



6005-9. VALIDACIÓN DE LA ESCALA MIRACLE2 EN PACIENTES RECUPERADOS DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA: ¿ES APLICABLE A NUESTRA POBLACIÓN?

Jorge Joaquín Castro Martín, Manuel A. Rivero García, Aida Tindaya Igareta Herraiz, Rebeca Muñoz Rodríguez, María Davó Jiménez, Alejandro Lemus Martín, Fernando Sansegundo Burgueño, Cristian Jiménez Ortega, Marta M. Martín Cabeza, Martín J. García González, Francisco Bosa Ojeda y Pablo Jorge Pérez

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) se sitúa entre 67-170 por 100.000 habitantes. La supervivencia global es aproximadamente del 10%. De los pacientes que persisten comatosos e ingresan en el hospital, la mortalidad oscila entre el 40-60%. Establecer el pronóstico del paciente que sufre una PCREH en el momento del ingreso es un reto. Se han desarrollado múltiples escalas para predecir un pronóstico neurológico desfavorable en estos pacientes pero, aunque pueden ayudar en la estimación de los resultados, la estratificación pronóstica requiere de un abordaje multimodal, normalmente después de 72 horas tras la recuperación de la circulación espontánea.

Métodos: Nuestro objetivo es determinar la validez de la escala MIRACLE2 en una población de pacientes recuperados de una PCREH que fueron ingresados en nuestro centro entre 2016-2022. La valoración neurológica se realizó de acuerdo a la escala CPC (Cerebral Performance Categories) a los 6 meses de seguimiento.

Resultados: 114 pacientes recuperados de una PCREH fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos de nuestro centro e incluidos en el presente estudio. La edad media fue de $64,46 \pm 15,7$ años, siendo la mayoría de los pacientes varones (70,8%). El ritmo desfibrilable fue el más prevalente (72,7%) y el objetivo primario de mal pronóstico neurológico (CPC 3-5) ocurrió en 54 pacientes (47,8%) a los seis meses. En el análisis univariado once predictores independientes se asociaron de forma significativa con un pronóstico desfavorable a los 6 meses: edad, la ausencia de RCP realizada por testigos, un ritmo inicial no desfibrilable, ausencia de reactividad pupilar al ingreso, pH al ingreso, nivel de ácido láctico al ingreso, administración de adrenalina antes del ingreso, filtrado glomerular estimado, hemoglobina y la actividad de protrombina. La puntuación media de la escala MIRACLE2 en nuestra población fue de $3,3 \pm 2,1$ con un área bajo la curva (AUC) de 0,84, IC (0,76-0,92); $p < 0,0001$.

Resultados (CPC 3-5 a los 6 meses de seguimiento)

Variables	n 113 (%)	p valor
-----------	-----------	---------

Edad	64,46 ± 15,7	0,001
Sexo masculino	80 (70,8%)	0,115
DM2	28 (24,8%)	0,078
Fumador	44 (38,9%)	0,263
Hipertensión	68 (60,2%)	0,359
Dislipemia	61 (54%)	0,457
Historia previa de EAC	28 (24,8%)	0,355
Historia previa de ictus	6 (5,3%)	0,999
PCR presenciada	99 (87,6%)	0,269
DESA por testigos	12 (10,6%)	0,054
Administración de adrenalina	69 (61,1%)	0,001
Reactividad pupilar al ingreso	71 (62,8)	0,001
pH al ingreso	7,21 ± 0,15	0,017
Lactato al ingreso	5,62 ± 3,8	0,001
FEVI	44,74 ± 13,8	0,098
Filtrado glomerular al ingreso	68,35 ± 24,3	0,001
Ritmo inicial desfibrilable	81 (71,7%)	0,011
RCP por testigos	66 (58,4%)	0,037

DESA: desfibrilador semiautomático; DM2: diabetes mellitus tipo 2; EAC: enfermedad arterial coronaria; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; PCR: parada cardiorrespiratoria; RCP: reanimación cardiopulmonar.



Área bajo la curva para la escala MIRACLE2 en la población estudiada.

Conclusiones: En nuestra población, la escala MIRACLE2 en el momento del ingreso ha demostrado tener una buena correlación en la determinación de mal pronóstico neurológico a los 6 meses de seguimiento. Las bajas tasas de RCP y del uso de desfibrilador por los testigos que presencian la PCREH representa un área importante de mejora en nuestro medio.