

Avance online de artículo en prensa

CARTAS AL EDITOR

El pronóstico no empieza en el hospital: el peso de la atención extrahospitalaria en la parada cardiorrespiratoria

Prognosis does not start at the hospital: the impact of prehospital care on cardiac arrest

Sr. Editor:

El artículo de Jorge-Pérez *et al.*¹ analiza la influencia del hospital de destino en el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH). Sin embargo, su planteamiento desplaza el foco hacia el ámbito hospitalario en un proceso cuyo desenlace se determina, en gran medida, antes de la llegada al hospital. La evidencia es consistente: la supervivencia tras una PCREH depende fundamentalmente de la fase extrahospitalaria, en particular del inicio precoz de la reanimación cardiopulmonar por testigos, la desfibrilación temprana y la calidad de las maniobras iniciales^{2,3}. Estos factores, junto con los tiempos de respuesta y la organización del sistema de emergencias, constituyen el núcleo de la cadena de supervivencia y explican una parte sustancial de la variabilidad en los resultados³.

En el estudio analizado, las variables extrahospitalarias no se incluyen en el modelo de ajuste, lo que adquiere especial relevancia, ya que condiciona la interpretación de las diferencias observadas entre hospitales. En este contexto, atribuir diferencias pronósticas al hospital de destino sin integrar adecuadamente estas variables supone una interpretación incompleta del proceso asistencial. La ausencia de estos registros limita la capacidad de ajustar por variables críticas como el ritmo inicial, la reanimación cardiopulmonar por testigos, los tiempos de intervención o la calidad de las maniobras, todos ellos determinantes bien establecidos del pronóstico²⁻⁴.

Esto introduce una limitación metodológica relevante: cuando no se mide lo que más condiciona el resultado, el efecto de lo que sí se mide tiende a sobreestimarse. En este caso, el impacto atribuido al hospital de destino puede estar reflejando, en parte, diferencias no recogidas en la atención extrahospitalaria.

Por otro lado, el análisis no incorpora variables relacionadas con la capacitación y experiencia de los equipos que realizan la atención inicial -médicos, enfermería y técnicos de emergencias- a pesar de su impacto demostrado en la calidad de la reanimación y en la supervivencia²⁻⁴.

La incorporación sistemática de variables de proceso extrahospitalario en futuros análisis permitiría una evaluación más precisa del peso relativo de cada nivel asistencial. Los autores del citado trabajo concluyen que los centros con mayor complejidad estructural ofrecen mejor pronóstico. No obstante, la supervivencia en la PCREH no depende de un único nivel asistencial, sino de la solidez de toda la cadena de supervivencia. El pronóstico de la PCREH no se define en el hospital, sino antes; ignorarlo no es una simplificación, sino un error de enfoque.

Mónica Ochoa Domenech¹,
Jordi Delàs²

¹Técnica en Emergencias Sanitarias, Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), Barcelona, España.

²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, España.

monicochoadomenech@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara 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: XXXX

Bibliografía

- 1 Jorge-Pérez P, Viana-Tejedor A, Fernández C, Elola FJ, del Prado N, Barrionuevo Sánchez MI, et al. Características, manejo y pronóstico de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria de causa cardíaca según el hospital de destino. *Emergencias*. 2026;38:20-6.
- 2 Perkins GD, Handley AJ, Koster RW. European Resuscitation Council Guidelines 2021: adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2021;161:98-114.
- 3 Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE—27 Nations, ONE Europe, ONE Registry. *Resuscitation*. 2016;105:188-95.

- 4 Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: post-resuscitation care. *Resuscitation*. 2021;161:220-69.