



Revista Española de Cardiología



5003-4. MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA RECUPERADA: RESULTADOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA PRONÓSTICO CAHP

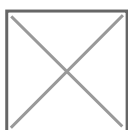
Eduardo Pereyra Acha, Pablo Pastor Pueyo, Immaculada Calaf Vall, Lucía Matute Blanco, Núria Pueyo Balsells, Ignacio Barriuso Barrado, Marta Zofia Zielonka, Anna Bosch Gaya, Albina Aldomà Balasch, Carlos Tomás Querol, Isabel Hernández Martín, Emilia Blanco Ponce, Jara Gayán Ordás, M. Rocío Gómez Domínguez y Fernando Worner Diz, del Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que sobreviven una muerte súbita cardiaca extrahospitalaria (MSCE) están expuestos a una alta tasa de complicaciones y mortalidad. La escala CAHP (*Cardiac Arrest Hospital Prognosis*) es una herramienta de estratificación pronóstica temprana. Objetivos: describir las características y resultados clínicos de los pacientes ingresados en nuestra provincia tras una MSCE recuperada; y analizar la utilidad de la escala CAHP y validarlo en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo consecutivo de pacientes ingresados por MSCE recuperada en nuestra provincia. Al ingreso se usó la escala CAHP para estimar el riesgo de resultado neurológico desfavorable, valorado al alta según CPC (*Cerebral Performance Category*). Se estudió la relación mediante un modelo de regresión logística, test de χ^2 de Hosmer-Lemeshow y análisis de la curva ROC.

Resultados: Desde diciembre de 2016 a febrero de 2019 ingresaron 46 pacientes: 76% varones, edad mediana 62,5 años. Causas: IAM 26 pacientes (56,5%), miocardiopatías/miocarditis 7 (15,2%), escara isquémica 5 (10,9%), otras arritmias 3 (6,5%) y desconocida en 5 (10,9%). Se usó control de temperatura en 20 pacientes (43,5%). Al ingreso, la puntuación CAHP mediana fue 156, riesgo mediano resultado desfavorable de 0,7 (RIQ 0,2-0,85). El resultado neurológico al alta fue favorable (CPC 1-2) en 27 pacientes (59,6%) y desfavorable (CPC 3-5) en 19 (40,4%), de los cuales 18 fallecieron. Por grupos de CAHP tuvieron resultado desfavorable: grupo riesgo bajo (puntuación 150) 2 pacientes de 18 (11,1%), grupo riesgo moderado (puntuación 150-200) 5/14 (35,7%), grupo riesgo alto (puntuación > 200) 9/9 (100%) y en los indeterminados por falta de datos de hora de colapso 3/5 (60%). La escala CAHP predijo correctamente el resultado neurológico desfavorable (OR por cambio de grupo 11,4, IC95% 2,7-48,8, $p = 0,001$) y mostró buena calibración y discriminación: χ^2 Hosmer-Lemeshow = 5,78, $p = 0,67$; área bajo la curva ROC 0,875, IC95% 0,769-0,980, $p = 0,001$. La sensibilidad, especificidad y VPP de un CAHp > 200 fue de 56,3, 100 y 100%, respectivamente.



Curva ROC.

Conclusiones: Nuestra muestra presentó una supervivencia con buen resultado neurológico superior a la de otros estudios. La escala CAHP demostró ser una herramienta válida en nuestra población, ya que predijo correctamente el resultado neurológico especialmente en el grupo de riesgo alto.