



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

Inés Ramos González-Cristóbal<sup>1</sup>, Carlos Ferrera Durán<sup>1</sup>, Ana Carrero Fernández<sup>2</sup>, Pedro Muñoz Sahagún<sup>3</sup>, Juan González del Castillo<sup>4</sup>, María Luisa Navarro García<sup>5</sup>, Esther Álvarez Rodríguez<sup>6</sup>, Isaac Martínez López<sup>7</sup>, Javier Cobiella Carnicer<sup>8</sup>, Manuel Carnero Alcázar<sup>8</sup>, Manuela Hernández Mateo<sup>7</sup>, Sonia María da Rosa Beltrao<sup>9</sup>, Julián Pérez-Villacastín Domínguez<sup>1</sup>, Luis Maroto Castellanos<sup>8</sup> e Isidre Vila Costa<sup>1</sup>

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

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

**Complicaciones prequirúrgicas**

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

**SAA TIPO A**

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

<b>Mortalidad posquirúrgica 30 días</b>	7,69% (2)	5,56% (2)	31,25% (5)	<b>0,021</b>
---	-----------	-----------	------------	--------------

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.