



3. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD ESPERADA DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A MEDIANTE LA REORGANIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL A LA PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Carlos Ferrera Durán¹, Isidre Vilacosta¹, Fátima Gutiérrez², Ana Carrero Fernández³, Juan González del Castillo⁴, María Jesús Domínguez García⁵, Esther Álvarez⁶, Fátima Fernández⁷, Isaac Martínez López⁸, Javier Cobiella Carnicer⁹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Ana Viana Tejedor¹, Julián Pérez-Villacastín Domínguez¹ y Luis Maroto Castellanos⁹

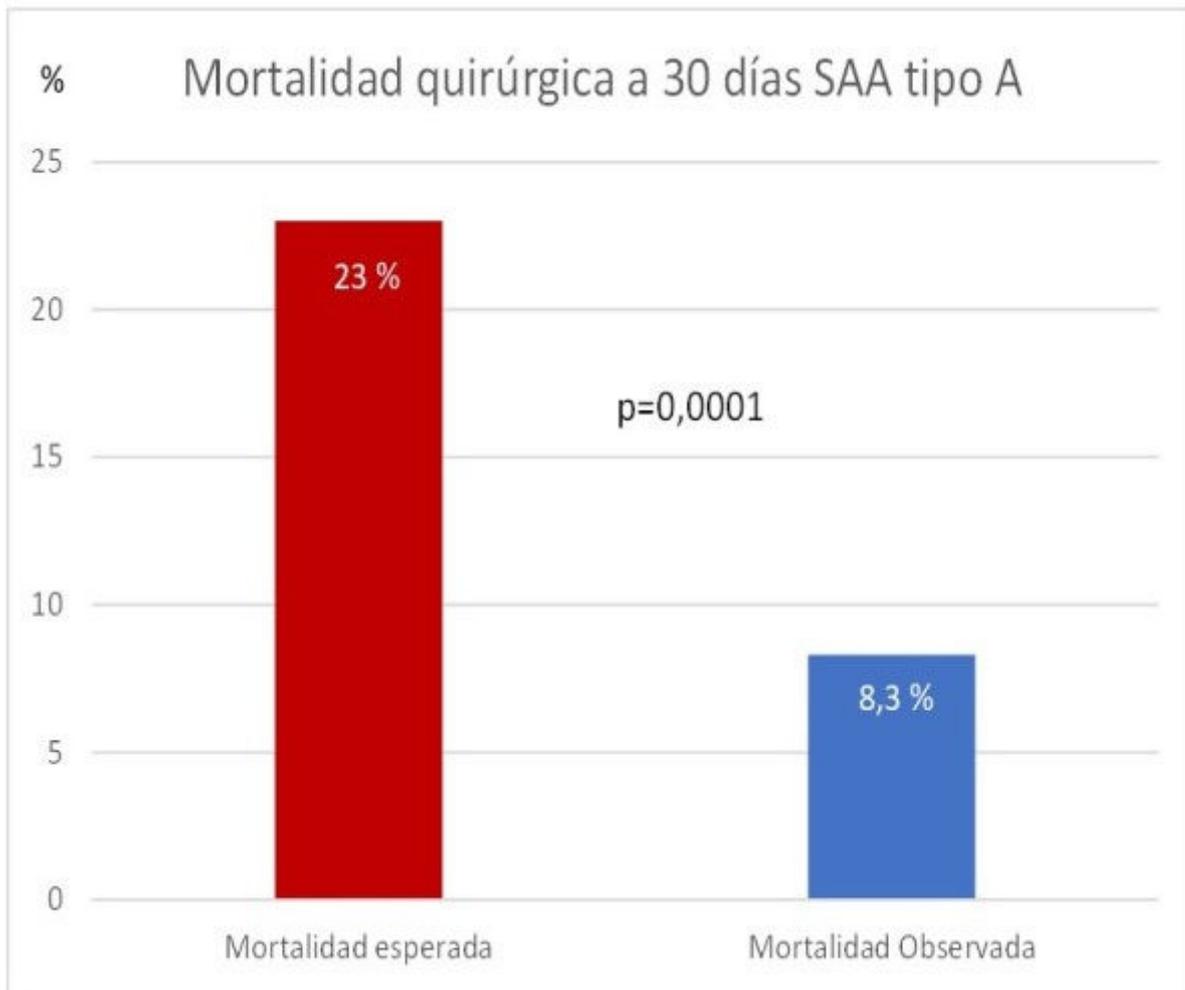
¹Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²SUMMA 112. Servicio Madrileño de Salud SERMAS, Madrid, España, ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ⁴Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁵Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España, ⁶Urgencias. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ⁷Urgencias. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), España, ⁸Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ⁹Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A se asocia con una elevada mortalidad. La cirugía es el tratamiento de elección. Sin embargo, se trata de procedimientos complejos que se realizan frecuentemente en condiciones adversas. La reingeniería de procesos ha demostrado beneficio sobre el pronóstico en la patología aguda cardiovascular. El objetivo del presente trabajo es evaluar si la reorganización de la atención al SAA dentro de una red asistencial tiene impacto sobre el pronóstico de los pacientes.

Métodos: El Código Aorta es un protocolo de atención a los pacientes con SAA dentro de una red de 4 hospitales con un centro de referencia. La activación del mismo se realiza desde cualquiera de los centros de la red. Se concentró la atención al SAA en un grupo reducido de cardiólogos, cirujanos y anestesiólogos con experiencia en SAA con un protocolo de tratamiento común. Se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes con SAA. Se analizaron variables clínicas, analíticas, de imagen y pronósticas. La mortalidad esperada a 30 días se calculó mediante el score GERAADA.

Resultados: Desde abril-2019 a abril-2023 se incluyeron 113 pacientes con SAA. De ellos, el 75,9% (83) fueron tipo A. El 12% (10) de los pacientes fallecieron antes de llegar al quirófano. En un 9% (8) de la muestra se desestimó la cirugía por las comorbilidades y un riesgo quirúrgico inasumible, de los cuales fallecieron 4 pacientes. La edad fue $66,7 \pm 13,7$ años y un 71% fueron varones. Los pacientes con SAA tipo A presentaban una importante carga de complicaciones prequirúrgicas: insuficiencia aórtica grave (35,6%), taponamiento cardíaco (26,8%), *shock* (32,9%), parada cardiorrespiratoria (8,5%), necesidad de intubación (26,8%), insuficiencia renal aguda (27%), malperfusión periférica (12,7%) e isquemia miocárdica (9,52%). Pese a ello, con la reorganización del proceso y la concentración de la atención a la patología aórtica en un equipo médico y quirúrgico con experiencia se logró una reducción significativa de la mortalidad quirúrgica del SAA tipo A respecto a la mortalidad esperada en base al riesgo (figura).



Mortalidad quirúrgica a 30 días en los pacientes con SAA tipo A.

Conclusiones: La reorganización de la atención al SAA, la mejora en la detección de los pacientes, el traslado rápido al centro de referencia y la concentración atención a los pacientes en un reducido número de profesionales con experiencia logra reducir la mortalidad real respecto a las estimaciones de riesgo.