

**Protocol de seguiment
i derivació de pacients
amb aneurisma de l'aorta
abdominal detectat
per mitjà d'una ecografia
clínica a l'atenció
primària de Mallorca**



Autoria

- Antònia Roca Casas, metgessa de família i directora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- María Teresa Corredor Ibáñez, metgessa de família i subdirectora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- Magdalena Esteve Cantó, tècnica de salut. Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- Pascual Lozano Vilardell, especialista en cirurgia vascular. Servei de Cirurgia Vascular. Hospital Universitari Son Espases

Revisió

- Joan Antoni Palmer Sancho, cap del Servei de Radiologia. Hospital Universitari Son Espases
- Susana Munuera Arjona, metgessa de família. Gabinet Tècnic. Servei de Salut de les Illes Balears
- Ignasi Ramírez Manent, metge de família del Centre de Salut Santa Ponça (Calvià). Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- Josep Corcoll Reixac, metge de família del Centre de Salut Tramuntana (Esporles). Gerència d'Atenció Primària Mallorca
- La informació per a pacients ha estat revisada pel Comitè de Ètica Assistencial (COMETA) i per M. Clara Vidal Thomàs, infermera del Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

Declaració de conflicte d'interessos

Els autors i els revisors declaren que no tenen cap conflicte d'interessos referent a les activitats relacionades amb els temes del protocol.

Traducció i maquetació

Bartomeu Riera Rodríguez. Assessor lingüístic. Serveis Centrals del Servei de Salut de les Illes Balears

ISBN: 978-84-09-05704-7

Edició: octubre de 2018

Com citar aquest document:

GERÈNCIA ATENCIÓ PRIMÀRIA MALLORCA. *Protocol de seguiment i derivació de pacients amb aneurisma de l'aorta abdominal detectat per mitjà d'una ecografia clínica a l'atenció primària de Mallorca*. Palma, 2018

Introducció

L'aneurisma de l'aorta abdominal (AAA) es defineix com una dilatació permanent d'aquesta artèria que supera els 30 mm de diàmetre. Aquesta dilatació s'associa amb el debilitament de la paret arterial, que s'esdevé més sovint a l'aorta abdominal, per davall de les artèries renals (Guirguis & Barber, 1991). Es tracta d'una malaltia poc freqüent en la població general, la prevalença de la qual és més gran en les persones d'edat més avançada. En els estudis poblacionals duits a terme amb persones de més de 50 anys s'ha trobat una prevalença de l'AAA entre el 3,9 % i el 7,25 % en els homes (en fumadors arriba al 6-8 %) i entre l'1 % i l'1,3 % en les dones. La prevalença de l'AAA en rang quirúrgic (≥ 55 mm) és del 0,5 % en homes de més de 65 anys (Guirguis-Blake JM et al, 2014-1; Guirguis-Blake JM et al, 2014-3).

El desenvolupament de l'AAA s'associa a l'arterioesclerosi i a la infiltració de cèl·lules inflamatòries en la mitjana i en l'adventícia. Els factors de risc de desenvolupament d'AAA són aquests, per ordre d'importància: edat avançada, consum de tabac, antecedents d'altres aneurismes i sexe masculí, a més del fet de ser de raça blanca, els antecedents en familiars de primer grau i alguna malaltia cardiovascular, com ara la hiperlipidèmia, l'arterioesclerosi, la malaltia cerebrovascular i la hipertensió (Cornuz et al, 2004; Lederle et al, 1997; Wilmink et al, 1999; Larsson et al, 2009).

El risc de trencament s'ha associat preferentment a la mida de l'AAA, tot i que hi ha altres factors que l'afavoreixen, com ara el manteniment dels factors de risc de desenvolupar l'AAA. El tractament més efectiu és la reparació de l'aneurisma, però els resultats difereixen depenent del moment en què es dugui a terme. La mortalitat peroperatòria és molt alta quan es tracta d'una intervenció urgent (50-80 %) comparada amb la taxa del 5 % en els casos de reparació programada (Bown et al, 2002).

Quan es diagnostica un AAA en qualsevol context clínic, no hi ha mètode d'imatge que avaluï el seguiment del pacient asimptomàtic que no assoleix el rang necessari per reparar-lo, amb un grau suficient d'evidència científica. Tanmateix, l'ecografia és la tècnica més utilitzada en la pràctica clínica; encara que el mesurament del diàmetre de l'AAA no sigui tan precís com quan s'utilitza la TAC, el fàcil maneig, la falta d'efectes adversos i l'accessibilitat converteixen l'ecografia en una tècnica de seguiment preferible a la TAC (Lindholt et al, 1999; Jacob et al, 2014).

Els resultats de dos grans estudis duits a terme amb pacients amb AAA asimptomàtic varen demostrar que els AAA de mida petita es beneficiaven d'un tractament conservador en comptes d'una intervenció quirúrgica, ja que aquesta no va millorar la supervivència dels pacients a llarg termini (the UKSAT, 2002; Lederle et al, 2002).

A l'atenció primària de Mallorca s'ha iniciat un projecte d'implementació de l'ecografia clínica als centres de salut, entenent com a *ecografia clínica* la realitzada per personal mèdic no radiòleg que es dirigeix a acostar la tècnica al lloc i al moment clínic. Representa una oportunitat per millorar l'oferta de cures, la capacitat resolutiva i el nivell de competència professional dels / de les professionals de medicina de família. El projecte pretén dotar d'ecògrafs tots els centres de salut i formar progressivament els professionals de medicina de família.

La implantació d'aquesta tecnologia obre nous reptes en el nostre àmbit i fa necessària la coordinació amb altres especialitats per tal d'articular els processos diagnòstics i el seguiment de la patologia detectada per mitjà d'aquesta tècnica d'imatge.

Població diana

Població adulta.

Objectius

- Establir els circuits adequats de seguiment i derivació de l'AAA detectat per mitjà de l'ecografia clínica a l'atenció primària de Mallorca.
- Reduir la variabilitat de la pràctica clínica en l'abordatge i en el seguiment de l'AAA des de l'atenció primària.

Destinataris

Professionals de medicina de família de l'atenció primària de Mallorca i personal mèdic del Servei de Cirurgia Vasculat i del Servei de Radiologia de l'Hospital Universitari Son Espases.

Actuació

En tots els casos de pacients als quals s'hagi diagnosticat un AAA cal fer èmfasi especialment en actuar sobre els factors de risc cardiovasculars que presenti (tabaquisme, hipertensió, hiperlipidèmia, etc).

Aquestes són les recomanacions de seguiment després de detectar un AAA per mitjà de l'ecografia clínica en l'atenció primària:

- No fer seguiment dels casos de pacients amb un diàmetre de l'aorta abdominal < 30 mm.
- Fer seguiment dels casos de pacients amb un AAA de 30-44 mm de diàmetre per mitjà d'una ecografia abdominal. Els intervals de temps de seguiment depenen del diàmetre màxim (vegeu la figura de la pàgina següent).
- Derivar al Servei de Cirurgia Vasculat els casos de pacients amb un AAA amb un diàmetre ≥ 45 mm de diàmetre seguint l'algoritme que proposam en la figura de la pàgina següent:
 - derivació **ordinària** quan el diàmetre estigui entre 45 i 54 mm;
 - derivació **preferent** quan el diàmetre sigui ≥ 55 mm.

En cas de dubte diagnòstic, recomanam sol·licitar una **ecografia diagnòstica** al Servei de Radiologia. No aconsellam sol·licitar altres proves d'imatge complementàries per fer el seguiment o la confirmació diagnòstica, com ara TAC o ressonància magnètica.

En alguns casos, les indicacions de derivació recomanades han de ser personalitzades basant-se en les característiques del pacient i segons el criteri clínic del metge / de la metgessa de família (p. ex., els casos amb múltiples i importants factors de risc que facin que el clínic consideri que existeix una alta probabilitat de trencament). Els pacients derivats de manera **ordinària** al Servei de Cirurgia Vasculat han de ser atesos en el termini d'un mes, i els derivats de manera **preferent**, en dues setmanes.

Algoritme d'actuació en cas de trobar un AAA



Indicadors d'avaluació

Núm.	Indicador	Tipus d'indicador
1	<p><i>Nom de l'indicador</i> Percentatge de derivacions d'AAA ≥ 45 mm en el període</p> <p><i>Formulació de l'indicador</i> Nombre de derivacions a cirurgia vascular amb diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica ≥ 45 mm, multiplicat per 100 i dividit entre el total de derivacions a cirurgia vascular amb diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica en el període</p> <p><i>Font</i> Auditoria de la història clínica electrònica</p>	Procés informatiu
2	<p><i>Nom de l'indicador</i> Percentatge de derivacions d'AAA ≤ 44 mm en el període</p> <p><i>Formulació de l'indicador</i> Nombre de derivacions a cirurgia vascular amb diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica ≤ 44 mm multiplicat per 100 i dividit entre el total de derivacions a cirurgia vascular amb diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica en el període</p> <p><i>Font</i> Auditoria de la història clínica electrònica</p>	Procés estàndard = 10 %
3	<p><i>Nom de l'indicador</i> Percentatge de TAC sol·licitades per diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica en el període</p> <p><i>Formulació de l'indicador</i> Número de TAC sol·licitades des de l'atenció primària amb diagnòstic d'AAA per mitjà d'ecografia clínica en el període, dividit entre el total de diagnòstics d'AAA per mitjà d'ecografia clínica en el període</p> <p><i>Font</i> Auditoria de la història clínica electrònica</p>	Procés estàndard = 10 %
4	<p><i>Nom de l'indicador</i> Percentatge de pacients derivats per diagnòstic d'AAA de 45-54 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període amb espera superior a 30 dies</p> <p><i>Formulació de l'indicador</i> Nombre de pacients en espera superior a 30 dies entre derivació i consulta de cirurgia vascular per diagnòstic d'AAA de 45-54 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període, dividit entre el nombre de pacients amb diagnòstic d'AAA de 45-54 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període derivats a Cirurgia Vascular</p> <p><i>Font:</i> Auditoria de la història clínica de l'atenció primària / de l'Hospital</p>	Procés estàndard = 10 %
5	<p><i>Nom de l'indicador</i> Percentatge de pacients derivats per AAA ≥ 55 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període amb espera superior a 15 dies</p> <p><i>Formulació de l'indicador</i> Nombre de pacients amb espera superior a 15 dies entre derivació i consulta de Cirurgia Vascular per diagnòstic d'AAA ≥ 55 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període, dividit entre el nombre de pacients amb diagnòstic d'AAA ≥ 55 mm per mitjà d'ecografia clínica en el període derivats a Cirurgia Vascular</p> <p><i>Font</i> Auditoria de la història clínica de l'atenció primària / de l'Hospital</p>	Procés estàndard = 10 %

Bibliografia

Bown MJ, Sutton AJ, Bell PR, Sayers RD. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. *Br J Surg* 2002;89: 714-730.

Cornuz J, Didoti Pinto C, Tevaearai H, Egger M. Risk factors for asymptomatic abdominal aortic aneurysm: systematic review and meta-analysis of population-based screening studies. *Eur J Public Health* 2004;14:343-9.

Guirguis EM, Barber GG. The natural history of abdominal aortic aneurysms. *Am J Surg* 1991; 162:481-3.

Ferret BS, Grootenboer N, Colkesen EB, Visser JJ, van Sambeek MR, Spronk S et al. Systematic review of guidelines on abdominal aortic aneurysm screening. *J Vasc Surg* 2012; 55:1296-1305. Disponible en: <[www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(10\)02614-5/pdf](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(10)02614-5/pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].

Jacob AD, Barkley PL, Broadbent KC, Huynh TT. Abdominal aortic aneurysm screening. *Semin Roentgenol.* 2015; 50(2):118-26.

Larsson E, Granath F, Swedenborg J, Hultgren R. A population based case-control study of the familial risk of abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2009;49:47-50. Disponible en: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521408013621> [Consulta: 27 sept 2018].

Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Ann Int Med* 1997;126:441-9.

Lederle FA, Wilson S, Johnson GR, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2002; 362:1881-9.

Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Henneberg EW, Fasting H. The validity of ultrasonographic scanning as screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J VAsc Endovasc Surg* 1999; 17:472-5. Disponible en: <[www.ejves.com/article/S1078-5884\(99\)90835-3/pdf](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(99)90835-3/pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].

The United Kingdom Small Aneurysm Trial, Powell JT, Brady AR, Brown LC, Fowkes FG, Greenhalgh RM et al. Long-term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002; 346:1445-52. Disponible en: <www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa013527?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov> [Consulta: 27 sept 2018].

Wilmink TBM, Quick CR, Day NE. The association between cigarette smoking and abdominal aortic aneurysms. *J VAsc Surg* 1999; 30:1099-105.

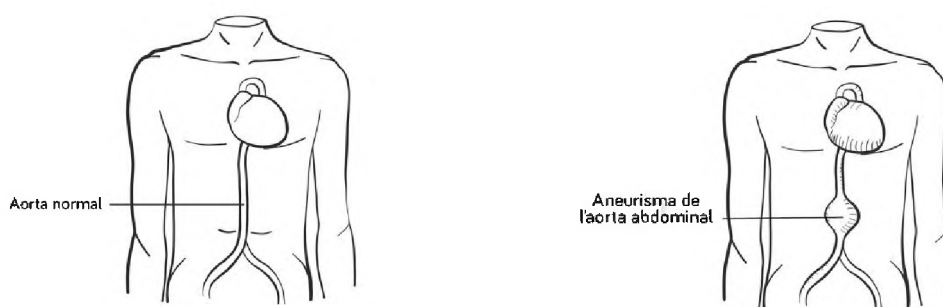
Annex. Informació per a pacients

A qui dirigim aquesta informació?

Aquest fullet conté informació sobre l'aneurisma de l'aorta abdominal per a les persones a qui s'ha detectat aquesta anomalia a la consulta de medicina de família per mitjà d'una ecografia.

Què és un aneurisma de l'aorta abdominal?

L'aorta és l'artèria més llarga del cos humà, ja que s'estén des del cor fins a l'abdomen, i aporta irrigació sanguínia a tot l'organisme. L'aorta abdominal comença després del diafragma i al final es divideix en les artèries ilíaqües, que es dirigeixen a les cames. Amb l'edat, les parets de l'aorta d'algunes persones es debilita a la zona de l'abdomen i s'eixampla, cosa que dona lloc al que es denomina **aneurisma de l'aorta abdominal**.



És greu un aneurisma de l'aorta abdominal?

Els aneurismes de mida grossa són poc habituals, però poden produir greus. És a dir: en eixamplar-se les parets de l'aorta, aquesta pot debilitar-se i trencar-se, i el trencament provoca una hemorràgia interna, que suposa un risc enorme.

Què heu de fer si us han diagnosticat un aneurisma de l'aorta abdominal després d'una ecografia?

Si l'aneurisma és petit o mitjancer, el risc de trencament de l'aorta és sota baix i no fa falta un tractament específic. A la consulta de medicina de família us poden fer un control periòdic de la mida de l'aneurisma.

Però en els casos d'aneurisma gros de l'aorta abdominal, el seguiment i la presa de les decisions oportunes sobre el tractament s'han de fer a la consulta especialitzada en cirurgia vascular.

Com serà el seguiment?

El tractament de l'aneurisma depèn de la mida i d'on estigui localitzat:

- Als pacients amb un aneurisma petit o mitjancer (menys de 5 cm), se'ls pot citar periòdicament per fer-los el seguiment per mitjà d'ecografies. Per tant, seguiu les indicacions que us donin i no oblideu demanar cita per a la consulta en el període recomanat.
- Els pacients amb un aneurisma de mida més grossa es deriven al Servei de Cirurgia Vascular de l'Hospital Universitari Son Espases.

En qualsevol cas, és vital **deixar de fumar** i **controlar si teniu alta la pressió arterial**. *Guia d'autoajuda per deixar de fumar* del Govern de les Illes Balears, que es pot descarregar de l'enllaç <https://goo.gl/cRcQX7>.

A continuació us oferim uns enllaços abreujats a algunes fonts d'on podeu obtenir més informació:

- “L'aneurisma d'aorta abdominal sense símptomes (asimptomàtic)” article de Canal Salut de la Generalitat de Catalunya
<https://goo.gl/zqQMK9>
- “Aneurisma de aorta abdominal”, del web del Centro de Diagnóstico y Terapéutica Endoluminal
<https://goo.gl/qYuh7G>
- “Aneurisma de aorta abdominal”, del web de la Sociedad Española de Radiología Vascolar e Intervencionista
<https://goo.gl/M2AMg7>
- “Aneurismas de aorta”, article extret de *Journal of the American Medical Association (JAMA)*
<https://goo.gl/5Yadu9>

