



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 Duran¹, Isidre Vilacosta¹, Francisco Calvo Iglesias², Antonio José Barros Membrilla³, Jordi López Ayerbe⁴, Víctor X. Mosquera Rodríguez⁵, Rubén Tarrío Fernández⁶, Ana Revilla Orodea⁷, David Toral Sepúlveda⁸, Inés Ramos González-Cristóbal¹, Luis Maroto Castellanos⁹, Alberto Forteza Gil¹⁰, José Fernando Rodríguez Palomares¹¹, Augusto Sao Aviles¹¹ y Arturo Evangelista Masip¹¹

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

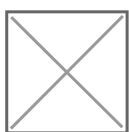
Métodos: RESA-III es un registro multicéntrico español que incluye 30 hospitales de referencia para el tratamiento del SAA. Desde enero-2018 a diciembre-2019 se recogieron de forma prospectiva 754 pacientes con SAA. De ellos, 521 fueron tipo A (población de estudio). Se clasificaron en dos grupos según 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.