



Revista Española de Cardiología



7001-16. PARADA CARDIACA ABORTADA E HIPOTERMIA TERAPÉUTICA. ¿ES POSIBLE TOMAR DECISIONES DE FORMA PRECOZ?

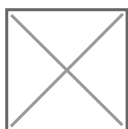
Eduardo Josué Flores Umanzor, Rodolfo San Antonio Dharandas, Gustavo Jiménez Brítez, Gala Caixal Vila, Paula Sánchez Somonte, Margarida Pujol López, Guillem Caldentey Adrover y Manel Sabaté Tenas del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes sometidos a hipotermia terapéutica (HT) dentro del síndrome posparada cardiaca (SPP), el uso de sedación dificulta realizar un pronóstico neurológico precoz. Un diagnóstico definitivo requiere de un examen neurológico completo, así como de diversos estudios electrofisiológicos, de imagen y con biomarcadores. Situaciones, tales como cirugías de emergencia o pacientes tributarios al implante de una asistencia ventricular, se beneficiarían de un pronóstico precoz. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de las herramientas disponibles en nuestro centro [enolasa neuronal específica pico (NSEp), EEG, potenciales evocados (PESS)] para un pronóstico neurológico precoz [dentro de las 72 horas tras la parada cardiaca (PC)] en el SPP, en pacientes sometidos a HT.

Métodos: Entre octubre de 2011 y enero de 2017, se sometió a 125 pacientes a HT tras una PC abortada extrahospitalaria de origen cardiaco. Durante las primeras 48 horas, se llevó a cabo sedación con midazolam y relajación muscular con cisatracurio. El estado neurológico al alta se evaluó según la *Cerebral Performance Categories scale* (CPC). Se midieron niveles de NSE a las 24, 48 y 72 horas. Durante las primeras 72 horas se realizaron, además, EEG y PESS.

Resultados: Setenta y tres pacientes presentaron buen estado neurológico (CPC 1-2), mientras que 52 sufrieron secuelas graves (CPC 3-5). No se encontraron diferencias respecto a la edad, sexo o etiología de la PC. Ritmos iniciales no desfibrilables, largo tiempo de RCP, así como altos niveles de lactato y cTnI fueron predictores de mal pronóstico neurológico (tabla). Una NSEp 34 ng/ml incluyó al 62,5% de los pacientes con buen pronóstico. Entre los pacientes con mal pronóstico, solo 2 presentaban una NSEp 34 ng/ml, y tenían un patrón EEG compatible con estatus epiléptico. La mayoría de los patrones EEG estuvieron condicionados por el uso de sedoanalgesia durante los primeros días (figura). Los PESS se caracterizaron por un alto VPP (100%) y un bajo VPN (60%), sin utilidad en sujetos con buen pronóstico.



Distribución de los patrones EEG

Características de la cohorte

	CPC 1-2	CPC 3-5	p
Varón, n (%)	59 (81)	43 (83)	0,79
Edad, años, media $\pm$ DE	56 $\pm$ 14	56 $\pm$ 14	0,9
Ritmo inicial, n (%)			0,038
FV o TV sin pulso	65 (89)	39 (75)	
Asistolia o AESP	8 (11)	13 (25)	
Tiempo desde PC a RCP, min, media $\pm$ DE	4 $\pm$ 5	6,7 $\pm$ 5	0,004
Tiempo desde PC a ROSC, min, media $\pm$ DE	22,5 $\pm$ 15	35 $\pm$ 18	0,001
Etiología de PC, n (%)			0,9
IAM	53 (74)	35 (73)	
Cardiopatía isquémica no aguda	8 (11)	6 (12)	
Cardiopatía no isquémica	11 (15)	7 (15)	
Lactato inicial en suero, mg/dL, media $\pm$ DE	33 $\pm$ 27	47 $\pm$ 32	0,01
cTnI, ng/ml, media $\pm$ DE	73 $\pm$ 115	157 $\pm$ 252	0,001
<i>Shock</i> dentro de las 72h, n (%)	34 (48)	25 (48)	0,98
Creatinina > 2 mg/dL dentro de las 72 h, n (%)	7 (10)	15 (29)	0,006
NSE, ng/ml, media (RI)	31 (22-41)	95 (55-230)	0,001

NSE 34 ng/ml, n (%)	39 (62,5)	2 (5)
NSE > 63 ng/ml, n (%)	2 (3)	26 (68)

DE: desviación estándar; FV: fibrilación ventricular; TV: taquicardia ventricular; AESP: actividad eléctrica sin pulso; ROSC: recuperación de circulación espontánea.

Conclusiones: En pacientes sometidos a HT dentro del SPP, una NSEp 34 ng/ml y la ausencia de estatus epiléptico dentro de las primeras 72 horas, permite asegurar un buen pronóstico a medio plazo, lo que podría ayudar en la toma precoz de decisiones y aliviar la incertidumbre de los familiares.