

Paradas cardiacas lejos del hospital

La incidencia de fibrilación ventricular y de taquicardia ventricular sin pulso como ritmos iniciales en las paradas cardiacas extrahospitalarias ha descendido de forma significativa en las últimas décadas. Mientras hace 30 años el 70% de las paradas cardiacas se caracterizaba por dichos ritmos iniciales, en la actualidad éstos apenas alcanzan el 23%.

Se estima que en España cada año 24.500 personas sufren una parada cardiaca fuera de un hospital; aproximadamente 30% fallecen antes de ser atendidos en un centro sanitario. La supervivientes totales no llegan al 8%, la mayoría de ellos personas cuyo ritmo inicial es uno de los descritos.

Varios estudios clínicos demuestran que la aplicación de desfibrilación semiautomática (DESA), efectuada incluso por personal no sanitario, incrementa la supervivencia total tras una parada cardiaca ocurrida en cualquier lugar público; en cambio, cuando se produce en ámbitos domésticos o asimilables, el beneficio obtenido es casi nulo, probablemente debido a la menor prevalencia de tales ritmos iniciales en esas circunstancias. No hay una explicación definitiva para esta observación, que puede encontrar fundamento en el hecho de que las paradas cardiacas en ámbitos domésticos se producen en personas de mayor edad, con enfermedades crónicas evolucionadas que limitan de alguna manera sus salidas de casa y propenden a fallos cardiacos de mayor gravedad. El diseño de estrategias de reanimación cardiopulmonar temprana debe tener en cuenta, pues, las circunstancias en que tales emergencias puedan producirse.

Un reciente estudio¹ ha evaluado la prevalencia de fibrilación ventricular o de taquicardia ventricular sin pulso como ritmo inicial de las paradas cardiacas, y la supervivencia entre quienes fueron sometidos a DESA por parte de cualquier testigo del evento, tanto en lugares públicos como en ámbitos domésticos. Los resultados de este estudio indican que ambos ritmos son relativamente infrecuentes en los eventos producidos en ámbitos domésticos (globalmente alrededor de 26%, 35% si es prestada por cualquier testigo); en cambio, en los eventos producidos

en lugares públicos la prevalencia de ambos ritmos es superior (60% en total, 79% cuando la atención es prestada por cualquier testigo). Como consecuencia, la supervivencia total es mayor cuando la atención por parte de cualquier testigo se produce en lugares públicos en comparación con la prestada en los domésticos (34% frente a 12%, $p=0,04$), incluso aunque se tengan en cuenta otras variables como la demora en la llegada de los servicios de emergencia. Estos datos corroboran los de trabajos similares efectuados sobre supervivencia tras la atención en casinos (53%) o aeropuertos (60%).

En este estudio la supervivencia global de eventos producidos en el ámbito doméstico fue similar cuando los testigos emplearon DESA o sólo reanimación cardiopulmonar básica (12% frente a 10%).

Los autores opinan que, dado que cerca de 30% de las paradas cardiacas extrahospitalarias se producen en lugares públicos, es preciso poner en práctica estrategias de formación para población general y programas de implantación de DESA en este tipo de ubicaciones. Por otra parte, estiman que para el ámbito doméstico resulta más eficiente mejorar la formación de la población general en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica. Consideran que cuando cualquiera de estos ritmos se presenta es más efectivo realizar sólo masaje cardiaco mediante compresiones torácicas; la adición de la ventilación artificial parece mejorar la supervivencia si se trata de otros ritmos iniciales. Empíricamente resulta recomendable, pues, la primera práctica en actuaciones en lugares públicos y la segunda en los domésticos.

No basta con formar y concienciar a la población general; hay que hacerle comprender que su actuación deberá modificarse en función de cada situación para garantizar su eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weisfeldt ML, Everson-Stewart S, Sitlani C, Rea T, Aufderheide TP, Atkins DL, et al. Ventricular tachyarrhythmias after cardiac arrest in public versus at home. *N Engl J Med* 2011;364:313-21.