REGISTRO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO PERIANESTÉSICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE: PRIMEROS TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

María Mercedes Aguirre y Sebastián Mayanz.
Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La incidencia del paro cardiorrespiratorio (PCR) perianestésico en reportes internacionales varía entre 34,6/10.000[1] y 2,3/10.000[2]. Es desconocida la incidencia y las causas del PCR en nuestro medio. Conocer estos datos permitiría la creación o modificación de protocolos de reanimación según la realidad local, optimizando los resultados.
Objetivos: Describir las características de presentación y la sobrevida del PCR perioperatorio, en los pacientes sometidos a cirugía durante el período agosto de 2006 a agosto de 2009 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Material y Método: Estudio descriptivo, de acuerdo a las Guías de Utstein. Se incluyó a todos los PCR reportados ocurridos durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato, en pabellón central o de urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los meses de Agosto 2006 y Agosto 2009. El PCR fue definido como la condición que requiere masaje cardíaco externo y/o desfibrilación. Se registraron datos de los pacientes, del evento mismo y del resultado de éste a inmediato, corto y largo plazo.
Resultados: Durante este período se realizaron 37.718 cirugías. Ocurrieron 19 PCR y se reportaron 18. La incidencia de PCR fue de 5,03/10.000. La edad promedio de los pacientes fue 55 años ($\pm$ 19,95). Cuatro pacientes no tenían condiciones preexistentes (22,2%). De las condiciones preexistentes, en 8 casos existía hipotensión/hipoperfusión (44,4%), en 5 una enfermedad neoplásica de base (27,7%), en 4 un trastorno electrolítico (22,2%) y en 2 la presencia de sepsis (11,1%). La causa inmediata probable del PCR fue identificada en 16 casos. De ellas, destaca que se repitió en 5 casos la hemorragia intraoperatoria (27,7%), problemas con la administración de drogas en 3 casos (16,7%) y shock séptico refractario en 2 casos (11,1%). La hipoxia por problemas con el manejo de la vía aérea y la complicación de la instalación de un catéter venoso central dieron cuenta de un caso cada una (5,5% cada una). En relación al evento, todos fueron presenciados y todos los pacientes estaban monitorizados. El ritmo inicial fue desfibrilable en 5 casos (27,7%) y no desfibrilable en 13 (72,3%): actividad eléctrica sin pulso en 6, asistolía en 6 y bradicardia extrema en 1. No se obtuvieron datos confiables sobre los intervalos de tiempo entre el diagnóstico del PCR y el inicio de la reanimación o la desfibrilación, ni el tiempo total de reanimación. Del total de pacientes, 13 sobrevivieron al evento (72,2%), 12 estaban vivos a las 24 horas (66,6%), 8 sobrevivieron al alta hospitalaria (44,4%) y 1 aún se encuentra hospitalizado. Después del alta se pudo seguir a 6 pacientes; todos ellos estaban vivos y sin daño neurológico a los 6 y 12 meses.
Conclusiones: La incidencia de PCR perianestésico obtenida, se asemeja a la publicada en la literatura. La frecuencia de los ritmos iniciales encontrados coincide con las cifras publicadas en PCR intrahospitalario[3]. La sobrevida inmediata y la sobrevida al alta hospitalaria son mayores que lo reportado. Ninguno de los pacientes que presentan hemorragia y/o enfermedad neoplásica sobrevive a las 24 horas. En esta serie, la causa hipóxica fue infrecuente, al contrario de lo reportado en PCR perioperatorio. Según nuestro análisis, en 5 casos (27,8%) el PCR pudo ser prevenible y en 6 casos (33,3%) el PCR fue atribuible a la anestesia.

Bibliografías

1. Braz LG, et al. Perioperative cardiac arrest: a study of 53718 anaesthetics over 9 years from a Brazilian teaching Hospital. Br J Anaesth 2006; 96: 569-75.
2. Biboulet P, et al. Fatal and non fatal cardiac arrest related to anesthesia. Can Journal Anesth 2001; 48: 326-32.
3. Sandroni C, et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med 2007; 33: 237-45.