

Parada cardiaca extrahospitalaria. La necesidad de una información integral. Respuesta



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

Sra. Editora:

Hemos leído con interés y agradecemos sus comentarios sobre nuestro artículo.

Como bien dicen, nuestro estudio se centra en un subpoblación especial del conjunto de pacientes que padecen muerte súbita extrahospitalaria: aquellos que llegan a ingresar con vida en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos. A pesar de que esto pueda considerarse un sesgo, como recogemos entre las limitaciones del estudio, consideramos de interés aportar datos actualizados sobre el curso y el pronóstico de estos pacientes, que representan un grupo específico de importancia creciente en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos.

Lamentablemente, los datos alentadores hallados en el pronóstico de nuestro grupo no son generalizables al conjunto de pacientes con muerte súbita extrahospitalaria, cuya supervivencia total es sensiblemente más baja¹.

Pensamos que cualquier enfoque en el estudio de la muerte súbita extrahospitalaria ayudará a entender mejor el problema

en general y a seguir trabajando para optimizar la atención a estos pacientes, por lo que esperamos con gran interés la publicación de los datos del registro de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía a los que se refieren en su carta.

Pablo Loma-Osorio*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Josep Trueta, Girona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: plomaosorio@gmail.com

On-line el 26 de noviembre de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Dumas F, Rea TD. Long-term prognosis following resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: role of aetiology and presenting arrest rhythm. *Resuscitation*. 2012;83:1001-5.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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

Sobre las características de los supervivientes de muerte súbita cardiaca extrahospitalaria



On the Characteristics of Out-of-hospital Sudden Cardiac Death Survivors

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el trabajo de Loma-Osorio et al¹ publicado recientemente, y deseamos hacer algunos comentarios.

La población estudiada representa un grupo de pacientes que sufren parada cardiaca extrahospitalaria, todos de causa cardiológica, mientras la mayoría de las series refieren alrededor del 75%². Asimismo, los autores eligen el concepto de muerte súbita extrahospitalaria en lugar del más extendido de parada cardiaca extrahospitalaria; en la traducción al inglés se destaca el término parada cardiaca, mientras en español emplean muerte súbita. Muerte súbita y parada cardiaca suelen utilizarse como sinónimos, siendo conceptos de límites arbitrariamente establecidos sobre un mismo fenómeno. Muerte súbita tendría un enfoque epidemiológico y parada cardiaca, una orientación clínica. Consideramos que las variables analizadas deberían haberse ajustado al modelo Utstein de 2004³, para facilitar la comparación con series similares. Asimismo, no ha habido homogeneidad en el tratamiento seguido en los centros participantes, a pesar de las recomendaciones al respecto⁴.

En los resultados llaman la atención varias circunstancias. Al no aportarse el número de casos excluidos no cardiológicos, destaca un alto porcentaje de ritmo desfibrilable (64,4%), cuando otras series muestran en casos con recuperación de circulación espontánea un 30-40%². La aparición en el domicilio del 38% está lejos de otras series, en las que se produce en más del 65%². Sobre los intervalos de tiempo, habría sido interesante conocer los tiempos de respuesta del servicio de emergencias, de activación, despacho, inicio de reanimación cardiopulmonar y recuperación de circulación espontánea, que se debería haber presentado en mediana y no en media. Otros aspectos que precisan aclaración

serían los criterios de realización de hipotermia (aplicada a 86 pacientes cuando 131 presentaban ritmo desfibrilable y el 95,6% estaba en coma) y de cateterismo cardiaco, si fue urgente o programado y en cuántos pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. Destaca el excelente resultado neurológico, cuando de inicio un porcentaje elevado estaba en coma. Ello orientaría hacia una gravedad no elevada y un relevante número de casos farmacológicos. Finalmente, la introducción en el modelo de regresión logística de variables con interacción —como ritmo desfibrilable y aplicación de hipotermia o shock, pH y tiempo de reanimación cardiopulmonar— recuperación de circulación espontánea— distorsionaría el valor predictivo del modelo.

En las conclusiones, y a pesar de excelentes resultados neurológicos, se incide en la necesidad de implementar los primeros eslabones de la cadena de supervivencia, habiéndose referido una mejora de la supervivencia debida a mejores intervenciones en ellos⁵. Sería necesario valorar la actuación en todos los casos de parada cardiaca extrahospitalaria atendidos, recuperados o no.

La *American Heart Association* ha introducido en las recomendaciones de 2010 el quinto eslabón en la cadena de supervivencia, correspondiente a cuidados tras la parada, lo que pone de manifiesto la necesidad de progresar en su desarrollo, para el que unos cuidados óptimos deben incluir mucho más que la hipotermia terapéutica⁶. También sería de gran interés conocer características y resultados no solo de los pacientes de origen cardiológico, sino de cualquier etiología, valorando los protocolos hospitalarios empleados.

Por último, sería primordial una estrecha colaboración y coordinación entre el servicio de emergencias y los servicios hospitalarios, en una atención unificada, con participación de un equipo multidisciplinario y multiprofesional de médicos de urgencia, cardiólogos, intensivistas, neurólogos, neurofisiólogos, rehabilitadores, enfermeros y fisioterapeutas⁶, independientemente del tipo de enfermedad primaria, la cultura hospitalaria local o los compartimentos estancos de las especialidades médicas,