

11202



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA**

**ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE
ESTABILIZACIÓN Y ANESTESIA REGIONAL EN LA
PREECLAMPSIA Y EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN UN
HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD
EN ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA:
DR. JUAN JOSÉ LAZCANO URBINA**

**ASESOR:
DRA. MA. LOURDES MENDOZA CHAVARRÍA**



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE
ESTABILIZACIÓN Y ANESTESIA REGIONAL EN LA
PREECLAMPSIA Y EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN UN
HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD

TESIS

REGISTRO DE PROTOCOLO: 2006920026

DR. JESÚS ARENAS OSUNA
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA

DR. JUAN JOSÉ LAZCANO URBINA
RESIDENTE DE TERCER GRADO DE LA ESPECIALIDAD
EN ANESTESIOLOGÍA



AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE

POR LOS PRINCIPIOS INFLEXIBLES QUE NOS HA DADO.

A MI MADRE

*POR HABER GUIADO A SUS HIJOS POR CAMINOS DE INQUIETUD
INTELLECTUAL*

A MI ESPOSA

POR SU MAGNIFICA DEVOCIÓN HACIA MI

A MIS HIJOS

POR DARLE VALOR A MI EXISTENCIA..

A MIS MAESTROS

DR. RAFAEL CRUZ RODRÍGUEZ

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA.

**POR TODOS LOS CONOCIMIENTOS QUE TUVIERON A BIEN
PROPORCIONARME.**

Y CON INFINITO AGRADECIMIENTO, ADMIRACIÓN Y RESPETO

DRA. MARÍA DE LOURDES MENDOZA CHAVARRÍA.

INDICE

RESUMEN	2
SUMARY	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	16

ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO MEDICO DE ESTABILIZACIÓN Y ANESTESIA REGIONAL EN LA PREECLAMPSIA Y EVOLUCION POSTQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD.

OBJETIVO: Correlacionar el periodo de estabilización clínica prequirúrgico y la anestesia regional en la paciente preecláptica con su evolución postquirúrgica.

MATERIAL Y METODOS: DISEÑO. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y comparativo a 56 mujeres con diagnóstico de preeclampsia severa, captadas en el periodo comprendido del 1º de marzo al 31 de agosto del año 2000. Se clasificó al periodo de estabilización con una escala de puntuación en completo, incompleto o ausente; la técnica anestésica peridural o subaracnoidea y evolución postquirúrgica. El análisis estadístico se llevó a cabo con empleo de la Xi cuadrada y coeficiente de corrección de Spearman considerandose estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$,

RESULTADOS: El periodo de estabilización fue completo en el 89.3% (50 pacientes) e incompleto en el 10.7% (6 pacientes); se empleo anestesia regional en el 100%. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria en el 100%.

CONCLUSIONES: Las pacientes tuvieron una evolución satisfactoria en el 89.3% de los casos, lo cual tuvo una relación directa con la evolución postquirúrgica satisfactoria de todas las incluidas en este estudio y en quienes la anestesia regional fue la técnica utilizada.

PALABRAS CLAVES: Preeclampsia, Periodo de estabilización.

ABSTRACT:

CORRELATION OF MEDICAL TREATMENT AND REGIONAL ANAESTHESIA IN PATIENTS WITH PREECLAMPSIA AND POSTOPERATIVE EVOLUTION IN A RURAL HOSPITAL FINANCED BY A GOVERNAMENT PROGRAM NAMED SOLIDARIDAD.

OBJETIVE. To correlate the clinical stabilization period before surgery and regional anaesthesia in the patient with preeclampsia with the postoperative evolution

MATERIAL AND METHODS: Fifty-six patients with severe preeclampsia were included in an observational, retrospective, transversal and comparative study done from March 1st.-August 1st 2000. Stabilization period was classified based on a scoring system: complete, incomplete or non stable, anaesthesia technique epidural or subarachnoid, and according to their postsurgical evolution. The statistical analysis employed were X² and Spearman's correlation coefficient with a statistical significance of $P=0.05$.

RESULTS: The mean age was 28.6 ± 7.76 years, weight 61 ± 5.88 kgs., and the mean height was 153 ± 4.33 cm. Only 41.1% of the patients had prenatal visits and 58.9% no seek prenatal attention. The mean stabilization period was 4.15 ± 1.08 hrs., with 89.3% (50 patients) being completely stabilized and 10.7% (6 patients) being incompletely stabilized. All of the patients received regional anaesthesia. 87.5% peridural (49 patients) and 12.5% subarachnoid (7 patients). Their postsurgical evolution was satisfactory on 100% of the patients. The correlation of the anaesthesia technique and stabilization quality had a Spearman's correlation coefficient of $P=0.05$; the association of anaesthesia technique with the stabilization period, stabilization quality and the postsurgical evolution was not realized because all the patients had a satisfactory evolution.

CONCLUSIONS: The patients had a satisfactory evolution in 89.3% of the cases, which directly related with the satisfactory postsurgical evolution of all the patients studied in which regional anaesthesia was applied

KEY WORDS: Preeclampsia, Stabilization period.

ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE ESTABILIZACIÓN Y ANESTESIA REGIONAL EN LA PREECLAMPSIA Y EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD.

*Dr. JUAN JOSÉ LAZCANO URBINA **

*DRA. MA. DE LOURDES MENDOZA CHAVARRIÑA ***

La enfermedad hipertensiva asociada al embarazo constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (1) Afecta aproximadamente del 5- 10% de los embarazos y es causa común de mortalidad materna En México, es la segunda causa de muerte materna, lo que lo convierte en un problema de salud pública materna y fetal (3) La preeclampsia se caracteriza por un espasmo generalizado, con una hipertensión resultante, el vasoespasmo afecta a todos los órganos. El objetivo del tratamiento antihipertensivo radica en lograr una tensión arterial diastólica de 100mmHg, lo cual puede conseguirse empleando hipotensores que no disminuyan la perfusión sanguínea placentaria, entre ellos la hidralazina continua siendo el tratamiento de elección, ya que no afecta el calibre de los vasos placentarios (2,7).

* MÉDICO RESIDENTE DE 3er AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA

** MÉDICO ANESTESIOLOGO ADSCRITO AL H.G O No 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

La anestesia epidural puede administrarse en forma segura en pacientes preeclámpticas sin hemorragia ni secuelas neurológicas adversas, siempre y cuando la cuenta plaquetaria materna sea mayor de 100 000/ml (4,5,9). La anestesia general puede tener complicaciones potenciales en la paciente con preeclampsia severa como son el daño hepático, y alteración en el metabolismo de los gases anestésicos (7-10)

La anestesia epidural ha sido la técnica de elección para la operación cesárea en mujeres con preeclampsia severa, debido a que la incidencia y severidad de la hipotensión puede ser menos común comparado con la anestesia espinal, debido a que esta última produce mayor bloqueo simpático (6 8,14).

Los anestesiólogos dedicados a la obstétrica, manejan con precaución el abordaje de la paciente preeclámptica con uso de anestesia regional, prefiriendo como primera elección la anestesia epidural comparada con la de tipo intratecal (11-13). Una justificación común para esta elección es la convicción de que la dosis de anestésico aplicadas por el catéter epidural aumentan el bloqueo sensitivo y minimiza los riesgos de hipotensión(10).

En el Hospital de Ginecobstetricia No. 3 el departamento de Anestesiología encabezado por el Dr. Rafael Cruz Rodríguez ha seguido una línea de manejo anestésico que requiere necesariamente el período de estabilización médica de la paciente con preclampsia antes de ingresar al quirófano con el objetivo de reponer el volumen intravascular materno, control de la hipertensión arterial, prevención de

crisis convulsivas y reanimación fetal con enriquecimiento de la FIO₂ y evitando la compresión aortocava (16)

En el abordaje farmacológico del espacio epidural se utilizan mezclas anestésicas con una disminución de 25 a 30% de los requerimientos de anestésicos locales al adicionarles opioides de liposolubilidad intermedia como el fentanil. En el caso de trastornos de la coagulación o una cuenta plaquetaria menor de 50 000 se utiliza anestesia intratecal con mezcla anestésica de bupivacaína al 0.5% y fentanil con hipotensión transitoria y fácilmente reversible con vasopresor efedrina con dosis mínimas. 5 a 15 mg en infusión.

En éste tenor se caracteriza el entrenamiento en anestesia obstétrica que reciben los residentes de 2º año de Anestesiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza y que consta de un módulo teórico de 40 hrs de duración obligatorio y la rotación por el HGO3 que puede variar diametralmente desde 15 días a 90 días. La rotación en el HGO3 a su vez se divide en entrenamiento teórico de 60 min. diarios y la práctica clínica en obstetricia, ginecología y oncología además de su práctica clínica complementaria.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es mostrar el manejo anestésico y evolución de las pacientes con preeclampsia severa captadas en un Hospital Rural de Solidaridad del programa de Solidaridad con el fin de conocer como se realizó la atención otorgada por los residentes de anestesiología en el manejo de la paciente preecláptica y su asociación en la evolución de las mismas y mostrar la evidencia de la comprensión y convencimiento de los residentes de anestesiología del criterio con el que deben de ser atendidas las pacientes con preeclampsia y que son.

- 1 manejo multidisciplinario (internistas, ginecobstetras y anesthesiólogos)
2. Cumplimiento obligado de las metas del periodo de estabilización
- 3 Ponderar la anestesia regional, sobre la anestesia general.

MATERIAL Y METODOS.

Aprobado por el **COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN** del Hospital de Ginecoobstetricia numero 3 del Centro Médico Nacional La Raza, se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y comparativo en 56 pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de embarazo y preeclampsia, atendidas por parto vaginal o abdominal en un intervalo de tiempo que comprendió del 1º De marzo al 31 de agosto del año 2000 atendidas en un Hospital Rural de Solidaridad de la localidad de Huejutla de Reyes, Estado de Hidalgo, afiliado al IMSS.

Todas las pacientes se sometieron a un período de estabilización clínica que comprendió un periodo de tiempo mínimo entre 4 y 6 hrs. Los objetivos que se persiguieron con este periodo fueron los siguientes:

- TA diastólica <90 mmHg.
- PAM <110mmHg.
- Proteinuria <5 gr. En 24 hrs
- Diuresis >400ml en 24 hrs
- TP > 65%
- Cuenta plaquetaria > o = de 50,000
- PVC <15 mmH2O

A los puntos anteriores se les asignó un valor de 2 cuando se cumplió el objetivo y de 1 punto si no se conseguía, finalmente se acumularon en una escala sumatoria para clasificar el periodo de estabilización en 3 categorías:

- COMPLETO: Puntaje de 12 a 16
- INCOMPLETO: De 8 a 11 puntos, y
- AUSENTE: Menor a 8 puntos

Todas las pacientes fueron manejadas con anestesia regional para la resolución del embarazo, ya sea por vía vaginal o abdominal, aplicándose Bloqueo Peridural o Subaracnoideo, utilizándose mezclas de anestésicos locales (lidocaína, Bupivacaína) + opioides (fentanyl y/o buprenorfina) , una vez resuelto el embarazo se evaluó la evolución clínica postquirúrgica postparto sin límite de tiempo hasta el egreso hospitalario de la paciente, valorando los siguientes criterios.

- Ausencia de intubación orotraqueal,
- Normotensión, con TAM < 110 mmHg
- Diuresis > = 700 ml en 24 hrs
- Creatinina < = de 1 gr /dl
- TP normal
- Cuenta plaquetaria >100,000, y
- PVC < 15mmH20

Los criterios anteriores se calificaron de manera idéntica a aquellos del periodo de estabilización, considerándose una evolución satisfactoria si la escala acumulativa fue de 5-7 puntos, y no satisfactoria cuando la suma fue menor de 4 puntos.

Finalmente, las complicaciones postquirúrgicas tales como Edema Agudo Pulmonar, Insuficiencia Renal Agudo, Hemorragia Cerebral y otras se evaluaron en caso de presentarse durante la estancia hospitalaria de la paciente

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS:

La edad promedio de las pacientes con preeclampsia fue de 28.6 (rango 14-41^a), el peso de 61.14 kg (rango 48-74 kg), talla promedio de 153.73cm (rango de 1.46-1.65mt), la edad gestacional promedio de 36.6 SDG (rango 27-41 SDG).

TABLA I.

CONTROL PRENATAL: se llevó a cabo en el 41.1% del total de las pacientes (n=23), mientras que el 58.9% (n=33) estuvo ausente (TABLA II).

PERIODO DE ESTABILIZACIÓN MEDICO QUIRÚRGICA:

El período de estabilización prequirúrgico completo se realizó en el 89.3% (n=50) de las pacientes, fue incompleto en el 10.7% (n=6) pacientes y estuvo ausente en 0% de las pacientes (TABLA III).

La duración del período de estabilización en promedio fue de 4.15 hrs., (rango 1-6 hrs). TABLA IV

Encontramos en el período de estabilización de las 56 pacientes:

Presión diastólica	normal en el 83.9% (n=47), elevada en el 16.1% (n=9).
Presión arterial media	<110mmHg en el 82.1% (n=46), >111mmHg en el 17.9% (n=10)
Proteinuria	< 5 gr en el 96.4% (n=54) > 5 gr en el 3.6% (n=2)
Diuresis	>400 ml en el 91.1% (n=51)

	< 400 ml en el 8 9% (n=5)
Creatinina	<1 mg en el 91 1% (n=51)
	> 1 mg en el 8 9% (n=5)
Tiempo de protrombina	> 65% en el 100% (n=56)
Recuento plaquetario	>50,000 en el 100% (n=56)
PVC	> 15 mmH2O en el 3 6% (n=2)
	<15 mmH2O en el 96 4% (n=54)

TÉCNICA ANESTÉSICA:

El manejo anestésico se realizó con anestesia regional, vía prídural en el 87.5% (n=49), y vía subaracnoidea en el 12 5% (n=7), anestesia general en el 0%, encontrándose un coeficiente de correlación de Spearman no significativo porque la evolución postquirúrgica y la técnica anestésica fueron una constante

EVOLUCION CLINICA POSTQUIRÚRGICA:

En el postoperatorio se observó que la evolución de las pacientes fue satisfactoria en el 100%, lo cual se relacionó de manera directa a la existencia del periodo de estabilización y a la técnica anestésica aplicada, el coeficiente de correlación de Spearman no se realizó ya que fue una constante evolución postquirúrgica y la técnica anestésica.

En la evolución postquirúrgica se encontraron los siguientes parámetros:

PAM	<110mmHg en el 100% de las pacientes
Uresis	<700ml en el 10.7% (n=6)
	>700ml en el 89.3% (n=50)

Creatinina	>1mg/dl en el 3.6% (n=2)
	<1mg/dl en el 96.4% (n=54)
Tiempo de protrombina	≥ 65% en el 100% de las pacientes
Cuenta plaquetaria	>50.000 en el 100%
PVC	<15mmH20 en el 100% de las pacientes

DISCUSIÓN

La preeclampsia es la primera causa de muerte materna en nuestro país, obviamente no se puede atribuir a una sola causa un problema de atención donde intervienen diversos especialistas de la medicina. El criterio de los médicos interconsultantes es importante para la estabilización clínica de las pacientes preclámpicas cuyos objetivos son la estabilidad cardiovascular, prevención de crisis convulsivas y reanimación fetal in utero.

Aún cuando la elección de la técnica anestésica esta rodeada de mitos y prejuicios en torno al uso de la anestesia regional como primera elección por las ventajas que proporciona, como lo enumera el Dr. Cruz Rodríguez en el capítulo "Anestesia en preeclampsia – eclampsia" del texto de Briones y colaboradores y son:

1. Alivio completo del dolor obstétrico
2. Facilita el control y estabilización de la tensión arterial
3. No produce depresión neonatal
4. Mejora la circulación uteroplacentaria
5. Disminuye los requerimientos maternos de oxígeno
6. Disminuye los niveles circulantes de catecolaminas
7. Mantiene la función renal y el gasto cardíaco
8. Elimina la respuesta neuroendocrina al estrés
9. Analgesia postoperatoria

El cumplimiento de todos estos objetivos se realiza por un equipo multidisciplinario en donde el criterio del anestesiólogo debe analizar el riesgo-beneficio de no

proporcionar un periodo de estabilización y con mejores condiciones maternas y fetales atender el parto vaginal o abdominal

La comprensión de la fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia y el conocimiento de la farmacología de los anestésicos locales y opioides depositados en el neuroeje son parte fundamental del adiestramiento que obligatoriamente deben tener los residentes de anestesiología, de ésta manera la anestesiología podrá contribuir con disminuir la morbimortalidad. Por lo que será necesario priorizar el entrenamiento de todos y cada uno de los residentes.

En los resultados de éste trabajo observacional nos demuestra que no hubo en 6 meses de atención en el hospital rural de solidaridad una sola muerte materna por preeclampsia-eclampsia y la elección de la técnica anestésica regional y la evolución postquirúrgica satisfactoria se convierten en una constante en el 100% de las pacientes sometidas a anestesia regional y se asocia directamente con el cumplimiento estricto del periodo de estabilización.

En un estudio al azar, comparando anestesia general y regional para operación cesárea, realizado por Donald y cols en 1995 y en donde los criterios principales de inclusión fueron la TA sistólica de 160 mmHg o mayor y diastólica de 110 mmHg o más, proteinuria de 100mg/dl (++) o más, trombocitopenia con conteos plaquetarios menores a 100,000/m³, 26 mujeres fueron manejadas con anestesia general, 27 con anestesia epidural y 27 más con combinación de anestesia espinal y epidural, encontrándose que ninguna de las pacientes sufrieron complicaciones serias como resultado de alguna de las 3 técnicas anestésicas utilizadas, como tampoco complicaciones fetales severas (14).

En otro estudio similar que se realizó en el HGO3 del CMN La Raza en 1999 por Villanueva y col. Existe una asociación significativa entre el no cumplimiento del periodo de estabilización y falla renal postquirúrgica y la elección de la anestesia general se asocia significativamente con muerte materna.

El bienestar de materno-fetal en la preeclampsia severa depende del mantenimiento de una adecuada perfusión placentaria, debido a que el volumen sanguíneo perfundido a través del lecho placentario es directamente proporcional a la tensión arterial. ya que al disminuir la tensión arterial se disminuye la perfusión placentaria(10), el período de estabilización es una parte esencial en el manejo de la preeclampsia severa, ya que dentro del mismo se busca controlar la tensión arterial materna, sin compromiso del feto, mientras que la elección de una técnica anestésica que mantenga una adecuada perfusión placentaria contribuye al mejor pronóstico para el binomio, aunado al cumplimiento de las metas del período de estabilización.

CONCLUSIÓN

La atención de la paciente con preclampsia – eclampsia corresponde a un equipo multidisciplinario para lograr el objetivo de un estado materno y fetal prequirúrgico óptimo que disminuya la morbimortalidad elevada del binomio

El estudio nos muestra la asociación directa entre cumplimiento del periodo de estabilización prequirúrgico y la elección de la anestesia regional y la evolución postquirúrgica satisfactoria se asocian de manera directa

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aquiles Ayala, Medicina de la reproducción humana. 1990, vol 1, pp561-573
- (2) Van B. Pathogénesis of Preeclampsia: a coprensive model. *Obstet and Gynecol* 1990; 53:233-240.
- (3) Kaulhasen L, Antihypertensive drug therapy during pregnancy. *Clinic and Exp. Hyp. Part B*, 1998; 35: 213-225
- (4) Hood D, Curry R. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean section in severely preeclamptic patients. *Anesthesiology* 1999; 90:1276-82
- (5) Ariel M, Michael JK, Pausner D Treatment of severe preeclampsia remote for term: A clinical Dilemma. *Obstet Gynecol*. 1999; 54:723-727.
- (6) Fletcher H, Roberts G, Mullings A. An open trial comparing isradipine with hydralazine and methyldopa in the treatment of patients with severe preeclampsia. *Gynecol Obstet* 1999; 19: 235-238
- (7) Antornette C, Bolte MB, Jim VE Ketanserin versus dihidralazine in the mangment of severe early-onset preeclampsia: maternal outcome. *J. Obstet Gynecol*. 1999;180 371-77
- (8) Subyu BM, Frangeih AY. Mangment of severe preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 1996; 8:110-13.
- (9) James W, Van Hook. Mangment of complicated preeclampsia *Seminars in perinatology* 1999; 23:79-90

- (10) Thomas RM, Thomas CK, Laurence SR. Evaluation of the use of continuous lumbar epidural anesthesia for hipertensive pregnant women in labor. *Obstet Gynecol* 1985, 152:404-412
- (11) Brotanek V, Vaseka A, and cols. The influence of epidural anesthesia on uterine blood flow. *Obstet Gynecol* 1973;42:276-279.
- (12) Morgan E.F, Martin JN. Twelve steps to optimal mangament of HELLP syndrome C *obstet. Gynecol* 1999; 42:532-550
- (13) Alan C, Santos MO. Spinal anesthesia in severely preeclamptic women. *Anaesthesiology*. 1999; 90: 1252-1254
- (14) Donald H, Wallace MB, Kenneth J, and cols. Randomized comparasion of general and regional anesthesia for cesarean delivery in pregnancies complicated by severe preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 1995;86:193-199.
- (15) David D. Houd MO, Regina C. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean section in severely preeclamptic patients. *Anesthesiology*, 1999; 90: 1276-82.
- (16) Cruz Rodríguez R. Anestesia en Preeclampsia-Eclampsia diagnóstico, tratamiento y complicaciones. De Briones JC y Díaz de León M. Editorial Mexicana SA de C.V. 1999. 101-109

A N E X O S

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DATOS DEMOGRAFICOS DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS.

TABLA I.

Datos	No	Mínima	Máxima	Media
EDAD	56	14	41	28.66
PESO	56	48	74	61.1429
TALLA	56	146	165	153.73

FRECUENCIA ACUMULADA DE CONTROL PRENATAL

TABLA II.

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
SI	23	41.1%
NO	33	58.9%
TOTAL	56	100%

DURACIÓN DEL PERIODO DE ESTABILIZACIÓN

TABLA III.

Período	No.	Mínimo	Máximo	Media	SD
Tiempo	56	1 hr	6 hrs.	4.15 hrs.	1.08 hrs

FRECUENCIA ACUMULADA DE PRESION DIASTOLICA PREANESTESICA

TABLA IV.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo.
NORMAL	47	83.9%	83.9%
HIPERTENSA	9	16.1%	100%
TOTAL	56	100%	

**FRECUENCIA ACUMULADA DE LA PRESION ARTERIAL MEDIA
PREANESTESICA.**

TABLA V.

Presion	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
< 110 mmHg= normal	46	82.1%	82.1%
> 111 mmHg= anormal	10	17.9%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULADA DE PROTEINURIA PREQUIRURGICA

TABLA VI.

Proteinuria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo.
< 5 gr.	54	96.4%	96.4%
> 5 gr.	2	3.6%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULADA DE DIURESIS PREQUIRURGICA

TABLA VII.

Diuresis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo.
> 400 ml	51	91.1%	91.1%
< 400 ml.	5	8.9%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULADA DE CREATININA PREQUIRURGICA

TABLA VIII.

Creatinina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo.
< 1 mg	51	91.1%	91.1%
> 1 mg	5	8.9%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE PVC PREQUIRÚRGICA
TABLA IX.

PVC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
> 15 mmH2O	2	3.6%	3.6%
< 15mmH2O	54	96.4%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE TÉCNICA ANESTESICA
TABLA X.

TÉCNICA ANESTESICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO.
PERIDURAL	49	87.5%	87.5%
SUBARACNOIDEO	7	12.5%	100%
ANESTESIA GENERAL	0	0	0
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE PAM POSTANESTESICA
TABLA XI.

PAM	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
< 110mmHg	56	100%	100%

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE URESIS POSTANESTESICA
TABLA XII.

URESIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
< 700 ml	6	10.7%	10.7%
> 700 ml	50	89.3%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE CREATININA POSTANESTESICA
 TABLA XIII.

CREATININA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
>1mg/dl	2	3.6%	3.6%
< 1 mg/dl	54	96.4%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE T.P POSTANESTESICA
 TABLA XIV.

T P	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
NORMAL	56	100%	100%

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE CUENTA PLAQUETARIA POSTANESTESICA
 TABLA XV.

PLAQUETAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
> 50,000	56	100%	100%

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE PVC POSTANESTESICA
 TABLA XVI.

PVC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
< 15 mmH2O	56	100%	100%

FRECUENCIA ACUMULATIVA DEL PERIODO DE ESTABILIZACIÓN.
 TABLA XVII.

PERIODO DE ESTABILIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
AUSENTE	0	0	0
INCOMPLETO	6	10.7%	10.7%
COMPLETO	50	89.3%	100%
TOTAL	56	100%	

FRECUENCIA ACUMULATIVA DE LA EVOLUCION POSTQUIRURGICA
TABLA XVIII.

EVOLUCION POSTQUIRURGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULATIVO
SATISFACTORIA	56	100%	100%

CORRELACION DE PERIODO DE ESTABILIZACIÓN MÉDICA Y LA TÉCNICA ANESTÉSICA
TABLA XIX

ESTABILIZACION MEDICA	ANESTESIA REGIONAL	ANESTESIA GENERAL
COMPLETA	50	0
INCOMPLETA	6	0

Correlación de Spearman no significativa la técnica anestésica fue una constante

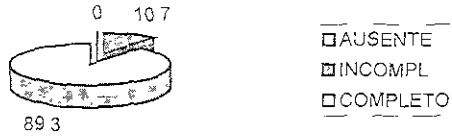
CORRELACIÓN ENTRE LA TÉCNICA ANESTÉSICA Y LA EVOLUCIÓN POSQUIRURGICA
TABLA XX

TECNICA ANESTESICA	EVOLUCION POSTQUIRURGICA SATISFACTORIA	EVOLUCION POSTQUIRURGICA NO SATISFACTORIA
REGIONAL	56	0
GENERAL	0	0

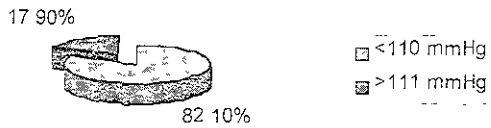
Correlacion de SPEARMAN no significativa ya que la evolucion postquirurgica fue una constante

GRAFICAS

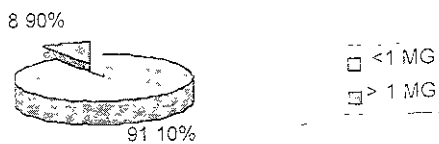
FRECUENCIA ACUMULADA DEL PERIODO DE ESTABILIZACION



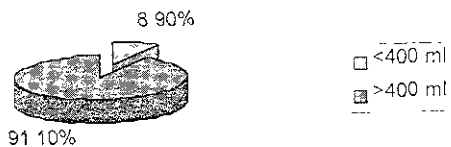
PRESION ARTERIAL MEDIA PREANESTESICA



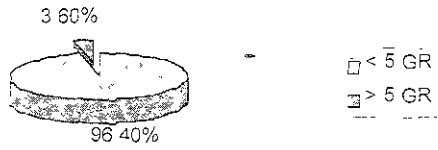
CREATININA PREQUIRURGICA



DIURESIS PREQUIRURGICA



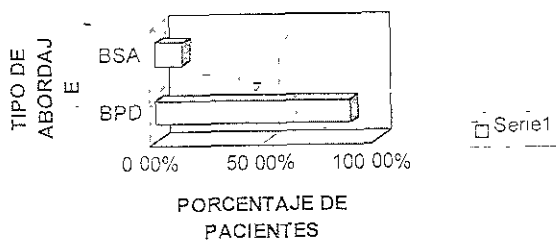
PROTEINURIA PREAMESTESICA



PVC PREQUIRURGICA



TECNICA ANESTESICA



URESIS POSTQUIRURGICA

