

Cartas al Editor

Parada cardiaca extrahospitalaria. La necesidad de una información integral



Out-of-hospital Cardiac Arrest. The Need for Comprehensive Information

Sra. Editora:

Hemos leído con atención el excelente artículo de Loma-Osorio et al¹ que describe las principales características clínicas y pronósticas de los pacientes recuperados de una parada cardiaca extrahospitalaria. En él se muestran, entre otros muchos datos, resultados esperanzadores para estos pacientes. A pesar de ello, pensamos que son oportunas algunas matizaciones, en gran parte reconocidas por los propios autores dentro de las limitaciones del estudio. Existen datos provenientes de servicios extrahospitalarios de emergencias, si bien no se centran en el alta tras el ingreso en unidades de cuidados intensivos. Recorren diversos aspectos, fundamentalmente relacionados con la fase de la atención prehospitalaria. En cualquier caso, el principal problema es su gran variabilidad². La realidad es que desconocemos la incidencia de la parada cardiaca extrahospitalaria, y, a partir de este dato básico, es fácil considerar que las tasas de supervivencia al alta de estos pacientes presentan numerosos e importantes sesgos. Este es un fenómeno complejo que afecta a todos los países de nuestro entorno³. Por otra parte, los datos españoles más recientes difieren mucho en cuanto a metodología de trabajo, por lo que tampoco permiten extraer conclusiones sólidas^{4,5}. No podemos comparar con fiabilidad los resultados obtenidos. Sería necesario acudir a registros continuos, realizados de manera prospectiva, como bien describen los autores, para tener una visión de conjunto que se aproximara a la práctica clínica real. En Andalucía, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias mantiene un registro de estas características. Los resultados obtenidos en el primer corte (enero de 2008-diciembre de 2010⁶) nos permiten aportar algunos datos relevantes para el debate. En general es difícil estimar con precisión el momento de la parada cardiaca. En nuestra experiencia, casi un tercio de las paradas cardiacas extrahospitalarias no tienen testigos y cuando los tienen no son sanitarios, y su fiabilidad es relativa. En un porcentaje pequeño de pacientes se lograron tiempos de actuación dentro de los 8 primeros min. Son intervalos asumibles solo en áreas con gran densidad de población y recursos, por lo que su extensión a la población general va a ser muy difícil. Efectivamente, la asistencia inicial por testigos y la desfibrilación previa a la llegada del servicio de emergencias extrahospitalario, dos elementos clave para conseguir un cambio en el pronóstico de los pacientes, son muy escasos. Solo 1 de cada 5 pacientes tuvo fibrilación ventricular como ritmo inicial de parada. Un 29% de los pacientes llegó con pulso al hospital, pero solo un 9% recibió el alta con buena recuperación neurológica. La mortalidad hospitalaria se aproxima al 70%. Son datos de una población no seleccionada, que se asemejan a series provenientes de registros de calidad contrastada que llevan dos décadas aportando valiosa información sobre la parada cardiaca extrahospitalaria⁷. Estos resultados no entran en colisión con los comunicados por Loma-Osorio et al¹, son poblaciones distintas y estudiadas con diferente metodología.

Ahora bien, ponen de relieve la necesidad de trabajar la continuidad en la información. Solo podremos conocer la realidad de la parada cardiaca extrahospitalaria, su tratamiento y sus resultados cuando las series analizadas presenten una información transversal desde el contacto con el sistema sanitario hasta el seguimiento del paciente tras su alta médica. Es un esfuerzo y un desafío que se debe abordar desde una perspectiva multidisciplinaria, la cadena de la supervivencia se debe mejorar con una cadena de información.

Agradecimientos

Los datos ofrecidos en la carta proceden del Registro Andaluz de Parada Cardiaca Extrahospitalaria. El registro se puso en marcha mediante una beca de investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto Carlos III, y se mantiene con financiación pública de la propia Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Fernando Rosell-Ortiz*, José Javier García del Águila y Luis Olavarría-Govantes

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: frosell@al.epes.es (F. Rosell-Ortiz).

On-line el 21 de noviembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Loma-Osorio P, Aboal J, Sanz M, Caballero A, Montserrat Vila M, Lorente V, et al. Características clínicas, pronóstico vital y funcional de los pacientes supervivientes a una muerte súbita extrahospitalaria ingresados en cinco unidades de cuidados intensivos cardiológicos. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:623-8.
2. Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias.* 2013;25:137-42.
3. Gräsner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation - towards a European cardiac arrest registry (EuReCa). *Resuscitation.* 2011;82:989-94.
4. López-Messa JB, Alonso-Fernández JJ, Andrés De Llano JM, Garmendia-Leiza JR, Ardura-Fernández J, De Castro-Rodríguez F, et al. Características generales de la parada cardiaca extrahospitalaria registrada por un servicio de emergencias médicas. *Emergencias.* 2012;24:28-34.
5. Ballesteros-Peña S, Abecia-Inchaurregui C, Echevarría-Orella E. Factores asociados a la mortalidad extrahospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:269-74.
6. Rosell-Ortiz F, Mellado-Vergel F, Fernández-Valle P, González-Lobato I, Martínez-Lara M, Ruiz-Montero MM, et al. Descripción y resultados iniciales del registro andaluz de parada cardiaca extrahospitalaria. *Emergencias.* 2013;25:345-52.
7. Adielsson A, Hollenberg J, Karlsson T, Lindqvist J, Lundin S, Silfverstolpe J, et al. Increase in survival and bystander CPR in out-of-hospital shockable arrhythmia: bystander CPR and female gender are predictors of improved outcome. Experiences from Sweden in an 18-year perspective. *Heart.* 2011;97:1391-6.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.013>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.09.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.008>