



6022-8. CIRUGÍA «DIFERIDA» EN EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A DENTRO DEL «CÓDIGO AORTA»

Carlos Ferrera Durán¹, Isidre Vilacosta¹, Julián Pérez Villacastín¹, Pablo Busca², Ana Carrero Fernández³, Alfonso Martín Martínez⁴, Francisco Javier Martín Sánchez¹, María Jesús Domínguez García⁵, Ana Viana Tejedor¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Javier Cobiella Carnicer¹ y Luis Carlos Maroto-Castellanos¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA-112), Madrid. ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid. ⁴Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan la cirugía urgente como tratamiento de los pacientes con síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A. La cirugía realizada por un equipo experto y en las mejores condiciones posibles se asocia con mejores resultados. El objetivo es evaluar si diferir unas horas la cirugía en pacientes seleccionados con SAA tipo A se asocia con un incremento en el riesgo de complicaciones y una mayor mortalidad.

Métodos: El «Código Aorta» se integra dentro de una red de 4 hospitales, con un centro de referencia. Se diseñó un algoritmo específico para el diagnóstico, traslado interhospitalario, ingreso en Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares y la intervención precoz por cirujanos especializados. Se analizan los resultados tras dos años de funcionamiento (15/03/2019 a 15/03/2021). Se consideró la realización de cirugía «diferida», realizada a la mañana siguiente al diagnóstico, en pacientes que cumplieran los siguientes criterios: estabilidad hemodinámica, ausencia de derrame pericárdico y malperfusión.

Resultados: Se produjeron 59 activaciones durante el periodo de estudio. Se confirmó SAA en 42 casos, 31 tipo A, de los cuales 25 fueron tratados quirúrgicamente. Se realizó cirugía «diferida» (grupo 1) en 7 pacientes, 4 debido a horario nocturno y 3 por falta de disponibilidad de equipo de anestesiología especializado en cirugía cardiovascular, y cirugía urgente en los restantes 18 casos (grupo 2). No hubo diferencias en la edad, distribución por género y factores de riesgo cardiovascular entre los grupos. En la presentación clínica, un 23,5% de los pacientes del grupo 2 presentaban inestabilidad hemodinámica, un 22% datos de isquemia miocárdica y un 29,4% taponamiento cardiaco. La proporción de pacientes con derrame pleural, hemomediastino e insuficiencia aórtica fue similar entre los grupos (tabla). Ninguno de los pacientes del grupo 1 presentó complicaciones en el periodo prequirúrgico. En el posoperatorio, los pacientes del grupo 1 presentaron más insuficiencia renal aguda transitoria, sin diferencias significativas en el resto de complicaciones. La mortalidad fue similar en ambos grupos.

Diferencias entre los pacientes con SAA tipo A intervenidos de forma diferida o urgente

Variables	Grupo 1	Grupo 2	p
-----------	---------	---------	---

	Cirugía «diferida» (N = 7)	Cirugía Urgente (N = 18)	
Edad (años)	66,8 ± 5,2	64 ± 2,9	0,629
Sexo (varones)	85,7% (6)	55,6% (10)	0,355
HTA	85,7% (6)	83,3% (15)	0,999
Aneurisma aorta	16,7% (1)	6,7% (1)	0,500
Tiempo hasta la cirugía (horas)	12 ± 2,8	1,8 ± 0,29	0,001
Signos, síntomas y complicaciones al ingreso			
Dolor torácico	85,7% (6)	82,4% (14)	0,841
Síncope	28,6% (2)	22,2% (4)	0,739
Isquemia periférica	0% (0)	27,8% (5)	0,274
<i>Shock</i>	0% (0)	23,5% (4)	0,283
Taponamiento	0% (0)	29,4% (5)	0,272
Insuficiencia aórtica más que ligera	85,7% (6)	66,7% (12)	0,626
Hemomediastino	14,3% (1)	16,7% (3)	0,884
Complicaciones posquirúrgicas			
Insuficiencia renal aguda	100% (7)	44,4% (8)	0,020
Reintervención por hemorragia	42,8% (3)	27,8% (5)	0,640

Isquemia mesentérica	28,6% (2)	5,6% (1)	0,180
Infarto posoperatorio	14,3% (1)	5,56% (1)	0,490
Mortalidad	28,6% (2)	22,2% (4)	0,739

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial.

Conclusiones: Aunque se trata de una serie pequeña de casos, los resultados muestran que, en pacientes seleccionados, la cirugía del SAA tipo A puede demorarse unas horas, sin que ello conlleve más incidencia de complicaciones graves o una mayor mortalidad.