



## EDITORIAL

### ¿Es factible un cribado de aneurisma de aorta abdominal en España?



### Is screening for abdominal aortic aneurysm feasible in Spain?

S. Bellmunt Montoya

*Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

Recibido el 6 de octubre de 2014; aceptado el 7 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 5 de enero de 2015

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) presenta un desarrollo progresivo y silente, con tendencia al crecimiento y posibles complicaciones (entre ellas la muerte), es fácilmente diagnosticable con métodos no invasivos, y su tratamiento tiene buenos resultados. La combinación de estas circunstancias hace que esta enfermedad sea especialmente atractiva para el desarrollo de un programa de cribado poblacional.

En una revisión Cochrane del año 2007<sup>1</sup> sobre cribado de AAA, se confirmó una reducción significativa de la mortalidad por AAA en varones de 65 a 79 años que se sometieron a cribado mediante una sola ecografía a lo largo de su vida, y no se obtuvieron pruebas suficientes para demostrar el beneficio en las mujeres. Según un metaanálisis publicado por Maceira-Rozas y Atienza-Merino<sup>2</sup> en 2008, los resultados del cribado en los estudios realizados hasta ese momento demostraron que el programa de cribado reduce la mortalidad específica por aneurisma, no modifica la mortalidad por todas las causas, incrementa el número de cirugías programadas, reduce el número de cirugías urgentes y reduce el número de roturas de AAA.

El programa de cribado aplicado en Gran Bretaña, el modelo de referencia para nuestro entorno, informa que es necesario invitar a 240 varones (acudirán unos 192) para salvar una muerte en 10 años. Por otro lado, cada 2.080 varones invitados a cribado (acudirán 1.660) se morirá un varón más debido a la cirugía electiva. Ello significa que a lo largo de

10 años, de cada 10.000 varones cribados se prevendrán 65 roturas de AAA, salvando 52 vidas. Sin embargo, también representarán 6 muertes adicionales por la cirugía electiva de los aneurismas detectados. Según una revisión reciente de Takagi et al.<sup>3</sup>, se confirma esta cifra de 238 como número necesario de personas a cribar para salvar una vida (NNS) y lo compara con otras cifras menos favorables como las del programa de cáncer de mama, de 1.339 y las del cáncer colorrectal, de 671.

Sin embargo, existen algunos datos basados en los programas que ya están en marcha desde hace años en otros países, que muestran una variación en el número de aneurismas detectados. Ello es debido a la mejora en la exposición de la población a los factores de riesgo cardiovascular, básicamente por disminución del hábito tabáquico, una estabilización de los resultados de la cirugía de la aorta abdominal y una mejora de la longevidad, desde el punto de vista tanto de la cantidad de años vividos como de calidad de los mismos. Estos datos han llevado a cuestionarse el actual modelo, sugiriendo una reevaluación del diámetro a considerar para seguimiento, una reevaluación de la edad de la población sometida a cribado o enfocar el cribado hacia grupos de alto riesgo, como familiares de enfermos o fumadores<sup>4</sup>. A pesar de estos cambios en la prevalencia a lo largo del tiempo, el programa de cribado inglés presenta unas cifras adecuadas de coste-efectividad, siendo confirmado tras una reciente reevaluación<sup>5</sup>.

Con estos datos sobre la mesa, es inexcusable plantearse la posibilidad de desarrollar un programa de cribado de AAA en nuestro país, pero... ¿en qué punto nos encontramos?

Correo electrónico: [sbellmunt@santpau.cat](mailto:sbellmunt@santpau.cat)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2014.10.004>

0003-3170/© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

En un artículo recientemente publicado por Stather et al.<sup>6</sup> se comparan los diferentes programas de cribado establecidos en el mundo y se citan los ensayos clínicos actualmente vigentes. En esta publicación podemos observar que la difusión de los programas de cribado en el mundo es escasa, en fases muy dispares de desarrollo, y con criterios de selección y seguimiento muy variables. En nuestro país no ha existido nunca una iniciativa formal de implantar el proyecto, pero se han llevado a cabo diferentes estudios de prevalencia que nos pueden orientar sobre la distribución de la enfermedad en nuestra propia población. Respecto a este punto, los datos más actuales y útiles que nos pueden ayudar a conocer la verdadera prevalencia de la enfermedad en los varones de 65 años, y su posterior evolución tras 5 años de seguimiento, provienen de un estudio realizado en Bizkaia<sup>7</sup>. Este trabajo estudió a 1.103 varones de 65 años (el 70,8% de los sujetos reclutados), en los que se detectó una prevalencia de AAA del 4,7%. Cinco años más tarde, según los resultados presentados en el último Congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul (SEACV) celebrado en Madrid en junio de 2014, esta prevalencia aumentó hasta situarse en un 5,4%. Estas cifras nos informan de que en nuestro entorno la prevalencia de AAA sigue elevada, lo que da un mayor sentido a un posible programa de cribado, confirmando la relación con grupos de riesgo determinados.

En Galicia se realizó un estudio de eficacia y efectividad del cribado de AAA<sup>8</sup> mediante una revisión de la evidencia científica concluyendo que, debido a los costes, se deben estudiar alternativas que puedan ofrecer mejores expectativas de resultados coste-efectividad tales como la posibilidad de aprovechar la ecografía para monitorizar otras enfermedades o realizar esta en atención primaria. También se recomendó ajustar la evidencia disponible a la realidad demográfica, cultural y de nuestro Sistema Nacional de Salud, mediante la realización de estudios piloto previos de factibilidad en áreas sanitarias determinadas.

Efectivamente, es esencial evaluar el coste-efectividad en nuestro medio, tanto los recursos que se han de emplear al aplicar el programa de cribado como los que se emplearán en el proceso de seguimiento y/o tratamiento de los detectados, asegurando que estos se ajusten al máximo a las recomendaciones de las guías. Las estrategias encaminadas a optimizar la detección de la enfermedad y a disminuir el coste de las actuaciones, para optimizar al máximo la relación coste-efectividad, pueden ser múltiples y han de ser evaluadas de forma rigurosa. Respecto a la población a cribar, para optimizar al máximo la detección de enfermedad, se podría plantear acotar el cribado a poblaciones de riesgo como familiares, pacientes con arteriopatía ocluyente, fumadores, etc. El problema radica en la cantidad de

enfermedad que se deja sin diagnosticar, que ha de ser la mínima posible. Por otro lado, para optimizar el proceso de realización de exploraciones las opciones pasan por entrenar a personal técnico en la realización de las exploraciones, centrar el cribado en los Servicios de Cirugía Vascul existentes o aprovechar los recursos de la asistencia primaria, entre otros.

Uno de los objetivos de la SEACV es desarrollar un estudio de viabilidad del programa de cribado en nuestro medio. Tras un contacto con las administraciones, tanto la nacional como algunas autonómicas, se ha decidido realizar un estudio de coste-efectividad que combine los datos de la literatura más actuales con los datos que recojan nuestra realidad local, tanto de prevalencia de la enfermedad como de costes y recursos. Este estudio no pretende confirmar la viabilidad del diseño del programa de cribado clásico, como en el que se lleva a cabo en el Reino Unido, sino estudiar cuál de los posibles diseños y sus variantes es el más apropiado en nuestro entorno y ofrece un mejor balance coste-efectividad. Esperamos poder ofrecer datos en breve y generar un debate que sirva de base para futuras actuaciones al respecto.

## Bibliografía

1. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2:CD002945.
2. Maceira-Rozas MC, Atienza-Merino G. Cribado de aneurisma de aorta abdominal en población de riesgo: revisión sistemática. *Angiología.* 2008;60:165-76.
3. Takagi H, Goto SN, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2010;52:1103-8.
4. Svensjo S, Björck M, Gürtelschmid M, Gidlund KD, Hellberg A, Wanhainen A. Low prevalence of abdominal aortic aneurysm among 65-year-old Swedish men indicates a change in the epidemiology of the disease. *Circulation.* 2011;124:1118-23.
5. Glover MJ, Kim LG, Sweeting MJ, Thompson SG, Buxton MJ. Cost-effectiveness of the National Health Service Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme in England. *Br J Surg.* 2014;101:976-82.
6. Stather PW, Dattani N, Bown MJ, Earnshaw JJ, Lees TA. International variations in AAA screening. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2013;45:231-4.
7. Barba A, Vega de Céniga M, Estallo L, de la Fuente N, Viviens B, Gómez R, et al. Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en varones de 65 años de la Comarca Interior de Bizkaia (Estudio PAV65). *Angiología.* 2011;63:18-24.
8. Eficacia y efectividad del cribado de aneurisma de aorta abdominal en población de riesgo. Análisis coste-efectividad. Aplicabilidad en el Sistema Nacional de salud. Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIAT). INF2007/01.