

Asociación entre el traspaso de la atención de anestesiología y la mortalidad al año entre adultos sometidos a cirugía cardíaca
 L Sun et al. JAMA Network Open, February 2022

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Objetivo: El traspaso completo de la atención de anestesiología o "salir al siguiente equipo de anestesia" es algo habitual en las cirugías cardíacas de adultos (CCA). El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos del traspaso completo de la anestesia en los resultados de los pacientes.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de 102.156 pacientes en Ontario sometidos a cirugía cardíaca.

Resultados:

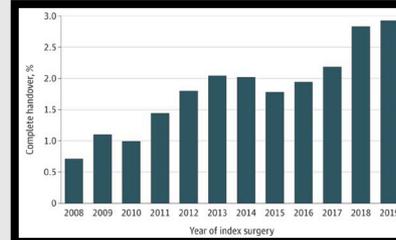
Coprimario: 30 días y 1 año después de la mortalidad por CCA.

Secundario: duración de la estadía, eventos adversos cardíacos y no cardíacos, definidos por el paciente (PACE) cualquiera de: accidente cerebrovascular grave que resulta en una hospitalización de 2 semanas o más/rehabilitación hospitalaria prolongada, dependencia crónica del ventilador, insuficiencia cardíaca de nueva aparición o diálisis, y/o admisión a cuidados a largo plazo.

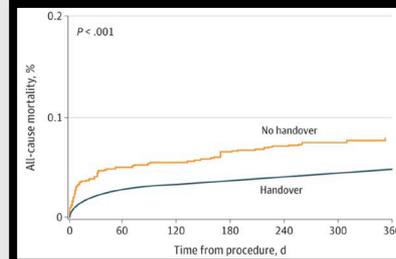
Resultados: Con un análisis utilizando la probabilidad inversa de la ponderación del tratamiento (IPTW), el traspaso completo de la anestesia se asoció con aumentos estadísticamente significativos en la mortalidad a los 30 días (4,2 % frente al 2,0 %) y al año (8,0 % frente al 4,9 %), así como aumento de la duración de la estancia hospitalaria/UCI en SCA. No se observaron diferencias en el PACE.

Traducción para ISHLT en Español: Paola Morejón B. MD.

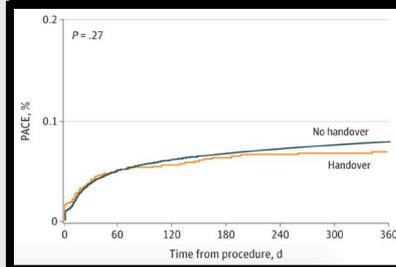
FIGURA CENTRAL



Porcentaje de CCA con traspaso completo de anestesia:



Mortalidad estimada al año en la cohort IPTW:



Incidencia acumulativa de PACE en la cohort de IPTW:

COMENTARIOS DEL REVISOR

El estudio más grande que examina los efectos del traspaso completo de la anestesia en la CCA. Este estudio no examinó la población de LVAD o trasplante de corazón, pero dada la mayor complejidad y agudeza en estos casos, estos resultados probablemente también se aplicarían a esa población, pero se necesitan más estudios.

A medida que se publique más literatura sobre los efectos de los traspasos de anestesia en los resultados del CCA, las instituciones deberían considerar realizar esfuerzos para minimizar los traspasos de anestesia, así como estandarizar el proceso para minimizar los errores.

LIMITACIONES

- ❖ Naturaleza retrospectiva
- ❖ Período de tiempo largo (más de 10 años)
- ❖ LVAD, trasplantes de corazón y pulmón no incluidos
- ❖ Antes de IPTW, había diferencias significativas en la población de pacientes que se sometían a transferencias con respecto a los casos emergentes frente a los no emergentes, así como a la duración (los casos más largos tenían más probabilidades de tener transferencias de anestesia)
- ❖ Solo el 1,9 % de los casos se identificaron con transferencias de anestesia: 1.926 de 102.156.

Avgerinos, E.D., et al. Ensayo aleatorizado que compara la trombólisis estándar versus asistida por ultrasonido para la embolia pulmonar submasiva: el ensayo SUNSET sPE
JACC Cardiovasc Intery 2021; Jun 28 14 (12):1364-1373.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

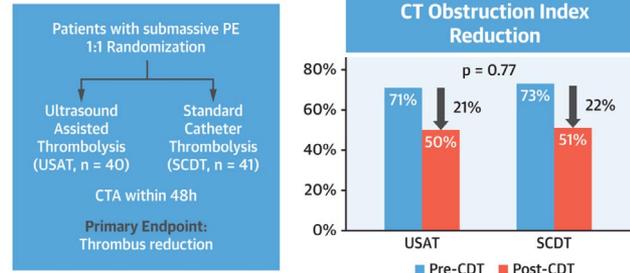
Antecedentes: Las técnicas de lisis dirigidas por catéter se utilizan cada vez más en pacientes que presentan embolia pulmonar (EP) submasiva.

Objetivo: Determinar si la trombólisis asistida por ultrasonido (USAT) es superior a la trombólisis dirigida por catéter estándar (SCDT) usando catéteres tradicionales de múltiples orificios laterales.

Diseño: ensayo multicéntrico, aleatorizado, cabeza a cabeza, simple ciego que inscribió a pacientes con EP submasiva aguda en una proporción de 1:1. El resultado primario fue la eliminación del trombo pulmonar en 48 horas.

Resultados: 81 pacientes fueron aleatorizados. No hubo diferencias significativas en la reducción de la carga de coágulos entre los dos grupos. La reducción en el tamaño del VD fue mayor en el grupo SCDT.

FIGURA CENTRAL



Puntos finales secundarios:

- 2 pacientes en el grupo USAT tuvieron sangrado mayor.
- Si bien la estancia en la UCI fue similar entre los dos grupos, los pacientes del grupo USAT tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada ($7,7 \pm 8,7$ días en comparación con $4,6 \pm 1,8$ días)

COMENTARIOS DEL REVISOR

- La terapia trombolítica dirigida por catéter sigue siendo una alternativa segura a la terapia lítica sistémica, con un riesgo de hemorragia del 2,5 % frente al 11,5 %.
- El uso de un catéter de ultrasonido es mucho más costoso que el catéter estándar, y este estudio sugiere un enfoque consciente de los costos para tratar la EP submasiva.

LIMITACIONES:

- El estudio se diseñó para detectar una mejora de la carga de coágulos de al menos un 50 %, por lo que no se apreciaron mejoras más pequeñas.
- La dosis y el tiempo de tPA no se estandarizaron, lo que permitió a los intervencionistas determinar cuándo se logró una mejoría hemodinámica o clínica
- El período de inscripción fue relativamente largo a los 4 años, lo que puede haber introducido sesgos en el cuidado de los pacientes con EP.

Lanspa M, et al. Right Ventricular Dysfunction in Early Sepsis and Septic Shock
 CHEST 2021; Mar 159 (3):1055-1063.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Antecedentes: la disfunción cardíaca en la sepsis es común y se asocia con un aumento de la mortalidad. Los estudios anteriores se centraron principalmente en la disfunción del ventrículo izquierdo (VI). Poco se sabe sobre el impacto de la disfunción del VD.

Objetivo: Evaluar los efectos de la disfunción del VD en los resultados de sepsis y shock séptico mediante mediciones ecocardiográficas específicas de cambio de área fraccional (FAC) y excursión del plan sistólico anular tricuspídeo (TAPSE).

Diseño: análisis secundario de una cohorte identificada prospectivamente de pacientes de la UCI ingresados en un hospital académico de atención terciaria entre octubre de 2012 y noviembre de 2015 por sepsis o shock séptico.

Análisis: evaluación ecocardiográfica de la disfunción del VI (fracción de eyección del VI <45 %) y del VD (FAC <35 % y TAPSE <1,6 cm) dentro de las 24 horas posteriores al ingreso y relación con los resultados de mortalidad a los 28 días.

FIGURA CENTRAL

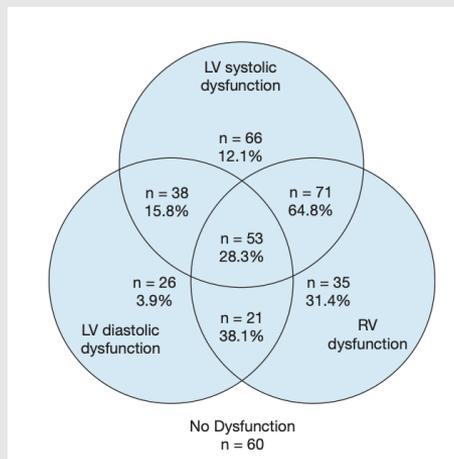


TABLE 3 | Multivariable Logistic Regression for 28-Day Mortality (Adjusted for Admission APACHE II Score, Mechanical Ventilation at Time of Echocardiogram, Receipt of Fluid and Vasopressor Dose at Time of Echocardiogram)

Variable	OR	95% CI	P
RV dysfunction	3.37	(1.67-6.78)	.001
LV systolic dysfunction	0.63	(0.32-1.24)	.32
LV diastolic dysfunction	1.26	(0.64-2.50)	.51
APACHE II	1.09	(1.04-1.13)	<.001
Ventilated during echo	0.48	(0.19-1.17)	.11
Pao ₂ /Fio ₂ ratio	1.00	(1.00-1.00)	.29
NEE dose (per 0.01 µg/kg/min increase)	1.02	(1.01-1.04)	.01
Fluid 6 hours before echo, mL	1.00	(1.00-1.00)	.41

COMENTARIOS DEL REVISOR

- 1.093 pacientes examinados. 393 pacientes inscritos
- El 38% requirió vasopresores y el 26% requirió ventilación mecánica.
- La disfunción del VD, ya sea aislada o en combinación con la disfunción sistólica o diastólica del VI, resultó en una mayor mortalidad
- Mientras que el strain de la pared libre del VD se asoció significativamente con la mortalidad, el strain del VD no

LIMITACIONES:

- Estudio de un solo centro.
- Resultados limitados a la definición de disfunción del VI y VD de los autores.
- Doppler tisular del VD no evaluado de forma rutinaria.
- Menor proporción de pacientes que requieren ventilación mecánica en comparación con otros estudios, lo que puede afectar la disfunción del VD.

Tratamiento con vasodilatadores pulmonares inhalados en el trasplante de pulmón en adultos
 K Ghadimi et al. JAMA Surgery, January 2022

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Objetivo: Determinar las tasas de disfunción primaria grave del injerto (PGD nivel 3) en receptores de trasplante de pulmón asignados aleatoriamente a óxido nítrico inhalado (iNO) o epoprostenol inhalado (iEPO). El estudio evaluó la equivalencia de este resultado entre los dos grupos.

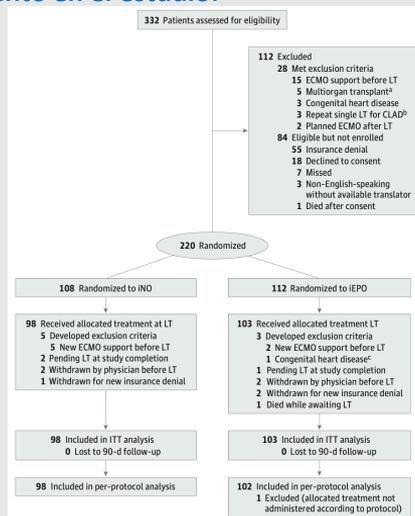
Métodos: ensayo aleatorizado prospectivo, 201 receptores de trasplante de pulmón simple o doble aleatorizados a iNO o iEPO después de la implantación del primer pulmón durante la cirugía de tx.

Desenlace: Primario: Incidencia de PGD grave a las 24, 48 y 72 horas después de la cirugía. Secundario: duración de la ventilación mecánica, incidencia de traqueotomía y LRA grave, duración de la estancia hospitalaria y en la UCI, y mortalidad hospitalaria a los 30 y 90 días.

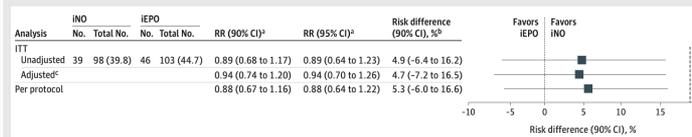
Resultados: El resultado primario ocurrió en 46 de 103 pacientes (iEPO) y 39 de 98 (iNO). P = 0,02 para equivalencia. Sin diferencias significativas en los resultados secundarios.

FIGURA CENTRAL

Enrolamiento en el estudio:



Comparación ajustada y no ajustada:



COMENTARIOS DEL REVISOR

De largo es el estudio doble ciego aleatorizado más grande que compara el uso de vasodilatadores pulmonares inhalados en receptores de trasplante de pulmón.

Este estudio es un paso importante en la comparación entre el óxido nítrico inhalado y el epoprostenol inhalado en varias poblaciones de pacientes en estado crítico y contribuye a los esfuerzos de contención de costos.

LIMITATIONS

- Ensayo de un solo centro de tamaño mediano.
- Se excluyeron los pacientes apoyados con ECMO pretrasplante, los pacientes con ECMO planificado postrasplante fueron excluidos.
- Impulsado por equivalencia y no por no inferioridad.
- Sin brazo de placebo.
- Se podrían incluir datos adicionales de eco, CPEx o electrofisiológicos.