

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental (*) es el dolor torácico (DT) no traumático, de causa potencialmente grave, debido a alguna de las siguientes patologías de la aorta: disección aórtica (DA), hematoma aórtico intramural (HAI), úlcera aórtica penetrante (UAP) y aneurisma aórtico expansivo (AAE). De todas estas enfermedades de la aorta (**), la disección aórtica (DA) es la más representativa, por lo que en este Proceso SAA nos referiremos generalmente a la DA, salvo que se especifique lo contrario.

(*) Ocasionalmente, el DT puede no ser el síntoma fundamental, por tratarse de molestias torácicas leves (o inexistentes) con clínica predominante de disnea de aparición brusca, síncope, síntomas neurológicos o parada cardiorrespiratoria (PCR).

(**) Las definiciones de estas enfermedades se encuentran en el glosario adjunto al final del libro.

Definición funcional: Proceso por el que, tras consultar el paciente por dolor torácico en cualquier punto del SSPA, y tras dar los pasos necesarios para una primera e inmediata estratificación de riesgo, se establece una sospecha clínica de SAA y ésta es confirmada con las exploraciones complementarias pertinentes, de forma que se obtenga el diagnóstico definitivo en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Una vez alcanzado el diagnóstico, se procederá inmediatamente al tratamiento más adecuado incluyendo: estabilización clínico-hemodinámica del paciente y tratamiento quirúrgico o endovascular (si procede), estratificación de riesgo según factores clínicos y técnicas de imagen al alta, asegurando finalmente la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite de entrada: Momento inicial en el que se establece una sospecha clínica de SAA ante un paciente que ha consultado por dolor torácico en el SSPA a través de 4 vías de entrada diferentes: (1) A través de Urgencias: El paciente acude a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), o recurre a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP) o bien llama al 061 (vías de entrada 1A, 1B y 1C, respectivamente). (2) A través de su Médico de Familia: El paciente consulta a su Médico de AP (vía de entrada 2). Otro límite de Entrada posible sería cuando un paciente, hospitalizado por otro motivo, presenta dolor torácico. Para simplificar este documento, esta vía no será desarrollada, ya que las actuaciones serían análogas a las descritas en la entrada 1A (a través de un SCCU-H), con la salvedad de que serían realizadas por el personal de guardia correspondiente.

Límite final: Tras confirmar el SAA, éste es sometido a tratamiento médico o quirúrgico (clásico o endovascular, según los casos) y se estratifica su riesgo de complicaciones, tras lo cual se asegura la continuidad asistencial, mediante seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite marginales: 1) Otras causas de SAA que, por su naturaleza traumática (rotura traumática de la aorta), quedan excluidas del Proceso de Dolor Torácico y del actual *Proceso del SAA*. 2) Serán considerados Límites Marginales de este Proceso otras causas de Dolor Torácico que, si bien inicialmente pueden originar una *sospecha clínica de SAA*, ésta *no se confirma* tras las exploraciones complementarias correspondientes. Se trata, en definitiva, de los procesos que deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial del SAA, pero que no serán desarrollados en este documento. Entre ellos destacan: otros aneurismas aórticos torácico-abdominales (no disecados ni expansivos), tumores mediastínicos, insuficiencia aórtica sin disección, isquemia miocárdica e IAM y pericarditis aguda. 3) Tampoco se desarrollarán en este documento las complicaciones especiales del SAA: manifestaciones neurológicas (AVC, paraplejia), IAM inferior por afectación del ostium de la coronaria derecha, isquemia e infarto mesentérico, isquemia de miembros inferiores, insuficiencia renal, taponamiento cardíaco, hemotórax, hemoptisis y hematemesis o síndrome de vena cava superior.

Observaciones: Este proceso tiene varias particularidades muy relevantes: Por un lado, presenta una elevada mortalidad que, de forma acumulativa, se incrementa aproximadamente a razón de un 1% por cada hora de demora. Por otro lado, la baja prevalencia del proceso dificulta el que los distintos eslabones de su cadena asistencial adquieran la experiencia necesaria para su manejo óptimo. Por tanto, se trata de un proceso que requiere de actuaciones extremadamente rápidas y precisas, más fácilmente alcanzables mediante unidades medico-quirúrgicas especializadas.

Las actividades de Enfermería se van mencionando, junto con el resto de actividades. No obstante, los Planes de Cuidados de Enfermería se describen de forma más detallada en un Subproceso independiente (ver Subproceso de Planes de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave).