



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Factores de riesgo de mortalidad de la isquemia mesentérica en las unidades de críticos

Artículo Original: Leone M, Bechis C, Baumstarck K, Ouattara A, Collange O, Augustin P et al. Outcome of acute mesenteric ischemia in the intensive care unit: a retrospective, multicenter study of 780 cases. *Intensive Care Med.* 2015;41(4):667-76. ([PubMed](#))

Gómez Garrido M, Rodilla Fiz AM, Garvía López M.

G.A.I Albacete.

Resumen

Existen pocos trabajos acerca de los resultados de la isquemia mesentérica (IM) en las unidades de críticos, la mayoría de los datos que podemos encontrar proceden de series quirúrgicas donde la mortalidad varía entre el 26 y el 72%. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo de mortalidad de los pacientes con IM ingresados en unidades de críticos, ya que los estudios previos no determinan claramente esta relación.

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico realizado en 43 unidades de críticos. El período de inclusión comprende desde Enero del 2008 hasta Diciembre del 2013. Los pacientes fueron diagnosticados de IM mediante al menos uno de estos tres procedimientos: TAC, endoscopia o cirugía.

El total de enfermos incluidos fueron 780. La mortalidad global intrahospitalaria fue de 63%, con un 58% en la unidad de críticos. La media de edad fue de 71 años con una media de SAPS II de 59 y un SOFA de 10.

Introducción

Existen pocos trabajos acerca de los resultados de la isquemia mesentérica (IM) en las unidades de críticos, la mayoría de los datos que podemos encontrar proceden de series quirúrgicas donde la mortalidad varía entre el 26 y el 72%. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo de mortalidad de los pacientes con IM ingresados en unidades de críticos, ya que los estudios previos no determinan claramente esta relación.

Resumen

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico realizado en 43 unidades de críticos. El período de inclusión comprende desde Enero del 2008 hasta Diciembre del 2013. Los

pacientes fueron diagnosticados de IM mediante al menos uno de estos tres procedimientos: TAC, endoscopia o cirugía.

El total de enfermos incluidos fueron 780. La mortalidad global intrahospitalaria fue de 63%, con un 58% en la unidad de críticos. La media de edad fue de 71 años con una media de SAPS II de 59 y un SOFA de 10.

Usando un modelo de regresión logística los autores estudian 9 factores de riesgo: edad, historia de cáncer, historia de enfermedad vascular periférica, shock en los 10 días previos al diagnóstico, SOFA en el momento del diagnóstico, lactato sérico en el momento del diagnóstico, administración de antibióticos, tratamiento quirúrgico inicial y tiempo desde la admisión en la unidad hasta el

diagnóstico de IM. De estos 9 se encuentran:

- **3 factores independientes de mortalidad**: la edad, SOFA y el lactato sérico.

- **2 factores protectores**: historia de enfermedad vascular periférica y tratamiento quirúrgico inicial.



Comentarios

El estudio representa probablemente el primer estudio multicéntrico sobre IM en pacientes ingresados en cuidados intensivos y confirma la elevada mortalidad de éstos tanto en la unidad de críticos 58% como en el hospital 63%.

Los factores que se asocian con esta mortalidad son la edad, el SOFA y el Lactato sérico por encima de 2,7 mmol/l en el momento del diagnóstico. La edad ya había sido identificada en otras series como factor de riesgo (1). Respecto al lactato sérico éste fue menor en los pacientes que sobrevivieron frente a los que no, en el momento del diagnóstico, con un punto de corte estimado de 2,7 mmol/l (24,32 mg/dl) y no hubo diferencias pasadas 24 horas de dicho diagnóstico. En este sentido los autores remarcan que aunque sea un factor relacionado con la mortalidad, las concentraciones normales de lactato no excluyen el diagnóstico de IM.

Llama la atención la falta de relación con el resto de factores, sobre todo la falta de relación del shock en los 10 días previos al diagnóstico como factor de riesgo. También es llamativo que la administración de nutrición enteral fue mayor en pacientes que sobrevivieron frente a los que no, apoyando según los autores, el uso de esta vía en los pacientes críticos.

En contraste a estos factores de riesgo se encuentran como factores protectores la historia de enfermedad vascular periférica, con un probable mecanismo de trombosis lenta y progresiva que de tiempo al desarrollo de circulación colateral (2) y la presencia de tratamiento quirúrgico precoz, este último factor se encuentra acorde con otras series quirúrgicas donde se demuestra que el retraso en la cirugía se asocia con peores resultados (2,3). Consideramos muy interesante el hecho de la falta de relación en el sentido obtención de beneficio con la administración de antibióticos, aunque debido a las limitaciones del estudio, no aporta suficiente evidencia como para evitar su uso.

Entre dichas limitaciones se encuentran las propias de un estudio retrospectivo donde además, como los autores reconocen, faltan varias, a nuestro juicio muy importantes, variables recogidas; como son las órdenes de limitación de esfuerzo terapéutico o no y otros factores de confusión como hipotensión, ictus o enfermedad coronaria. Tampoco se ha discriminado entre los mecanismos de la IM (arterial o venosa).

Aun así se trata probablemente de la primera serie multicéntrica de pacientes con IM en unidades de críticos donde se aporta información relevante, sobre todo el punto de corte del lactato al ingreso como factor de riesgo de mortalidad y la protección de la

enfermedad vascular periférica y del tratamiento quirúrgico precoz. Faltan estudios amplios que sigan aclarando estos y otros factores, como por ejemplo la necesidad de iniciar tratamiento antibiótico o no en la IM, entre tanto, y a la luz de este estudio y de otros anteriores, queda clara la importancia de intervenir cuanto antes ante la sospecha o el diagnóstico de IM.

Bibliografía

- 1.- Aliosmanoglu I, Gul M, Kapan M, Arikanoğlu Z, Taskesen F, Basol O et al. Risk factors effecting mortality in acute mesenteric ischemia and mortality rates: a single center experience. Int Surg. 2013;98(1):76-81. [PubMed](#)
- 2.- Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. Arch Intern Med. 2004; 24;164(10):1054-62. [PubMed](#)

- 3.- Gupta PK, Natarajan B, Gupta H, Fang X, Fitzgibbons RJ Jr. Morbidity and mortality after bowel resection for acute mesenteric ischemia. Surgery. 2011;150(4):779-87. [PubMed](#)

Correspondencia al autor

Marta Gómez Garrido
mgomezgarrido@ono.com
F.E.A Anestesiología y Reanimación.
G. A. I Albacete.

Ana María Rodilla Fiz
ana.rodilla.fiz@gmail.com
F.E.A Anestesiología y Reanimación.
G. A. I Albacete.

María Garvía López
marietagarvi@hotmail.com
F.E.A Anestesiología y Reanimación.
G. A. I Albacete.

[Publicado en AnestesiaR el 26 octubre 2015](#)