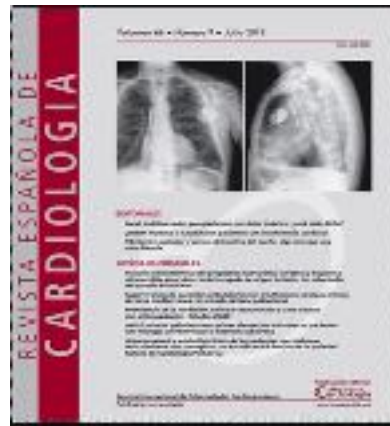


SESIÓN BIBLIOGRÁFICA .

Junio 2019

Dra. Ana Castañón López





Volume 18, Issue 6, June 2019, Pages 539-548



Lancet Neurology, The

Articles

Dual antiplatelet therapy using cilostazol for secondary prevention in patients with high-risk ischaemic stroke in Japan: a multicentre, open-label, randomised controlled trial

Kazunori Toyoda MD ^a  , Shinichiro Uchiyama MD ^{b, c}, Takenori Yamaguchi ^a, J Donald Easton MD ^d, Kazumi Kimura MD ^e, Haruhiko Hoshino MD ^f, Nobuyuki Sakai MD ^g, Yasushi Okada MD ^h, Kortaro Tanaka MD ⁱ, Hideki Origasa PhD ^j, Hiroaki Naritomi MD ^k, Kiyohiro Houkin MD ^l, Keiji Yamaguchi MD ^m, Masanori Isobe MD ⁿ, Kazuo Minematsu MD ^o

CSPS.com Trial Investigators

- .Estudio controlado randomizado multicéntrico
- .292 Hospitales
- .Seguimiento 5 años
- .Alto riesgo de recidiva de ictus no cardioembólico
- .Eficacia : primer ictus isquémico
- .Seguridad : complicación hemorrágica

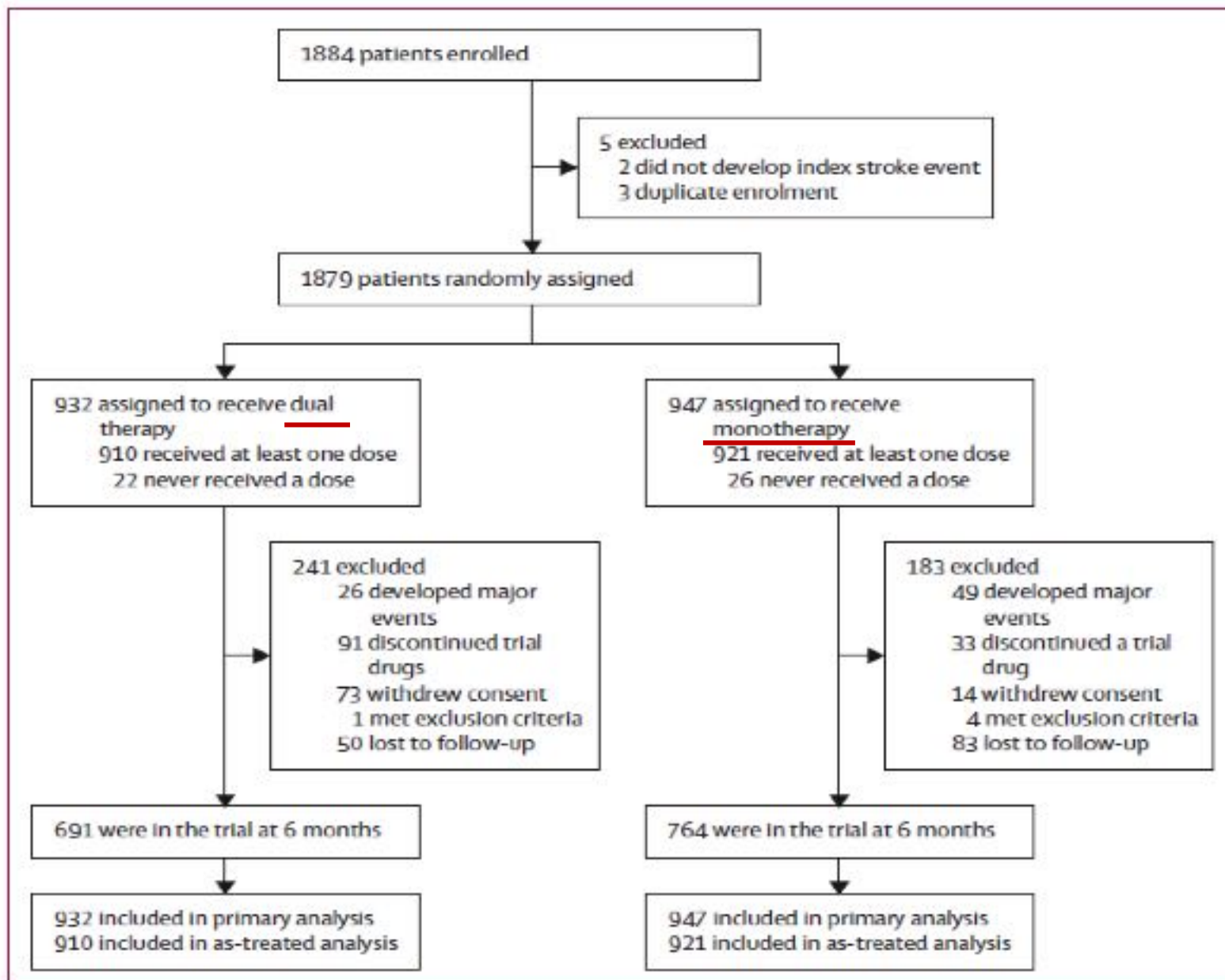


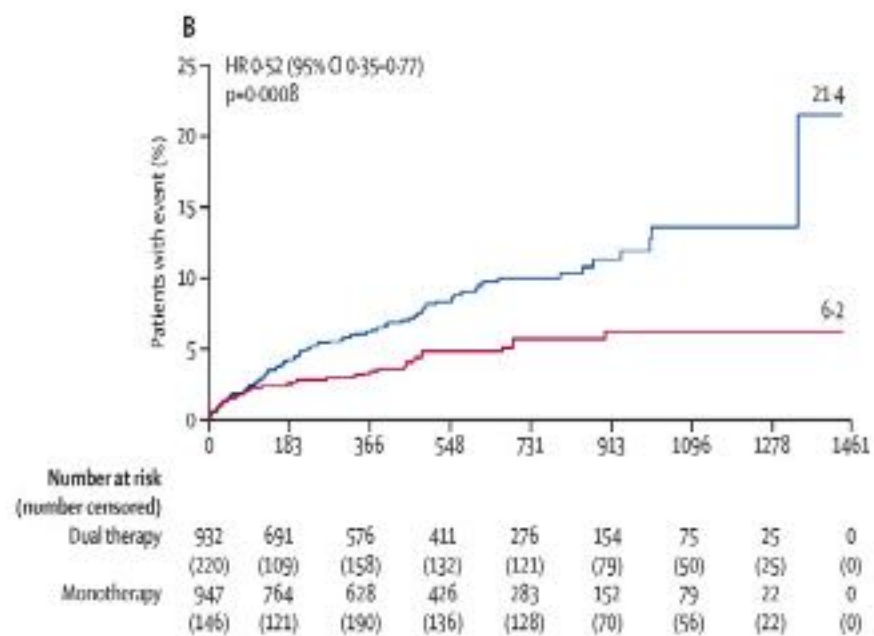
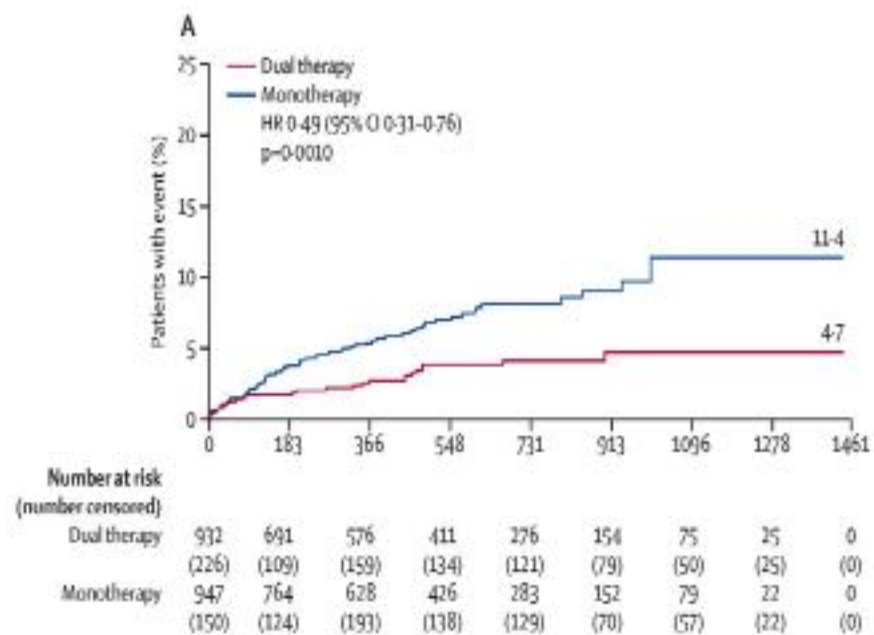
Figure 1: Trial profile

	Dual therapy (n=932)	Monotherapy (n=947)
Age, years	69.6 + 9.2	69.7 + 9.2
Female sex	295 (32%)	264 (28%)
Male sex	637 (68%)	683 (72%)
Asian ethnicity*	932 (100%)	947 (100%)
Body-mass index	23.9 (3.6)	23.7 (3.4)
Median blood pressure, mm Hg		
Systolic	136 (126-149)	138 (126-151)
Diastolic	78 (70-87)	79 (70-88)
Medical history		
Hypertension	781 (84%)	789 (83%)
Dyslipidaemia	492 (53%)	528 (56%)
Diabetes	346 (37%)	355 (38%)
Chronic kidney disease	70 (8%)	49 (5%)
Peripheral arterial disease	27 (3%)	22 (2%)
History of ischaemic stroke†	125 (13%)	147 (16%)
History of ischaemic heart disease	48 (5%)	48 (5%)
Current smoking	259 (28%)	275 (29%)
Two or more risk factors	843 (90%)	845 (89%)
Intracranial artery stenosis	2/5 (30%)	2/2 (29%)
Extracranial artery stenosis	116 (12%)	137 (14%)
Modified Rankin Scale‡ score at randomisation of 0-1	843 (90%)	855 (90%)
Antiplatelet use at randomisation		
Aspirin	383 (41%)	380 (40%)
Clopidogrel§	549 (59%)	567 (60%)
Stroke subtype		
Lacunar	464 (50%)	461 (49%)
Atherothrombotic	389 (42%)	399 (42%)
Other or undetermined	79 (8%)	87 (9%)
Infarct location		
Supratentorial	688 (74%)	698 (74%)
Infratentorial	216 (23%)	214 (23%)
Both	9 (1%)	14 (1%)
Unreported	19 (2%)	21 (2%)
Median time to randomisation after index events, days	27 (13-63)	25 (13-64)

	Dual therapy		Monotherapy		HR (95% CI)	p value
	Number of patients	Annual event rate	Number of patients	Annual event rate		
Primary efficacy outcome	n=932		n=947			
Ischaemic stroke*	29 (3%)	2.2	64 (7%)	4.5	0.49 (0.31-0.76)	0.0010
Secondary efficacy outcomes	n=932		n=947			
Any stroke	34 (4%)	2.6	71 (7%)	5.0	0.51 (0.34-0.77)	0.0012
Haemorrhagic stroke*	5 (1%)	0.4	7 (1%)	0.5	0.77 (0.24-2.42)	0.65
Ischaemic stroke or transient ischaemic attack	32 (3%)	2.4	69 (7%)	4.9	0.50 (0.33-0.76)	0.00091
Death from any cause	6 (1%)	0.5	7 (1%)	0.5	0.92 (0.31-2.73)	0.88
Composite of stroke, myocardial infarction, and vascular death	38 (4%)	2.9	78 (8%)	5.5	0.52 (0.35-0.77)	0.00079
All vascular events	47 (5%)	3.6	90 (10%)	6.4	0.56 (0.39-0.80)	0.0011
Safety outcomes	n=910		n=921			
Severe or life-threatening bleeding	8 (1%)	0.6	13 (1%)	0.9	0.66 (0.27-1.60)	0.35
Intracranial haemorrhage	8 (1%)	0.6	13 (1%)	0.9	0.66 (0.27-1.60)	0.35
Haemorrhagic adverse events	38 (4%)	2.9	33 (4%)	2.4	1.23 (0.77-1.96)	0.38

Annual event rate indicates the number of events per 100 person-years. HR=hazard ratio. *Two patients who developed ischaemic stroke (one in each of the two treatment groups) and two patients who developed haemorrhagic stroke (one in each of the two treatment groups) had fatal outcomes.

Table 3: Efficacy and safety outcomes



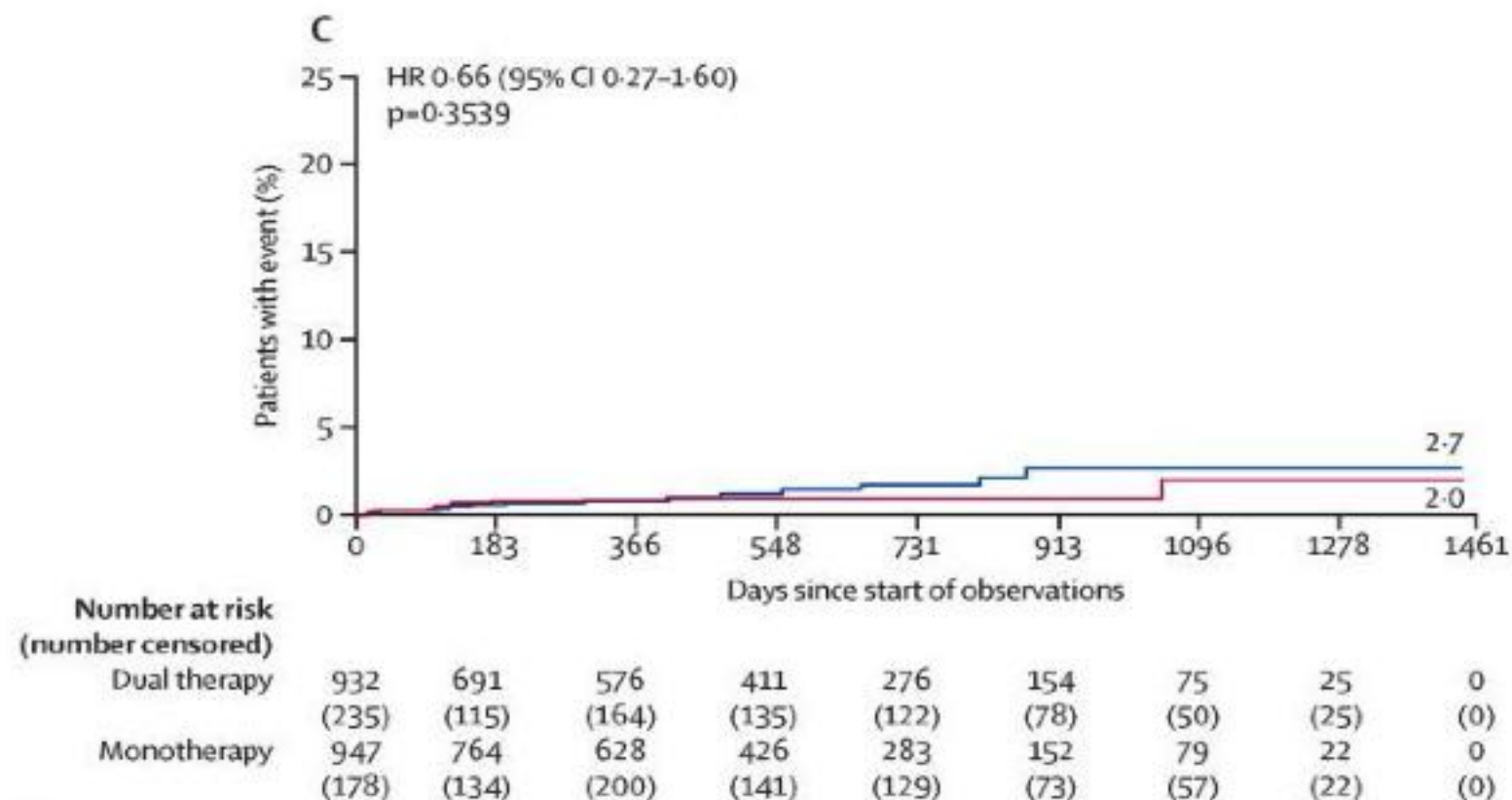


Figure 2

Kaplan-Meier analysis of outcomes

The Kaplan-Meier curves for the time to the first event of the primary efficacy outcome, defined as ischaemic stroke (A), that of the secondary efficacy outcome of a composite of stroke, myocardial infarction, and vascular death (B), and that of the safety outcome of severe or life-threatening bleeding (C) are shown. Data are from the intention-to-treat analysis. HR=hazard ratio.

In conclusion, for secondary prevention in patients with stroke at high-risk for stroke recurrence, long-term treatment with a combination of cilostazol with aspirin or clopidogrel had a lower rate of ischaemic stroke and other efficacy endpoints, including stroke or vascular events, and a similar risk of severe or life-threatening bleeding than long-term treatment with aspirin or clopidogrel alone. Addition of cilostazol to aspirin or clopidogrel seems to be a pharmacotherapeutic regimen that could be recommended in the chronic stage of high-risk non-cardioembolic ischaemic stroke for patients who can tolerate the early side-effects of cilostazol, such as palpitations and headache.



Artículo original

Valor predictivo de la albúmina plasmática, la vitamina D y las apolipoproteínas A y B como biomarcadores de riesgo coronario en el estudio REGICOR

Analysis of Plasma Albumin, Vitamin D, and Apolipoproteins A and B as Predictive Coronary Risk Biomarkers in the REGICOR Study

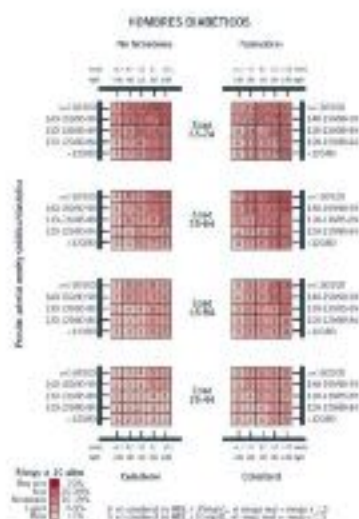
Gabriel Vázquez-Oliva ^{a, b}, Alberto Zamora ^{b, c, d}, Rafel Ramos ^{b, e, f}, Isaac Subirana ^{g, h}, María Grau ^{d, e}, Irene R. Dégano ^{d, e, i}, Daniel Muñoz ^{j, k}, Montserrat Fitó ^{j, k}, Roberto Elosua ^{d, e, i}, Jaume Marrugat ^{d, e} ✉

¿QUÉ SE SABE DEL TEMA?

- La estimación del riesgo cardiovascular es un elemento esencial para definir la intensidad de la estrategia preventiva más adecuada a cada individuo.
- La validez de las funciones de riesgo está demostrada, pero tienen escasa sensibilidad.
- La inclusión de nuevos biomarcadores en las funciones de riesgo puede mejorar su capacidad predictiva.
- Las concentraciones de albúmina, apoA1, apoB y 25-OH-vitamina D son potenciales biomarcadores de interés.

Tabla 2. Comparación de las principales diferencias existentes entre las tablas de REGICOR y SCORE³⁵

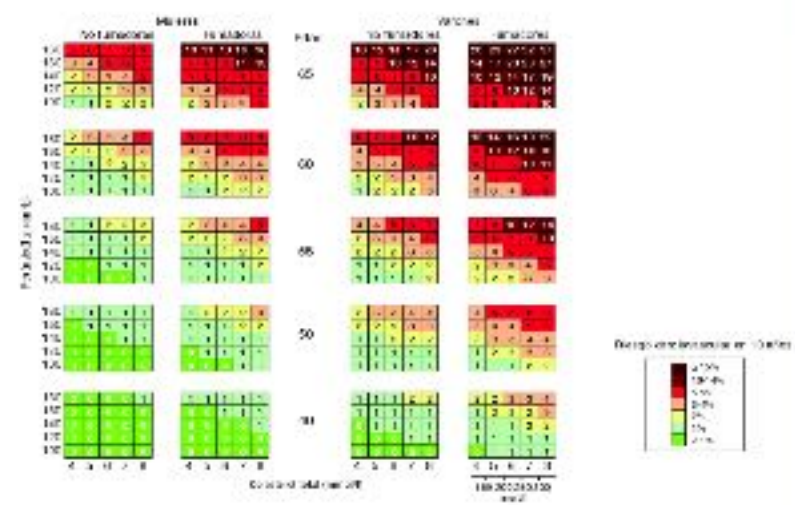
	REGICOR	SCORE
Tipo de medida	<u>Morbimortalidad</u>	Mortalidad
Eventos incluidos	Infarto de miocardio mortal o no mortal o silente, angina	Muerte coronaria, <u>enfermedad vascular cerebral</u> , arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca entre otras
Definición de alto riesgo	>10%	<u>>5%</u>
Metodología	Calibración de una ecuación basada en un estudio de cohortes Validada en nuestro medio	Ecuación basada en un estudio de cohortes Calibrada en nuestro medio
Valoración específica de los pacientes diabéticos	Sí	No*



Tablas REGICOR

Tablas REGICOR como método de estimación del riesgo coronario, en base a las siguientes características del paciente:

- sexo
- diabetes
- tabaco
- edad
- PAy y PAD
- colesterol total
- HDL colesterol



- .Estudio de cohorte de casos
- .5400 participantes entre 35 y 75 años
- .Seguimiento 5 años
- .Selección de 107 pacientes con eventos y una subcohorte de 600 personas

Tabla 1

Características de la población en estudio, estratificada por la aparición de eventos coronarios o cardiovasculares no coronarios

	Subcohorte libre de eventos (n = 627)	Enfermedad coronaria (n = 105)	Enfermedad cardiovascular no coronaria (n = 43)	p
Edad (años)	53,7 ± 10,6	61,1 ± 9,7	63,6 ± 8,5	< 0,001
Varones	288 (45,9)	72 (68,6)	26 (60,5)	< 0,001
Consumo de tabaco	132 (21,4)	40 (38,5)	8 (19,0)	< 0,001
Diabetes mellitus	80 (12,8)	33 (31,4)	13 (30,2)	< 0,001
Hipertensión	99 (16,3)	39 (37,5)	16 (40,0)	< 0,001
Presión arterial sistólica (mmHg)	79,1 ± 9,7	137 ± 20,1	138 ± 17,8	< 0,001
Presión arterial diastólica (mmHg)	125 ± 18,1	82,3 ± 11,5	82,1 ± 12,3	0,013
Glucosa (mg/dl)	93 [86-102]	100 [90-125]	103 [88-114]	< 0,001
Colesterol total (mg/dl)	212 ± 43,6	227 ± 42,1	218 ± 42,9	< 0,001
cLDL (mg/dl)	138 (30,0)	150 (37,9)	140 (36,3)	0,002
cHDL (mg/dl)	53,1 (13,1)	45,9 (15,1)	49,9 (11,9)	< 0,001
Triglicéridos (mg/dl)	93 [67-128]	123 [94-190]	123 [81-159]	< 0,001
Tratamiento para hipercolesterolemia	80 (12,8)	25 (23,8)	11 (25,6)	0,004
Índice de masa corporal	27,2 ± 4,66	28,6 ± 4,73	28,9 ± 5,10	0,012
Riesgo REGICOR (%)	3,76 ± 3,44	8,03 ± 5,6	6,91 ± 4,94	< 0,001
Biomarcadores de interés				
ApoA1 (g/l)	1,44 ± 0,26	1,31 ± 0,27	1,42 ± 0,27	< 0,001
ApoB (g/l)	1,05 ± 0,23	1,16 ± 0,22	1,18 ± 0,25	< 0,001
ApoA1/apoB	1,44 ± 0,42	1,17 ± 0,34	1,24 ± 0,30	< 0,001
Albúmina (g/l)	42,2 ± 2,49	41,3 ± 2,59	41,7 ± 2,41	< 0,001
25-OH vitamina D (nmol/l)	50,0 ± 16,5	45 ± 12,9	51,1 ± 17,8	0,002
25-OH vitamina D < 30 nmol/l	59 (9,44)	12 (11,40)	8 (18,60)	0,023
25-OH vitamina D 30-49 nmol/l	267 (42,7)	57 (54,3)	13 (30,2)	
25-OH vitamina D ≥ 50 nmol/l	299 (47,8)	36 (34,3)	22 (51,2)	

ApoA1: apolipoproteína A1; ApoB: apolipoproteína B; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad. Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico].

Tabla 2

Asociación entre los biomarcadores de interés (por cada 1 desviación estándar) y la incidencia de eventos coronarios utilizando diferentes aproximaciones y modelos multivariados y teniendo en cuenta riesgos competitivos

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
<i>A. Análisis multivariable considerando en el modelo cada biomarcador por separado</i>				
ApoA1 (1 DE)	0,58 (0,44-0,75)	< 0,001	0,67 (0,45-0,98)	0,041
ApoB (1 DE)	1,32 (1,12-1,57)	0,001	1,03 (0,80-1,34)	0,799
Cociente apoA1/apoB (1 DE)	0,49 (0,37-0,65)	< 0,001	0,69 (0,45-1,05)	0,083
25-OH vitamina D (1 DE)	0,71 (0,58-0,88)	0,001	0,90 (0,73-1,11)	0,334
Albúmina (1 DE)	0,75 (0,61-0,91)	0,005	0,73 (0,59-0,89)	0,002
<i>B. Análisis multivariable considerando en el modelo todos los biomarcadores</i>				
ApoA1 (1 DE)	—	—	—	—
ApoB (1 DE)	—	—	—	—
Cociente apoA1/apoB (1 DE)	0,47 (0,35-0,62)	< 0,001	—	—
25-OH vitamina D (1 DE)	0,72 (0,58-0,88)	0,001	—	—
Albúmina (1 DE)	0,71 (0,58-0,87)	0,001	0,73 (0,59-0,89)	0,002

ApoA1: apolipoproteína A1; ApoB: apolipoproteína B; DE: desviación estándar; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1, ajustado por edad y sexo. Modelo 2, ajustado por edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, colesterol total y colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

Tabla 3

Mejora en la capacidad predictiva de la aparición de eventos coronarios de la función de riesgo REGICOR al incluir como biomarcador las concentraciones plasmáticas de albúmina: discriminación y reclasificación

Discriminación	Estadístico C (IC95%)	p
Con factores de riesgo clásicos	79,80 (75,82-83,79)	
Con factores de riesgo clásicos + albúmina	79,94 (75,70-84,17)	
Diferencia	0,14 (-1,19 a 1,46)	0,841
Reclasificación	Estimador (IC95%)	p
NRI continua	37,29 (6,25-67,00)	0,018
NRI categórica	13,79 (-0,08 a 27,66)	0,051
Casos	11,79 (-0,43 a 24,01)	0,059
No casos	2,00 (-0,47 a 4,47)	0,113
NRI clínica	32,30 (0,29-64,31)	0,048
Casos	19,30 (-2,60 a 41,21)	0,084
No casos	13,00 (-2,04 a 28,04)	0,090

IC95%: intervalo de confianza del 95%; NRI: mejora neta en la reclasificación (net reclassification improvement).

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas del estudio hay que señalar su diseño prospectivo y su base poblacional, además de evaluarse la asociación y la capacidad predictiva de eventos coronarios de varios biomarcadores.

Entre las limitaciones hay que indicar que el número de eventos coronarios es pequeño, lo que limita la potencia estadística del estudio. También hay que tener en cuenta que, en el caso de la vitamina D, se han descrito variaciones estacionales que pueden influir en los resultados observados ⁴⁵. Sin embargo, las revaluaciones se realizaron en todas las estaciones del año, por lo que es difícil pensar en un efecto estacional.

CONCLUSIONES

Las concentraciones de albúmina en plasma tienen asociación inversa e independiente con el riesgo de eventos coronarios y, además, mejoran la capacidad predictiva de la función de riesgo REGICOR en la población general.

Ni las concentraciones de vitamina D ni el cociente apoA1/apoB se asocian con la incidencia de eventos coronarios independientemente de los factores de riesgo clásicos. Son necesarios estudios poblacionales de mayor tamaño que puedan confirmar estos hallazgos.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Digestive and Liver Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/dld



Meta-Analysis

Statin use is associated to a reduced risk of pancreatic cancer: A meta-analysis

Livia Archibugi, Paolo Giorgio Arcidiacono, Gabriele Capurso*

Pancreato-Biliary Endoscopy and Endosonography Division, Pancreas Translational & Clinical Research Center, San Raffaele Scientific Institute IRCCS, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy



.Metaanálisis

.De 2040 referencias en MEDLINE

.27 estudios : 5 RCT, 9 cohortes y 13 casos-
controles

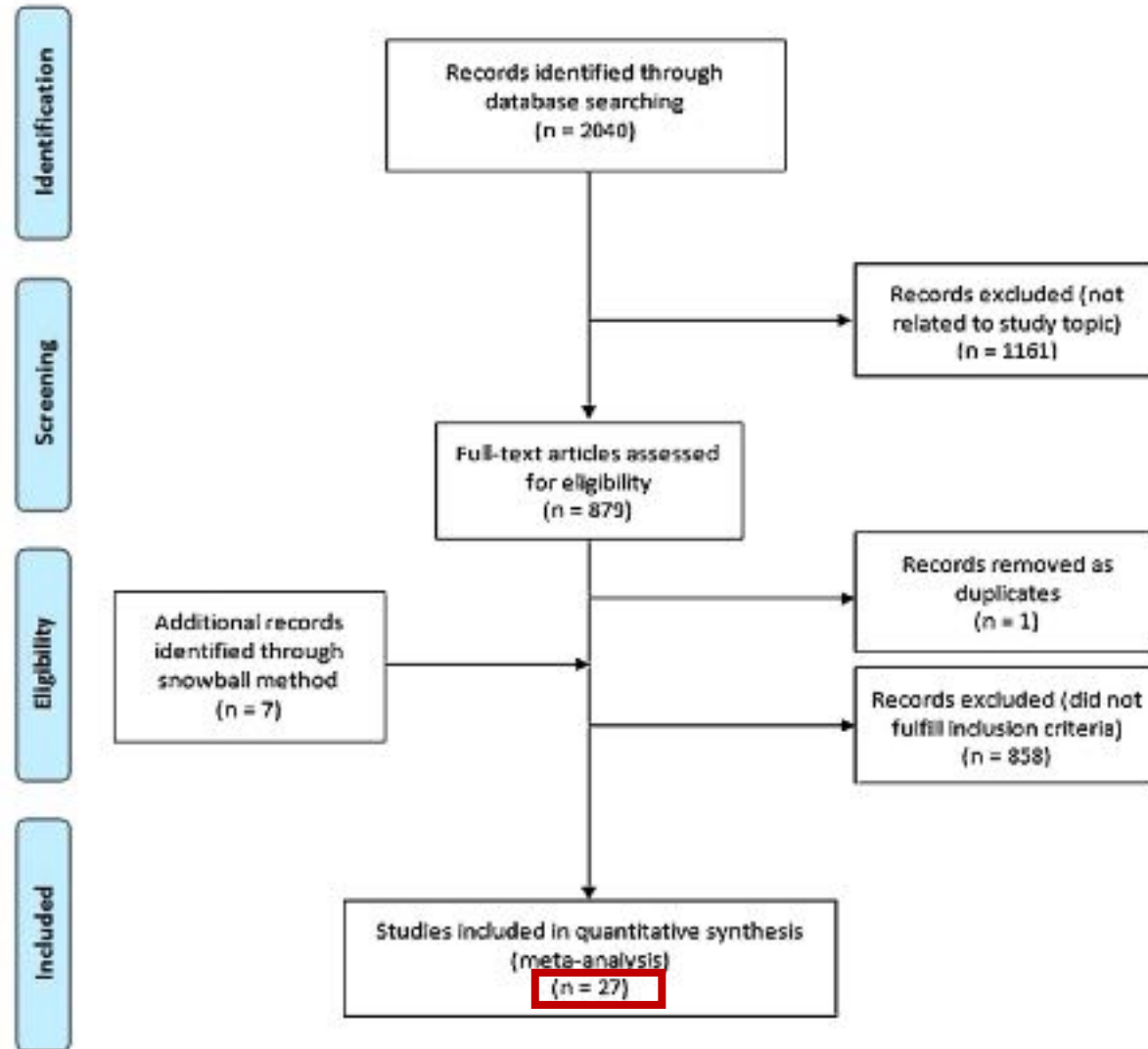


Fig. 1. Database search and selection of studies according with PRISMA guidelines.

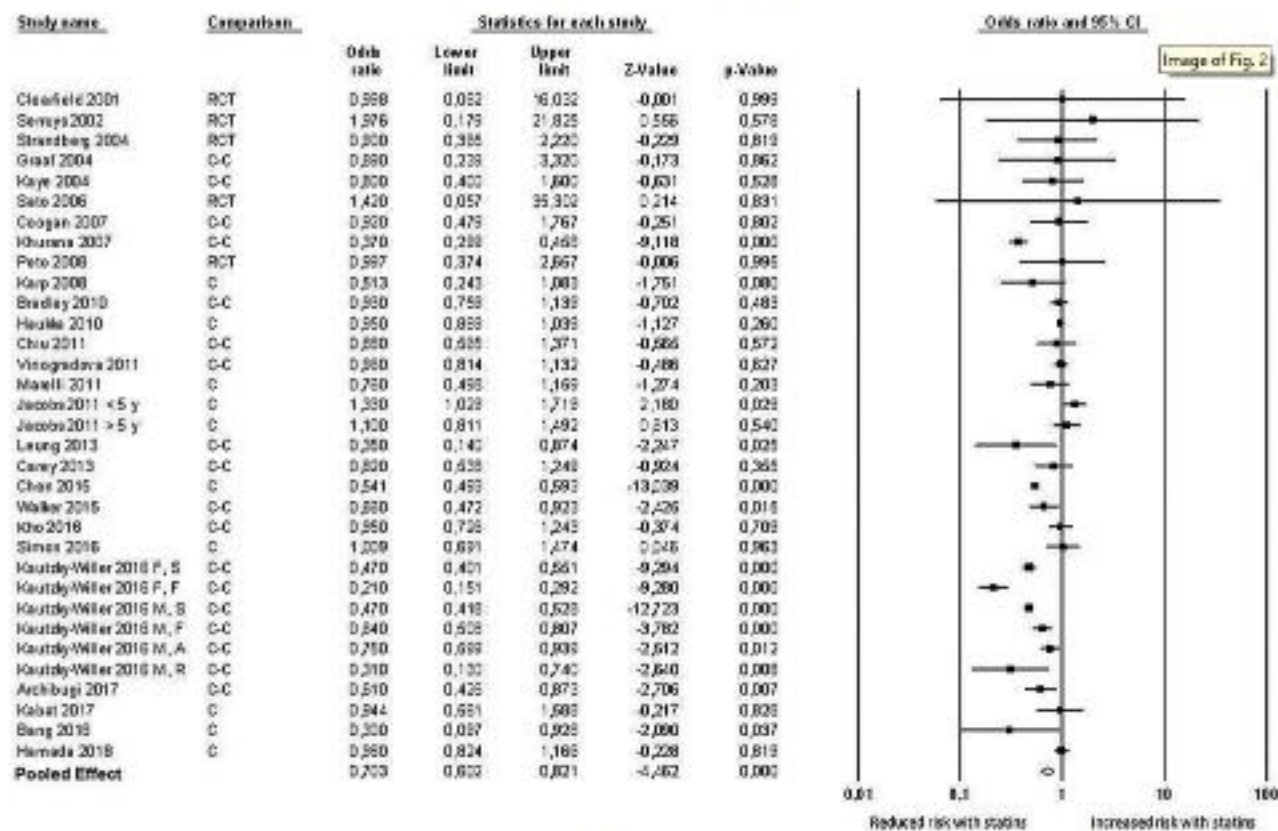


Fig. 2. Overall analysis with pooled odds ratio (OR) showing a significant risk reduction of pancreatic cancer associated with the use of statins: OR = 0.70 (95% CI: 0.60–0.82; $P < 0.0001$). There is considerable heterogeneity ($I^2 = 90\%$).

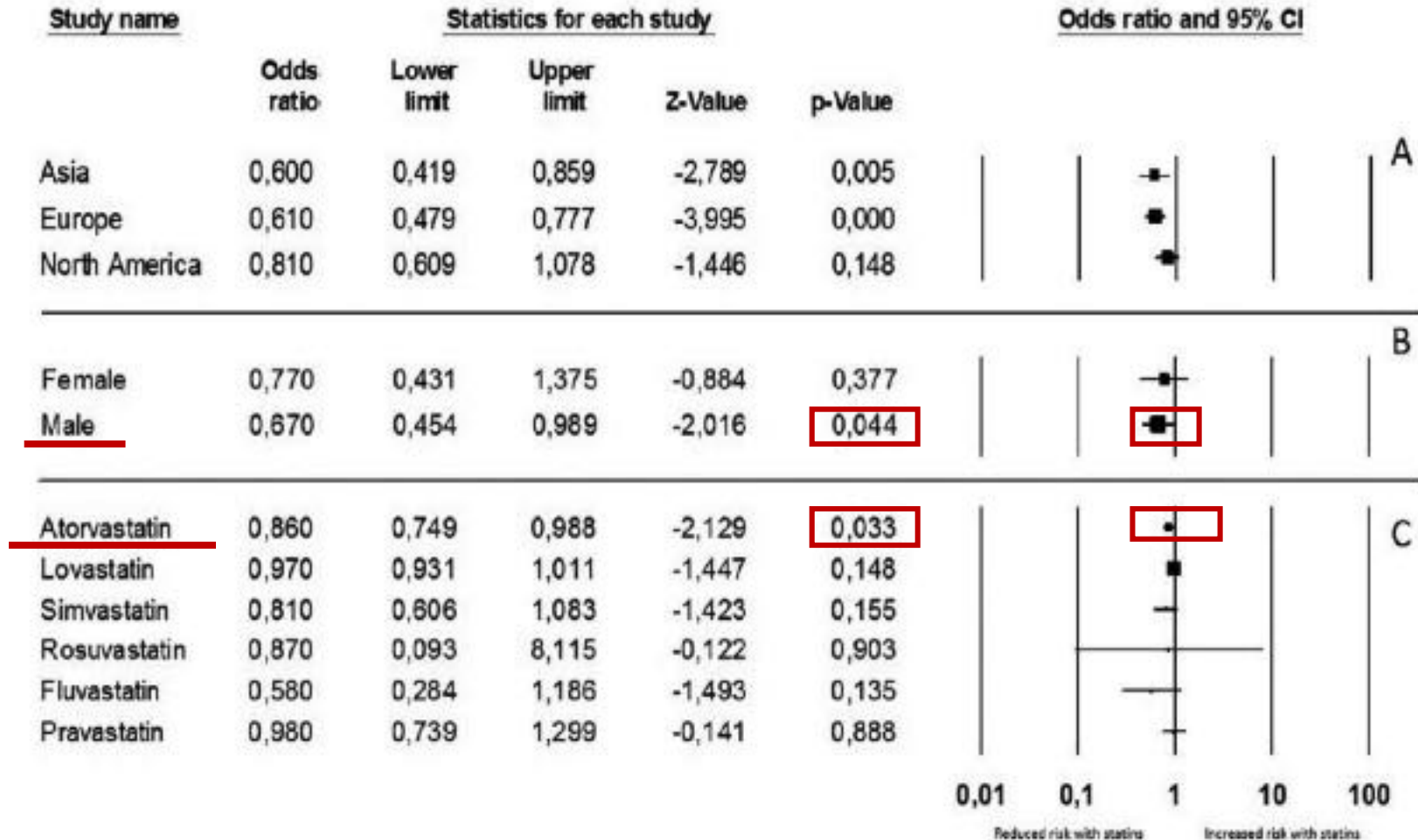


Fig. 3. Sensitivity analyses according with country of origin of included studies (A), gender (B) and type of statin (C). A protective effect is evident for studies conducted in Asia and Europe, unlike for those conducted in North America, and for males but not females. Among the different statin types a protective effect is significant for atorvastatin only.

CONCLUSIONES

.El presente estudio, sugiere que el uso de estatinas, especialmente Atorvastatina y especialmente en varones, se asocia a reducción de riesgo de cáncer de páncreas.

.En un futuro se podría sugerir su uso para aumentar la supervivencia después de la resección quirúrgica, o el uso preventivo en pacientes de alto riesgo con lesiones preneoplásicas (IPMN)



Original Research: Chest Infections

Effect of Combined β -Lactam/Macrolide Therapy on Mortality According to the Microbial Etiology and Inflammatory Status of Patients With Community-Acquired Pneumonia

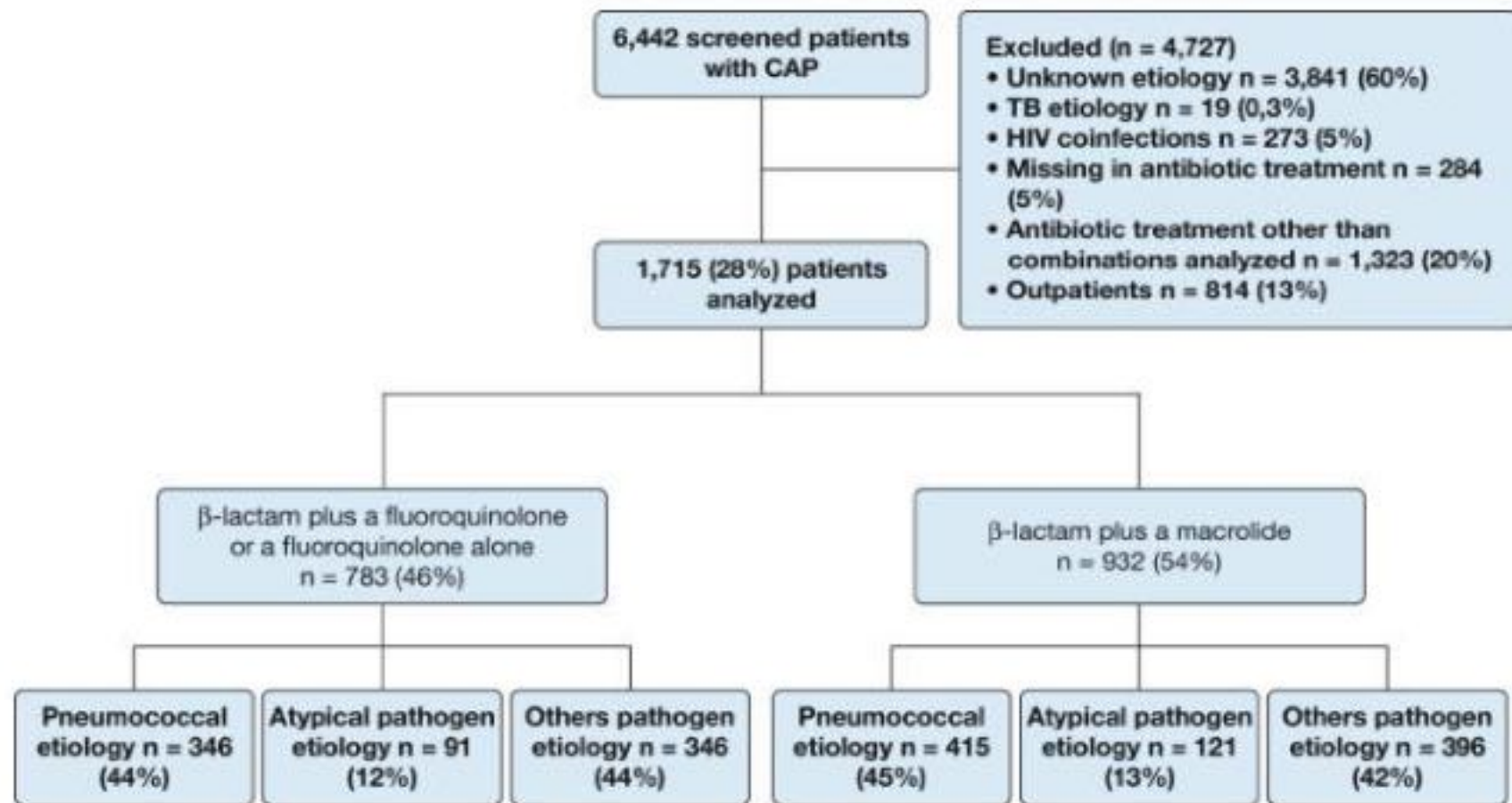
Adrian Ceccato MD ^a, Catia Cilloniz PhD ^a, Ignacio Martin-Loeches MD, PhD ^b, Otavio T. Ranzani MD, PhD ^{a, c},
Albert Gabarrus MSc ^a, Leticia Bueno RN ^a, Carolina Garcia-Vidal MD, PhD ^d, Miquel Ferrer MD, PhD ^a, Michael S.
Niederman MD ^a, Antoni Torres MD, PhD ^a  

.Estudio observacional, prospectivo de cohortes

.Admitidos en el hospital Clínico de Barcelona

.Entre 1996 y 2016

.Se incluyeron 1715 pacientes con microbiología conocida.



[Download high-res image \(583KB\)](#)

[Download full-size image](#)

Figure 1. Flowchart. CAP = **community-acquired pneumonia**.

Table 1. Baseline Characteristics of Patients

Variable	β -Lactam Plus Macrolide (n = 932)	β -Lactam Plus Fluoroquinolone or Fluoroquinolone Alone (n = 783)	P Value
Age, median (IQR), y	72 (57-80)	71 (55-80)	.512
Elderly (\geq 65 y), No. (%)	607 (65)	475 (61)	.057
Male sex, No. (%)	602 (65)	475 (61)	.094
Pneumococcal vaccine, No. (%)	94 (16)	133 (19)	.195
Influenza vaccine, No. (%)	225 (38)	316 (45)	.016
Chronic pulmonary disease, No. (%)	469 (51)	322 (42)	< .001
Heart failure, No. (%)	122 (13)	107 (14)	.722
Chronic renal failure, No. (%)	65 (7)	48 (6)	.486
Hepatic disease, No. (%)	67 (7)	41 (5)	.102
Diabetes mellitus, No. (%)	178 (19)	164 (21)	.301
Neurologic disease, No. (%)	104 (11)	110 (15)	.045
Former or current smoker, No. (%)	591 (63)	458 (58)	.013
Alcohol consumption, No. (%)	160 (17)	125 (16)	.474
Nursing home, No. (%)	21 (3)	51 (7)	< .001
Previous antibiotic therapy, No. (%)	164 (18)	176 (24)	.004
Systemic steroids, No. (%)	27 (4)	48 (6)	.088
Inappropriate treatment, No. (%)	23 (5)	19 (5)	.697
Creatinine, median (IQR),	1.1 (0.9-1.5)	1.1 (0.9-1.6)	.285

Table 2. Microbial Etiology of Pneumonia

Pathogen	β -Lactam Plus Macrolide (n = 932) (%)	β -Lactam Plus Fluoroquinolone or Fluoroquinolone Alone (n = 783) (%)
Pneumococcal pneumonia	415 (45)	346 (44)
invasive pneumococcal pneumonia	185 (20)	145 (19)
Atypical bacteria	121 (13)	91 (12)
Legionella pneumophila	68 (7)	51 (7)
Chlamydia pneumoniae	21 (2)	12 (2)
Mycoplasma pneumoniae	21 (2)	20 (3)
Other etiologies	396 (43)	316 (44)
Haemophilus influenzae	50 (5)	22 (3)
Klebsiella pneumoniae	3 (0.5)	9 (1)
Escherichia coli	11 (1.5)	6 (1)
Pseudomonas aeruginosa	34 (4)	17 (2)
Staphylococcus aureus	19 (3)	15 (2)
Respiratory virus	102 (11)	152 (19)
Moraxella catarrhalis	0 (0)	5 (1)
Polymicrobial	148 (16)	91 (12)

Percentages calculated on nonmissing data.

Table 4. Crude **30-Day Mortality** in Overall Population and Subpopulations

Population Group	β Lactam Plus Macrolide	β Lactam Plus Fluoroquinolone or Fluoroquinolone Alone	<i>P</i> Value
Overall population	n = 932	n = 783	
30-day mortality, No. (%)	45 (5)	60 (8)	.015
Pneumococcal pneumonia	n = 415	n = 345	
30-day mortality, No. (%)	17 (4)	32 (9)	.004
High inflammatory response (CRP > 15 mg/dL)	n = 398	n = 481	
30-day mortality, No. (%)	11 (3)	40 (8)	< .001
Pneumococcal pneumonia and high inflammatory response	n = 178	n = 239	
30-day mortality, No. (%)	3 (2)	25 (10)	< .001
Pneumococcal pneumonia without high inflammatory response	n = 94	n = 78	
30-day mortality, No. (%)	7 (7)	6 (8)	.95
Patients without pneumococcal pneumonia and high inflammatory response	n = 220	n = 242	
30-day mortality, No. (%)	8 (4)	15 (6)	.21
Atypical pathogens and without high inflammatory response	n = 25	n = 14	
30-day mortality, No. (%)	0 (0)	0 (0)	...
Atypical pathogens and high inflammatory response	n = 55	n = 63	

CONCLUSIONES

La combinación de BL+M, se ha asociado a un mayor descenso de mortalidad en pacientes con neumonía neumocócica y en aquellos con alta respuesta inflamatoria sistémica y máxime, cuando ambas condiciones están asociadas.

Revisiones Cochrane ▾

Ensayos ▾

Respuestas Clínicas Cochrane ▾

Sobre nosotros ▾

Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas

Esquema móvil de insulina para pacientes adultos hospitalizados no graves con diabetes mellitus

Revisión sistemática Cochrane - Intervención | Versión publicada: 29 noviembre 2018

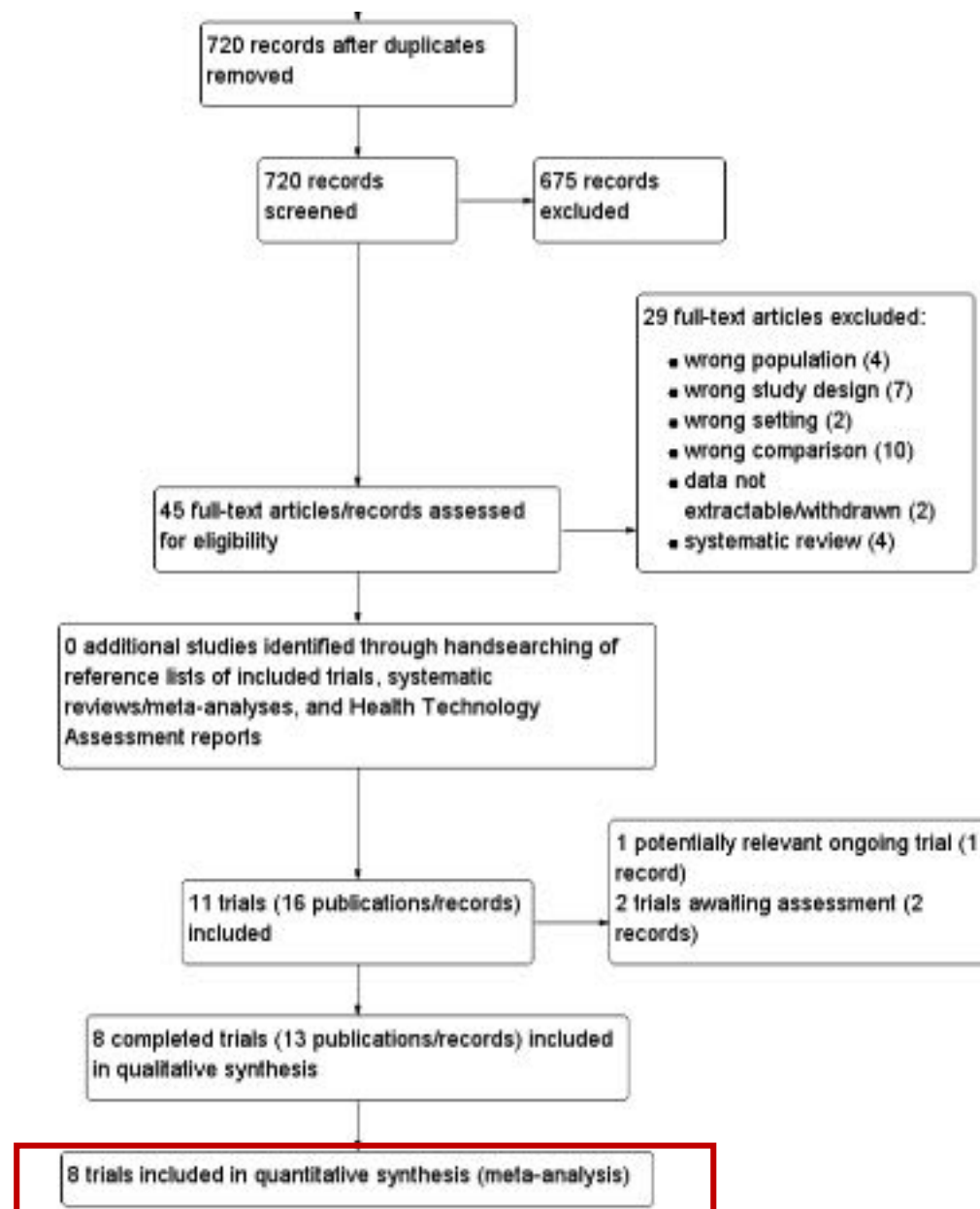
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011296.pub2>



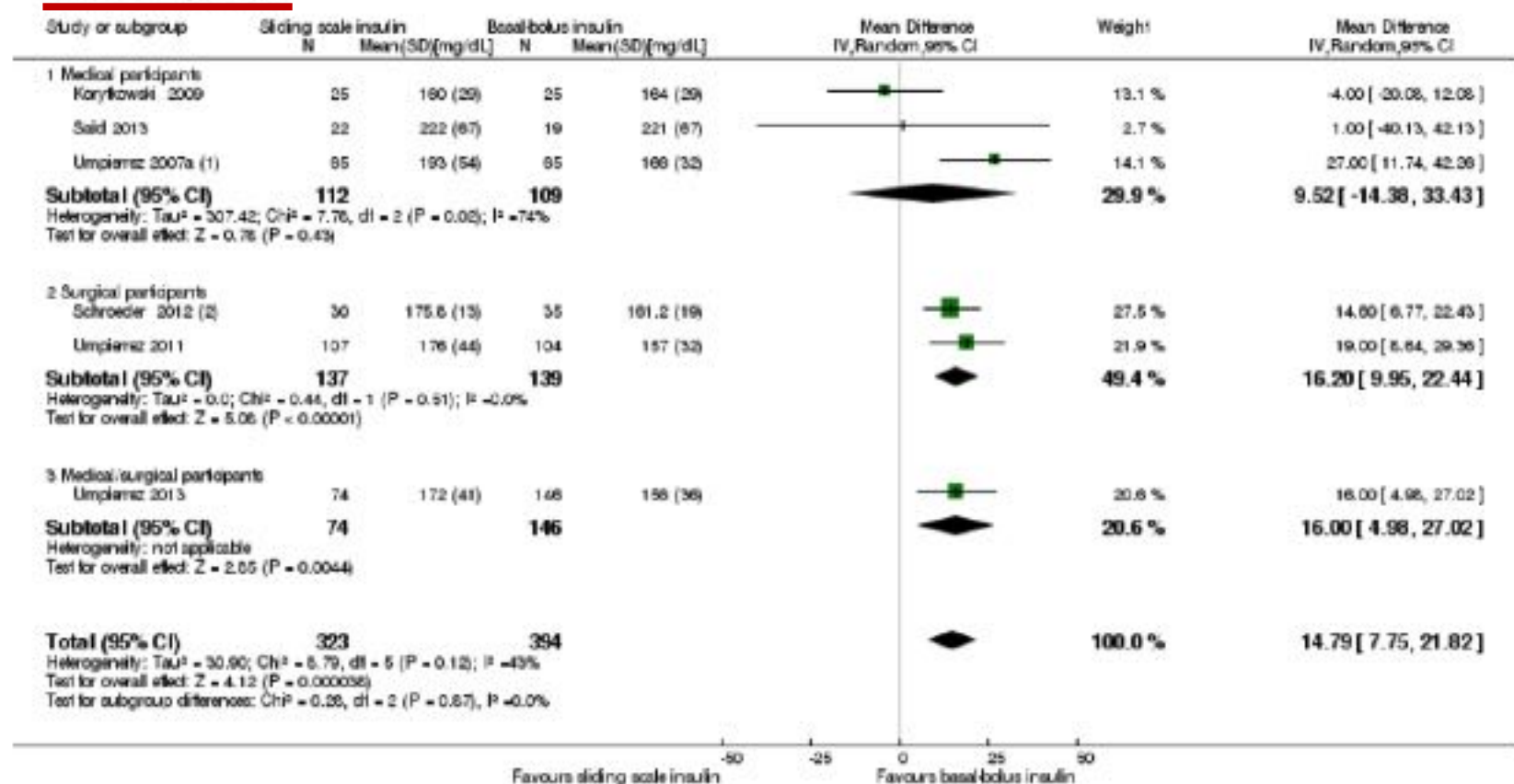
[Ver información sobre el artículo](#)

✉ Luis Enrique Colunga-Lozano | Francisco Javier Gonzalez Torres | Netzahualpilli Delgado-Figueroa
| Daniel A Gonzalez-Padilla | Adrian V Hernandez | [Yuani Roman](#) | Carlos A Cuello-García

[Ver las declaraciones de intereses de los autores](#)



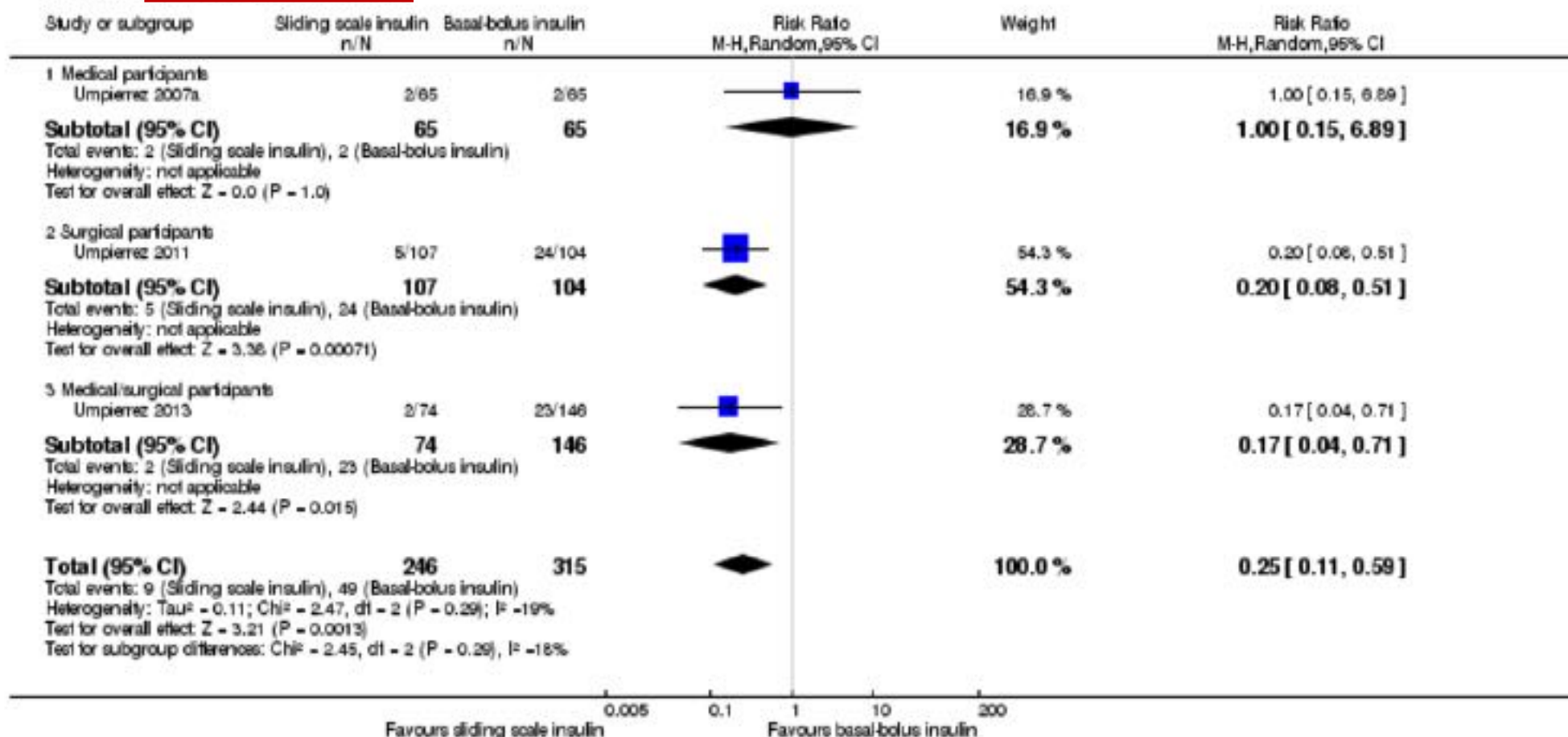
Review: Sliding scale insulin for non-critically ill hospitalized adults with diabetes mellitus
 Comparison: 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen
 Outcome: 6 Mean glucose levels



(1) Insulin naive patients with type 2 diabetes
 (2) SD calculated from data in publication (stated as SD but probably SE)

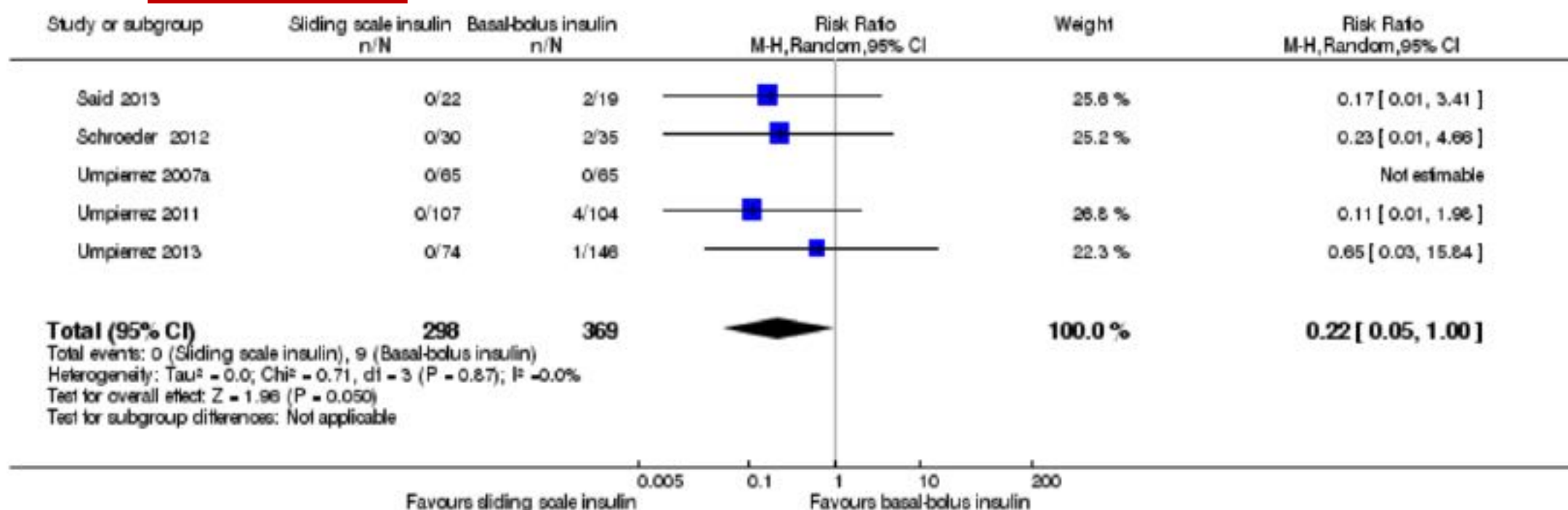
lysis 1.6 Comparison 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen, Outcome 6 Mean glucose levels.

Review: Sliding scale insulin for non-critically ill hospitalised adults with diabetes mellitus
 Comparison: 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen
 Outcome: 2 Non-severe hypoglycaemic episodes



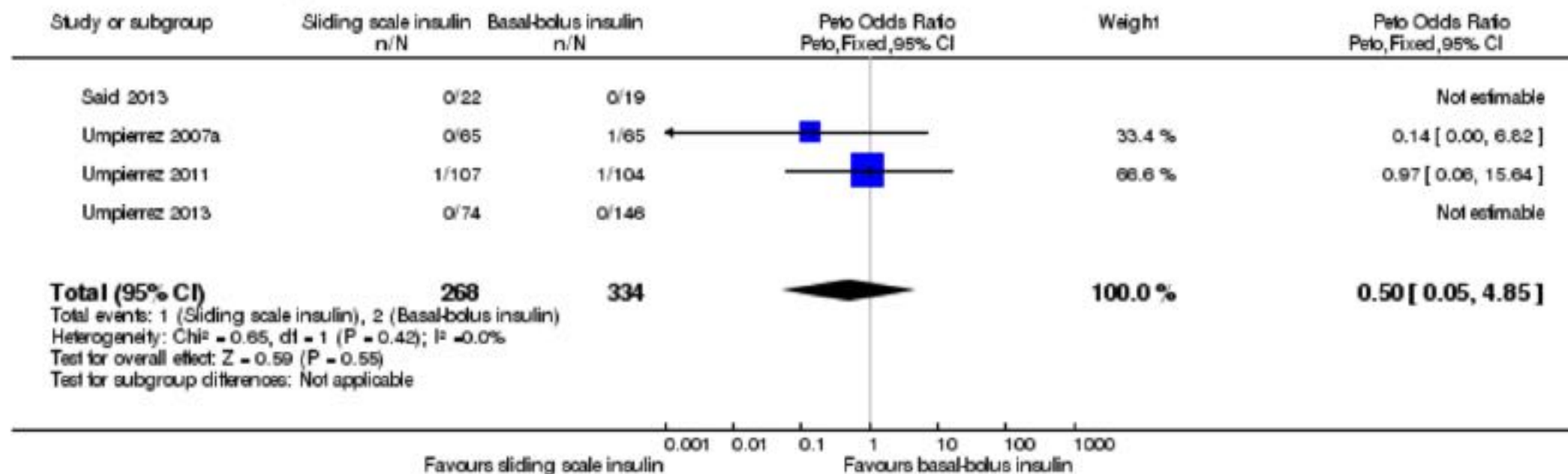
analysis 1.2 Comparison 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen, Outcome 2 Non-severe hypoglycaemic episodes.

Review: Sliding scale insulin for non-critically ill hospitalised adults with diabetes mellitus
 Comparison: 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen
 Outcome: 3 Severe hypoglycaemic episodes



Analysis 1.3 Comparison 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen, Outcome 3 Severe hypoglycaemic episodes.

Review: Sliding scale insulin for non-critically ill hospitalised adults with diabetes mellitus
 Comparison: 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen
 Outcome: 1 All-cause mortality



alysis 1.1 Comparison 1 Sliding scale insulin versus basal-bolus insulin regimen, Outcome 1 All-cause mortality.

Conclusiones de los autores

No se puede precisar la mejor estrategia de insulina (EMI o insulina basal en bolo) en los pacientes adultos hospitalizados no graves con diabetes mellitus. Una estrategia de insulina basal en bolo en estos pacientes quizás dé lugar a un mejor control glucémico a corto plazo, pero podría aumentar el riesgo de episodios hipoglucémicos graves. La certeza del grupo de evidencia que compara el EMI con la insulina basal en bolo fue baja a muy baja, y necesita ser mejorada con ECA con poder estadístico suficiente y realizados adecuadamente en diferentes ambientes hospitalarios con personal médico calificado, con el uso de insulinas de acción corta idénticas en los grupos de intervención y control, para comparar el enfoque de EMI estricto con estrategias de aplicación de insulina flexible.