

## Decisiones tras parada cardíaca irreversible: finales y oportunidades



### Decisions after irreversible cardiopulmonary arrest: ends and opportunities

Sr. Editor:

Tras la lectura del artículo recientemente publicado en su revista por el Dr. López-Messa<sup>1</sup> sobre la idoneidad de la duración de la reanimación cardiopulmonar (RCP) tras la parada cardiorrespiratoria (PCR) coincidimos con el autor en que un tiempo entre 20 y 40 min es el apropiado en función de la presencia de causas reversibles, el ritmo presentado y los recursos tanto intra como extrahospitalarios disponibles como son: ecocardiografía, soporte vital extracorpóreo, intervención coronaria con RCP en curso, entre otras.

No obstante, quisiéramos subrayar y ampliar un aspecto que a nuestro parecer es fundamental como es la posibilidad de contemplar la donación en asistolia. A este respecto, las guías del *European Resuscitation Council* de 2015 establecen que todos los países europeos deben intensificar sus esfuerzos con el objetivo de incrementar el número de donantes fallecidos por criterios cardiocirculatorios tanto a nivel intra como extrahospitalario<sup>2</sup>. Para ello se hace hincapié en la necesidad de iniciar maniobras de mantenimiento como posible donante de órganos y tejidos durante el tiempo necesario para confirmar con la familia los deseos del fallecido, una vez que el equipo de emergencias considera la PCR como irreversible y las medidas de RCP infructuosas, independientemente del tiempo durante el cual se hayan realizado.

A este respecto, consideramos mandatorio para cualquier equipo de atención sanitaria consultar el registro de voluntades vitales anticipadas no solo en lo referente a las medidas invasivas y a las maniobras de RCP, sino también en lo referente a los deseos de donación de órganos y tejidos. En caso de ausencia de registro debe prevalecer tanto el principio de autonomía del fallecido expresado por medio de su familia como el principio de beneficencia de los potenciales receptores de los futuros órganos/tejidos.

Asimismo, nos gustaría hacer énfasis en lo que a nuestro parecer es algo importante, no solo para los programas de donación en asistolia extrahospitalaria sino también para mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren una PCR, como es la disponibilidad de equipos de compresiones torácicas mecánicas. Pese a que en los estudios comparativos<sup>3</sup> su utilización no supone una mejora de la eficacia de la RCP, sí aseguran la realización de dichas medidas de manera óptima, durante un tiempo prolongado, permitiendo el traslado del paciente, liberando al personal para poder realizar otros procedimientos y maniobras.

Por último, destacar que los datos más recientes sobre este tipo de donación, categorizada como tipo II de la

clasificación de Maastricht y más conocida como donación no controlada, son cada vez más favorables en nuestro país<sup>4,5</sup>.

Por todo ello, queremos enfatizar que ante una PCR irreversible con maniobras de RCP consideradas como infructuosas, independientemente del tiempo de aplicación, tanto a nivel intra como extrahospitalario es imprescindible tener presente de manera sistemática la activación del equipo de coordinación de trasplantes del hospital de referencia para plantear la posibilidad de donación de órganos/tejidos. Dicho equipo será en cualquier caso completamente independiente del personal de reanimación, tal y como recomiendan todas las guías, evitando así cualquier tipo de conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. López-Messa JB. What should be the appropriate duration for cardiopulmonary resuscitation. *Med Intensiva*. 2017;41:188-90 [Article in English, Spanish].
2. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al., ethics of resuscitation and end-of-life decisions section Collaborators. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The Ethics of resuscitation and end-of-life-decisions*. *Resuscitation*. 2015;95:302-11.
3. Rubertsson S, Lindgren E, Smekal D, Östlund O, Silfverstolpe J, Lichtveld RA, et al. Mechanical chest compressions and simultaneous defibrillation vs conventional cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: The LINC randomized trial. *JAMA*. 2014;311:53-61.
4. Martín-Villén L, Revuelto-Rey J, Aldabó-Pallas T, Correa-Chamorro E, Gallego-Corpa A, Ruiz del Portal-Ruiz Granados P, et al. Non-heart-beating donor program: Results after 3 years of experience. *Transplant Proc*. 2015;47:2567-9.
5. Miranda-Utrera N, Medina-Polo J, Pamplona-Casamayor M, Passas-Martínez JB, Rodríguez-Antolín A, de la Rosa Kehrmann F, et al. Uncontrolled non-heartbeating donors (types i-ii) with normothermic recirculation vs. heartbeating donors: Evaluation of functional results and survival. *Actas Urol Esp*. 2015;39:429-34 [Article in English, Spanish].

Z. Ruiz de Azúa-López<sup>a,\*</sup>, L. Martín-Villén<sup>a</sup> y J.J. Egea-Guerrero<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Coordinación Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Coordinación Sectorial de Trasplantes Sevilla-Huelva, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [zaida@azud.es](mailto:zaida@azud.es)  
(Z. Ruiz de Azúa-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.001>  
0210-5691/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.