



6022-125. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Carlos Ferrera Durán¹, Ana Carrero Fernández², Pedro Muñoz Sahagún³, Juan González del Castillo⁴, María Luisa Navarro García⁵, Esther Álvarez Rodríguez⁶, Isaac Martínez López⁷, Javier Cobiella Carnicer⁸, Manuel Carnero Alcázar⁸, Manuela Hernández Mateo⁷, Sonia María da Rosa Beltrao⁹, Julián Pérez-Villacastín Domínguez¹, Luis Maroto Castellanos⁸ e Isidre Vila Costa¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ³SUMMA 112, Madrid, España, ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁵Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España, ⁶Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ⁷Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁸Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ⁹Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La obesidad es un problema de conocido impacto pronóstico en patologías cardiovasculares. La influencia de la obesidad sobre el pronóstico de los pacientes con síndrome aórtico agudo (SAA) no es del todo conocida. Nuestro objetivo es valorar si el sobrepeso o la obesidad tienen un impacto pronóstico negativo sobre los pacientes con SAA.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva los pacientes con SAA atendidos en un centro terciario desde 2019 hasta 2024. Se registró la talla y el peso al ingreso y se clasificaron en función de su IMC en normopeso (18,5 ? IMC 25), sobrepeso (25 ? IMC 30). Se analizaron variables clínicas, analíticas, de imagen y pronósticas. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística con el objetivo de identificar factores pronósticos en el que se incluyó: edad, sexo, antecedente de fibrilación auricular y los factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes con SAA: 42 (32%) en el grupo normopeso; 62 (47%) sobrepeso y 28 (21%) obesidad. Los pacientes con sobrepeso u obesidad fueron más numerosos y significativamente más jóvenes ($p = 0,011$): normopeso (edad $70 \pm 18,6$ años), sobrepeso (edad $64 \pm 13,4$ años) y obesidad (edad $67 \pm 11,4$ años). No se encontraron diferencias entre el IMC y el tipo de SAA diagnosticado ($p = 0,524$): siendo el más prevalente el SAA tipo A (73% normopeso), (67% sobrepeso), (75% obesidad) y la disección de aorta (76% normopeso), (82% sobrepeso), (85% obesidad). Los pacientes de los tres grupos tuvieron una presentación clínica similar (tabla). Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los pacientes obesos con SAA tipo A tuvieron mayor porcentaje de complicaciones al ingreso (tabla). En la evolución intrahospitalaria, los pacientes obesos tuvieron una mayor mortalidad a 30 días global y mayor mortalidad posquirúrgica (figura). En el análisis multivariado, la obesidad mostró una asociación independiente significativa con una mayor mortalidad (OR 6,86, IC95% (1,30-36,2), $p = 0,023$).

Características basales,
complicaciones prequirúrgicas y
resultados en SAA tipo A

	Normopeso (n = 31)	Sobrepeso (n = 42)	Obesidad (n = 21)	p
Edad	70 ± 18,6	64 ± 13,4	67 ± 11,4	0,011
Sexo (hombres)	52,38% (22)	27,42% (17)	35,71% (10)	0,035
Tipo A	73% (DE 6,7)	67% (DE 5,9)	76% (DE 6,5)	0,524

Complicaciones prequirúrgicas

Shock	35,71% (10)	27,27% (9)	53,85% (7)	0,235
Parada cardiorrespiratoria	6,45% (2)	2,38% (1)	14,29% (3)	0,190
Taponamiento	25,81% (8)	14,29% (6)	38,10% (8)	0,101
Rotura aórtica	3,57% (1)	11,76% (4)	16,67% (2)	0,355
Lactato (mmol/l)	2,69 ± 2,03	2,71 ± 2,53	4,29 ± 3,22	0,053
Insuficiencia renal	29,63% (8)	21,88% (7)	45,45% (5)	0,324

SAA TIPO A

Tratamiento quirúrgico	83,87% (26)	85,71% (36)	76,19% (16)	0,630
Complicaciones respiratorias postcx	34,62% (9)	38,89% (14)	50,00% (8)	0,607
Complicaciones neurológicas postcx	26,92% (7)	19,44% (7)	37,50% (6)	0,381
Mortalidad global	32,26% (10)	16,67% (7)	52,38% (11)	0,013

Mortalidad posquirúrgica 30 días	7,69% (2)	5,56% (2)	31,25% (5)	0,021
Postcx: postratamiento quirúrgico.				



Mortalidad en SAA tipo A en función del peso y del tratamiento recibido. *Tto cx = tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: En la población de pacientes con SAA, dos terceras partes muestran sobrepeso u obesidad, de acuerdo con el IMC. Los pacientes con obesidad mostraron un peor pronóstico y una mayor mortalidad en comparación a los pacientes con sobrepeso y normopeso. La obesidad se asoció de forma independiente al resto de factores de riesgo con una mayor mortalidad.