



6001-752. FACTORES RELACIONADOS CON LA VELOCIDAD DE ENFRIAMIENTO EN LOS PACIENTES COMATOSOS QUE SOBREVIVEN A UNA PARADA EXTRAHOSPITALARIA Y SON SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA MODERADA (HTM)

Allan Roberto Rivera Juárez, Aitor Uribarri González, Ana Viana Tejedor, Esther Cánovas, Alberto Pérez Castellanos, Miriam Juárez Fernández, Héctor Bueno Zamora y Francisco Fernández Avilés del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: La HTM (entre 32 °C y 34 °C) aumenta la tasa de recuperación y el pronóstico neurológico y reduce la mortalidad. No hay evidencia suficiente para saber cuál es el momento óptimo en el que debe alcanzarse la temperatura diana para reducir la hipoxia cerebral y mejorar el pronóstico neurológico después de la parada cardíaca. Tampoco se conoce qué método de enfriamiento es el más efectivo y el más rápido para inducir y mantener la hipotermia.

Métodos: Desde abril de 2010 a abril de 2012, recogimos de manera prospectiva los datos de todos los pacientes que ingresaron en la UC de nuestro hospital tras una parada cardiorrespiratoria recuperada y que permanecieron en coma después de la recuperación del ritmo (Glasgow = 8). Fueron sometidos a HTM (33 °C) mediante suero salino frío (convencional) o mediante la utilización de parches de enfriamiento (Arctic Sun). Comparamos la eficacia de los dos métodos de enfriamiento y analizamos si la velocidad de enfriamiento se asociaba con el pronóstico.

Resultados: De los 38 pacientes que fueron sometidos a HTM, 11 (28,9%) recibieron una infusión de suero salino fisiológico frío y 27 (71,1%) parches de enfriamiento. El tiempo medio en alcanzar la temperatura objetivo (33°) fue de 259 minutos (210-307). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la velocidad de enfriamiento entre ambos métodos de enfriamiento (256 con suero salino vs 259 con Arctic Sun; $p = 0,957$). El inicio de la hipotermia de forma más precoz se asoció con un mejor pronóstico (tiempo medio de 58 minutos en los supervivientes vs 162 min en los fallecidos). 42,1% de los pacientes recibieron hipotermia prehospitalaria, durante su traslado en la UVI móvil, siendo la mortalidad de estos pacientes inferior a la de los pacientes en los que se inició la hipotermia en el ámbito hospitalario (35% vs 50%, $p = 0,512$).

Conclusiones: La aplicación de la hipotermia de forma precoz reduce la mortalidad y mejora el pronóstico neurológico. El inicio de la misma de manera prehospitalaria podría aumentar la supervivencia. Por otra parte, no existen diferencias entre la utilización de suero salino frío y los parches en cuanto a la efectividad y la rapidez para alcanzar y mantener la temperatura objetivo, siendo la primera opción mucho más económica.

6001-752.tif

Tiempo de enfriamiento en función de protocolo de hipotermia.