

CAMBIO DE GUARDIA

Cuando la paciente abrió los ojos

*When the patient opened her eyes*Cristina Horrillo-García¹, Ana Benito-Justel², Carlos Rubio-Chacón¹, Erik Urutxurtu-Laureano³

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es uno de los escenarios mejor protocolizados de la medicina de urgencias. Los equipos entrenamos una y otra vez los algoritmos de reanimación, interiorizamos secuencias, tiempos y tratamientos, y aprendemos a reconocer los signos que indican recuperación o fracaso. Sin embargo, de vez en cuando ocurre algo que no encaja en ningún algoritmo y que obliga a replantearse lo que creemos saber.

Aquella mañana, fue el primer aviso de nuestro equipo de soporte vital avanzado medicalizado. Acudimos al domicilio de una mujer de 75 años que había llamado al servicio de emergencias por dolor torácico. A nuestra llegada se encontraba consciente, pero la situación evolucionó de forma fulminante. Entró en PCR y el monitor mostró una fibrilación ventricular como ritmo inicial de la parada.

Comenzamos las maniobras de reanimación avanzada siguiendo las recomendaciones habituales. Las compresiones torácicas se iniciaron de forma inmediata mientras se preparaba el material para el control avanzado de la vía aérea. La escena era la que cualquier profesional de emergencias reconocería: monitor, desfibrilador, medicación, comunicación entre los miembros del equipo y una sucesión de decisiones rápidas orientadas a recuperar la circulación espontánea. Pero, durante la intubación orotraqueal ocurrió algo inesperado: ¡la paciente abrió los ojos!

No fue un movimiento reflejo aislado ni una simple contracción muscular. Abrió los ojos y dirigió la mirada hacia nosotros. Inmediatamente, elevó los brazos intentando alcanzar el laringoscopio. Durante unos segundos el tiempo pareció detenerse.

Todos pensamos lo mismo: había recuperado la circulación espontánea. La familia, allí presente, no dijo nada, pero su mirada estaba llena de esperanza.

Era la explicación lógica. Una paciente consciente no debería encontrarse en parada cardíaca. Las compresiones se interrumpieron brevemente para comprobar la situación clínica. Buscamos pulso. Revisamos el monitor. Esperábamos encontrar un ritmo organizado compatible con recuperación circulatoria... pero no fue así.

La fibrilación ventricular persistía, y la paciente seguía sin pulso.

Aquella discrepancia entre lo que veíamos y lo que creíamos posible generó una sensación difícil de describir. Los algoritmos son extraordinariamente útiles cuando la realidad se comporta como esperamos. Cuando no lo hace, aparecen la sorpresa, la incertidumbre y la necesidad de interpretar lo que está sucediendo mientras el tiempo continúa avanzando.

Habíamos leído sobre raros casos de la conciencia inducida por reanimación cardiopulmonar¹⁻⁵, ¿sería este uno de ellos?

Retomamos inmediatamente las compresiones y entendimos que probablemente estábamos ante este fenómeno. A partir de ese momento la situación adquirió una dimensión distinta. Ya no se trataba únicamente de mantener una reanimación de calidad; también era necesario manejar las consecuencias de una paciente que parecía percibir, al menos parcialmente, lo que estaba ocurriendo.

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar son procedimientos agresivos. Las compresiones torácicas generan dolor y producen movimientos corporales evidentes. La intubación, la desfibrilación y otros procedimientos invasivos forman parte de una asistencia que asumimos necesaria cuando una persona está inconsciente y sin circulación espontánea. Sin embargo, cuando aparecen signos de conciencia, el profesional contempla esas mismas maniobras desde una perspectiva diferente. La familia percibe esas maniobras de forma agresiva. ¿Qué está sintiendo esa persona?, ¿qué es capaz de percibir?, ¿comprende lo que ocurre a su alrededor?, ¿experimenta dolor, angustia o miedo?

La realidad es que no conocemos con exactitud la respuesta. Las investigaciones más recientes sugieren que algunos pacientes podrían mantener cierto grado de actividad cerebral e incluso de experiencia consciente durante la reanimación. Aunque este fenómeno continúa siendo poco frecuente y todavía insuficientemente comprendido, obliga a reflexionar sobre aspectos que históricamente han recibido menos atención que las cuestiones puramente técnicas.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, SUMMA112, Madrid, España. ²Servicio de Emergencias de Castilla y León. SACYL, Valladolid, España.

³Osakidetza Emergentziak, Bizkaia, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Ana Benito-Justel, C/ Gabilondo 28 3e. 47007 Valladolid, España.

Correo electrónico: anuskabe@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 15-8-2026. Aceptado: 27-8-2026. Online: 4-9-2026.

Editor responsable: Sebastián Matos Castro.

DOI: xxxx

Avance online de artículo en prensa

Acostumbramos a valorar la calidad de una reanimación mediante parámetros objetivos: profundidad de las compresiones, frecuencia, capnografía o recuperación de la circulación espontánea. Sin embargo, los episodios de conciencia durante la parada nos recuerdan que puede existir también una dimensión subjetiva de la experiencia del paciente.

En aquel momento decidimos administrar sedación para facilitar las maniobras y evitar interferencias en el tratamiento. La decisión parecía razonable desde el punto de vista clínico, pero no dejaba de plantear interrogantes. Administrar sedación a una persona que continúa en PCR es una situación que pocos profesionales esperan afrontar durante su carrera.

La paciente recuperó finalmente la circulación espontánea tras aproximadamente veinte minutos de reanimación. Fue trasladada al hospital con sospecha de síndrome coronario agudo como causa desencadenante de la parada. Este hecho fue aliviante ¿qué hubiera sucedido si no hubiera recuperado pulso? El impacto emocional no solo para la familia, sino para los reanimadores hubiera sido mayor.

La asistencia continuó. El aviso terminó. Como ocurre tantas veces en emergencias, cada uno regresó a su actividad habitual. Pero el recuerdo de aquella mirada permaneció.

Con frecuencia pensamos en la parada cardíaca como una frontera claramente definida entre la conciencia y la inconsciencia. La experiencia vivida aquel día nos enseñó que la realidad puede ser más compleja. Los avances en la calidad de la reanimación están consiguiendo una mejor perfusión cerebral durante las maniobras, y fenómenos antes excepcionales parecen observarse con mayor frecuencia. Esto obliga a replantear algunos conceptos y a preparar a los profesionales para situaciones que hasta hace pocos años apenas eran mencionadas en la formación habitual.

Más allá de las cuestiones clínicas, aquella paciente nos hizo reflexionar sobre algo esencial: detrás de cada algoritmo existe una persona. En ocasiones, la presión asistencial, la necesidad de actuar con rapidez y la con-

centración en los procedimientos pueden hacer que la atención se centre exclusivamente en el objetivo fisiológico. Recuperar la circulación espontánea es, sin duda, nuestra prioridad. Pero episodios como este recuerdan que la experiencia humana del paciente puede seguir existiendo incluso en circunstancias extremas.

Sería interesante conocer qué percibió aquella mujer durante los minutos en que permaneció en PCR, si conservó algún recuerdo de lo ocurrido o si llegó a comprender la situación en la que se encontraba. Son preguntas que, hasta la fecha, siguen acompañándonos.

Lo que sí sabemos es que aquella PCR nos obligó a mirar más allá del monitor y más allá del algoritmo. Nos recordó que todavía existen aspectos de la reanimación que desconocemos y que la conciencia humana puede manifestarse donde menos la esperamos.

A veces, en medicina de emergencias, los mayores aprendizajes no proceden de los éxitos ni de los fracasos, sino de aquellos momentos inesperados que cuestionan nuestras certezas. Para nosotros, ese momento llegó cuando una paciente abrió los ojos en mitad de una PCR.

Bibliografía

- 1 Talikowska M, Belcher J, Ball S, Majewski D, Finn J. CPR-induced consciousness in out-of-hospital cardiac arrest patients in Western Australia: Case characteristics and CPR quality. *Resuscitation*. 2024;201:110278.
- 2 Howard J, Lipscombe C, Beovich B, Shepherd M, Grusd E, Nudell NG, et al. Pre-hospital guidelines for CPR-Induced Consciousness (CPRIC): A scoping review. *Resusc Plus*. 2022;12:100335.
- 3 Parnia S, Keshavarz Shirazi T, Patel J, Tran L, Sinha N, O'Neill C, et al. AWAREness during REsuscitation - II: A multi-center study of consciousness and awareness in cardiac arrest. *Resuscitation*. 2023;191:109903.
- 4 Brede JR, Skjærseth EÅ, Rehn M. Prehospital anaesthesiologists experience with cardiopulmonary resuscitation-induced consciousness in Norway - A national cross-sectional survey. *Resusc Plus*. 2024;18:100591.
- 5 Pourmand A, Hill B, Yamane D, Kuhl E. Approach to cardiopulmonary resuscitation induced consciousness, an emergency medicine perspective. *Am J Emerg Med*. 2019;37:751-6.