

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL MEDIANTE DETERMINACIÓN INTRAGÁSTRICA E INTRAVESICAL: COMPARACIÓN Y GRADO DE CONCORDANCIA

D. Toral, C. García Fuentes, M. Chico, S. Bermejo, J.A. Sánchez-Izquierdo y E. Alted

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome compartimental abdominal (SCA) tiene importante relevancia en el cuidado del paciente crítico. El propósito de este estudio es determinar la utilidad y el grado de concordancia de la medición intragástrica de la presión intraabdominal (PIA) en comparación con la medición intravesical (considerada como el "gold standard" de la medición indirecta) en pacientes ingresados en una Unidad de Trauma.

Material y método: Estudio prospectivo, comparativo e intervencional desde Enero de 1999 a Diciembre de 2001. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaban al ingreso algún factor de riesgo para el desarrollo de SCA. Se analizó: edad, sexo, injury severity score (ISS), PIA intragástrica (PIAg) e intravesical (PIAv) medida cada 8 horas y lesiones asociadas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS, valorando la concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) de "consistencia" y de "acuerdo".

Resultados: Se incluyeron un total de 26 pacientes (21 varones), con un total de 262 pares de determinaciones; edad media de 41,8 (DE 14,98); ISS medio de 41,96 (DE 11,42). El 92% de los pacientes incluidos tenían traumatismo múltiple. Como factores de riesgo: cirugía abdominal urgente: 14 pacientes, hematoma retroperitoneal: 11, distensión abdominal: 6, resucitación masiva con volumen: 11, altos niveles de PEEP: 6 y otros factores: 6. PIAg media: 11,34 (DE 4,2). PIAv 12,06 (DE 5,85). Los CCI fueron: 0,792 el de consistencia (con un IC de 0,73 a 0,84) y el de acuerdo 0,788 (IC de 0,73 a 0,83).

Conclusiones: la medición intragástrica de la PIA tiene una muy buena concordancia con la determinación intravesical, para el rango de valores utilizados, siendo de utilidad en aquellos pacientes en los que la medición intravesical esté contraindicada.

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE POTENCIALES DONANTES A CORAZÓN PARADO ENTRE LOS POLITRAUMATIZADOS DE GIPUZKOA

G. Choperena, I. Arcega, F. Alberdi, F. Azaldegui, K. Ibaruren y P. Marco
Proyecto Poliguitania. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián.

Objetivo: Cuantificar el número de potenciales donantes a corazón parado entre los fallecidos tras politraumatismo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se analizaron de forma consecutiva todos los politraumatizados fallecidos en la provincia de Gipuzkoa entre 1995 y 1998. *Criterios de inclusión:* Cercanía a una unidad de soporte vital avanzado prehospitalaria, que permita el inicio de maniobras de RCP en menos de 15 minutos. Proximidad al hospital terciario para comenzar un método de perfusión en menos de 120 minutos. Hora y causa del fallecimiento conocidos. Descartar los fallecidos no accidentales (suicidios y homicidios), los menores de 16 años y los mayores de 50 años. Disponer de todas las autopsias para poder descartar lesiones que invalidarían las maniobras de RCP.

Resultados: Durante este período fallecieron en Gipuzkoa 687 politraumatizados (244 por millón de población (pmp)/año). El 81,3% incumplía alguno de los criterios de inclusión, pudiendo iniciarse maniobras de mantenimiento y traslado en 32,7 pacientes/año (46,9 pmp/año). De éstos, en aproximadamente la mitad, el estudio autopsico descubriría alguna lesión interna que haría ineficaces las maniobras de RCP, por lo que el número disminuiría hasta 13,5 por año (19,3 pmp/año). Queremos destacar que del total de politraumatizados fallecidos en nuestra provincia, sólo el 7,9% serían válidos como donantes a corazón parado.

Conclusiones: Antes de iniciar un programa de donante en asistolia, se debería realizar un estudio para estimar el número de potenciales donantes así como detectar futuros problemas. Creemos que la metodología usada en nuestro trabajo puede ser válida para este fin. Estos resultados podrían ser extrapolables a otras áreas geográficas de similares características.

VALORACIÓN DEL ERROR QUE SE PRODUCE CON LA ESTIMACIÓN DE LA TALLA Y EL PESO EN LOS PACIENTES ENCAMADOS

D. Ballesteros, E. Antón, F. Frutos y A. Esteban

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: En la actividad cotidiana se realiza una valoración subjetiva del peso y talla asumiendo un margen de error no bien conocido. El objetivo del presente estudio es cuantificar el posible error que se introduce al estimar de manera subjetiva el peso y la talla de los pacientes respecto de los valores reales

Método: Se realiza la valoración subjetiva de peso y talla de 100 adultos ingresados en el hospital por 4 miembros del Servicio de UCI. Al mismo tiempo un quinto miembro de la plantilla pesa y talla a los pacientes. Una vez finalizado el estudio y valorados los 100 pacientes, se anotan todas las determinaciones en una hoja de registro común.

Resultados: Error existente en la valoración subjetiva respecto a los datos reales (en tanto por ciento respecto de las medias):

Peso: Con los datos obtenidos se introduce un error respecto de la media real del 0,28% en peso medio estimado; 2,01% en el peso estimado por 2 observadores y 0,28% por 3 observadores.

Talla: Con estos datos se introduce un error estimativo respecto a la media real del 0,12% (talla media); 0,13% (2 observadores) y 0,51% (3 observadores).

Conclusiones: Los valores estimados de la talla y peso de los pacientes introducen un nivel de error que creemos despreciable respecto a los valores reales, no existiendo diferencias significativas entre los promedios obtenidos por dos o más observadores y el valor real. Por ello no estimamos necesario el tallado de los pacientes en UCI de manera precisa.

PROTOCOLO DE CATETERIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES. OTRA ACTIVIDAD DE UNA UCI EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Lobo, J.A. Tihista, M.P. Anguiano y O. Agudo

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

Objetivos: El objetivo a la hora de ofertar este protocolo es el estandarizar una técnica, imprescindible hoy en día en cualquier hospital, que se realizaba por distintos servicios (en ocasiones, en condiciones inadecuadas y generadora de discrepancias).

Métodos: Tras mantener reuniones con los servicios que habitualmente cateterizaban las vías, se consensuó un protocolo de actuación: intensivista como médico responsable, realización en despertar posquirúrgico y en el menor tiempo posible. Igualmente se ofrecía toda la infraestructura necesaria si el médico responsable del paciente quería llevar a cabo la técnica. Desde la puesta en marcha del protocolo se recogieron de forma prospectiva todos los datos de solicitud de cateterización de las vías del Hospital (desde noviembre 1999 hasta diciembre 2001)

Resultados. Se cateterizaron 105 vías. Fueron solicitadas por Cirugía general (62%), Medicina Interna (26%) y Urgencias (6%) Las indicaciones más frecuentes fueron NPT (55%) e imposibilidad de acceso periférico (24%). La técnica fue realizada por personal de UCI (71%), Urgencias (17%), MIR (8%) o médicos de planta (4%). El tiempo de respuesta del servicio fue menor de 2 horas en el 67% y entre 2-4 h en el 17%. Los accesos más frecuentes fueron subclavia (59%) y yugular interna (39%). Como complicaciones solo se contabilizó 2 punciones arteriales y 1 neumotórax. Como incidencias más significativas, en una ocasión no fue posible cateterizar la vía en una primera instancia, consiguiéndose al día siguiente, y en 8 ocasiones, la vía estaba mal posicionada en la radiografía, obligando a reubicarla.

Conclusiones: La cateterización de vías centrales es una actividad más que un Servicio de Medicina Intensiva puede aportar al Hospital, y que en nuestro caso no ha supuesto una sobrecarga importante de trabajo y se ha realizado sin complicaciones.