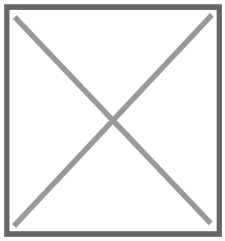
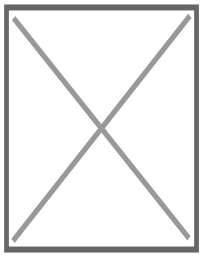
Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 507



Revista Española de Cardiología



4011-3. ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA Y ELECTROCARDIOGRAMA NO DIAGNÓSTICO ¿CORONARIOGRAFÍA EMERGENTE A TODOS?

Pedro Martínez Losas, María Teresa Nogales Romo, Carlos Ferrera Durán, Pablo Salinas Sanguino, Francisco Javier Noriega Sanz, Javier Escaned Barbosa, Ana Viana Tejedor y Antonio Fernández Ortiz del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Pese a que la enfermedad coronaria representa la principal causa de parada cardiorrespiratoria (PCR), no existe un consenso respecto a la indicación y el momento de realización de la coronariografía cuando el electrocardiograma (ECG) posparada no presenta elevación del segmento ST o bloqueo completo de rama izquierda (BCRI). La revascularización precoz de lesiones coronarias agudas podría tener un impacto pronóstico positivo.

Métodos: Desde marzo de 2004 hasta febrero de 2016, se incluyó de forma prospectiva y consecutiva a 203 pacientes con PCR recuperada y ECG posparada sin elevación del segmento ST o BCRI f . Se dividió a los pacientes en 2 grupos para su análisis: grupo con ritmo inicial desfibrilable (n = 148; 72,9%) y grupo con ritmo inicial no desfibrilable (n = 55; 27,1%).

Resultados: El 72,4% de nuestra cohorte eran varones con una media de edad de 62,9 años, un 66,7% de las PCR fueron extrahospitalarias y presenciadas en un 95,2%. No hubo diferencias en las características basales analizadas de ambos grupos excepto en la media de edad, siendo mayor en el grupo con ritmo inicial no desfibrilable (68,14 frente a 60,98 años; p = 0,001). La mortalidad hospitalaria fue mayor en el grupo con ritmo inicial no desfibrilable (43,6 frente a 18,9% p ? 0,001) presentando además un peor estado neurológico al alta (CPC 1 o 2: 46,2 frente a 63,7%; p = 0,020) y una mayor mortalidad a uno (49,1 frente a 25,7%; p = 0,001) y 5 años (60 frente a 29,1%; p 0,001). Entre los hallazgos angiográficos más relevantes (tabla) destaca que en los pacientes con ritmo inicial desfibrilable se halló una mayor tasa de lesiones sugestivas de síndrome coronario agudo (SCA) o críticas (51,7 frente a 34,5%; p = 0,030) lo que conllevó un mayor necesidad de intervencionismo *ad hoc* (21,9 frente a 9,1%; p = 0,036).

Supervivencia a 5 años en función del ritmo de parada.

Hallazgos coronarios en pacientes con PCR recuperada y ECG no diagnóstico en función del primer ritmo de parada

	Ritmo inicial desfibrilable (n = 148)	Ritmo inicial no desfibrilable (n = 55)	p
Escala Syntax (media ± DE)	10,33 ± 11,92	10,23 ± 13,60	0,96
Coronarias normales (n, %)	41 (28,3)	17 (32,1)	0,60
Presencia de al menos una lesión coronaria ? 50%	91 (61,5)	33 (60)	0,27
Presencia de al menos una lesión coronaria grave (? 70%)	83 (56,5)	28 (50,9)	0,48
Presencia de al menos una lesión coronaria crítica (? 90 y 100%)	75 (51)	19 (34,5)	0,03
Presencia de al menos una lesión sugestiva de SCA	21 (14,4)	4 (7,3)	0,17
Presencia de al menos una oclusión de aspecto crónico	46 (31,7)	14 (25,5)	0,38
Presencia de al menos una lesión sugestiva de SCA o crítica	76 (51,7)	19 (34,5)	0,03
Intervencionismo *ad hoc*	32 (21,9)	5 (9,1)	0,03

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con PCR recuperada y ECG no diagnóstico, aquellos con ritmo inicial desfibrilable presentaron una carga de enfermedad coronaria, determinada por Syntax *Score*, similar a aquellos con ritmo no desfibrilable. Sin embargo, este grupo tuvo una mayor prevalencia de lesiones coronarias críticas o sugestivas de SCA y una mayor necesidad de revascularización urgente, por lo que la realización de una coronariografía emergente podría ser recomendable especialmente en aquellos con ritmo desfibrilable en donde la mitad de los pacientes presentará una lesión crítica o sugestiva de SCA.