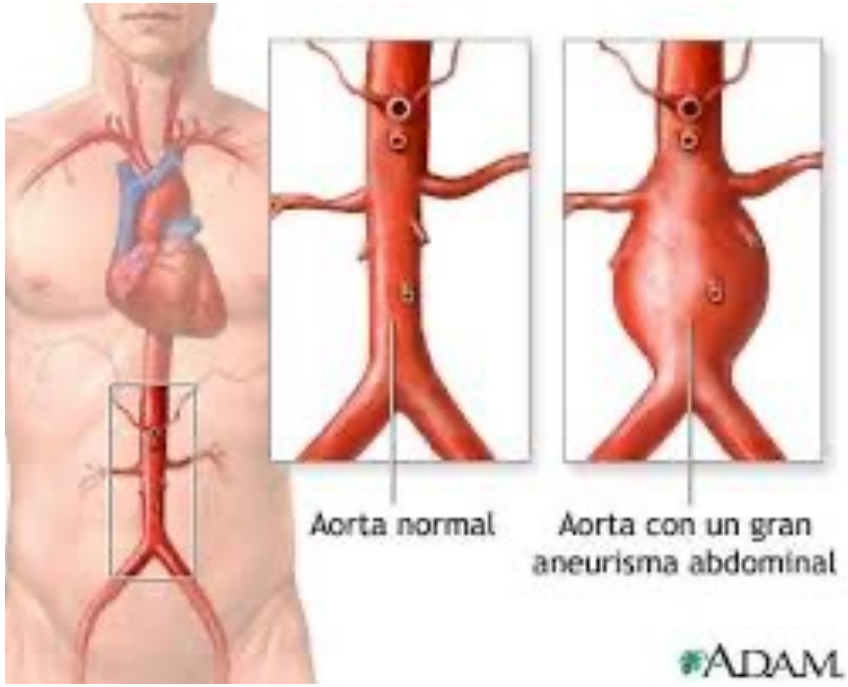


JORNADAS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cribado del aneurisma de aorta abdominal en Atención Primaria

Dra. Elena Vargas

Médico de familia · Referente de ecografía

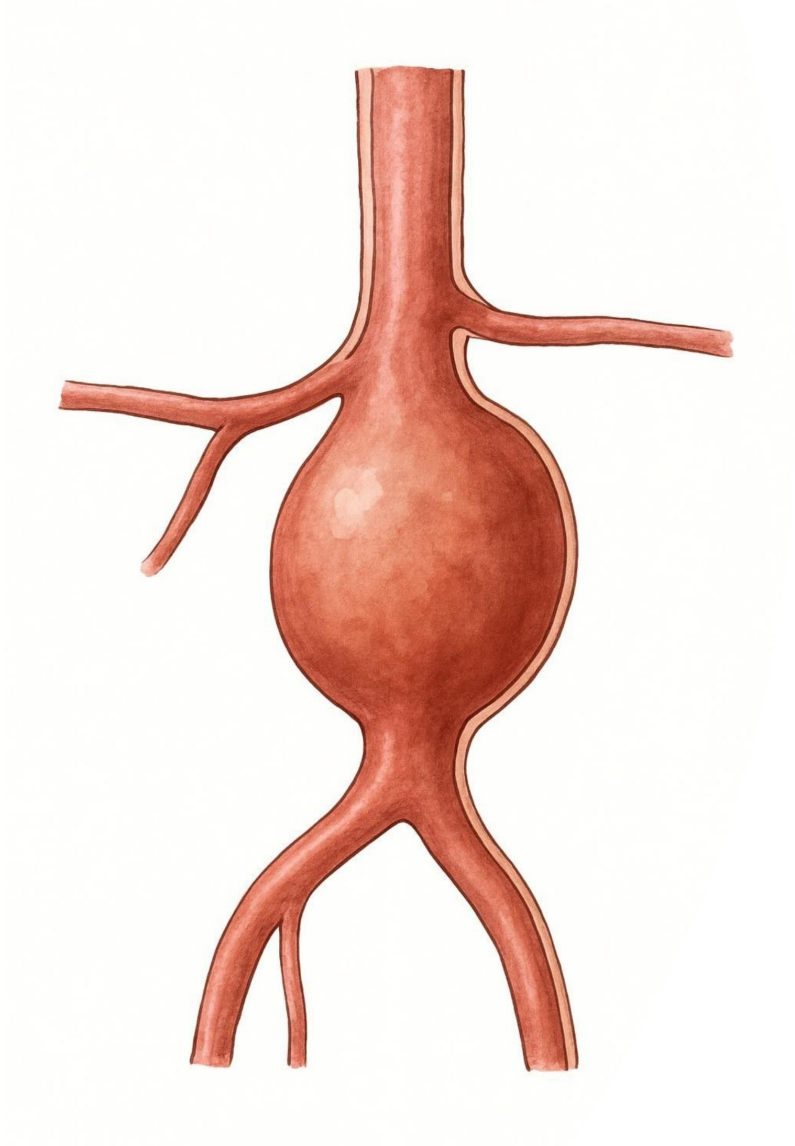
CAP Anton Borja, Rubí

PROGRAMA FINANÇAT PER

CST Consorci Sanitari de Terrassa Hospital Universitari

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

Gobierno de España Ministerio de Sanidad



ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Prevalencia

5,7% de la población general

Definición

Dilatación aórtica con diámetro **≥3 cm**

Etiología y riesgo

Potencialmente mortal; mayor incidencia en varones **>60 años. Mucho menos frecuente en mujer (4:1)**

Localización

Más frecuente en situación **infrarrenal**

¿POR QUÉ CRIBAR EN AP?

Situación actual en España



Sin programa sistemático

España no dispone de cribado poblacional para el AAA en pacientes asintomáticos y de riesgo.

Evolución silente

Progresiva y asintomática; la principal complicación es la **rotura**.

Diagnóstico precoz

Permite planificar seguimiento periódico o cirugía programada si está indicada.

NUESTRA PROPUESTA

Cribado ecográfico en AP

Población diana

Varones hipertensos 65–74 años, fumadores/exfumadores

Implementación

Cribado ecográfico AAA en AP (U.S. Preventive Services Task Force)

Análisis

Factores de riesgo asociados y diámetros aórticos

Derivación

A cirugía vascular si está indicado para valoración, seguimiento y cirugía si fuera oportuno.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterios de inclusión

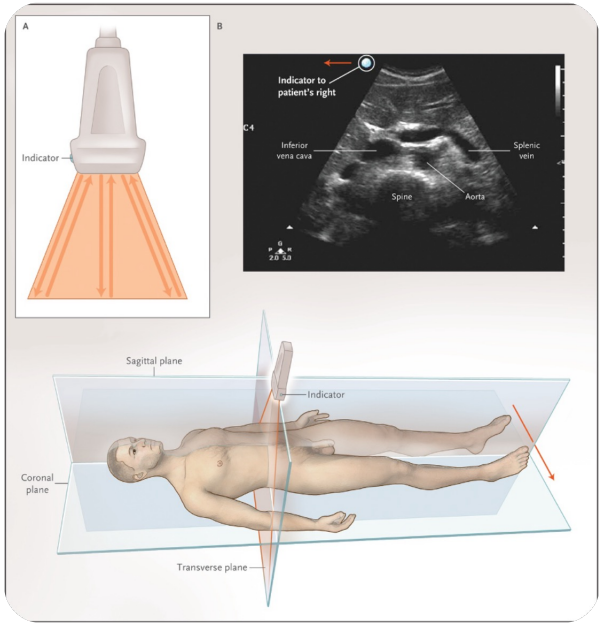
- Varones
- Edad entre 65 y 74 años, ambos incluidos
- HTA
- Fumadores o exfumadores

Criterios de exclusión

- Pacientes que no pueden acudir al CAP
- Rechazo a participar
- Portador de AAA en seguimiento

INTRODUCCIÓN AL ECÓGRAFO

Selección de sonda



Tipo de sonda

Sonda **curvilínea de baja frecuencia**, 2-5 MHz

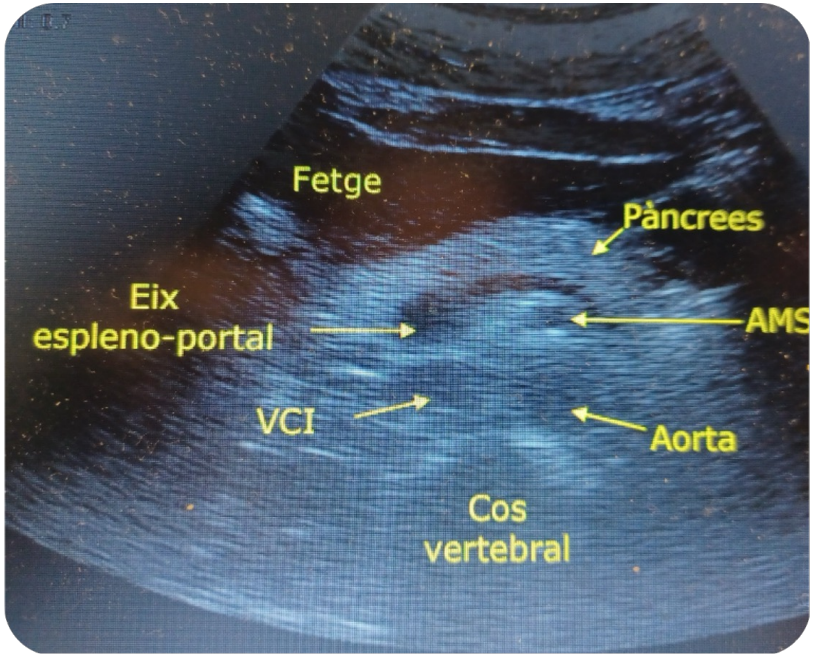
Indicación

Para **visualización abdominal profunda**

Penetración

Permite penetración adecuada para **visualizar la aorta abdominal**

CORTE TRANSVERSAL EPIGÁSTRICO



- Aorta, con cuerpo vertebral detrás
- Vena cava
- Tronco celíaco, sale de la aorta
- Arteria mesentérica superior
- Eje espleno-portal
- Páncreas
- Seguimiento de la aorta hasta bifurcación

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN



Mediciones

En vista **transversal y anteroposterior**. Medir de **borde externo a borde externo** de la pared aórtica

Exploración completa

Toda la aorta desde **diafragma hasta bifurcación ilíaca**

Limitaciones

- **Obesidad:** 113-136 kg puede dificultar visualización.
- **Gas intestinal** interfiere en 1-2% de casos. Podemos apretar para desplazar el gas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Aorta normal	Ectasia aórtica	Aneurisma
Diámetro **≤2,5 cm**	Entre **2,5 y 2,9 cm**	Diámetro **≥3 cm**

94-100%

Sensibilidad

Alta sensibilidad diagnóstica

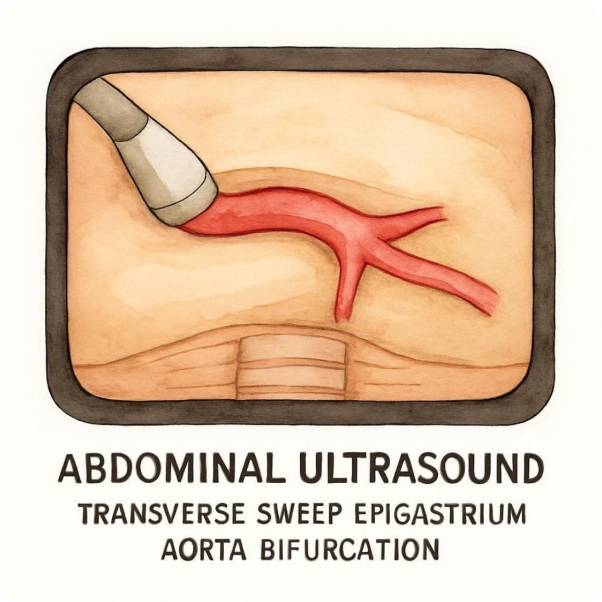
98-100%

Especificidad

Alta especificidad diagnóstica

No invasivo · Sin radiación · Sin contraste · Medición de borde externo a borde externo

EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA



01

Exploración abdominal

Exploración abdominal en **decúbito supino** para valorar la presencia de masa o soplo

02

Barrido ecográfico

Barrido **transversal desde epigastrio** en dirección caudal hasta la bifurcación aórtica

03

Registro de medidas

Mayor diámetro **anteroposterior** de aorta obtenida en corte transversal.
Mediciones: Epigastrio · Aorta suprarrenal · Aorta infrarrenal

04

Definición

Normal ≤2,5 cm · Ectasia 2,5-2,9 cm · **Aneurisma ≥3 cm**

INTERVALOS DE SEGUIMIENTO

Diámetro	Intervalo	Acción
2,5-2,9 cm	5 años	Considerar referencia
3,0-3,9 cm	3 años	Vigilancia ecográfica
4,0-4,9 cm	12 meses	Referir si ≥5,0 cm
5,0-5,4 cm	6 meses	Referencia a cirugía vascular
≥5,5 cm hombres	Evaluación quirúrgica	Reparación electiva
≥5,0 cm mujeres	Evaluación quirúrgica	Considerar reparación

VARIABLES Y RECOGIDA DE DATOS

Sociodemográficas

Edad en años · Etnia caucásico/no caucásico

Hábito tabáquico

Fumador · Exfumador

Factores de riesgo cardiovascular

IMC · HTA · DM2 · DLP

Comorbilidades

IRC · Cardiopatía isquémica · Ictus/AIT · EPOC · Vasculopatía periférica arterial

EL PROYECTO EN CIFRAS

42
profesionales formados

20 h
de formación en 5 sesiones

16
ecografías máximo por profesional

≈ 640
ecografías de cribado previstas

Ecografías en los propios CAP · registro de datos en un Excel común para toda la AP

SITUACIÓN ACTUAL Y PRÓXIMOS PASOS

OCTUBRE

Formación

42 profesionales formados en 5 sesiones de 4 horas

Completada

NOVIEMBRE

Ecografías

En su CAP, cada profesional cribra a sus pacientes de riesgo y registra los datos

En curso

DICIEMBRE

Análisis de datos

Datos de las ecografías realizadas para valorar la actividad desarrollada

Próximo paso

Limitación: con un máximo de 16 ecografías remuneradas por profesional no se puede dar cobertura a todos los pacientes de riesgo identificados, aun descartando los que cumplen criterios de exclusión.

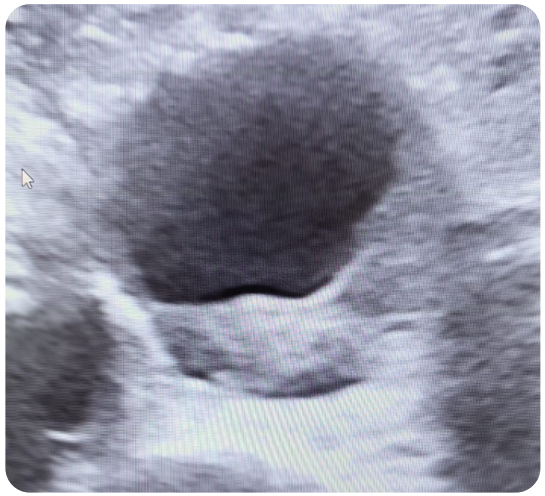
PRIMEROS RESULTADOS

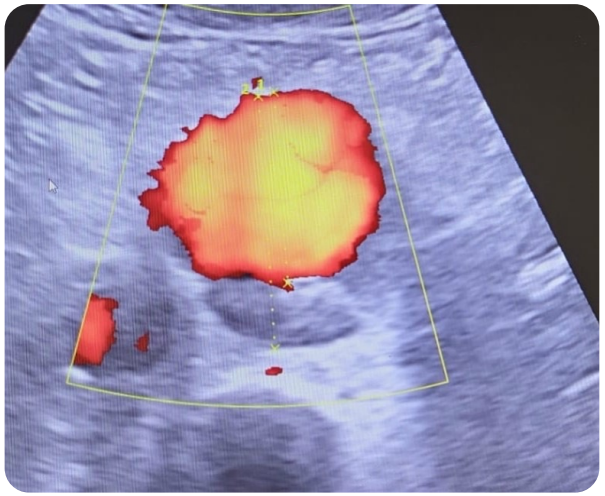
7 aneurismas

2 ectasias

detectados en noviembre

comunicados a la IP





Caso destacado: medidas de 3,79 cm y 5,02 cm. Pendiente de valoración quirúrgica por Cirugía Vascular en el centro de referencia.

Resultados preliminares: faltan ecografías por realizar; resultados completos en diciembre.

VENTAJAS DEL SCREENING EN AP



No invasivo

Sin radiación, sin contraste. Seguro para el paciente.



Costo-efectivo

Rentable para el sistema sanitario.



Realizable en AP

Médicos de AP entrenados pueden realizarlo de forma segura.



Equidad territorial

Beneficia poblaciones rurales con barreras de acceso.



Reduce mortalidad

Por AAA, ruptura y cirugía de emergencia. **Evidencia:** Reduce mortalidad en seguimiento a 13-15 años.

¡Muchas gracias!

