

## Estudios de laboratorio complementarios

### Complementary laboratory studies.

Juan Francisco García-Regalado,<sup>1</sup> Armando Martínez-Leoni,<sup>2</sup> Miguel Ángel Espinosa-Moncayo,<sup>3</sup> Noé Arellano-Hernández,<sup>4</sup> Ricardo Bañuelos-Huerta,<sup>5</sup> Jessica Valeria Bravo-Gutiérrez,<sup>6</sup> Tania Colín-Martínez,<sup>7</sup> Jorge Loria-Castellanos,<sup>8</sup> Juan Carlos Sánchez-Echeverría,<sup>9</sup> Rodolfo Sosa-Barragán,<sup>10</sup> Lleny Bocanegra-Flores,<sup>10</sup> Ivette Zapata-Centeno,<sup>10</sup> Yadira Villalobos-Aguilar,<sup>11</sup> Ivonne Hinojosa-Aguilar,<sup>10</sup> Gabriela Hernández-Reyes,<sup>12</sup> Velia Nallely Rangel-González,<sup>13</sup> Eva Fernanda Rodríguez-González,<sup>14</sup> Ruth Elisa Fernández Durán,<sup>2</sup> Hermes Manuel Cortés-Meza<sup>4</sup>

#### Biometría hemática

##### *Recuento de glóbulos blancos*

El recuento de glóbulos blancos puede variar. No proporciona información precisa sobre COVID-19, puede haber leucopenia, leucocitosis y linfopenia. La linfopenia es más común, se observa en más de 80% de los pacientes. Comúnmente se ve trombocitopenia leve; se considera mal signo de pronóstico.

#### Marcadores inflamatorios

La procalcitonina sérica suele ser normal en el momento del ingreso; sin embargo, aumenta en pacientes que requieren cuidados en la UCI.

El dímero D alto y la linfopenia también se consideran factores de mal pronóstico.

##### *Proteína C reactiva (PCR)*

El COVID-19 aumenta la PCR. Esto parece relacionarse con la gravedad de la enfermedad y el pronóstico.

En pacientes con insuficiencia respiratoria grave con concentraciones normales de PCR, siempre debe buscarse un diagnóstico alternativo.

Las alteraciones de laboratorio más frecuentes en los pacientes hospitalizados con neumonía reportadas son: leucopenia, linfopenia, leucocitosis, transaminasas hepáticas elevadas, deshidrogenasa láctica elevada y aumento de la proteína C reactiva. Otras alteraciones inclu-

<sup>1</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, Centro Estatal de Cuidados Críticos, Guanajuato, México.

<sup>2</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General Regional núm. 66, IMSS, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

<sup>3</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General Regional núm. 25, IMSS, Ciudad de México.

<sup>4</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas.

<sup>5</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Presidente de la Asociación de Medicina de Urgencias y Desastres de México.

<sup>6</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Enlace oficial de ACEP en México. Chair del Grupo Especial de Triage de IFEM.

<sup>7</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Jefe del Servicio de Admisión Continua, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Ciudad de México.

<sup>8</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. División de Proyectos Especiales del IMSS.

<sup>9</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico. División de Proyectos Especiales del IMSS.

<sup>10</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Hospital General Regional núm. 25, IMSS, Ciudad de México.

<sup>11</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Hospital General Regional núm. 25, IMSS, Ciudad de México.

<sup>12</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General Regional núm. 2, IMSS, Ciudad de México.

<sup>13</sup> Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General de Zona núm. 29, IMSS, Ciudad de México.

<sup>14</sup> Especialista en Medicina de Urgencias.

#### Correspondencia

Juan Francisco García Regalado  
clanseta@yahoo.com

#### Este artículo debe citarse como

García-Regalado JF, Martínez-Leoni A, Espinosa-Moncayo MA, Arellano-Hernández N y col. Estudios de laboratorio complementarios. Med Int Méx. 2020;36(Suplemento 2):S29-S30. <https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4195>

yen: neutrofilia, trombocitopenia, disminución de la hemoglobina, disminución de la albúmina e insuficiencia renal.

La oximetría de pulso puede revelar baja saturación de oxígeno ( $SpO_2 < 90\%$ ).

Deben solicitarse las siguientes pruebas diagnósticas en todos los pacientes con enfermedad grave:

- Gasometría arterial (indicada para detectar hipercapnia o acidosis).
- Biometría hemática completa.
- Perfil metabólico completo.
- Pruebas de coagulación.
- Marcadores de inflamación (procalcitonina sérica y proteína C reactiva).
- Troponina sérica.
- Lactato deshidrogenasa en suero.
- Creatina-cinasa en suero.