

## **ANÁLISIS DE LA POSICIÓN MÁS ADECUADA PARA EL CATETERISMO DE LA VENA YUGULAR INTERNA**

Estimación de la sección transversal con ultrasonido.

Baltimore, EE.UU.

**La mayor superficie de sección de la vena yugular interna varía con la posición del cuerpo, el ángulo de la cabeza y la proyección lateral o anterior.**

*[Anesthesia and Analgesia 95:1519-1524, Dic 2002 - SIIC]*

Para los pacientes que toleran la posición de Trendelenburg, el acceso lateral brinda la mayor sección transversal de vena yugular interna, independientemente del grado de rotación de la cabeza. Estos y otros resultados se obtuvieron en un ensayo en el que los autores, del Sinai Hospital y otros centros de Maryland, EE.UU., investigaron con ultrasonido la sección transversal de la vena yugular interna derecha de 24 personas, tanto en posición de Trendelenburg como supina, y en tres grados de rotación contralateral de la cabeza. Los autores realizaron la investigación con ultrasonido en dos proyecciones, que definen como anterior (medial al esternocleidomastoideo derecho y lateral al cartílago cricoides) y lateral -también llamada central-, que se establece por la punta del triángulo formado por los dos haces del esternocleidomastoideo. En cada uno de los pacientes se obtuvieron las imágenes en Trendelenburg y en posición supina, en los tres grados de rotación de la cabeza, para cada uno de las dos proyecciones (anterior y lateral), obteniéndose en total 288 imágenes.

Los resultados indicaron una tendencia al aumento de la superficie de sección con la creciente rotación de la cabeza, tanto en posición supina como en Trendelenburg. La menor superficie en promedio fue la obtenida en posición supina, sin rotación de la cabeza y en la proyección anterior. En posición supina, la rotación de la cabeza en 20 grados aumentó en forma significativa la superficie de sección de la vena yugular en proyección lateral, comparada con la anterior, pero en las otras dos posiciones de la cabeza (máxima rotación o sin rotación) no se observaron diferencias entre las dos proyecciones.

La mayor sección se obtuvo con la proyección lateral, en máxima rotación de la cabeza y en posición de Trendelenburg. Cuando el paciente puede tolerar al menos 25 grados de Trendelenburg, la proyección lateral con rotación de la cabeza de más de 20 grados brinda la mayor sección venosa transversal. En los pacientes que no pueden girar su cabeza, por limitaciones anatómicas o dolor, y que no pueden tolerar la posición de Trendelenburg, no existen diferencias entre las dos proyecciones, en tanto que en aquellos que no toleran la posición de Trendelenburg pero que no tienen limitaciones en la movilidad del cuello, la proyección lateral con máxima rotación de la cabeza es la más conveniente.

## ANALISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES GASTROSTOMIZADOS

Evolución de 73 pacientes hospitalizados.

París, Francia

**Los factores que más inciden en la mortalidad de ancianos en los que se realiza gastrostomía son las infecciones y las escaras de decúbito.**

*[Gastroenterol Clin Biol 26:443-447, 2002 - SIIC]*

Resulta conveniente realizar la gastrostomía percutánea para nutrición enteral en pacientes no infectados y antes de la aparición de escaras de decúbito, afirman investigadores de la Asistencia Pública de Hospitales de París. Las recomendaciones surgen de los resultados de un análisis retrospectivo de 73 pacientes en los que se realizó este procedimiento. Los autores recolectaron los datos de edad, sexo, enfermedades preexistentes (tales como demencia o úlceras de decúbito), indicación de gastrostomía, infecciones concomitantes, complicaciones del procedimiento y mortalidad. La gastrostomía percutánea endoscópica, comentan los autores, es el procedimiento de elección para alcanzar una adecuada nutrición enteral a largo plazo, pero no están bien establecidos los riesgos y beneficios en pacientes ancianos hospitalizados.

Los resultados del análisis demostraron que la principal indicación de la gastrostomía fue la anorexia (49%); antes de la realización del procedimiento el 44% de los pacientes tenía escaras de decúbito, existía una infección concomitante en el 30% de los casos y el 45% de los pacientes tenía diagnóstico de demencia. De los 22 casos que estaban recibiendo antibióticos, la mayoría (n = 11) correspondió al diagnóstico de infecciones respiratorias, y los otros casos fueron infecciones urinarias (n = 3), respiratorio y urinario (n = 3) y de origen desconocido (n = 3). La edad promedio de los pacientes (49 mujeres y 24 hombres) fue  $82.6 \pm 8.9$  años y el peso promedio era  $51 \pm 12$  kg. La supervivencia al mes, 6 y 12 meses se estimó respectivamente en 0.68, 0.48 y 0.37. La infección en el momento de la realización de la gastrostomía, así como la presencia de escaras de decúbito, fueron factores que se asociaron en forma independiente con la mortalidad, destacándose que la media de supervivencia en los pacientes que tenían estos dos factores simultáneamente fue de 32 días.

De acuerdo con los resultados del estudio, la gastrostomía percutánea debería ser realizada en pacientes sin enfermedades infecciosas y antes de que aparezcan las escaras de decúbito.