



3. DIFERENCIAS CLÍNICAS E IMPACTO PRONÓSTICO DEL NIVEL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE PROCEDENCIA EN PACIENTES TRASLADADOS A UN CENTRO DE *SHOCK* CARDIOGÉNICO

Sara Lozano Jiménez¹, Mercedes Rivas Lasarte¹, Reyes Iranzo², Ramón Garrido González¹, Paula Vela Martín¹, Manuel Gómez Bueno¹, Daniela Cristina Mitroi¹, Susana Villar García³, José María Viéitez Flórez¹, Juan Manuel Escudier Villa¹, Juan Francisco Oteo Domínguez¹, Javier Segovia Cubero¹ y Francisco José Hernández Pérez¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ²Anestesiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y ³Cirugía cardiovascular. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El traslado de pacientes en *shock* cardiogénico (SC) a un centro de referencia (Hub) es clave para instaurar un Código *Shock*. Se desconocen las características diferenciales y relevancia del tipo de hospital de procedencia. El objetivo es analizar el perfil clínico e impacto pronóstico según nivel asistencial del centro de origen.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes trasladados a un Centro de *Shock* desde septiembre 2014 hasta febrero 2023. Se clasificaron en 2 grupos: hospitales de nivel 2 (con) y nivel 3 (sin cirugía cardíaca). Se analizó la mortalidad a 3 meses.

Resultados: En total se trasladaron 115 pacientes (23% mujeres): 78 (68%) de nivel 2 y 37 (32%) nivel 3. La edad media fue inferior en aquellos de nivel 2 (46 vs 55 años, $p = 0,001$). Las etiologías del SC fueron la insuficiencia cardíaca (IC, 41%, similar entre grupos), y el infarto agudo de miocardio (40%, mayor en nivel 3 [33 vs 54%, $p = 0,042$]). Al diagnóstico, la proporción de SCAI D y E fue mayor en los de nivel 2 (95 vs 76%, $p = 0,008$). Sin embargo, el SCAI a la llegada al Hub mostró datos inversos: estadios más graves (D y E) en aquellos trasladados desde nivel 3 (32 vs 57%, $p = 0,011$). La mediana de tiempo desde el diagnóstico al traslado fue diferente (nivel 2, 3 [1-8] vs nivel 3, 1 [0,5-2] días, $p = 0,01$). El traslado se realizó bajo soporte circulatorio mecánico (SCM) más frecuentemente en los de nivel 2 (77 vs 38%, $p = 0,01$), aunque una vez atendidos en el Hub el empleo de estos dispositivos fue similar (83 vs 70%, $p = 0,107$). El lactato (nivel 2, $4,1 \pm 5,6$ vs nivel 3, $5,6 \pm 5,6$, $p = 0,196$) y el score inotrópico (nivel 2, 26 ± 32 vs nivel 3, 36 ± 40 , $p = 0,191$) a la llegada al Hub fueron similares entre grupos. La supervivencia a 3 meses fue mayor en los trasladados desde centros de nivel 2 (72 vs 53%, $\log \text{rank } p = 0,017$). Además, hubo más pacientes de este grupo que accedieron a terapias de reemplazo cardíaco (trasplante o asistencia ventricular de larga duración, [35 vs 16% en nivel 3, $p = 0,043$]).

Conclusiones: Los pacientes trasladados a un centro de SC son clínicamente diferentes en función del nivel del centro asistencial de procedencia. La etiología, momento evolutivo al traslado y estabilidad alcanzada con dispositivos de SCM probablemente condicionan un destino y pronóstico distinto. Esta experiencia puede ser útil en el diseño de los distintos códigos *shock* de cada territorio.