



Revista Española de Cardiología



4003-6. UN PH EXTREMADAMENTE BAJO COMO FACTOR PRONÓSTICO DESPUÉS DE UNA PARADA CARDIACA NO ES SUFICIENTE PARA RENDIRSE

Andrea Vélez Salas, Esteban López de Sá y Areses, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Verónica Ángela Rial Bastón, Adrián Rivas Pérez, José María García de Veas, M. del Carmen Monedero Martín, Eduardo R. Armada Romero y José Luis López-Sendón Hentschel, del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es todavía una entidad de mal pronóstico, sobre todo debido a la encefalopatía postanóxica. Actualmente ninguna variable ha demostrado ser suficientemente precisa para predecir el pronóstico de los pacientes supervivientes de una PCR, con el objetivo de ayudar a guiar el momento apropiado de una limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Las escalas pronósticas publicadas asocian valores de pH $< 7,2$ a peores resultados neurológicos. El objetivo de este trabajo es determinar si los niveles de pH al ingreso de pacientes con PCR recuperada pueden tener un papel en la predicción del estado neurológico al alta.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos ingresados por PCR recuperada en nuestro centro entre septiembre de 2006 y marzo de 2017. Todos los pacientes fueron sometidos a hipotermia terapéutica según el protocolo local. El estado neurológico al alta se definió según la escala CPC (*Cerebral Performance Categories*).

Resultados: Se incluyeron 398 pacientes, divididos en 2 grupos: buen estado neurológico (CPC 1-2) (190 pacientes, 47%) y mal resultado neurológico (CPC 3-5) (208 pacientes, 53%). Los pacientes del grupo CPC 3-5 tenían edad más avanzada ($65,5 \pm 14,4$ años, $p < 0,01$), menor proporción de varones (150 pacientes, $p < 0,01$) y más diabetes mellitus (66 pacientes, $p < 0,03$). Además, este grupo tuvo menor proporción de PCR presenciada (181 pacientes, $p < 0,01$), reanimación más prolongada ($32,2 \pm 20,6$ min, $p < 0,01$) y más casos de ritmo inicial no desfibrilable (99 casos, $p < 0,001$). Por último, este segundo grupo tuvo valores de pH más bajos y niveles más altos de láctico y pCO_2 (tabla). En el análisis por deciles de pH, la tasa de supervivencia y recuperación neurológica tiende a ser menor con la disminución del pH (figura), aunque los pacientes con valores de pH críticos ($< 6,97$) presentaron en un 20% de los casos un CPC 1-2.



Resultados por deciles de pH.

Resultados

	CPC 1-2 (n = 190)	CPC 3-5 (n = 208)	p
Edad (media $\pm$ DE)	59,2 $\pm$ 15,5	65,5 $\pm$ 14,4	0,001
Sexo (varón)	160 (84,2%)	150 (72,1%)	0,004
Dislipemia	62 (32,6%)	68 (32,7%)	NS
Fumador	91 (47,9%)	88 (42,3%)	NS
Diabetes	30 (15,8%)	66 (31,7%)	0,001
PCR extrahospitalaria	157 (82,6%)	180 (86,5%)	NS
ICP al ingreso(1)	128 (67,4%)	106 (51%)	0,001
TROSC (2) min (media $\pm$ DE)	19,6 $\pm$ 12,5	32,2 $\pm$ 20,6	0,001
PCR presenciada	183 (96,3%)	181 (87%)	0,001
Ritmo no desfibrilable	38 (20%)	99 (47,6%)	0,001
Ritmo desfibrilable	152 (80%)	109 (52,4%)	
Láctico mg/dl (media $\pm$ DE)	5,2 $\pm$ 5,8	7,4 $\pm$ 4,8	0,001
pH (media $\pm$ DE)	7,2 $\pm$ 0,1	7,1 $\pm$ 0,2	0,001
pCO2 (media $\pm$ DE)	52,1 $\pm$ 16,1	57,3 $\pm$ 18,6	0,004

(1) Intervencionismo coronario. (2) Tiempo a recuperación de circulación espontánea.

Conclusiones: Valores progresivamente más bajos de pH al ingreso se correlacionan con peores resultados neurológicos. Sin embargo, con valores de pH 7-7,2 el pronóstico es similar, por lo que un punto de corte 7,2 como se propone en las escalas de puntuación podría no ser adecuado. Un pH extremadamente bajo (7,0) parece ser un punto de inflexión para el pronóstico final, pero no debería utilizarse como factor determinante para decidir la LET, ya que la supervivencia podría ser de hasta el 20%.