



6047-299. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

Sergio Martínez Álvarez, Paula Belén Aboy Campos, Jesica Campos Lorenzo, Juan Ocampo Míguez, Cristina Victoria Iglesia Carreño y Eva González Babarro

Hospital Montecelo. Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La parada cardiaca conlleva una elevada mortalidad intra y extrahospitalaria a pesar de los avances que se han llevado a cabo en los últimos años. Realizamos el estudio para conocer y comparar los datos de un Hospital de nivel II con respecto a los descritos en la literatura. Objetivo primario: describir y comparar los datos demográficos y de supervivencia de nuestro centro. Objetivo secundario: identificar factores pronósticos descritos como predictores de supervivencia en una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCIH).

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo con recogida de datos de pacientes en parada cardiaca intrahospitalaria (PCIH) procedentes de cualquier servicio del Hospital Universitario de Pontevedra durante 6 años. Se incluyeron las alertas por parada cardiorrespiratoria (PCR) y realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) resultando exitosa o no. Se excluyeron pacientes menores de 18 años y no subsidiarios de manejo invasivo por futilidad y escasas posibilidades de recuperación de ritmo.

Resultados: Atendimos un total de 98 PCIH, 52% procedentes de urgencias. 67% varones, edad media de 72 años, el 88% mayores de 60 años. 70% con hipertensión arterial, diabetes mellitus 39,8% y el 49% eran fumadores. Se recuperó circulación espontánea en un 72% de los casos con una supervivencia al alta del 47%. La mortalidad a los 12 meses fue del 58%, siendo el periodo de mayor mortalidad las primeras 48 horas desde el evento. La causa más frecuente fue de origen cardiaco (39%) seguida de respiratorio (31%). Predominó el ritmo no desfibrilable frente al desfibrilable (69 vs 31%). El tiempo hasta inicio de RCP fue de 0,83 minutos, y el tiempo de RCP fue de 7,87 minutos. El pH medio fue de 7,20, el lactato 7,24 (significativo para mortalidad; $p < 0,001$, OR 3,45, IC95% (1,54-5,37)). Recogimos los niveles de enolasa neuronal específica a las 24 y 72 horas, resultando significativos como predictor de mortalidad los niveles de enolasa a las 24 horas ($p < 0,018$, IC 9,04-83,72) no así el delta de valor de enolasa.

Conclusiones: La PCIH sigue teniendo hoy en día una elevada mortalidad, según datos descritos en la literatura la PCIH conlleva una mortalidad de cerca del 75% a 12 meses, y de similar manera, en nuestro centro una mortalidad del 60%. Los niveles de lactato elevados y la elevación de enolasa a las 24 horas de la PCR se asocian con mayor mortalidad en nuestra población.