



6014-186. ¿UN PROTOCOLO DIRIGIDO A EVITAR LA HIPERTERMIA DE REBOTE PUEDE MEJORAR EL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS?

Marta Alonso Fernández de Gatta¹, Soraya Merchán Gómez¹, Aitor Uribarri González¹, Alberto Pérez Castellanos², Margarita Farias Martín¹, Isabel Macías Tello¹, Francisco Fernández Avilés² y Pedro Luis Sánchez Fernández¹ del ¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca y ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipotermia terapéutica ha demostrado mejorar el pronóstico neurológico tras la parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada, no obstante, la hipotermia de rebote es un marcador pronóstico independiente de morbilidad neurológica.

Métodos: Análisis prospectivo durante el año 2014 en el que se compararon 2 estrategias diferentes para el control de la hipotermia de rebote. Un grupo A de 25 pacientes en los que tras cumplir 24 horas en hipotermia se prolongó la terapia 24 horas más a una temperatura de 36,5 °C; y un grupo B (25 pacientes) en el cual el dispositivo se retiró una vez se completó el recalentamiento hasta 36,5 °C. Se analizaron las características basales, y se comparó la incidencia de hipotermia de rebote (temperatura $\geq$ 38 °C durante las primeras 72 horas) y el pronóstico neurológico en ambos grupos. El estudio fue realizado en 2 centros diferentes.

Resultados: Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos, a excepción de un mayor porcentaje de pacientes varón en el grupo A. El primer ritmo fue fibrilación ventricular en la mayoría de los pacientes y la etiología más común fue cardiopatía isquémica. El tiempo medio de RCP total fue similar en ambos grupos (32 min grupo A frente a 28 min grupo B), con RCP básica de 6 min frente a 9 min y RCP avanzada de 19 min frente a 18 min respectivamente. La temperatura objetivo fue menor en el grupo A (32 °C en 80%) que en el grupo B (34 °C en 88%), siendo el método más usado los parches en ambos grupos seguido del catéter intravascular. No hubo diferencias en la incidencia de hipotermia de rebote a pesar del mantenimiento del dispositivo 24 horas más (grupo A 42% y grupo B 41%; p 0,958). La mortalidad fue similar en ambos grupos (52 y 56% respectivamente, p 0,777. Sin embargo observamos una tendencia a menor morbilidad neurológica (CPC $\geq$ 2) en el grupo B, (44% grupo A frente a 28% grupo B, p 0,239) pero que no alcanzó la significación estadística. No se observaron complicaciones relacionadas con el mantenimiento más prolongado de la hipotermia.

	Grupo A (N = 25)	Grupo B (N = 25)	p valor
Edad	65,2 $\pm$ 12,7	63,17,4	0,486

Sexo (masculino)	17 (68%)	24 (96%)	0,001
HTA	17 (68%)	12 (48%)	0,152
DL	6 (24%)	10 (40%)	0,225
DM	6 (24%)	5 (20%)	0,733
Tabaquismo activo	10 (41,7%)	9 (36%)	0,272
Cardiopatía previa	10 (41,7%)	5 (20%)	0,123
Primer ritmo (FV)	16 (64%)	21 (84%)	0,107
Etiología PCR (SCA)	12 (52,2%)	19 (76%)	0,085
RCP total	32,2 ± 17,8	28,4 ± 15,8	0,432
pH ingreso	6,41 ± 2,84	7,07 ± 0,14	0,265
Lactato ingreso	6,4 ± 2,8	7,6 ± 3,6	0,187
Método hipotermia (parches)	19 (76%)	17 (67%)	0,529
T. objetivo 32	20 (80%)	1 (4%)	0,001
T. objetivo 33	2 (8%)	2 (8%)	0,001
T. objetivo 34	3 (12%)	22 (88%)	0,001
Hipertermia rebote	10 (41,7%)	9 (40,9%)	0,958
<i>Exitus</i>	13 (52%)	14 (56%)	0,777
CPC ? 2 al alta	11 (44%)	7 (28%)	0,239

Conclusiones: En aquellos pacientes que son sometidos a hipotermia terapéutica tras sufrir una PCR, mantener 24 horas más el dispositivo en normotermia no disminuye la incidencia de hipertermia rebote ni mejora el pronóstico vital ni neurológico.