

el terreno personal; sin embargo, los profesionales sanitarios nos hemos mantenido reacios a utilizar estos medios en el ámbito profesional, bien por desconocimiento, bien por falta de herramientas suficientes para su desarrollo, a pesar de los beneficios teóricos que pudieran aportarnos^{2,3}. Incluso la propia divulgación de trabajos científicos puede verse favorecida cuando sus contenidos son difundidos por estos medios^{4,5}.

Este marco teórico, extrapolado a las unidades de cuidados intensivos (UCI), puede suponer una lanzadera idónea para incrementar nuestra visibilidad. Alcanzar mayores tasas de credibilidad y confianza en nuestras actuaciones depende, en mayor o menor medida, de la imagen que la sociedad tenga de nosotros, máxime en medio de la trágica pandemia que estamos viviendo. Además, esta tecnología nos abre una puerta de comunicación bidireccional, tanto con los pacientes como con sus familiares, que podría emplearse para adaptarnos a sus necesidades y reflexiones. Por otro lado, nuestro trabajo, que en muchas ocasiones se beneficia de una visión multidisciplinar y multicéntrica, puede encontrar en las RRSS una forma de fomentar alianzas y trabajos transversales colaborativos.

En nuestro entorno existen profesionales y UCI que están lanzándose a este terreno. Los resultados son aparentemente positivos, aunque no se está haciendo un análisis detallado del impacto de estas estrategias, a pesar de existir diferentes formas de medirlo.

Desde las áreas de medicina intensiva no podemos mantenernos alienados de esta realidad, sobre la que debemos formarnos y prepararnos para no quedar desfasados respecto a nuestros pacientes y ciudadanos. Vivimos un momento importante para nuestra especialidad. Lamentablemente, la pandemia por SARS-CoV-2 ha situado a las UCI en un nivel crítico de ocupación y nuestro trabajo se ha intensificado hasta límites desconocidos. A la par, se ha generado una visión positiva alrededor de nuestra especialidad, y son diarias las referencias hacia nuestras unidades y la labor que desempeñamos. Debemos ser capaces de sacar aspectos positivos de la peor crisis sanitaria global que se recuerda: fortificar la imagen favorable percibida por la sociedad, promover una adecuada divulgación científica y aumentar la sensibilización hacia nuestra labor. Y para ello, el adecuado uso de las RRSS va a ser fundamental en los años que han de venir.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación externa con relación al presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con relación al presente artículo.

Bibliografía

1. March JC. Health 2.0, blogs and journals [Article in Spanish]. *Rev Calid Asist.* 2014;29:1-2.
2. Egea-Guerrero JJ, Martín-Villén L, Ruiz de Azúa-López Z, Maroto Monserrat F, Sanchez-Román JA, Cabeza-Cabeza F. The donation and transplant divulgation process of 21st century: Social media experience from «Coordinación Sectorial de Trasplantes de Sevilla-Huelva». *Med Intensiva.* 2020;44:57-8.
3. Widmer RJ, Mandrekar J, Ward A, Aase LA, Lanier WL, Timimi FK, et al. Effect of Promotion via Social Media on Access of Articles in an Academic Medical Journal: A Randomized Controlled Trial. *Acad Med.* 2019;94:1546-53.
4. Leal-Naval SR, Amaya-Villar R, García-Garmendia JL, Gordo-Vidal F, Garnacho-Montero J. Editorial policy of Intensive Medicine. *Med Intensiva.* 2017;41:63-6.
5. González-Dambrauskas S, Rodríguez-Rubio M. The professional use of Twitter to create a global pediatric intensive care community. *Med Intensiva.* 2020;44:248-50.

J.J. Egea-Guerrero^{a,*} y J. Revuelto-Rey^b

^a *Facultativo Especialista del Área de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

^b *Facultativo Especialista del Área de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjgeaguerrero@gmail.com (J.J. Egea-Guerrero).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.03.005>

0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Marcapasos transitorios con electrodos de fijación activa: ¿debe ser la vía femoral el acceso de elección?



Temporary pacing with active fixation leads: Should the femoral approach be the access of choice?

Sr. Editor:

Felicitemos a Keitquwa Yáñez et al.¹ por publicar la primera serie sobre la utilidad de los marcapasos transitorios transvenosos con electrodos de fijación activa (MTTFA) por vía

femoral. Los autores corroboran la información precedente de que los MTTFA, en contraposición a los de fijación pasiva, permiten minimizar una de las principales complicaciones: la dislocación de electrodos². Los autores argumentan que la vía femoral permitiría preservar el acceso venoso habitual para implante de marcapasos definitivos, sin documentar incremento en infecciones y con un mínimo porcentaje de complicaciones relacionadas con la punción¹.

Aunque este estudio presenta las limitaciones inherentes a un reducido estudio retrospectivo, apuntamos algunos comentarios acerca del acceso femoral:

1. *Complicaciones relacionadas con la punción:* los autores refieren una única complicación relacionada con la punción¹. Sin embargo, la aparición de estas compli-

caciones se relaciona en mayor medida con la técnica que con la vía de acceso^{2,3}. La obtención de accesos vasculares guiada por ultrasonidos ha simplificado la técnica, minimizando las complicaciones. El acceso yugular interno ecoguiado permite una rápida canulación, reduciendo complicaciones pulmonares como pneumo o hemotórax, en comparación con el acceso subclavio, y minimizando complicaciones vasculares, en contraposición a la punción guiada por escopia o anatomía^{2,3}. Asimismo, el acceso yugular facilitaría el acceso de los electrocáteteres al ventrículo derecho y con ello los procedimientos.

2. **Preservación de accesos venosos:** la gran mayoría de los implantes de dispositivos definitivos se realiza habitualmente por vía subclavia izquierda, incluso en pacientes que requieren previamente marcapasos temporal. Aunque el acceso femoral evitaría la trombosis de las venas del hemicuerpo superior, el previsible efecto a gran escala sería marginal como demuestra el hecho de que a la mayoría pacientes, incluidos en las series con acceso yugular, se les implanta un marcapasos definitivo².
3. **Infecciones y tromboembolias:** Es bien conocido que los electrodos femorales se asocian con infección local y sepsis, así como con trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. Los autores reportan una limitada aparición de infecciones y una ausencia de eventos trombóticos. Aportar información acerca de si fue empleada profilaxis infecciosa o tromboembólica podría aportar una valiosa información para comprender mejor el estudio^{4,5}.
4. **Demora hasta el implante definitivo:** finalmente, querriamos destacar que la mayoría de las complicaciones aumenta a medida que se dilata el tiempo hasta el implante definitivo. Aunque la causa de la bradiarritmia pueda ser reversible, el grueso de los pacientes acabará siendo subsidiario de marcapasos definitivo. En este estudio, 32 de 35 pacientes (91,4%) recibieron marcapasos definitivo con una media hasta el implante de $4,9 \pm 4,6$ días. Aunque los autores refieren que es un tiempo de espera corto, reducir estos tiempos, en caso de bradiarritmias previsiblemente no reversibles, podría conllevar una reducción relevante en las complicaciones al generalizar los procedimientos.

En conclusión, concordamos con los autores en la utilidad del empleo de electrodos de fijación activa para prevenir la dislocación de los electrodos. Sin embargo, con base en la información disponible actualmente, consideramos que el acceso yugular ecoguiado y la pronta implantación de los dispositivos definitivos debería considerarse la estrategia de elección.

Bibliografía

1. Keituqwa Yáñez I, Navarro Martínez J, García Valiente M, Rodríguez González FJ, Nicolás Franco S. Outcomes of temporary pacing via transfemoral externalize active fixation leads. *Med Intensiva*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.11.005>. Online ahead of print. S0210-5691(20)30346-6.
2. Suarez K, Banchs JE. A review of temporary permanent pacemakers and a comparison with conventional temporary pacemakers. *J Innov Card Rhythm Manag*. 2019;10:3652–61.
3. Ferri LA, Farina A, Lenatti L, Ruffa F, Tiberti G, Piatti L, et al. Emergent transvenous cardiac pacing using ultrasound guidance: A prospective study versus the standard fluoroscopy-guided procedure. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2016;5: 125–9.
4. Peters G, Saborowski F, Locci R, et al. Investigations on staphylococcal infection of transvenous endocardial pacemaker electrodes. *Am Heart J*. 1984;108:359–65.
5. Nolewajka AJ, Goddard MD, Brown TC. Temporary transvenous pacing and femoral vein thrombosis. *Circulation*. 1980;62:646–50.

N. Pueyo-Balsells, P. Irigaray, I. Calaf y D. Fernández-Rodríguez*

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, IRBLleida (Institut de Recerca Biomèdica de Lleida), Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dfernandez.lleida.ics@gencat.cat (D. Fernández-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.03.003>
0210-5691/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Dexametasona en COVID-19: ¿un medicamento para todos?



Dexamethasone in COVID-19: does one drug fit all?

Dear Editor,

The COVID-19 pandemic challenged clinicians worldwide to treat a new and unknown disease. With more than 95 million confirmed cases since its beginning¹, a lot of effort has been made to identify the best possible treatments.

The RECOVERY trial² provides strong evidence in favor of the administration of 6 mg of dexamethasone for ten days once a day in COVID-19 patients, if requiring at least oxygen

supplementation (the incidence of death in the dexamethasone group compared to the usual care group was 23.3% vs 26.2% for patients receiving oxygen, and 29.3% vs 41.4% for patients under mechanical ventilation at the time of randomization). This finding changed the WHO therapeutic guidelines for patients with COVID-19³ and triggered into clinicians the automatic binomial prescription: oxygen therapy-dexamethasone. In the current pandemic era, where everyone is searching for the magic bullet, and no clear evidence is available on any therapeutic agent capable to reduce mortality, having this option with such a familiar drug gave back to clinicians the feeling of having at least a weapon.

The trial findings were confirmed also in a recent meta-analysis⁴ including more than seven thousand patients: overall mortality was significantly lower in the corticosteroid