

11227  
33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE  
MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

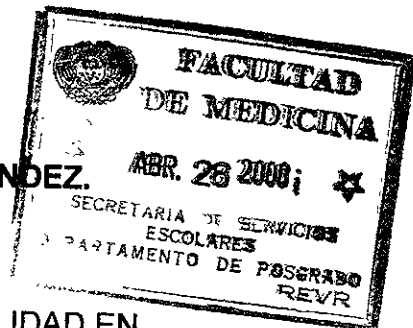
ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS.  
MODERADAS SOMETIDOS A VENOPUNCION CENTRAL DE URGENCIA.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

DR. EDUARDO ENRIQUE LÓPEZ MÉNDEZ.



PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA INTERNA.

*[Signature]*  
ISSSTE  
HOSPITAL REGIONAL  
"ADOLFO LÓPEZ MATEOS"  
NOV 10 1997  
DR. BENJAMIN MANZANO SOSA  
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN  
Y DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN  
COORDINACIÓN  
CAPACITACION Y DESARROLLO  
E INVESTIGACION

*[Signature]*  
DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE MEDICINA INTERNA.

*[Signature]*  
DR. HERMENEGILDO VICENTE AYALA  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

2000

280543 -



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TITULO:**

**COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS MODERADAS SOMETIDOS A VENOPUNCION CENTRAL DE URGENCIA.**

**INVESTIGADOR:**

**EDUARDO ENRIQUE LÓPEZ MÉNDEZ**

**DOMICILIO:**

**AVENIDA UNIVERSIDAD 1321 COL. FLORIDA DELEGACIÓN ALVARO OBREGON RESIDENCIA MEDICA HRLALM.**

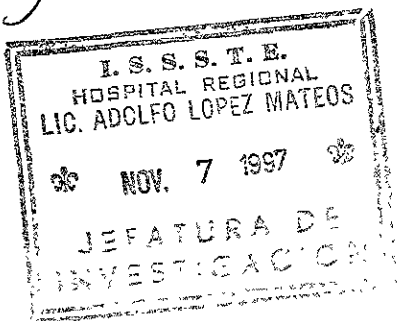
**ASESOR: DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA.**

**VOCAL DE INVESTIGACIÓN:**

**DRA. VICTORIA GÓMEZ VASQUEZ.**

**DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO**  
**JEFE DE INVESTIGACIÓN.**

**DR. ANDRÉS HERNÁNDEZ RAMÍREZ**  
**JEFE DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO.**



## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** El presente estudio fue realizado con el propósito de determinar si alteraciones hemostáticas moderadas tienen gran repercusión en el curso clínico de los pacientes que son sometidos a venopunción central de urgencia.

**LUGAR:** Este estudio se realizó en el servicio de MEDICINA INTERNA del hospital regional licenciado "Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

**DISEÑO:** Nuestro estudio fue de carácter prospectivo y comparativo.

**PACIENTES:** Se incluyeron 141 pacientes durante un periodo de 8 meses de febrero a septiembre de 1997.

**INTERVENCIÓN:** A todos los pacientes que requirieron de PVC por vía suclavia o yugular se les realizó historia clínica, biometría hemática completa, TP, TPT, Rx. AP de tórax antes y después del procedimiento. Los 141 pacientes se dividieron en 2 grupos: pacientes sin alteraciones en el TP y/o plaquetas y un segundo grupo sin alteraciones en los mismos parámetros; el primero incluyó 51 pacientes (36%), el segundo grupo fue de 90 pacientes lo cual correspondió al 64%, se analizaron anomalías en el TP, plaquetas o en ambos así como las complicaciones que se presentaron en estos grupos.

**RESULTADOS:** De todos ellos solo uno presentó neumotórax (.7%) y 140 (99.3%) no mostraron complicación alguna para una  $P < .001$ . No se presentó complicación hemorrágica en ninguno de ellos.

**CONCLUSIONES:** Alteraciones tales como plaquetas de hasta 50,000 y TP alargado en hasta 5 segundos por arriba de lo normal no se asociaron a complicaciones hemorrágicas o de alguna otra especie.

**PALABRAS CLAVES:** Punción venosa central, hemorragia, plaquetas, neumotórax.

## **SUMMARY**

**PORPUSE:** This study was performed with the porpuse of determinate if patients with mild elevations in prothrombin time ( TP ) and moderate thrombocytopenia before central venous line have association with complications.

**PLACE:** This study was performed in the hospital Lic. " Adolfo Lòpez Mateos " from ISSSTE .

**OUTLINE:** This study was comparative and prospective model.

**PATIENTS:** We included 141 patients during 8 consecutive months february to september 1997.

**METHODS:** All study criteria were fulfilled in 141 patients with central venous cannulation and all cases we performed clinical history, and laboratories(PT, PTT,Radiography). Before and after central venous cannulation. We divided all patients in 2 groups . A whitout alterations and the group B with mild elevations in prothrombin time and moderate thrombocytopenia or both.

The group A included 51 patients 36 percent, and the group B 90 patients 64 percent, we reviewed complications and disturbs in all groups.

**RESULTS:** Only one patient (.7 percent) developed neumotorax in the group A, and none in the group B 0 percent, with a  $P < 0.001$  none had bleedings.

**CONCLUSIONS:** Mild elevations in prothrombin time and moderate thrombocytopenia before central venous cannulation have not association with complications.

**KEY WORDS:** Bleeding, thrombocytopenia, central venous cannulation.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	9
CONCLUSIONES.....	10
TABLAS Y GRÁFICAS.....	11
BIBLIOGRAFÍA.....	28

## INTRODUCCIÓN

La medicina es una de las ciencias que más avanza día con día, hecho que se acentúa en las últimas décadas, en las cuales la mejor comprensión de la fisiopatología en las distintas enfermedades ha culminado en grandes avances terapéuticos.

El comprender mejor la naturaleza de las distintas anormalidades que constituyen a las entidades patológicas, no ha sido serendipia o producto de la simple observación, sino mas bien debido a un monitoreo más estrecho de las variables fisiológicas implicadas en la entropía del padecimiento, situación derivada de avances tecnológicos con este mismo fin, que tornan a la medicina mas INVASIVA, tendencia que hoy en día se tiende ha abandonar por las múltiples complicaciones que estos procedimientos implican. Como muestra de lo anterior tenemos: punciones al sistema venoso central, cateterismo cardiaco, toma de biopsias mediante acceso venoso, cateterismo arterial, la mayoría de ellos ampliamente difundidos inclusive al alcance de un segundo nivel de atención medica, claro, sólo algunos de ellos.

El primer antecedente de cateterismo vascular se remonta a los primeros intentos de medir la presión arterial directamente en animales con la consavida muerte de éste, por lo cual esta práctica se abandona, el descubrimiento de la asepsia y antisepsia hace resurgir esta tendencia intervencionista, ya que tomando las precauciones debidas los procesos infecciosos se pueden evitar, difundíéndose así este tipo de procedimientos con múltiples propósitos pero las complicaciones de tipo infeccioso las limitarían nuevamente, aunque por un breve lapso de tiempo ya que el descubrimiento de antibióticos la haría resurgir, hasta hoy en día en donde las complicaciones de tipo infeccioso parecen disminuir. <sup>(1)</sup>

La cotidianidad de las punciones al sistema venoso central, las ha convertido en una práctica diaria y en algunos momentos rutinaria, haciendo olvidar las grandes complicaciones que algunos de estos pueden implicar, por sobre todo en algunos pacientes con trastornos de la coagulación <sup>(2)</sup>

Las indicaciones para una punción venosa central son las siguientes:

- 1.- CUANDO SE REQUIERE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA CIRCULACION CORONARIA DURANTE LA RCP.
- 2.- SI SE PRECISA MEDIR LA PVC (PRESION VENOSA CENTRAL )
- 3.- REPOSICION VOLUMETRICA MASIVA EN ANCIANOS O CARDIOPATAS
- 4.- CUANDO HAY QUE VIGILAR LA FLUIDOTERAPIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS VISCERALES Y LESIONES CRANEONCEFALICAS GRAVES.
- 5.- EN CASO DE SUPONER TAPONAMIENTO CARDIACO.
- 6.- NUTRICION PARENTERAL.
- 7.- CUANDO LA VIA DE ACCESO PERIFERICO ES IMPOSIBLE
- 8.- PARA LA COLOCACION DE CATETERES DE SWAN-GANZ, MARCAPASOS, HEMODIALISIS.
- 9.- SOLUCIONES HIPOTONICAS, HIPERTONICAS, QUIMIOTERAPIA, E IRRITANTES. (2,3,4,5.)

Las contraindicaciones para la realización de venopunciones de acceso al sistema venoso central son las siguientes:

- A.- COAGULOPATIAS
- B.- SITIO DE LA VENOPUNCION INFECTADO.(2)
- C.- PLAQUETAS 70,000 Ó MENOS, TP PROLONGADO EN MAS DE 3 SEG. (6)

Algunos otros autores clasifican a los riesgos para este tipo de procedimiento cuando se realiza de la siguiente manera:



**ABSOLUTAS:** SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR.

**RELATIVAS:** INFECCION LOCAL EN EL SITIO EN DONDE SE PROYECTA LA VENOPUNCION, COAGULOPATIA, COLOCACION DE OTRO CATETER DE LAS MISMAS CARACTERISTICAS EN EL SISTEMA VENOSO IPSILATERAL. (7)

Otras contraindicaciones incluyen: estenosis tricuspídea, pulmonar, tumor intracardiaco o coagulo a este nivel y tetralogía de Fallot siempre que el propósito de la cateterización sea la monitorización de la presión en cuña. (7)

Las complicaciones mas graves son: neumotórax 2 a 4 %, punción arterial 3 a 7%, infección local 5 % (5, 8)

Otras complicaciones menos frecuentes son: hidrotórax, hidromediastino, embolia gaseosa, o del cateter, arritmias ( dentro de éstas la más frecuente es extrasístoles ventriculares, taquicardia ventricular, bloqueo AV, paro cardiaco) (8), perforación de la vena cava superior o de la aurícula derecha, flebitis, obstrucción del cateter, fiebre de origen a determinar intrahospitalaria (9), trombocitopenia, infarto pulmonar, hemorragia pulmonar, (7), tromboflebitis, síndrome posflebitis, síndrome de vena superior, pérdida de la vía central de acceso, extravasación de la infusión, quilotorax, lesiones nerviosas (plexo braquial, nervio frénico, mediano, femoral, ganglio estrellado) y trombosis. (10)

En cuanto a la trombosis esta es una complicación que viene en aumento estimándose que su porcentaje de presentación fluctúa entre 13 y 35% (Reed), la vena subclavia es el sitio mas frecuente de formación 39% (Horattas), siendo el porcentaje de embolismo pulmonar del 9 al 25% y con consecuencias fatales en un 10% (Reed, Horattas). (10)

La trombosis tiene factores de riesgo aparte a los ya mencionados, dentro de los cuales se incluyen: tamaño del cateter, la posición del mismo, tiempo de

permanencia, composición de la solución a pasar, diagnóstico de base, material utilizado para la fabricación del cateter siendo los de polietileno más trombogénicos que los de silicón o poliuretano, se han encontrado reportes de que al término de 5 a 7 días se encuentra una capa de fibrina rodeando por dentro y por fuera el cateter y que este estado protrombotico no es modificado con el uso de heparina no fraccionada o de bajo peso molecular sino solo con inhibidores del plasminógeno tisular. (10)

La embolización séptica es una variedad también presente dentro del espectro de complicaciones ya que se reporta una incidencia de 34.5% de colonización bacteriana y un 3 a 6 % de sépsis con el uso de cateteres de polietileno. (12) =

El propósito del presente estudio es determinar las complicaciones más frecuentes en la realización de venopunciones centrales de urgencia, haciendo especial énfasis en hasta donde y bajo que cifras de plaquetas y / o tiempo de protrombina es permisible la realización sin que ésto represente un factor de riesgo agregado en el pronóstico del paciente, situación que muy a menudo se presenta en la práctica medica diaria.

Basta mencionar que situaciones similares se han planteado con respecto a la toma de biopsia hepática percutanea teniendo los siguientes resultados: tiempo de protrombina prolongado en 4 segundos y plaquetas de 60,000 no se han asociado a complicaciones durante la realización de dicho procedimiento, además de que sólo con cifras por debajo de 50,000 plaquetas existe riesgo de sangrado en eventos quirúrgicos o traumáticos. (13)

La literatura así también hace poca en énfasis en la importancia de estas situaciones como factores de riesgo, en este tipo de intervenciones, motivo que estimuló aún más la realización de éste estudio.

Las principales vías de acceso venoso conocidas y contempladas en este estudio son las siguientes:

**VENA YUGULAR INTERNA**

**VENA YUGULAR EXTERNA**

**VENA SUCLAVIA**

Las técnicas utilizadas para la realización de estas vías de acceso son la de Seldinger y la modificada de Seldinger<sup>(2)</sup>, descritas ampliamente en la literatura publicada al respecto.

El objetivo del estudio fue determinar si alteraciones hemostáticas moderadas tienen gran repercusión en el curso clínico de los pacientes sometidos a venopunción central de urgencia.

## MATERIAL Y MÉTODO .

Se efectuó un estudio propectivo-comparativo en el servicio de Medicina Interna del hospital regional Lic. " Adolfo López Mateos " del ISSSTE en el periodo comprendido de febrero a septiembre de 1997.

Se incluyeron pacientes a los cuales se les realizo Punción Venosa Central (PVC) por acceso yugular posterior o bien por vía suclavia infraclavicular con una cuenta plaquetaria mayor de 50,000 y TP prolongando en no mas de 18 segundos.

Se excluyeron pacientes con estudios incompletos, tratados con heparina a dosis plenas o profilácticamente, con manejo a base de hemoderivados previos al momento de la punción y a aquellos que estaban siendo manejados con anticoagulantes.

Se les realizo historia clínica , biometria hemática, TP, TPT, AP de tórax antes y después del procedimiento.

La técnica utilizada fue la de **Seldinger** que para el acceso yugular posterior consiste en colocar al paciente de decúbito dorsal, latero-flexión del cuello contralateral al sitio elegido para la venopunción, asepsia y antisepsia de la región lateral del cuello y supraclavicular se localiza el borde posterior del esternocleidomastòideo y en la unión del tercio medio con el inferior se introduce el trocar del catéter en un ángulo de 45o y dirigido a la primera articulación condro-esternal contralateral, aspirando una vez localizada la estructura vascular se introduce el catéter, retira la guía, se insertan soluciones y se corrobora el acceso vascular, se fija el catéter y se da por terminado el acto. Para la punción suclavia se localiza la región infraclavicular y medialmente se localiza la unión del tercio medio con el interno se infiltra con anestésico y el trocar se introduce en ángulo de 45o, se localiza el borde postero-inferior de la clavícula y entonces se cambia la dirección del trocar para ahora dirigirlo hacia el tubérculo escaleno anterior de la primera costilla ipsilateral y el resto del procedimiento es similar al previamente descrito para la punción yugular.

En nuestro estudio este procedimiento fue realizado por la misma persona, en todos los casos.

Se consideraron plaquetas normales a aquellas cifras por arriba de 150,000 y TP normal de 10 a 13 segundos de acuerdo con el laboratorio de nuestro hospital, se efectuó seguimiento durante los primeros 5 días posteriores al procedimiento a fin de detectar posibles complicaciones.

Se analizo sexo, edad, enfermedades crónico degenerativas, características del tórax además de las complicaciones posibles derivadas de la punción misma tales como hemorragia, hematoma y equimosis en el sitio de la PVC, además de neumotórax, hemotórax, hemoneumotórax, neumomediastino, cateterización arterial etc.

Los pacientes se dividieron en dos grupos: el A incluyo pacientes sin alteraciones hemostáticas( TP y Plaquetas fuera del rango de normalidad ), y el B incluyo pacientes con alteraciones hemostáticas en distintas magnitudes.

La proporción de complicaciones registradas en ambos grupos de pacientes sometidos a PVC en las mismas condiciones e independientemente del diagnostico fue similar misma que se comparo con el método de  $X^2$  y con significancia estadística  $p < 0.001$ .

Algunos de los pacientes fueron puncionados con catéter Mahurkar longitud 30 cms. y la gran mayoría con catéter Vizcarra calibre 16 longitud 30 cms en ambos grupos.

## RESULTADOS

De los 141 pacientes incluidos en el estudio 114 fueron mujeres (81%) y 27 hombres (19%) Gráfica 1. El grupo A incluyo 51 pacientes(36%) y el B 90 (64%) Gráfica 2. La distribución por sexo en el grupo A fue de 15 hombres y 36 mujeres con una media de 64.6 y un rango de 57 a 70 años para el subgrupo de los varones y en las mujeres la media fue de 62.5 para un rango de 23 a 94 Gráfica 3.

Las enfermedades mas frecuentemente asociadas fueron : diabetes mellitus descontrolada, hipertensión arterial sistèmica, y desequilibrio hidrolelectrolítico Tabla 1.

Ningún paciente fue portador de patología hematologica primaria en el grupo A y tampoco en el B.

Solo un paciente del grupo A presento complicación (neumotòrax) mismo que evoluciono favorablemente Gráfica 4.

El grupo B incluyo 90 pacientes de los cuales 78 fueron del sexo femenino con una media de 61.6 y un rango de 26 a 95 para la edad, los hombres fueron 12 con una media de 68.5 y un rango de 50 a 86 para la edad Gráfica 5. Las enfermedades mas frecuentes reportadas dentro de los diagnòsticos de base fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial sistèmica, y desequilibrio hidroelectrolítico Tabla 2, las mismas que para el grupo A.

Se presentaron alteraciones hemostáticas en hombres y mujeres Gráfica 6, en los primeros solo se reportaron alteraciones en el TP y en el caso de las mujeres se registraron alteraciones en el TP, plaquetas y algunas pacientes en ambos parámetros Gráfica 7, graduándose además el magnitud de la alteración tal como se muestra en las tablas 3,4,5 y 6.

La asignación en ambos grupos tanto para catéter Vizcarra como para Mahurkar se muestra en las tablas 7 y 8.

No se presento complicación alguna en este grupo de pacientes como se ejemplifica en la gráfica 8.

El porcentaje global de complicaciones en ambos grupos de estudio se presenta en la grafica 9.

## DISCUSION

Dentro de los parámetros que se utilizan para el manejo de pacientes con alteraciones hemodinámicas, metabólicas y cardiovasculares se utiliza el monitoreo invasivo, en estos casos la colocación de un catéter central, por vía periférica, por punción suclavia o yugular es un procedimiento común en las salas de urgencia y los pisos, existiendo criterios que indican o contraindican su colocación por vía central, dentro de estos últimos los tiempos de coagulación alargados, cifras de plaquetas disminuidas en pacientes con enfermedades crónico degenerativas limitan la colocación de estos catéteres. En este estudio se analizó si realmente son motivo de contraindicación para la colocación de este tipo de catéteres por vía central no observándose complicaciones atribuibles a los trastornos hemostáticos comparando a estos pacientes con un grupo normal.

A diferencia de lo reportado en la literatura que en general sugiere la colocación de estos catéteres con plaquetas mayores de 70,000 y tiempo de protrombina menor a 15 segundos, existen otras variables que favorecen a las complicaciones tales como la experiencia del médico que realiza el procedimiento, la técnica utilizada, tipo anatómico del tórax, etc que en este estudio no se valoraron.

Este estudio sugiere que se debe revalorar la contraindicación de catéter por punción central en pacientes con trastornos hemostáticos.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## **CONCLUSIONES**

- 1.- Las alteraciones hemostáticas( TP de hasta 18 segundos y plaquetas de hasta 50.000 ) no se asocian a complicaciones hemorrágicas en aquellos pacientes que son sometidos a punción venosa central.
- 2.-La venopuncion central como procedimiento de urgencia es pacientes con alteraciones hemostáticas es un procedimiento seguro de primera elección por su rapidez y bajo riesgo comparado con otras vias de venopuncion.
- 3.- La profilaxis con hemoderivados en pacientes con alteraciones hemostáticas moderadas en pacientes que son sometidos a punción venosa central no es necesaria ya que las complicaciones en este grupo de pacientes no se presentan.



TABLA 1.

ENFERMEDADES REPORTADAS COMO DIAGNOSTICOS DE BASE EN 51 PACIENTES SOMETIDOS A PUNCION VENOSA CENTRAL SIN ALTERACIONES HEMOSTATICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRLALM.

DIAGNOSTICOS	NUMERO DE PACIENTES
DIABETES MELLITUS	19
HIPERTENSION ARTERIAL	12
DESEQUILIBRIO H.E.	11
INSUFICIENCIA RENAL C.	11
INFECCION DE VIAS U.	5
HEMORRAGIA DE T.D.A.	4
BRONCONEUMONIA	3
CARDIOPATIA ISQUEMICA	3
INSUFICIENCIA CARDIACA	3
E.V.C. ISQUEMICO	3
HIPERAZOEMIA PRE.	3
NEUMONIA	3
G.E.P.I.	2
I.R.A.	2
N.O.C.	2
R.C.P.	2
SX. DESGASTE	2
EPILEPSIA	1
COR PULMONALE	0
PARALISIS CEREBRAL I.	0
DESNUTRICION	1
SX. DEPRESIVO MAYOR	0

FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL H.R.L.A.M.

\*NOTA EL PROMEDIO DE DIAGNOSTICOS EN CADA PACIENTE FUE DE 3.

TABLA 2

ENFERMEDADES REPORTADAS COMO DIAGNOSTICO DE EN 90 PACIENTES SOMETIDOS A PUNCIÓN VENOSA CENTRAL CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H.R.L.A.L.M DE FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1997.

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES
DIABETES MELLITUS	38
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	21
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	19
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	19
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	10
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO	8
BRONCONEUMONÍA	8
CARDIOPATIA ISQUEMICA	6
INSUFICIENCIA CARDIACA	6
E.V.C. ISQUEMICO	6
HIPERAZOEMIA PRERRENAL	6
NEUMONÍA	6
G.E.P.I.	4
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	4
MENINGOENCEFALITIS	4
NEUMOPATIA OBSTRUCIVA CRÓNICA	4
R.C.P.	4
SÍNDROME DE DESGASTE	4
EPILEPSIA	0
FIBROSIS INTERSTICIAL PULMONAR	1
COR PULMONALE	1
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	0
DESNUTRICIÓN	2
SÍNDROME DEPRESIVO MAYOR	1

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL H.R.L.A.L.M.

\*EL PROMEDIO DE DIAGNOSTICOS EN CADA PACIENTE FUE DE 3.

**TABLA 3**

DISTRIBUCIÓN DE LA ALTERACIÓN EN EL TP EN 12 VARONES SOMETIDOS A PUNCIÓN VENOSA CENTRAL .SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL REGIONAL LIC. "ADOLFO LÓPEZ MATEOS" FEBRERO A SEPTIEMBRE 1997.

<b>GRADO</b>	<b>RANGO</b>	<b>No DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
LEVE	13.1 a 25.9 Segs.	9	75%
MODERADA	26 a 38.7 Segs.	3	25%
SEVERA	38.8 a 51.7 Segs.	0	0%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO HRLALM.

**TABLA 4**

DISTRIBUCIÓN DE LA ANORMALIDAD DEL TP EN 54 MUJERES SOMETIDAS A PUNCIÓNVENOSA CENTRAL. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL REGIONAL LIC. "ADOLFO LÓPEZ MATEOS" FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1997.

<b>GRADO</b>	<b>RANGO</b>	<b>No DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
LEVE	13.1 a 25.9 Segs.	45	83%
MODERADO	26 a 38.7 Segs.	6	11%
SEVERO	38.8 a 51.7 Segs.	3	6%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL HRLALM.

**TABLA 5.**

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE TROMBOCITOPENIA EN 9 PACIENTES FEMENINOS DEL GRUPO CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS . SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL REGIONAL LIC. " ADOLFO LOPEZ MATEOS " FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1997.

<b>GRADO</b>	<b>RANGO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
LEVE	100 a 150,000	3	33%
MODERADO	50 a 99,000	6	77%
SEVERO	49,000 o menos	0	0%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL HRLALM.

**TABLA 6.**

DISTRIBUCIÓN DE LA ANORMALIDAD EN 15 PACIENTES FEMENINOS SOMETIDOS A PUNCIÓN VENOSA CENTRAL CON TP Y PLAQUETAS ALTERADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL REGIONAL LIC. " ADOLFO LÓPEZ MATEOS " FEBRERO A SEPTIEMBRE 1997.

<b>GRADO</b>	<b>No DE PACIENTES.</b>	<b>PORCENTAJE.</b>
TP ALTERADO		
LEVE	15	100%
MODERADO	0	0%
SEVERO	0	0%
TROMBOCITOPENIA		
LEVE	0	0%
MODERADO	6	40%
SEVERO	9	60%

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO HRLAM.

\*NOTA Cada una de las pacientes incluidas en esta gráfica presento alteraciones tanto de TP como plaquetas.

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y GRUPO DE LOS 12 PACIENTES SOMETIDOS A PUNCIÓN VENOSA CENTRAL ASIGNADOS AL CATÉTER MAHURKAR EN EL HRLALM DE FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1997.

SEXO	SIN ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS.	CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS.
MASCULINO	3	0
FEMENINO	3	6

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL HRLALM.

**TABLA 8**

DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y GRUPO DE 129 PACIENTES SOMETIDOS A PUNCIÓN VENOSA CENTRAL CON CATÉTER VIZCARRA CAL. 16 EN EL HRLALM DE FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1997.

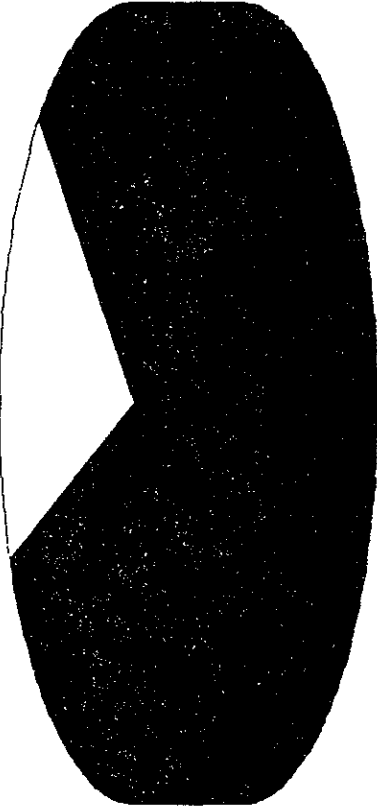
<b>SEXO</b>	<b>SIN ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS .</b>	<b>CON ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS</b>
MASCULINO	12	12
FEMENINO	33	72

FUENTE : ARCHIVO CLÍNICO DEL HRLALM.



# Gráfica 1

19%



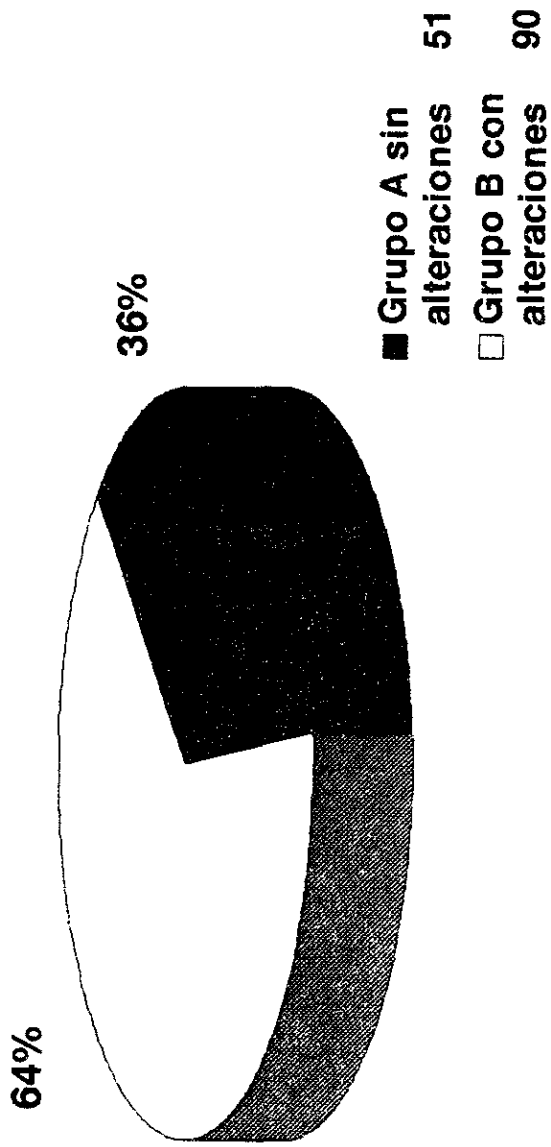
■ Mujeres 114  
□ Hombres 27

81%

Distribución por sexo en 141 pacientes sometidos a punción venosa central  
HRLALM ISSSTE Medicina Interna

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 2



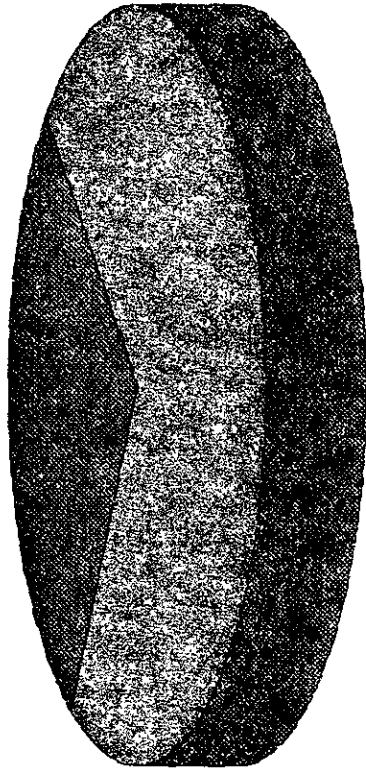
Distribución por grupos de 141 pacientes de acuerdo con la anomalía hemostática

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

### Gráfica 3

29%



71%

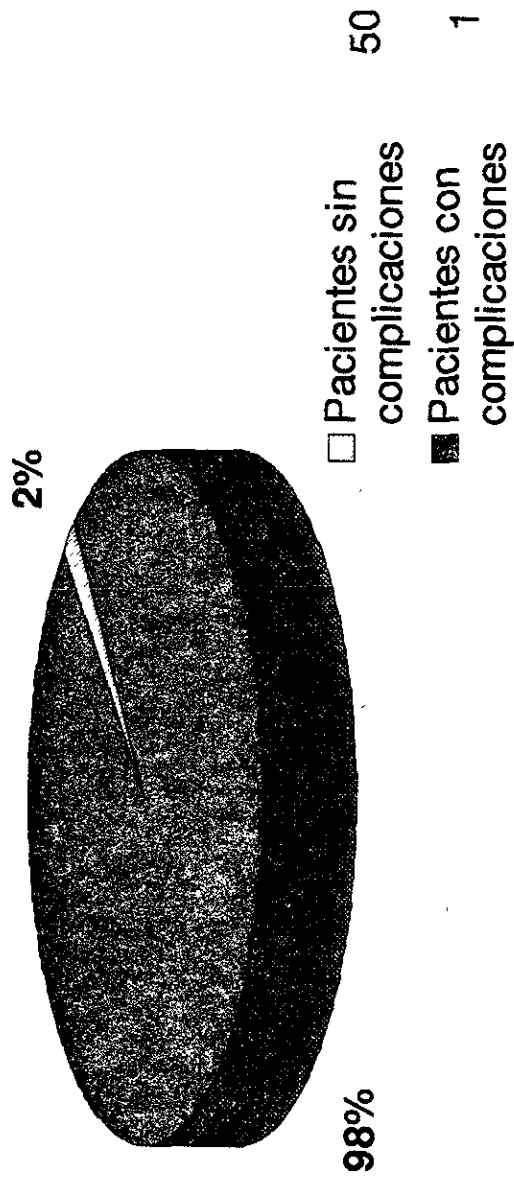
- Pacientes femeninos 36
- Pacientes masculinos 15

Distribución por sexo en 51 pacientes sin alteraciones hemostáticas sometidos a punción venosa central.

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 4

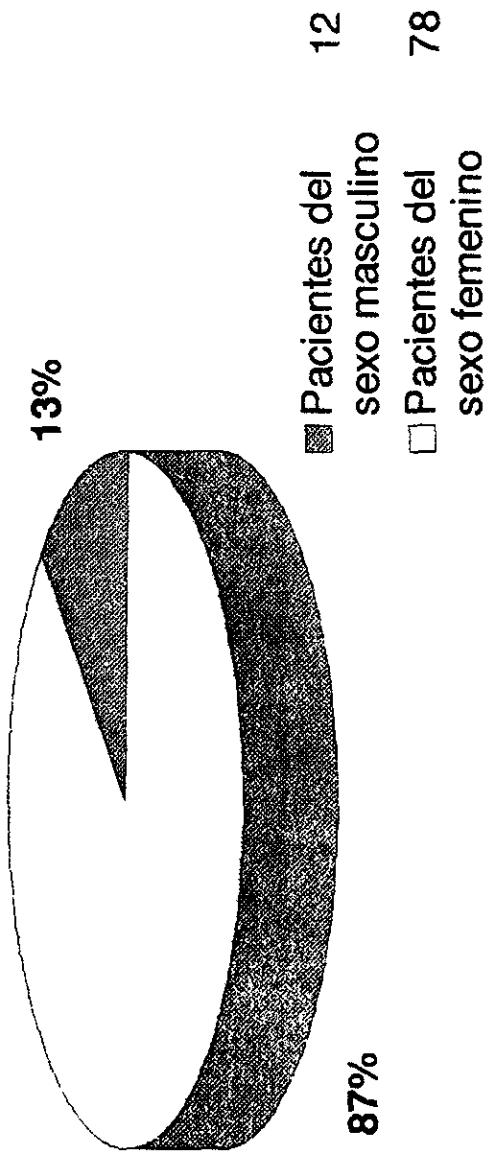


Complicaciones observadas en 51 pacientes sin alteraciones hemostáticas sometidos a punción venosa central.

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 5

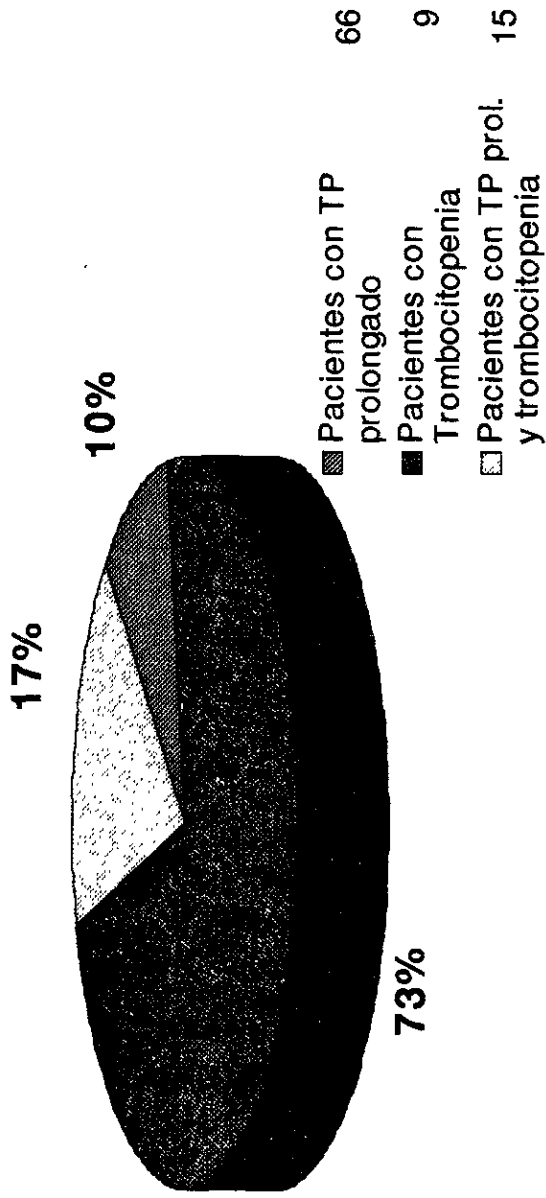


Distribución de acuerdo a sexo en 90 pacientes con alteraciones hemostáticas sometidos a punción venosa central.

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 6

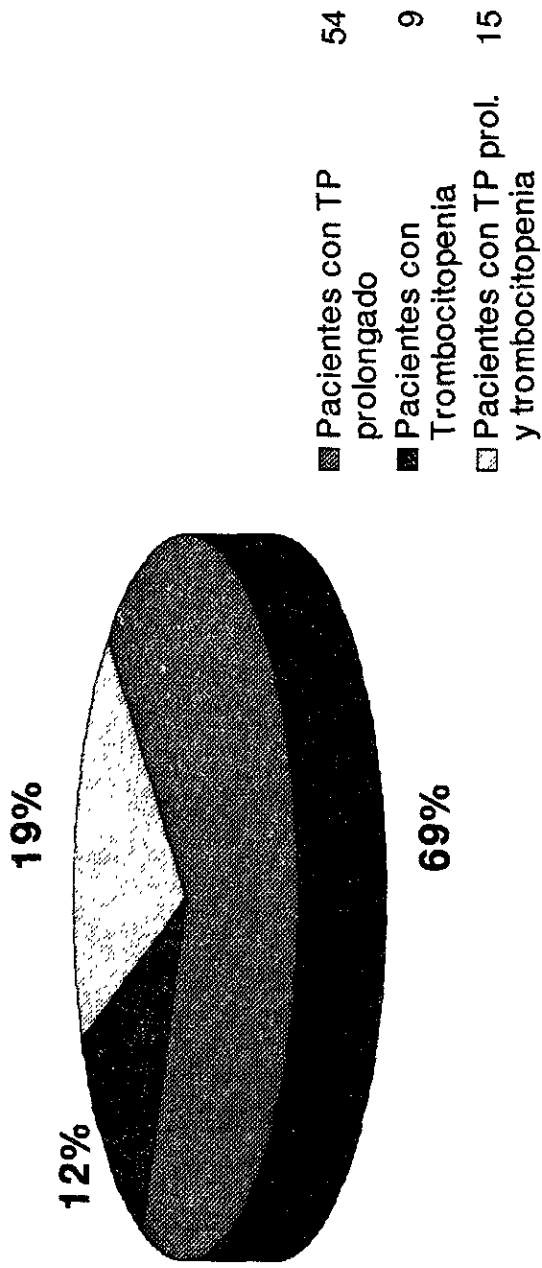


Distribución de la anomalía hemostática en 90 pacientes sometidos a punción venosa central.

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 7

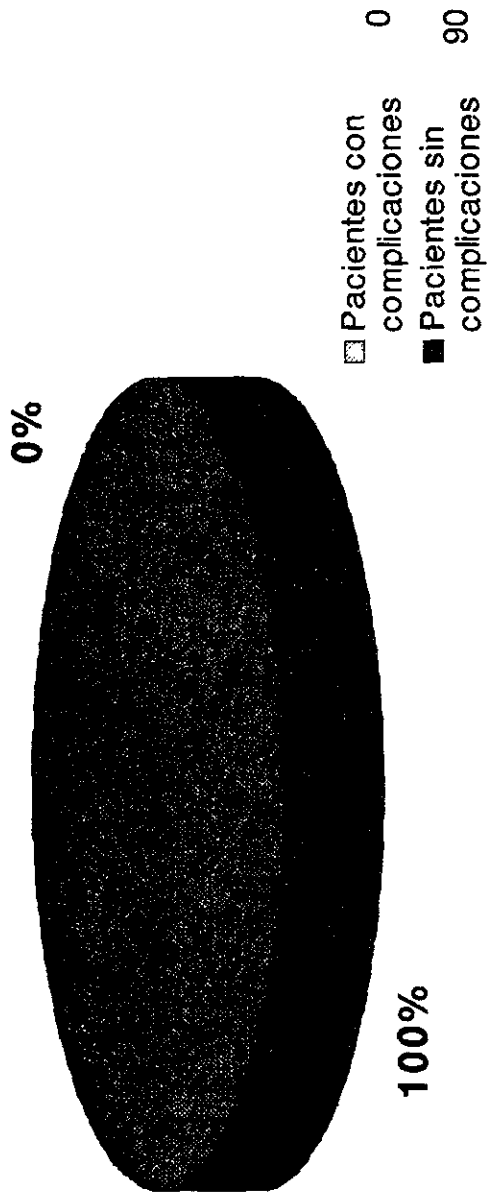


Distribución de la anomalía hemostática en 78 pacientes del sexo femenino que fueron sometidas a punción venosa central.

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## Gráfica 8

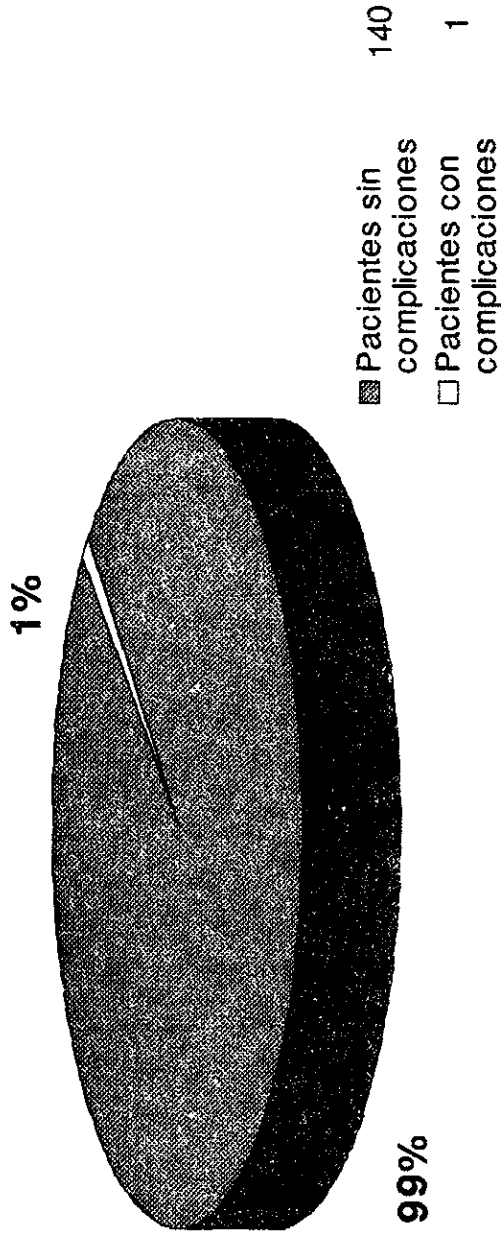


Complicaciones observadas en 90 pacientes con alteraciones hemostáticas  
sometidos a punción venosa central  
**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997



# Gráfica 9



Complicaciones observadas en 141 pacientes sometidos a punción venosa central (Grupo A y B)

**HRLALM ISSSTE Medicina Interna**

Febrero-Septiembre 1997

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- HEALTH CARE INDUSTRY AIDS, 9 199-202, 1995
- 2.- CENTRAL VENOUS LINE. University of Iowa Practice handbook: chapter 17. Office and hospital procedures. Diciembre 12 1996.
- 3.- MEDICINA DE URGENCIAS. AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIAN. TINTINALLI, KROME, RUIZ 3era. EDICION CAP 4 pags , 27 a 33.
- 4.- A.T.L.S. Manual 1994. Cap. 3 pag. 75-84.
- 5.- TRATADO DE MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA Shoemaker cap 16 págs. 151-173.
- 6.- MANUAL DE TERAPEUTICA MEDICA Y PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS . SEGUNDA EDICION INNSZ CAP. 91 págs. 594-603.
- 7.- INVASIVE CARDIOVASCULAR MONITORING Burkard F. MD Dept. Of Anesthesiology. UNA Health Sciences Center July 1995.
- 8.- CRITICAL CARE CIVETTA, Taylor, Kirby. 2ª edicion 1992. Capitulo 15 vascular cannulation 149-169.
- 9.- PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. HARRISON 13 Ed. Vol 1 cap 16 págs. 94-104.
- 10.-JOINT PROGRAM IN NUCLEAR MEDICINE.CATHETER REVEALATED SUBCLAVIAN VEIN TROMBOSIS. David A. Bader, MD. Annick Van den Abbeele, MD May 16 1995.
- 11.- LACK OF INCREASED BLEEDING AFTER LIVER BIOPSY IN patients with mild hemostatic abnormalities . . . A.J.C.P. Diciembre 1990
- 12.- THE SPECTRUM OF THROMBOEMBOLIZATION IN THE CENTRAL CIRCULATION Brian H. Hoff M. D. University of Maryland Medical School, Anesthesiology Research 534 mstf. 1994.
- 13.- CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA Volúmen 3 1994 TROMBOCITOPENIA Aspectos del diagnóstico y tratamiento. 569-592.