

Fibrilación ventricular refractaria como marcador de oclusión coronaria aguda en la parada cardíaca extrahospitalaria

Astrid Casadevall Portas(1), Marc Izquierdo Ribas(1), María Núñez Torras(1), Eulàlia Badosa Galí(1), Júlia Pascual Mayans(1), Manjot Singh Kaur(1), David Galán Gil(1), Pablo Loma-Osorio(1) y Ramón Brugada Terradellas(1) de (1)Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España

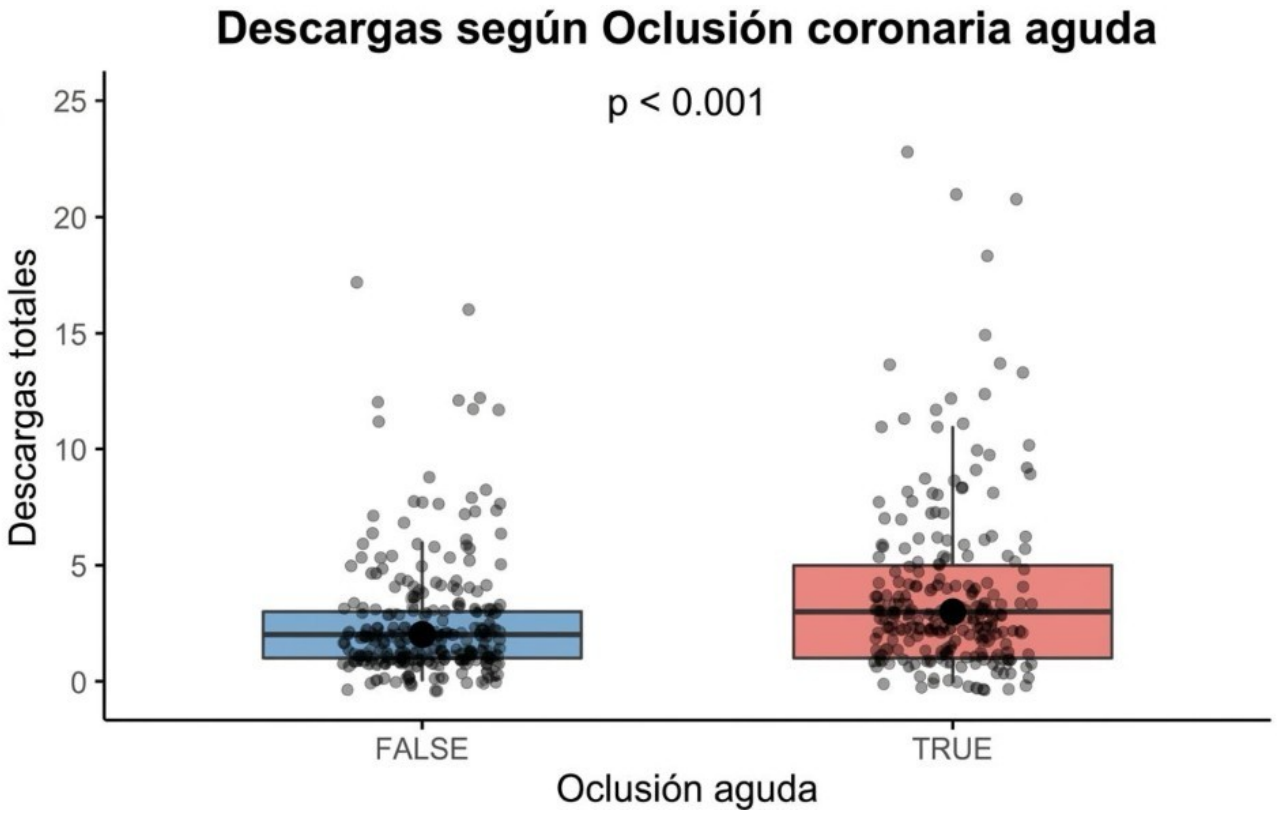
Introducción: Estudios recientes han descrito una elevada prevalencia de oclusión coronaria aguda (OCA) en pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) y arritmias refractarias a la desfibrilación.

Los objetivos de esta estudio es evaluar la asociación entre el número de descargas durante la reanimación prehospitalaria y la presencia de OCA en pacientes con PCEH recuperada.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con PCEH recuperada sometidos a coronariografía. Se comparó el número de descargas prehospitalarias entre pacientes con OCA y el resto de la cohorte. Se realizaron análisis no paramétricos y se dicotomizó la variable descargas (>3 vs ?3) para definir fibrilación ventricular (FV) refractaria y calcular la OR.

Resultados: Entre 2013 y 2025 se incluyeron 481 pacientes; el 49,1% presentaban OCA. Estos mostraban mayor proporción de elevación inicial del ST (84,3% vs 35,9%; p<0,001) y mayor diagnóstico final de infarto agudo de miocardio (98,7% vs 18,4%; p<0,001), sin diferencias en la proporción de ritmo inicial desfibrilable (85,5% vs 81,6%; p=0,294).
El número de descargas fue superior en el grupo con OCA (mediana 3 [RIQ 4] vs 2 [RIQ 2]; p<0,001), con una probabilidad casi doble de presentar FV refractaria (OR 1,89; IC95% 1,27–2,82; p=0,001).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la presencia de FV refractaria durante la reanimación se asocia a la presencia de OCA. Sin embargo, una proporción relevante de pacientes con OCA no presentaban elevación inicial del segmento ST. Así, la refractariedad de las arritmias ventriculares podría ser un marcador clínico precoz de OCA y orientar hacia la necesidad de estrategias invasivas urgentes independientemente del patrón electrocardiográfico inicial.



Características población según presencia de oclusión coronaria aguda

	Total (N=481)	**No OCA (N=245)**	**OCA (N=236)**	**Valor de p**
Sexo masculino, n (%)	391 (81,3)	198 (80,8)	193 (81,8)	0,878
Edad, media (DE)	61,7 (12,4)	63,3 (13,1)	60,1 (11,5)	0,004
Diabetes mellitus, n (%)	95 (19,8)	56 (22,9)	39 (16,5)	0,103
Hipertensión arterial, n (%)	251 (52,2)	141 (57,6)	110 (46,6)	0,021
Dislipemia, n (%)	212 (44,1)	110 (44,9)	102 (43,2)	0,781
RCP básica, n (%)	384 (79,8)	213 (86,9)	171 (72,5)	<0,001
RCP avanzada, n (%)	420 (87,3)	204 (83,3)	216 (91,5)	0,010
Lugar de la PCEH, n (%)				0,003
- Calle	214 (44,6)	125 (51,2)	89 (37,7)	
- Domicilio	165 (34,4)	80 (32,8)	85 (36,0)	
Ritmo desfibrilable, n (%)	400 (83,5)	199 (81,6)	201 (85,5)	0,294
Aplicación de DEA, n (%)	220 (45,7)	131 (53,5)	89 (37,7)	0,001
Número total de descargas, media (DE)	3,46 (4,55)	2,90 (4,23)	4,04 (4,80)	0,006
Primer pH, media (DE)	7,12 (1,68)	7,23 (2,03)	7,00 (1,13)	0,143
Primer lactato, media (DE)	40,7 (32,8)	41,3 (30,9)	40,1 (34,9)	0,755
Elevación inicial del ST, n (%)	287 (59,7)	88 (35,9)	199 (84,3)	<0,001
Diagnóstico de IAM, n (%)	278 (57,8)	45 (18,4)	233 (98,7)	<0,001
Tiempo hasta ROSC, media (DE)	27,0 (21,6)	26,2 (21,6)	27,8 (21,6)	0,403
CPC 3–5 o mortalidad, n (%)	189 (39,3)	91 (37,1)	98 (41,5)	0,373

DE: desviación estándar, PCEH: parada cardíaca extrahospitalaria, DEA: desfibrilador externo automático, ROSC: retorno de circulación espontánea, CPC: Cerebral Performance Category