



### 3. IMPACTO PRONÓSTICO DEL *SHOCK* COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A. RESULTADOS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE SÍNDROME AÓRTICO (RESA III)

Carlos Ferrera Duran<sup>1</sup>, Isidre Vilacosta<sup>1</sup>, Francisco Calvo Iglesias<sup>2</sup>, Antonio José Barros Membrilla<sup>3</sup>, Jordi López Ayerbe<sup>4</sup>, Víctor X. Mosquera Rodríguez<sup>5</sup>, Rubén Tarrío Fernández<sup>6</sup>, Ana Revilla Orodea<sup>7</sup>, David Toral Sepúlveda<sup>8</sup>, Inés Ramos González-Cristóbal<sup>1</sup>, Luis Maroto Castellanos<sup>9</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>10</sup>, José Fernando Rodríguez Palomares<sup>11</sup>, Augusto Sao Aviles<sup>11</sup> y Arturo Evangelista Masip<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, <sup>3</sup>Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, <sup>4</sup>Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, <sup>5</sup>Cirugía Cardíaca. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España, <sup>6</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, <sup>7</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>8</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, <sup>9</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>10</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y <sup>11</sup>Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

#### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cirugía urgente es el tratamiento de elección del síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A. Sin embargo, los pacientes con *shock* en ocasiones son rechazados para cirugía por su elevado riesgo quirúrgico. El objetivo del presente trabajo es evaluar las características clínicas de los pacientes con SAA tipo A que debutan con *shock* y el papel de la cirugía sobre su pronóstico.

**Métodos:** RESA-III es un registro multicéntrico español que incluye 30 hospitales de referencia para el tratamiento del SAA. Desde enero-2018 a diciembre-2019 se recogieron de forma prospectiva 754 pacientes con SAA. De ellos, 521 fueron tipo A (población de estudio). Se clasificaron en dos grupos según se presentasen con *shock* (N = 97) o no (n = 424) al diagnóstico. Se definió el *shock* como la presencia de hipotensión grave (tensión arterial sistólica 80 mmHg) a pesar de resucitación con volumen y que requiriera vasopresores.

**Resultados:** Los pacientes con *shock* fueron mayores ( $66,2 \pm 11,4$  vs  $63,4 \pm 11,7$  años,  $p = 0,03$ ). Con respecto a la presentación clínica, el síncope ( $45,4$  vs  $10,1\%$ ,  $p = 0,001$ ), el taponamiento cardíaco ( $36,2$  vs  $9\%$ ,  $p = 0,001$ ) y la insuficiencia renal ( $28,9$  vs  $18,2\%$ ,  $p = 0,018$ ) fueron más frecuentes en el grupo-*shock*. No hubo diferencias en la insuficiencia aórtica ( $51,6$  vs  $46,7\%$ ,  $p = 0,396$ ) y la malperfusión periférica ( $12,4$  vs  $12,7\%$ ,  $p = 0,922$ ) entre los grupos. Las ramas proximales de la aorta estuvieron más frecuentemente afectadas en el grupo-*shock*: tronco braquiocefálico ( $50,5$  vs  $35,4\%$ ,  $p = 0,006$ ), carótida izquierda ( $35,1$  vs  $21,5\%$ ,  $p = 0,005$ ) y derecha ( $29,9$  vs  $17,2\%$ ,  $p = 0,005$ ). Los pacientes en *shock* requirieron en mayor medida intubación al ingreso ( $40$  vs  $9,1\%$ ,  $p = 0,001$ ). Además, tuvieron más complicaciones isquémicas en el postoperatorio: miocárdica ( $p = 0,039$ ), renal ( $p = 0,025$ ) y paraplejia ( $p = 0,021$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en el grupo-*shock* ( $48,5$  vs  $27,4\%$ ,  $p = 0,001$ ). La cirugía se asoció con una reducción de la mortalidad en ambos grupos (figura). Dentro del grupo-*shock*, la cirugía se asoció de forma independiente con una reducción de la mortalidad (tabla; reducción absoluta de riesgo  $59,7\%$ , NNT = 2).

Análisis multivariado de regresión logística para mortalidad en los pacientes con SAA tipo A que se presentan con *shock*

Variable	OR (IC95%)	p
Cirugía	0,03 (0,00-0,32)	0,003
Dolor torácico posterior	0,29 (0,08-1,06)	0,068
Taponamiento	0,46 (0,15-1,44)	0,184
Valvulopatía aórtica	0,56 (0,13-4,79)	0,434
Edad	1,01 (0,96-1,06)	0,640
Atención directa en centro de referencia	1,75 (0,62-4,9)	0,291
Ictus	1,21 (0,31-4,79)	0,784
Necesidad de intubación	3,02 (1,04-8,82)	0,043

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.



*Impacto de la cirugía sobre la mortalidad de los pacientes con SAA tipo A con y sin shock al diagnóstico.*

**Conclusiones:** El *shock* es una forma de presentación extrema del SAA tipo A que se asocia con un elevado riesgo de complicaciones isquémicas y una alta mortalidad. Sin embargo, incluso en condiciones tan adversas la cirugía se asocia con una reducción muy significativa de la mortalidad.