

Respuesta de los autores

Agradecemos la carta de F. Frutos, porque contribuye a aclarar aspectos relevantes del resumen del estudio de Annane et al, publicado en *MEDICINA INTENSIVA*¹⁻².

A nuestro juicio los hallazgos del ensayo clínico no se centran en el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal, sino en el efecto de la hidrocortisona (50 mg/6 h) y la 9 α -fludrocortisona (50 \leq mg/24 h) en los enfermos con shock séptico grave. Dentro de este amplio grupo de enfermos se analizan los resultados en 2 subgrupos de acuerdo con la respuesta al estímulo con 250 μ g de corticotropina. Los autores consideran que los enfermos con incremento del cortisol plasmático, a los 30 o 60 minutos tras el estímulo con corticotropina, \leq 9 μ g/dl, no responden o, lo que puede ser sinónimo, tienen insuficiencia suprarrenal relativa. Este término acuñado por los autores es, a nuestro juicio, operativo para realizar el ensayo clínico y está basado en un estudio previo de Annane et al³ donde se mostró la asociación entre los resultados de esa prueba y la mortalidad de los enfermos con shock séptico. Por tanto, la insuficiencia suprarrenal relativa descrita por Annane, definida como una limitada respuesta al estímulo con 250 μ g de corticotropina, no debe confundirse con la insuficiencia suprarrenal en otros contextos clínicos.

Tal y como señala F. Frutos, en el resumen se comunica la estimación “bruta” del efecto del tratamiento (tabla 2) y ajustado mediante un modelo multivariante, en el apartado de resultados. La pregunta ¿cuál es la mejor estimación? es un tema de discusión que queda fuera del alcance del resumen comentado. El análisis multivariante tiene su justificación máxima cuando se sospecha que la estimación de la mortalidad asociada al tratamiento con corticosteroides puede estar influida por otros factores. En un ensayo clínico con asignación aleatoria, si es suficientemente grande, estos factores se distribuyen aleatoriamente entre el grupo tratado y no tratado y, por tanto, el análisis multivariante no estaría justificado por este motivo. Por ello, hemos preferido destacar, en la tabla 2, la tasa bruta del análisis, que es más “transparente” para el lector. No obstante, el lector puede valorar la justificación que ofrece Annane para realizar el análisis multivariante⁴.

I. ALÍA Y M.A. DE LA CAL

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Getafe.
Madrid. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korac JM, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. *JAMA* 2002;288:862-71.
2. Eficacia de la hidrocortisona y la fludrocortisona en el tratamiento del shock séptico. *Med Intensiva* 2003;27:436-48.
3. Annane D, Sebille V, Troche G, Raphael JC, Gajdos P, Bellissant E. A 3-level prognostic classification in septic shock based on cortisol levels and cortisol response to corticotropin. *JAMA* 2000;283:1038-45.
4. Annane D, Sebille V. In reply. *JAMA* 2003;289:43-4.