

Respuesta a «Decisiones tras parada cardíaca irreversible: finales y oportunidades»



Reply to «Decisions after irreversible cardiopulmonary arrest: ends and opportunities»

Sr. Editor:

Tras la lectura del comentario publicado en su revista¹, sobre las decisiones tras una parada cardíaca irreversible, con referencia al punto de vista sobre la duración apropiada de los intentos de resucitación², y en donde se destaca la posibilidad de contemplar la donación en asistolia tras intentos infructuosos de resucitación cardiopulmonar (RCP), me gustaría realizar algunos comentarios.

Es de destacar la necesidad de extender en lo posible los programas de donación en asistolia, pero entendiendo que no se trata de una tarea sencilla y que en la actualidad se pueda o incluso se deba extender a todos los entornos, pues ha de depender no solo de las condiciones de la propia parada cardíaca y de la víctima, sino también del lugar y área donde se produzca. Mantener maniobras de resucitación por los equipos de emergencias, sin un conocimiento exacto de la existencia de un programa establecido de donación, puede llevar a la prolongación infructuosa de las mismas, con el desgaste de los profesionales o las expectativas de familiares de los potenciales donantes y de potenciales receptores.

Por otro lado, como se ha publicado recientemente, y si las condiciones anteriormente comentadas están presentes, debe identificarse lo más temprano posible a las víctimas sin posibilidades de supervivencia y considerarlas como potenciales donantes. Para ello, Jabre et al.³ en un estudio reciente establecen 3 criterios para dicha identificación temprana. Estos serían, tratarse de una parada cardíaca (PCR) no presenciada por los equipos de emergencias, un ritmo inicial no desfibrilable y no conseguir recuperación de la circulación espontánea antes de una tercera dosis de adrenalina.

A pesar de todo ello, tanto en Europa como en España existe una importante variabilidad en la aproximación ética ante la PCR, así como sobre las decisiones para finalizar la resucitación⁴, y según apuntan las recomendaciones éticas del European Resuscitation Council de 2015, parece necesario identificar muy claramente los casos de PCR refractaria que podrían beneficiarse de intervenciones más

prolongadas. No son excepcionales las publicaciones que refieren la recuperación de víctimas de PCR prolongada, en casos especiales como hipotermia, o incluso en pacientes incluidos en un programa de donación en asistolia y que el mantenimiento prolongado de las maniobras de RCP llevó a su recuperación inicialmente no esperada⁵. El avance en las técnicas de RCP puede cambiar conceptos previamente establecidos y se debe ser prudente y no establecer tampoco recomendaciones estrictas en todos los casos y situaciones, pues parece demostrado que en muchas situaciones los profesionales podrían tomar decisiones no sobre criterios validados, sino sobre intuiciones o percepciones de las posibilidades de recuperación de la víctima o de ser donante potencial.

Bibliografía

1. Ruiz de Azúa-López Z, Martín-Villén L, Egea-Guerrero JJ. Decisiones tras parada cardíaca irreversible: finales y oportunidades. *Med Intensiva*. 2017;41:506.
2. López-Messa JB. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? *Med Intensiva*. 2017;41:188–90.
3. Jabre P, Bougouin W, Dumas F, Carli P, Antoine C, Jacob L, et al. Early identification of patients with out-of-hospital cardiac arrest with no chance of survival and consideration for organ donation. *Ann Intern Med*. 2016;165:770–8.
4. Mentzelopoulos SD, Bossaert L, Raffay V, Askitopoulou H, Perkins GD, Greif R. A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 european countries. *Resuscitation*. 2016;100:11–7.
5. Mateos-Rodríguez A, Pardillos-Ferrer L, Navalpotro-Pascual JM, Barba-Alonso C, Martín-Maldonado ME, Andrés-Belmonte A. Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. *Resuscitation*. 2010;81:904–7.

Juan B. López Messa*

Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezme@saludcastillayleon.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.007>

0210-5691/

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