Carta al Director

Insuficiencia suprarrenal relativa en los pacientes con shock séptico

Sr. Director:

En los últimos números de la revista Medicina Intensiva se incluyen trabajos clínicos, puntos de vista y comentarios sobre la incidencia, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal relativa de los pacientes sépticos[1,2]. Se ha demostrado que el uso de 200-300 mg por vía intravenosa (iv) diarios de hidrocortisona puede aumentar la supervivencia de los pacientes en situación de shock séptico e insuficiencia suprarrenal relativa[3]. Sin embargo, su empleo en los pacientes que mantienen una adecuada reserva adrenal no parece ser una estrategia útil o segura, incluso el estudio de Annane et al muestra una tendencia al aumento de mortalidad[3]. Por este motivo, la mayoría de los autores recomiendan la retirada del tratamiento esteroideo si se demuestra la normalidad en la prueba de estimulación con hormona adrenocorticotrópica (ACTH)[4]. Para la realización de esta prueba de estimulación es importante evitar todos los factores que puedan influir en la correcta estimulación adrenal y en la interpretación de los resultados.

El uso de etomidato por vía intravenosa bloquea de forma temporal y reversible la enzima beta-hidroxilasa, necesaria para la transformación del 11-deoxicortisol a cortisol, y por tanto, suprime la respuesta normal a la estimulación con ACTH. Este efecto supresor se mantiene durante un tiempo indeterminado, estimado por diferentes autores entre 6 y 24 horas después de la administración de una dosis única[5,6]. El etomidato es uno de los fármacos inductores anestésicos que menos influyen en la hemodinámica y en la función miocárdica, por lo que es un fármaco frecuentemente usado para la intubación de pacientes críticos, tanto en el ámbito extrahospitalario como en el intrahospitalario. Por tal motivo, el protocolo del trabajo de Annane tuvo que ser modificado dos años después de su inicio, para excluir a todos los pacientes que habían recibido etomidato en las 6 horas previas a la aleatorización. Recientemente, Bloomfield et al cuestionan los resultados de este estudio, ya que en los resultados se incluyó a 72 pacientes que habían recibido en las horas previas etomidato, 68 de los cuales tuvieron una pobre respuesta a la ACTH[7].

La ketamina, por sus efectos simpaticoestimulantes, tiene un perfil de seguridad hemodinámica incluso mejor que el etomidato. El uso a dosis inductoras, de 1-2 mg/kg iv, puede evitar el habitual deterioro hemodinámico que sufren los pacientes críticos tras la intubación, al perder el tono simpático generado por la ansiedad y el dolor, y al instaurar presión intratorácica positiva con la ventilación mecánica en un estado de hipovolemia relativa.

Para evitar las posibles interferencias en la interpretación de los resultados y en el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal relativa, el Grupo de Sedación y Analgesia de nuestra Sociedad recomienda el uso de ketamina, como alternativa al etomidato, para la inducción anestésica durante la intubación de aquellos pacientes críticos en los que se prevea la realización de esta prueba diagnóstica. De utilizarse etomidato como agente inductor, la prueba de estimulación con ACTH debería retrasarse al menos entre 12 y 24 horas, para no interferir con los resultados.

C. CHAMORRO JAMBRINA, J.M. BORRALLO PÉREZ,
C. PARDO REY Y E. PALENCIA HERREJON
Grupo de Trabajo de Sedación y Analgesia de la SEMICYUC
Correo electrónico: chamorro.hpth@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Casares Vivas M, Raurich Puigdevall JM, Ayestaran Rota I, Llompart Santamaría E, Ibañez Juvé J. Shock séptico e insuficiencia suprarrenal relativa. Med Intensiva 2003;27:525-30.

2. López-Martínez J, Suárez-Saiz J. Insuficiencia corticosuprarrenal en el paciente crítico. Med Intensiva 2004;28:208-10.

3. 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.

4. Cooper MS, Stewart PM. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. N Engl J Med 2003;348:727-34.

5. Absalom A, Pledger D, Kong A. Adrenocortical function in critically ill patients 24 h after a single dose of etomidate. Anaesthesia 1999;54:861-7.

6. Schenarts CL, Burton JH, Riker RR. Adrenocortical dysfunction following etomidate induction in emergency department patients. Acad Emerg Med 2001;8:1-7.

7. Bloomfield R, MacMillan M, Noble DW. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. N Engl J Med 2003;348:2157-9.