

Guía europea sobre paro perioperatorio: implicancias para nuestra práctica

Resumen y análisis crítico por la Subcomisión de Reanimación – AAARBA

Julián A. Filgueira¹

¹ Coordinador de la Subcomisión de Reanimación – AAARBA

jfilgueira@anestesiologo.org

INTRODUCCIÓN

En 2023, la European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) y la European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) publicaron una guía de consenso para la identificación, tratamiento y prevención del paro cardiorrespiratorio en el período perioperatorio. Este documento complementa las recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC), que junto con la American Heart Association (AHA) integran el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

Se recomienda leer la guía completa (disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37218626>)

El objetivo de este resumen comentado es destacar los puntos clave, analizar su aplicabilidad en el contexto argentino y proponer estrategias de implementación adaptadas a nuestros recursos.

Metodología de la guía

Un grupo de expertos designado por ESAIC y ESTES realizó una búsqueda sistemática en MEDLINE, EMBASE, CINAHL y el Cochrane Central Register of Controlled Trials. La mayoría de las recomendaciones se basan en consenso de expertos, con evidencia de calidad baja a moderada.

Puntos clave y mirada crítica

1. Monitorización invasiva durante las compresiones torácicas

- Recomendación: puede optimizar la calidad de las compresiones y el momento de administrar adrenalina (2C).
- Perspectiva local: si bien en la mayoría de los centros de nuestro medio esto es factible, en algunos, la monitorización arterial continua es un recurso limitado por la disponibilidad de insumos.

2. Masaje cardíaco a tórax abierto

- Recomendación: considerar si no hay retorno de la circulación con las compresiones cerradas y no se dispone de oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (VA-ECMO) (2C).
- Perspectiva local: considerar en base a la experiencia del equipo quirúrgico en cada lugar de trabajo.

3. Trombólisis en embolia pulmonar masiva

- Recomendación: en el contexto perioperatorio, debe considerarse tras evaluar riesgo/beneficio por posible sangrado grave; la VA-ECMO puede ser una alternativa según la disponibilidad.
- Perspectiva local: en Argentina, la VA-ECMO está disponible solo en pocos centros.

4. Neumotórax a tensión en paro traumático

- Recomendación: la toracostomía digital (finger thoracostomy) es el tratamiento de elección. Si no se cuenta de inmediato con personal entrenado o el equipamiento necesario, debe realizarse descompresión con aguja en el 4º o 5º espacio intercostal en la línea axilar anterior. En el hemitorax izquierdo, considerar el riesgo de punción cardíaca y quizás utilizar el abordaje anterior (ver Apéndice 2.A en línea, disponible en: <http://links.lww.com/EJA/A812>)
- Perspectiva local: Debe considerarse la disponibilidad de recursos en cada centro de trabajo para resolver la causa de un paro cardiorrespiratorio.

5. Paro hipovolémico

- Recomendación: Existe una diferencia esencial entre el paro cardiorrespiratorio médico y el hipovolémico. Este último, se produce por falta de precarga cardíaca y va

precedido de un shock hipovolémico que degrada a un estado de gasto cardíaco mínimo. La actividad cardíaca correspondiente suele ser una Pseudo Actividad Eléctrica Sin Pulso (PAESP), en la que la actividad cardíaca coordinada es insuficiente para mantener los signos vitales. En esta fase, deben suspenderse las compresiones torácicas y la reanimación debe centrarse en el control de la hemorragia y la reposición de líquidos y hemoderivados, porque el aumento de la presión intratorácica causado por las compresiones torácicas, disminuye el retorno venoso, y la compresión asincrónica del corazón vacío impide el llenado ventricular diastólico, lo que compromete aún más el gasto cardíaco. Si no se trata, las contracciones cardíacas cesan por completo y se produce una verdadera Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP), en donde sí recomendamos sumar la reanimación cardiopulmonar con las compresiones torácicas a la resolución de la causa.

Considerar el uso de la ecografía para:

- Detectar la causa del paro cardiorrespiratorio hipovolémico.
- Diferenciar entre PAESP y verdadera AESP.
- Dirigir los esfuerzos de reanimación.

Descartar otras causas reversibles

- Perspectiva local: disponer de un ecógrafo funcional en quirófano y personal entrenado es crítico; muchas salas aún carecen de este recurso.

6. Se recomienda la lectura completa de la guía para complementar los puntos anteriores y también para aprender más sobre el paro cardiorrespiratorio de origen obstructivo (neumotórax a tensión y taponamiento cardíaco), embolia aérea, etc.

Limitaciones de la guía

- Recomienda entrenamiento y simulación, aunque sin protocolos estandarizados ni adaptación explícita a diferentes entornos.

Implicancias para nuestra práctica

- Adaptar las recomendaciones según la disponibilidad real de recursos.
- Entrenar en el diagnóstico ecográfico rápido de causas reversibles.
- Simular escenarios de paro perioperatorio con algoritmos adaptados.

COMENTARIO FINAL:

Esta guía aporta un marco útil, pero su implementación requiere de adaptación local y entrenamiento sistemático. En Argentina, el desafío es doble: integrar estas recomendaciones a la práctica diaria y garantizar que todo el equipo quirúrgico esté preparado para actuar en segundos.

Julián A. Filgueira
jfilgueira@anestesiologo.org

Descargo de responsabilidad: Este artículo es un resumen y análisis crítico elaborado por la Subcomisión de Reanimación de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA) a partir de la publicación original: Hinkelbein J, Andres J, Böttiger BW, et al. Cardiac arrest in the perioperative period: a consensus guideline for identification, treatment, and prevention from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care and the European Society for Trauma and Emergency Surgery. *Eur J Anaesthesiol.* 2023;40(10):724-736. doi:10.1097/EJA.0000000000001813.

Publicado por Wolters Kluwer bajo licencia CC BY 4.0.
