



11. PRONÓSTICO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A EN PACIENTES MAYORES

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Carlos Ferrera Durán², Isidre Vilacosta¹, Ana Carrero Fernández³, Fátima Gutiérrez⁴, Juan González del Castillo⁵, María Jesús Domínguez García⁶, Esther Álvarez⁷, Fátima Fernández⁸, Isaac Martínez López⁹, Javier Cobiella Carnicer¹⁰, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Ana Viana Tejedor¹, Julián Pérez-Villacastín Domínguez¹ y Luis Maroto Castellanos¹⁰

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

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A se asocia con una elevada mortalidad. El tratamiento de elección es la cirugía urgente. Sin embargo, se trata de una intervención compleja y prolongada. Los pacientes de edad avanzada suponen un reto y plantean dudas en la toma de decisiones sobre la estrategia de tratamiento. El objetivo del trabajo es evaluar el pronóstico de los pacientes mayores que sufren un SAA tipo A, analizar el impacto y los resultados de la cirugía.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva los pacientes con SAA. Se seleccionaron los pacientes con SAA tipo A desde abril-2019 a marzo-2023 y se clasificaron según su edad en dos grupos: ≥ 75 años y menores de 75 años. Se analizaron variables clínicas, de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes, de los cuales 82 fueron SAA tipo A. De ellos, 27 tenían 75 años o más. Los pacientes mayores presentaron más comorbilidades: EPOC, fibrilación auricular, insuficiencia renal (tabla). Los pacientes mayores se diagnosticaron más tarde (tiempo síntomas-diagnóstico: 10 horas (6,2-62) vs 4 horas (2,2-23), $p = 0,004$). Al diagnóstico, los pacientes mayores presentaron más complicaciones: taponamiento (33 vs 23%, $p = 0,352$), hemopericardio (69 vs 38%, $p = 0,01$), *shock* (45 vs 30%, $p = 0,180$), insuficiencia renal (40 vs 20%, $p = 0,132$). El riesgo quirúrgico de los pacientes mayores fue superior (tabla). Los pacientes mayores se operaron en menor proporción (63 frente a 87,3%, $p = 0,004$). Una vez diagnosticados, el tiempo hasta la cirugía fue similar en ambos grupos (3,2h (1,6-10) vs 2,7h (2,1-5,7), $p = 0,728$). A pesar del mayor riesgo, la cirugía se asoció con una reducción de la mortalidad en ambos grupos de pacientes (figura). En los pacientes intervenidos, la incidencia de fibrilación auricular posquirúrgica fue mayor en el grupo de pacientes mayores, sin diferencias significativas en el resto de complicaciones (tabla).

Antecedentes y complicaciones del síndrome aórtico agudo tipo A en pacientes mayores

SAA ≥ 75 años (N = 55) SAA < 75 años (N = 27) p

Varón	76,3% (42)	37,0% (10)	0,001
EPOC	7,3% (4)	22,2% (6)	0,052
FA crónica	7,3% (4)	29,6% (8)	0,016
Enfermedad renal crónica	3,6% (2)	11,1% (3)	0,325
Ictus previo	5,5% (3)	26% (7)	0,013
EuroSCORE II	15,3 ± 7,8	26 ± 11,5	0,001
Complicaciones durante el ingreso			
IRA posquirúrgica	43,8% (21)	50% (8)	0,664
Ictus posquirúrgico	6,2% (2)	6,2% (1)	0,329
FA posquirúrgica	10,4% (5)	31,3% (5)	0,047
Sepsis posquirúrgica	18,8% (9)	25,0% (13)	0,590
Reintervención por sangrado	22,9% (11)	18,8% (3)	> 0,999
Mortalidad a 30 días	18% (10)	37% (10)	0,061

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; IRA: insuficiencia renal aguda.



Mortalidad a 30 días en el SAA según la edad y la estrategia de tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes con SAA tipo A de edad avanzada tienen más comorbilidades, se diagnostican más tardíamente y presentan una mortalidad mayor. Pese a ello, la cirugía se asocia con una reducción de la mortalidad incluso en la población mayor. La edad por sí sola no debería ser una contraindicación para el tratamiento quirúrgico del SAA tipo A.