

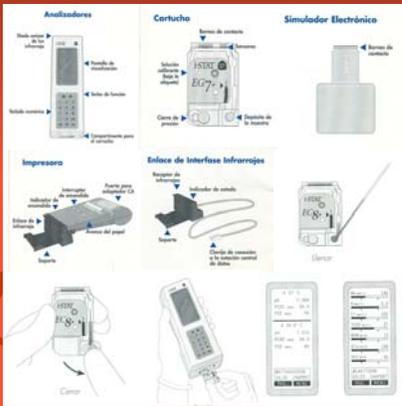


ANALÍTICA SANGUÍNEA REALIZADA A PACIENTES CRÍTICOS: SUPERVIVENCIA

Autores: Crespo Velasco, Soría Jiménez L, López Tomás E, Ruiz González F, Díaz Rodríguez M J E, Vargas Román MI
Subdirección General de SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

Introducción

La realización de analítica sanguínea durante la valoración de un enfermo grave, en el contexto de un servicio de emergencias extrahospitalario, es un hecho poco corriente. En nuestro servicio, SAMUR PROTECCION CIVIL de MADRID, se ha introducido este elemento diagnóstico desde el primer trimestre del año 2000.



Objetivos

- 1.- Describir la utilización de la analítica sanguínea en pacientes críticos.
- 2.- Determinar la gravedad y supervivencia de estos pacientes.

Metodología

Diseño: Descriptivo, transversal/longitudinal, retrospectivo.

Población: Pacientes críticos atendidos mediante preaviso hospitalario, en SAMUR - PC, en el año 2004.

Método de recogida de datos: Revisión de la base de datos e historias clínicas.

Variables: Edad, sexo, parámetros del analizador de gases, supervivencia, RTS, índice de shock, código patológico, Glasgow, TA, FR, FC.

Limitaciones y sesgo del estudio: No valoración de la terapéutica aplicada.

Gestión de datos.: Excel, Access, SPSS.

Consideraciones éticas: Confidencialidad de los datos a nivel individual.

Resultados



Población: 838 pacientes críticos, 654 varones (78,1%) y 183 (21,9%) mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 46,71 años, (DE: 21,83), un IC del 95% : 45,20 - 48,21, máximo de 92 años y mínimo de 1 año. Patología mas frecuente PCR, 124 casos (14,8%), TCE con 120 (14,3%), politraumatizados con 110 (13,1%) y de ACV con 98 (11,7%).

Trauma Score Revisado (RTS) global: media de 6,18 (DE: 2,06), IC del 95%: 5,99 - 6,36. En los supervivientes a las 24 h la media es de 6,44 (DE: 1,86), IC al 95% entre 6,27-6,62 y en los NO supervivientes tiene una media de 3,79 (DE: 2,35), IC al 95% 3,11 - 4,46. (p<0,001).

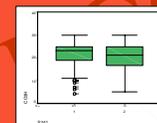
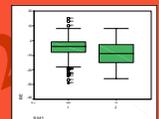
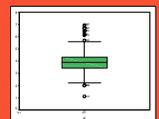
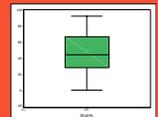
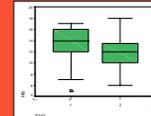
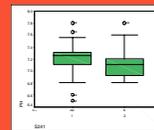
En 372 casos (44,40%) se han realizado analítica sanguínea: K+ media 3,93(DE:0,842); Na+ media 139,95(DE:5,76); Ca+ media 1,13(DE: 0,17) pH medio de 7,20 que coincide con la mediana, máximo de 7,8, mínimo de 6,5 y una DE de 0,184 para un IC del 95%.

BE de media de -5,66, con mediana de 4,00, máximo de 15 y mínimo de -29 y un DE del 7,09 con un IC del 95%.

Comparamos analíticas entre supervivientes y No supervivientes a las 24 horas: pH: 368 (43,9%); en los supervivientes a la media es de 7,23 (DE 0,17), IC al 95% entre 7,21-7,24, máximo de 7,8 mínimo de 6,5 y en NO supervivientes la media fue de 7,08 (DE: 0,19) un IC del 95% entre 7,04 - 7,13, con máximo de 7,8 y un mínimo de 6,8 (p < 0,001).

CO3H: 271 casos (39,5%), en los supervivientes hay una media de 21,8 (DE:4,72) un IC del 95%, 21,23 - 22,36, máximo de 30, mínimo de 4, en los NO supervivientes hay una media de 20,31 (DE: 5,64), IC al 95% entre 18,99 - 21,62, con máximo de 30 y mínimo de 5 (p < 0,05).

BE: 282 casos (41,1%), en los supervivientes de 24 horas la media de -4,85 (DE 6,71), IC al 95% -5,64 y -4,06, un máximo de 15, un mínimo de -29, en los No supervivientes la media fue de -8,90 (DE: 7,64), IC al 95% -10,68 y -7,12, con máximo de 8 y mínimo de -26 (p<0,0001).



Conclusiones

- 1.- En nuestro servicio se realizan un 44,4% de analíticas en enfermos críticos, considerando este dato insuficiente, ya que éstas aportan información necesaria para realizar un mejor diagnóstico y pronóstico, y por lo tanto un adecuado tratamiento del paciente.
- 2.- El perfil de nuestros enfermos: paciente, varon, de 47 años, que puede tener un traumatismo severo, una PCR o un ACV, atendido por una unidad de SVA entre las 12,00 y las 18,00, con un perfil analítico, en acidosis, con aumento del lactato y de la PCO2 y con disminución del Bicarbonato. Trasladado al H. Clínico u H. Gregorio Marañón.
- 3.- El pH, el CO3H y el EB son buenos parámetros para medir la gravedad del paciente
- 4.- La determinación analítica, se configura como un instrumento esencial en la asistencia y manejo adecuado a pacientes críticos por un servicio de emergencias extrahospitalario.
5. Se hace necesario la optimización y armonización de la recogida de datos analíticos.