

y permiten un manejo más homogéneo y reglado. Además, promoverían una mayor difusión del uso de la hipotermia (HT) en España.

La colaboración inicial del cardiólogo es decisiva, dada la alta proporción de casos con *shock* cardígeno, disfunción ventricular severa y arritmias ventriculares¹⁻³. Las causas de parada cardíaca son mayoritariamente cardíacas y requieren un abordaje específico de la afección subyacente.

La proporción de pacientes cuyo primer ritmo es asistolia o disociación electromecánica supera el 50%, la supervivencia es baja (0,15-12,6%) y las causas, mayoritariamente cardíacas^{4,5}. El pronóstico en este grupo depende casi exclusivamente de la «cadena de supervivencia» extrahospitalaria^{6,7}, pero la HT tiene aquí un lugar: se debería iniciar tras la reanimación y no postergarla sistemáticamente hasta llegar al hospital². Por otro lado, el trabajo de Moon et al⁸ muestra mejores supervivencia y pronóstico en el grupo tratado con HT. Otros, sin embargo, no han conseguido demostrar beneficio debido a muy baja supervivencia total³.

Desde nuestro punto de vista, todo paciente comatoso tras parada cardíaca y sin contraindicación formal puede beneficiarse de la HT.

Sergio Castrejón^a, Marcelino Cortés^b, Pedro L. Sánchez^a
y Rafael Rubio^a

^aServicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^bServicio de Cardiología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Respuesta

Sra. Editora:

Agradecemos que López-Mesa et al, comentando nuestro trabajo¹, hayan aportado tan valiosa información sobre abordaje multidisciplinario de la parada cardíaca y sus consecuencias.

La terapia del síndrome tras parada cardíaca² debería plasmarse en protocolos propios de cada unidad de críticos, pues estas herramientas son efectivas para mejorar el pronóstico de dichos pacientes

BIBLIOGRAFÍA

1. Castrejón S, Cortés M, Salto ML, Benítez LC, Rubio R, Juárez M, et al. Mejora del pronóstico tras parada cardiorrespiratoria de causa cardíaca mediante el empleo de hipotermia moderada: comparación con un grupo control. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:733-41.
2. Neumar RW, Nolan JP, Adrie C, Aibiki M, Berg RA, Böttiger BW, et al. Post-cardiac arrest syndrome: epidemiology, pathophysiology, treatment, and prognostication. A Consensus Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation*. 2008;118:2452-83.
3. Arrich J. Clinical application of mild therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *Crit Care Med*. 2007;35:1041-7.
4. Pleskot M, Hazukova R, Stritecka H, Cermakova E, Pudil R. Long-term prognosis after out-of hospital cardiac arrest with/without ST myocardial infarction. *Resuscitation*. 2009;80:795-804.
5. Herlitz J, Svensson L, Engdahl J, Silfverstolpe J. Characteristics and outcome in out-of-hospital cardiac arrest when patients are found in a non-shockable rhythm. *Resuscitation*. 2008;76:31-6.
6. Martín-Hernández H, López-Mesa JB, Pérez-Vela JL, Molina-Latorre R, Cárdenas-Cruz A, Lesmes-Serrano A, et al. Manejo del síndrome posparada cardíaca. *Med Intensiva*. 2009.. doi:10.1016/j.medint.2009.09.001.
7. Iwami T, Nichol G, Hiraide A, Hayasi Y, Nishiuchi T, Kajino K, et al. Continuous improvement in "Chain of Survival" increased survival after out-of-hospital cardiac arrest. A large-scale population-based study. *Circulation*. 2009;119:728-34.
8. Moon J, Chun B, Min Y, Moon J. The effect of mild therapeutic hypothermia on asystole. *Ann Emerg Med*. 2008;52:S58-9.