



4019-2. REGISTRO ESPAÑOL DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (RESA- III). LOS CAMBIOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO SE REFLEJAN EN UNA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA MORTALIDAD

Ángela López Sainz¹, Manuel Azqueta Molluna², Antonio José Barros Membrilla³, Jordi López Ayerbe⁴, Francisco Calvo Iglesias⁵, Francisco Arregui Montoya⁶, Víctor X. Mosquera Rodríguez⁷, Rubén Fernández Tarrío⁸, Ana Revilla Orodea⁹, Violeta Sánchez Sánchez¹⁰, Eva María Cantero Pérez¹¹, Carlos Ferrera¹², David Toral Sepúlveda¹³, Augusto Sao¹ y Arturo Evangelista Masip¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Clínic, Barcelona. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). ⁵Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra). ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁷Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁸Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El registro RESA se inició en el 2005 con el propósito de conocer el diagnóstico, tratamiento y mortalidad del síndrome aórtico agudo (SAA) en nuestro país. Los RESAS se realizaron cada 4 años con periodos de inclusión prospectiva de 24 meses consecutivos en 30 centros terciarios de nuestro país. El objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias observadas entre RESA I, RESA II y RESA III.

Métodos: En los RESAS se incluyeron prospectivamente 1.902 pacientes diagnosticados de SAA (74% hombres; edad media: 60,7 ± 12,5 años), 1.329 (69,9%) tipo A y 573 (30,1%) tipo B. Se analizó la primera técnica diagnóstica, el manejo terapéutico y la mortalidad en la fase aguda.

Resultados: Comparando los RESAS I-II-III, el uso de la tomografía computarizada (TC) aumentó como primera técnica diagnóstica (62,8%, 77,9% y 94,2%, respectivamente; p 0,001). En el SAA tipo A, el manejo quirúrgico se incrementó (79,6%, 78,7%; y 84,5%; p 0,05). La mortalidad global del SAA tipo A disminuyó (41,2%, 34,5% y 31,2%; p 0,01), como consecuencia de la reducción de la mortalidad en el tratamiento quirúrgico (33,4%, 25,1% y 23,9%; p = 0,01). En el SAA tipo B, el tratamiento médico disminuyó (66,0%, 62,3% y 50,7%; p 0,005) a expensas de aumentar el tratamiento endovascular (22,8%, 32,8% y 38,7%; p 0,005). La mortalidad global del tipo B disminuyó (21,6%, 16,1% y 12,0%; p 0,01) a expensas de la disminución de la mortalidad del tratamiento médico (16,8%, 13,8% y 8,8%, p 0,001) y del endovascular (27,0%, 18,0% y 9,2%; p 0,05).

Conclusiones: El RESA evidencia, en los últimos 15 años, un importante aumento del uso de la TC en el diagnóstico del SAA. La mortalidad del SAA tipo A ha disminuido de forma significativa debido a la mayor frecuencia del tratamiento quirúrgico y a la disminución de la mortalidad de la cirugía. En el SAA tipo B, el tratamiento endovascular ha aumentado de forma importante y la mortalidad ha disminuido a expensas del tratamiento endovascular pero también del tratamiento médico, probablemente debido a un mejor manejo terapéutico.