



6018-198. FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA DE ETIOLOGÍA CARDIOLÓGICA CONFIRMADA O SOSPECHADA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

Rodrigo Fernández Asensio¹, Andrea Aparicio Gavilanes¹, Yván Rafael Persia Paulino¹, Javier Cuevas Pérez¹, Javier Martínez Díaz¹, David Ledesma Odóriz¹, Pablo Flórez Llano¹, M. Laura García Pérez¹, José Rozado Castaño¹, Esmeralda Capín Sampredo¹, Isaac Pascual Calleja¹, Pablo Avanzas Fernández¹, Lisardo Iglesias Fraile², Diego Parra Ruiz² y Luis Gutiérrez de la Varga³

¹Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). ²Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). ³Servicio de Cardiología del Hospital San Agustín, Avilés (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es responsable de la mitad de los fallecimientos por enfermedad cardiovascular. El número de PCR extrahospitalarias registradas es el doble que las intrahospitalarias y son múltiples los factores que influyen en la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio fue analizar dichos factores en los pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria.

Métodos: Incluimos todos los pacientes ingresados en nuestro hospital por PCR extrahospitalaria entre agosto de 2014 y octubre de 2019. Descartamos aquellas de etiología neurológica, neumológica o metabólica. Recogimos diferentes variables en relación con el paciente, la PCR y el manejo de ésta, y las analizamos mediante χ^2 .

Resultados: Se incluyeron un total de 128 pacientes con un seguimiento tras la PCR de un año. La edad media fue de 63,64 años y un 82,81% eran varones. La mortalidad global fue del 53,91% y del 24,22% en las primeras 24 horas. La mediana de supervivencia de los pacientes fallecidos fue de 8,96 días. En la tabla adjunta se recogen el conjunto de variables analizadas. El registro de ritmo desfibrilable durante la PCR (OR:0,20), la PCR presenciada (OR:0,19), la realización de desfibrilación (OR:0,26), la presencia de un ECG de salida sin bloqueo de rama derecha (OR:0,46); la presencia de desviaciones del segmento ST tras la PCR (OR:0,51); la activación de código corazón (OR:0,65) y la realización de angioplastia primaria (OR:0,31) se asociaron de una forma estadísticamente significativa con una menor mortalidad. Por su parte, los pacientes cuyo ritmo de parada fue diferente a fibrilación ventricular (FV) (OR: 8,54), aquellos con disminución de la FEVI (OR:1,74) y las PCR prolongadas ($p = 0,003$) tuvieron una mayor mortalidad. Además, se observó que aquellos pacientes cuya causa de parada era un SCA, tenían una probabilidad de implante de DAI menor que los de otra etiología (OR: 0,2 IC95% 0,05-0,76).

Variables asociadas con mortalidad global tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria

Variable analizada	OR (IC95%)	p 0,05
--------------------	------------	--------

Ritmo desfibrilable	0,20 (0,08-0,49)	0,0001*
Parada cardiorrespiratoria en ritmo diferente a fibrilación ventricular	8,54 (2,69-27,13)	0,0001*
Parada por síndrome coronario agudo	0,70 (0,29-1,66)	0,418
Parada en espacio no sanitario (domicilio, calle, lugar público).	2,4 (0,76-7,53)	0,134
Parada presenciada	0,19 (0,04-0,90)	0,037*
Reanimación cardiopulmonar básica	0,78 (0,39-1,59)	0,504
Reanimación cardiopulmonar avanzada	4,51 (0,89-22,62)	0,067
Desfibrilación en el lugar de la parada	0,26 (0,10-0,67)	0,005*
Salida en ritmo no sinusal	1,26 (0,92-1,73)	0,149
Salida sin bloqueo de rama derecha	0,46 (0,26-0,80)	0,006*
Salida con desviación del segmento ST	0,51 (0,34-0,75)	0,001*
Activación de código corazón	0,65 (0,46-0,91)	0,014*
Realización de ACTP primaria	0,31 (0,15-0,64)	0,002*
Realización de fibrinólisis	1,15 (0,24-5,35)	0,860
Fracción de eyección de ventrículo izquierdo afecta	1,72 (1,01-2,92)	0,044*
Función de ventrículo derecho afecta	2,39 (0,77-7,35)	0,128

Conclusiones: Objetivamos que los pacientes supervivientes a una PCR extrahospitalaria a los que se realizaba ACTP primaria tras activación de código corazón se asociaban a una menor mortalidad global e implante de DAI; posiblemente por la eficacia y reversibilidad del tratamiento agudo sobre la causa de la PCR. Probablemente por ello observamos que, los ritmos desfibrilables y las desviaciones del ST en ECG de

salida, también se asocian a menor mortalidad.