

“UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI”



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TITULO: “ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UNA PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA QUE EVOLUCIONA A
SINDROME DE HELLP Y DISFUNCION MULTIORGANICA ATENDIDA EN
EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DE CHONE EN
SEPTIEMBRE 2016”**

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: MICHAEL JAVIER CASTELO CAIZA

**TUTOR: DR. MARCELO GUERRA FAJARDO
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA.
GINECO – OBSTETRA HOSPITAL GENERAL CHONE**

**ASESOR:
DR. PEDRO FERNANDEZ SANCHEZ
MEDICO CIRUJANO
RESIDENTE GINECOLOGIA HOSPITAL GENERAL CHONE**

2017 – MANABI – ECUADOR

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre: **“ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA QUE EVOLUCIONA A SINDROME DE HELLP Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE CHONE EN SEPTIEMBRE 2016”** de Michael Javier Castelo Caiza, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias médicas.

MANTA, 8, Mayo, 2017

FIRMA DEL TUTOR

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico: **“ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA QUE EVOLUCIONA A SINDROME DE HELLP Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE CHONE EN SEPTIEMBRE 2016”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este Trabajo de Grado.

Manta, 8, Mayo, 2017

EL AUTOR

.....

Castelo Caiza Michael Javier

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, para que haga de este análisis del caso clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de ese caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Manta, 8, Mayo, 2017

EL AUTOR

.....

Castelo Caiza Michael Javier

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico, sobre **““ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA QUE EVOLUCIONA A SINDROME DE HELLP Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE CHONE EN SEPTIEMBRE 2016”** de Michael Javier Castelo Caiza, estudiante de la Carrera de Medicina.

Manta, 8, Mayo, 2017

Para constancia firman

1er Vocal

2do Vocal

PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

AGRADECIMIENTOS

Como autor de este proyecto expreso mi gratitud sincera a quienes me brindaron su apoyo durante el desarrollo del presente trabajo de titulación

A Dios, nuestro creador.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, en especial al personal docente y administrativo de la carrera de Medicina.

A todos quienes conforman el Hospital Napoleón Dávila Córdova, institución de salud que me acogió para la realización del internado rotativo, requisito indispensable para mi formación como médico.

A mi tutor, Dr. Marcelo Guerra Fajardo y asesor Dr. Pedro Fernández, quienes con sus conocimientos científicos y metodológicos me guiaron en la realización del presente proyecto.

Michael Javier Castelo Caiza

DEDICATORIA

Con mucho agrado dedico este proyecto de titulación a Dios, el Ser Todopoderoso que me regaló vida para dar el primer paso, y quien me continuará acompañando hacia el camino del éxito profesional.

A mi querida abuela María Sabina Cuvi Acurio, quien con el ejemplo me apoyó de forma incondicional para alcanzar esta anhelada meta

De manera especial a mis padres Adriana Caiza Cuvi, Héctor Castelo Pavón y a mi abuelo, Antonio Caiza Balarezo, quienes me enseñaron lo que significa el esfuerzo, la constancia y la dedicación para lograr los propósitos en la vida, y que con su amor y paciencia me han dado la mano para subir cada peldaño hasta llegar al final, de lo que hoy es tan solo el principio.

Michael Javier Castelo Caiza

INDICE PRELIMINAR DE CONTENIDO

PORTADA	
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	2
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	3
DERECHOS DE AUTOR.....	4
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	5
AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA.....	7

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	11
PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	14
DISCUSIÓN	20
COMENTARIO	21
CONCLUSIONES.....	22
ANEXOS	23
BIBLIOGRAFÍA	27

RESUMEN

Femenina de 36 años, la cual cursando un embarazo de 36 semanas acude al Hospital General de Chone por presentar dolor abdominal intenso y cefalea holocraneana de gran intensidad, cifras tensionales con valores indicativos de 160/110 mmHg, examen físico anormal y alteraciones del perfil toxémico obligan a dicho centro hospitalario a terminar el embarazo por cesárea y posteriormente a realizar el trámite respectivo de transferencia a centro médico de Tercer Nivel.

Misma que ingresa al servicio de terapia intensiva del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora por presentar preeclampsia severa, síndrome de HELLP y falla multiorgánica llevándola a disfunción hepática severa que progresa a encefalopatía metabólica por hiperamonemia e hiperbilirrubinemia colestásica no obstructiva.

Finalmente, luego de haber cursado 15 días de internación y descartándose proceso infeccioso se procede a indicar el alta médica de la paciente con cifras tensionales controladas, tiempos de coagulación y plaquetas dentro de los parámetros normales. Actualmente en diálisis trisemanal por insuficiencia renal.

Palabras claves: Cesárea, Disfunción, Embarazo, Encefalopatía, HELLP.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

En América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con estas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo). (MSP, 2016)

La Preeclampsia sin signos de gravedad (leve) se define como una TAS \geq 140 mm Hg y menor ($<$ 110 mmHg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco mientras que la Preeclampsia con signos de gravedad (grave) TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

La eclampsia se define como el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas.

La preeclampsia-eclampsia se distinguen por el alto riesgo de morbilidad, mortalidad materna y perinatal, y en pacientes con síndrome HELLP aumenta la posibilidad de estas complicaciones.

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del

embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual sustitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria. Que conozcamos algunos de los eslabones de la fisiopatología de la preeclampsia no significa que conozcamos su etiología última que sigue siendo desconocida, aunque vamos identificando factores. Así podemos citar factores hereditarios por vía materna pero también paterna, factores inmunológicos que explican que se produzca más en la primigesta y más si no ha estado expuesta antes al contacto directo con los antígenos paternos, a factores nutricionales como la falta de ingesta de calcio en algunas poblaciones. Todo ello se manifiesta por un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) frente a las vasoconstrictoras (tromboxano), quizás mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias (IL-2, TNF), y de producción de lipoperóxidos capaces ambos de inducir alteraciones endoteliales. En cualquier caso es fundamental el concepto de que no hay sólo, una lesión placentaria sino que hay una disfunción endotelial general, que afecta a muchos órganos distintos como son el riñón, el cerebro, el hígado pero en especial al sistema cardiovascular por lo que la hipertensión es su expresión más genuina, que con frecuencia se acompaña de edema, aunque no de forma constante. El vasoespasmo y el edema facilitan la reducción del volumen plasmático que lleva a la hemoconcentración característica y a la hipercoagulabilidad. Todo ello hace que exista una hipoperfusión multiorgánica que empeora el cuadro a nivel general y fetoplacentario. (Ramoneda & Mussons, 2008)

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; sin embargo, puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional (preeclampsia sin proteinuria).

La mortalidad materna se reporta en 1% y las complicaciones médicas son más comunes en este síndrome; por ejemplo, la insuficiencia renal puede aparecer en 10% de las pacientes, edema agudo de pulmón y coagulación intravascular diseminada entre 5 y 15%, desprendimiento de placenta en 10%, septicemia, hematomas de la herida quirúrgica, choque hipovolémico, desprendimiento de retina y rotura hepática. Además, es común la transfusión de sangre y sus derivados en pacientes con síndrome HELLP. Estas complicaciones varían según la población estudiada y los criterios para definir el síndrome HELLP y la complicación asociada. (Arias, 2015)

Las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser las mismas que se presentan en la preeclampsia y están relacionados con el impacto del vasoespasmo sobre el hígado materno. Así, la mayoría de las pacientes se presentan con signos y síntomas de compromiso hepático, que incluye ictericia, náuseas (con vómito o sin este) y dolor epigástrico. Otros síntomas incluyen dolor en el hombro derecho, malestar general, cefalea, disturbios visuales y sangrado mucocutáneo. El examen físico puede revelar un leve dolor en cuadrante superior derecho y edema periférico. Usualmente, los pacientes tienen hipertensión y proteinuria. Las anomalías patológicas a nivel hepático incluyen hemorragia.

El diagnóstico de síndrome es más seguro cuando el paciente presenta signos y síntomas de preeclampsia - eclampsia y la tríada de anomalías de laboratorio que sugieren anemia hemolítica por destrucción de glóbulos rojos, daño y disfunción hepática y trombocitopenia, los cuales se presentan más comúnmente en el tercer trimestre o en el posparto. (Rivas & Mendivil, 2011)

La decisión para el estudio del siguiente caso clínico se vio motivada por la evolución diferente del mismo en comparación con otros casos de trastornos hipertensivos del embarazo presentados en el Hospital General de Chone y de la oportuna toma de decisiones para la finalización del embarazo así como la referencia al tercer nivel para tratamiento especializado. El seguimiento del mismo fue posible gracias a la facilidad de acceso a la información.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Motivo de consulta o historia de la enfermedad actual.

Paciente femenina, de 36 años de edad, primigesta, que cursa embarazo de 36,1 semanas de gestación por ecografía temprana, acude al Hospital General de Chone por presentar cuadro clínico de 18 horas de evolución caracterizado por cefalea de gran intensidad más dolor abdominal intenso.

Antecedentes Patológicos personales y familiares:

No refiere

Antecedentes Ginecoobstétricos:

Menarquia: 12 años

Ciclos: regulares

FUM: No recuerda

Gestas: 1 Abortos: 0 Partos: 0 Cesáreas: 0

Exploración

Cabeza: Fascies Ictéricas

Abdomen: Globuloso, compatible con edad gestacional. Altura uterina: 36cm.
Producto cefálico, longitudinal dorso derecho.

Extremidades: Edema de miembros inferiores

Score mama: 5, **riesgo obstétrico:** 2

Monitoreo materno fetal Categoría I (FCF 140)

Afebril, Conciente, orientada en tiempo y espacio. Glasgow 15/15

Signos vitales

Tensión arterial: 160/110 mmHg

Frecuencia cardiaca: 120 lpm

Frecuencia respiratoria: 22 rpm

Saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 36.8°C

Biometría Hemática

Linfocitos 7.060 ul/dl

Neutrófilos 72%

Hemoglobina 11,6 gr/dl

Hematocrito: 34%

Plaquetas 64000 ul/dl

TP 15 seg

INR 1,40

TTP 42 seg

TGO 621 u/ml

TGP 930 u/ml

LDH 6978 u/L

BT 20, 41 mg/dl BD 10, 86 mg/dl BI 9, 55 mg/dl

Creatinina 3, 54 mg/dl

Urea 61 mg/dl

Tirilla reactiva proteinuria positiva +++

Amonio 80 mol/L

Hepatitis A: negativa

Exámenes inmunológicos: negativos

Planteamiento Sindrómico.

Síndrome obstétrico

Síndrome hipertensivo del embarazo

Planteamiento nosológico.

Embarazo del tercer trimestre

Preeclampsia

Conducta médica.

(04/09/2016) Paciente que ingresa a emergencia del hospital general de Chone, luego de valorar a la paciente y de realizar exámenes de laboratorio se decide activar clave azul para iniciar tratamiento.

(05/09/2016) Se decide terminar el embarazo por lo cual se realiza cesárea en la cual se obtiene producto único vivo pretérmino, sexo masculino, APGAR 4/5/8. Peso: 2500gr. Talla: 46cm con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio.

Madre con pronóstico reservado por la cual se tramita a la brevedad posible transferencia a centro de salud de mayor complejidad para resolución de caso que la aqueja

(07/09/2016) Paciente que persiste hipertensa por lo que se decide usar vasoactivos (nitro prusiato 0,3 ug/kg7min), tiempos de coagulación prolongados, contaje plaquetario 104000 e injuria renal establecida

(10/09/2016) hipertensión arterial de difícil manejo e insuficiencia hepática severa, presumiendo hepatitis viral más trastorno colestásico no obstructivo, herida quirúrgica en buenas condiciones, descenso de creatinina y de urea, somnolienta y desorientada

(11/09/2016) paciente con insuficiencia hepática severa, persiste ictericia con hiperbilirrubinemia (BT 13 y BD 9,42), transaminasas en descenso, azoados en descenso (urea 64 y creatinina 2,46) encefalopatía hepática GII, somnolienta y desorientada, valores de amonio elevados

(14/09/2016) leucocitosis en aumento 21520, segmentados 88%, disminución de procalcitonina de 6 a 1,35 ng/dl validando sospecha de foco infeccioso

urinario por lo cual se decide emplear piperacilina – tazobactam. Aumento de azoados (creatinina 5,41 y urea 110), Ionograma (Na 133 mEq, K 3,3 mEq)

(17/09/2016) hipertensión arterial controlada, pruebas serológicas contra hepatitis A negativas, sospecha de etiología autoinmune en espera de resultados de marcadores inmunológicos, realización de TAC abdomino-pélvica sin alteraciones

(19/09/2016) paciente con fallo hepático y renal persistente con diálisis, persistencia de leucocitosis sin foco de infección a pesar de antibioticoterapia de amplio espectro, sospecha de etiología autoinmune como fallo hepático persistente, al momento estable hemodinamicamente

(21/09/2016) paciente estable hemodinamicamente con insuficiencia renal aguda en tratamiento tri-semanal de hemodiálisis

Tratamiento no farmacológico

1. Dieta hipoproteica
2. Control de signos vitales y score mama cada 4 horas
3. Control de la frecuencia cardiaca fetal
4. Control de diuresis
5. Control de reflejos osteotendinosos cada 4 horas
6. Sondaje vesical

Tratamiento farmacológico

Chone

1. Plan de hidratación parenteral: Solución salina al 0.9% 1000ml a 40 por minuto
2. Impregnación: 30 ml de Sulfato de magnesio al 20% más 80ml de solución salina al 0.9% en bomba de infusión o a 100 gotas/minutos pasar en 20 minutos.

3. Mantenimiento: 100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora)
4. Hidralazina: 5mg IV si TAD es mayor a 110mmHg, dosis respuesta, máximo 40mg.
5. Dexametasona 12mg IVL

HGOIA

06/09/2016

6. Ampicilina + Sulbactam 3gr iv stat y luego 1,5 gr iv cada 6 horas
7. Atenolol 50 mg vo cada 12 horas
8. Vitamina k cada 12 horas
9. Transfusión de concentrados de plaquetas

07/09/2016

10. Nitroprusiato de sodio 50 mg pasar iv a 6ml/hora
11. Doxazocina 2 mg vo cda 12 horas

10/09/2016

12. Atenolol 50 mg vo cada 12 horas
13. Amlodipina 10 mg vo cada día
14. Losartán 100 mg vo cada día

20/09/2016 – 21/09/2016

15. Piperacilina – tazobactam 2,25 gr iv cada 6 horas
16. Atenolol 50 mg vo cada 12 horas
17. Amlodipino 10 mg vo cada día
18. Losartán 100 mg vo cada día

Diagnósticos diferenciales

Colestasis intrahepática del embarazo

Hígado graso del embarazo
Síndrome antifosfolipídico
Síndrome hemolítico urémico
Púrpura trombótica trombocitopénica

DISCUSIÓN

El HELLP es una complicación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo presente en aproximadamente 20% de las mujeres con preeclampsia severa. La preeclampsia severa se asocia a una tasa de mortalidad y morbilidad materna de 0,2% y 5% respectivamente.

Las mujeres que desarrollan preeclampsia severa y HELLP tienen 3 a 25 veces mayor riesgo de complicaciones graves como coagulación intravascular diseminada (15%), falla renal (3%), edema pulmonar (8%), hemorragia intracraneana (1,5%), requerimiento de transfusión sanguínea (25%) y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (4,1-22,9%) que un embarazo no complicado. A largo plazo, aproximadamente 20% desarrollará hipertensión o microalbuminuria, además de aumento del riesgo de morir por enfermedad cardiovascular, especialmente en aquellas con PES de inicio precoz. Desde el punto de vista fetal, la mortalidad perinatal de la PES varía entre 3,9 a 16,6% entre las 24 a 34 semanas y 71 a 100% antes de las 25 semanas manejadas en forma expectante, mientras que el HELLP reporta una mortalidad perinatal de 22,6%. Se estima que el diagnóstico oportuno de HELLP permitiría evitar estas complicaciones. (Garrido & Carvajal, 2013)

COMENTARIO

Se debe sospechar y valorar más detenidamente siempre a pacientes con síntomas, signos y hallazgos de laboratorio sugerentes de preeclampsia o HELLP incluso aún en ausencia de hipertensión o a edades gestacionales precoces, ya que la preeclampsia severa y el HELLP pueden llegar a tener presentaciones atípicas. El diagnóstico e interrupción oportuna del embarazo en el caso de un HELLP debe realizarse independiente de la edad gestacional, evitando así otras complicaciones graves e incluso la muerte materna.

La falla renal aguda se puede presentar en el 10% de las pacientes que presentaron complicaciones. Esta falla renal aguda se puede presentar al inicio del puerperio, requiriendo diálisis peritoneal, sin presencia de complicaciones.

CONCLUSIONES

Vigilar estrechamente a las pacientes que ingresan con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo posterior a la resolución obstétrica, con la realización de estudios de laboratorio de control tanto biometría hemática y perfil toxémico durante el puerperio inmediato.

Efectuar una valoración inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes con estudios de laboratorio con alteraciones compatibles con Síndrome de HELLP capacitando al personal médico y de enfermería para identificar de manera inmediata las posibles complicaciones que pueden presentar las pacientes con síndrome de HELLP durante el puerperio.

Hacer seguimiento de las pacientes que hayan sido diagnosticadas con síndrome de HELLP durante las fases del puerperio, siendo las más importantes durante el puerperio inmediato y mediato con cita a consulta externa para identificar de manera inmediata el posible diagnóstico del mismo.

ANEXOS

CONFIDENCIAL

Niños 4 días-14 años: 3.8-5.4 g/dL

Niños 14 a 18 años: 3.2 - 4.5 g/dL

Adultos: 3.5-5.2 g/dL

METODOLOGIA: INMUNOTURBIDIMETRIA

EXAMEN: PROTEINAS EN ORINA DE 24HORAS

QUIMICA

Muestra No. 01 Asignada a: 2016/11/07 15:02

VALOR REFERENCIAL

----- **PÁGINA:09**

PROTEINAS EN ORINA DE 24HORAS....: 257.29

Comentarios:

RANGO REFERENCIAL EN ORINA DE 24 HORAS: <140mg/24 horas

RANGO REFERENCIAL EN ORINA ESPONTANEA: <150mg/L

EXAMEN: EMO (UROANALISIS DE RUTINA) - OTROS ANALISIS

Muestra No. 01 Asignada a: 2016/11/07 09:07

VALOR REFERENCIAL

Color.....: **AMARILLO**

Aspecto.....: **TRANSPAREN**

PH.....: **5**

Cetonas.....: **NEGATIVO**

Bilirrubinas.....: **NEGATIVO**

Nitritos.....: **NEGATIVO**

Hemoglobina.....: **NEGATIVO**

Proteinas.....: **NEGATIVO**

Leucocitos en orina.....: NEGATIVO

Proteínas en orina de 24 horas

Historia: 1309930467	Cod: 899	Fecha y hora de ingreso: 2016-09-16 15:53
----------------------	----------	---

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
QUIMICA CLINICA SANGUINEA			
AMONIO	80.1	umol/L	
Metodo: Fotometria			
VALOR DE REFERENCIA:			
RECIEN NACIDOS : 64 - 107 umol/L			
NIÑOS > 1 MES : 21 - 50 umol/L			
NIÑOS : 11 - 35 umol/L			
ADULTOS : 10 - 47 umol/L			
MUESTRA ICTERICA (+++)			
Validado por: Gladys Martinez, Lic.			

Amonio en sangre

SOLICITUD:	A 119914	1309930467
SOLICITA:	Dr.(a) LUIS GUIGARRO-IESS	
FECHA:	15-SEP-2016	

INFORME DE LABORATORIO DE INMUNOLOGIA

EXAMEN:	HEPATITIS A: ANTICUERPOS ANTI-HAV IgM
RESULTADO:	0,33 (NEGATIVO) ✓
MÉTODO:	Quimioluminiscencia de Micropartículas (CMIA)
INTERVALO DE REFERENCIA:	Negativo inferior a 1,0 Positivo superior a 1,0

Examen para Hepatitis A

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, A. (2015). *Medigraphic.com*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>
- Garrido, M., & Carvajal, J. (Noviembre de 2013). Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. *Revista Medica de Chile*, 141(11), 1470-1474.
- MSP, E. (Diciembre de 2016). Recuperado el 19 de Abril de 2017, de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Ramoneda, C., & Mussons, B. (2008). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
- Rivas, E., & Mendevil, C. (Julio de 2011). Síndrome de Hellp: Revisión. *Revista Científica Salud Uninorte*, 27(2).