

CARTAS AL EDITOR

Parada cardiaca extrahospitalaria y complejidad hospitalaria: asociación no implica causalidad

*Out-of-hospital cardiac arrest
and hospital complexity: Association
does not imply causation*

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Jorge-Pérez *et al.* "Características, manejo y pronóstico de la parada extrahospitalaria (PCREH) de causa cardiaca según el centro tratante"¹ y quisiéramos referirnos a algunos aspectos que pueden influir en la interpretación de los resultados.

El estudio retrospectivo utiliza como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos

(CMBD), un registro administrativo y clínico que recopila solo variables claves al alta², lo cual impone limitaciones importantes para el análisis de la PCREH. Por otra parte, no se hace referencia a variables pronósticas importantes como el tipo de ritmo cardíaco inicial, existencia de testigo, realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) por transeúnte o presencia de respiración agónica. Los ritmos desfibrilables constituyen un fuerte predictor de supervivencia, especialmente cuando la desfibrilación temprana por testigos es factible y su conversión desde ritmos no desfibrilables se asocia con un mayor retorno prehospitalario a la circulación espontánea, supervivencia y un pronóstico neurológico favorable al mes^{3,4}. De igual forma también existen otros factores que influyen de manera decisiva en los resultados como la duración de la reanimación cardiopulmonar (RCP), tiempo hasta la desfibrilación, interacción de la RCP y la desfibrilación o la implementación de la RCP telefónica asistida por operadores³. La ausencia de estos determinantes limita la capacidad del modelo de ajuste para controlar adecuadamente la gravedad inicial del evento, lo que podría generar confusión residual entre hospitales.

Con relación al efecto protector observado en pacientes trasladados a hospitales con laboratorio de hemodinámica (grupo 2), esto debe interpretarse con cautela. Estos eran más jóvenes, presentaban mayor prevalencia de infarto agudo de miocardio y de complicaciones potencialmente tratables mediante intervencionismo coronario; lo cual sugiere un importante sesgo de selección clínica, en el que los pacientes con mayor probabilidad de beneficio terapéutico son precisamente aquellos que se derivan a centros de mayor complejidad. Atribuir el mejor pronóstico al traslado o al tipo de hospital podría sobreestimar el efecto real de la estructura asistencial. Es relevante también la baja proporción de traslados interhospitalarios observada (3,2%), inferior a otros sistemas sanitarios con redes estructuradas de atención a la parada cardíaca⁵. Este hallazgo sugiere que pacientes susceptibles podrían no ser derivados a centros de mayor capacidad terapéutica, aunque la base de datos no permite identificar las razones clínicas u organizativas que condicionan estas decisiones, lo que dificulta interpretar este resulta-

do en términos de oportunidad terapéutica perdida. Debemos considerar también, que la mortalidad del 47,9% en el grupo 1 refleja un conjunto heterogéneo de pacientes, incluyendo aquellos que no han sido candidatos a traslado a centros con laboratorio de hemodinámica, así como otros con complicaciones graves o comorbilidades que condicionaron un pronóstico desfavorable independiente del centro. Por esta razón, no se puede interpretar el incremento de la mortalidad como consecuencia del no traslado a hospitales de mayor especialización.

En conjunto, el trabajo de Jorge-Pérez *et al.* aporta datos valiosos sobre la variabilidad hospitalaria en la atención a la PCREH en España. Sin embargo, las limitaciones inherentes al uso de bases administrativas y el posible sesgo de selección en la derivación de pacientes obligan a interpretar con cautela la relación observada entre complejidad hospitalaria y pronóstico. Estudios futuros que integren registros hospitalarios con datos de los servicios de emergencias médicas y variables clínicas detalladas permitirán evaluar con mayor precisión el impacto real de la organización asistencial en los resultados de estos pacientes.

Hedgar Berty Gutiérrez¹,
Elier Carrera González²,
Jaykel Evelio Gómez Triana³

¹Family Doctors, Marshai Health S.L, Santa Cruz de Tenerife, España.

²Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

³Centro de Salud Nuestra Señora del Castillo, Sevilla, España.

hedgarbg@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable: Óscar Miró.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

DOI: 10.55633/s3me/078.2026

Bibliografía

- 1 Jorge-Pérez P, Viana-Tejedor A, Fernández C, Elola FJ, del Prado N, Sánchez MIB, et al. Características, manejo y pronóstico de la parada extrahospitalaria de causa cardíaca

según el centro tratante. Emergencias. 2026;38:20-6.

- 2 Registro de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Manual de definiciones y glosario de términos. Portal Estadístico. (Consulta 16 Marzo 2026). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.salud.gob.es/publicoSNS/D/rae-cmbd/rae-cmbd/manual-de-usuario/manual-de-usuario-rae>
- 3 Myat A, Song K-J, Rea T. Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. The Lancet. 2018;391:970-9.
- 4 Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2010;3:63-81.
- 5 Park JH, Lee SC, Do Shin S, Song KJ, Hong KJ, Ro YS. Interhospital transfer in low-volume and high-volume emergency departments and survival outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide observational study and propensity score-matched analysis. Resuscitation. 2019;139:41-8.