El objetivo de usar antihipertensivos es mantener la presión arterial entre 130-140/80-90 mmHg.: (5–7-27)

- Metildopa: Fármaco de primera línea. Puede causar depresión materna.
- Labetalol: Contraindicado en asma y puede generar bradicardia e hipoglicemia neonatal.
- Nifedipino de 10mg y de 30 mg (acción prolongada). Utilizado en crisis hipertensivas. Contraindicado en estenosis aórtica.
- Hidralazina: Se reserva para emergencias hipertensivas.

- Sulfato de magnesio: Indicado en preeclampsia severa para la prevención de convulsiones.

#### Manejo de la Preeclampsia Severa y Eclampsia

- Sulfato de magnesio: Es el tratamiento de elección para prevenir y tratar convulsiones.
- Manejo del edema pulmonar: Se recomienda oxigenoterapia y diuréticos en casos seleccionados.
- Control de la presión arterial: Se debe mantener la PA en rangos adecuados para prevenir complicaciones maternas y fetales.

#### Manejo del Síndrome de HELLP y Conducción del Embarazo

- Interrupción inmediata: En gestantes >34 semanas o con deterioro materno-fetal, se indica finalización del embarazo. El monitoreo de la presión arterial, diuresis, saturación, frecuencia cardiaca materna y fetal, frecuencia respiratoria, reflejos y observación de signos premonitorios. Analítica de ingreso y de control hasta estabilización de parámetros.
- Manejo expectante: Entre 24 y 34 semanas, en casos seleccionados con estabilidad materno-fetal, se puede considerar el uso de corticoides para maduración pulmonar y el monitoreo materno fetal estricto. Analítica seriada, cardiotocografía y ecografía.

- **Transfusión de plaquetas:** En pacientes con recuento <50,000/mm<sup>3</sup> y parto inminente.
- **Soporte hemodinámico y cuidados intensivos:** En casos de disfunción multiorgánica, se requiere manejo en UCI.(27)

### **2.11. Complicaciones**

- **Rotura hepática:** La rotura hepática hemorrágica es quizás, la complicación con mayor mortalidad y de más rara aparición. Debe ser tratada por el equipo multidisciplinario en la UCI de manera oportuna y agresiva para mejorar el pronóstico y la supervivencia (23)
- **Hematoma subcapsular:** Es una complicación potencialmente mortal y de difícil manejo. Es frecuente que se manifieste en el lóbulo hepático derecho. Tiene manejo conservador que en la mayoría de casos requiere transfusión de componentes sanguíneos y analítica seriada. (21)
- **Edema pulmonar,** trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.(6)
- **Falla renal: de causa prerrenal o renal (necrosis tubular aguda) (27)**
- **Coagulación intravascular diseminada (27)**
- **Desprendimiento de placenta, hemorragias post parto y transfusiones masivas:** Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea. También se define por sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre. Disminución de hematocrito en más

del 10% y/o 2.9 gr % en la Hemoglobina y pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.(6) (1)

- **Riesgo de recurrencia:** Es entre el 5 y 52% y lleva consigo un mayor riesgo de parto pretérmino, óbito fetal y trastornos hipertensivos del embarazo (21)

Además, se ha encontrado que la preeclampsia y sus complicaciones tiene efectos a largo plazo para la madre y para el niño; pues, incrementa la susceptibilidad a la HTA, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad renal crónica a corto y largo plazo (14)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### Historia clínica

##### 3.1. Anamnesis

Paciente segundigesta nulípara de 38 semanas por ecografía, ingresa a emergencia del Hospital de Lima Este Vitarte.

##### 3.1.1. Filiación

**Edad:** 30 años

**Grado de instrucción:** superior

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** conviviente

**Distrito:** Ate

**Tipo paciente:** SIS gratuito

**CPN:** Sí

**N° controles:** 8 APN: 2 en C.S. Micaela Bastidas y 6 en el Hospital de Lima Este Vitarte

##### 3.1.2. Enfermedad Actual

Fecha: 06/08/23	Hora: 14:07
Presión arterial: 133/90 mmHg	
Pulso: 114 x min	
Frecuencia respiratoria: 20 x min	
Temperatura: 37°C	
SAT O2: 97	

Ingresa a emergencia gestante de 30 años. Refiere hace 5 horas náuseas, vómitos, dolor en epigastrio tipo cólico, dolor abdominal, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal (SV) o pérdida de líquido amniótico (PLA).

**Examen:** Útero grávido, Situación, presentación, posición: Longitudinal cefálica derecha. Altura Uterina: 36cm, LCF: 145xmin, Altura de Presentación: -4. Membranas integra. Sin cambios cervicales.

**Indicaciones médicas y/o procedimientos realizados:** Hemograma, PCR (proteína C reactiva), Perfil hepático, Ecografía obstétrica, NST, evalúa con resultados

### **3.1.3. Antecedentes:**

**a) Personales:** Menarquía 13 años, G1P0010 último embarazo 25/05/2017 (Embarazo ectópico).

**b) Patológicos:** Transfusión sanguínea en 2017.

**c) Ginecobstetricos:** Inicio de Relaciones Sexuales a los 16 años, Salpingectomía derecha por embarazo ectópico el 25/05/2017.

- MAC: Inyectable mensual                      G1 P0010
- Régimen Catamenial: 4/28
- Fecha de Ultima Regla (FUR) 10/11/2022
- # Parejas sexuales: 2 (embarazo actual de 2ºpareja)
- Fecha Probable de parto (FPP) 17/08/2023

**d) Embarazo actual:** Paciente acude por epigastralgia, aumento de náuseas y vómitos a Emergencia el 06/08/23, desde hace 5 horas, percibe movimientos fetales, niega perdida de sangrado vaginal o perdida de líquido amniótico. Peso habitual 80 kg, Edad gestacional 38 semanas por ecografía, pelvis ginecoide. HIV (-) Hepatitis B (-) Sífilis (-), 8 Controles Prenatales.

- e) **Familiares:** Niega
- f) **Socioeconómicos:** no menciona datos
- g) **Alimentación:** refiere escaso consumo de proteínas
- h) **Hábitos nocivos:** Niega tabaco y alcohol.

### 3.2 Examen Físico

- a) **General:** Aparente regular estado general, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- b) **Funciones vitales:** Presión arterial: 133/90 mmHg, Pulso: 114 x min, Frecuencia respiratoria: 20 x min y Temperatura: 37°C
- c) **Piel y faneras:** Tibia, hidratada y elástica
- d) **Cabeza:** sin datos
- e) **Cuello:** sin datos
- f) **Tórax:** sin anormalidades. Mamas: sin anormalidades
- g) **Cardiovascular:** sin anormalidades
- h) **Abdomen:** Útero gravídico. Feto: Situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica LCD, AU: 36cm, LCF: 145 x min
- i) **Genitourinario:** Vulva y cérvix sin alteraciones. Anexos: fondo de saco de Douglas y parametrios sin alteraciones. Pelvimetría: estrecho superior, medio e inferior adecuado, pelvis ginecoide, AP: -4. Cérvix: Incorporado: 0 Dilatación: 0

Membranas Integras. Puntos renoureterales (+), Puño percusión lumbar (+).

**j) Columna vertebral y extremidades:** sin datos

**k) Linfático:** sin datos

**l) Neurológico:** sin datos

**m) Extremidades inferiores:** Edema +/+++

**n) Reflejo osteotendinoso:** sin alteraciones

### **3.3. Impresión Diagnóstica:**

1. Segundigesta nulípara 38 semanas x ECO 1T.
2. No trabajo de parto.
3. THE: Preeclampsia con signos de severidad.
4. Circular simple

Plan de Trabajo; Se hospitaliza y se prepara cesárea de emergencia

### **3.4. Tratamiento y evolución**

Análisis de laboratorio de batería de preeclampsia alterado: transaminasas altas, deshidrogenasa láctica alta. Se inicia preparación para cesárea, persiste epigastralgia y PA: 133/94 mmHg. Realizan cesárea de emergencia. Se instala Sonda Foley N°14, doble vía periférica, solución salina intravenosa 1000ml, infusión de Sulfato de Magnesio, Nifedipino oral.

### **06.08.23 18:00 Cesárea de Emergencia**

Diagnóstico:

1. Post operatorio 1 Cesárea segmentaria transversa primaria
2. O14.1 – Preeclampsia severa
3. Hipotonía uterina
4. Otras hemorragias postparto inmediatas O72.1

Se evidencia hipotonía uterina y se procede a colocar Ergometrina 0.2 mg IM, 03 tabletas de Misoprostol de 200 mcg vía intrarectal. Se llama a ginecólogo de guardia.

#### **Evaluación por UCI 07/08/23**

**Hora 01:22** Presión arterial: 152/91mmHg Pulso: 123xmin Frecuencia respiratoria: 14xmin, Temperatura: 36.2°C, SAT O2: 96%

Estado evolutivo: favorable. Pronóstico: reservado. Nota de ingreso: mujer de 30 años, POI cesárea por preeclampsia severa, hipotonía uterina.

#### **Dx:**

- O14.1 – Preeclampsia severa
- O72.1 – Otras hemorragias postparto inmediatas

#### **Indicaciones:**

- Infusión de Sulfato de Magnesio
- Infusión con Oxitocina
- Hidratación
- Analgésicos/Antihipertensivos

**Evolución UCI 07/08/23 09:50** Presión arterial: 122/76 mmHg Pulso: 100 xmin Frecuencia respiratoria: 19xmin, Temperatura: 37.6°C Saturación de Oxígeno: 98%

Estado evolutivo: favorable. Pronóstico: bueno

Al examen: despierta, colabora, obedece, niega molestias. Escala Glasgow: 15/15.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, pulsos palpables.

Abdomen: blando, depresible, útero contraído bajo cicatriz umbilical, Herida operatoria cubierta por apósito seco.

**07/08/23 22:46** Presión arterial: 120/67 Pulso: 90 x min, Frecuencia respiratoria: 15 x min, Temperatura: 36°C, SAT O2: 98

Diagnóstico: Post Cesárea segmentaria transversa primaria por Preeclampsia severa.

- Anemia aguda.
- Disfunción Hepática + hipoalbuminemia, acidosis metabólica.
- THE: hiponatremia + hipocalemia

Escala de Glasgow 15, no focalidad, no signos premonitorios, hemodinámicamente estable sin vasoactivos, llenado capilar menos de 2 segundos.

Afebril, no Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. Tolera vía oral. Abdomen: blando, depresible, distendido, con cicatriz operatoria cubierta por apósitos, útero contraído doloroso a la palpación, escasos loquios, ventila buen patrón y espontáneo. Paciente preeclampsia con disfunción hepática más hipoalbuminemia más acidosis metabólica Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica en descenso, recibe infusión de magnesio cobertura de antibiótico empírica.

Indicaciones:

- Plan sulfatación 24h EV.
- Mejora de electrolitos.
- Seguimiento laboratorial.

**08/08/23 08:05** Presión arterial: 109/65mmHg Pulso: 106xmin, Frecuencia respiratoria: 21xmin, Temperatura: 36.2°C, SAT O2: 96%  
Paciente aparentemente estable, con enzimas hepáticas elevadas, evolución expectante

Indicaciones:

- Valoración de medico Gineco Obstetricia.
- STOP Sulfato de Magnesio

**08/08/23 21:21** Presión arterial: 110/58mmHg Pulso: 95 x min, Frecuencia respiratoria: 19xmin, Temperatura: 36.6°C, SAT O2: 97%

Paciente refiere menos molestias abdominales con respuesta de Gineco Obstetricia. Retiro de Oxitocina y de Sulfato de magnesio.  
Diuresis 2330 ml/12h

Indicaciones:

- Reintentar tolerancia vía oral
- Control laboratorial.

**09/08/23 05:02** Presión arterial: 104/54mmHg Pulso: 95 x min, Frecuencia respiratoria: 19xmin, Temperatura: 36.6°C, Sat O2: 95% Preeclampsia severa D/C Síndrome de HELLP. Post cesárea segmentaria transversa primaria. Anemia aguda. Disfunción hepática. Acidosis metabólica.

Paciente hemodinámicamente estable, buen patrón ventilatorio, con discreto dolor abdominal tipo retortijón intermitente.

Dx:

- O14.1 – Preeclampsia severa D/C Síndrome de HELLP
- O72.1 – Otras hemorragias postparto

Indicaciones:

- Probar tolerancia oral.
- Control Laboratorio.

**09/08/23 23:20** Presión arterial: 120/60 mmHg Pulso: 96xmin, Frecuencia respiratoria: 20 x min, Temperatura: 37°C, SAT O2: 96% Paciente mujer de 30 años con problemas planteados, estado evolutivo: estacionario, pronóstico: bueno

Neurológico: Despierta, obedece ordenes, moviliza 04 extremidades; Respiratorio: en supino, patrón ventilatorio regular FIO2 ambiental, no uso de musculatura accesorio; hemodinámico

llenado capilar menor 3seg, diuresis normal, edema +/- ruidos cardiacos rítmicos, no vasoactivos; Gastrointestinal: abdomen distendido, útero contraído altura cicatriz umbilical, herida operatoria cubierta por apósitos secos, loquios escasos. Tolera dieta oral. Hemodinámicamente estable, afebril, en cuidados post operatorios. Pendiente seguimiento y evaluación por ginecoobstetricia. En condiciones alta de UCI. No presenta signos de sangrado. Ginecoobstetricia pronostica mejoría.

**Dx:** O14.1 – Preeclampsia severa D/C Síndrome de HELLP

O72.1 – Otras hemorragias postparto

#### **Plan**

- Soporte nutricional.
- BH equilibrado
- Vigilar función hepática/plaquetopenia
- Vigilar signos de sangrado.
- Seguimiento por ginecología: alta a piso

#### **INTERCONSULTA 10/08/23 – 09:35 HRS**

Presión arterial: 114/69 mmHg Pulso: 85xmin, Frecuencia respiratoria: 18xmin, Temperatura: 36.6°C, SAT O2: 96%

Paciente mujer de 30 años de edad, conocida por su servicio, con los siguientes problemas:

Síndrome de Hellp Missisipi II Tenesse parcial: PO CST,

Hipotonía uterina resuelta,

Disfunción hepática (hipertransaminemia) en remisión,

Anemia moderada aguda del paciente crítico por pérdidas sanguíneas. Actualmente con disminución de transaminasas, bilirrubinas en rango normal y aún con plaquetopenia moderada (plaquetas 92000), se solicita evaluación y sugerencias de la especialidad. Estado evolutivo: favorable. Pronóstico: bueno

Paciente mujer de 30 años de edad, con los siguientes problemas:

- 1) Síndrome de HELLP Missisipi II Tenesse parcial: PO CST
- 2) Hipotonía uterina resulta
- 3) Disfunción hepática (hipertransaminemia) en remisión
- 4) Anemia moderada aguda del paciente crítico
- 5) Hipoalbuminemia muy severa
- 6) Dispepsia
- 7) Constipación.

Paciente en decúbito supino, despierta, lucida, obedece órdenes, EG= 15 (AO= 4, RV: 5 RM=6) Pupilas isocóricas fotoreactivas de 2 mm, reflejo corneal y consensual conservados, reflejo tusígeno y deglutorio conservados, no déficit motor, ni sensitivo.

Hemodinámicamente estable sin soporte vasopresor y con PAM= 85 mmHg, tiene patrón ventilatorio regular, sin O2, SATO2= 96% a FIO2= 21%. Abdomen, globuloso, RHA presentes, blando,

depresible, tolera vía oral en 12hrs = 850ml, deposiciones en 12hrs = 700ml, renal: diuresis en 12 hrs= 2130 ml, BH en 12hrs = -1480 ml, BH acumulado = -1550 ml.

Comentario: paciente ingresó con un Síndrome de HELLP Missisipi II Tenesse parcial, actualmente se evidencia bilirrubinas en rango normal, disminución de transaminasas y con plaquetas menor de 100mil, por lo que se encuentra en clasificación de Missisipi II y Tenesse parcial, por lo que fue evaluado por G-O durante la mañana. No se encuentra aún en condiciones para alta de UCI, el día de mañana se valorará la misma según hemograma control, tiene buen patrón ventilatorio, sin soporte de oxígeno y con SATO<sub>2</sub>= 96% a FIO<sub>2</sub>= 21%. Subfebril, sin tratamiento antibiótico al momento por lo que se continuará con tratamiento antibiótico de Ceftriaxona (1 día) debido a la sospecha de una infección del tracto urinario, con resultado pendiente de urocultivo. Tiene una anemia moderada aguda (HB= 8 g/dl) del paciente crítico, no siendo tributaria de transfusión de hemoderivados al momento, por lo que se continuará con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico x VO. Tolerar dieta x VO en 12hrs, por lo que se mantendrá volumen de la misma para un aporte calórico de 35 Kcal/Kg/día y proteínas= 1.8 g/Kg/día. Evolución favorable y pronóstico bueno.

Indicaciones: Plan:

- Vigilar patrón ventilatorio
- Monitoreo de hemograma y perfil hepático cada 24 horas
- Continuar con cobertura antibiótica establecida
- Pendiente resultado de urocultivo
- Monitoreo hemodinámico.
- Continuar con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico: 01 tableta x VO cada 24 hrs.
- Mantener volumen de dieta por vía oral e inicio de modulo proteico para un aporte calórico Kcal = 35Kcal/Kg/día y proteico= 1.8 g/Kg/día.
- Evaluación diaria x G-O. Analítica y electrolitos control

mañana **INTERCONSULTA 11/08/23 – 05:57 HRS**

Presión arterial: 125/65 mmHg Pulso: 77xmin, Frecuencia respiratoria: 20xmin, Temperatura: 36.6°C, SAT O2: 96%

Paciente mujer de 30 años de edad conocida por su servicio con los siguientes problemas: 1) Síndrome de HELLP Missisipi II Tenesse parcial PO CST, 2) Hipotonía uterina resuelta, 3) D/C ITU, 4) Disfunción hepática (hipertransaminasemia) en remisión, 5) Anemia moderada aguda del paciente crítico:5.1 Pérdidas sanguíneas. Actualmente con disminución de transaminasas, bilirrubinas en rango normal y aun con plaquetopenia moderada

(plaquetas= 94000), se solicita evaluación y sugerencias de la especialidad.

Mujer de 30 años de edad con problemas conocidos:

1. Post cesárea Síndrome de Hellp en remisión.
2. Hipotonía uterina resuelta,
3. D/C ITU.
4. Disfunción hepática (hipertransaminemia) en remisión.
5. Anemia moderada aguda del paciente crítico.

Pérdidas sanguíneas. Actualmente con disminución de transaminasas, bilirrubinas en rango normal y aún con plaquetopenia moderada (plaquetas= 94000), se solicita evaluación y sugerencias de la especialidad.

Neurológico: EG 15 LOTEPE Moviliza extremidades

Aparato Respiratorio: Buen patrón ventilatorio, no uso de musculatura accesoria, no oxígeno suplementario

Hemodinámico: Llenado capilar menor de 3 segundos. Diuresis 4980 ml. Edema+/>+++

Ruidos cardiacos rítmicos, no vasoactivos.

Gastrointestinal. Abdomen distendido, útero contraído a la altura de la cicatriz umbilical, herida operatoria cubierta por apósitos, loquios escasos sin mal olor. Tolera dieta vía oral.

Paciente con hemodinamia estable, presión arterial dentro de valores normales, perfil de preeclampsia en vías de

normalización (únicamente plaquetas en ascenso gradual), tolerando vía oral sin problemas en condiciones de continuar tratamiento en piso de GO. Evolución lenta favorable.

Plan: Alta de UCI a piso de hospitalización, continuar antibiótico ante sospecha de infección urinaria, seguimiento a urocultivo.

Indicaciones:

- Dieta Completa+ LAV
- Ranitidina 300 mg VO c/24 hrs.
- Metamizol 1 gr EV c/8 hrs.
- Tramadol 100 mg EV diluido lento si refiere dolor intenso
- Escopolamina 20mg EV.
- Simeticona 40 gotas c/8 hrs
- Vigilar signos de sangrado
- Ceftriaxona 2 grs EV c/24 hrs
- Seguimiento por obstetricia: Manejo puerperio
- Cabecera 45°, sentar
- HGT cada 12 hrs. Vigilar signos de hipoglicemia
- Vigilar diuresis. Retiro de sonda vesical
- Cuidado de enfermería
- Monitoreo integral.



Presión arterial: 138/90mmHg Pulso:90xmin, Frecuencia respiratoria: 18xmin, temperatura: 36.5°C, SAT O2: 99%

Apreciación diagnóstica: AREG

Piel y faneras: Pálidas, tibias, hidratadas, elásticas, llenado capilar mayor de 2"

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: distendido, timpánico en flancos, útero nivel de cicatriz umbilical

Exámenes auxiliares: Plaquetas = 94000, Hb: 8, Fibrinógeno: 521, PCR: 124 TGO: 44, Proteinuria: 4.2 Ecografía: ---

Diagnóstico:

1. Síndrome de HELLP parcial
2. Anemia moderada.
3. Post operatorio 5 de cesárea segmentaria transversa primaria por preeclampsia severa
4. Infección del tracto urinario en tratamiento

Plan de Trabajo: Set de preeclampsia

- Control de proteinuria de 24hrs
- Control de presión arterial
- Interconsulta a Oftalmología para fondo de ojo
- Interconsulta a Cardiología

- Pendiente resultado de urocultivo para confirmar tratamiento.

### 3.5. Exámenes auxiliares

**07/08/23 9:50** Reflejos osteotendinosos vivos. Sonda Foley orina clara. Afebril con leucocitosis y tratamiento antibiótico, estable con disminución de taquicardia y mejor control de presión arterial, sin apoyo de O2, no interconsultas.

**08/08/23 08:05** Preeclampsia severa evolutiva, acidosis metabólica descompensada, hipocalcemia.

Los exámenes auxiliares:

Ph: 7.34, Presión Parcial de Dióxido de Carbono: 31.2, Índice PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: 374, HCO<sub>3</sub>(bicarbonato en sangre): 18, Sodio: 135, Potasio: 3.3, Cloro: 114, Lactato: 1.11, Bilirrubina Total (BT): 0.81, Bilirrubina Directa (BD): 0.76, Fosfatasa Alcalina (FA): 347, Proteínas Totales (PT): 3.9, Albúmina: 1.61, Transaminasas glutámico-oxalacética (TGO): 102, Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 86, Gamma-Glutamil Transferasa (GGT): 99.9, Magnesio: 5.09, Calcio sérico: 5.80, Fibrinógeno: 227, Tiempo de Protrombina (TP): 17.7, International Normalized Ratio(INR): 1.35, Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada (TTPA): 48.7, Hemoglobina (HB): 9, Leucocitos: 13500, Plaquetas: 76000

### **Hospitalización 11/08/23 – 19:00 HRS**

Exámenes auxiliares (11/08) Plaquetas = 94000 Hb: 8

Fibrinógeno: 521 PCR: 124 TGO: 44 Proteinuria: 4.2

#### **3.6. Epicrisis**

1. Edad: 30 años.

Fecha:13/08/23

2. Diagnóstico de Ingreso:

- O14.1 Preeclampsia severa.
- O72.1 Otras hemorragias postparto inmediatas

3. Procedimientos efectuados: colocación vía Periférica

4. Diagnóstico de Alta:

- Puérpera de 6 días Post Operatorio.
- Síndrome de HELLP Parcial
- Anemia moderada.
- PO5 CSTP por preeclampsia severa
- ITU en tratamiento

5. Pronóstico: Favorable

6. Tratamiento: Antibioticoterapia, antipiréticos

7. Recomendaciones:

- DC + LAV
- Cefuroxima 500 mg VO c/12 mg. x 3 días
- Vigilar signos de alarma
- Control en consultorio externo.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

- El Diagnóstico temprano y la valoración integral van complementados con la atención prenatal. La realización oportuna de exámenes de laboratorio (perfil hepático, hemograma, enzimas y pruebas de función renal), permitió evidenciar alteraciones compatibles con preeclampsia severa y con el Síndrome de HELLP. Para ello, fue importante que la gestante pudiera realizar la detección temprana de los signos de alarma.
- La conducta diagnóstica estuvo acorde a los protocolos vigentes cuyo soporte es la utilización del CIE-10 para clasificar y codificar tanto la preeclampsia severa como el síndrome de HELLP. Esto permitió que el personal de salud siguiera la normativa y protocolos actualizados.
- La gestante reconoció los síntomas sugestivos (náuseas, vómitos, dolor epigástrico y abdominal) por lo que acudió a la Emergencia, donde se evidenció los signos clínicos (alteraciones en la presión arterial, taquicardia y hallazgos en el examen físico) que, sumados a los resultados de laboratorio, permitieron orientar el diagnóstico hacia un cuadro de HELLP y preeclampsia severa.
- El tratamiento adecuado implica la estabilización de la gestante con medicamentos antihipertensivos, administración de Oxígeno si es necesario, monitoreo materno fetal estricto y continuo, evaluación de la función hepática, renal, de perfil de coagulación.

- También es trascendental la decisión oportuna de finalizar el embarazo y contemplar la posibilidad de una intervención quirúrgica. En nuestro caso, ante el deterioro clínico y la presencia de complicaciones se optó por una cesárea de emergencia, lo que resultó crucial para disminuir el riesgo de complicaciones mayores y mejorar el pronóstico materno-perinatal.
- El manejo post parto o postoperatorio debe ser de inicio en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La paciente del caso clínico requirió ingreso en la UCI para el manejo de complicaciones derivadas del síndrome de HELLP, donde se aplicó una estrategia terapéutica que incluyó infusión de sulfato de magnesio, manejo hemodinámico, administración de uterotónicos y seguimiento laboratorial constante y transfusión de productos sanguíneos de requerirse.
- Intervención multidisciplinaria y continuidad asistencial: La coordinación entre emergencias, obstetricia, neonatología y cuidados intensivos permitió una atención integral desde la evaluación inicial en emergencia hasta el traslado a piso hospitalario, evidenciando la importancia de un enfoque multidisciplinario para optimizar el tratamiento de casos complejos.
- Evolución favorable con respuesta terapéutica adecuada: Los datos secuenciales mostraron una mejoría progresiva en los parámetros hemodinámicos, en la normalización de enzimas hepáticas

y en la corrección de la plaquetopenia, lo que se tradujo en un pronóstico favorable al culminar el proceso asistencial.

- Implicaciones para la mejora de la atención materna: El caso subraya que la implementación de estrategias de detección, diagnóstico temprano y manejo estandarizado (basado en evidencias y protocolos nacionales) puede contribuir a reducir la morbilidad materna, cumpliendo con los objetivos de mejorar la calidad de la atención en situaciones de emergencia obstétrica.
- Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la capacitación del personal de salud, la educación a la gestante y su familia, y la coordinación interinstitucional para la atención oportuna de complicaciones como el síndrome de HELLP, contribuyendo de esta manera a mejorar los indicadores de salud materna y perinatal.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

- Turbeville y colaboradores (14) concluyó que los THE aumentan el riesgo de HTA crónica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria a corto y largo plazo.
- Souza y cols. (17), así como Bryce y cols. (19) consideraron a la nuliparidad como el factor de riesgo más prevalente para la preeclampsia. También mencionan los antecedentes familiares, hipertensión crónica, obesidad y enfermedades autoinmunes.
- Según los datos del INMP, la detección temprana del Síndrome de HELLP, es crucial pues las complicaciones asociadas a la preeclampsia severa son una de las principales causas de muerte materna en Perú (3).
- La presentación clínica con náuseas, vómitos y dolor en epigastrio tipo cólico es sugestivo de Preeclampsia con signos de severidad e inminente Síndrome de HELLP, lo cual es respaldado por protocolos y guías de atención nacionales como la del INMP y a las del IETSI del EsSalud e internacionales (5, 7, 24). El dolor epigástrico es un signo premonitorio de síndrome de HELLP y se asocia a la distensión de la cápsula de Glisson por edema (13, 24).
- Los exámenes de laboratorio confirmaron la progresión a Síndrome de HELLP Parcial (según el valor plaquetario de  $76,000/\text{mm}^3$ ). Este

síndrome se define por la presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas (TGO: 102, TGP: 86) y plaquetas bajas [28]. La trombocitopenia ( $\leq 100,000/\text{mm}^3$ ) y la elevación de las transaminasas (más del doble de su valor normal) son criterios clave de severidad, como lo establecen la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de Preeclampsia y Eclampsia y el estudio realizado por Sánchez y colaboradores (5-7).

- Se inició el tratamiento con Sulfato de Magnesio para la neuroprotección y prevención de la eclampsia, que es el tratamiento estándar de oro recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las guías peruanas para la Preeclampsia con signos de severidad y el HELLP (1, 5, 6). El régimen de infusión mantenido por 24 horas posparto se alinea con las recomendaciones para el manejo inicial de la paciente crítica.
- Se administró Ceftriaxona por la sospecha de Infección del Tracto Urinario (ITU). La cobertura antibiótica empírica de amplio espectro es una medida de soporte recomendada por las guías de atención integral materna (10, 27). Al alta, la indicación de Cefuroxima oral para completar el tratamiento ambulatorio de la ITU es una práctica clínica estándar.
- La paciente desarrolló una complicación inmediata grave: Hemorragia Postparto (HPP) por atonía uterina. La administración secuencial de Misoprostol junto con la infusión de Oxitocina constituye el manejo farmacológico de primera línea para la HPP (10, 27).

## CONCLUSIONES

1. La conducta diagnóstica basada en seguir la normativa vigente, el uso adecuado de exámenes de laboratorio, la codificación con el CIE 10, la anamnesis y el contar con protocolos o guías clínicas; permiten una detección temprana y un manejo estandarizado de esta patología. Sin embargo, cada caso debe ser evaluado individualmente teniendo en cuenta que puede variar en cada paciente.
2. La aplicación de protocolos clínicos garantiza una respuesta rápida y coordinada en emergencias obstétricas, reduciendo la morbimortalidad materna y perinatal.
3. En el caso presentado, el tratamiento para el Síndrome de HELLP, fue proporcionado de manera adecuada y segura para la paciente, por su sustento en normativa vigente para el tratamiento de casos complejos. Hubo coordinación entre los distintos niveles de atención, desde la emergencia hasta la UCI, involucrando a obstetras, anestesiólogos, intensivistas y otros especialistas.
4. La formación continua y la actualización en el manejo de emergencias obstétricas basadas en guías y protocolos actualizados, son esenciales para que el personal de salud pueda responder de manera eficaz ante situaciones críticas.

## RECOMENDACIONES

1. Al Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia para que socialice con los departamentos de apoyo (al tratamiento, al diagnóstico, de emergencias y cuidados críticos) estas guías.
2. A los Jefes de las Oficinas de Estadística - Tecnologías de la información y Oficina de Calidad en Salud, generar auditorias que permitan realizar la mejora continua de procesos y áreas verificando el uso adecuado del CIE-10.
3. Al Jefe de la Oficina de apoyo a la Docencia e Investigación para las capacitaciones continuas, mediante cursos, talleres y simulaciones sobre manejo de las emergencias obstétricas, enfatizando el tratamiento de preeclampsia y el síndrome de HELLP y el trabajo en equipo, además del adecuado llenado según la normativa vigente, se evidencia el uso de abreviaturas que complican el entendimiento de las historias clínicas.
4. A los Jefes Servicio de Gineco Obstetricia y Oficina de Calidad en Salud del hospital de Emergencias de Ate, la comunicación efectiva entre el equipo de salud, paciente y familiar para garantizar que se entiendan las necesidades de la paciente.
5. A los Jefes Servicio de Gineco Obstetricia, Emergencia y Cuidados Intensivos y Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, garantizar la disponibilidad de equipos, recursos e infraestructura

adecuados en los servicios de emergencia y cuidados intensivos para la atención rápida y eficaz de las complicaciones obstétricas.

6. A los Jefes del Servicio de Gineco Obstetricia y Oficina de Epidemiología, establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para monitorear la evolución de las pacientes y la efectividad del manejo aplicado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 41 p. (Report No.: 9789243548333). Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/138405>
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Boletín Epidemiológico del Perú SE 1 - 2024: Situación epidemiológica de la mortalidad materna evitable en el Perú a la SE 1 - 2024. Lima: CDC Perú; 2024. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20241\\_05\\_090705\\_1.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20241_05_090705_1.pdf)
3. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: INMP; 31 de octubre de 2023. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605?pagina=0&utm\\_source=https://www.google.com/search?q=chatgpt.com](https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605?pagina=0&utm_source=https://www.google.com/search?q=chatgpt.com)
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Boletín Epidemiológico del Perú Volumen 33 - SE 27-2024 (Semana epidemiológica del 30 de junio al 6 de julio). Vol. 33, SE 27. Lima: CDC Perú; 2024. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/epipublic/publico/detalle/4795/1313#47951313>
5. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de Preeclampsia y Eclampsia. Lima: EsSalud; 2021. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE\\_Version-Corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE_Version-Corta.pdf)
6. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa. Lima: INMP; 2018. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/Guia\\_Practica\\_Clinica\\_para\\_la\\_Prevencion\\_y\\_manejo\\_de\\_la\\_Preeclampsia\\_y\\_Eclampsia.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/Guia_Practica_Clinica_para_la_Prevencion_y_manejo_de_la_Preeclampsia_y_Eclampsia.pdf)
7. Hospital de Emergencia de Villa El Salvador (HEVES). Guía de práctica clínica de los Transtornos hipertensivos del embarazo. Lima: HEVES; 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435751/14.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratam>

iento%20de%20Transtornos%20hipertensivos%20del%20embarazo.pdf.pdf

8. Vicetti Miguel CP, Franco Escobar DL, Caballero Vera HG. Síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Presentación clínica y complicaciones de una emergencia obstétrica. *HELLP syndrome in Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Clinical presentation and complications of an obstetric emergency*. [Tesis]. Lima: EsSalud; 2009. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/243>
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 - 2023 / Boletín Epidemiológico del Perú SE 52 - 2023. Lima: CDC Perú; 2024. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202452\\_02\\_172028\\_0.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_0.pdf)
10. Ministerio de Salud (MINSa Perú). NTS N°105- MINSa/DGSP.V.01 Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima: MINSa Perú; 2013. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935\\_RM827\\_2013\\_MINSa.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSa.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf)
11. Garti I, Gray M, Tan JY, Bromley A. Conocimiento de las parteras sobre el manejo de la preeclampsia: una revisión del alcance. *Women Birth*. 2021 Feb;34(1):87-104.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 20 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
13. Stanford Medicine Children's Health. Síndrome de HELLP [Internet]. Palo Alto: Stanford Medicine; [citado 8 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hellp-syndrome-90-P05564>
14. Turbeville HR, Sasser JM. Preeclampsia más allá del embarazo: consecuencias a largo plazo para la madre y el niño. *Am J Physiol Renal Physiol*. 2020 Jun 1;318(6):F1315-26.
15. Beltrán Chaparro LV, Benavides P, López Ríos JA, Onatra Herrera W. Estados hipertensivos en el embarazo: Revisión. *Rev UDCA Actual Divulg Cient*. 2014 Dic;17(2):311-23.

16. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Día de Concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019 Ago 1 [citado 1 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
17. Sousa MG de, Lopes RGC, Rocha MLTLF da, Lippi UG, Costa E de S, Santos CMP dos. Epidemiología de la hipertensión arterial en embarazadas. *Einstein (São Paulo)*. 2019 Oct 28;18:eAO4682.
18. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: INMP; 2010. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/descargar\\_repositorio?archivo=650t.pdf&](https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&)
19. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018 Abr;64(2):191-6.
20. Manual MSD Versión para Profesionales. Hipertensión en el embarazo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Kenilworth: Merck & Co., Inc.; [citado 1 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-no-obstétricas-durante-el-embarazo/hipertensión-en-el-embarazo>
21. Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS. Síndrome HELLP: controversias y pronóstico [HELLP syndrome: controversies and prognosis]. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2020 Oct-Dec;37(4):147-151. Spanish. doi: 10.1016/j.hipert.2020.07.002. Epub 2020 Aug 16. PMID: 32811776; PMCID: PMC7428701.
22. Heparina de bajo peso molecular para la prevención de la preeclampsia grave: ¿hacia dónde nos dirigimos? - PMC [Internet]. [citado 19 Feb 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5867115/>
23. Caballero-Cuevas JV, Jiménez-Ibáñez LC. Ruptura hepática espontánea en paciente con síndrome HELLP. *Cir Cir*. 2022;90(2):256-261. English. doi: 10.24875/CIRU.20000928. PMID: 35350055.
24. Bracamonte-Peniche J, López-Bolio V, Mendicuti-Carrillo M, Ponce-Puerto JM, Sanabrais-López MJ, Méndez-Domínguez N, et al.

Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista biomédica*. 2018;29(2):33-41.

25. Guevara Rios E, Torres Contreras H, González Carrillo O, Espinola Sánchez M. Caracterización y manejo del hematoma hepático subcapsular en mujeres con preeclampsia y síndrome HELLP. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2022;1(68). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2383/2556>
26. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NIH). ¿Cuáles son los riesgos de la preeclampsia y la eclampsia para la madre? [Internet]. Bethesda: NIH; [citado 2025]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion/riesgos-madre>.
27. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2023 [Internet]. Lima: INMP; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
28. Sánchez Tapia M de los A, Chapues Andrade GL, Cáceres Miranda MJ, Medina Sarmiento ML. Características clínicas del Síndrome de HELLP. *RECIMUNDO*. 2021 Abr;5(2):169-78. doi: 10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.169-178

## ANEXOS

### Ilustración N° 1 Ecografía abdominal obstétrica del 06/08/23

Conclusión: Gestación única activa 38 3/7 ss por ECO 1T. 2. Circular simple

EDAD	: 30 Años	23026793
INDICACION	: DR. *NINGUNO	
FECHA	: 06/08/2023	
HORA:	: 14:49:12	

**INFORME DE ECOGRAFIA ABDOMINAL OBSTETRICA**

**FETO**

NUMERO	: Único
POSICIÓN	: Longitudinal cefálico Derecho
BIOMETRIA FETAL	: DBP = 91.9 mm CC = 323.0 mm CA = 363.3 mm LF = 70.1 mm
ACTIVIDAD CARDIACA	: Presentes y Rítmicos. Frecuencia Cardiaca Fetal de 145 latidos por Minuto.
ANATOMIA FETAL	: CABEZA, COLUMNA, CORAZÓN, MIEMBROS NORMALES.
MOV. FETALES	: Presentes.
TONO FETAL	: Conservado.
PONDERADO FETAL	: 3524 +-200gr

**PLACENTA**

UBICACION	: Fundica Posterior
GRADO	: III/ III (Granumm).
GROSOR	: mm
VALORACION DE LIQUIDO AMNIOTICO	: ILA = adecuado POZO MAYOR = 4 cm

OTROS : Circular al cuello

**CONCLUSION :**

1. GESTACION UNICA ACTIVA 38 SEMANAS 3 DIAS POR ECO 1T
2. CIRCULAR SIMPLE

### Ilustración N°2 Ecografía abdominal superior del 06/08/23

Conclusión: pólipo vesicular, hepatopatía difusa en relación a esteatosis hepática grado leve, meteorismo intestinal incrementado.

EDAD	: 30 Años	23026792
INDICACION	: DR. *NINGUNO	
FECHA	: 06/08/2023	
HORA:	: 15:03:17	

**INFORME DE ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR**

HIGADO : Mide 125mm. De bordes regulares. Parenquima de ecogenecidad incrementada de forma difusa leve. Vías biliares no dilatadas, de calibre y trayecto conservado.

VENA PORTA : Mide 10mm.

COLEDOCO : Mide 5mm. Sin litiasis.

VESICULA BILIAR : Mide 43mm x 15mm, pared delgada, a nivel de la pared posterior se muestra imagen de aspecto polipoideo de 5mm, sin cálculos en su interior.

PANCREAS : No visible por interposicion de asas intestinales.

BAZO : Mide 72 mm Parénquima de ecotextura homogénea y ecogenecidad conservada.

OTROS : No líquido libre en cavidad abdominal superior al momento del estudio. Meteorismo intestinal incrementado.

**CONCLUSION :**

POLIPO VESICULAR.  
HEPATOPATIA DIFUSA EN RELACION A ESTEATOSIS HEPATICA GRADO LEVE.  
METEORISMO INTESTINAL INCREMENTADO.

**Ilustración N° 3 Laboratorio: Bioquímica 06/08/23 - 16:21 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	MANGLAS	HORA:16:21:25
<b>201004€ AMILASA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Amilasa	55.87	U/L	25.00-125.00
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Bilirrubina total	1.87	mg/dL	< 1.0-
	Bilirrubina directa	1.46	mg/dL	HASTA 0.5-
	Bilirrubina indirecta	0.40	mg/dL	< 0.7-
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Fosfatasa alcalina	1419.50	U/I	< 240 -
<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Proteinas totales	6.32	mg/dL	6.0-8.0
	Albumina	2.58	mg/dL	3.5-5.5
	Globulina	3.73	mg/dL	1.5-3.0
<b>201004€ DEHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Deshidrogenasa lactica (dhl)	873.97	U/L	103-227
<b>201004€ TGO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Transaminasa glutamico Oxalacetica (TGO)	355.97	U/L	< 31-
<b>201004€ TGP</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Transamisa glutamico piruvica (TGP)	310.54	U/L	< 32-
<b>201004€ GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Gamma glutamil transpeptidasa	204.13	U/L	
<b>201004€ ELECTROLITOS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	CLORO (CL)			95 - 105 m eq/l
	SODIO (NA)	NO HAY INSUMO		135 - 147 m eq/l
	POTASIO (K)			3.5 - 5.0 m eq/l
<b>2013004 PCR CUANTITATIVO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Proteina c reactiva (pcr) cuantitativo	10.07	mg/L	0.0-6.0

**Ilustración N° 4 Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 18:11 hr**

02	HEMATOLOGIA	TECNOLOGO:	MANGLAS	HORA:17:46
<b>201005€ FIBRINOGENO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Fibrinogeno	287	mg/dL	200-400
<b>2010051 RECUENTO DE PLAQUETAS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	RECUENTO DE PLAQUETAS	172 000	xmm3	150 000 a 400 000 x mm3
<b>2010051 T. DE PROTROMBINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Tiempo de Protrombina	16.2	segundos	11-16
	INR	1.24		
<b>2010051 TIEMPO DE TROMBINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Tiempo de Trombina	23.4	segundos	14-21
<b>2010052 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada (TTPA)	41.5	segundos	26-40

**Ilustración N° 5 Laboratorio: Uroanálisis 06/08/23 - 18:02 hr**

11	URIANALISIS	TECNOLOGO:	LSIGUAS	HORA:18:02:01
<b>2010047 EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
<b>EXAMEN MACROSCOPICO :</b>				
<b>COLOR:</b>			AMARILLO	
<b>ASPECTO:</b>			LIGERAMENTE TURBIO	
PH			6.0	
DENSIDAD			1.015	
<b>EXAMEN BIOQUIMICO :</b>				
<b>GLUCOSA :</b>			NEGATIVO	
HEMOGLOBINA			NEGATIVO	
BILIRRUBINA			NEGATIVO	
NITRITOS			NEGATIVO	
PROTEINAS			NEGATIVO	
<b>EXAMEN MICROSCOPICO :</b>				
CELULAS			REGULAR CANTIDAD	
Leucocitos			1-3	x campo

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:</b>		
Hematies	0-1	x campo
CRISTALES	NO SE OBSERVA	
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSERVA	
Gérmenes	ESCASOS	

**Ilustración N° 6 Laboratorio: Bioquímica 06/08/23 - 18:11 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	MANGLAS	HORA:18:11:41
<b>201004€ CREATININA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Creatinina		1.48	mg/dL	0.5-1.4

**Ilustración N° 7 Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 18:16 hr**

02	HEMATOLOGIA	TECNOLOGO:	YLAZO	HORA:18:16:52
<b>2010051 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
GRUPO			O	
FACTOR RH			POSITIVO	

**Ilustración N°8 Laboratorio: Bioquímica: 06/08/23 - 21:51 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	SLIFONZO	HORA:21:51:06
<b>201004€ CREATININA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Creatinina		1.48	mg/dL	0.5-1.4
<b>201004€ DEHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Deshidrogenasa lactica (dhl)		897.14	U/L	103-227
<b>201004€ TGO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Transaminasa glutamico Oxalacetica (TGO)		298.37	U/L	< 31-
<b>201004€ TGP</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Transamisa glutamico piruvica (TGP)		235.03	U/L	< 32-

### Ilustración N° 9 Laboratorio: Hematología 06/08/23 - 22:08 hr

02 HEMATOLOGIA	TECNOLOGO:	AYARZA	HORA:22:08:04
<b>2010051 HEMOGRAMA COMPLETO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
RECuentos de LEUCOCITOS	17.480	xmm3	Hombre : 4000 - 10000 xmm3 Mujer : 4000 - 10000 xmm3 Niños : 4000 - 12000 xmm3 Neonato: 4000 - 20000 xmm3
SEGMENTADOS %	76.9	%	50 - 70%
EOSINOFILOS %	0.2	%	0.5 - 5%
BASOFILOS %	0.1	%	0.0 - 1.0%
MONOCITOS %	3.5	%	3 - 12 %
LINFOCITOS %	19.3	%	20-40%
SEGMENTADOS #	13.43		2.00 - 7.00
EOSINOFILOS #	0.04		0.02 - 0.50
BASOFILOS #	0.02		0.0 - 0.10
MONOCITOS #	0.61		0.12 - 1.20
LINFOCITOS #	3.38		0.80 - 4.00
RECuento de HEMATIES	3.380.000	xmm3	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.0	g/dl	Hombre : 11 - 16 g/dL Mujer : 11 - 15 g/dL Niño/a : 12 - 16 g/dL Neonato : 17 - 20 g/dL
HEMATOCRITO	32.9	%	Hombre : 37 - 54 % Mujer : 37 - 47 % Niño/a : 35 - 49 % Neonato : 38 - 68 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	97.2		
HB. CORPUSCULAR MEDIA	32.5		27- 34

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:		
CONC. HB CORPUSCULAR MEDIA	33.4	32 - 36
RECuento de PLAQUETAS	124.000	xmm3 150 000 a 400 000 x mm3
NRBC#	0.136	0.000 - 999.999

### Ilustración N° 10 Laboratorio de Bioquímica 06/08/23 - 22:15 hr

01 BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	SLIFONZO	HORA:22:15:03
<b>201005c AGA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
pH :	7.2		7.350 - 7.450
pCO2 :	28.5	mmHg	35.0 - 48.0
pO2 :	92	mmHg	83.0 - 108
cHCO3	12	mmol/L	

### Ilustración N° 11 Laboratorio: Bioquímica 07/08/23 – 05:13hr

28130 AGA-ELECTROLITOS			VALOR REFERENCIAL
FI02	21	%	.
Temperatura	37.1	°C	.
pH(T)c	7.293		7.35-7.45
pO2(T)c	101	mmHg	83-108
pCO2(T)c	30.5	mmHg	35-46
Sat O2	97	%	95-99
pO2(a,T)/FI02	483	mmHg	.
cBase(B)c	-10.8	mmol/L	.
cHCO3(st)	15.9	mmol/L	.
Anion GAPc	5.4	mmol/L	.
Sodio	130	mmol/L	136-146
Potasio	3.4	mmol/L	3.4-5
Cloro	110.4	mmol/L	98-106
Calcio Iónico	1.1	mmol/L	1.15-1.29
Lactato	1.7	mmol/L	0-2.6
Glucosa	115.8	mg/dL	70-110
tHb		g/dL	.
pO2(A-a)e	8	mmHg	0-0
pO2(a/A)e	93	%	0-0

**Ilustración N° 12 Laboratorio: Hematología y hemostasia 07/08/23 – 05:29 hr**

02 HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA	TECNOLOGO:	AAYARZA	HORA:05:29
<b>2010051 HEMOGRAMA 29 PARAMETROS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Hemoglobina	9.4	g/dL	10.9-14.3
Hematocrito	29.3	%	31.2-41.9
Recuento de eritrocitos	3.02	10 <sup>6</sup> /uL	3.63-4.92
MCV	97	fl	73.5-92.6
MCH	31	pg	27.7-32.5
MCHC	32	g/dL	32.8-40.4
ADE	20.9	%	12.3-17.7
Recuento de Leucocitos	18.4	10 <sup>3</sup> /uL	3.8-11.8
Abastionados	1.0	%	0-0
Segmentados	79	%	42.7-76.8
Linfocitos	11.3	%	16-45
Monocitos	8.6	%	4.3-10.9
Eosinófilos	0	%	0.5-7
Basófilos	0.1	%	0.2-1.3
Recuento de Plaquetas	112	10 <sup>3</sup> /uL	179-408

**Ilustración N°13 Laboratorio: Bioquímica 07/08/23 – 05:36 hr**

<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Bilirrubina Total	1.21	mg/dL	0-0.9
Bilirrubina Directa	1.13	mg/dL	0-0.3
Bilirrubina Indirecta	0.08	mg/dL	.
<b>201004€ CREATININA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Creatinina Serica	1.06	mg/dL	Varones:0,67 - 1,17Mujeres:0,51 - 0,95R término):0,31-0,88RN(Preturo):0,33-0,98
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fosfatasa Alcalina	423.4	U/L	35-104
<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Proteínas Totales Sericas	4.4	g/dL	6.4-8.3
Albumina Serica	1.82	g/dL	3.5-5.2
Globulina Serica	2.58	g/dL	0-0
<b>201004€ UREA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Urea Serica	27.01	mg/dL	16.6-48.5
<b>201004€ DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Deshidrogenasa Lactica (DHL)	528.8	U/L	207-414
<b>201004€ TGO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Aspartato Aminotransferasa (AST/TGO)	259.5	U/L	0-32
<b>201004€ TGP</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Alanino Aminotransferasa (ALT/TGP)	182.1	U/L	0-33
<b>201004€ GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)	132.9	U/L	0-40

**Ilustración N° 14 Laboratorio: Bioquímica 08/08/23 – 06:17 hr**

83735 MAGNESIO			VALOR REFERENCIAL
Magnesio Serico	5.09	mg/dL	1.6-2.6

01 BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	ABALDEBELLANO	HORA:06:17
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Bilirrubina Total	0.81	mg/dL	0-0.9
Bilirrubina Directa	0.76	mg/dL	0-0.3
Bilirrubina Indirecta	0.05	mg/dL	.
<b>201004€ CREATININA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Creatinina Serica	0.82	mg/dL	Varones:0,67 - 1,17 Mujeres:0,51 - 0,95RN(A término):0,31-0,88RN(Prematuro):0,33-0,98
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fosfatasa Alcalina	347.7	U/L	35-104
<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Proteínas Totales Sericas	3.9	g/dL	6.4-8.3
Albumina Serica	1.61	g/dL	3.5-5.2
Globulina Serica	2.29	g/dL	0-0
<b>201004€ UREA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Urea Serica	22.34	mg/dL	16.6-48.5
<b>201004€ CALCIO SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Calcio Serico	5.80	mg/dL	8.6-10
<b>201004€ DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Deshidrogenasa Lactica (DHL)	426.2	U/L	207-414
<b>201004€ FOSFORO SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fósforo Serico	3.22	mg/dL	2.5-4.5
<b>201004€ TGO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Aspartato Aminotransferasa (AST/TGO)	101.7	U/L	0-32
<b>201004€ TGP</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Alanino Aminotransferasa (ALT/TGP)	86.3	U/L	0-33
<b>201004€ GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)	99.9	U/L	0-40

**Ilustración N° 15 Laboratorio: Bioquímica 08/08/23 – 06:35 hr**

01 BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	ABALDEBELLANO	HORA:06:35
<b>28130 AGA-ELECTROLITOS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
FIO2	21	%	.
Temperatura	36.9	°C	.
pH(T)c	7.344		7.35-7.45
pO2(T)c	78.6	mmHg	83-108
pCO2(T)c	31.2	mmHg	35-46
Sat O2	94.9	%	95-99
pO2(a,T)/FIO2	374	mmHg	.
cBase(B)c	-7.8	mmol/L	.
CHCO3(st)	18	mmol/L	.
Anion GAPc	4.2	mmol/L	.
Sodio	135.2	mmol/L	136-146
Potasio	3.3	mmol/L	3.4-5
Cloro	114.4	mmol/L	98-106
Calcio Iónico	1	mmol/L	1.15-1.29
Lactato	71.11	mmol/L	0-2.6
Glucosa	73.9	mg/dL	70-110
thb		g/dL	.
pO2(A-a)e	29	mmHg	0-0
pO2(a/A)e	73	%	0-0

**Ilustración N° 16 Laboratorio: Hematología y hemostasia 09/08/23 – 05:52 hr**

02 HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA		TECNOLOGO:	wgalvez	HORA:05:52
<b>2010051 HEMOGRAMA 29 PARAMETROS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Hemoglobina	8.7		g/dL	10.9-14.3
Hematocrito	26.2		%	31.2-41.9
Recuento de eritrocitos	2.71		10 <sup>6</sup> /uL	3.63-4.92
MCV	97		fl	73.5-92.6
MCH	32.1		pg	27.7-32.5
MCHC	33.1		g/dL	32.8-40.4
ADE	21.9		%	12.3-17.7
Recuento de Leucocitos	16.9		10 <sup>3</sup> /uL	3.8-11.8
Abastionados	00		%	0-0
Segmentados	73.9		%	42.7-76.8

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:</b>			
Linfocitos	13.6	%	16-45
Monocitos	11	%	4.3-10.9
Eosinófilos	1.3	%	0.5-7
Basófilos	0.2	%	0.2-1.3
Recuento de Plaquetas	81	10 <sup>3</sup> /uL	179-408

**Ilustración N° 17 Laboratorio: Bioquímica 09/08/23 – 06:03 hr**

01 BIOQUIMICA		TECNOLOGO:	wgalvez	HORA:06:03
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Bilirrubina Total	0.88		mg/dL	0-0.9
Bilirrubina Directa	0.81		mg/dL	0-0.3
Bilirrubina Indirecta	0.07		mg/dL	
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fosfatasa Alcalina	329		U/L	35-104
<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Proteínas Totales Sericas	3.9		g/dL	6.4-8.3
Albumina Serica	1.5		g/dL	3.5-5.2
Globulina Serica	2.40		g/dL	0-0
<b>201004€ DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Deshidrogenasa Lactica (DHL)	383		U/L	207-414
<b>201004€ TGO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Aspartato Aminotransferasa (AST/TGO)	69.9		U/L	0-32
<b>201004€ TGP</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Alanino Aminotransferasa (ALT/TGP)	58.3		U/L	0-33
<b>201004€ GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)	112.7		U/L	0-40

**Ilustración N° 18 Laboratorio: Bioquímica 09/08/23 – 06:12 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	ABALDEBELLANO	HORA:06:12
<b>28130</b>	<b>AGA-ELECTROLITOS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
FiO2		21	%	.
Temperatura		36.5	°C	.
pH(T)c		7.365		7.35-7.45
pO2(T)c		69.2	mmHg	83-108
pCO2(T)c		31	mmHg	35-46
Sat O2		93.3	%	95-99
pO2(a,T)/FIO2		329	mmHg	.
cBase(B)c		-6.8	mmol/L	.
cHCO3(st)		18.8	mmol/L	.
Anion GAPc		2.3	mmol/L	.
Sodio		136.5	mmol/L	136-146
Potasio		3.8	mmol/L	3.4-5
Cloro		116.8	mmol/L	98-106
Calcio Iónico		1	mmol/L	1.15-1.29
Lactato		1.1	mmol/L	0-2.6
Glucosa		66.6	mg/dL	70-110
tHb			g/dL	.
pO2(A-a)e		36	mmHg	0-0
pO2(a/A)e		67	%	0-0

**Ilustración N° 19 Laboratorio: Hematología y hemostasia 10/08/23 – 05:21hr**

02	HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA	TECNOLOGO:	CLLACTAHUAMAN	HORA:05:21
<b>2010051</b>	<b>HEMOGRAMA 29 PARAMETROS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Hemoglobina		8	g/dL	10.9-14.3
Hematocrito		24.5	%	31.2-41.9
Recuento de eritrocitos		2.49	10 <sup>6</sup> /uL	3.63-4.92
MCV		98.1	fl	73.5-92.6
MCH		32.3	pg	27.7-32.5
MCHC		32.9	g/dL	32.8-40.4
ADE		22.3	%	12.3-17.7
Recuento de Leucocitos		14.8	10 <sup>3</sup> /uL	3.8-11.8
Abastionados		00	%	0-0
Segmentados		72.7	%	42.7-76.8

Linfocitos		15.7	%	16-45
Monocitos		10	%	4.3-10.9
Eosinófilos		1.3	%	0.5-7
Basófilos		0.3	%	0.2-1.3
Recuento de Plaquetas		92	10 <sup>3</sup> /uL	179-408

**Ilustración N° 20 Laboratorio: Bioquímica 10/08/23 – 05:32 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	TCARRENO	HORA:05:32
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Bilirrubina Total	0.69	mg/dL	0-0.9
	Bilirrubina Directa	0.59	mg/dL	0-0.3
	Bilirrubina Indirecta	0.1	mg/dL	.
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Fosfatasa Alcalina	314.9	U/L	35-104

<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Proteínas Totales Sericas	3.9	g/dL	6.4-8.3
	Albúmina Serica	1.58	g/dL	3.5-5.2
	Globulina Serica	2.32	g/dL	0-0
<b>201004€ DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Deshidrogenasa Lactica (DHL)	287.1	U/L	207-414
<b>201004€ TGO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Aspartato Aminotransferasa (AST/TGO)	54	U/L	0-32
<b>201004€ TGP</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Alanino Aminotransferasa (ALT/TGP)	46.9	U/L	0-33
<b>2010045 GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)	121.8	U/L	0-40

**Ilustración N° 21 Laboratorio: Microbiología 10/08/23 – 16:08 hr**

05	MICROBIOLOGIA	TECNOLOGO:	MMATTA	HORA:16:08
<b>2021005 UROCULTIVO</b>				<b>VALOR REFERENCIAL</b>
	COMENTARIO I	SE AISLA ESCHERICHIA COLI // ANTILOGRAMA: NITROFURANTOINA: SENSIBLE ERTAPENEM: SENSIBLE CEFAZOLINA: RESISTENTE CEFTAZIDIMA: RESISTENTE CEFOTAXIMA: RESISTENTE CEFUROXIME: RESISTENTE AMIKACINA: SENSIBLE GENTAMICINA: SENSIBLE CIPROFLOXACINO: RESISTENTE TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL: SENSIBLE FOSFOMICINA: SENSIBLE		0-0
	OBTENCIÓN DE MUESTRA	Sonda		0-0
	TINCIÓN GRAM			0-0
	DETECCIÓN DE ANTIBIOTICO			0-0
	CULTIVO	Positivo		0-0
	RECUENTO DE COLONIAS	>100,000	UFC/mL	0-0
	IDENTIFICACIÓN Y ANTILOGRAMA			0-0
	COLISTIN I			0-0
	AZTREONAM I			0-0
	CEFTAZIDIME/AVIBACTAM I			0-0
	CEFTALOZANE/TAZOBACTAM I			0-0
	BLUE CARBA I			0-0
	ACERCAMIENTO DE DISCOS I			0-0
	MECANISMO DE RESISTENCIA I	BLEE POSITIVO		0-0
	COLISTIN II			0-0
	AZTREONAM II			0-0
	CEFTAZIDIME/AVIBACTAM II			0-0
	CEFTALOZANE/TAZOBACTAM II			0-0
	BLUE CARBA II			0-0
	ACERCAMIENTO DE DISCOS II			0-0
	MECANISMO DE RESISTENCIA II			0-0
	COMENTARIO II			0-0

**Ilustración N° 22 Laboratorio: Hematología y hemostasia 11/08/23 05:44 hr**

02 HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA	TECNOLOGO:	MMENESES	HORA:05:44
<b>201005€ FIBRINOGENO</b>			
Fibrinogeno	521	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 200-400
<b>2010051 T. DE PROTROMBINA</b>			
Tiempo de Protrombina	15.2	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 11-16
INR	1.16		
<b>2010051 TIEMPO DE TROMBINA</b>			
Tiempo de Trombina	17.5	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 14-21
<b>2010051 HEMOGRAMA 29 PARAMETROS</b>			
Hemoglobina	8	g/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 10.9-14.3
Hematocrito	24.8	%	31.2-41.9
Recuento de eritrocitos	2.52	10 <sup>6</sup> /uL	3.63-4.92
MCV	98.7	fl	73.5-92.6
MCH	31.8	pg	27.7-32.5
MCHC	32.2	g/dL	32.8-40.4
ADE	22.4	%	12.3-17.7
Recuento de Leucocitos	13.2	10 <sup>3</sup> /uL	3.8-11.8
Abastoados	0	%	0-0
Segmentados	75.1	%	42.7-76.8
Linfocitos	13.5	%	16-45
Monocitos	10.3	%	4.3-10.9
Eosinófilos	0.9	%	0.5-7
Basófilos	0.2	%	0.2-1.3
Recuento de Plaquetas	94	10 <sup>3</sup> /uL	179-408
<b>201005: TIEMPO DE TROMBOPLASTINA</b>			
Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada (TTPA)	45.3	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 26-40

**Ilustración N° 23 Laboratorio: Bioquímica 11/08/23 – 05:58 hr**

01 BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	DROJAS	HORA:05:58
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>			
Bilirrubina Total	0.44	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 0-0.9
Bilirrubina Directa	0.42	mg/dL	0-0.3
Bilirrubina Indirecta	0.02	mg/dL	
<b>201004€ COLESTEROL TOTAL SERICO</b>			
Colesterol Total Serico	96	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> Óptimo: < 200 mg/dL. Moderado: 200-239 mg/dL. Elevado: >240 mg/dL
<b>201004€ COLESTEROL HDL SERICO</b>			
Colesterol HDL Serico	15.8	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> Hombres: > 55 (Sin riesgo). Hombres: 35 - 55 (Riesgo moderado). Hombres: < 35 (Alto riesgo). Mujeres: > 65 (sin riesgo). Mujeres: 45 - 65 (riesgo moderado). Mujeres: < 45 (alto riesgo)

<b>201004€ COLESTEROL LDL SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Colesterol LDL Serico	58.8	mg/dL	Óptimo: <100 mg/dL. Casi óptimo: 100 - 129 mg/dL. Moderado: 130 - 159 mg/dL. Elevado: 160 - 189 mg/dL. Muy elevado: >190 mg/dL.
<b>2010047 FOSFATASA ALCALINA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fosfatasa Alcalina	295.3	U/L	35-104
<b>2010047 GLUCOSA SÉRICA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Glucosa Serica	75.76	mg/dL	74-106
<b>2010047 PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Proteínas Totales Sericas	4.2	g/dL	6.4-8.3
Albúmina Serica	1.75	g/dL	3.5-5.2
Globulina Serica	2.45	g/dL	0-0
<b>2010047 TRIGLICERIDOS SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Trigliceridos Sericos	134	mg/dL	0-150
<b>201004€ CALCIO SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Calcio Serico	6.51	mg/dL	8.6-10
<b>201004€ DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Deshidrogenasa Lactica (DHL)	246.8	U/L	207-414

<b>201004€ FOSFORO SERICO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Fósforo Serico	4.37	mg/dL	2.5-4.5
<b>201004€ TGO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Aspartato Aminotransferasa (AST/TGO)	44	U/L	0-32
<b>201004€ TGP</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Alanino Aminotransferasa (ALT/TGP)	39.6	U/L	0-33
<b>201004S GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)	126.1	U/L	0-40
<b>201004S ELECTROLITOS</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Sodio Serico	no hay	mmol/L	136-145
Potasio Serico	no hay	mmol/L	3.5-5.1
Cloro Serico	no hay	mmol/L	98-107
<b>83735 MAGNESIO</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Magnesio Serico	1.72	mg/dL	1.6-2.6

### Ilustración N° 24 Laboratorio: Inmunología 11/08/23 – 06:17 hr

04 INMUNOLOGIA	TECNOLOGO:	MMENESES	HORA:06:17
<b>2010057 PCR Cuantitativo</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
PCR Cuantitativo	124.7	mg/L	0-5
<b>8488 FERRITINA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Ferritina	NO HAY INSUMOS	ng/mL	4.63-204
<b>8661 PROCALCITONINA</b>			<b>VALOR REFERENCIAL</b>
B-R-A-M-S Procalcitonina	no hay	ng/mL	<0.1 ng/ml: Indica ausencia de infección bacteriana. 0.1 a 0.25 ng/ml: Es poco probable que haya infección. 0.25 a 0.50 ng/ml: Es probable que haya una infección. >0.50 ng/ml: Presencia de infección bacteriana.

**Ilustración N° 25 Laboratorio: Bioquímica 12/08/23 – 07:46 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	SANDRADE	HORA:07:46:08
<b>201004€ CREATININA</b>				
	Creatinina	1.03	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 0.5-1.4
<b>201004€ TGO</b>				
	Transaminasa glutamico Oxalacetica (TGO)	69.85	U/L	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 31-
<b>201004€ TGP</b>				
	Transamisa glutamico piruvica (TGP)	55.20	U/L	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 32-

02	HEMATOLOGIA	TECNOLOGO:	SANDRADE	HORA:07:46:45
<b>201005J RECUENTO DE PLAQUETAS</b>				
	RECUENTO DE PLAQUETAS	137 000	xmm3	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 150 000 a 400 000 x mm3
<b>201005J T. DE PROTROMBINA</b>				
	Tiempo de Protrombina	14.6	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 11-16
	INR	1.11		

**Ilustración N° 13 Laboratorio: Bioquímica 12/08/23 – 12:29 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	ABALDEBELLANO	HORA:12:29:37
<b>201004J PROTEINURIA DE 24 HORAS</b>				
	PROTEINURIA	110.0	mg/24 horti	<b>VALOR REFERENCIAL</b> <150 mg/24 horas
VOLUMEN ORINA: 2.0 Lts				

**Ilustración N° 27 Laboratorio: Hematología 13/08/23 – 10:03 hr**

02	HEMATOLOGIA	TECNOLOGO:	SNUNEZ	HORA:10:03
<b>201005I T. DE PROTROMBINA</b>				
	Tiempo de Protrombina	15.5	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 11-16
	INR	1.18		
<b>201005J TIEMPO DE TROMBOPLASTINA</b>				
	Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada (TTPA)	48.7	segundos	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 26-40

**Ilustración N° 28 Laboratorio: Bioquímica 13/08/23 – 10:52 hr**

01	BIOQUIMICA	TECNOLOGO:	SLIFONZO	HORA:10:52:12
<b>201004€ BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA</b>				
	Bilirrubina total	0.46	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 1.0-
	Bilirrubina directa	0.29	mg/dL	HASTA 0.5-
	Bilirrubina indirecta	0.16	mg/dL	< 0.7-
<b>201004€ CREATININA</b>				
	Creatinina	0.84	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 0.5-1.4
<b>201004J FOSFATASA ALCALINA</b>				
	Fosfatasa alcalina	635.17	U/I	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 240 -
<b>201004€ UREA</b>				
	Urea	8.90	mg/dL	<b>VALOR REFERENCIAL</b> 17-49
<b>201004€ TGO</b>				
	Transaminasa glutamico Oxalacetica (TGO)	39.27	U/L	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 31-
<b>201004€ TGP</b>				
	Transamisa glutamico piruvica (TGP)	36.11	U/L	<b>VALOR REFERENCIAL</b> < 32-
<b>201004S GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA</b>				
	Gamma glutamil transpeptidasa	154.52	U/L	<b>VALOR REFERENCIAL</b>