



4011-4. ¿TIENEN LOS SUPERVIVIENTES DE UN PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO MEJOR PRONÓSTICO SI HAN SIDO TRATADOS CON UN DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO DE USO PÚBLICO?

Agnès Rafecas Ventosa¹, Jordi Bañeras¹, Laia Milà¹, Irene Buera¹, Ferran Rueda², José A. Barrabés¹, David García-Dorado¹ y Rosa M. Lidón¹ del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona y ²Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La instalación de desfibriladores externos automáticos (DEA) en espacios públicos tiene como objetivo el rápido tratamiento de los paros cardíacos extrahospitalarios (PCEH) por ritmo desfibrilable. Sin embargo, el beneficio de los DEA en comparación con la desfibrilación practicada por los servicios de emergencias médicas (SEM) es poco claro. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad hospitalaria y pronóstico neurológico de los supervivientes de un PCEH, comparando a los pacientes tratados con un DEA *in situ* con los que reciben desfibrilación por parte del SEM.

Métodos: Registro prospectivo de todos los pacientes ingresados durante 7 años (2008-2015) en 2 centros públicos por PCEH por ritmo desfibrilable y tratados con hipotermia moderada terapéutica (HT) por persistencia de coma. La HT se realiza mediante catéter endovascular con enfriamiento rápido hasta alcanzar los 33 °C, temperatura que se mantiene durante 24 horas, y recalentamiento progresivo posterior. A las 72 horas de ingreso, en normotermia, se realiza una evaluación neurológica completa.

Resultados: 141 pacientes fueron incluidos; en 114 casos se obtuvieron datos sobre la desfibrilación. En una pequeña proporción de pacientes (21, 18,4%), se utilizó un DEA de uso público (Grupo 1), mientras que la gran mayoría (93, 81,6%) fueron tratados con un desfibrilador del SEM (Grupo 2). Dentro del Grupo 1, 7 DEA estaban ubicados en centros de atención primaria y 14 en otros lugares públicos. En la evaluación neurológica a las 72 horas, los pacientes del Grupo 1 obedecieron más órdenes (78,9 frente a 51,1%, $p = 0,023$) y el reflejo flexor nociceptivo estaba más presente en el Grupo 1 (84,2 frente a 67,4%), aunque la diferencia no alcanzaba la significación estadística. En ambos grupos el reflejo fotomotor estaba mayoritariamente preservado (89,5 y 87,6%). La mortalidad hospitalaria fue significativamente menor en el Grupo 1 (2/21, 9,5%) comparado con el Grupo 2 (32/93, 34,4%), $p = 0,018$; sin diferencias significativas en la valoración neurológica al alta evaluada con la escala Cerebral Performance Category (CPC), probablemente debido al tamaño muestral.

Conclusiones: En nuestro medio, la mayoría de los pacientes que sufren un PCEH por ritmo desfibrilable no son tratados con un DEA *in situ*; sin embargo en nuestra serie estos pacientes muestran una mayor supervivencia.