

Caracterización clínica de los pacientes con pronóstico incierto tras una parada cardíaca extrahospitalaria

Marc Izquierdo Ribas(1), Astrid Casadevall Portas(1), David Galán Gil(1), David García Molinero(1), Eulàlia Badosa Galí(1), Júlia Pascual Mayans(1), Manjot Singh Kaur(1), María Núñez Torras(1), Marta Feliu Oliva(1), Rut Andrea Riba(2), Ramón Brugada Terradellas(1) y Pablo de Loma-Osorio(1) de (1)Servei de Cardiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España y (2)Servei de Cardiologia. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España

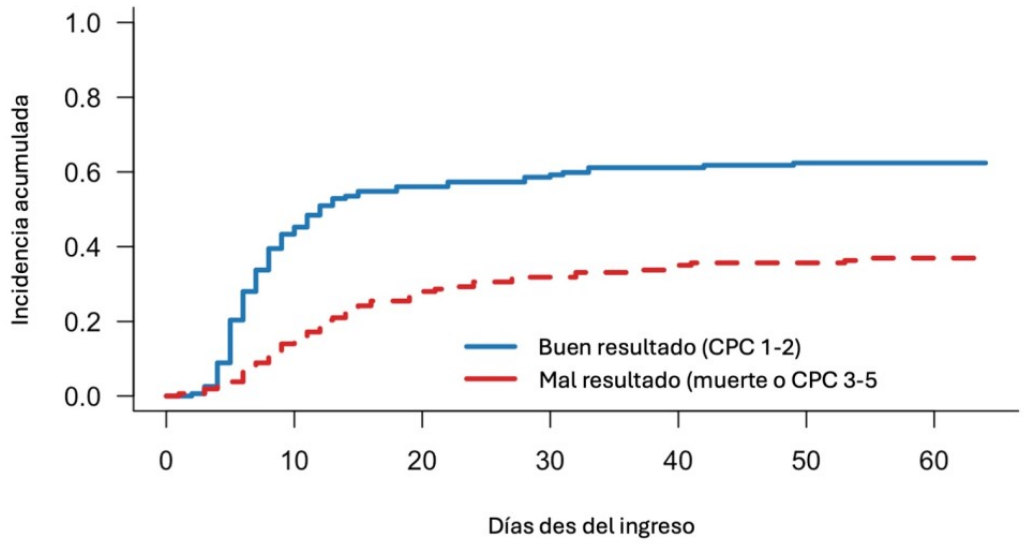
Introducción: Los pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) que permanecen en coma después de 72 horas representan el verdadero reto pronóstico, ya que excluyen a aquellos con buen o mal pronóstico inicial. El objetivo fue analizar esta subpoblación de pacientes con pronóstico incierto, infrarrepresentada en la literatura, y estudiar las características asociadas a un mal pronóstico neurológico.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con PCEH ingresados en un hospital terciario. Hemos definido la subpoblación con pronóstico neurológico incierto como aquellos pacientes que permanecían en coma tras 72 horas sin criterios de neuropronosticación para la adecuación del esfuerzo terapéutico. Hemos definido buen y mal resultado final como CPC 1–2 VS muerte o CPC 3–5. Hemos realizado análisis estadísticos descriptivos y un modelo logístico para identificar predictores independientes de mal pronóstico.

Resultados: Entre 2013 y 2025 se recogieron 612 pacientes. Un 25,7% (n=157) de ellos se incluyeron dentro del grupo de estudio. De estos, el 37,6% presentó un resultado desfavorable. En el análisis univariado, una mayor edad (65,1 ± 11,9 vs 61,2 ± 12,2; p=0,049), sexo femenino (28,8% vs 13,3%; p=0,028), mayor enolasa (54,1 ± 57,5 vs 20 ± 10,9; p<0,001) y la parada en domicilio (52,5% vs 33,7%; p=0,038) se asociaron a mal resultado. La terapia con control de temperatura se asoció a un pronóstico favorable (69,5% vs 84,7%; p=0,039).

Otras variables como un primer ritmo desfibrilable (75.9% vs 86.7%, p=0.13), parada presenciada (91.5% vs 93.9%, p=0.75), uso de DEA (35.6% vs 45.9%, p=0.27) o tiempo hasta ROSC (28.4 +/- 20.9 vs 25.8 +/- 16.1, p=0.40), no se asociaron al pronóstico final. En el análisis multivariante, una mayor enolasa neuronal se asoció de forma independiente a un mal pronóstico (OR 1,09; IC 95% 1,06–1,14; p<0,001).

Conclusiones: En la subpoblación definida, las intervenciones prehospitalarias tienen menor impacto pronóstico, lo que plantea la necesidad de ampliar el estudio sobre el impacto de las intervenciones hospitalarias en estos pacientes. La enolasa neuronal ha resultado ser el mejor predictor de mal pronóstico.



Diferencias entre buen y mal pronóstico en la subpoblación de pacientes intermedios

	Población total	Buen resultado	Mal resultado	p-valor
	N=157	*N=98*	*N=59*	
Sexo femenino	30 (19.1%)	13 (13.3%)	17 (28.8%)	0.028
Edad	62.7 (12.2)	61.2 (12.2)	65.1 (11.9)	0.049
DM	38 (24.2%)	22 (22.4%)	16 (27.1%)	0.639
Lugar de la parada:				0.038
Otros	20 (12.7%)	16 (16.3%)	4 (6.78%)	
Espacio público	73 (46.5%)	49 (50.0%)	24 (40.7%)	
Domicilio	64 (40.8%)	33 (33.7%)	31 (52.5%)	
IAM previo	27 (17.2%)	16 (16.3%)	11 (18.6%)	0.877
Parada presenciada	146 (93.0%)	92 (93.9%)	54 (91.5%)	0.748
RCP básica	131 (83.4%)	85 (86.7%)	46 (78.0%)	0.226
Uso de DEA	66 (42.0%)	45 (45.9%)	21 (35.6%)	0.270
Ritmo desfibrilable	129 (82.7%)	85 (86.7%)	44 (75.9%)	0.130
Primer pH	7.19 (0.14)	7.20 (0.13)	7.19 (0.15)	0.654
Primer lactato	42.3 (28.4)	39.2 (26.0)	48.2 (32.0)	0.088
Control de temperatura	124 (79.0%)	83 (84.7%)	41 (69.5%)	0.039
Tiempo hasta ROSC	26.8 (18.0)	25.8 (16.1)	28.4 (20.9)	0.403
EnolasaNeuronal	32.5 (39.4)	20.0 (10.9)	54.1 (57.5)	<0.001

DM: diabetes mellitus; IAM: infarto agudo de miocardio; RCP: reanimación cardiopulmonar; DEA: desfibrilador externo automàtico; ROSC: recuperación de la circulación espontánea