



## 6024-329. MÉTODO DE ENFRIAMIENTO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA CON PRIMER RITMO DESFIBRILABLE

María Amalia Tamargo Delpón<sup>1</sup>, Alberto Pérez Castellanos<sup>1</sup>, Aitor Uribarri González<sup>2</sup>, Carolina Devesa Cordero<sup>1</sup>, Iago Sousa Casanovas<sup>1</sup>, Miriam Juárez Fernández<sup>1</sup>, Francisco Fernández Avilés<sup>1</sup> y Manuel Martínez Sellés<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y <sup>2</sup>Servicio de Cardiología Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La hipotermia terapéutica se ha demostrado eficaz en la mejoría del pronóstico neurológico de pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada y primer ritmo desfibrilable. Sin embargo, poco se sabe sobre cuál es el mejor método de enfriamiento.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 122 pacientes consecutivos con PCR recuperada y primer ritmo fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, ingresados en unidad de cuidados cardiológicos agudos de 2010 a 2017 tratados con hipotermia terapéutica durante 24 horas. En los supervivientes, la situación neurológica se clasificó en función de la escala "Pittsburgh Cerebral Performance Category" (CPC), que se recogió al alta hospitalaria y mediante valoración clínica a los 6 meses. Se consideró como evolución favorable un CPC  $\geq$  2.

**Resultados:** La edad media fue  $59,5 \pm 14,6$  años. 98 eran varones (80,3%). Un total de 67 (54,9%) no tenía historia cardiológica previa y 27 pacientes (22,1%) tenían antecedentes de cardiopatía isquémica crónica. Al ingreso, 53 (43,4%) presentaban *shock* cardiogénico; en 20 de ellos (16,5%) se implantó balón de contrapulsación y en 4 (3,6%) membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO). La hipotermia se realizó mediante parches transdérmicos en 97 (79,5%) pacientes y en 25 (20,5%) con un sistema intravascular; la elección del sistema se realizó en cada caso a criterio del médico responsable y en función de la disponibilidad. Si bien con el sistema intravascular la temperatura objetivo se alcanzó en un tiempo inferior ( $350,6 \pm 132,8$  minutos con parches frente a  $294,1 \pm 105,3$  con catéter;  $p = 0,05$ ), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en supervivencia a los 6 meses (63,7% en el grupo de parches transdérmicos frente a 47,8%;  $p = 0,16$ ). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la evolución neurológica a los 6 meses: CPC  $\geq$  2 en el 60,7% de los pacientes enfriados con parches frente a 43,5% de los sometidos a hipotermia con catéter;  $p = 0,14$ .

**Conclusiones:** Si bien un sistema de enfriamiento con catéter intravascular logra acortar el tiempo hasta alcanzar la temperatura objetivo en pacientes sometidos a hipotermia terapéutica posparada cardiaca, esa diferencia no se tradujo en mejoría pronóstica a 6 meses en nuestra cohorte.