



6018-199. EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL DESPUÉS DE PRESENTAR UNA MUERTE SÚBITA RECUPERADA. 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

María Vidal Burdeus, Jordi Sans Roselló, José Carreras Mora, Mireia Padilla López, Mario Salido Iniesta, Carlos Moliner Abós, Júlia Pàmies Besora y Alessandro Sionis Green

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La muerte súbita recuperada (MS) es la causa más común de muerte en pacientes con cardiopatía isquémica y es la primera manifestación en alrededor del 20% de los casos. Las consecuencias de la anoxia cerebral son las secuelas más incapacitantes en pacientes dados de alta tras MS. Nuestro objetivo fue caracterizar la evolución neurológica y el pronóstico de los pacientes después del alta por MS en un hospital terciario.

Métodos: Analizamos los pacientes con el diagnóstico de MS dados de alta vivos de nuestro hospital desde abril de 2011-julio de 2018. Evaluamos su estado neurológico al alta y al año de seguimiento utilizando la escala CPC. Los dividimos en 4 grupos según el CPC al alta hospitalaria. El CPC y la causa de muerte durante el seguimiento se determinaron mediante registros médicos y/o entrevistas telefónicas.

Resultados: 171 pacientes. Edad media $58,97 \pm 11,2$ años. Las características basales y el manejo de estos pacientes se muestran en la tabla. Al alta, 69% de los pacientes en CPC1 (118), 18,7% en CPC2 (32), 10% en CPC3 (17) y 2,3% en CPC4 (4). Por tanto, 87,72% tuvo buen resultado neurológico y 12,28% tuvo un mal resultado neurológico al alta. Revisamos el estado neurológico de estos pacientes al año del alta (fig.); 20 de ellos (2,7%) se perdieron en el seguimiento. Entre los pacientes CPC1 al alta, 94 (94,95%) permanecieron en CPC1 y otros 5 (4,3%) murieron (2 causas desconocidas, 1 shock séptico, 1 accidente cerebrovascular, 1 insuficiencia cardíaca). Entre los pacientes CPC 2 al alta, el 54,8% mejoró a CPC1 (17), el 25,85% se mantuvo en CPC2 (8) y el 19,35% (6) falleció (2 infartos de miocardio agudos fatales, 1 insuficiencia cardíaca, 1 shock séptico, 1 causa desconocida, 1 neoplasia maligna). Entre los pacientes CPC 3 al alta, el 23,53% mejoró a CPC1 (4), el 29,41% mejoró a CPC2 (5), el 17,65% permaneció en CPC3 (3) y el 29,41% (5) falleció (2 insuficiencia cardíaca, 1 causa desconocida, 1 shock séptico, 1 neoplasia). Todos los pacientes CPC4 fallecieron durante el seguimiento a 1 año debido a insuficiencia respiratoria.

Características basales y manejo de los pacientes altados con el diagnóstico de muerte súbita cardíaca (n: 171 pacientes)

Edad (años; media \pm desviación estándar) $58,97 \pm 11,24$

Varones (%)	77,78
Hipertensión arterial (%)	53,8
Diabetes mellitus (%)	22,22
Dislipemia (%)	47,37
Tabaquismo activo (%)	40,35
Origen isquémico (%)	73,68
Presenciada (%)	93,57
Domiciliaria (%)	23,39
Lugar público (%)	57,31
Institución sanitaria (%)	19,3
Retraso en inicio RCP (min)	2,04
Tiempo hasta recuperación circulación espontanea (min)	19,8
pH	7,23
Lactato (mmol/L)	4,66
Cateterismo cardiaco (%)	79,53
Angioplastia coronaria (%)	57,35
Hipotermia moderada terapéutica (%)	65,5
Fármacos inotrópicos (%)	48,54

Balón de contrapulsación intraaórtico (%)

9,36



CPC en pacientes dados de alta con el diagnóstico de muerte súbita cardiaca. Seguimiento al año.

Conclusiones: A diferencia de los pacientes CPC 1-2 al alta que en su mayoría presentan buena evolución y de los pacientes CPC 4 al alta que presentan resultados muy desfavorables, aproximadamente la mitad de los pacientes CPC 3 considerados inicialmente como mal pronóstico neurológico, podrían mejorar su rendimiento neurológico durante el 1r año.