



Paro cardíaco en las primeras 24 hs del ingreso hospitalario en los síndromes coronarios agudos con elevación del ST. Características clínicas, tratamiento y evolución: Datos del ARGENIAM-ST.

Dra. Castillo Costa, Yanina Beatriz; Dr. Raffaelli Alesis; Dr Mauro, Victor Miguel; Dr. Charask, Adrian; Dr. D'Imperio, Herald; Slimovich, Irma;

Tajer, Carlos; Gagliardi, Juan. **Área de investigación SAC**

El paro cardíaco (PCR) como manifestación inicial de un infarto agudo de miocardio (IAM), es responsable del 50% de las muertes prehospitales. Sin embargo, algunos pacientes (p) reciben asistencia médica y llegan vivos a un centro médico o presentan PCR en el centro asistencial.

Objetivos: Conocer la prevalencia, características clínicas, el tratamiento y evolución intrahospitalaria de los p que presentan PCR dentro de las primeras 24 hs del ingreso en el contexto del IAM con elevación del ST.

Métodos: Se analizó en la base de datos de los p incluidos en los 247 centros del registro ARGENIAM-ST, durante el período comprendido entre enero de 2014 y febrero de 2016, la prevalencia de PCR en las primeras 24 hs. y se compararon las características clínicas, los tratamientos y la evolución intrahospitalaria de los pacientes de acuerdo a la presencia o no de PCR. Se realizó un análisis uni/multivariado para establecer predictores independientes de mortalidad en este grupo.

Resultados: De los 1754 p del registro ARGENIAM-ST, 136 (7,8%) presentaron PCR en las primeras 24 hs. La mortalidad global del registro fue de 154 p (8,8%), de las cuales 90/154 (58%) se presentaron en los p con PCR dentro de las 24 hs. Los que presentaron PCR tenían edad más avanzada (63 vs 61 años, $p < 0,001$), similares factores de riesgo y comorbilidades, pero más antecedentes de infarto previo. No hubo diferencias en la localización anterior del IAM (37,5 vs 44,3%) ni en el uso de angioplastia primaria (66% vs 65%, $p 0,4$) ni en el tiempo puerta-balón en ambos grupos (95 ± 35 vs 95 ± 40 minutos, $p 0,4$). La prevalencia de shock cardiogénico (SC) al ingreso y mortalidad fue significativamente mayor en los p que presentaron PCR (42,6% y 66% vs 3% y 4% respectivamente, $p < 0,01$). Los p que tuvieron PCR y SC tuvieron una mortalidad del 84,5% (49/58 p), mientras que si no tuvieron SC fue del 51% (33/78 p), $p < 0,001$. En el 97% se identificó el ritmo del PCR: asistolia 18%, AESP 18% y FV/TV 60%, siendo la mortalidad 95% en los dos primeros y 50% en el último ($p < 0,001$). Los predictores independientes de mortalidad en los p que presentan PCR al ingreso fueron la edad (OR 1,10. IC 95% 1,04-1,17; $p < 0,001$), SC al ingreso (OR 10,55, IC 95% 2,57-43,22; $p < 0,001$) y ritmo no desfibrilable (OR 12. IC 95% 2,62-54,88; $p < 0,001$).

Conclusiones: El PCR que ocurre dentro de las 24 hs del ingreso a la UCO en pacientes con un SCACEST es un evento grave y representa el 60% de las muertes intrahospitalarias. La edad avanzada, la asociación con SC y presencia de ritmo no desfibrilable fueron predictores de mortalidad luego del PCR.