



CARTA AL DIRECTOR

Parada cardíaca durante un curso de soporte vital

Cardiac arrest during a life support training course

Sr. Director:

Tras años de dedicación a la enseñanza de la resucitación a veces flaquean las fuerzas y cunde el desánimo. Sin embargo, es la perseverancia en la ortodoxia lo que nos reconcilia con nuestra profesión/vocación. Sirva de ejemplo el caso clínico que se presenta.

Caso clínico

En las salas de un hotel turístico, se estaba impartiendo un curso de instructor de soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomatizada (SVB + DESA) del Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC. Se disponía de equipos DESA de enseñanza y de un equipo real que siempre se tiene la precaución de llevar a los cursos. Durante la pausa para almorzar, el personal del hotel acudió angustiado pidiendo ayuda para atender a un cliente que se había derrumbado inconsciente en un pasillo. El equipo docente y los alumnos del curso se desplazaron al lugar con el DESA real, confirmaron inconsciencia, pidieron que se avisase al 1-1-2 e iniciaron una resucitación cardiopulmonar (RCP) reglada, en secuencias guiadas por la máquina y que incluyeron cinco intentos de desfibrilación. Tras el quinto intento, el paciente recuperó la actividad cardíaca espontánea en ritmo sinusal (RS), con diversos trastornos de conducción.

Una unidad móvil de soporte vital avanzado (SVA) llegó transcurridos más de 15 min desde el aviso y se hizo cargo de la situación, presenciando dos nuevas paradas cardíacas en fibrilación ventricular (FV), la primera revertida de nuevo a RS tras choque eléctrico y la segunda seguida de asistolia tras administración de lidocaína y desfibrilación. La unidad de SVA continuó el protocolo de resucitación con realización de masaje cardíaco externo, ventilación tras intubación orotraqueal y administración de adrenalina y atropina. Varios minutos después, se registró un nuevo episodio de FV que fue transformado en RS estable con un nuevo choque. La duración total de los esfuerzos de resucitación superó los 50 min y el paciente presentaba pupilas midriáticas y arreactivas,

por lo que, antes de iniciar el traslado a un hospital terciario universitario, el médico de la unidad de SVA comunicó a todos los presentes un muy mal pronóstico de recuperación, salvo que ocurriera un milagro (quedando grabado literalmente por el micrófono de ambiente del DESA).

A su llegada al área de urgencias hospitalaria el equipo médico de la unidad coronaria ratificó el muy mal pronóstico, descartando su ingreso, como también lo hizo el equipo de la unidad de cuidados intensivos, por lo que el paciente se mantuvo con soporte ventilatorio en el área de observación de urgencias a la espera de un posible fallecimiento o donación de órganos, hecho que fue comunicado al hotel por la intérprete que acompañó al paciente hasta el hospital. Cundió el desánimo entre los alumnos asistentes al curso, pero el equipo docente les recordó que se habían cumplido correctamente todos los eslabones de la cadena de supervivencia, por lo que el pronóstico no debía ser desfavorable. Les recordó también que los signos neurológicos precoces no tienen valor predictivo tras la recuperación inicial de una parada cardíaca, especialmente en presencia de fármacos como los administrados.

Tras finalizar el curso a las 9 de la noche, los asistentes se dirigieron al personal del hotel para recabar información actualizada. El ambiente era de gran optimismo pues la intérprete había comunicado poco antes que la situación había cambiado radicalmente, ya que el paciente había despertado, se le había trasladado a la sala de hemodinámica y se le había colocado un *stent* en una arteria coronaria obstruida, y estaba ingresado en la unidad coronaria, al parecer, en buen estado. Unos días después el paciente fue dado de alta del hospital y repatriado a su lugar de procedencia, con recuperación completa de sus funciones mentales, y había dejado en el hotel una nota de agradecimiento para las personas que lo atendieron. A pesar del resultado, el hotel rechazó una propuesta de colocación de un DESA en sus instalaciones y formación de todo su personal en SVB + DESA.

Los factores que afectan a la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria están claramente identificados, y se resumen en el cumplimiento escrupuloso de todos los eslabones de la cadena de supervivencia¹. La muy reciente actualización de las recomendaciones en resucitación del European Resuscitation Council nos ha recordado una vez más que la identificación temprana y la realización inmediata de una RCP de calidad seguida de SVA sigue siendo la mejor manera de intentar resucitar una parada cardíaca². También nos han recordado estas recomendaciones que no hay signos clínicos que permitan predecir de manera

fiable un mal pronóstico neurológico antes de transcurrir 24 horas de la parada cardíaca, especialmente en presencia de factores de confusión como fármacos o hipotensión, y que la ausencia de reflejos pupilares y corneales sólo tiene valor predictivo transcurridas 72 horas³. Los equipos médicos de emergencias y las unidades hospitalarias deberían, por lo tanto, corresponder a los esfuerzos de los testigos, o de los primeros intervinientes, con una optimización de las técnicas de SVA y, muy especialmente, de las medidas para el tratamiento del síndrome posparada cardíaca, siendo especialmente prudentes en el establecimiento de un pronóstico no basado en la evidencia científica disponible. Y, sobre todo, se debería tener especial cuidado en no atribuir a la buena suerte lo que sólo puede conseguir la ortodoxia en la resucitación.

Bibliografía

1. Álvarez-Fernández JA, Gazmuri RJ. Mortalidad evitable por parada cardíaca extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:710–4.
2. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. on behalf of the ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010;81:1219–76.
3. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, Sunde K, Koster RW, Smith GB, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation*. 2010;81:1305–52.

J.A. Álvarez-Fernández^{a,b,*} y J.F. Cabrera-Torres^b

^a *Servicio de Cuidados Intensivos y Urgencias, Hospital USP La Colina, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, España*

^b *SUAD24h, Unidad Docente del PNRCP de la SEMICYUC, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusandres.alvarez@usphospitales.com (J.A. Álvarez-Fernández).