



6001-459. RELACIÓN ENTRE EL RETRASO EN EL INICIO DE MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA SOMETIDOS A UN PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

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

Resumen

Introducción y objetivos: La "cadena de supervivencia" se inicia cuando ocurre una muerte súbita extrahospitalaria (MSE) presenciada. El pronóstico del paciente (p) depende de iniciar maniobras de resucitación (MR) inmediatamente. Nuestro objetivo es cuantificar la importancia del inicio precoz de MR básicas (MRB) y MR avanzadas (MRA) y analizar como repercuten en la supervivencia y pronóstico neurológico.

Métodos: 56p consecutivos ingresados en 2 hospitales terciarios, por MSE secundaria a fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (FV/TVSP) y coma arreactivo al ingreso hospitalario. Todos ellos fueron tratados con HT mediante sistema endovascular (Coolgard[®]), T objetivo: 33 °C/24h y recalentamiento progresivo. Se determinó la mortalidad hospitalaria y situación neurológica al alta según la escala Cerebral Performance Categories (CPC) y se establecieron dos grupos: grupo I (GI) p sin o ligeras secuelas neurológicas (CPC1-2) y grupo II (GII) p con severas secuelas neurológicas o muerte (CPC3-5).

Resultados: Varones 82%, edad media: 55,2 años (rango 17-84), sin cardiopatía conocida 77%. Sin síntomas previos a la MSE 54%. La MSE fue presenciada en el 98% de los casos, mayoritariamente (77%) por personal no sanitario y sólo un 44,6% de ellos iniciaron MRB. La distribución al alta fue: GI 35p (62,5%) y GII 21p (37,5%). El tiempo MSE-MRB fue 5 ± 4 min (GI 4 ± 4 min y GII 6 ± 3 min, $p = ns$). La ausencia de diferencia entre grupos sería atribuible al amplio retraso en el inicio de las MRB (tiempo sin MRB = 5 min en el 32% y ≥ 10 min en el 19,6%). El tiempo MSE-MRA fue de 12 ± 8 min (rango 0-46 min), con diferencia significativa entre el GI 11 ± 9 min y el GII 14 ± 5 min ($p = 0,03$). Así mismo, el tiempo MSE-recuperación de circulación espontánea (RCE) de 32 ± 13 min (8-59 min) no condiciona la evolución (GI 30 ± 13 min y GII 35 ± 12 min $p = ns$).

Conclusiones: Una correcta evolución se relaciona con menor tiempo entre MSE y MRA, mientras que el tiempo MSE-RCE no condiciona el pronóstico de los p con MSE por FV/TVSP incluidos en un protocolo de HT. En nuestro medio el inicio de MRB se realiza mayoritariamente por los servicios de emergencias (SEM) mientras que la población general que presencia una MSE se inhibe o sólo inicia MRB cuando es indicado por los servicios de emergencias, hecho que minimiza la utilidad de MRB. Es necesario implementar programas de educación para la realización de MRB.