



EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE DROTRECOGINA ALFA Y EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO



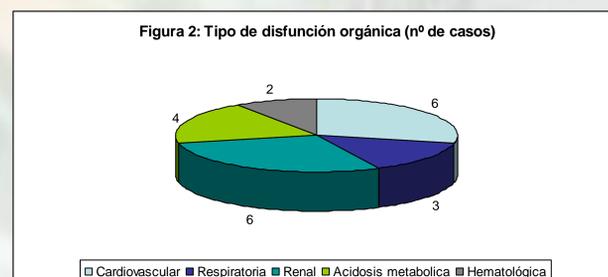
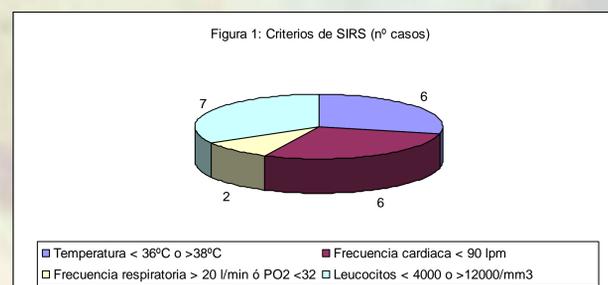
Villanueva Herraiz S, Ortega García MP, Rodríguez Murphy E, Bernalte Sesé A, Blasco Segura P

Servicio de Farmacia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Evaluar la utilización de drotrecogina alfa (DTA) según el protocolo de tratamiento de sepsis grave implantado en 2004 en la Unidad Cuidados Intensivos (UCI) y valorar la efectividad siguiendo los criterios de auditoría de la guía clínica del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del 2004¹.

Métodos: Estudio retrospectivo (diciembre 2005-abril 2007) en un hospital general de 592 camas. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con DTA. Se recogió el cumplimiento de los criterios de sepsis grave del protocolo de UCI: evidencia o sospecha razonada de infección, 2 o más criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) (temperatura >38°C o <36°C, frecuencia cardíaca > 90 lpm, frecuencia respiratoria > 20 rpm o PCO₂<32 mmHg, leucocitos ≥12000/mm³ o ≤ 4000/mm³ o >10% de cayados), elevado riesgo de muerte y al menos una disfunción orgánica. Su utilización debe hacerse antes de transcurridas 24 horas del primer fallo orgánico inducido por la sepsis y cuando el tratamiento de soporte en UCI sea óptimo. Para evaluar el uso y efectividad de DTA se registraron los siguientes parámetros establecidos en la guía clínica del NICE: duración de la estancia en UCI y en hospital, estado del paciente a los 28 días de finalizado el tratamiento, perfusión completa de DTA durante 96 horas, si no especificar la causa, microorganismos aislados y órgano afectado antes del tratamiento, edad y comorbilidades. Los datos se analizaron con el programa estadístico G-Stat 2.0. Las variables cuantitativas se resumieron con la mediana, el mínimo y el máximo.

Resultados: 7 pacientes (5 hombres), mediana de edad 54 (35-64) años. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus, dislipemias y hábitos tóxicos (enolismo y tabaquismo) y en 4 pacientes el motivo de ingreso en UCI fue la sepsis. La mediana de dosis administrada fue 185 (115,2-230) mg. En 5 pacientes la perfusión duró 96 h, en uno se detuvo a las 76 h por fallecimiento y en otro se detuvo la perfusión 12 h para una intervención quirúrgica y luego se reanudó. La mediana de criterios de SIRS/paciente fue de 3 (2-4) (figura 1), la mediana de disfunciones orgánicas/paciente fue 3 (2-4) (figura 2) y 6 pacientes presentaban infección documentada antes del inicio de DTA. Las localizaciones de la infección y los microorganismos aislados se muestran en la tabla 1.



Todos recibieron el soporte de medidas óptimo en la UCI. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la sepsis grave al inicio del tratamiento con DTA fue de 0 días en 3 pacientes, 1 día en 2 pacientes y ≥ 2 días en otros 2 pacientes. La mediana de estancia en UCI ha sido de 10 (6-34) días y de ingreso en el hospital 21 (15-38) días. Sólo un paciente (con fallo de dos órganos al inicio del tratamiento con DTA) sobrevivió más de 28 días desde finalizado el tratamiento.

Tabla 1

Localización infección (nº casos)/microorganismo aislado		
Pulmonar (3)	Intestinal (2)	Pancreático-biliar (2)
<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>
<i>Citrobacter freundii</i>		<i>Bacteroides fragilis</i>
<i>Acinetobacter baumannii</i>		<i>Micrococcus sp</i>
<i>Klebsiella pneumoniae</i>		

Conclusiones: En la práctica clínica habitual se han encontrado diferencias en el uso de DTA respecto al estudio PROWESS², observándose que los pacientes eran más jóvenes, con más comorbilidades, más graves y con mayor tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la sepsis grave y el inicio del tratamiento con DTA, aún así, en los pacientes tratados como mucho transcurrido 1 día desde el diagnóstico la mortalidad era similar³. En nuestro estudio los pacientes también son más jóvenes y con más disfunciones orgánicas que en el estudio PROWESS², sin embargo hemos observado una menor supervivencia, probablemente por el pequeño tamaño muestral.

Bibliografía:

1. Drotrecogin alfa (activated) for severe sepsis. Technology Appraisal 84. September 2004. [www.nice.org.uk/TA084guidance]
2. Bernard GR, Vicent JL, Laterre PF, et al.: Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med 2001; 344: 699-709.
3. Wheeler A, Steingrub J, Schmidt GA. A retrospective observational study of drotrecogin alfa (activated) in adults with severe sepsis: comparison with a controlled clinical trial. Crit Care Med 2008; 36 (1): 14-23.