



Revista Española de Cardiología



6019-304. PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES: EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS

Armando Oterino Manzananas, Gilles Barreira de Sousa, Pablo Luengo Mondéjar, Alfredo Barrio Rodríguez, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Francisco Martín Herrero, David González Calle y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una patología frecuente en las Unidades de Críticos Cardiovasculares (UCC), que asocia una elevada morbilidad. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y la evolución de los pacientes que ingresan tras una PCR, e intentar identificar factores pronósticos.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes ingresados tras una PCR durante el año 2016 en una UCC. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar (DE) y las cualitativas como porcentajes. La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante el test de χ^2 .

Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes (84% varones), con una edad media de 68 años. La etiología más frecuente fue el síndrome coronario agudo en el 64,5%, seguida de la parada respiratoria (9,7%) y tormenta arrítmica (6,5%), entre otras etiologías. La PCR fue presenciada en un 90,3% (50% extrahospitalaria). El tiempo de PCR hasta recuperación de ritmo fue $18,73 \pm 21,9$ minutos, precisando de $1,6 \pm 1,51$ desfibrilaciones y $1,59 \pm 2$ administración de adrenalina. El primer ritmo monitorizado más frecuente fue la fibrilación ventricular (47%), seguido de la asistolia (31,3%). En cuanto al estudio diagnóstico, se realizó coronariografía urgente al 100% de los casos, precisando intervencionismo coronario percutáneo el 68,7% (siendo el vaso culpable más frecuentemente tratado la descendente anterior). En cuanto a valores analíticos al ingreso, el pH medio fue $7,27 \pm 0,154$ y el lactato venoso, fue de $3,9 \pm 3,9$ mmol/l. Respecto al tratamiento posterior, se realizó hipotermia terapéutica en el 16% y se mantuvo normotermia en un 47%. La mortalidad en UCC fue del 40,6%. Se asociaron con mayor mortalidad los siguientes factores: ritmos no desfibrilables (asistolia 67%, FV 33,3%; p 0,01), enfermedad coronaria multivaso (TC+ 3v 33,4%; p 0,05) La mortalidad no se relacionó con el sexo, la etiología de la PCR, la realización de ICP o el lactato al ingreso ($p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestra serie, se asociaron con un peor pronóstico, los ritmos no desfibrilables y la afección coronaria extensa entre otras, no objetivando influencia pronóstica del sexo, la etiología o las cifras de lactato al ingreso.