



6015-216. PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA POSTERIOR A UNA PARADA CARDIACA

Gretel Varvaro Pardo, Iria Carlota Duro Aguado, Gemma Pastor Báez, David Díez de las Heras, Sandra Isabel Llerena Butrón, Carolina Hernández Luis, Luis Renier Gonçalves Ramírez y José Alberto San Román del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

Resumen

Introducción: La hipotermia moderada (HT) es una terapia ampliamente recomendada por las guías de actuación clínica en pacientes (P) que han sufrido una parada cardiaca (PC) y tienen bajo nivel de consciencia. Se han descritos múltiples beneficios con los objetivos finales de disminuir la mortalidad y sobre todo mejorar el pronóstico neurológico de estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron 59P de forma consecutiva ingresados en un hospital de tercer nivel después de una parada cardiaca y que permanecían con bajo nivel de consciencia. Se administró suero salino NaCl 0,9% a 4 °C 20-30 ml/kg en 1 hora a todos los P al ingreso, y se realizó la HT con el dispositivo CritiCool®. Para la valoración neurológica se utilizó la escala Glasgow-Pittsburg (Cerebral Performance Categories- CPC). Estudiaron de forma prospectiva múltiples variables y se relacionaron con la evolución neurológica (en dos grupos CPC 1-2 y CPC 3-4, y la mortalidad).

Resultados: La edad y el sexo fueron similares en los grupos. En los factores de riesgo cardiovascular no hubo diferencias. El mayor tiempo sin asistencia y el total de parada se asocian a peor evolución neurológica, $p = 0,082$ y $p = 0,0242$ respectivamente. En APACHE II al ingreso fue mayor en el grupo de CPC 3-4 sin significación. En cuanto a las causas de la parada, isquémica o no, ritmo desfibrilable o no, no hubo diferencias. La glucemia al ingreso podría ser un factor de peor pronóstico ($p = 0,0356$). El tiempo en alcanzar la temperatura objetivo fue $710' \pm 449'$, solo en 1 P se interrumpió la HT por PC con primer ritmo asistolia, sin afectar la evolución neurológica final. La evaluación neurológica con la puntuación Glasgow-Pittsburg fue CPC 1 (rendimiento cerebral normal) en el 65% (34P), CPC 2 (disfunción cerebral moderada con capacidad de incorporarse a la vida laboral) en el 12% (6P), y en el 23% (12P) el CPC fue 3 o 4 (coma o estado vegetativo), 4P fallecieron y 3P fueron trasladados a otros hospitales antes de hacer una ventana neurológica. La mortalidad total fue del 24%.

Factores asociados al pronóstico neurológico en los pacientes sometidos a HT.

	Valoración neurológica		
	CPC 1-2	CPC 3-4	p

Tabaquismo	78%	72%	0,7027
ACV	3%	18%	0,1323
Diabetes	8%	27%	0,1307
HTA	31%	54%	0,1706
Tiempo de PC sin asistencia	8' ± 11'	20' ± 12'	0,0082
Tiempo de RCP básica	7' ± 6'	3' ± 5'	0,1011
Tiempo de RCP avanzada	17' ± 11'	25' ± 9'	0,0595
Tiempo total de PC	27' ± 14'	38' ± 10'	0,0242
Ritmo desfibrilable	95%	72%	0,0676
APACHE II al ingreso	20 ± 6	22 ± 5	0,2425
Tiempo en alcanzar 33°C	709' ± 493'	784' ± 372'	0,6572
SCACEST	82%	63%	1,0
ACTP primaria	68%	42%	0,1727
Glucemia al ingreso	234 ± 89 mg/dL	311 ± 137 mg/dL	0,0356
Amilasa > 100 U/L	49%	82%	0,0833
Convulsiones	3%	18%	0,1224
Enfermedad coronaria monovaso	53%	20%	0,0828

Conclusiones: La situación neurológica al alta de los pacientes con parada cardíaca recuperada tratada con hipotermia moderada es muy buena. No obstante el tiempo de parada cardíaca sin asistencia y el tiempo total de parada juega un papel determinante en el pronóstico neurológico.