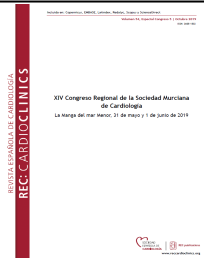


REC: CardioClinics

<https://www.reccardioclinics.org>

14 - SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EN LA REGIÓN DE MURCIA: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD

F. Arregui Montoya, D.R. Saura Espín, A. Hernández Costa, S. Cánovas López, C. Pérez Albacete, F. Sarabia Tirado, E. Mónico Castillo, E. Cabrera Romero, D. Fernández Vázquez y D.J. Vázquez Andrés

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Valorar las características de la población afecta de un síndrome aórtico agudo (SAA) en la Región de Murcia, la mortalidad y factores predictores de la misma. Evaluar si son superponibles al registro español de síndrome aórtico agudo (RESA) previo.

Métodos: En el RESA 2017-2019 se incluyeron 42 pacientes con SAA de mayo de 2017 hasta abril 2019. Se realizó un análisis prospectivo, analítico y observacional de las características basales de la población afectada, su mortalidad y las variables asociadas a esta. Se valoró las características asociadas a mortalidad precoz (30 días) entre los distintos SAA. El contraste de hipótesis se realizó mediante el test de la chi-cuadrado y la t-Student. Se exponen en la tabla 1 los resultados del RESA 2009 y el RESA 2019, las medidas de asociación y la significación estadística en cada caso.

Resultados: De 42 pacientes en la Región de Murcia con SAA, 31 fueron hombres (75,6%) y 11 mujeres (24,4%). El 56,1% era hipertenso y un 39% consumía algún tipo de sustancia tóxica (tabaco, alcohol, cocaína) un 7,9% presentaban genética positiva favorecedora de SAA. La mortalidad a los 30 días fue 48,8%. El 78% de los SAA fue tipo A de Stanford. Un 14,6% recibieron tratamiento endovascular, un 78% tratamiento quirúrgico y un 7,3% tratamiento médico conservador. Solo el consumo previo de tóxicos y la edad se asociaron de manera significativa con la mortalidad a corto plazo (30 días). Con respecto a RESA previos, el sexo femenino presentó similar mortalidad que el sexo masculino y no hubo asociación con la mortalidad precoz excepto en el consumo de tóxicos y la edad, probablemente por tratarse de una muestra pequeña. Puede existir un sesgo por sobrediagnóstico de SAA tipo A probablemente por incluir pacientes desde un centro de referencia de cirugía cardiovascular, donde se derivan la mayoría de estos.

Factores de Riesgo	RESA 2009 N=519	Significación estadística 2009 A frente a B OR/Chi-Cuadrado	RESA 2019 N=42	Significación estadística 2019 A frente B OR/Chi-Cuadrado
Edad	60,9 +/- 13,3	P=0,1	59,76	P=0,005*
Hipertensión	71,1	P=0,009	56,1	P=0,44
Diabetes Mellitus	8,3	P=0,9	4,9	P=0,97
Dislipemia	22,4	P=0,05	17,1	P=0,18
Cardiopatía previa	8,5	P=0,49	12,2	P=0,13
Consumo de tóxicos	44,9	P=0,02	36,6	P=0,041
Marfan o Genética	6,4	P=0,02	7,3	P=0,57
Sexo Masculino	77,5	P=0,06	75,6%	P=0,41

*T-Student

Variables clínicas y significación estadística tras contraste de hipótesis con la mortalidad precoz (30 días).

Conclusiones: La mortalidad del SAA continúa siendo muy elevada (48,8% en los primeros 30 días). El diagnóstico más frecuente es el de SAA tipo A y el 78% se intervienen quirúrgicamente. Solo la edad y el consumo de tóxicos previos se asoció con la mortalidad precoz.