



## 4019-2. REGISTRO ESPAÑOL DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (RESA- III). LOS CAMBIOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO SE REFLEJAN EN UNA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA MORTALIDAD

Ángela López Sainz<sup>1</sup>, Manuel Azqueta Molluna<sup>2</sup>, Antonio José Barros Membrilla<sup>3</sup>, Jordi López Ayerbe<sup>4</sup>, Francisco Calvo Iglesias<sup>5</sup>, Francisco Arregui Montoya<sup>6</sup>, Víctor X. Mosquera Rodríguez<sup>7</sup>, Rubén Fernández Tarrío<sup>8</sup>, Ana Revilla Orodea<sup>9</sup>, Violeta Sánchez Sánchez<sup>10</sup>, Eva María Cantero Pérez<sup>11</sup>, Carlos Ferrera<sup>12</sup>, David Toral Sepúlveda<sup>13</sup>, Augusto Sao<sup>1</sup> y Arturo Evangelista Masip<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). <sup>5</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra). <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>8</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>9</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>10</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>11</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>12</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>13</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El registro RESA se inició en el 2005 con el propósito de conocer el diagnóstico, tratamiento y mortalidad del síndrome aórtico agudo (SAA) en nuestro país. Los RESAS se realizaron cada 4 años con periodos de inclusión prospectiva de 24 meses consecutivos en 30 centros terciarios de nuestro país. El objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias observadas entre RESA I, RESA II y RESA III.

**Métodos:** En los RESAS se incluyeron prospectivamente 1.902 pacientes diagnosticados de SAA (74% hombres; edad media: 60,7 ± 12,5 años), 1.329 (69,9%) tipo A y 573 (30,1%) tipo B. Se analizó la primera técnica diagnóstica, el manejo terapéutico y la mortalidad en la fase aguda.

**Resultados:** Comparando los RESAS I-II-III, el uso de la tomografía computarizada (TC) aumentó como primera técnica diagnóstica (62,8%, 77,9% y 94,2%, respectivamente; p 0,001). En el SAA tipo A, el manejo quirúrgico se incrementó (79,6%, 78,7%; y 84,5%; p 0,05). La mortalidad global del SAA tipo A disminuyó (41,2%, 34,5% y 31,2%; p 0,01), como consecuencia de la reducción de la mortalidad en el tratamiento quirúrgico (33,4%, 25,1% y 23,9%; p = 0,01). En el SAA tipo B, el tratamiento médico disminuyó (66,0%, 62,3% y 50,7%; p 0,005) a expensas de aumentar el tratamiento endovascular (22,8%, 32,8% y 38,7%; p 0,005). La mortalidad global del tipo B disminuyó (21,6%, 16,1% y 12,0%; p 0,01) a expensas de la disminución de la mortalidad del tratamiento médico (16,8%, 13,8% y 8,8%, p 0,001) y del endovascular (27,0%, 18,0% y 9,2%; p 0,05).

**Conclusiones:** El RESA evidencia, en los últimos 15 años, un importante aumento del uso de la TC en el diagnóstico del SAA. La mortalidad del SAA tipo A ha disminuido de forma significativa debido a la mayor frecuencia del tratamiento quirúrgico y a la disminución de la mortalidad de la cirugía. En el SAA tipo B, el tratamiento endovascular ha aumentado de forma importante y la mortalidad ha disminuido a expensas del tratamiento endovascular pero también del tratamiento médico, probablemente debido a un mejor manejo terapéutico.