

● síndrome aórtico agudo (SAA)

Definición funcional

Proceso por el que, tras consultar el paciente por dolor torácico (DT) en cualquier punto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), y tras una primera e inmediata estratificación de riesgo, se establece una sospecha clínica de SAA* y se confirma 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 AE y/o AP.

(*) El síndrome aórtico agudo (SAA) engloba las siguientes patologías de la aorta: disección aórtica (DA), hematoma aórtico intramural, úlcera aórtica penetrante y aneurisma aórtico expansivo. De todas estas enfermedades de la aorta, la disección aórtica (DA) es la más representativa, por lo que este Proceso SAA se refiere generalmente a la DA, salvo que se especifique lo contrario.

Normas de calidad

- Ante la sospecha inicial de SAA, se buscarán los datos clínicos más frecuentemente asociados al mismo: (1) DT intenso de comienzo súbito y que típicamente se irradia siguiendo el sentido de la disección y se presenta en pacientes de alto riesgo: hipertensos o con historia de arterioclerosis en los pacientes de edad avanzada o Síndrome de Marfan, válvula aórtica bicúspide y cirugía cardíaca previa en los menores de 40 años. (2) HTA. (3) Déficit de pulsos en brazo, carótida o femoral. (4) Marcada diferencia de TA entre ambos brazos. (5) Semiología de insuficiencia aórtica. (6) A veces, mala perfusión y otros signos de fallo cardíaco. (7) El ECG suele ser inespecífico (normal o con HVI, en 2/3 de los casos), pero es útil para descartar afectación coronaria concomitante. (8) La Rx de Tórax normal no excluye SAA. En pacientes con alto nivel clínico de sospecha deben realizarse las restantes técnicas de imagen a pesar de una Rx normal. Sin embargo, la Rx de Tórax puede mostrar dilatación fusiforme o sacular del contorno de la aorta; ensanchamiento mediastínico; desplazamiento de la traquea a la derecha y distorsión del bronquio principal izquierdo; desplazamiento de calcificaciones en la pared de aorta mayores a 6 mm; kinking o tortuosidad de aorta; opacificación de la ventana aortopulmonar y borramiento del contorno aórtico.
- Tan pronto exista una sospecha clínica razonada de SAA, se indicará ingreso en UCI para: (1º) Monitorización y estabilización del paciente y (2º) Confirmación del diagnóstico mediante técnicas de imagen:
 1. Estabilización clínico-hemodinámica del paciente con 3 objetivos: calmar el dolor (preferentemente con morfínicos i.v.), reducir la TA sistólica a 100-120 mmHg, y disminuir la fuerza de eyección VI (dp/dt). Para ello, se recomienda usar siempre betabloqueantes

(salvo contraindicaciones) y, si no bastan para reducir la TA sistólica a 100-120 mmHg, se asociarán vasodilatadores de acción rápida (nitroprusiato i.v., nifedipina s.l. o IECAs).

2. Confirmar diagnóstico mediante técnicas de imagen: según el estado clínico del paciente y la disponibilidad de las diferentes exploraciones, la sospecha de SAA se confirmará mediante Ecocardiograma transtorácico y transesofágico o TC torácico. Excepcionalmente se precisará una Resonancia Magnética o una Aortografía.
- La elección del tratamiento del SAA se basará en el análisis de los siguientes factores: tipo de SAA y su localización (proximal / distal), estado general del paciente y presencia de complicaciones. En general, en los casos de disección aórtica aguda proximal el tratamiento de elección es siempre quirúrgico y con carácter urgente o emergente. Por el contrario, los casos de disección aórtica distal, no complicados, no suelen requerir tratamiento quirúrgico. Se controlan habitualmente mediante tratamiento médico y recientemente se están tratando algunos casos mediante inserción percutánea de prótesis endovasculares (Stents), aunque no existe evidencia para la aplicación sistemática de este tratamiento endovascular.
 - En la disección aórtica aguda la reparación quirúrgica debe realizarse con extrema urgencia. Las demoras en el tratamiento quirúrgico disparan tanto la mortalidad preoperatoria como la operatoria. Por ello, estos pacientes deberían ser tratados por unidades médico-quirúrgicas específicas, con sistemas de alerta que garanticen que: la evaluación preoperatoria, la estabilización del paciente, los preparativos de la cirugía y la propia cirugía, estén ultimados en el menor tiempo posible. La creación de estas unidades aumentaría la experiencia, destreza técnica, la aplicación de metodología específica y mejoraría la agilidad en el manejo del SAA, de cada uno de los eslabones de esta cadena asistencial, y sería una de las medidas más eficaces y eficientes para disminuir la mortalidad de los pacientes atendidos por SAA en el SSPA.
 - Todos los pacientes con DA (con o sin tratamiento quirúrgico) deben ser medicados a largo plazo (generalmente con betabloqueantes) para lograr el control de sus cifras de TA (TA sistólica μ 130-140 mmHg) y la disminución de la dP/dt.
 - Tras el alta hospitalaria, el seguimiento de estos pacientes debe estar adecuadamente programado para prevenir y detectar precozmente las complicaciones. Durante los 2 primeros años (periodo de máximo riesgo de complicaciones), el intervalo entre revisiones no debe exceder de 6 meses. Las revisiones deben incluir: exploración física cuidadosa, ECG, Rx de tórax y visualización de la aorta mediante algunas técnicas de imagen periódica (Ecocardiograma, TC, RM).

NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA-SAS

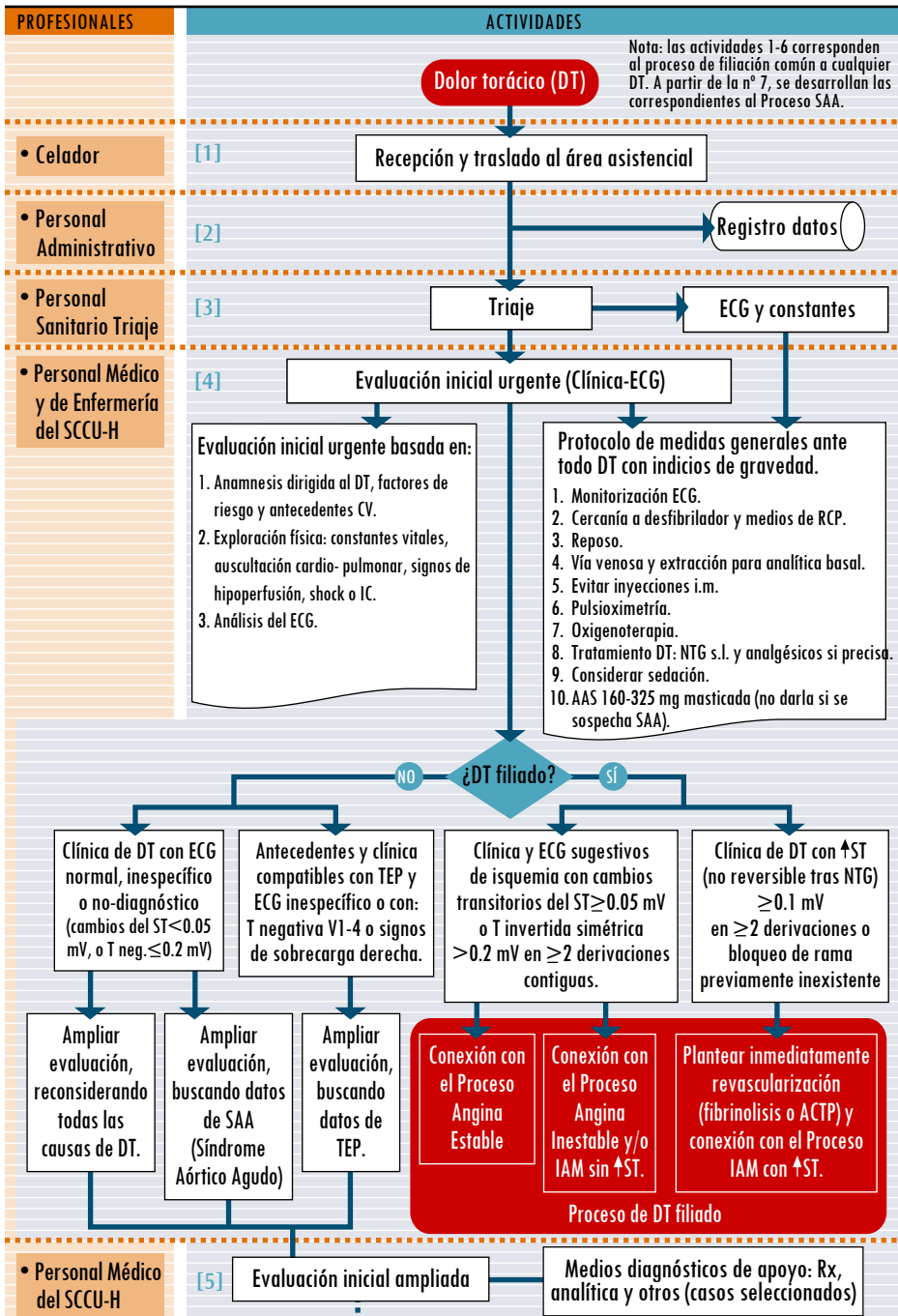
1. Se dispondrá de un registro de casos que permita conocer el número total de pacientes diagnosticados anualmente, el tipo de SAA (disección aórtica proximal o distal), los tiempos medios de respuesta, el tratamiento recibido (médico o quirúrgico) y la mortalidad intrahospitalaria.



[SAA]

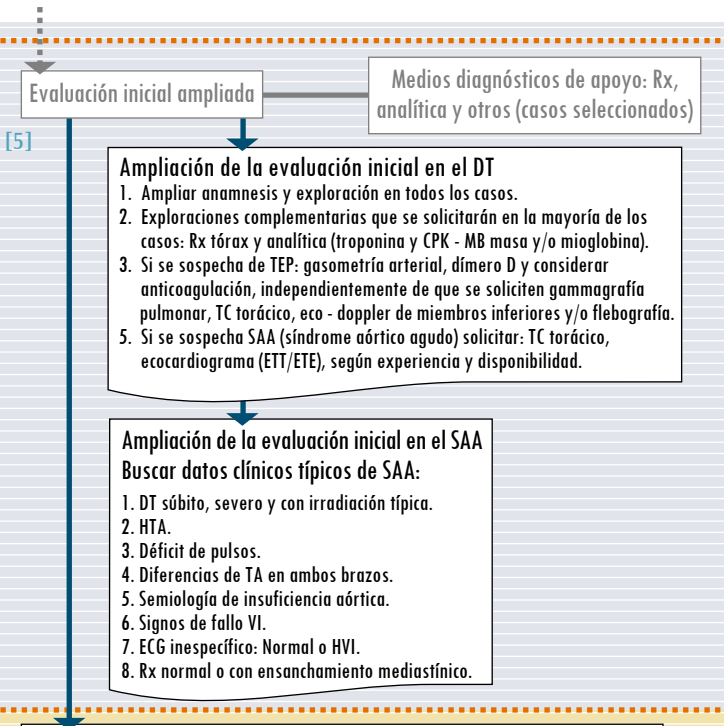
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Síndrome Aórtico Agudo (SAA). Vía de entrada 1a: SCCU-H

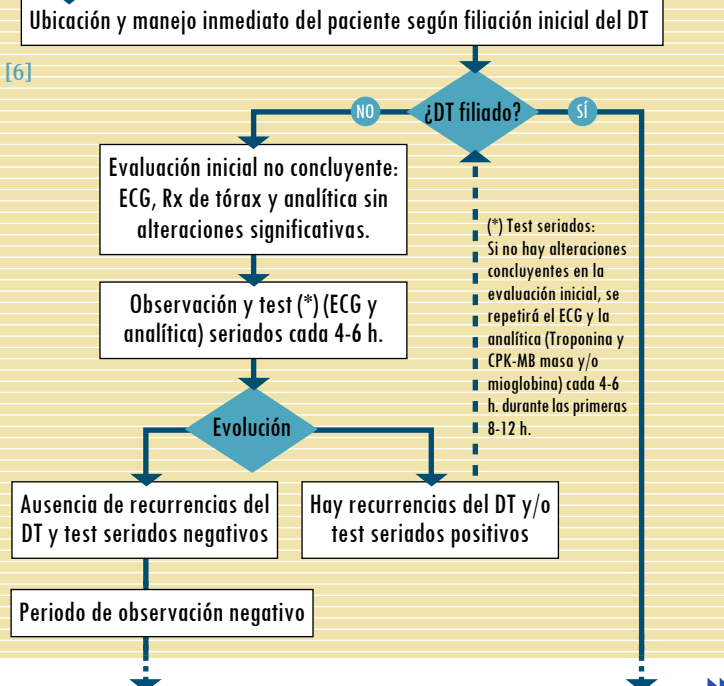


[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
 Síndrome Aórtico Agudo (SAA). Vía de entrada 1a: SCCU-H]

• Personal Médico del del SCCU-H

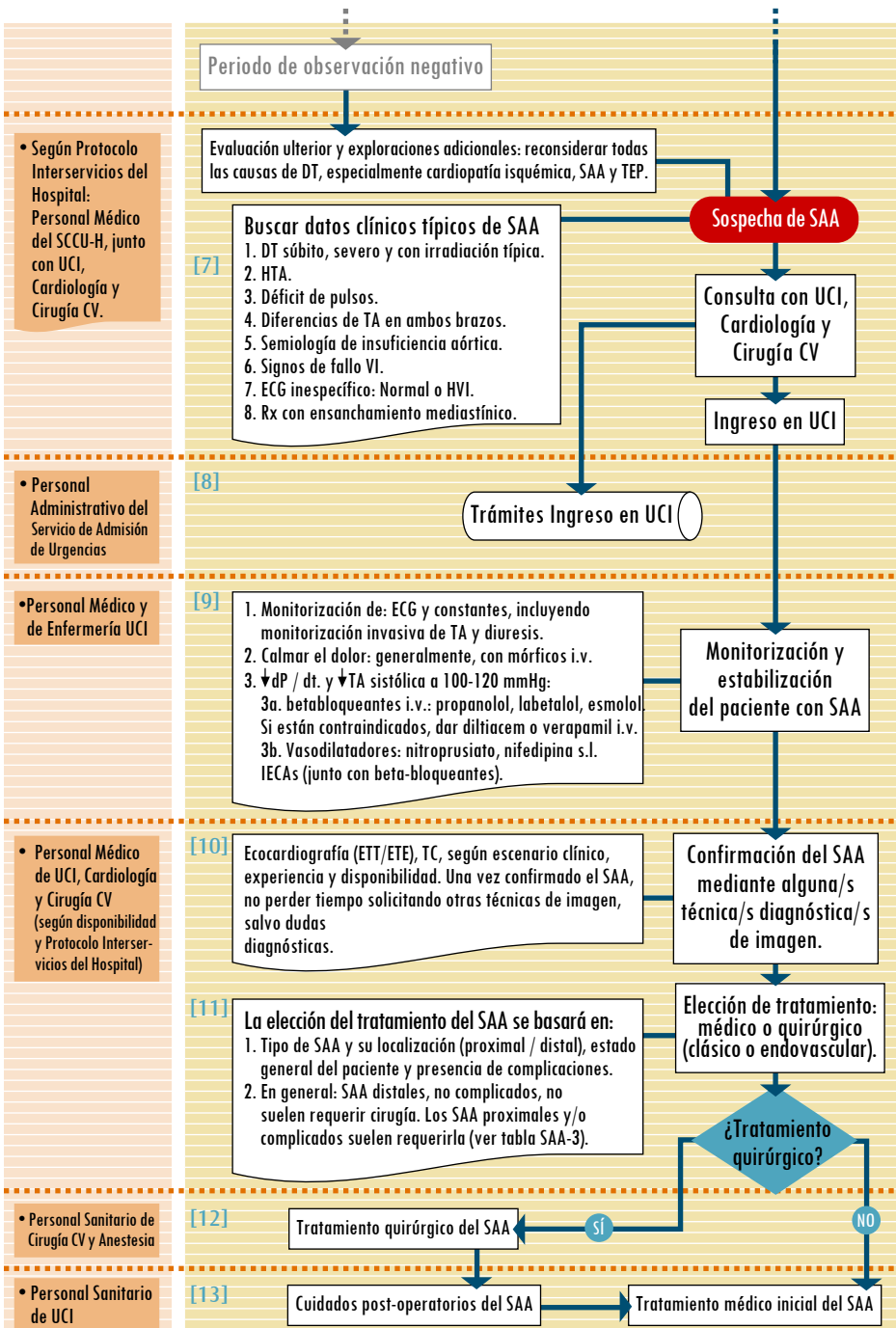


• Según Protocolo Interservicios del Hospital



[SAA]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
 Síndrome Aórtico Agudo (SAA). Vía de entrada 1a: SCCU-H]



[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
Síndrome Aórtico Agudo (SAA). Vía de entrada 1a: SCCU-H]

