



6073-465. GARANTÍA DE EQUIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO GRACIAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA RED ASISTENCIAL

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Carlos Ferrera Durán¹, Ana Carrero Fernández², Pedro Muñoz Sahagún³, Juan González del Castillo⁴, María Luisa Navarro García⁵, Esther Álvarez Rodríguez⁶, Isaac Martínez López⁷, Javier Cobiella Carnicer⁸, Manuel Carnero Alcázar⁸, Manuela Hernández Mateo⁷, Sonia María da Rosa Beltrao⁹, Julián Pérez-Villacastín Domínguez¹⁰, Luis Maroto Castellanos⁸ e Isidre Vila Costa¹⁰

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ³SUMMA 112, Madrid, España, ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁵Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España, ⁶Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ⁷Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁸Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁹Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La equidad en salud es uno de los objetivos del Sistema Sanitario. Por tanto, la garantía de equidad debería estar presente en el diseño de estrategias para la mejora de la asistencia. El síndrome aórtico agudo (SAA) engloba un conjunto de patologías poco frecuentes con una elevada morbimortalidad. El objetivo del presente trabajo es valorar si existen diferencias en el pronóstico de los pacientes con SAA atendidos en el hospital de referencia frente a aquellos trasladados de otros centros tras la implementación de una red asistencial para la atención al SAA.

Métodos: Se estableció un protocolo de atención a los pacientes con SAA dentro de una red de 4 hospitales con un centro de referencia con la implicación del sistema de emergencias extrahospitalarias. Mediante la activación de un código se destinaba un recurso urgente para el traslado inmediato y la atención del paciente por parte de un grupo especializado en patología de la aorta. Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes con SAA y se clasificaron en función de su hospital de origen. Se analizaron variables clínicas, analíticas, de imagen y pronósticas.

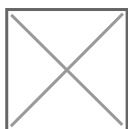
Resultados: Entre 2019-2024 se incluyeron 142 pacientes con SAA. La mayor parte fueron diagnosticados en centros periféricos (64,1% n = 91), mientras que el 35,9% (n = 51) se atendieron directamente en el hospital de referencia. La edad media ($66,9 \pm 14,9$ años, $p = 1$), las características basales y la presentación clínica fueron similares en ambos grupos (tabla). Dentro del espectro de SAA, el tipo A fue el más frecuente (71,3%, n = 101) de subtipo disección de aorta (93,1%), sin diferencias en el diagnóstico entre los centros ($p = 0,259$). No hubo diferencias significativas en la proporción de pacientes con SAA tipo A operados (87,5 vs 72,6%, $p = 0,074$). Aunque el tiempo desde el primer contacto médico hasta la cirugía fue mayor en los pacientes trasladados como cabría esperar (figura 1), no hubo diferencias en las complicaciones posoperatorias ni en la mortalidad a 30 días o intrahospitalaria entre los dos grupos (tabla).

Características basales,
cuadro clínico inicial y
complicaciones
postquirúrgicas de los
pacientes en función del
centro de origen

Características basales		Hospital referencia (n = 51)	Otros centros (n = 91)	p
Ictus/AIT	7,64% (4)	9,89% (9)	0,685	
Insuficiencia renal crónica	5,88% (3)	8,89% (8)	0,522	
VAo bicúspide	3,92% (2)	1,10% (1)	0,262	
Arteriopatía periférica	9,80% (5)	8,79% (8)	0,841	
Debut del cuadro clínico	Dolor torácico anterior	65,31% (32)	51,65% (47)	0,120
Síncope	18,37% (9)	19,78% (18)	0,840	
Déficit neurológico	20,83% (10)	9,89% (9)	0,074	
Shock	33,33% (17)	23,86% (38)	0,429	
Parada cardiorrespiratoria	3,92% (2)	7,69% (7)	0,376	
Ictus	3,92% (2)	0,00% (0)	0,057	
Taponamiento	19,61% (10)	16,48% (15)	0,639	
Necesidad intubación	11,76% (6&)	8,79% (8)	0,569	
Insuficiencia renal	27,91% (12)	21,88% (14)	0,476	
Isquemia mesentérica	9,09% (4)	0,00% (0)	0,012	

Complicaciones posquirúrgicas	Sepsis	20,51% (8)	14,52% (9)	0,433
Insuficiencia respiratoria	43,59% (17)	32,26% (20)	0,250	
Complicaciones neurológicas	25,64% (10)	25,19% (15)	0,870	
Reintervención	23,08% (9)	14,52% (9)	0,274	
Muerte	33,33% (17)	24,18% (22)	0,241	

VAo: válvula aórtica.



Tiempos de atención al SAA (mediana expresada en horas).

Conclusiones: La reorganización de la atención al SAA con la implicación activa de todos los agentes consigue que garantizar la equidad para los pacientes. Los resultados en términos de complicaciones y mortalidad del SAA fueron similares con independencia del centro de origen.