

### Complicaciones de la resucitación cardiopulmonar en el paro cardiorrespiratorio por tromboembolismo pulmonar masivo tratado con fibrinolíticos

*Sr. Director:*

Afirman Riera et al, en una reciente publicación en su revista, que “hay pocos casos en la bibliografía de pacientes con inestabilidad hemodinámica posresucitación cardiopulmonar diagnosticados de traumatismo hepático severo y tratados con éxito”<sup>1</sup>, recogiendo –entre las citas reflejadas en su texto– otra de Guemes et al, con shock hemorrágico abdominal tras fibrinólisis y reanimación de parada cardíaca (PCR) por tromboembolismo pulmonar (TEP), en la que especifican los autores –refiriéndose a los agentes trombolíticos– que “no hemos encontrado ningún caso en que su administración, después de masaje cardíaco externo (MCE), haya dado lugar a hemorragia intraperitoneal...”<sup>2</sup>. Y, también, otra de Rosen et al, en la que expresa que “hasta la fecha, no existe información sobre pacientes con inestabilidad hemodinámica, después del PCR, que hayan sido diagnosticados de traumatismo hepático grave y tratados con éxito”<sup>3</sup>.

Parece científicamente justo manifestar que, hace 20 años, nuestro grupo publicó una nota clínica sobre el reconocimiento y manejo inmediatos de un caso similar –al parecer, el primero publicado en la bibliografía– originado tras las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) en una paciente con PCR por TEP masivo, que recibió urocinasa y que fue diagnosticado por una deficiente situación hemodinámica post-RCP (PCP 0-2 mmHg, en algunos momentos), una punción peritoneal francamente hemorrágica y un brusco descenso del hematocrito (del 36 al 11%), objetivándose en el quirófano un hemoperitoneo de 2,6 l secundario a una pequeña laceración hepática<sup>4</sup>.

También expresan Riera et al, citando a otros autores<sup>3</sup>, que “cuando junto a la hipotensión hay distensión abdominal...<sup>1</sup>. El propio J. Rosen enfatiza que “se trata de pacientes supervivientes a paro cardiorrespiratorio y que han aquejado gran dolor o distensión abdominal”<sup>3</sup>. Lamento discrepar en que, en

mi experiencia, la distensión abdominal acompañe de manera rutinaria al hemoperitoneo, en el que inicialmente no es habitual encontrar signos de irritación peritoneal, en especial en pacientes sedados, inconscientes o críticos<sup>4</sup>.

Por otra parte, merece la pena recordar que las recomendaciones sobre el MCE y sus complicaciones, efectuadas por nuestro grupo en 1981<sup>4</sup> y continuadas en 1987 –ya con la denominación de compresión cardíaca o torácica, y desde el Plan Nacional de RCP–, siguen considerándose actualizadas y han sido contempladas por las International ECC and CPR Guidelines 2000<sup>5</sup>, primeras guías consensuadas –en el ámbito mundial– sobre una rigurosa revisión basada en esta evidencia. En este sentido, debe recalarse que tan sólo se ha modificado la velocidad de las compresiones (pasando a 100 por minuto), sin hacer distinción entre la frecuencia de niños y adultos, y manteniendo la relación “compresiones-ventilaciones” en 15:2 –o sólo haciendo compresiones– dada la más elevada supervivencia de los pacientes que habían recibido mayor número de éstas.

E. MORENO MILLÁN

*Delegación Provincial de la Consejería de Salud.  
Sevilla.*

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Riera M, Soriano G, Amengual GJ, Morón JM. Hemoperitoneo como complicación de la resucitación cardiopulmonar básica. *Med Intensiva* 2001; 25: 76-77.
2. Guemes M, Lubillo S, Manzano JJ, Pulido JM, Manzano JL. Shock hemorrágico abdominal tras fibrinólisis en un caso de tromboembolismo pulmonar masivo post-cesárea y parada cardíaca. *Med Intensiva* 1994; 18: 509-511.
3. Rosen J, Tucheck JM, Hartmann JR. Liver laceration in the hemodynamically unstable post-cardiac massage patient: early recognition and management-case report. *J Trauma* 1999; 47: 408-409.
4. Fernández L, Moreno E, Díaz A, Vicente JR. Rotura hepática: una complicación poco frecuente del masaje cardíaco externo. *Med Intensiva* 1981; 5: 207-211.
5. Cummins RO, Hazinski MF. The most important changes in the International ECC and CPR Guidelines 2000. *Circulation* 2000; 102: (Supl. I): 371-376.