

## Discusión

- Non dispoñemos de estudos aleatorizados randomizados sobre DSED.
- Aínda sen atoparmos indicios de heteroxeneidade estatística, compre tér en conta o contexto e as limitacións de cada estudo.
- Nin a definición da FV refractaria nin as aproximacións ao seu tratamento -enerxía entregada ou momento da aplicación- son similares nos estudos analizados. (Grandes oscilacións de entre 10-51 min de RCP inefectiva, e entre 3-18 descargas non exitosas).
- A media de descargas nos doentes sometidos a DSED é de 14 descargas fronte ás 10 do grupo que recibiu a desfibrilación estándar.
- É importante sinalar que a aplicación de DSED adoita prolongar os tempos por requirir máis descargas e este feito en sí mesmo podería ter empeorado os datos globais de supervivencia neste grupo.

## Conclusións

- Nesta metaanálise, a DSED non ten efecto na supervivencia á alta (OR 0.69, 95% CI: 0.30 , 1.60), na supervivencia ao evento (OR 0.98, 95% CI: 0.59 , 1.62) nin na RECE (OR 0.86, 95% CI: 0.49 , 1.48).
- Polo momento a efectividade da DSED aínda non está clara. Requírense máis estudos ben deseñados prospectivos que determinen se a DSED ten algún papel no tratamento dos doentes en FV refractaria.

## Por que nos parece interesante?

Os doentes en PCR con FV refractaria son todo un desafío, e con frecuencia non responden ben ás opcións terapéuticas dispoñibles. Adoitan ser reanimacións complexas e prolongadas con pobres resultados. A dobre desfibrilación secuencial externa é un concepto moi innovador. Ben que nesta metaanálise non se puido comprobar efecto nos parámetros de supervivencia e RECE, queda clara a limitación dos estudos existentes así como a necesidade de estudos adicionais cun deseño adecuado.

## Aplicabilidade no noso traballo

Tras moitos anos sen cambios no manexo de FV refractaria, ábrese unha fiestra a unha nova abordaxe. Precisamos estar pendentes de estudos adicionais para valorar definitivamente se incorporar esta técnica á nosa práctica clínica habitual na emerxencia extrahospitalaria .

---

# Efectos do ácido tranexámico na morte, discapacidade, eventos trombóticos e outras comorbilidades nos doentes con lesións agudas traumáticas intracraneais

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

## Resumo

Este ensaio explora as aplicacións do ácido tranexámico en pacientes con trauma craneal grave. A evidencia xurdida de estudos anteriores da redución da mortalidade nos doentes politraumatizados con hemorragias extracraneais cando se lles administra ácido tranexámico nas primeiras 3 horas tras a lesión (CRASH 2) deixa a porta aberta á posibilidade de que o ácido tranexémico poida tamén do mesmo xeito reducir a mortalidade por sangrado intracraneal postraumático. Revisamos os aspectos máis relevantes deste estudo (CRASH 3).

## Métodos

Estudo multicéntrico e internacional. Ao longo de 175 hospitais en 29 países e 12737 doentes, levouse a cabo este ensaio clínico aleatorizado controlado con placebo.

→ Incluíronse no estudo doentes nas primeiras 3 horas do trauma cranial con:

- a) GCS menor ou igual a 12 ou
- b) calquera evidencia de sangrado intracraneal na TC, excluindo os doentes nos que se descartaron hemorragias graves de orixe extracraneal. Quedaron fóra tamén os que tiveran GCS de 3 e os que amosaron pupilas arreactivas bilaterais (a maioría destes doentes teñen un pronóstico malo independentemente do tratamento recibido, polo que a súa inclusión no ensaio podería nesgar calquer efecto que tivese o tratamento).

→ Aleatorizáronse os doentes a recibir ácido tranexámico (dose de 1 gr en 10 minutos seguidos de 1 gr en 8 horas) ou placebo. As

análises foron por intención de tratar.

Analizouse como resultado primario a mortalidade intrahospitalaria atribuída ao trauma craneal nos primeiros 28 días tras a lesión, nos doentes tratados nas primeiras 3 h despois dela (9202, 72.2% da mostra).

## Resultados

→ Expresáronse efectos do ácido tranexámico no resultado primario estratificado segundo 3 características basais; severidade do TCE pola escala Glasgow (15-9 leve-moderado, 8-3 grave) e pola reactividade pupilar.

→ Entre os doentes tratados nas primeiras 3 h atopouse unha diferenza na mortalidade do 18.5% no grupo do tranexámico versus o 19.8% do grupo do placebo (RR 0.94; IC 95% 0.86-1.02).

→ É fundamental diferenciar entre a severidade do TCE, porque a redución da mortalidade e o beneficio da aplicación precoz do tratamento só se producen na franxa leve-moderada, e non nos TCE severos.

→ En canto aos efectos adversos, o risco de eventos vasculares trombóticos (RR 1.08 IC 95% 0.71-1.64) e de convulsións (RR 1.09 IC 95% 0.90-1.33) foron similares en ambos os dous grupos.

## Por que é interesante?

Porque afonda nos beneficios da utilización de algo dispoñible e asequible como o ácido tranexámico, no trauma craneal grave. Amplía unha nova perspectiva para estes doentes mellorando a súa supervivencia, sen que se amosasen diferenzas na funcionalidade á alta ou na aparición de complicacións. Trátase dunha opción que nos implica directamente, por canto se comprobou que a precocidade beneficia os efectos do tranexámico na supervivencia.

## Aplicabilidade

En agosto de 2019 unha busca actualizada de ensaios clínicos aleatorizados sobre administración precoz do tranexámico identificou un ensaio para engadir ao CRASH-3. Trátase dun estudo prehospitalario que aleatorizou 967 doentes con TCE. A combinación destes dous estudos confirma a redución da mortalidade por trauma craneal co emprego precoz do tranexámico. En espera de guías de práctica clínica actualizadas, todo semella indicar que no entorno prehospitalario deberíamos valorar subministrarlles ácido tranexámico aos doentes seleccionados que antes comentabamos.

# Coronariografía tras unha PCR extrahospitalaria sen elevación do segmento ST

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

## Resumo

A pesar dos avances en RCP e terapias intensivas, as estatísticas da PCR extrahospitalaria continúan a ser malas, con ata o 40% de mortalidade en reanimados tras ritmos desfibrilables nos doentes con cardiopatía isquémica e enfermidade coronaria.

As guías en uso, recomendan anxioplastia sen demora trala RCP nos doentes con IAM e elevación do ST, e tamén algúns casos seleccionados nos que non se obxectivou esta alteración no EKG.

Propúxose actualizar estas recomendacións con novos estudos clínicos randomizados. O estudo analizado, COACT (The Coronary Angiography after Cardiac Arrest), tenta comprobar a hipótese de se nos doentes reanimados tras unha PCR sen IAMCEST, a estratexia de anxiografía emerxente inmediata é mellor que a estratexia de anxioplastia nun segundo tempo (ou “de rescate”).

## Métodos

Trátase dun estudo multicéntrico (19 centros participantes na Holanda), aberto, aleatorizado e iniciado por investigador. Incluíronse candidatos con PCR extrahospitalaria e ritmos iniciais desfibrilables sen elevación do segmento ST no ECG, e que estivesen comatosos (GCS<8) tras a RECE.

Excluíronse os doentes en shock, aqueles cunha causa non coronaria claramente identificable e os que amosaron elevación do ST no ECG (incluíndo bloqueo de rama esquerda novo ou descenso illado de ST en V1-V3 por causa dun infarto posterior).

Analizáronse os datos dun total de 538 doentes que non revogaran o consentimento informado, no período comprendido entre xaneiro de 2015 e xullo de 2018. A idade media foi de 65.3±12.6 anos, e o sexo masculino maioritario, cun 79.0% dos doentes.

→ Os doentes candidatos randomízanse 1:1 a cada grupo segundo programa informático, os que van ao grupo da anxiografía inmediata son sometidos ao procedemento nas 2 primeiras horas tras a randomización.

→ Nos que son randomizados ao grupo da anxioplastia diferida, esta realízase tras a recuperación neurolóxica e habitualmente despois da alta de UCI. Se algún destes amosa signos de shock cardioxénico ou arritmias potencialmente letais ou datos de