

Discusión

- No disponemos de estudios aleatorizados randomizados sobre DSED.
- Incluso sin encontrar indicios de heterogeneidad estadística, conviene tener en cuenta el contexto y las limitaciones de cada estudio.
- Ni la definición de la FV refractaria ni las aproximaciones a su tratamiento -energía entregada o momento de aplicación- son similares en los estudios analizados. (Grandes oscilaciones de entre 10-51 min de RCP inefectiva, y entre 3-18 descargas no exitosas).
- La media de descargas en los pacientes sometidos a DSED es de 14 descargas frente a las 10 del grupo que recibió la desfibrilación estándar.
- Es importante señalar que la aplicación de DSED acostumbra a prolongar los tiempos por requerir más descargas y este hecho en sí mismo podría haber empeorado los datos globales de supervivencia en este grupo.

Conclusiones

- En este metaanálisis, la DSED no tiene efecto en la supervivencia al alta (OR 0.69, 95% CI: 0.30, 1.60), en la supervivencia al evento (OR 0.98, 95% CI: 0.59, 1.62) ni en la RECE (OR 0.86, 95% CI: 0.49, 1.48).
- Por el momento la efectividad de la DSED todavía no está clara. Se requieren más estudios bien diseñados prospectivos que determinen si la DSED tiene algún papel en el tratamiento de los pacientes en FV refractaria.

¿Por qué nos parece interesante?

Los pacientes en PCR con FV refractaria son todo un desafío, y con frecuencia no responden bien a las opciones terapéuticas disponibles. Acostumbran a ser reanimaciones complejas y prolongadas con pobres resultados. La doble desfibrilación secuencial externa es un concepto muy novedoso. Si bien en este metaanálisis no se pudo comprobar el efecto en los parámetros de supervivencia y RECE, queda clara la limitación de los estudios existentes así como la necesidad de estudios adicionales con un diseño adecuado.

Aplicabilidad en nuestro trabajo

Tras muchos años sin cambios en el manejo de FV refractaria, se abre una ventana a un nuevo abordaje. Precisamos estar pendientes de estudios adicionales para valorar definitivamente si incorporar esta técnica a nuestra práctica clínica habitual en la emergencia extrahospitalaria.

Efectos del ácido tranexámico en la muerte, discapacidad, eventos tromboticos y otras comorbilidades en los pacientes con lesiones agudas traumáticas intracraneales

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32233-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32233-0)

Resumen

Este ensayo explora las aplicaciones del ácido tranexámico en pacientes con trauma craneal grave. La evidencia surgida de estudios anteriores de la reducción de la mortalidad en los pacientes politraumatizados con hemorragias extracraneales cuando se les administra ácido tranexámico en las primeras 3 horas tras la lesión (CRASH 2) deja la puerta abierta a la posibilidad de que el ácido tranexámico pudiese también de la misma forma reducir la mortalidad por sangrado intracraneal postraumático. Revisamos los aspectos más relevantes de este estudio (CRASH 3).

Métodos

Estudio multicéntrico e internacional. A lo largo de 175 hospitales en 29 países y 12737 pacientes, se llevó a cabo este ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo.

→ Se incluyeron en el estudio pacientes en las primeras 3 horas del trauma craneal con:

- a) GCS menor o igual a 12 o
- b) Cualquier evidencia de sangrado intracraneal en la TC, excluyendo a los pacientes en los que se descartaron hemorragias graves de origen extracraneal. Quedaron fuera también los que tuvieran GCS de 3 y los que mostraron pupilas arreactivas bilaterales (la mayoría de estos pacientes tienen un pronóstico malo independientemente del tratamiento recibido, por lo que su inclusión en el ensayo podría sesgar cualquier efecto que tuviese el tratamiento).

→ Se aleatorizaron los pacientes a recibir ácido tranexámico (dosis de 1 gr en 10 minutos seguidos de 1 gr en 8 horas) o placebo. Los análisis fueron por intención de tratar.

Se analizó como resultado primario la mortalidad intrahospitalaria atribuida al trauma craneal en los primeros 28 días tras la lesión, en los pacientes tratados en las primeras 3 h tras la misma (9202, 72.2% de la muestra).

Resultados

→ Se expresaron efectos del ácido tranexámico en el resultado primario estratificado según 3 características basales; severidad del TCE por la escala Glasgow (15-9 leve-moderado, 8-3 grave) y por la reactividad pupilar.

→ Entre los pacientes tratados en las primeras 3 h se encontró una diferencia en la mortalidad del 18.5% en el grupo del tranexámico versus el 19.8% del grupo del placebo (RR 0.94; IC 95% 0.86-1.02).

→ Es fundamental diferenciar entre la severidad del TCE, porque la reducción de la mortalidad y el beneficio de la aplicación precoz del tratamiento solo se producen en la franja leve-moderada, y no en los TCE severos.

→ En cuanto a los efectos adversos, el riesgo de eventos vasculares trombóticos (RR 1.08 IC 95% 0.71-1.64) y de convulsiones (RR 1.09 IC 95% 0.90-1.33) fueron similares en los dos grupos.

¿Por qué es interesante?

Porque ahonda en los beneficios de la utilización de algo disponible y asequible como el ácido tranexámico, en el trauma craneal grave. Amplía una nueva perspectiva para estos pacientes mejorando su supervivencia, sin que se muestren diferencias en la funcionalidad al alta o en la aparición de complicaciones. Se trata de una opción que nos implica directamente, en tanto en cuanto se comprobó que la precocidad beneficia los efectos del tranexámico en la supervivencia.

Aplicabilidad

En agosto de 2019 una búsqueda actualizada de ensayos clínicos aleatorizados sobre administración precoz del tranexámico identificó un ensayo a añadir al CRASH-3. Se trata de un estudio prehospitalario que aleatorizó 967 pacientes con TCE. La combinación de estos dos estudios confirma la reducción de la mortalidad por trauma craneal con el empleo precoz del tranexámico. En espera de guías de práctica clínica actualizadas, todo parece indicar que en el entorno prehospitalario deberíamos valorar suministrarles ácido tranexámico a los paciente seleccionados que antes comentábamos.

Coronariografía tras una PCR extrahospitalaria sin elevación del segmento ST

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1816897>

Resumen

A pesar de los avances en RCP y terapias intensivas, las estadísticas de la PCR extrahospitalaria continúan siendo malas, con hasta el 40% de mortalidad en reanimados tras ritmos desfibrilables en los pacientes con cardiopatía isquémica y enfermedad coronaria.

Las guías en uso recomiendan angioplastia sin demora tras la RCP en los pacientes con IAM y elevación del ST, y también algunos casos seleccionados en los que no se objetivó esta alteración en el EKG.

Se propuso actualizar estas recomendaciones con nuevos estudios clínicos randomizados. El estudio analizado, COACT (The Coronary Angiography after Cardiac Arrest), intenta comprobar la hipótesis de si en los pacientes reanimados tras una PCR sin IAMCEST, la estrategia de angiografía emergente inmediata es mejor que la estrategia de angioplastia en un segundo tiempo (o "de rescate").

Métodos

Se trata de un estudio multicéntrico (19 centros participantes en Holanda), abierto, aleatorizado e iniciado por investigador. Se incluyeron candidatos con PCR extrahospitalaria y ritmos iniciales desfibrilables sin elevación del segmento ST en el ECG, y que estuviesen comatosos (GCS<8) tras la RECE.

Se excluyeron los pacientes en shock, aquellos con una causa no coronaria claramente identificable y los que mostraron elevación del ST en el ECG (incluyendo bloqueo de rama izquierda nuevo o descenso aislado de ST en V1-V3 por causa de un infarto posterior).

Se analizaron los datos de un total de 538 doentes que no habían revocado el consentimiento informado, en el periodo comprendido entre enero de 2015 hasta julio de 2018. La edad media fue de 65.3±12.6 años, y el sexo masculino mayoritario, con un 79.0% de los pacientes.