

**ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL FMO EN ESPAÑA.****SEGUNDA PARTE**

Ll. Cabré, P. Saura, F. Solsona, I. Gich, J. Mancebo y 79 UCIs y el Grupo de Bioética de la SEMICYUC

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Barcelona. Barcelona.*

**Objetivos:** Evaluar si la medición diaria de un índice como el SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Score) puede ser de utilidad para la medición de mortalidad.

**Material y métodos:** Prospectivo, observacional y multicéntrico. Participaron 79 UCIs de España de América Latina durante 01.02.01 al 31.03.01. Se incluyeron todos los pacientes ingresados mayores de 16 años con dos o más órganos afectados y un mínimo de 3 pts SOFA y más de 24 horas de ingreso en UCI. Se registraron la edad, el SOFA diario, la tendencia de su valor a lo largo del ingreso, valor Max, Min y promedio del SOFA de todos los días y se evaluó mediante regresión logística con la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se recogieron 1.290 pacientes, lo cual representó el 18,1% del total de enfermos ingresados. La conjunción de un SOFA max > 13, un SOFA min > 10, edad > 60 años y tendencia a aumento de SOFA dentro de los 5 primeros días de SFMO se relacionó con una mortalidad del 100%.

Variable	OR	IC 95%
SOFA Max	2,625	1,55 – 4,45
SOFA Min	3,338	2,13 – 5,24
Edad	2,310	1,77 – 3,01
Tendencia	4,038	3,14 – 5,20

P < 0,005

**Conclusiones:** La medición del SOFA diario durante los primeros 5 días es útil para predecir la mortalidad hospitalaria y por tanto ayudar en la toma de decisiones de limitación de tratamiento de soporte vital atendiendo al principio de Justicia y al de No Maleficencia.

**LA VÍA DEL NO Y TFPI EN EL SHOCK SÉPTICO Y SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA**

E. Francisco, J.L. Bóveda, J. Monasterio, J. Caballero y J.C. Ruiz-Rodríguez

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos:** Recientes estudios en animales muestran la capacidad del inhibidor del factor tisular recombinante (r-TFPI) para frenar la hipotensión producida por el óxido nítrico (NO) inducida por endotoxinas. Nuestro estudio valora el comportamiento de NO y TFPI en la sepsis humana con shock séptico (SS) y síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO).

**Método:** Estudio prospectivo de 27 pacientes con SS y SDMO, comparado con un grupo control de 33 sujetos sanos. Las concentraciones plasmáticas de TFPI fueron determinadas mediante técnica ELISA. La determinación de nitritos y nitratos, como equivalentes a metabolitos estables del óxido nítrico, se realizó por la Reacción de Griess. Analizamos el grado de disfunción multiorgánica mediante SOFA y el nivel de gravedad mediante el APACHE-II. Los valores obtenidos se han expresado como media (± DS). La comparación de medias se ha realizado con Test U de Mann-Whitney y la relación entre variables cuantitativas con la Correlación de Spearman.

**Resultados:** 27 pacientes (19 hombres, 8 mujeres) con edad media 65 ± 14 años, APACHE-II 26 ± 8, SOFA 10 ± 2 y mortalidad 66%. Doce pacientes (44%) desarrollaron SDRA, con una PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> media 90 ± 41. Niveles de TFPI 73 (± 15) ng/mL en grupo control frente a 127 (± 35) ng/mL en grupo estudio (p < 0,001). Concentraciones de NO 15 (± 13) nmol/mL en grupo estudio. No obtenemos correlación entre TFPI con APACHE-II ni SOFA; tampoco entre nitritos/nitratos, con el APACHE-II ni con el SOFA.

**Conclusiones:** En el shock séptico y SDMO se produce una elevación tanto de TFPI como de nitritos/nitratos que, en nuestro grupo de estudio, no se correlaciona con la gravedad ni el grado de disfunción multiorgánica.

**DISFUNCIÓN ORGÁNICA Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN LA SEPSIS SEVERA TRATADA CON PROTEÍNA C ACTIVADA**A. Artigas<sup>1</sup>, J.L. Vincent<sup>2</sup>, A. Ochagavía<sup>1</sup>, R. Ferrer<sup>1</sup>, G. Gomà<sup>1</sup>, F. Baigorri<sup>1</sup> y PROWESS Study Group<sup>1</sup>Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Corporación Sanitària Parc Taulí. <sup>2</sup>Erasmee University Hospital, Bruselas, Belgium.**Introducción:** El estudio multicéntrico fase III PROWESS demostró una reducción del riesgo relativo de mortalidad al día 28 del 19,4 % (p = 0,005) en pacientes con sepsis severa tratados con proteína C activada (PCA).

(1). Este estudio analiza la morbilidad de estos pacientes según el inicio y resolución de la disfunción orgánica (DO).

**Método:** 1.690 pacientes con sepsis severa recibieron de forma randomizada un placebo o PCA (24 mcg/kg/h x 96 h). Se determinó diariamente durante 28 días el grado de DO cardiovascular, renal, respiratoria, hematólogica y hepática mediante el sistema SOFA así como la actividad diaria (ADL) y su ubicación a los 28 días (UCI, planta, domicilio). El valor global diario y acumulativo del SOFA fue comparado entre ambos grupos.**Resultados:** Los supervivientes del grupo tratado con PCA presentaron un SOFA medio diario menor que el grupo de fallecidos (5,0 vs 8,8) pero el SOFA acumulado fue mayor (66,9 vs 60,8) Resultados similares fueron observados en el grupo placebo. El ADL fue de 2,5 ± 0,1, en el grupo tratado similar al de supervivientes del grupo placebo 2,4 ± 0,1. El grupo tratado presentó una resolución significativamente más rápida de la DO cardiovascular y respiratoria así como una aparición más lenta del inicio de la DO hematólogica durante los 7 primeros días. El SOFA medio de cada sistema orgánico en los supervivientes fue similar en ambos grupos a lo largo de los 28 días.**Conclusiones:** Los enfermos tratados con PCA presentaron una mejora significativa de la DO cardiovascular, respiratoria y hematólogica así como una sustancial reducción de la mortalidad. La recuperación funcional a los 28 días fue similar en ambos grupos de enfermos con sepsis severa.

(1)N Engl JMed 2001;344:699-709.

**UTILIDAD DEL TEST DE ACTH COMO PREDICTOR DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ESTEROIDEO SUSTITUTIVO EN HIPOTENSIÓN REFRACTARIA**M.J. López Pueyo, J.A. Fernández Ratero, A. Zabalegui Pérez, J.M. Ayuela Azcárate, M. Gascón Castillo y A. García González  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Yagüe. Burgos**Objetivo:** Relacionar los niveles de cortisol basal, postestímulo y la diferencia entre ambos, con la respuesta hemodinámica a la administración de hidrocortisona en pacientes críticos con hipotensión refractaria.**Material:** Pacientes con hipotensión refractaria mantenida que precisan dopamina a más de 20 µg/kg/min o noradrenalina a más de 0,1 µg/kg/min para mantener tensión arterial media (TAM) mayor de 60 (o 65 en caso de HTA previa) y todo ello mantenido al menos durante 48 horas y con PVC de 8-13 o PCP de 12-16 e infección descartada o tratada durante más de 48 horas.**Método:** Estudio prospectivo con intervención. Recogida de datos durante un período de 18 meses. A partir del tercer día de la situación comentada y tras determinar cortisol basal y cortisol tras estímulo con 250 microgramos de ACTH (Synacthen®) (analizando posteriormente la diferencia entre ambos) se administra hidrocortisona. La retirada de noradrenalina y del efecto alfa de la dopamina en 24 horas se considera test positivo; positivo-negativo en 48 horas y test negativo la imposibilidad de hacerlo. Para el análisis consideramos dos grupos. El día de la retirada de aminas el balance hídrico no será positivo.**Resultados:**

	Cortisol basal	Tras estímulo
Test (+)	21,02	38,34
Test (-)	27,37	41,10
T Student	ns	ns

	41-76	15-69	6-13		(+)	(-)
n	Edad	SAPSII	SOFA PRE.	Diferencia < 15	5	2
12	64,3	48,64	10,3	Diferencia > 15	3	0

**Conclusiones:** 1) No existieron diferencias en el cortisol basal, ni en el postestímulo entre los tres grupos. 2) A todos los pacientes con una diferencia mayor a 15 entre el cortisol basal y el cortisol tras estímulo se les pudo retirar las aminas en 24 - 48 horas de iniciada la terapia esteroidea sustitutiva.