

## FACTORES RELACIONADOS CON LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN LAS PRIMERAS 48H DE INGRESO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

V. Blazquez, A. Rodríguez, A. Sandiumenge, E. Oliver, B. Cancio, M. Ibañez, G. Miró, E. Navas, M. Badía, M.D. Bosque, M.T. Jurado, M. López, M. Llauradó, N. Masnou, T. Pont, M. Bodí, Med. Intensiva.2019; Vol. 43. Núm. 6.:352-361

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los factores relacionados con la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en las primeras 48h de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

**DISEÑO:** Multicéntrico prospectivo.

**ÁMBITO:** Once UCI.

**PACIENTES:** Pacientes fallecidos y/o en los que se aplicó LTSV durante 4 meses.

**VARIABLES DE INTERÉS:** Características de pacientes, hospital y LTSV. Se definió LTSV precoz la que ocurría en las primeras 48h de ingreso y tardía >48h. Realizamos análisis univariado, multivariado y árbol de decisión chi-square automatic interaction detection (CHAID) con las variables asociadas con LTSV en las primeras 48h.

**RESULTADOS:** Incluidos 3.335 pacientes, en

326 (9,8%) se aplicó LTSV y 344 fallecieron; de estos 247 (71,8%) se limitaron (variabilidad interhospitalaria: 58,6-84,2%). La mediana de tiempo (p25-p75) entre el ingreso y la LTSV inicial fue de 2 (0-7) días. El análisis CHAID evidenció que la escala de Rankin modificada fue la variable más estrechamente relacionada con la limitación precoz. Entre los pacientes con Rankin>2 la LTSV precoz se realizó en el 71,7% (OR=2,5; IC 95%: 1,5-4,4) y la enfermedad pulmonar fue la variable más relacionada con la LTSV precoz (OR=12,29; IC 95%: 1,63-255,91). Entre los pacientes con Rankin≤2, la LTSV precoz ocurrió en el 48,8% siendo los pacientes con cirugía urgente aquellos con mayor LTSV precoz (66,7%; OR=2,4; IC 95%: 1,1-5,5).

**CONCLUSIÓN:** La LTSV es común pero la práctica es variable. La calidad de vida es la variable que mayor impacto tiene sobre la LTSV en las primeras 48h del ingreso en la UCI.

## EDOLIZUMAB VERSUS ADALIMUMAB PARA LA COLITIS ULCEROSA DE MODERADA A SEVERA

Bruce E. Sands, Laurent Peyrin-Biroulet, Edward V. Loftus, MD, Silvio Danese, Jean-Frédéric Colombel, Murat Törüner, Laimas Jonaitis, Brihad Abhyankar, Jingjing Chen, Raquel Rogers, Richard A. Lirio, Jeffrey D. Bornstein

N Engl J Med 2019; 381: 1215-1226

### RESUMEN

**ANTECEDENTES:** Las terapias biológicas se usan ampliamente en pacientes con colitis ulcerosa. Se carece de pruebas directas de estas terapias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

**MÉTODOS:** En un ensayo aleatorizado, doble ciego, doble simulado, de fase 3b realizado en 245 centros en 34 países, comparamos vedolizumab con adalimumab en adultos con colitis ulcerosa de moderada a severamente activa para determinar si vedolizumab era

superior. Se permitió la exposición previa a un inhibidor del factor de necrosis tumoral distinto del adalimumab en hasta el 25% de los pacientes. Los pacientes fueron asignados para recibir infusiones de 300 mg de vedolizumab el día 1 y en las semanas 2, 6, 14, 22, 30, 38 y 46 (más inyecciones de placebo) o inyecciones subcutáneas de 40 mg de adalimumab, con un total dosis de 160 mg en la semana 1, 80 mg en la semana 2 y 40 mg cada 2 semanas a partir de entonces hasta la semana 50 (más infusiones de placebo). El aumento de la dosis no estaba permitido en ninguno de los grupos. El resultado primario fue la remisión clínica en la semana 52 (definida como un puntaje total de  $\leq 2$  en la escala de Mayo [rango, 0 a 12, con puntajes más altos que indican enfermedad más grave] y ningún subpunto  $> 1$  [rango, 0 a 3] en cualquiera de los cuatro componentes de la escala Mayo). Para controlar el error tipo I, los resultados de eficacia se analizaron con un procedimiento de prueba jerárquico, con las variables en el siguiente orden: remisión clínica, mejoría endoscópica (puntaje de 0 a 1 en el componente endoscópico de Mayo) y remisión libre de corticosteroides en la semana 52)

**RESULTADOS:** Un total de 769 pacientes fueron aleatorizados y recibieron al menos una dosis de vedolizumab (383 pacientes) o adalimumab (386 pacientes). En la semana 52, se observó remisión clínica en un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de vedolizumab que en el grupo de adalimumab (31.3% vs. 22.5%; diferencia, 8.8 puntos porcentuales; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2.5 a 15.0;  $P = 0.006$ ), al igual que la mejoría endoscópica (39.7% vs. 27.7%; diferencia, 11.9 puntos porcentuales; IC 95%, 5.3 a 18.5;  $P < 0.001$ ). La remisión clínica libre de corticosteroides se produjo en el 12,6% de los pacientes en el grupo de vedolizumab y en el 21,8% en el grupo de adalimumab (diferencia, -9,3 puntos porcentuales; IC del 95%, -18,9 a 0,4). Las tasas de incidencia ajustadas a la exposición de la infección fueron 23.4 y 34.6 eventos por 100 pacientes-año con vedolizumab y adalimumab, respectivamente,

**CONCLUSIONES:** En este ensayo en el que participaron pacientes con colitis ulcerosa de actividad moderada a grave, el vedolizumab fue superior al adalimumab con respecto al logro de la remisión clínica y la mejoría endoscópica, pero no a la remisión clínica libre de corticosteroides.

## EVALUACIÓN DE LA ESCALA VASOACTIVA-INOTRÓPICA, PRO-ADRENOMEDULINA Y TROPONINA CARDIACA-I COMO FACTORES PREDICTIVOS DEL SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDIACO EN NIÑOS TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

J.L. Pérez-Navero, C. Merino-Cejas, I. Ibarra de la Rosa, S. Jaraba-Caballero, M. Frias-Perez, E. Gómez-Guzmán, M. Gil-Campos, M.J. de la Torre-Aguilar  
Med. Intensiva.2019; Vol. 43. Núm. 6.: 329-336

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Estudiar el valor predictivo de la escala inotrópica (IS) y la escala vasoactiva-inotrópica (VIS) en el síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC) en niños posquirugía de cardiopatías congénitas mediante bypass cardiopulmonar (BCP). Determinar si adrenomedulina (MR-proADM) y troponina cardiaca-I (cTn-I) asociadas con IS y VIS incrementan su capacidad predictora de SBGC.

**DISEÑO:** Estudio prospectivo y observacional.

**ÁMBITO:** Cuidados intensivos pediátricos.

**PACIENTES:** Ciento diecisiete pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas corregidos mediante BCP, clasificados en función de la presencia o no de SBGC.

**INTERVENCIONES:** Los datos analíticos y clínicos se midieron a las 2, 12, 24 y 48h post-BCP. Las principales variables se analizaron mediante regresión logística multivariante, considerando SBGC como variable dependiente.

**VARIABLES DE INTERÉS PRINCIPALES:** SBGC, IS, VIS, MR-proADM, cTn-I, edad, sexo, BCP, PIM-2 y escala Aristóteles.

**RESULTADOS:** El IS no alcanzó significación estadística en el estudio multivariante; sin embargo, el VIS se asoció independientemente a SBGC. El VIS > 15,5 a las 2h del ingreso en CIP, ajustado por edad y tiempo de CEC, muestra alta especificidad (92,87%; IC 95%: 86,75-98,96%) y alto valor predictivo negativo (75,59%;

IC 95%: 71,10-88,08) para predecir SBGC a las 48h post-BCP. La capacidad predictora no se incrementa al incorporar cTn-I > 14ng/ml a las 2h y ADM > 1,5nmol/l a las 24h del postoperatorio.

**CONCLUSIONES:** El VIS a las 2h post-BCP es un predictor independiente precoz de SBGC. Este valor no se incrementa al asociarse biomarcadores cardiacos de LCOS. La escala de VIS fue más útil que la escala de IS en la toma de decisiones terapéuticas tras la cirugía cardiaca.

## LA ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EL AUMENTO DE PESO Y LA OBESIDAD CENTRAL CON LA DISNEA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD: EL ESTUDIO SUECO DE BIOIMAGEN CARDIOPULMONAR

Magnus Pär Ekström, Anders Blomberg, Göran Bergström, John Brandberg, Kenneth Caidahl, Gunnar Engström, Jan Engvall, Maria Eriksson, Klas Gränsbo, Tomás Hansen, Tomás Jernberg, Lars Nilsson, Ulf Nilsson, Anna-Carin Olin, Lennart Persson, Annika Rosengren, Martin Sandelin, Magnus Sköld, Johan Sundström, Eva Swahn, Stefan Söderberg, Hanan A Tanash, Kjell Torén, Carl Johan Östgren, Eva Lindberg  
Tórax 2019; 74: 958-964.

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La disnea es común en la población, especialmente en las mujeres, y se asocia con resultados adversos para la salud. La obesidad (índice de masa corporal (IMC) > 30 kg / m<sup>2</sup>) está aumentando rápidamente a nivel mundial y su impacto en la disnea no está claro.

**MÉTODOS:** Este estudio basado en la población tuvo como objetivo principal evaluar la asociación del IMC actual y el cambio autoinformado en el IMC desde los 20 años con disnea (puntaje del Consejo de Investigación modificado  $\geq 1$ ) en la población de mediana edad. Los objetivos secundarios fueron evaluar los factores que contribuyen a la disnea en la obesidad, incluida la interacción con el volumen pulmonar espirométrico y el sexo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 13 437 individuos; edad media 57.5 años; 52.5% mujeres; IMC medio 26.8 (DE 4.3); El aumento medio del IMC desde los 20 años fue de 5.0 kg / m<sup>2</sup>; y 1283 (9.6%) reportaron disnea. La obesidad se asoció

fuertemente con un aumento de la disnea, OR 3.54 (IC 95%, 3.03 a 4.13) independientemente de la edad, el sexo, el tabaquismo, la obstrucción del flujo de aire, el nivel de ejercicio y la presencia de comorbilidades. La asociación entre el IMC y la disnea se modificó por el volumen pulmonar; El aumento en la prevalencia de la disnea con un IMC más alto fue más pronunciado para las personas con menor capacidad vital forzada (CVF). La mayor prevalencia de disnea en mujeres obesas que en hombres (27.4% vs 12.5%; p < 0.001) se relacionó con su FVC más baja. Independientemente del IMC y los factores de confusión actuales, las personas que habían aumentado el IMC desde los 20 años tenían más dificultad para respirar.

**CONCLUSIÓN:** La disnea se asocia independientemente con la obesidad y el aumento de peso en la vida adulta, y la asociación es más fuerte para las personas con volúmenes pulmonares más bajos.