

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (ARDS)

1. Patogenia

Moderador: J. Ibáñez (Palma de Mallorca).
Historia natural del ARDS. A. Artigas (Barcelona).
Mediadores y radicales de O₂. I. Sznajder (Chicago).
Infecciones pulmonares. P. Jiménez (Chile).
Papel del surfactante. M. Oyarzún (Chile).

2. Función pulmonar

Moderador: A.G.N. Agustí (Chicago).
Curva de presión-volumen. S. Benito (Barcelona).
Trabajo respiratorio. J. Mancebo (Barcelona).
Volumen de cierre. J. Ibáñez (Palma de Mallorca).
Función unilateral. Ll. Blanch (Barcelona).
Función diafragmática. B.R. Celli (Boston).

3. Fisiopatología

Moderador: I. Sznajder (Chicago).
Interacción cardiopulmonar. L. Oppenheimer (Winnipeg).
Transporte periférico de O₂. A.G.N. Agustí (Chicago).
Intercambio de gases. A. Reyes (Madrid).

4. Tratamiento

Moderador: L. Oppenheimer (Winnipeg).
Tratamiento. I. Sznajder (Chicago).
Modalidades de ventilación artificial. A. Torres (Barcelona).

1. Patogenia

Moderador: J. Ibáñez

HISTORIA NATURAL DEL ARDS

A. ARTIGAS

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sabadell. Sabadell.

Introducción: A pesar de los adelantos tecnológicos en el tratamiento de los pacientes con un ARDS, su mortalidad continúa siendo muy elevada (entre 41 % y 74 %). Este pesimismo puede ser debido a los criterios de inclusión, seleccionando una población atípica, la mayoría con una enfermedad previa, asociados a una elevada mortalidad. El conocimiento exacto de la historia natural del ARDS y de sus factores pronósticos son absolutamente necesarios para poder identificar poblaciones homogéneas en el análisis de la eficacia de distintos tratamientos en el ARDS. En un reciente *Estudio Colaborativo Europeo* se pudieron definir tres grupos pronósticos ($p < 10^{-4}$ logrank test) de un total de 583 ARDS, con una supervivencia (S) total del 45 % (trauma [n=109, S=70 %]; neumonías oportunistas (n=50, S=20 %); otras etiologías (n=424, S=42 %]). La tabla muestra los resultados del análisis unifactorial (valores del test de logrank) de los factores pronósticos en cada grupo a su ingreso:

Grupo etiológico	Neumonía		
	Trauma	Oportunista	Otros
Edad	0,12	0,58	10 ⁴
Enfermedad previa	0,12	0,83	0,01
Inmunodepresión	0,16	0,81	0,03
Etiología	-	-	0,77
N.º fallos orgánicos	0,11	0,04	0,04
Coma	0,04	0,50	0,60
PaO ₂ /FiO ₂ día 0	0,36	0,70	0,28
SAPS	10 ⁻⁴	0,50	10 ⁻⁴
Índice gravedad respiratoria	0,51	0,47	0,45

La mortalidad aumentó con el número de fallos orgánicos y la presencia de una inmunodepresión previa. El nivel de hipoxemia y de afectación pulmonar no fue útil como factor pronóstico al inicio del ARDS, siendo claramente discriminantes a las 24 horas de su evolución. El análisis multifactorial utilizando el modelo de Cox demostró que en el grupo de ARDS por trauma, el coma fue la única variable seleccionada ($p=0,02$), sugiriendo el efecto negativo de las lesiones neurológicas. En el grupo de neumonías oportunistas, ningún factor fue seleccionado a un nivel del 8 %, lo que indica la importancia de la inmunodepresión por sí sola en su pronóstico final. En el resto de pacientes, se seleccionaron tres variables: SAPS ($p=0,0002$) (la inmunodepresión refleja la gravedad del ARDS), edad ($p=0,001$) y la inmunodepresión ($p=0,01$).

Conclusiones: El ARDS no es una entidad clínica homogénea; su pronóstico depende de su etiología y en cada grupo etiológico existen diferentes factores pronósticos. Los criterios clásicos de hipoxemia severa y los valores de la presión capilar pulmonar han seleccionado una población de muy mal pronóstico. La valoración del intercambio gaseoso como factor pronóstico debe de realizarse a las 24 horas y de forma evolutiva. Para optimizar la estrategia terapéutica del ARDS se deberían tener en cuenta todos estos factores.

1. A. Artigas et al. *Rén Soins Intens Med Urg* 1988; 4:339-345.
2. A. Artigas. Update in intensive care and emergency medicine. Springer Verlag 1988; 97-114.