Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 641

Revista Española de Cardiología

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

Sara Lozano Jiménez[1], Mercedes Rivas Lasarte[1], Reyes Iranzo[2], Ramón Garrido González[1], Paula Vela Martín[1], Manuel Gómez Bueno[1], Daniela Cristina Mitroi[1], Susana Villar García[3], José María Viéitez Flórez[1], Juan Manuel Escudier Villa[1], Juan Francisco Oteo Domínguez[1], Javier Segovia Cubero[1] y Francisco José Hernández Pérez[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España,[2]Anestesiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y [3]Cirugía 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 cardiaca). 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 cardiaca (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 ± 5,6 vs nivel 3, 5,6 ± 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 rank* p = 0,017). Además, hubo más pacientes de este grupo que accedieron a terapias de reemplazo cardiaco (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.