



Revista Española de Cardiología



6052-662. IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA POSTERIOR A UNA PARADA CARDIACA

Luis Daniel Sánchez de la Rosa, Lucía Capella Trigo, María Elva López Alonso Gasco, Carmen Pilar Pérez, Concepción Crochi de Juan, Lourdes de Marcos White, María Carmen Hernández Pérez y María Jesús Mantecón Santiago del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

Resumen

Introducción: La hipotermia moderada (HT) (32-34 °C por 12-24 horas) es ya una terapia establecida y recomendada ampliamente en las guías de actuación clínica en los pacientes (P) que sufren una parada cardiaca (PC) y tiene bajo nivel de consciencia. El objetivo de la HT es disminuir el daño cerebral, aumenta el transporte de oxígeno al cerebro y disminuye el consumo de oxígeno y la presión intracraneal.

Métodos: Se aplicó el protocolo de HT establecido en un hospital de tercer nivel a 59 pacientes consecutivos que ingresaron en la Unidad Coronaria luego de sufrir una PC y que tenían bajo nivel de consciencia, a todos se les administro 20-30 mg/kg en 1 hora al ingreso, y se utilizó el sistema de manta CRITICOOL®. Se recogieron antecedentes personales, tiempos de PC, de enfriamiento, analíticas, etc., que fueron estudiadas en función del pronóstico neurológico y la mortalidad.

Resultados: La edad de los P fue 58 ± 14 años, en su mayoría hombres (51/59P). Los antecedentes personales más frecuentes fueron: tabaquismo 70%, HTA 36%, dislipemia 30%, diabetes 11%, cardiopatía isquémica crónica 9%. Tiempo total de parada $31' \pm 15'$. El primer ritmo de la PC fue fibrilación ventricular en el 89% de los casos. El APACHE II al ingreso fue 20 ± 6 . La causa de PC fue isquemia coronaria en 43P (72%). El tiempo en alcanzar la temperatura objetivo 33 °C fue $710' \pm 449'$, el tiempo del recalentamiento fue $842' \pm 229'$. La mayoría de los pacientes presentó inestabilidad hemodinámica que preciso noradrenalina (al ingreso un 78%, y un 40% durante la HT). También se implantó BCIAo 33%, MCP transitorio a un 11% y diálisis al 10%. Las complicaciones más frecuentes fueron: neumonía 60%, alteración de la glucemia 67%, hipotensión 75%, bradicardia 56%, alteraciones del potasio en 46%, arritmias ventriculares 21% de los pacientes. Aun así solo fue necesario interrumpir la HT en un caso y la causa fue arritmica. La evaluación neurológica con la puntuación Glasgow-Pittsburg fue CPC 1-2 en 40P (77%). 7 pacientes fallecieron antes de hacer una ventana neurológica o fueron trasladados. La mortalidad total fue del 24%.

Principales características de los P sometidos a HT en relación a pronóstico neurológico y la mortalidad

	Mortalidad			Pronóstico neurológico		
	Vivos	Fallecidos	p	CPC 1-2	CPC 3-4	p

Edad	56 ± 14 años	62 ± 12 años	0,1842	57 ± 14 años	59 ± 13 años	0,6112
Tiempo de RCP avanzada	17' ± 11'	31' ± 17'	0,0017	17' ± 11'	25' ± 9'	0,0595
Tiempo total de parada	27' ± 13'	43' ± 16'	0,0024	26' ± 14'	38' ± 10'	0,0242
APACHE II	20 ± 6	24 ± 7	0,0404	20 ± 6	22 ± 5	0,2425
Tiempo hasta 33°C	680' ± 471'	731' ± 393'	0,7296	709' ± 493'	784' ± 372'	0,6572
Tiempo de recalentamiento	852' ± 225'	818' ± 271'	0,6619	832' ± 207'	912' ± 245'	0,2938
SCACEST	60%	10%	0,0773	82%	63%	1,0
BCIAo	24%	73%	0,0048	25%	50%	0,2421
Diálisis	3%	36%	0,0178	3%	10%	0,4070
Glucemia al ingreso	239 ± 96 mg/dL	324 ± 102 mg/dL	0,0120	234 ± 89 mg/dL	311 ± 137 mg/dL	0,0356
Neumonía	63%	50%	0,5121	61%	72%	0,7238

Conclusiones: El papel de enfermería en los cuidados de estos pacientes es diverso: facultativo, investigador, líder, administrador y educador. Todo esto ayudara a mejorar la calidad de los cuidados aplicados y mejorará el pronóstico de los P, reduciendo también la estancia y los costos hospitalarios.