

PERLAS PARA URGENCIÓLOGOS

Las terapias hemostáticas para la hemorragia intracranial aguda

*Hemostatic therapies for acute spontaneous intracerebral haemorrhage*Rustam Al-Shahi Salmaⁿ¹, Zhe Kang Law^{2,3}, Philip M Bath³, Thorsten Steiner^{4,5}, Nikola Sprigg³**Fundamento**

El resultado después de una hemorragia intracranial (HIC) espontánea (no traumática) está influenciado por el tamaño del hematoma; hasta un tercio de HIC crecen en las primeras 24 horas. Una terapia hemostática temprana puede mejorar el resultado mediante la limitación del crecimiento del hematoma. Esto es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en el 2006 y actualizada por última vez en el 2009.

Objetivos

Examinar: 1) la efectividad y seguridad de clases individuales de terapias hemostáticas, comparadas frente al placebo o el control abierto, en adultos con HIC aguda espontánea, y 2) los efectos de cada clase de terapia hemostática en relación con el tipo de fármaco anti-trombótico tomado por el paciente inmediatamente antes que la HIC hubiera empezado (i.e., anticoagulante, antiplaquetario o ninguno).

Método de búsqueda

Esta revisión se realizó mediante búsqueda en Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL; 2017, Issue 7, MEDLINE Ovil, y Embase Obid el 27 de noviembre del 2017. Para identificar futuras publicaciones en curso y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) no publicados, se revisaron las bibliografías de los artículos relevantes y se buscaron registros internacionales de ECA en noviembre de 2017.

Criterios de selección

Se seleccionaron ECA de cualquier intervención hemostática (i.e., tratamientos procoagulantes como factores de coagulación, fármacos antifibrinolíticos o transfusión de plaquetas) para la HIC aguda espontánea comparada con placebo, control abierto o un comparador activo, que reportasen resultados clínicos evolutivos relevantes.

Extracción de datos y análisis

Dos revisores valoraron independientemente cada artículo según el riesgo de sesgo y contactaron con los autores correspondientes de los ECA elegibles para obtener datos específicos si estos no se proporcionaban en el ECA.

Resultados principales

Se incluyeron 12 ECA (1.732 participantes). Hubo siete ECA de factores de coagulación frente a placebo o control abierto (1.440 participantes), tres ECA de fármacos antifibrinolíticos frente a placebo o control abierto (57 participantes), un ECA de transfusión de plaquetas frente a control abierto (190 participantes) y un ECA de factores de coagulación frente a plasma fresco congelado (5 participantes). No se pudo incluir dos ECA elegibles, ya que presentaban datos agregados en adultos con HIC espontánea y otros tipos de HIC. Se identificaron 10 ECA en marcha. Al valorar los siete criterios de sesgo en los doce ECA incluidos, se encontró que en 37 ocasiones había un criterio de sesgo impreciso (44%), en 16 alto (19%), y en 31 bajo (37%). Solo un ECA obtuvo un riesgo bajo de sesgo en todos los criterios.

En un ECA de transfusión de plaquetas frente a control abierto para HIC espontánea asociada con el uso de un fármaco antiplaquetario, hubo un incremento significativo en la muerte o la dependencia (puntuación en la escala de Rankin modificada de 4 a 6 puntos) en el día 90 (70/97 *versus* 52/93; razón de riesgo (RR) de 1,29, intervalo de confianza (IC) del 95% de 1,04 a 1,61, 1 ECA, 190 participantes, evidencia de calidad moderada). Ningún hallazgo fue significativo en la comparación de factores de coagulación frente a placebo o control abierto para la HIC aguda espontánea con o sin cirugía (evidencia de calidad moderada), de fármacos antifibrinolíticos frente a placebo (evidencia de calidad moderada) o control abierto para la HIC aguda espontánea (evidencia de calidad moderada), y de factores de coagulación frente a

Filiación de los autores: ¹Centre for Clinical Brain Sciences, University of Edinburgh, Edimburgo, Reino Unido. ²Department of Medicine, University Kebangsaan. ³Royal Perth Hospital, Perth, Australia. Malaysia Medical Centre, Kuala Lumpur, Malasia. ⁴Stroke Trials Unit, Division of Clinical Neuroscience, University of Nottingham City Hospital, Nottingham, Reino Unido. ⁵Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt, Alemania. Department of Neurology, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Alemania.

Autor para correspondencia: Rustam Al-Shahi Salman, Centre for Clinical Brain Sciences, University of Edinburgh, FU303i, primera planta, Chancellor's Building, 49 Little France Crescent, Edimburgo, Midlothian, EH16 4SB, RU.

Correo electrónico: rustam.al-shahi@ed.ac.uk

Información del artículo: Esta sección reproduce artículos previamente publicados por Cochrane Database of Systematic Reviews y se realiza en coordinación con Patricia Jabre, Sebastien Beroud, Julie Dumouchel, Virginie-Eve Lvovschi, Kirk Magee, Daniel Meyran, Nordine Nekhili y Youri Yordanov del grupo Cochrane Pre-hospital and Emergency Care. El artículo corresponde a la traducción al español por parte del equipo editorial de EMERGENCIAS de una parte del artículo publicado en Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2018. Art. No.: CD005951. DOI: 10.1002/14651858.CD005951.pub4. (ver <https://www.cochranelibrary.com/> para mayor información). Las revisiones Cochrane se actualizan regularmente a medida que aparece nueva evidencia y en respuesta a solicitudes, por lo que Cochrane Database of Systematic Reviews debe consultarse para obtener la versión más reciente de la revisión.

Editor responsable: Óscar Miró.

plasma fresco congelado para la HIC aguda espontánea asociada con el uso de fármacos anticoagulantes (sin evidencia).

Conclusión de los autores

Basado en una evidencia de calidad moderada, un ECA muestra que la transfusión de plaquetas parece ser nociva en comparación con el cuidado estándar para adultos con HIC asociada a fármacos antiplaquetarios.

No se pudo concluir de forma definitiva sobre la eficacia y seguridad de los factores de coagulación para la HIC aguda espontánea con o sin cirugía, fármacos antifibrinolíticos para la HIC aguda espontánea, y factores de coagulación frente a plasma fresco congelado para la HIC aguda espontánea asociada con el uso de fármacos anticoagulantes. Además, se precisa de nuevos ECA, y se espera con interés los resultados de diez ECA en curso.

Resumen simplificado

Título: Tratamientos para ayudar a la coagulación de la sangre a mejorar la recuperación de adultos con un ictus debido a sangrado cerebral

Pregunta planteada en esta revisión. ¿Los tratamientos que ayudan a la coagulación de la sangre reducen el riesgo de muerte y discapacidad en los adultos con un ictus debido a un sangrado cerebral?

Fundamento. Más de una décima parte de todos los ictus son causados por sangrado cerebral (conocido como hemorragia cerebral). Cuanto más grande es la hemorragia, más posibilidades tiene de ser mortal. Aproximadamente un tercio de las hemorragias cerebrales crecen significativamente en las primeras 24 horas. Por ello, los tratamientos que promueven la coagulación de sangre, si se aplican rápidamente después del inicio del sangrado, pueden reducir el riesgo de muerte o de discapacidad por dicha hemorragia mediante la limitación de su crecimiento. Sin embargo, los fármacos hemostáticos pueden causar un aumento de la coagulación no deseada, que comporta consecuencias adversas, como ataques cardíacos y la formación de coágulos en las venas de las piernas.

Características de los estudios. Se identificaron 12 ensayos controlados aleatorizados, que incluyeron 1.732 participantes, hasta noviembre de 2017.

Resultados principales. Se encontró evidencia de calidad moderada de que existe daño por la transfusión de plaquetas en personas que estaban usando fármacos antiplaquetarios antes de la hemorragia cerebral. No se encontraron evidencias de beneficio ni de daño de otras terapias hemostáticas para personas con hemorragia cerebral.

Calidad de las evidencias. En general, la calidad de las evidencias evaluadas fue de baja a moderada. Habrá más información disponible a partir de los resultados de los 10 ensayos que están en curso.