



# INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

## SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

### JUEVES 21 DE MAYO 2009

PRESIDE: DR GUILLERMO SÓLOMON SANTIBAÑEZ  
COORDINA: DRA. MIREYA C. MUÑOZ RAMÍREZ  
PATOLOGÍA: DR. FREDY CHABLE MONTERO  
T.M.S: T.S. FRANCISCA RUIZ ESTRADA  
RESUMIÓ: DRA. ERIKA REINA BAUTISTA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre:** G.S.T.V.  
**Género:** Femenino  
**Lugar de nacimiento:** México, D.F.  
**Fecha de nacimiento:** 29 de enero de 2009  
**Fecha de ingreso:** 11 de marzo de 2009  
**Fecha de fallecimiento:** 19 de marzo de 2009

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre de 27 años, dedicada al hogar y padre de 27 años, empleado; ambos aparentemente sanos. DM2 e HTAS por línea materna y paterna.

#### ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de madre de 26 años, G1 P1 en control prenatal desde la sexta semana de forma regular con administración de multivitamínicos y aplicación del toxoide tetánico en dos dosis. Cursó en el cuarto mes con infección vaginal con tratamiento no especificado. Durante el embarazo se realizaron 4 USG obstétricos reportados como normales. Parto a término, eutócico, Apgar 9/9, peso 2755 g talla 48 cm, con egreso del binomio a las 24 horas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Lactancia materna exclusiva hasta su ingreso. Solo con fijación de la mirada, aun sin sostén cefálico. Aplicación de BCG y hepatitis B al nacimiento (no muestra cartilla).

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alérgicos, quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y exantemáticos negativos.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

Comenzó el día de su ingreso a las 14:00 hrs. aproximadamente, cuando estaba siendo alimentado al seno materno, con irritabilidad y llanto leve a moderado. La madre, administró 5 gotas de dimeticona sin remisión de la sintomatología, agregándose vómito de contenido gastroalimentario así como diaforesis. Se le administraron otras 5 gotas de dimeticona por indicación telefónica de pediatra, con mejoría parcial de los síntomas. Posterior a esto, manifestó palidez generalizada y polipnea. A las 16:30 hrs. aceptó nuevamente la leche materna, posteriormente desarrollo quejido y llanto intenso por lo que acudió a esta institución.

#### 11-03-09 (18:10 h) INGRESO A CHOQUE Y TRANSFERENCIA A LA SALA DE URGENCIAS

FC: 160 x', FR: 48x', TA: 59/22 mm/Hg, T: 35.2°C, Peso: 4300 g, Talla: 58 cm, PC: 39 cm, PA 37 cm. Paciente irritable, quejumbrosa, con palidez generalizada. Fontanela anterior de 2 cm deprimida, llanto sin lágrimas, mucosas secas. Polipnea, con SA de 2 a expensas tiros intercostales y aleteo nasal. Abdomen distendido, rígido, no depresible por resistencia muscular, peristalsis disminuida. Pulsos débiles y llenado capilar de 4 segundos.

Se permeabiliza la vía aérea con cánula número 4 fr. Se coloca sonda orogástrica que drena al principio leche y después contenido hemático. Carga de solución fisiológica a 20 ml/kg en tres ocasiones sin respuesta, con posterior TA 56/49 por lo que se inicia infusión de dopamina 10 mcg/kg/min y dobutamina 20 mcg/kg. Colocación de catéter yugular interno derecho. Gasometría con pH 6.92 PO2 137 PCO2 10.6 HCO3 de 2.1 Anión Gap de 22.3 déficit de base -28.9 lactato de 19. Carga de bicarbonato a 2 mEq/kg en dos ocasiones con control gasométrico pH 7.0 PO2 208 PCO2 26.5 HCO3 6.3 déficit de base -22.7 lactato 16. BH con

leucocitos 18900. Rx de abdomen muestra mala distribución de aire, distensión y edema interesa así como datos sugestivos de líquido libre en cavidad peritoneal, por lo que se indica triple esquema antibiótico con ampicilina 100 mgkgd, metronidazol 30 mgkgd y cefotaxime 150 mgkgd; se sospecha malrotación vs vólvulos intestinal por lo que se solicita USG abdominal, siendo valorado por adscrito quien no lo realiza por falta de justificación y se interconsulta al servicio de cirugía. Se traslada a la sala de Urgencias.

Se indica ayuno, soluciones calculadas 100x100+10%/30/20, infusión de dopamina 0.5=10 mcgkgmin para pasar 0.5 ml/h, infusión de dobutamina 0.5=10 mcgkgmin; ampicilina 100 mgkgd, cefotaxime 150 mgkgd, metronidazol 30 mgkgd y ranitidina 5 mgkgd.

### **11-03-09 (21:44h) VALORACIÓN CIRUGÍA**

Paciente de 35 días de vida, aparentemente sana previamente, sin antecedentes de importancia. Se nos interconsulta por antecedente de estado de choque y acidosis metabólica. A la EF se observa con palidez importante de tegumentos, mal estado de hidratación, fontanela hundida, boca seca, ojos hundidos; soplo sistólico grado II/VI; abdomen con PA de 37 cm, globoso, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, no se palpan megalias, peristalsis presente, no se taquicardiza al palpar el abdomen. Rx de abdomen con distensión de asas, no se observa aire libre, pendiente radiografía en decúbito lateral izquierdo. Se comenta el caso con el médico adscrito. Sugerimos respetuosamente se realice abordaje del paciente por alteraciones hematológicas hemorrágicas. Por el momento no consideramos que el paciente curse con un padecimiento quirúrgico.

### **11-03-09 INGRESO A SALA DE URGENCIAS**

FC: 186 x', FR: 30x', TA: 49/27 mm/Hg, T: 36.5°C, PA : 38.5 cm

Se recibe con intubación orotraqueal, bajo ventilación mecánica. Palidez generalizada de tegumentos, fontanela anterior de 4x3 cm. normotensa; sonda orogástrica. Campos pulmonares bien ventilados sin soplos. Abdomen distendido pero blando, con PA 41.5 cm, ausencia de peristalsis. Pulsos muy débiles. Paciente con inestabilidad hemodinámica recibiendo manejo aminérgico con adrenalina, dobutamina y dopamina. Acidosis metabólica severa con pH 6.87 P12 70.6 PCO2 45.2 HCO3 7.8 lactato 17. Por lo anterior se da aporte de bicarbonato de sodio 5 mEqkgd . Se detecta potasio de 5 sin repercusión electrocardiográfica por lo que se inician soluciones sin potasio. Presenta bradicardia de 50 latidos y se inicia masaje cardiaco, administración de dos dosis de adrenalina, bicarbonato y calcio sin obtener respuesta. Se repite secuencia, observando recuperación con la segunda dosis de bicarbonato. Se toman electrolitos séricos postparo con Na 135 K 7.6 Cl 100 Ca 17.28. Con datos de sangrado por sonda orogástrica y tiempos de coagulación prolongados con TP 45% y TTP 75.3" con INR 1.68, se indica dosis de vitamina K y transfusión paquete globular y plasma fresco congelado. También, hidrocortisona a dosis de estrés para el manejo del choque así como infusión de insulina por hiperglucemia de hasta 465mg/dL

Indicaciones: ayuno, soluciones 200/5 (HCO3)/3, insulina 0.1Uh, dopamina 0.5=10 mcgkgmin, dobutamina 0.5=10 mcgkgmin, adrenalina 1 ml=0.1 mcgkgmin, midazolam 1=100mcgkgmin, ampicilina 100 mgkgd, cefotaxime 150 mgkgd, metronidazol 30 mgkgd, hidrocortisona 100 mgm2SC DU, buprenorfina 3 mcgkgdo, sucralfato 40 mgkgd.

### **12-03-09 (06:00 h) CIRUGÍA**

Femenino de un mes de vida, en estado postparo cardiorrespiratorio con choque hipovolémico, probable malrotación intestinal y vólvulus. Niega antecedentes de importancia, niega antecedentes de vómito crónico, refieren de forma súbita vómito alimentario en una ocasión, con palidez generalizada de tegumentos, choque y paro cardiorrespiratorio. Se colocó sonda orogástrica la cual drena material hemático franco, persiste con choque, hipotensión, distensión abdominal síndrome anémico, tiempos de sangrado prolongados, acidosis metabólica e hiperlactatemia. EF con distensión abdominal importante con sonda orogástrica drenando material hemático, ausencia de ruidos peristálticos, no se palpan visceromegalias.

Por los datos súbitos de choque y la persistencia de distensión abdominal en un recién nacido previamente sano, con una radiografía de abdomen con distensión de asas se considera descartar vólvulus intestinal. Por lo que se comenta con el adscrito de cirugía y se solicitará tránsito intestinal con medio de contraste hidrosoluble en busca de la imagen en sacacorchos característica de vólvulo intestinal, solicitamos se dejen hemoderivados y hablar con los familiares.

### **12-03-09 (07:00) NOTA PREANESTÉSICA**

Paciente con los diagnósticos antes mencionados que amerita ingresar de forma urgente para realizar LAPE. Actualmente intubado con AMV, VT 55 ml, FR 30 x', RIE 1:2.5, con apoyo de aminas, hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipotensión. Esta grave con alto riesgo de morbimortalidad ASA IV.

### **12-03-09 NOTA PREQUIRÚRGICA**

Paciente femenino de 1 mes con datos de choque séptico e hipovolémico, falla orgánica múltiple. Se nos presenta hemodinámicamente inestable con apoyo de aminas y ventilación mecánica con dificultad para ventilación por tórax restrictivo, metabólicamente con hiperkalemia, hiperglucemia, acidosis metabólica descompensada e hiperlactatemia. Por condiciones del abdomen distendido, lustroso, red venosa, tensa y no peristalsis, se sospecha de vólvulus así como malrotación intestinal. Se decide pasar a quirófano inmediatamente. ASA V. riesgos: infecciones, efectos propios de la anestesia, sangrado, choque y muerte. Condiciones muy graves.

### **12-03-09 NOTA DE TRANSFERENCIA A QUIRÓFANO**

Paciente con inestabilidad hemodinámica con adrenalina 0.2 mcg/kg/min, dopamina 20 mcg/kg/min y dobutamina 10 mcg/kg/min, con parámetros altos de ventilador y administración de solución polarizante por potasio de 8.3 así como dosis de hidrocortisona 50 mg/kg/d, se transfunde PG 10 ml/kg/d y PFC a 40 ml/kg/d.

### **12-04-09 NOTA QUIRÚRGICA**

Se realiza LAPE encontrando necrosis intestinal desde intestino delgado desde yeyuno a 10 cm del ángulo de Treitz hasta colon transversal con resto de colon bien irrigado, no se encuentran sitios de perforación. Se desvolumó en contra de las manecillas del reloj, liberándose las bandas de Ladd del colon transversal y se realiza maniobra de Coher, apendicectomía incidental, se amplía mesenterio y coloca el intestino delgado de lado derecho y colon de lado izquierdo colocándose bolsa de Bogotá en pared abdominal por compromiso vascular. Se realizará revaloración en 48-72 horas para viabilidad intestinal.

### **12-03-09 (11:30) NOTA POSTANESTÉSICA**

Paciente con abdomen agudo y choque mixto, a quien se realiza LAPE bajo anestesia total intravenosa. Inducción fentanilo 30 mcg midazolam 1 mg, cisatracuronio 500 mcg. La gasometría inicial pH 7.04 PCO<sub>2</sub> 50 PO<sub>2</sub> 96 HCO<sub>3</sub> 13 db -15 lactato 10.8., hemodinámicamente continua con adrenalina, dobutamina, metabólicamente con hiperglucemia e infusión de insulina. Balance: ingresos cloruro de sodio 120 ml, albúmina 5% 20 ml, paquete globular 175 ml PFC 40 ml crioprecipitados 10 ml total 385 ml. Egresos: RB 32 ml Eqx 96 ml, sangrado 150 ml, diuresis 30 ml, Cto 16 total 316 ml. Balance total +19ml. Gasometría pH 7.10 PCO<sub>2</sub> 38 PO<sub>2</sub> 38 HCO<sub>3</sub> 13.3 db -14.3 lactato 12.7.

### **13-03-09 REINGRESO A URGENCIAS PROCEDENTE DE QUIRÓFANO.**

Persiste con acidosis metabólica con pH 7.22 HCO<sub>3</sub> 15.5 DB -10.2 continuando con aporte de bicarbonato de sodio en las soluciones a 4 mEq/kg, así mismo presenta hiperglucemia de 341 mg/dL iniciándose infusión de insulina 0.1 U/kg/d, con uresis de 0.6 ml/kg/h y PA de 47 cm así como datos de sangrado con cambios importantes de coloración en la piel del abdomen el cual está a tensión lo que condicionó un síndrome compartimental llevando secundariamente a hipotensión arterial y aumento de la presión intravesical por lo que por parte de cirugía se realiza punción de malla, obteniendo, aproximadamente 200 ml con mejoría clínica. Se coloca un segundo catéter subclavio izquierdo por punción.

Indicaciones: ayuno, sol 150/70/ alb 5%/K0/Mg 100, dopamina 0.5=10 mcg/kg/min, dobutamina 0.5=10 mcg/kg/min, adrenalina 1 ml=0.1 mcg/kg/min, midazolam 1=100mcg/kg/min, vecuronio 1=100 mcg/kg/min, ampicilina 100 mg/kg/d, cefotaxime 150 mg/kg/d, metronidazol 30 mg/kg/d, buprenorfina infusión 1=0.5 mcg/kg/h, sucralfato 40 mg/kg/d, vitamina K 3 mg cada 24h, gluconato de calcio 150 mg/kg/d.

### **13-03-09 (02:30h) GUARDIA URGENCIAS**

FC 167: x', FR 40: x', TA: 82/61 mm/Hg, T: 35.6°C

Ventilatoriamente continua estable em fase III de ventilación, con saturación arriba del 90% con FR 40 PI 25 PEEP 3 rel IE 1:2, FIO<sub>2</sub> 90% reporte gasométrico pH 7.34 PO<sub>2</sub> 75.9 PCO<sub>2</sub> 33.7 lac 5.1 db -7. Hemodinámico continúa con mismas infusiones observándose mejoría de la TA. Infeccioso cursa con algunas hipotermias sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Electrolitos con Na 134 K 4.2 Cl 104 Ca 8.6. Paciente que se encuentra con perímetro abdominal en aumento con 47 cm, con datos de sangrado, sin peristalsis; cambios importantes en la piel del abdomen que se encuentra a tensión, con presión intravesical conservada. Pronóstico malo para la vida y la función.

### **13-03-09 (09:45H) SEGUIMIENTO DE CIRUGÍA**

Paciente operado de procedimiento de Ladd en su primer día postquirúrgico. Hemodinámicamente inestable sin embargo ha permitido disminuir la infusión de aminas, ventilatoriamente con parámetros altos secundarios al tórax restrictivo. Metabólicamente con electrolitos séricos dentro de lo normal, lactato 1.1. Última gasometría pH 7.36 PO<sub>2</sub> 72 PCO<sub>2</sub> 43.6 HCO<sub>3</sub> 24 EB 0.8. EF con buen estado de hidratación, herida quirúrgica con gasas manchadas serohemáticas, limpia, se observa malla sin alteraciones, asas grisáceas, sin olor característico,

cambios de coloración francos (equimóticos). Por el momento continuamos pendientes de condiciones del abdomen y posibilidad de recuperación intestinal. Pendiente se realice nueva revisión de asas intestinales y ya que permanecerá en ayuno prolongado se iniciará NPT.

### **13-03-09 (10:30h) VALORACIÓN UTIP**

Paciente femenino de 1 mes con diagnóstico de choque séptico, estado postparo, requiere manejo en terapia intensiva. Sube a cama 279. En cuanto esté disponible.

### **13-03-09 (16:50h) NOTA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.**

Se solicita colocación de catéter venoso central para inicio de NPT. Se realizó punción sobre subclavia izquierda, se coloca catéter venoso Arrow 4 Fr 8 cm con adecuada permeabilidad, se fija con prolene 3-0. Complicaciones ninguna, sangrado mínimo.

### **13-03-09 (17:50h) NOTA DE PROCEDIMIENTO**

Paciente con diagnósticos antes mencionados, presenta deterioro hemodinámico y ventilatorio así como datos de síndrome compartimental abdominal con cambios de coloración en flancos, los cuales aumentaron desde el día de ayer. Continúa requerimiento de aminas y parámetros altos de ventilación mecánica así como presión intravesical 20 cm de agua. Se realiza movilización programada de la malla y se realiza drenaje de 200 ml de material hemático, observando asas superiores de coloración grisácea. Se encuentra hemodinámicamente inestable, sin embargo posterior al procedimiento presenta mejoría. Pronóstico reservado a evolución.

### **13-03-09 (23:45) INGRESO UTIP**

Lactante menor con choque séptico de foco abdominal y estado postparo cardiopulmonar, falla orgánica múltiple, coagulación intravascular diseminada, operado de procedimiento de Ladd por vólvulus intestinal.

Hemodinámicamente inestable con incrementos del perímetro abdominal, datos de sangrado, con insuficiencia renal prerrenal con creatinina de 1.1. Cambios de coloración en el abdomen, el día de hoy con distensión abdominal ocasionando síndrome compartimental con incremento de la presión vesical a 19 por lo que se punciona malla con presión vesical posterior de 11.

A su ingreso a UTIP, paciente con ventilación orotraqueal, bajo efectos de sedación y relajación, fontanela anterior de 4x3 cm. normotensa. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin agregados; abdomen con compresas manchadas de material serohemático, con cambios de coloración en flancos. Llenado capilar de 3 segundos, pulsos centrales y periféricos presentes. ES con Na 137 K 2.6 Cl 97 incrementándose aporte de potasio en las soluciones. Paciente grave, pronóstico malo para la vida y la función a corto plazo.

Indicaciones: ayuno, soluciones 60/Na 4 ( 2 HCO<sub>3</sub>)/K 3, infusión almidón 10 ml/kgd, infusión de adrenalina 0.5=0.1 mcg/kgmin, adrenalina 1 ml=0.1 mcg/kgmin, midazolam 1=100mcg/kgmin, vecuronio 1=100 mcg/kgmin, furosemide 0.5=100 mcg/kg, ampicilina 100 mg/kgd, cefotaxime 150 mg/kgd, metronidazol 30 mg/kgd, buprenorfina infusión 1=0.5 mcg/kg, sucralfato 40 mg/kgd, vitamina K 3 mg cada 24h, gluconato de calcio 200 mg/kgd, sulfato de magnesio 50 mg/kgd, omeprazol 1 mg/kgd,

### **14-03-09 INFECTOLOGÍA**

Mala evolución clínica e hipotermia por más de 8 horas. Se agrega cobertura contra *S. aureus* meticilino sensible debido a que la herida permanece abierta. Se suspende ampicilina y metronidazol y se inicia clindamicina, continuando con cefotaxime. Se solicita búsqueda de hongos.

### **15-03-09 UTIP**

Presencia de acidosis mixta que requirió aumento de la presión y FIO<sub>2</sub> así como aporte de bicarbonato por las soluciones a 4 mEq/kgd, continúa tensiones arteriales medias bajas requiriendo aun aminas (norepinefrina y dobutamina). Actualmente en ayuno con asas intestinales grises. Actualmente con soluciones parenterales con GKM 9 y a pesar de ello ha requerido bolos de glucosa. Paciente en condiciones graves.

### **16-03-09 UTIP**

Paciente con alternancia entre hipo e hiperglucemia. Actualmente con infusión de insulina, Hipotermia persistente y creatinina de 1.6 BUN 23 con datos de falla renal aguda con uresis conservada gracias a infusión de furosemide 100mcg/kg.

### **17-03-09 NOTA QUIRÚRGICA**

Se retira malla y se encuentra que el intestino no es viable. En duodeno solo hay 10 cm viables y el resto de yeyuno a íleon con necrosis irreversible por lo que se decide cierre de pared.

### 17-03-09 NOTA DE EVOLUCION Y EGRESO DE UTIP

FC: 132 x' FR: 32 x' TA: 64/44 mmHg T: 35.8 °C

Femenino de 1 mes de edad con necrosis intestinal, el día de hoy pasó a una laparotomía exploradora con revisión intestinal y cierre de pared donde se encuentra que el intestino no es viable, se encuentra isquémico en duodeno solo 10 cm viables por lo que se decide de cierre de pared abdominal y egreso por máximo beneficio. En lo hematológico se encuentra con última BH del día de hoy con Hb 10.9, Hto 32.8, Leu 4500 plaquetas 90 000, TP 16.8 seg TTP 127 INR 1.41. Se decide su egreso de la terapia intensiva por máximo beneficio. Se interconsultará a cuidados paliativos y está pendiente que acudan a valoración. Pronóstico malo para la vida y la función.

### 17-03-09 CUIDADOS PALIATIVOS

Paciente con necrosis intestinal masiva y ninguna posibilidad de tratamiento, se hablará con los padres y dará apoyo tanatológico y psicológico. Se recomiendan cuidados paliativos mínimos exclusivamente y manejo ventilatorio mínimo. Inminencia de la muerte no RCP.

### 17-03-09 INGRESO A CIRUGÍA

FC: 130 x' FR: 34 x' TA: 64/46 mmHg

Continúa con ventilación mecánica, tensiones arteriales normales e hipotérmica. Se valora con padres la condición crítica de su hija por lo que se deciden cuidados mínimos y por inminencia de la muerte no realizar reanimación cardiopulmonar.

### 18-03-09 NOTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Paciente de un mes de edad con necrosis intestinal. Se habla con los abuelos paternos ya que no se encuentran a los padres y se explica lo que es cuidados paliativos por lo que ellos están de acuerdo con mantenerla en cuidados mínimos. Posteriormente los padres mencionan sus inquietudes por el manejo de los medicamentos y monitoreo pues al conocer el diagnóstico les parece invasivo. Finalmente comenta que están de acuerdo de autorizar la autopsia para estar seguros de padecimientos.

### 18-03-09 CIRUGÍA

Se mantiene con ventilador, persiste con analgésicos, sedantes y relajantes.

### 19-03-09 NOTA DE DEFUNCIÓN

Presenta desaturación progresiva por lo que se presenta paro cardiorrespiratorio a las 04:00 h sin proporcionarse medidas de reanimación avanzada.

## LABORATORIOS

### BIOMETRÍA HEMÁTICA

Fecha	Hb mg/dl	Hto %	Leucocitos	Neutrófilos %	Linfocitos %	Plaquetas
11-03-09	8.5	26.7	18900	48	49	608 000
11-03-09	11	32.3	3900	38	50	19 000
13-03-09	8.7	26.6	2800	53	43	163 000
14-03-09	13.7	41.6	3700	79	20	115 000

### TIEMPOS DE COAGULACIÓN

Fecha	TP "/%	TTP "	INR	Fibrinógeno mg/dl	Dímero D ng/ml
11-03-09	19.9/41	75.3	1.68		
11-03-09	35.6/20.8	134	3.26	98	
13-03-09	20.3/40	52	1.84	165	929
15-03-09	20.4/40.8	72	1.72	125	

### QUÍMICA SANGUÍNEA Y ELECTROLITOS SÉRICOS

Fecha	Na mmol/L	K mmol/L	Cl mmol/L	Ca mg/dl	Cre mg/dl	BUN mg/dl	Urea mg/dl	Glu mg/dl
11-03-09 (18:00 h)	127	9	99	11.5				
12-03-09 (1:00 h)	135	8.5	100	17.2	0.6	13.9	29.7	311
12-03-09 (6:00 h)	133	8.3	102	9.7				
12-03-09 (12:00 h)	134	5.7	104	7.1	1.1	18.7	40	259
12-03-09 (21:00 h)	134	4.2	104	7.9				
13-03-09	140	3.9	105	8	1.16			132
14-03-09	135	2.5	104	9.2				478
15-03-09	135	3	108	7.4	1.38	38.3	82	115
17-03-09	145	4.7	112	8.9	1.65	23	81	117

### PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA

Fecha	BT mg/dl	BD mg/dl	BI mg/dl	Prot g/dl	Alb g/dl	Col mg/dl	TGL mg/dl	FA IU/L	DHL IU/L	AST IU/L	ALT IU/L	GGT IU/L
12-03-09	0.1	0.07	0.07	3.2	1.8	9	3	9	166	154	121	
13-03-09	1.9	0.35	1.55			61	52	85	1806	263	80	23

### GASOMETRIAS

Fecha	Hora	pH	PO2	PCO2	HCO3	dB	AG	Lac
11-03-09 (a)	18:20	6.92	137.8	10.6	2.1	-28.9	22.3	19
11-03-09 (a)	19:00	7.00	208	26.5	6.2	-22.7	17.8	16
11-03-09 (v)	20:00	7.22	29.6	27.3	10.9	-15.2	15.1	13.3
12-03-09 (a)	04:00	6.87	70.6	45.2	7.8	-14.8	16.2	18
12-03-09 (a)	12:00	7.27	138	23.9	12.2	-12.1	9.3	12.1
13-03-09 (v)	13:00	7.30	45.4	48.1	13.4	-2.2	9.6	2.3
14-03-09 (a)	16:00	7.22	95	44	17	-9		3.7
15-03-09 (a)	13:00	7.37	123	33	18.6	-5.4	1.4	2