

¿Por qué mejores resultados con SVB que con SVA en la Parada Cardíaca Extra Hospitalaria?

Comentario a los resultados del estudio de Sanghavi et al en JAMA Intern Med, Published online November 24, 2014. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5420

Los provocativos resultados del estudio de Sanghavi et al, publicado ayer en JAMA Internal Medicine, hacen necesarias algunas reflexiones al respecto.

No es nueva la presentación de debilidades científicas que soporten las medidas de SVA, pues la gran mayoría de las intervenciones se basan en aserciones históricas no basadas en estudios científicos consistentes. De hecho, diversos estudios han demostrado que el SVA no añade valor a la desfibrilación temprana efectiva, la administración de drogas en la PCR no está sustentada en ensayos clínicos aleatorizados y el empleo de la intubación endotraqueal en el manejo de la vía aérea no se ha demostrado superior al empleo de métodos no invasivos.

Por otro lado, el estudio se extrae de datos del entrono norteamericano, donde por un lado se practica de forma habitual el traslado rápido al centro hospitalario más próximo de los pacientes en PCR, mientras se continúan realizando maniobras de RCP, y por otro los profesionales de los servicios de emergencias (SEM) son paramédicos, a diferencia de nuestro entorno donde las unidades de SVA de los SEM cuentan con médico y enfermero a bordo. En dicho entorno norteamericano se podría explicar que la aplicación in situ de medidas de SVA, que podrían no añadir valor a las de SVB, retrasarían el traslado al hospital, en donde probablemente se aplican medidas de resucitación por personal médico.

El estudio presentado, aun realizado con metodología estricta, no es un ensayo clínico aleatorizado comparando dos tipos de actuaciones. Se trata de un estudio retrospectivo con análisis de propensión, utilizando datos administrativos de la base de datos de Medicare, y no datos clínicos.

Lo que en el estudio se denomina SVB, no lo es en “sensu estricto”, sino sería lo que en nuestro entorno denominaríamos SV Instrumentalizado, con manejo de la vía aérea utilizando mascarilla facial y bolsa de reanimación, compresiones torácicas por personal paramédico entrenado y uso de DEA. No realizaban manejo avanzado de la vía aérea ni se administraban drogas.

Por todo ello, y con las limitaciones del estudio, los resultados no deben considerarse tan sorprendentes como inicialmente puede parecer. La explicación más sencilla se basaría en intervenciones más rápidas e igual de efectivas, por la no realización de técnicas que pueden requerir un mayor entrenamiento y cuya realización puede demorar el traslado al hospital o la aplicación de compresiones torácicas de calidad y de la desfibrilación.

Finalmente, en lo que se refiere a la posible aplicación a nuestro entorno, donde disponemos de unidades de SVA dotadas de médico y enfermero a bordo, especialmente entrenados en la realización de técnicas de RCP y con generalizados conocimientos de las recomendaciones sobre resucitación, los resultados de este estudio no deben modificar los protocolos de actuación, con la realización “in situ” de la RCP hasta la recuperación de la circulación espontánea o el exitus de la víctima. A pesar de ello, nos debe hacer reflexionar sobre la utilidad de las ya muy extendidas en los SEM de nuestro país Unidades de SVB, equipadas con material de manejo de la vía aérea no invasivo y DEA y con personal Técnico en Emergencias Sanitarias, que muy probablemente y por proximidad y rapidez de llegada al lugar de la PCR podrán facilitar la aplicación de medidas lo más precozmente posible y contribuir a mejorar la supervivencia.

Juan B. López Messa
Complejo Asistencial Universitario de Palencia