



DOCUMENTO DE CONSENSO

Manejo del síndrome posparada cardíaca ☆

H. Martín-Hernández^a, J.B. López-Messa^{b,*}, J.L. Pérez-Vela^c, R. Molina-Latorre^d,
A. Cárdenas-Cruz^e, A. Lesmes-Serrano^f, J.A. Álvarez-Fernández^g, F. Fonseca-San Miguel^h,
L.M. Tamayo-Lomas^b y P. Herrero-Ansolaⁱ, miembros del Comité Directivo
del Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

^cServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^dServicio de Medicina Intensiva, Hospital de Barcelona, Barcelona, España

^eServicio de Medicina Intensiva, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

^fServicio de Medicina Intensiva, Hospital de Valme, Sevilla, España

^gUnidad de Neurosonología, Hospital Rambla-Hospiten, Santa Cruz de Tenerife, España

^hServicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, Álava, País Vasco, España

ⁱServicio de Urgencias Médicas-SUMMA 112, Madrid, España

Recibido el 8 de julio de 2009; aceptado el 10 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2009

PALABRAS CALVE

Parada
cardiorrespiratoria;
Resucitación
cardiopulmonar;
Síndrome posparada
cardíaca;
Hipotermia
terapéutica;
Protocolo;
Cuidados intensivos

Resumen

Desde el advenimiento de la resucitación cardiopulmonar (RCP), hace más de 40 años, se ha conseguido que cada vez una mayor proporción de pacientes con parada cardiorrespiratoria logren la recuperación de la circulación espontánea (RCE). Sin embargo, la mayoría de estos pacientes fallecen en los primeros días tras su ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI), y esta situación no ha mejorado en estos años. La mortalidad de estos pacientes se asocia en gran medida a daño cerebral. Posiblemente, el reconocimiento de que la RCP no se acaba con la RCE, sino con el retorno de la función cerebral normal y la estabilización total del paciente, nos ayudará a mejorar el tratamiento terapéutico de estos pacientes en las UCI. En este sentido, parece más apropiado el término “resucitación cardiocerebral”, como proponen algunos autores.

Recientemente, el Internacional Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) ha publicado un documento de consenso sobre el “síndrome posparada cardíaca” y diversos autores han propuesto que los cuidados posparada se integren como un quinto eslabón de la cadena de supervivencia, tras la alerta precoz, la RCP precoz por testigos, la desfibrilación precoz y el soporte vital avanzado precoz.

☆ Documento de consenso del Comité Directivo del Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar (PNRCP) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Con el aval científico de la SEMICYUC.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcp@semicyuc.org (J.B. López-Messa).

El manejo terapéutico de los pacientes que recuperan la circulación espontánea tras las maniobras de RCP basada en medidas de soporte vital y una serie de actuaciones improvisadas basadas en el “juicio clínico” puede que no sea la mejor forma de tratar a los pacientes con “síndrome posparada cardíaca”.

Estudios recientes indican que el tratamiento de estos pacientes mediante protocolos guiados por objetivos —incluyendo las medidas terapéuticas que han demostrado su eficacia, como la hipotermia terapéutica inducida leve y la revascularización precoz, cuando esté indicada— puede mejorar notablemente el pronóstico de éstos.

Dado que en el momento actual no existe un protocolo basado en la evidencia universalmente aceptado, el Comité Directivo del Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), tras una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre el tema, seguida de una discusión en línea entre todos los miembros del comité y una reunión de consenso, ha elaborado el presente documento con la intención de que pueda servir como base para el desarrollo de protocolos locales en las diferentes UCI de nuestro país, teniendo en cuenta sus medios y sus características propias.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cardiopulmonary arrest;
Cardiopulmonary resuscitation;
Post-cardiac arrest syndrome;
Therapeutic hypothermia;
Protocol;
Intensive care

Managing the post-cardiac arrest syndrome

Abstract

Since the advent of cardiopulmonary resuscitation more than 40 years ago, we have achieved a return to spontaneous circulation in a growing proportion of patients with cardiac arrest. Nevertheless, most of these patients die in the first few days after admission to the intensive care unit (ICU), and this situation has not improved over the years. Mortality in these patients is mainly associated to brain damage. Perhaps recognizing that cardiopulmonary resuscitation does not end with the return of spontaneous circulation but rather with the return of normal brain function and total stabilization of the patient would help improve the therapeutic management of these patients in the ICU. In this sense, the term cardiocerebral resuscitation proposed by some authors might be more appropriate.

The International Liaison Committee on Resuscitation recently published a consensus document on the “Post-Cardiac Arrest Syndrome” and diverse authors have proposed that post-arrest care be integrated as the fifth link in the survival chain, after early warning, early cardiopulmonary resuscitation by witnesses, early defibrillation, and early advanced life support.

The therapeutic management of patients that recover spontaneous circulation after cardiopulmonary resuscitation maneuvers based on life support measures and a series of improvised actions based on “clinical judgment” might not be the best way to treat patients with post-cardiac arrest syndrome.

Recent studies indicate that using goal-guided protocols to manage these patients including therapeutic measures of proven efficacy, such as inducing mild therapeutic hypothermia and early revascularization, when indicated, can improve the prognosis considerably in these patients.

Given that there is no current protocol based on universally accepted evidence, the Steering Committee of the National Cardiopulmonary Resuscitation Plan of the Spanish Society of Intensive Medicine and Cardiac Units has elaborated this document after a thorough review of the literature and an online discussion involving all the members of the committee and a consensus meeting with the aim of providing a platform for the development of local protocols in different ICUs in our country to fit their own means and characteristics.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

En los últimos 20 años se ha venido llevando a cabo una optimización de la respuesta a la parada cardíaca (PC) extrahospitalaria mediante el desarrollo e implementación del concepto de “cadena de supervivencia”¹. Con la

implantación de los primeros 3 eslabones de esta cadena (alerta precoz, maniobras de resucitación cardiopulmonar [RCP] precoz por parte de testigos y desfibrilación temprana) en la comunidad se ha conseguido la recuperación de la circulación espontánea (RCE) en un mayor número de víctimas de PC. No obstante, la mayoría (aproximadamente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113703>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113703>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)