

11224
1
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

**FALLA ORGANICA MULTIPLE Y LOS SISTEMAS
DE PUNTUACION EN UNA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

I S S T E .

TESIS DE POSTGRADO :

PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN :

« MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO »

PRESENTA :

DR. HUGO AGUILAR CASTILLO.

México D.F.

Febrero 1991.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

S U M M A R Y :

Much progress has been achieved in the Critical Care Medicine, but appearance a new syndrome with a dismal prognosis has evolved in the UCI multiple organ system failure (FOM).

Multisystem organ failure is a progressive sequential multiple organ failure that appears to be an extension of the sepsis syndrome.

The objective in order to evaluate utility scales PACHE II and SSS in intensive care, we realized in January - 1988 a October - 1990. We retrospectively studied 493 patients admitted in the medical UCI.

Multiple organ system failure occurred in 82 patients, (excluded 3 patients). Female 32 (40.5%), male 47 (59.5%) with middle age 56.6 years.

In the group 79 patients was used SSS score 0 - 10 mortality 0%; 11 - 20, 13.3%; 21 - 30, 21%; 31 - 40, 80%; 41 - 50, 81%; more of 51, 100%.

APACHE II score <10 points mortality 11%, 11 - 20 28.5%; 21 - 30, 56.6%; 31 - 40, 100%.

We corroborated utility and validity of APACHE II and SSS to value acute alteration of critically ill patients.

We emphasized that APACHE II and SSS scores are useful for evaluation in critically but not should be underestimated how systems for evaluate recovery in them.

RESUMEN :

Muchos avances han ocurrido en la Medicina, especialmente en la Medicina Crítica, pero a pesar de ello, un nuevo síndrome apareció, ocasionando una alta mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos. A este síndrome se le denominó Falla Orgánica Múltiple (FOM).

La Falla Orgánica Múltiple es la disfunción progresiva y secuencial de varios órganos, que aparece como una extensión de la sepsis.

El objetivo del presente estudio es conocer la utilidad de dos sistemas de calificación de la severidad de la FOM para juzgar la probabilidad de muerte en una población de pacientes de una UCI polivalente en el período comprendido entre Enero de 1988 a Octubre de 1990.

Se estudiaron en forma retrospectiva 493 pacientes que ingresaron a la UCI. 82 pacientes presentaron FOM, excluyendo a 3 pacientes por no contar con todos los parámetros. Del sexo femenino se encontraron 32 (40.5%) y masculinos 47 (59.5%). Un promedio de edad 56.6 años. En el grupo de 79 pacientes se observó que al aplicar el índice de severidad de la enfermedad en disfunción de órganos, los siguientes resultados: 0 - 10 mortalidad 0%, 11 - 20, 13.3%; 21 - 30, 21%; 31 - 40, 80%; 41 - 50, 81%; y de más de 51 el 100%.

En el sistema APACHE II para el grupo menor de 10, la mortalidad fue de 11%, en el de 11 - 20, 28.5%; 21 - 30, 56.6%; 31 - 40, 100%.

Se confirma la utilidad de las escalas de APACHE II y el índice de severidad de la enfermedad, para determinar el grado de alteración aguda del enfermo severamente lesionado, pero no sus probabilidades de sobrevivir. Se concluye en su papel como valiosos auxiliares del médico de áreas críticas y se insiste en no considerarlas como elementos que determinen o contraindiquen su ingreso a la UCI.

FALLA ORGANICA MULTIPLE Y LOS SISTEMAS DE PUNTUACION EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

I N T R O D U C C I O N :

Muchos avances han ocurrido en la medicina, especialmente en la Medicina Critica preponderantemente, pero a pesar de ello, un nuevo sindrome aparecio, ocasionando una alta mortalidad, tanto en las unidades de Cuidados Intensivos medicos como en las medico-quirurgicas. A este sindrome se le denomino Falla Organica Multiple (FOM) o Falla Multiple De Organos y Sistemas (FMOS).

La Falla Organica Multiple es la disfunción progresiva y secuencial de varios organos, que aparece como extensión de la Sepsis.(3)

Este sindrome es relativamente nuevo, apareciendo los primeros reportes en los años 70. (1)

La enfermedad a tenido cambios considerables desde la primera descripción, esto por los avances tecnológicos y la aplicación de los mismos en las unidades de cuidados intensivos. Pacientes a quienes se les consideraba en epocas pasadas con un pronóstico fatal, debido a la magnitud del daño presentado como: (4)

Traumatismos masivos, quemaduras extensas y manejo con intervenciones quirúrgicas amplias, actualmente con los avances en la técnica quirurgica y en las maniobras de reanimación, a mejorado considerablemente su pronóstico, por otra parte el manejo cada vez mas óptimo de los diferentes estadios de la Sepsis a eliminado al Choque Séptico como la causa mas común de muerte y el porcentaje de curación de los pacientes se a incrementado. (14)

La infección se a considerado como un punto "detonador" de la Sepsis y esta de la Falla Organica Multiple. (6)

La necesidad de inserción de tubos y cateteres, por una parte y la utilización de antibióticos de amplio espectro pueden tener como resultado, una bacteremia recurrente con incremento de la resistencia bacteriana.

En un tercio de los pacientes con Falla Organica Multiple existen mínimos datos de infección, pero en el otro tercio la infección es patente, con cultivos positivos, en el tercio restante no existen datos de infección y los cultivos son negativos. (9)

Una vez establecida la Falla Organica Multiple tiene una mortalidad por arriba del 80%. (7)

Cuatro son los órganos principalmente afectados, teniendo la siguiente secuencia en la mayoría de los reportes publicados: (13) (14)

- a) Pulmón
- b) Hígado
- c) Aparato Digestivo
- d) Riñon.

La naturaleza plural de la infección, los múltiples aspectos terapéuticos y la creciente complejidad de las medidas de sostén en las unidades de cuidados intensivos, dificultan en grado sumo la valoración de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Los sistemas de puntuación que aportan descripciones objetivas del estado del individuo en un momento determinado del proceso patológico, mejoran nuestro conocimiento de los problemas. Algunos de los sistemas surgieron de la observación de que a menudo la insuficiencia seriada de órganos vitales antecede a la muerte por infección severa. Todos los sistemas son más precisos para predecir

la muerte que la supervivencia; se adecuan a poblaciones de pacientes, pero son inapropiadas en la toma de decisiones terapéuticas respecto a pacientes en forma individual.

Todas miden el grado de en que el proceso patológico subyacente ha perturbado la homeostasis. (14)

Los clínicos con experiencia han utilizado y reconocen la validez aproximada de las valoraciones informales, como contar el número de diagnósticos o de sondas, alambres y otros dispositivos que provienen del cuerpo del enfermo, en la unidad de cuidados intensivos.

Con los años, los médicos han utilizado diversos índices para describir en forma adecuada y reproducible a los sujetos con grados similares de la enfermedad. Algunos de los primeros intentos sistematizados para definir la gravedad de la infección quirúrgica y el peligro de muerte, provinieron de observaciones, de que los individuos que fallecieron después de tal complicación, a menudo mostraban un curso clínico que se caracterizaba por falla e insuficiencia de órganos en forma cerrada, cuadro que recibió el nombre de "Síndrome de Insuficiencia de Múltiples Organos". Fry y colaboradores señalaron en 1980 que la muerte después de grandes procedimientos quirúrgicos y graves traumatismos, por lo regular dependía de la infección, y ocurría con mayor frecuencia conforme aumentaba el número de órganos en insuficiencia, es decir, la tasa de mortalidad en el individuo sin insuficiencia de órganos era del 3% aumentaba a 30% si uno de ellos mostraba insuficiencia y era completa, es decir de 100%, si 4 organos fallaban.

Stevens reconoció la necesidad de mayor precisión y límites mas amplios de valores potenciales y creo un sistema cuantitativo para representar la magnitud y profundidad de la falla o insuficiencia de órganos. Definio 7 sistemas de órganos y asigno a cada uno una puntuación (9)

de 0 a 5. El autor encontró una mortalidad de 82% en individuos que tenían más de 40 puntos.

Otro sistema de calificación para evaluar la severidad de la enfermedad es el Sistema APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation).

Este sistema APACHE a sido probado en un gran número de hospitales en los Estados Unidos y en Europa. Describe con precisión el riesgo de mortalidad de poblaciones ⁽¹⁵⁾ de pacientes en las unidades de cuidados intensivos, este sistema fue inicialmente publicado en 1981 teniendo 34 parametros a evaluar.

Knaus y colaboradores publicaron en 1985 el sistema APACHE II ⁽⁷⁾ modificando el número de parametros a evaluar en 12 valores iniciales de las medidas fisiológicas sistemicas (APS - 12, de 0 a 60 puntos), puntuaciones para la edad, si el sujeto tiene más de 44 años (0 a 6 puntos) y para el estado médico crónico (0, 2 ó 5 puntos), según el estado de salud durante largo tiempo si el paciente está recién operado o no.

Los sistemas antes mencionados son relativamente exactos para identificar al individuo expuesto a fallecer por la Falla Organica Multiple; por ejemplo en el sistema APACHE II se tiene que si el paciente tiene mas de 35 puntos la mortalidad será del 100%, si tiene entre 27 y 34 puntos la mortalidad sera de 89%, y menor de 27 puntos 50%. La predicción de la supervivencia es menos precisa.

OBJETIVO:

Determinar la utilidad de los sistemas de calificación de la severidad, de la enfermedad en Falla Organica Multiple y su correlación con la mortalidad durante el periodo de 1o. de enero de 1988 al 30 de octubre de 1990. en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General "Dr Dario Fernandez Fierro".

MATERIAL Y METODO :

SE acudió al archivo clínico de la Unidad de Cuidados Intensivos del "Hospital General Dr. Dario Fernandez Fierro" y se recopilaron los expedientes de 493 pacientes que ingresaron durante el período del 1o. de enero de 1988 al 30 de octubre de 1990, de los cuales 82 presentaron Falla Organica Multiple.

Se diseño un formato en el cual se incluian los datos de los niveles de disfunción de órganos y sistemas para calcular el índice de gravedad de la sepsis (S S S). La forma de calificación de esta escala, una vez dada la calificación inicial se efectua la suma de los cuadros de las tres cifras mas altas de la disfunción, obteniendose asi la calificación de S S S .

Para el sistema de APACHE II, se utilizaron los parametros de calificación publicados por Knaus y colaboradores que incluye:

- A. Índice de edad.
- B. Límite de edad.
- C. Puntos de los antecedentes personales a largo plazo.

Los sistemas de calificación se efectuaron al ingreso del paciente a la unidad, 24 hrs; y posteriormente a los 10, 20 y 30 días después de su ingreso.

El análisis estadístico se realizó con $X \pm DS$, el grado de probabilidad (P) y la significancia estadística se analizaron por el método de la x^2 y se consideró significativa, cuando P fue menor de 0.005.

Se obtuvo el porcentaje de sobrevida y mortalidad, para cada uno de los sistemas de calificación, agrupandose por intervalos de puntuación.

NIVELES DE DISFUNCION EN ORGANOS Y SISTEMAS PARA CALCULAR EL INDICE.
DE GRAVEDAD DE LA SEPSIS (S S S).

Organos o
Sistemas.

Cuantificación de la disfunción.

Pulmones	O ₂ por mascarilla	Intubación; no PEEP	PEEP: 0 al 10 % PEEP	10 %; PO ₂ 50 torr	PEEP máxima; PO ₂ 50 torr
Riñones	CL de 1.5 a 2.5 mg 100 ml.	CL de 2.6 a 3.5 mg/ 100 ml.	CL 3.6 mg/100 CL diuresis adecuada	3.6 mg/100 ml diuresis: 20- 50 ml/hora	CL 3.6 mg/100 ml; diuresis 20 ml/h.
Coagulación	Equimosis; TP, TPT y recuento plaque- tario normales.	TPT: 45 a 65 seg. PT: 12 a 14 seg.	Plaquetas: 20 000 a 100 000/mm ³ ; TPT 50 seg; TP 14 seg.	Plaquetas: 2000 mm ³ ; incremento de TP y TPT.	Incremento de FSP euglobulina; hemo- rragia.
Cardiovascular	Hipotensión mínima	Livido; hipotensión moderada	Vasopresores en do- sis moderadas.	Vasopresores en grandes dosis.	Hipotensión inten- sa a pesar de los vasopresores.
Hígado	Incremento de la DHL y TGO: bili-	Bilirrubina: 1.5 a 2.5 mg/100 ml.	Bilirrubina: 2.6 a 4.0 mg/ 100 ml.	Bilirrubina: 4.9 a 8.0 mg/100 ml.	Bilirrubina: de - precoma 8.0 mg -- 100 ml.
Vías gastroin- testinal	Ileo mínimo	Ileo moderado.	Ileo intenso	Hemorragia por gastritis.	Trombosis venosa mesentérica.
Sistema Nervioso	Hiporrefléctico	Desorientado	Irracional	Hiporreactivo	Coma.

CL: nivel de creatinina; TP: tiempo de protrombina; TPT: Tiempo parcial de tromboplastina; PEEP: Presión telespiratoria;
DHL: Deshidrogenasa láctica; FSP: Productos de desgradación de la fibrina. La suma de los cuadros de las 3 cifras más -
altas de disfunción equivale a SSS.

**Sistema APACHE II de clasificación de gravedad
de una enfermedad.**

B. LIMITES DE EDAD:

Asignar de este modo la puntuación de edad:

Edad en años	Puntuación
<44	0
45 - 54	2
55 - 64	3
65 - 74	5
≥ 75	6

C. Puntos de los antecedentes personales a largo plazo (aspectos médicos crónicos).

Si el individuo tiene el antecedente de insuficiencia grave de un órgano o sistema o sufre inmunodeficiencia, asignar la puntuación de este modo:

- a) En sujetos no operados o después de operaciones de urgencia 5 puntos o
- b) En sujetos recién sometidos a operaciones planeadas: 2 puntos.

DEFINICIONES:

La insuficiencia de un órgano o el estado de inmunodepresión debe haberse manifestado evidentemente antes de la hospitalización y seguir los siguientes criterios:

HIGADO: Cirrosis corroborada por biopsia e hipertensión portal

documentada: accesos de hemorragia en vías gastrointestinales superiores atribuidos a hipertensión portal o episodios anteriores de insuficiencia hepática/encefalopatía/coma.

CARDIOVASCULAR: Clasificación IV de la New York Heart Association.

VIAS RESPIRATORIAS: Neumopatía restrictiva crónica obstructiva o vasculopatía que ocasione restricción grave del ejercicio, es decir incapacidad para subir escaleras o hacer tareas domésticas, o hipoxia, hipercapnia, policitemia secundaria o hipertensión pulmonar grave (> 40 torr) o dependencia del respirador durante largo tiempo y corroboradas.

RIÑONES: Dialisis crónica actual y por largo tiempo.

INMUNODEPRESION: El paciente ha recibido tratamiento que suprime las defensas contra la infección como sería inmunosupresores, quimioterápicos, radiaciones, dosis elevadas de esteroides, por largo tiempo o en fecha reciente, o tiene una enfermedad que ha avanzado en grado bastante para suprimir sus defensas, como sería linfoma, leucemia o SIDA.

INDICE APACHE II

A. PUNTOS DE APS _____

B. PUNTOS DE EDAD _____

C. PUNTOS DE ANTECEDENTES

A LARGO PLAZO A _____

TOTAL DE APACHE II: _____

SUMA DE A + B + C

RESULTADOS :

De un total de 493 pacientes que ingresarán a la Unidad de Cuidados Intensivos, 82 (16.6%) presentarán Falla Organica Multiple. Se excluyeron del estudio a 3 pacientes a los que no fue posible aplicar los índices pronósticos, por no contar con todos los parámetros.

De los 79 pacientes incluidos en el estudio, la mayor parte de los pacientes (74) fueron intervenidos quirúrgicamente, 5 pacientes con Pancreatitis edematosa no fueron intervenidos quirúrgicamente.

Del total de los 79 pacientes, 47 correspondieron al sexo masculino (59.5%), y al sexo femenino 32 (40.5%). La edad mínima de la presentación de la Falla Organica Multiple, correspondio a un masculino de 18 años, y la edad máxima a una paciente femenina de 89 años, con promedio de edad de 56.6 años.

El diagnóstico principal de ingreso correspondio a la Pancreatitis, 20 (25.3%), Cirugía de vías biliares en segundo término, la trombosis mesentérica y la herida penetrante por arma blanca siguieron en frecuencia.

En el grupo de 79 pacientes observamos que al aplicar el índice de severidad de la enfermedad en disfunción de órganos, los siguientes resultados:

En el grupo de 0 -10 encontramos mortalidad de 0%, al de 11 - 20 del 13.3%; de 21 - 30, un 21%, de 31 - 40, 80%; de 41 - 50 de 81% y de más de 51 el 100%, indicando ya en el tercer grupo la disfunción severa de un órgano, incrementandose la mortalidad en forma exponencial, conforme la puntuación es mayor.

El sistema APACHE II, para el grupo <10 la mortalidad fue de 11% (1/9), en el de 11 - 20, 28.5% (8/28), en el grupo de 21 - 30 de 5.6% (17/30) y para el grupo de 31 - 40 se presentó una mortalidad de 100% (12/12).

La medición de los índices de severidad de la sepsis a los 10, 20 y 30 días no mostró gran variación, observándose un incremento en la puntuación de las personas que fallecieron, tomándose para los resultados la puntuación de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se compararon simultáneamente los índices de severidad de las enfermedad APACHE II y el índice de gravedad de la sepsis (S S S). En los 79 pacientes con Falla Organica Multiple, advirtiendo concordancia entre los dos sistemas cuantitativos, con una $P < 0.001$. Esta correlación advierte también que la edad influía en el riesgo de muerte, independientemente del sistema de clasificación utilizado.

La mortalidad total del grupo estudiado fue de 48.1% (37/79), llamando la atención que de estos el 57% (22/38), fallecieron dentro de las primeras 24 hrs. de estancia en la unidad.

"El detonador" o aparato inicialmente afectado en nuestro grupo de pacientes fue el aparato gastrointestinal, seguido del respiratorio y renal.

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON
A LA UCI. DURANTE EL PERIODO ENERO 1988
A OCTUBRE DE 1990.

	NUMERO	PORCENTAJE
Pacientes ingresados a la UCI	493	100%
Con Falla Organica Multiple	82	16.6%
Incluidos en el estudio	79	16.0%
Excluidos del estudio	3	.6%

PACIENTES CON FALLA ORGANICA MULTIPLE.

	NUMERO	PORCENTAJE
PACIENTES	79	100
SEXO FEMENINO	32	40.5
SEXO MASCULINO	47	59.5

PACIENTES CON FALLA ORGANICA MULTIPLE.

EDAD MINIMA	18 años
EDAD MAXIMA	89 años
EDAD PROMEDIO	56.6 años.

**ÍNDICE DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD
EN LA FALLA ORGANICA MULTIPLE.**

PUNTUACION	No. PACIENTES	PRONOSTICO		PORCENTAJE	
		*M	D	M	D
0 - 10	7	7	0	100	0
11 - 20	15	13	2	86.7	13.3
21 - 30	19	15	4	79	21
41 50	18	4	14	19	81
> 50	10	0	10	0	100

*MEJORIA = M
DEFUNCION = D.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**SISTEMA APACHE II DE GRAVEDAD
DE UNA ENFERMEDAD.**

79 PACIENTES CON FOM EN LA UCI.

PUNTUACION	NO. PACIENTES	PRONOSTICO		PORCENTAJE	
		*M	D	M	D
0 - 10	9	8	1	89	11
11 - 20	28	20	8	71.5	28.5
21 - 30	30	13	17	43.4	56.6
31 - 40	12	0	12	0	100

*M = MEJORIA
D = DEFUNCION.

ORGANOS AFECTADOS EN
LA FALIA ORGANICA MULTIPLE.

ORGANO	NO. PACIENTES	FRECUENCIA
Gastrointestinal	79	100%
Respiratorio	60	75%
Renal	42	53%
Cardiovascular	38	48.1%
Neurologico	4	.5%

DISCUSION:

Es importante mencionar la frecuencia de la Falla Organica Multiple (16.6%) en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos médico-quirurgica, llamando la atención que el 97.4% de los pacientes con Falla Organica Multiple, fueron intervenidos quirurgicamente.

Los sistemas mencionados son relativamente exactos para identificar al paciente con Falla Organica Multiple expuesto al gran peligro de fallecer, aunque la predicción de la sobrevida es menos precisa. El análisis detenido de los reportes publicados, señala que algunos pacientes con puntuaciones bajas fallecieron a pesar del tratamiento oportuno, en tanto que en los sistemas cuantitativos muchos pacientes tuvieron una puntuación alta, en la cual no se identificaron sobrevivientes.

En los dos sistemas, la franja media de los valores es la menos precisa, aunque contiene la mayor proporción de sujetos. La misma naturaleza de los modelos impone éste resultado, es decir, cuando una cifra predice un riesgo cercano a 50%, será exacta la mitad de las veces.

Sea cual sea el sistema utilizado, es importante considerar en su debida perspectiva la información obtenida. Ante la gran precisión de los extremos de la puntuación y la poca exactitud de la franja media de uno y otro extremo, la mayor utilidad de éstos extremos reside en examinar la similitud en los grupos de enfermos o valorar resultados y pronósticos de diferentes planes terapeuticos de varios hospitales. Un posible riesgo con estos índices es el menosprecio al atender a un sujeto con una puntuación muy alta, siendo ésta un llamado de atención al Intensivista

hacia la necesidad de presentar una vigilancia adicional.

Un punto importante de señalar es el factor preponderante que "juega" la edad y la desnutrición como un factor agravante o de mal pronóstico para el paciente, por su correlación con la mortalidad, en nuestro grupo de pacientes, la mortalidad fue de 51% . Estos datos son similares a los obtenidos para Knaus y colaboradores, confirmandose una vez más, el incremento de la tasa de mortalidad al aumentar el número de órganos que fallaban y además de demostrar una relación neta entre la insuficiencia orgánica y la posibilidad de muerte.

Todos nuestros pacientes con Falla Orgánica Múltiple presentaron datos de sepsis, llamando la atención que el 97.4% fueron intervenidos quirúrgicamente, llamando aún más la atención que el 57% de estos pacientes fallecieron en las primeras 24 hrs. de estancia en la Unidad. Esto debe poner en alerta al Cirujano, ya que esto probablemente ocurre, por la tardanza en diagnosticar oportunamente al paciente quirúrgico y por lo mismo progresan a la infección intraabdominal al grado de producir sepsis generalizada y Falla Orgánica Múltiple.

Consideramos importante que en nuestra unidad se continúe reuniendo información sobre otros factores pronósticos, que son importantes para predecir la respuesta al tratamiento de la sepsis y así estar alerta para el manejo de la Falla Orgánica Múltiple.

Todas las puntuaciones actuales reflejan cambios en respuesta a mecanismos subyacentes más básicos que apenas se conocen. Sin embargo proporcionan una base común a partir de la cual se puede iniciar e intentar la estandarización de los comentarios y discusiones de estos problemas.

CONCLUSIONES :

- 1.- La sepsis es la causa más frecuente que desencadena la Falla Orgánica Múltiple.
- 2.- Los sistemas para evaluar la gravedad de una enfermedad APACHE II y SSS, pueden predecir la mortalidad en los pacientes con Falla Orgánica Múltiple.
- 3.- Los sistemas de evaluación utilizados no son adecuados para predecir la sobrevida de los pacientes con Falla Orgánica Múltiple.
- 4.- Las puntuaciones elevadas de los sistemas de evaluación se correlacionan con un alto índice de mortalidad.
- 5.- Los pacientes geriátricos, con desnutrición y sepsis, tienen una alta mortalidad por Falla Orgánica Múltiple.
- 6.- El órgano principalmente afectado es el gastrointestinal, en los pacientes estudiados.
- 7.- La mayor mortalidad encontrada en el presente estudio, fue a las 24 horas de haber ingresado el paciente a la UCI, por lo que debe poner en alerta al Intensivista y al Cirujano, para diagnosticar en forma oportuna al paciente que requiere manejo quirúrgico.
- 8.- Es indispensable el trabajo y comunicación entre el Cirujano y el Intensivista.
- 9.- Por lo anterior es necesario el que un Cirujano este asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bave AE: Multiple, progresive, or sequential systems failure. A syndrome of the 1970s. Arch Surg 1975; 110 : 779.
- 2.- Eiseman B. Beart R. Multiple organ failure. Surg. Gynecol Obstet 1977; 14 ; 323.
- 3.- Fry DE, Pearlstein L. et al; Multiple sistem organ failure. the role of uncontrolled infection. Arch Surg 1980; 115:136.
- 4.- Faist E, Bave AE. et al: Multiple organ failure in polytrauma patients. J Trauma 1983; 23 ; 775.
- 5.- Bell R C et al; Multiple organ sistem failure an infection in adult respiratory distress syndrome. Amm Int Med. 1983; 99 ; 293.
- 6.- Manship L; Mc Millan R D. The influence of sepsis and multisystem an organ failure on mortality in the surgical intensive care init. Am Surg 1984; 50 ; 94.
- 7.- Knaus W. A; Draper EA. et al: Prognosis in acute organ system failure. Ann Surg. 1985 202 ; 685.
- 8.- Foris R J A, NutrineK JKS, et al: Multiple organ failure. Generalized autodestructive inflammation. Arch Surg 1985, 120:1109.
- 9.- Wilkinson J D. Pollack M M et al: Mortality associated, with multiple organ system failure an sepsis. J Pediatr 1987; 111:324.
- 10.- Shen P F, Zhang S; Acute renal failure an multiple organ system failure. Arch Surg. 1987; 122 ; 1131.
- 11.- Knaus W A, Draper EA, et al : APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985. 13 ; 813.
- 12.- Goris RJA, Boekholtz WKK, et el: Multiple organ failure an sepsis without bacteria, Arch Surg 1986; 121:897.
- 13.- Chang R W S, Jacobs S. et al: Predicting death among intensive care unit patients. Crit Care Med. 1988; 16:34.
- 14.- Diop, D; Tran. M A. et al: Age cronic disease, sepsis, organ sistem failure and mortality in a medical intensive care unit. Critical Care 1990; 18 ; 474.
- 15.- Knaus. W A, Le Gall J K. et al: A comparison of intensive care in the USA, and France. Lancet 1982; 11 ; 642.