Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 99

Revista Española de Cardiología

4030-6. PARÁMETROS METABÓLICOS E INFLAMATORIOS Y MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA RECUPERADA POR ARRITMIAS VENTRICULARES TRATADOS CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

Rosa María Lidón Corbí, Jordi Bañeras Rius, Irene Buera Surribas, Ferran Rueda Sobella, José A. Barrabés Riu, Jaume Figueras Bellot y David García-Dorado del Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona y Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: La hipotermia terapéutica (HT) puede modificar la disfunción multiórganica por muerte súbita extrahospitalaria (MSE) recuperada secundaria a fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (FV/TVSP) que requiere maniobras de resucitación prolongadas. Nuestro objetivo es analizar la relación entre parámetros inflamatorios y metabólicos y mortalidad hospitalaria en estos pacientes.

Métodos: 56p consecutivos ingresados en 2 hospitales terciarios por MSE secundaria a FV/TVSP en coma arreactivo y tratados con HT, con control y corrección de parámetros bioquímicos (incluida insulina). Se compararon entre vivos (V) y muertos (M) los parámetros metabólicos (pH, bicarbonato, lactato, glucemia y hemoglobina glicosilada (HbA1C)) e inflamatorios (leucocitos y proteína C reactiva (PCR)). Análisis: t Student.

Resultados: Hombres 82%, edad 56,5a (rango 17-84), diabéticos 16%. Etiología MSE: IAM 64%; miocardiopatías 12,5%; canalopatías 7,2%, otras 16%. Supervivencia hospitalaria: 66%. Sin diferencias en pH inicial (V: 7,24 ± 0,1 y M 7,15 ± 0,2 p = ns), pero sí en pH12h (V: 7,39 ± 0,1 y M 7,32 ± 0,1 p 0,001) y pH24h (V: 7,41 ± 0,04 y M 7,35 ± 0,1 p = 0,02). Así como en el peor bicarbonato 24h (V: 18,9 ± 2,9 mmol/L y M: 16,8 ± 3,7 mmol/L p = 0,006), peor lactatos 24h (V: 3,7 ± 2,3 mmol/L y M: 5,6 ± 2,9 mmol/L p = 0,004), glucemia inicial (V: 223 ± 75 mg/dl y M: 287 ± 83 mg/dl p = 0,003); peor glucemia 24h (V: 260 ± 61 mg/dl y M: 319 ± 107 mg/dl p = 0,02), glucemia 24h (V: 180 ± 69 mg/dl y M: 253 ± 88 mg/dl p = 0,02) y HbA1C (V: 5,5 ± 0,4% y M: 6,6 ± 1,2% p = 0,002). El estado inflamatorio inicial está presente en todos los p, sin diferencias entre V y M: leucocitos inicial (V: 17.367 ± 6.117 y M: 15.836 ± 5.524 p = ns), leucocitos 24h (V: 12.781 ± 4.986 y M: 12.517 ± 4.373 p = ns), PCR24h (V: 6,5 ± 6,3 mg/dl y M: 8,9 ± 9,8 mg/dl p = ns) y peor PCR (V: 14,9 ± 8,3 mg/dl y M: 19,4 ± 9,8 mg/dl, p = ns). Sólo la persistencia del mismo, expresada como PCR prealta/exitus (V: 5,3 ± 5,4 mg/dl y M: 19,1 ± 14,3 mg/dl p = 0,001) tiene valor pronóstico, pero podría estar relacionada con las complicaciones hospitalarias.

Conclusiones: A pesar de un protocolo de tratamiento pre-establecido, la persistencia en las primeras 24horas de las alteraciones metabólicas constituye un marcador de mortalidad hospitalaria en p con MSE por FV/TVSP tratados con HT. El estado proinflamatorio, al estar presente inicialmente en todos los pacientes, no tiene valor pronóstico discriminatorio.