



6047-298. ATENCIÓN INICIAL A LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA EN UN TERRITORIO CON DESFIBRILACIÓN PÚBLICA

Astrid Casadevall Portas, Manjot Singh, Ignasi Bellavista Crespo, Pablo de Loma-Osorio, Jaime Aboal Viñas, María Núñez Torras, Eulàlia Badosa Galí y Ramón Brugada Terradellas

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La desfibrilación pública es una medida para tratar de forma precoz las muertes súbitas extrahospitalarias con primer ritmo desfibrilable, tanto en áreas urbanas como remotas. El objetivo de este estudio es comparar la atención a la parada cardiaca extrahospitalaria con ritmo desfibrilable en dos grupos de supervivientes según sean inicialmente atendidos con desfibrilación pública o Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

Métodos: Registro observacional prospectivo de supervivientes de parada cardiaca extrahospitalaria por ritmo desfibrilable ingresados entre 2011 y 2022. Se comparan dos grupos de supervivientes según reciban atención inicial con desfibrilación pública o desde el inicio por el SEM. Se recogen variables en relación con la atención al paro, y variables demográficas y clínicas de los supervivientes.

Resultados: Un total 457 supervivientes de parada cardiaca extrahospitalaria ingresaron en nuestro centro, 152 de ellos con un primer ritmo desfibrilable, 88 atendidos con desfibrilación pública y 64 por el SEM. No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular ni en la etiología isquémica del evento en ambos grupos. Se objetivó un menor nombre de desfibrilaciones (1,78 vs 2,38, $p = 0,011$), tiempo de recuperación de la circulación (19,5 vs 25,0, $p = 0,031$) y lactato inicial (23,5 vs 34,5, $p = 0,042$) en el grupo de desfibrilación pública. Las diferencias objetivadas en la enolasa neuronal específica, control de temperatura, pH no fueron significativas.

Variables demográficas, clínicas y en relación a la atención a la parada cardiaca de los supervivientes

	SEM	Desfibrilación de acceso público	p.overall
	N = 88	N = 64	
Sexo masculino	66 (75%)	58 (92,1%)	0,013

Edad	63,2 (13,8)	58,7 (13,1)	0,042
Hipertensión arterial	56 (63,2%)	31 (49,2%)	0,109
Fumador	30 (34,1%)	24 (38,1%)	0,738
Diabetes mellitus	21 (23,9%)	13 (20,6%)	0,787
Dislipemia	38 (43,2)	26 (41,3%)	0,946
Infarto de miocardio	41 (46,6%)	29 (46%)	1
Intervención coronaria percutánea	31 (35,2%)	21 (33,3%)	0,946
Número complicaciones	2,38 (1,56)	1,78 (1,08)	0,011
Tiempo recuperación de circulación (minutos)	25 (16,2)	19,5 (13,2)	0,031
FEVI	41,1 (14,3)	48 (13,6)	0,004
Lactato	34,5 [23,2;58,2]	23,5 [14,2;53]	0,042
pH	7,22 [7,10;7,33]	7,26 [7,15;7,31]	0,612
Enolasa neuronal específica	24 [16;108]	34 [14;161]	0,832
Control de temperatura	55 (62,5%)	32 (50,8%)	0,205

SEM: Servicio de Emergencias Médicas; FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En nuestra población la desfibrilación de acceso público aporta menor tiempo de recuperación de la circulación espontánea y menor número de desfibrilaciones en parada por ritmo desfibrilable.