



5016-7. DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS A LARGO PLAZO EN SUPERVIVIENTES TRAS PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA DEBIDA A RITMOS DESFIBRILABLES EN FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA SUBYACENTE

Andrea Severo Sánchez, Juan Caro Codón, Juan Ramón Rey Blas, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Daniel García Arribas, Laura Rodríguez Sotelo, Lucía Cobarro Gálvez, Borja Rivero Santana, Víctor M. Juárez Olmos, Emilio Arbas Redondo, Daniel Tébar Márquez, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Eduardo R. Armada Romero y Esteban López de Sá y Areses

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo de los pacientes que sobreviven a una parada cardiaca extrahospitalaria (PCREH) debida a ritmos desfibrilables depende de la causa subyacente: en aquellas no relacionadas con un síndrome coronario agudo (SCA) generalmente se recomienda el implante de un desfibrilador automático (DAI) en prevención secundaria. Los datos acerca de las diferencias en cuanto a resultados clínicos a largo plazo entre los supervivientes a PCREH por arritmias ventriculares relacionadas o no con un SCA son escasos.

Métodos: Se incluyeron aquellos pacientes que ingresaron en la Unidad Coronaria de nuestro centro tras sufrir una PCREH debida a ritmo desfibrilable, con una escala de Glasgow inferior a 8, desde agosto de 2007 a marzo de 2019 y que sobrevivieron al ingreso hospitalario. Todos ellos recibieron protocolo de control estricto de la temperatura (TTM) con un objetivo de 32 °C.

Resultados: Se incluyeron 176 pacientes, 90 (51,1%) con taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular (FV) no relacionadas con un SCA y 86 (48,9%) en el contexto de un SCA. La edad media fue de 56,5 años. 148 (84,7%) eran varones. Las características basales aparecen detalladas en la tabla. El sexo masculino y el tabaquismo fueron más frecuentes en las TV/FV relacionadas con SCA, mientras que la enfermedad valvular moderada-grave fue más prevalente en aquellas no relacionada con un SCA. En los pacientes con TV/FV no relacionada con SCA la incidencia de eventos arrítmicos tanto ventriculares como supraventriculares y la hospitalización por causas cardiovasculares fue significativamente superior. 24 pacientes fallecieron (13,6%) tras una mediana de seguimiento de 40 meses (18,7 -70,0). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a mortalidad por cualquier causa (12,2 vs 15,1%, $p = 0,854$) y mortalidad cardiovascular (4,4 vs 4,7%, $p = 1,000$).

Características basales y durante el seguimiento

Basal

Seguimiento

Variable	FV no primaria (n = 90)	FV primaria (n = 86)	Total (n = 176)	p	Variable	FV no primaria (n = 90)	FV primaria (n = 86)	Total (n = 176)	p
Edad	55,6 ± 15,5	57,4 ± 12,2	56,5 ± 14,0	0,415	Tiempo de seguimiento, meses (mediana, RIC)	43,4 (19,7-75,3)	36,2 (15,8-63,2)	40 (18,7-70,0)	0,443
Sexo masculino	71 (78,9%)	78 (90,7%)	148 (84,7%)	0,03	Muerte	11 (12,2%)	13 (15,1%)	24 (13,6%)	0,854
Hipertensión	43 (47,8%)	49 (57,0%)	92 (52,3%)	0,222	Muerte CV	4 (4,4%)	4 (4,7%)	8 (4,6%)	1
Diabetes	14 (15,6%)	11 (12,8%)	25 (14,2%)	0,599	Parada cardiaca	2 (2,2%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	0,522
Tabaquismo	31 (34,4%)	49 (57,0%)	80 (45,5%)	0,003	Hospitalización de causa CV	33 (36,7%)	16 (18,6%)	49 (27,8%)	0,026
Enfermedad valvular moderada-grave	11 (12,2%)	2 (2,3%)	13 (7,4%)	0,018	Revascularización coronaria	4 (4,4%)	5 (5,8%)	9 (5,1%)	0,787
Tiempo hasta ROSC (min)	20,8 ± 11,4	21,6 ± 14,6	21,2 ± 13,0	0,692	Episodios de IC	14 (15,6%)	5 (5,8%)	19 (10,8%)	0,083
Lactato al ingreso (mg/dl)	4,8 ± 3,0	5,6 ± 4,1	5,2 ± 3,6	0,139	Arritmias ventriculares	14 (15,6%)	2 (2,3%)	16 (9,1%)	0,003
FEVI al alta (%)	45,3 ± 15,9	48,0 ± 12,0	46,6 ± 14,2	0,218	Arritmias auriculares	26 (28,9%)	8 (9,3%)	34 (19,3%)	0,004
CPC al alta 3-4	4 (4,4%)	5 (5,8%)	9 (5,1%)	0,743	Deterioro cognitivo grave	16 (17,8%)	12 (14,0%)	28 (15,9%)	0,663

FV: fibrilación ventricular; ROSC: recuperación de la circulación espontánea; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; CPC: Cerebral Performance Categories; CV: cardiovascular; IC: insuficiencia cardiaca; RIC: rango intercuartílico.



Eventos clínicos durante el seguimiento.

Conclusiones: Los cuidados posparada actuales y el implante de DAI pueden haber contribuido a mejorar la mortalidad arrítmica en los pacientes con PCREH no relacionada con SCA, acercando su pronóstico al de aquellas PCREH secundarias a SCA. Sin embargo, estos dispositivos no son «curativos» y no evitan la alta carga de eventos cardiovasculares en la historia natural de los pacientes supervivientes a PCREH por TV/FV no relacionadas con SCA.