



Revista Española de Cardiología



4016-3. CAUSAS DE MUERTE TRAS PARADA CARDIACA RECUPERADA: BUSCANDO LA ESTANDARIZACIÓN

Lorena Martín Polo, Emilio Arbas Redondo, Daniel Tébar Márquez, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Carlos Merino Argos, Irene Marco Clement, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Laura Rodríguez Sotelo, Luis Alberto Martínez Marín, Andrea Vélez Salas, Eduardo R. Armada Romero, M^a del Carmen Monedero Martín, José Luis López Sendón y Esteban López de Sá y Areses

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La tasa de mortalidad sigue siendo muy alta en los pacientes supervivientes de una parada cardiorrespiratoria (PCR). A pesar de ello, aún no se ha establecido un consenso en cuanto a la caracterización de las principales causas de muerte en esta población. La definición adecuada de estas causas de muerte podría mejorar las intervenciones de atención posparada cardíaca específicas. Nos propusimos clasificar las causas de muerte de los pacientes resucitados tras una PCR intra o extrahospitalaria y evaluar si había diferencias en relación al lugar o etiología de PCR.

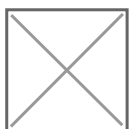
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, a partir de una base de datos prospectiva de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos de un centro terciario tras una PCR intrahospitalaria (PCR IH) o extrahospitalaria (PCR EH) desde agosto de 2006 a diciembre de 2019. Las definiciones de causas de muerte fueron: 1. Cardiovascular: PCR recurrente o shock hemodinámico progresivo/refractario; 2. Neurológica: muerte cerebral o evidencia de lesión anóxica grave; 3. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): rechazo a mantener medidas extraordinarias debido a la corta esperanza de vida o condición médica grave y 4. Otros.

Resultados: De un total de 521 pacientes analizados, 253 (48,5%) murieron antes del alta hospitalaria: 221 supervivientes de PCR EH (88%) y 30 de PCR IH (12%). Las tasas de supervivencia fueron mejores entre los pacientes con PCR IH ($p = 0,001$). La distribución de la causa de muerte fue: neurológica (63,2%), cardiovascular (28,5%), LET (2,4%) y otras (5,9%). Al comparar la causa de muerte entre la PCR EH y la PCR IH, hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (fig. 1A). Si la PCR se debió a un síndrome coronario agudo, la causa neurológica de la muerte fue significativamente menos frecuente (fig. 1B). En cuanto a las características de reanimación, los pacientes con causa neurológica de muerte tuvieron una PCR con más tiempo sin flujo (6,3, IC95% 5,5-7,2 vs 3,6, IC95% 2,5-4,7, $p 0,0001$).

Características basales

Neurological death (n = 158)	No neurological death (n = 93)	p
------------------------------	--------------------------------	---

Age, mean years ($\pm$ SD)	64.4 ($\pm$ 1.0)	67.2 ($\pm$ 1.4)	0.10
Sex, male, %	76.5	69.9	0.24
Witnessed, %	83.5	93.5	0.01
Initial rhythm, %			
Shockable	48.1	57.0	0.17
Non-shockable	51.9	43.0	
pH	7.14 ($\pm$ 0.15)	7.12 ($\pm$ 0.18)	0.48
Lactate, mmol/L	7.3	8.8	0.02
No-flow, minutes ($\pm$ SD)	6.3 ($\pm$ 0.4)	3.6 ($\pm$ 0.5)	0.0001
Low-flow, minutes ($\pm$ SD)	6.5 ($\pm$ 0.8)	5.4 ($\pm$ 1.1)	0.39
Time to ROSC, minutes ($\pm$ SD)	31.9 ($\pm$ 1.8)	34.6 ($\pm$ 2.2)	0.36



Conclusiones: La causa de muerte no solo difiere entre si la PCR es intra o extrahospitalaria, sino que también depende de la etiología inicial de la parada cardiaca.