

## RESULTADOS DE LA MODIFICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA PANCREATITIS AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA

L. Amas Gómez, F. Zubia Olaskoaga  
Med. Intensiva.2019;Vol. 43. Núm. 9:546-555

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Conocer si la implantación de un protocolo para el manejo de la pancreatitis aguda (PA) en Medicina Intensiva (MI) redundó en la mejora de los resultados clínicos.

**DISEÑO:** Serie de casos, observacional, retrospectivo, con un diseño antes-después. Periodo de estudio: 1/01/2001-31/12/2016, dividido en 2 periodos (preprotocolo 2001-2007; posprotocolo 2008-2016).

**ÁMBITO:** Un servicio de MI con 48 camas y población de 700.000 habitantes.

**PARTICIPANTES:** Pacientes ingresados en MI con PA. No hubo criterios de exclusión.

**INTERVENCIONES:** Se aplicaron las recomendaciones propuestas en la 7.a Conferencia de Consenso (2007) de la SEMICYUC sobre la PA en el segundo periodo.

**VARIABLES DE INTERÉS PRINCIPALES:** Edad, sexo, APACHE II, SOFA, periodo a estudio, días previos al ingreso en MI, tipo de nutrición, cirugía,

profilaxis antibiótica, mortalidad hospitalaria, estancia en MI, estancia hospitalaria, clasificación basada en determinantes.

**RESULTADOS:** Doscientos ochenta y seis pacientes (94 preprotocolo, 192 posprotocolo), mortalidad hospitalaria de 66 casos (23,1%). La aplicación del protocolo supuso una disminución de la estancia hospitalaria previa al ingreso en MI, y de la profilaxis antibiótica, con un aumento del uso de nutrición enteral. Se evidenció un descenso de la mortalidad hospitalaria en el segundo periodo (35,1 vs. 17,18%,  $p=0,001$ ), sin cambios significativos en la estancia en MI ni en la hospitalaria. En el análisis multivariante, la variable «periodo de tratamiento» mantuvo significación estadística respecto a la mortalidad hospitalaria (OR 0,34 en 2008-2016, IC 95% 0,15-0,74).

**CONCLUSIONES:** El establecimiento de un protocolo podría estar relacionado con un descenso de la mortalidad de los pacientes ingresados en MI por PA.

## EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN

Mamta Ruparel, Samantha L Quaife, Jennifer L Dickson, Carolyn Horst, Stephen Burke, Magali Taylor, Asia Ahmed, Penny Shaw, May-Jan Soo, Arjun Nair, Anand Devaraj, Emma Louise O'Dowd, Angshu Bhowmik, Neal Navani, Karen Sennett, Stephen W Duffy, David R. Baldwin, Reecha Sofat, Riyaz S Patel, Aroon Hingorani, Sam M Janes

Thorax.2019; 74:1140-1146

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cribado del cáncer de pulmón (LCS) mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) ofrece la oportunidad de afectar la mortalidad por cáncer de pulmón y

enfermedad coronaria a través de la detección de calcificación de la arteria coronaria (CAC). Aquí, exploramos el valor de la evaluación del riesgo de CAC y enfermedad cardiovascular (CVD) en los participantes de LCS en el Lung Screen Uptake Trial (LSUT).

**MÉTODOS:** En este estudio transversal, los fumadores actuales y ex fumadores de 60 a 75 años fueron invitados a un «control de salud pulmonar». La recopilación de datos incluyó una evaluación de riesgo de ECV que permitió estimar el riesgo de ECV a 10 años utilizando la puntuación QRISK2. Los participantes que cumplieron con el riesgo de cáncer de pulmón requerido se sometieron a un LDCT sin contraste y sin compás. Se presentan datos descriptivos, asociaciones bivariadas y un análisis multivariado de predictores del uso de estatinas.

**RESULTADOS:** De 1005 individuos inscritos, 680 fueron incluidos en el análisis final. 421 (61.9%) tenían CAC presente y en 49 (7.2%), esto era pesado. 668 (98%) de los participantes tenían un QRISK2 $\geq$ 10% y QRISK2 se asoció positivamente

con el aumento del grado de CAC (OR 4.29 (IC 0.93 a 19.88) para QRISK2 = 10%–20% y 12.29 (IC 2.68 a 56.1) para QRISK2 $\geq$  20% respectivamente). De aquellos que calificaron para la prevención primaria de estatinas (QRISK2 $\geq$ 10%), 56.8% no informaron antecedentes de uso de estatinas. En el análisis multivariante, el uso de estatinas se asoció con la edad, el índice de masa corporal y los antecedentes de hipertensión y diabetes.

**CONCLUSIONES:** LCS ofrece una oportunidad importante para instituir la evaluación de riesgo de ECV en todos los participantes de LCS, independientemente de la presencia de CAC detectado por LDCT. Se necesitan más estudios para determinar si el CAC podría mejorar la aceptación y el cumplimiento de las estrategias preventivas primarias.

## UN ENSAYO ALEATORIZADO Y CONTROLADO DE LA TERAPÉUTICA DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ÉBOLA

Sabue Mulangu, Lori E. Dodd, Richard T. Davey, Jr., Olivier Tshiani Mbaya, Michael Proschan, Daniel Mukadi, Mariano Lusakibanza Manzo, Didier Nzolo, Antoine Tshomba Oloma, Augustin Ibanda, Rosine Ali, MS Sinaré Coulibaly, et al.

N Engl J Med 2019; 27 de noviembre de 2019

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Aunque se han desarrollado varias terapias experimentales para la enfermedad por el virus del Ébola (EVD), la seguridad y la eficacia de las terapias más prometedoras deben evaluarse en el contexto de un ensayo aleatorizado y controlado.

**MÉTODOS:** Llevamos a cabo un ensayo de cuatro terapias de investigación para EVD en la República Democrática del Congo, donde comenzó un brote en agosto de 2018. Los pacientes de cualquier edad que tuvieron un resultado positivo para el ARN del virus del Ébola en el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa fueron inscrito. Todos los pacientes recibieron atención estándar y fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1: 1: 1: 1 a la administración intravenosa del anticuerpo monoclonal triple ZMapp (el grupo de control), el agente antiviral remdesivir, el anticuerpo monoclonal único MAb114 o el anticuerpo monoclonal triple REGN-

EB3. El grupo REGN-EB3 se agregó en una versión posterior del protocolo, por lo que los datos de estos pacientes se compararon con los de los pacientes del grupo ZMapp que se inscribieron en el momento o después de que se agregó el grupo REGN-EB3 (el subgrupo ZMapp). El punto final primario fue la muerte a los 28 días.

**RESULTADOS:** Se inscribió un total de 681 pacientes desde el 20 de noviembre de 2018 hasta el 9 de agosto de 2019, momento en el cual la junta de monitoreo de datos y seguridad recomendó que los pacientes fueran asignados solo a los grupos MAb114 y REGN-EB3 por el resto del ensayo; La recomendación se basó en los resultados de un análisis intermedio que mostró superioridad de estos grupos a ZMapp y remdesivir con respecto a la mortalidad. A los 28 días, la muerte había ocurrido en 61 de 174 pacientes (35.1%) en el grupo MAb114, en comparación con 84 de 169 (49.7%) en el grupo ZMapp (P = 0.007), y en 52 de 155 (33.5%) en el grupo REGN-EB3, en comparación con 79 de 154 (51.3%) en el subgrupo ZMapp (P = 0.002).

Una menor duración de los síntomas antes del ingreso y valores iniciales más bajos para la carga viral y para los niveles séricos de creatinina y aminotransferasa se correlacionaron con una mejor supervivencia.

**CONCLUSIONES:** Tanto MAb114 como REGN-EB3 fueron superiores a ZMapp en la reducción de la mortalidad por EVD. Se pueden realizar investigaciones clínicas científicas y éticamente sólidas durante los brotes de enfermedades y pueden ayudar a informar la respuesta al brote.

## ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD DE ALMACENAMIENTO DE LAS TRANSFUSIONES DE GLÓBULOS ROJOS Y LOS DESENLACES CLÍNICOS EN ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS: UN METAANÁLISIS DE ENSAYOS CONTROLADOS Y ALEATORIZADOS

X. Zhoua, Z. Xua, Y. Wanga, L. Sunb, W. Zhouc, X. Liu  
Med. Intensiva.2019;Vol. 43. Núm. 9:528-537

### RESUMEN

**OBJETIVOS:** Se llevó a cabo un metaanálisis para evaluar el efecto de la edad de almacenamiento de las transfusiones de glóbulos rojos (GR) sobre los desenlaces clínicos en adultos críticamente enfermos.

**MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, OVID, Web of Science y Cochrane, para localizar ensayos controlados y aleatorizados (ECA) donde se comparase la transfusión de GR más recientes frente a otros más antiguos en adultos críticamente enfermos, desde el inicio de la base de datos hasta diciembre de 2017. El criterio de valoración principal fue la mortalidad a corto plazo, mientras que los criterios de valoración secundarios fueron la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y en el hospital. La oportunidad relativa (OR) agrupada y las diferencias medias (DM) se calcularon mediante Stata/SE 11.0.

**RESULTADOS:** Se identificó un total de 6 ECA, 4 de los cuales eran estudios multicéntricos, mientras que los 2 restantes se habían llevado a cabo en un único centro. Los resultados agrupados indicaron que la transfusión de GR más recientes no se asociaba con una disminución

de la mortalidad a corto plazo en comparación con la transfusión de GR más antiguos (OR de efectos aleatorios=1,04; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,96-1,13, p=0,312; I<sup>2</sup>=0,0%; 6 ensayos; 18.240 pacientes), con independencia de si los estudios eran multicéntricos (OR de efectos aleatorios=1,04, IC del 95%: 0,96-1,13, p=0,292; I<sup>2</sup>=0,0%) o si se habían realizado en un único centro (OR de efectos aleatorios=1,16, IC del 95%: 0,28-4,71, p=0,839; I<sup>2</sup>=56,7%), o con un bajo riesgo de sesgo (OR de efectos aleatorios=1,04, IC del 95%: 0,94-1,16, p=0,445; I<sup>2</sup>=0,0%). Además, la transfusión de GR más recientes no redujo la media geométrica de la duración de la estancia en la UCI (aumento del 1,0% en la media geométrica, IC del 95%: -3,0 al 5,1%, p=0,638; I<sup>2</sup>=81,5%; 4 ensayos; 7.550 pacientes) o la media geométrica de la duración de la estancia hospitalaria (aumento del 0,0% en la media geométrica; IC del 95%: -3,9 al 4,1%, p=0,957; I<sup>2</sup>=7,4%; 4 ensayos; 7.550 pacientes) en comparación con la transfusión de GR más antiguos.

**CONCLUSIONES:** La transfusión de GR más recientes en comparación con GR más antiguos no se asoció con unos mejores desenlaces clínicos en adultos críticamente enfermos.