



6051-6. IMPACTO DEL RETRASO DIAGNÓSTICO EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A

Carlos Ferrera Durán¹, Isidre Vilacosta¹, Pablo Busca², Ana Carrero³, Francisco Javier Martín Sánchez⁴, María Jesús Domínguez García⁵, Esther Álvarez⁶, Inés Ramos¹, Isaac Martínez López¹, Javier Cobiella Carnicer¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Ana Viana Tejedor¹, Francisco J. Serrano Hernando¹, Julián Pérez Villacastín¹ y Luis Carlos Maroto Castellanos¹

¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Servicio de Urgencias Médicas de Madrid. SUMMA-112, ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) y ⁶Servicio de Urgencias, Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome aórtico agudo (SAA) es una entidad con una elevada morbimortalidad. Los pacientes con afectación de la aorta ascendente (tipo A) son los que presentan un mayor riesgo. El diagnóstico precoz y el tratamiento rápido de los pacientes con SAA tipo A es de vital importancia. El objetivo del presente trabajo es evaluar si el retraso en el diagnóstico tiene impacto sobre el pronóstico de los pacientes con SAA tipo A.

Métodos: El “Código Aorta” es un protocolo de atención a los pacientes con SAA que se integra dentro de una red de 4 hospitales con un centro de referencia. Desde su inicio en abril de 2019 se recogieron de forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes con SAA. Para el presente estudio se analizó el tiempo desde la primera atención médica hasta el diagnóstico definitivo. Se clasificó a los pacientes en dos grupos, según el diagnóstico se realizó de forma más tardía a la mediana (grupo 1, diagnóstico tardío) o con mayor precocidad (grupo 2).

Resultados: Desde abril-2019 a febrero-2022 se diagnosticaron 51 pacientes con SAA tipo A. La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 4,2 horas: en 25 pacientes (grupo 1, tiempo > mediana) el diagnóstico se realizó de forma más tardía y en 26 con mayor precocidad (grupo 2: tiempo < mediana). No hubo diferencias en la edad entre los grupos (tabla). La proporción de mujeres fue discretamente superior en el grupo 1 (44% frente a 27,9%, $p = 0,202$). Los niveles de dímero D fueron menores en el grupo de diagnóstico tardío. Los pacientes del grupo 2 (diagnóstico precoz) presentaban más complicaciones al diagnóstico y se operaron en una mayor proporción, aunque no significativa (tabla). Sin embargo, los pacientes con diagnóstico tardío presentaron más complicaciones postquirúrgicas (insuficiencia renal, isquemia mesentérica, taponamiento, infarto de miocardio, complicaciones neurológicas y reintervención por sangrado) (tabla). Los pacientes con diagnóstico tardío mostraron una mayor mortalidad posquirúrgica y global, aunque las diferencias no alcanzaron la significación estadística (tabla).

Características prequirúrgicas y evolución posoperatoria

Variable	Grupo 1 (n = 25) diagnóstico tardío	Grupo 2 (n = 26) diagnóstico precoz	p
Edad (años)	66,9 ± 15,8	61,6 ± 3,4	0,262
Dímero D (ng/ml)	4.558 (2.610-15.719)	19.695 (2.260-54.411)	0,028
Hemopericardio	12 (48%)	11 (42,3%)	0,683
Derrame pleural	10 (41%)	2 (7,7%)	0,005
Insuficiencia aórtica	10 (41,7%)	16 (64%)	0,117
Afectación TSA	8 (32%)	16 (61,5%)	0,035
Insuficiencia renal	5 (21,7%)	5 (23,8%)	0,870
IAM	2 (8,33%)	4 (17,4%)	0,352
Mala perfusión periférica	4 (16%)	8 (30,7%)	0,214
Tratamiento quirúrgico	19 (76%)	24 (92,3%)	0,109
Complicaciones posoperatorias			
Insuficiencia renal	10 (52,6%)	11 (25,8%)	0,658
Isquemia mesentérica	4 (21%)	1 (4,2%)	0,086
Taponamiento	2 (10,5%)	1 (4,1%)	0,416
IAM posquirúrgico	2 (10,5%)	1 (4,1%)	0,416
Complicaciones neurológicas	7 (36,8%)	5 (20,8%)	0,245
Reintervención por sangrado	7 (36,8%)	6 (25%)	0,401

Mortalidad posoperatoria	4 (21%)	4 (16,7%)	0,714
Mortalidad global	9 (36%)	6 (23%)	0,311

IAM: infarto agudo de miocardio; TSA: trocos supraaórticos.

Conclusiones: A pesar de la gravedad del SAA, el diagnóstico se realiza de forma tardía (> 4 horas) en una proporción significativa de pacientes. El retraso en el diagnóstico de los pacientes con SAA tipo A se asocia con mayor proporción de complicaciones posquirúrgicas y con una mayor mortalidad.