

Resucitación cardiopulmonar en curso: ¿es realmente útil?

María García-Uría Santos. Medicina Familiar y Comunitaria / Urgencias. Clínica Universitaria de Navarra, Madrid.

PALABRAS CLAVE: Parada cardiaca extrahospitalaria, reanimación cardiopulmonar en curso, servicio de emergencias.

KEYWORDS: *Out-of-hospital cardiac arrest, ambulance cardiopulmonary resuscitation, emergency health services.*

Especialidades: Anestesiología, analgesia y sedación, Cardiovascular, Medicina Intensiva, Urgencias

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=29687669>

ABSTRACT

En la atención de una parada cardiorrespiratoria en el ámbito extrahospitalario existen razones culturales, éticas y legales que impiden cesar las maniobras de resucitación en el escenario, continuando las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) durante el traslado al hospital. Esto se conoce como resucitación cardiopulmonar en curso. Es importante analizar la supervivencia de estos pacientes con el fin de evaluar la rentabilidad de esta maniobra en la práctica clínica.

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is associated to several cultural, ethical and legal reasons for which cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers are maintained during ambulance transport. This is known as ambulance CPR. It is important to analyze the survival of these patients in order to evaluate the profitability of this process in clinical practice.

RESUMEN

El objetivo principal del estudio es conocer la supervivencia y los factores asociados a la realización de RCP en curso entre los pacientes que presentan parada cardíaca extrahospitalaria (PCR), mediante un análisis retrospectivo de casos de PCR atendidos por Servicios de Emergencias extrahospitalarias (EE) del servicio Andaluz de Salud entre 2008 y 2014.

La situación de RCP en curso se realiza como última opción ante una PCR¹. Es decisión exclusiva del médico que la atiende y no está sujeta a protocolos o acuerdos con los centros hospitalarios. Dado que los resultados finales no suelen ser exitosos², existe numerosa literatura que intenta consensuar unos criterios para evitar traslados sin posibilidad real de supervivencia³.

En el estudio se incluyeron los pacientes con PCR sin recuperación de pulso en el momento de la toma de decisión del traslado hospitalario y que fueron desestimados para donación⁴. La variable principal fue llegar en situación de RCP en curso hasta el hospital y la secundaria la supervivencia al alta incluyendo el estado neurológico del paciente.

De un total de 7241 pacientes incluidos, 259 (3,6%) fueron trasladados al hospital con RCP en curso, de los cuales 72,2% fueron hombres, siendo la edad media 51,6 años y el 10% menores de 16 años. Únicamente 3 pacientes (1.1%) sobrevivieron al alta hospitalaria y sólo 1 con buen estado neurológico. Los factores independientes asociados a la supervivencia fueron: edad ≤ 16 años, PCR presenciada y de etiología no cardíaca, ritmo inicial desfibrilable y conseguir la intubación orotraqueal.

COMENTARIO

El estudio demuestra el bajo porcentaje que representa la RCP en curso y la tasa de supervivencia inferior al 1%. El análisis retrospectivo y la ausencia de criterios protocolizados son limitaciones importantes del estudio. Son factores de buen pronóstico la presencia de EE en la PCR y un ritmo inicial desfibrilable.

Los datos del estudio, asociados a una reciente publicación de datos del registro español donde participaron todos los servicios de emergencias españoles concuerdan en la futilidad de esta estrategia⁵.

Sin embargo, el uso cada vez más frecuente de dispositivos automáticos puede favorecer la estrategia mencionada de forma indirecta, minimizando los problemas de calidad del masaje administrado, pudiendo mejorar las tasas de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bossaert L, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11.
2. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2015;95:302-11.
3. Drennan IR, Lina S, Sidalak DE, Morrison LJ. Survival rates in out-of-hospital cardiac arrest patients transported without prehospital return of spontaneous circulation: An observational cohort study. *Resuscitation*. 2014;85:1488-93.
4. Morrison LJ, Visentin LM, Kiss A, Theriault R, Eby D, Vermeulen M, et al. Validation of a rule for termination of resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2006;355:478-87.
5. Zive D, Koprowicz K, Schmidt T, Stiell I, Sears G, Van Ottingham L, et al. Variation in out-of-hospital cardiac arrest resuscitation and transport practices in the Resuscitation Outcomes Consortium: ROC Epistry-Cardiac Arrest. *Resuscitation*. 2011;82:277-84.
6. Rosell-Ortiz F, Escalada-Roig X, Fernández Del Valle P, Sánchez-Santos L, Navalpotro-Pascual JM, Echarri-Sucunza A, et al. Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) attended by mobile emergency teams with a physician on board. Results of the Spanish OHCA Registry (OSHCAR). *Resuscitation*. 2017;113:90-5.