

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA. MANEJO DEL SINDROME POSTPARADA Y CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN

Autor principal:

MARÍA
PÉREZ CORRAL
PÉREZ CORRAL

Segundo co-autor:



PATRICIA
CASADO
SANTA BÁRBARA

Tercer co-autor:



CELIA
SÁNCHEZ
GARCÍA

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

postcardiac arrest syndrome

Palabra clave 2:

postcardiac arrest care

Palabra clave 3:

postcardiac arrest management

Palabra clave 4:

cuidados postparada cardiaca

Resumen:

Existe una gran variedad de supervivencia en pacientes recuperados de una parada cardiorespiratoria, relacionado con los cuidados postparada (CPP). La evidencia científica deja patente la relación de conocimientos enfermeros necesarios para que enfermería interprete su

propio rol en el manejo del Síndrome Postparada (SPP). Su tratamiento se perfila como el reto más importante en los próximos para mejorar la supervivencia. El objetivo ha sido describir la situación actual en publicaciones sobre manejo del SPP.

Estrategia de búsqueda. Fuente de datos: Agency for Healthcare Research and Quality, Evidence Reports, Cochrane Plus, Trip, NHS Evidence, CINAHL, PUBMED, CUIDEN, EMBASE, LILACS y SCIELO. Ensayos clínicos y revisiones bibliográficas, en castellano e inglés, 2006 - 2016. Evaluación de la calidad metodológica mediante “Critical Appraisal Skills Programme”. Resultados y discusión: Se identificaron 152 artículos, 17 cumplían los criterios de inclusión. En cuanto a la lectura crítica todos se consideran de calidad adecuada en mayor o menor grado para ser incluidos. Se realizó síntesis de la información más relevante acerca del manejo del SPP incluyendo un manejo, valoración inicial y monitorización básica seguido de una optimización terapéutica guiada por objetivos que la recuperación del paciente. Estas medidas deben mantenerse las primeras 72 horas. DISCUSIÓN. Mediante esta revisión se pretende cambiar la práctica actual por una basada en la evidencia en nuestros hospitales para actuar ante la falta de unanimidad

Antecedentes/Objetivos:

La parada cardiorespiratoria constituye un gran problema de salud. La supervivencia de estos pacientes no está mejorando en las últimas décadas. Existe una gran variabilidad en el pronóstico de estos pacientes entre distintos hospitales, del 4 al 33 %, y que podría estar relacionado con diferentes modos de cuidados postparada (CPP) llevados a cabo.

Hasta ahora, los CPP han sido el eslabón más débil, incluso a veces el eslabón perdido de la cadena de supervivencia. El enfermero de UCI debe ser consciente de la importancia del manejo de este síndrome. La evidencia científica deja patente la relación de conocimientos enfermeros necesarios para que enfermería interprete su propio rol e implemente las recomendaciones estandarizadas en nuestras UCI. Si se centrara más la atención en optimizar estos cuidados encontraríamos el eslabón más importante que falta para mejorar la supervivencia del paro cardíaco

El tratamiento del Síndrome Postparada (SPP) se perfila como el reto más importante en los próximos años para la mejora de la supervivencia. Mediante este trabajo se pretende evaluar la situación actual de la literatura en cuanto a estos cuidados para mejorar la asistencia a estos pacientes en cuanto a calidad y seguridad, y que permita a los profesionales cambiar la práctica actual por una basada en la evidencia.

El objetivo de nuestro estudio ha sido describir la situación actual en cuanto a las publicaciones sobre manejo y tratamiento del SPP, así como una lectura crítica de las mismas.

Descripción del problema - Material y método:

Se realizó una exhaustiva búsqueda en las siguientes fuentes:

Revisiones sistemáticas: Agency for Healthcare Research and Quality , Cochrane Plus y Centre for Reviews and Dissemination

Metabuscadores: Trip y NHS Evidence

Bases de datos bibliográficas: CINAHL, PUBMED, CUIDEN, EMBASE, LILACS, SCIELO

Hemos incluido ensayos clínicos y revisiones bibliográficas escritos en castellano e inglés de año 2006 a enero del 2016.

La evaluación de la calidad metodológica se llevó a cabo usando el instrumento “Critical Appraisal Skills Programme” (CASPe), el cual evalúa la validez interna, los resultados y la validez externa del estudio.

La búsqueda fue limitada a los último diez años y en humanos; excluyendo los estudios en animales o de evidencia anecdótica.

Tipos de participantes: Pacientes adultos ingresados en UCI, susceptibles de recibir cuidados postparada. Se excluyeron a pacientes menores de 16 años o mayores de 75, ingresados en otras unidades, en estado de coma, vegetativo o enfermedad terminal previa.

Tipos de intervenciones: Solo se tuvieron en cuenta aquellas intervenciones que comprendían los cuidados postparada publicados en las diversas recomendaciones. Se rechazaron los basados en la práctica habitual

Tipos de resultados de variables Hemos seleccionado a aquellos estudios que incluían las variables “supervivencia”, “categoría funcional”, “categoría cerebral”, “estado neurológico”. Se midieron con las escalas Categoría de función General y Cerebral de Glasgow – Pittsburgh y Escala de coma de Glasgow.

Resultados y discusión:

Se identificaron 152 artículos, 32 eran potencialmente seleccionables. Tras un profundo escrutinio cumplían los criterios de inclusión 17 artículos

LECTURA CRÍTICA

En cuanto a los ensayos clínicos: Todos se orientan a una pregunta claramente definida. La aleatorización no fue posible en la mayoría de los estudios, ya que se trataban de registros de casos de todos los pacientes susceptibles de recibir CPP. En cuanto a la similitud de los sujetos al inicio del estudio, en la mayoría de ellos las características iniciales mostraban un valor $p > 0,05$. Los autores analizaron las diferencias iniciales encontradas referenciando que no estaban relacionadas con los CPP posteriormente recibidos.

Los seguimientos al alta se consideran adecuados por la amplitud a 12 meses en algunos de los estudios. Debido a la naturaleza de la intervención y el propósito de los estudios, los cegamientos no fueron posibles en la mayoría de los casos.

En todos ellos se usan métodos estadísticos expresando el valor. Los resultados son obviamente aplicables en nuestro medio, prevaleciendo los beneficios frente a los perjuicios y costes

En cuanto a las revisiones sistemáticas: Todos los estudios se hicieron sobre un tema claramente definido. Los autores buscaron el tipo de estudio adecuado, incluyendo los más importantes. En cambio, en ninguna de las revisiones se indica la precisión de los resultados ni se incluye el método empleado para valorar la calidad de los estudios incluidos.

Existe heterogeneidad entre los documentos analizados en cuanto al tipo de diseño y número de estudios incluidos, contexto y pacientes. Aun así, los datos están bien descritos y se definen adecuadamente las intervenciones.

Los resultados se pueden aplicar en nuestro medio, siendo importantes en la toma de decisiones.

ANÁLISIS DEL CONTENIDO

Se ha extraído la información más relevante acerca del manejo del SPP:

1. Manejo, valoración inicial y monitorización básica mínima: Incluyendo revisión de la historia clínica, electrocardiograma, analítica general y valoración de la consciencia para decidir la necesidad de iniciar Hipotermia terapéutica (Escala Coma dGlasgow menor o igual a 8)

2. Optimización terapéutica guiada por objetivos:

- PCO₂ 38 – 42 mmHg

- Sat O₂ 94 – 96%

- Glucemia 100 – 180 mg/dl, mediciones más frecuentes las primeras 4 – 6 horas

- PC: 50 – 100 latidos por minuto
- T^a < 37 °C (32 - 36 °C si Hipotermia terapéutica)
- Presión arterial media: 65-100mmHg
- Presión Venosa Central: 8-12mmHg
- Administración de líquido intravenoso y/o drogas inotrópicas o vasopresoras. De ser insuficientes, se iniciará un dispositivo de soporte circulatorio.
- Diagnóstico y tratamiento de convulsiones.

Mantener estas medidas exhaustivamente las primeras 72 horas

Discusión

En cuanto a la calidad de los artículos encontrados, se considera adecuada en cuanto a metodología en los ensayos clínicos e inclusión de artículos en revisiones. Cabe destacar que en ningún artículo las revisiones se especifica la precisión de los resultados, ni se conoce si se ha evaluado la calidad de los estudios. Esta falta de rigor especificado queda subsanado, ya que muchas de estas revisiones pertenecen a sociedades científicas tales como European Resuscitation Council o American Heart Association, documentos con rigor científico. Las limitaciones encontradas han sido la escasez de documentación debido a que se trata de una condición clínica relativamente nueva. Escasez de ensayos clínicos homogéneos lo que limita la comparación entre ellos. Por otro lado todos los estudios se basan en el mismo estudio primario (Guía consensuada ILCOR) y no existen datos nuevos

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Mediante la realización de la revisión bibliográfica y su posterior lectura crítica y de contenido, hemos sintetizado la información más relevante en cuanto a los CPP actuales, dejando patente la importancia a la hora de mejorar la seguridad de estos pacientes.

Muchos de los pacientes que consiguen una recuperación de la circulación espontánea dejan de recibir tratamiento antes de llevarse a cabo una valoración pronóstica sobre su recuperación neurológica. Hasta ahora, los CPP han sido el eslabón más débil, incluso a veces el eslabón perdido de la cadena de supervivencia. El SPP es citado en numerosos artículos tratando de dar a su tratamiento la importancia que merece, describiéndolo como el reto más señalado para los próximos años a la hora de mejorar la supervivencia de la parada cardiorespiratoria.

A pesar de las recomendaciones publicadas acerca de los CPP, la realidad es que solo una minoría de profesionales aplican las medidas sugeridas, basándose la mayoría en el «juicio clínico».

La evidencia científica deja patente la importancia para el paciente, incluyendo su seguridad, de recibir unos cuidados basados en la evidencia actual, incluyéndose en ellos los cuidados postparada sintetizados mediante esta revisión de la bibliografía y síntesis de la información

Si se centrara más la atención en optimizar y estandarizar estos cuidados encontraríamos el eslabón más importante que falta para mejorar la supervivencia del paro cardíaco y la seguridad del paciente.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Tras la realización de la revisión bibliográfica sistemática de las publicaciones actuales, se ven necesarios nuevos abordajes en el manejo del SPP, que deberán ser evaluados en futuras líneas de investigación.

Con la síntesis de información realizada, queda reflejada la existencia numerosas recomendaciones sobre el manejo del SPP, pero no existe un verdadero protocolo estandarizado para el tratamiento de estos pacientes.

Principalmente este trabajo deja patente la escasez de ensayos clínicos homogéneos que permitan una comparación entre ellos. Son varios los artículos que tratan el manejo del síndrome postparada, sin embargo son muy heterogéneos en cuanto a contexto de estudio (ámbito extrahospitalario o intrahospitalario), variables resultado medidas o definición y variables de CPP adecuados.

La recuperación de la mayoría de los pacientes no es total, debido a la presencia de muchos cofactores que influyen tanto previos a la parada, maniobras de soporte vital avanzado y cuidados postresucitación recibidos. Es por ello que en la mayoría de los casos el resultado puede verse influenciado. Son necesarios estudios futuros más concretos que controles esta fuente de sesgo

Tal y cómo citaban Berenholz y Pronovost en su artículo: “la oportunidad más coste/efectiva para mejorar el pronóstico de pacientes, probablemente no vendrá del descubrimiento de nuevas terapias, sino de cómo conseguir que se apliquen las terapias que ya se sabe que son efectivas”

Bibliografía:

1. Martín-Hernández H. H, López-Messa, J.B. JB, Pérez-Vela, J. L. JL, Molina-Latorre R. R, Cárdenas-Cruz A. A, Lesmes-Serrano A, et al. Manejo del síndrome postparada cardíaca. *Med Intensiva*. 2010;34:107–26.
 2. Callaway CW, Donnino MW, Fink EL, Geocadin RG, Golan E, Kern KB, et al. Part 8: Post-Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015 Nov 3;132(18 suppl 2):S465–82
 3. Nolan JP, Soar J, Cariou A, Cronberg T, Moulaert VRM, Deakin CD, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015. *Resuscitation*. 95:202–22.
 4. Uray T, Sterz F, Weiser C, Schreiber W, Spiel A, Schober A, et al. Quality of post arrest care does not differ by time of day at a specialized resuscitation center. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Apr;94(14):e664.
 5. Kirves H, Skrifvars MB, Vahakuopus M, Ekstrom K, Martikainen M, Castren M. Adherence to resuscitation guidelines during prehospital care of cardiac arrest patients. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. 2007 Apr;14(2):75–81.
-