

intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2013;310:1377–846.

4. Dumas F, White L, Stubbs BA, Cariou A, Rea TD. Long-term prognosis following resuscitation from out of hospital cardiac arrest: Role of percutaneous coronary intervention and therapeutic hypothermia. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60:21–7.
5. Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias*. 2013;25:137–42.

F. Rosell-Ortiz^{a,*}, F. Mellado-Vergel^b y J. García del Águila^a

^a *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Servicio Provincial de 061 de Almería, Almería, España*

^b *Servicio de Urgencias, Hospital El Toyo, Almería, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frosell@al.epes.es (F. Rosell-Ortiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.01.001>

Respuesta al comentario sobre el original «Supervivencia y pronóstico neurológico en paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias por ritmos desfibrilables tratadas con hipotermia terapéutica moderada»



Reply to the comment on the original: "Survival and neurological prognosis in out-hospital cardiorespiratory arrest due to defibrillatable rhythms treated with moderate therapeutic hypothermia"

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios realizados por el dr. Rosell-Ortiz y colaboradores sobre el artículo "Supervivencia y pronóstico neurológico en paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias por ritmos desfibrilables tratadas con hipotermia terapéutica moderada" publicado en esta misma revista e intentaremos responder a los mismos con la máxima claridad

Diversas variables prehospitalarias han demostrado presentar una importante asociación con la supervivencia y el pronóstico de los pacientes supervivientes a una parada cardiorrespiratoria (PCR), tales como PCR presenciada, inicio precoz de soporte vital básico, llegada precoz del Servicio de Emergencias Médicas y desfibrilación precoz¹. En nuestro medio es muy difícil recoger estos datos, ya que no se transcriben de manera rutinaria ni tienen un apartado específico a rellenar en la hoja de recogida de los sistemas de urgencias de nuestro entorno hospitalario. Datos como los que comentan los autores, si la PCR es presenciada, o si el inicio del soporte vital básico se realiza por los testigos del caso, no se recogen de manera obligatoria ni sistemática, pero en algún caso se pueden rellenar «a mano» de manera voluntaria por el personal del Servicio de Emergencias Médicas. Este hecho conllevaba una gran dispersión en la recogida de los datos, sobre todo en el periodo inicial del soporte vital, motivo por el cual no se analizaron, aun-

que sí están recogidos en la base de datos en los casos en los que constan. Por otro lado, sí que es verdad que con los datos iniciales de la PCR que se describen en el artículo (tiempo de inicio del soporte vital básico, duración de las maniobras de soporte vital, etc.) se hizo un análisis multivariado para descartar que la influencia haya sido nula en la supervivencia final de los pacientes. Sin embargo, no ha quedado reflejado en la transcripción final del artículo original.

Por último, es cierto que el intervencionismo coronario forma un tándem muy importante junto con la hipotermia terapéutica moderada, habiendo demostrado que su aplicación precoz influye en el pronóstico final de estos pacientes². Por ello, se debería haber mencionado como parte de los cuidados posreanimación estandarizados de nuestro centro, ya que se realiza de forma sistemática en todos los pacientes supervivientes de una PCR por ritmo desfibrilable por su alta probabilidad de síndrome coronario agudo, como es el caso de los pacientes recogidos en nuestro artículo. Analizando nuestra serie, observamos que en 5 pacientes (9,25%) no se realizó coronariografía de forma precoz, 3 por presentar síndrome de Brugada y 2 por baja sospecha de síndrome coronario agudo, los cuales fueron *exitus* en la UCI, siendo imposible realizarlo de forma diferida.

Según el comentario reflejado en la carta al Director, «es la experiencia de un centro, extraordinaria en sus resultados finales»; por este motivo, los autores de este artículo nos hemos propuesto con su publicación un único objetivo, alentar a todos los sanitarios que trabajan en los sistemas de urgencias y en las UCI a la instauración de la hipotermia moderada terapéutica para intentar aumentar la supervivencia y mejorar el pronóstico neurológico de estos pacientes, sobre todo en estos momentos en los que se cuestiona tanto la eficacia y el papel de la hipotermia moderada terapéutica tras la PCR por ritmos desfibrilables.

Bibliografía

1. Perkins GD, Jacobs IG, Nadkarni VM, Berg RA, Bhanji F, Biarent D, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: Update of the Utstein resuscitation registry templates for out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.002>.

2. Martín-Hernández H, López-Messa JB, Pérez-Vela JL, Molina-Latorre R, Cárdenas-Cruz A, Lesmes-Serrano A, et al., miembros del Comité Directivo del Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC. [Managing the post-cardiac arrest syndrome. Directing Committee of the National Cardiopulmonary Resuscitation Plan (PNRCP) of the Spanish Society for Intensive Medicine, Critical Care and Coronary Units (SEMICYUC)] Spanish. *Med Intensiva*. 2010;34:107–26.

M. Magaldi

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínic, Barcelona, España

Correo electrónico: mmagaldi@clinic.ub.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.01.003>