

REC: CardioClinics

www.reccardiolclinics.org

Editorial

El reto de la estenosis aórtica degenerativa: ajuste de los recursos sanitarios al cambio demográfico



The degenerative aortic stenosis challenge: health care resources adjustment to demographic change

Eduardo Pozo Osinalde^{a,b,c,*} y Leopoldo Pérez de Isla^{a,b,c}

^a Unidad de Imagen Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 4 de marzo de 2021

La epidemiología de la enfermedad valvular ha cambiado radicalmente en los últimos años, con una progresiva desaparición de la valvulopatía reumática, que ha sido sustituida por la etiología degenerativa, cuya prevalencia ha crecido de la mano del paulatino envejecimiento de la población. Así pues, la estenosis aórtica (EAO) degenerativa constituye la valvulopatía diagnosticada más frecuentemente en los países desarrollados. Consecuentemente, además de su asociación con ingresos hospitalarios y muerte cardiovascular, se ha revelado como la primera indicación de intervención quirúrgica o percutánea dentro de las enfermedades valvulares¹. En lo que respecta a su epidemiología, uno de los primeros estudios poblacionales² comunicó una prevalencia global de EAO significativa (moderada o grave) del 0,4% en Estados Unidos, que se elevaba hasta el 2,8% en mayores de 75 años. Sin embargo, estos datos se obtuvieron del agrupamiento de varios estudios con la heterogeneidad de la muestra consiguiente. Recientemente, 2 trabajos han intentado arrojar más luz a la epidemiología de la EAO. Ramos et al.³, en un estudio

colaborativo observacional prospectivo, comunicaron un 7,2% de EAO de cualquier grado (57,7% mayores de 75 años) y un 2,8% grave, entre casi 30.000 ecocardiogramas transtorácicos consecutivos. Por otro lado, el estudio de cohortes OxVALVE⁴ detectó EAO de cualquier grado y significativa en el 1,3% y 0,7% respectivamente en una población comunitaria de mayores de 65 años en el Reino Unido.

En este contexto, el estudio recientemente publicado en REC: CARDIOCLINICS por Ramos Jiménez et al.⁵ busca hacer una aproximación a la prevalencia de EAO no diagnosticada en mayores de 65 años en nuestro medio. Para ello se realizó un cribado ecocardiográfico entre sujetos remitidos para la vacunación anual contra la gripe en 2 centros de atención primaria de Madrid. Mediante esta metodología se detectó una prevalencia de EAO no diagnosticada de cualquier grado del 4,2%, que aumentaba al 12,8% en mayores de 85 años, siendo en el 2,3% de la población moderada o grave. Como ya se comenta por los autores, entre las limitaciones del estudio cabe destacar la posibilidad de que concurra un sesgo de selección,

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.07.002>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardopozoosinalde@yahoo.es (E. Pozo Osinalde).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.11.011>

2605-1532/© 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

dado el carácter voluntario del reclutamiento y el hecho de que el diseño excluyera a aquellos sujetos que por su situación sociosanitaria reciben la vacunación en su domicilio. En cualquier caso, esta limitación podría traducirse en una infraestimación de la prevalencia de EAO por la selección de sujetos más sanos. De este modo, los datos del presente estudio son especialmente reveladores porque reflejan una prevalencia significativa de EAO no diagnosticada, ligeramente superior a la previamente comunicada en nuestro entorno por Ferreira-González et al.⁶, que se cifró en un 3%. En el contexto actual de progresivo envejecimiento de la población esta información resulta de especial importancia. Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística de 2019 cifran en más de 9 millones (19,3% de la población) las personas mayores de 65 años en nuestro país, con una proyección para el año 2068 de 14 millones (29,4%), a expensas de un incremento significativo en las próximas 2 décadas⁷. Haciendo una extrapolación a partir de los datos del presente estudio, se estima que haya más de 350.000 pacientes con EAO no diagnosticada en nuestro país, pudiendo incrementarse a casi 600.000 en 2068. Como refleja este artículo⁵, la mayoría de pacientes son diagnosticados de forma incidental, y entre el resto, un porcentaje alto de los casos se detecta en el contexto de un ingreso urgente. Además del retraso en el diagnóstico, el carácter inespecífico de los síntomas iniciales en ancianos hace que no sea infrecuente que los pacientes sometidos a intervención presenten un deterioro avanzado de la clase funcional y disfunción ventricular⁸. Por otra parte, la EAO grave asintomática no parece una entidad tan benigna, y se han postulado nuevos criterios de imagen para la indicación de sustitución valvular aórtica precoz⁹. Por todos estos motivos, resulta obligado el desarrollo de una estrategia de detección temprana, cuantificación ecocardiográfica detallada y seguimiento especializado.

Este estudio⁵ también pone de manifiesto una prevalencia de esclerosis aórtica mayor del 50% en la población de estudio, alcanzando el 85,1% en los mayores de 85 años, la cual es superior a la previamente comunicada. Esta entidad no es banal, y se ha asociado con una mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores¹⁰. Aunque la fisiopatología de esta relación todavía no está clara, y por tanto no existe una intervención validada para su abordaje, su detección constituye un marcador de peor pronóstico y, por tanto, obliga a un control más agresivo de los factores de riesgo modificables.

Otro aspecto significativo del presente trabajo es que, a pesar de la elevada edad de los participantes, la mayoría de los casos en los que se detectó EAO presentaron comorbilidad baja o ausente, escasa fragilidad y riesgo quirúrgico reducido⁵. Es conocida la estrecha relación de la comorbilidad con la toma de decisiones y el pronóstico en este perfil de pacientes¹¹, y existe una creciente evidencia del papel de la fragilidad¹². Para la estimación de esta última se utilizó la escala *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe Frailty Index* por su fácil aplicación en el contexto del estudio. Si bien esta escala ha demostrado su capacidad predictiva de complicaciones y mortalidad en síndrome coronario agudo, no presenta tanta evidencia para la valoración de la fragilidad en pacientes con EAO. En un reciente consenso de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología¹³ se recomienda el uso de la escala FRAIL como herramienta inicial. Sin embargo, otras escalas (escala Fried, el *Essential Frailty*

Toolset [EFT] y las pruebas físicas *Short Physical Performance Battery* y velocidad de la marcha) presentan una evidencia más sólida, por lo que la elección de la más adecuada aún continúa siendo una cuestión abierta. Además, como se ha mencionado previamente, el sesgo de selección derivado del diseño del estudio puede haber infraestimado la prevalencia de fragilidad en este grupo poblacional. En cualquier caso, la predominancia de pacientes robustos/no frágiles hace que la mayoría de ellos sean potenciales candidatos a intervención, especialmente con la extensión del uso del implante percutáneo de válvula aórtica. Esta técnica, inicialmente reservada a pacientes de riesgo quirúrgico elevado o prohibitivo, se recomienda ya para aquellos de riesgo intermedio, especialmente si son de edad avanzada¹, y empieza a indicarse en riesgo bajo. En este contexto comienza a tomar protagonismo la determinación de la futilidad del implante percutáneo de válvula aórtica en pacientes con EAO grave¹⁴. El estudio de la fragilidad desempeña un papel fundamental en la valoración de este aspecto dado que su presencia, evaluada mediante el EFT, se ha asociado no solo a una menor recuperación funcional tras el procedimiento, sino también a una mayor mortalidad a corto y a largo plazo¹⁵.

En conclusión, el presente estudio dibuja un escenario con una prevalencia significativa y mayor a la previamente comunicada de la EAO no diagnosticada entre los mayores de 65 años en nuestro medio. Además, esta población presenta un perfil de fragilidad bajo, lo que les hace potenciales candidatos a eventuales intervenciones quirúrgicas o percutáneas si estuvieran indicadas. Por todos estos motivos es necesario optimizar las estrategias de detección temprana de EAO para su consiguiente seguimiento especializado, adecuando los recursos diagnósticos, en especial la ecocardiografía. De esta manera, se podrá reducir el porcentaje de pacientes que son diagnosticados en fases avanzadas. Del mismo modo, en un contexto de progresivo envejecimiento de la población, estos datos epidemiológicos se podrían utilizar para adaptar la distribución de recursos en la planificación sanitaria al futuro crecimiento de la demanda de intervenciones, en especial el implante percutáneo de válvula aórtica, ya que es conocido el infausto pronóstico del manejo conservador en EAO grave sintomática.

Financiación

No se ha recibido financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el contenido del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2017;38:2739-2791.

2. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: A population-based study. *Lancet*. 2006;368:1005-1011.
3. Ramos J, Monteagudo JM, Gonzalez-Alujas T, et al. Large-scale assessment of aortic stenosis: Facing the next cardiac epidemic? *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2018;19:1142-1148.
4. d'Arcy JL, Coffey S, Loudon MA, et al. Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: The OxVALVE Population Cohort Study. *Eur Heart J*. 2016;37:3515-3522.
5. Ramos Jiménez J, Hernández Jiménez S, Viéitez Flórez JM, Abellás Sequeiros M, Alonso Salinas GL, Zamorano Gómez JL. Cribado poblacional de estenosis aórtica: prevalencia y perfil de riesgo. *REC CardioClinics*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2020.07.002>.
6. Ferreira-Gonzalez I, Pinar-Sopena J, Ribera A, et al. Prevalence of calcific aortic valve disease in the elderly and associated risk factors: A population-based study in a Mediterranean area. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20:1022-1030.
7. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos*. 2020 [consultado 25 Mar 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>.
8. d'Arcy JL, Prendergast BD, Chambers JB, Ray SG, Bridgewater B. Valvular heart disease: The next cardiac epidemic. *Heart*. 2011;97:91-93.
9. Bing R, Dweck MR. Management of asymptomatic severe aortic stenosis: Check or all in? *Heart*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317160>.
10. Otto CM, Lind BK, Kitzman DW, Gersh BJ, Siscovick DS. Association of aortic-valve sclerosis with cardiovascular mortality and morbidity in the elderly. *N Engl J Med*. 1999;341:142-147.
11. Gonzalez-Saldivar H, Rodriguez-Pascual C, de la Morena G, et al. Comparison of 1-year outcome in patients with severe aorta stenosis treated conservatively or by aortic valve replacement or by percutaneous transcatheter aortic valve implantation (data from a Multicenter Spanish Registry). *Am J Cardiol*. 2016;118:244-250.
12. Tirado-Conte G, Espejo-Paeres C, Nombela-Franco L, et al. Performance of the heart team approach in daily clinical practice in high-risk patients with aortic stenosis. *J Card Surg*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/jocs.15116>.
13. Díez-Villanueva P, Ariza-Sole A, Vidan MT, et al. Recommendations of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology for the Assessment of Frailty in Elderly Patients With Heart Disease. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:63-71.
14. Puri R, Iung B, Cohen DJ, Rodes-Cabau J. TAVI or No TAVI: Identifying patients unlikely to benefit from transcatheter aortic valve implantation. *Eur Heart J*. 2016;37:2217-2225.
15. Afíalo J, Lauck S, Kim DH, et al. Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement: The FRAILTY-AVR Study. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:689-700.