

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

SCREANRA una ventana al mejor diagnóstico, seguimiento y manejo del Aneurisma Aórtico Abdominal en países de economías emergentes.

SCREANRA: A window to the best diagnosis, monitoring, and management of Abdominal Aortic Aneurysms in emerging economies.

Fernando Stuardo Wyss Quintana.

Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala. S. A.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 10 de Junio de 2026

Aceptado después de revisión

el 10 de Junio de 2026

www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Palabras clave:

Aneurisma aorta abdominal, ecocardiografía, screening.

Keywords:

Abdominal aortic aneurysm, echocardiography, screening.

RESUMEN

En el estudio prevalencia de aneurisma de aorta abdominal mediante screening ecocardiográfico en población mayor de 50 años: registro multicéntrico argentino (SCREANRA) – Federación Argentina de Cardiología, se planteó la siguiente interrogante: debido a que es un diagnóstico incidental o que se detecta hasta que se presentan las complicaciones, ¿puede el ultrasonido identificar aneurismas en etapas tempranas y favorecer su seguimiento clínico?, mostrando resultados interesantes y aplicables a economías emergentes en países de bajos – medianos y medianos – altos ingresos económicos.

SCREANRA: A window to the best diagnosis, monitoring, and management of Abdominal Aortic Aneurysms in emerging economies.

ABSTRACT

In the study Prevalence of Abdominal Aortic Aneurysm through Echocardiographic Screening in a Population over 50 Years of Age: Argentine Multicenter Registry (SCREANRA) – Argentine Federation of Cardiology, the following question was raised: since it is an incidental diagnosis or one that is not detected until complications occur, can ultrasound identify aneurysms in early stages and favor their clinical follow-up?, showing interesting results that are applicable to emerging economies in countries with low–medium and medium-high economic incomes.

INTRODUCCIÓN

En 1996, durante mi primer año de residencia en Medicina Interna en la Unidad de Urgencias del Hospital General de Enfermedades del Seguro Social, asistí a un varón de 54 años con dolor abdominal agudo de inicio súbito, desgarrante y con irradiación lumbar. El paciente ingresó en choque hemodinámico y desarrolló un paro cardiorrespiratorio fatal a los seis minutos de su arribo, determinándose como causa de muerte un aneurisma disecante de la aorta abdominal.

Esta experiencia representó mi primer encuentro con una patología de curso catastrófico. En los sistemas de salud de economías emergentes, este escenario plantea dos interrogantes críticos: la viabilidad técnica de un diagnóstico oportuno en los servicios de urgencias —inexistente en nuestra realidad de los noventa (no se si hasta hoy) — y la urgente necesidad de implementar estrategias de prevención cardiovascular eficaces. Responder a estas preguntas sigue siendo un desafío prioritario para las naciones de ingresos bajos - medios e incluso medios - altos.

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una dilatación localizada en la parte inferior de la aorta, caracterizada por un diámetro aórtico $\geq 1,5$ veces mayor que el diámetro normal a nivel de las arterias renales (aproximadamente un diámetro mínimo de 30 mm)^{1,2}. A pesar de los informes anteriores que sugerían una carga cada vez mayor de AAA, en términos de nuevos casos y muertes, los datos de las últimas dos décadas sugieren lo contrario, con descensos pronunciados en la incidencia y la mortalidad, especialmente en Dinamarca, Suecia, Nueva Zelanda, el Reino Unido y Estados Unidos^{2,3,4,5}. La disminución de la prevalencia del tabaquismo, observada en algunos países de altos ingresos, puede haber impulsado este descenso⁶. Además de la menor exposición a riesgos, el uso de antihipertensivos y medicamentos cardioprotectores en muchos países de altos ingresos también puede haber contribuido a este descenso⁷. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medios, la creciente prevalencia del tabaquismo, la hipertensión, el consumo nocivo de alcohol y muchos factores de riesgo cardiovascular se notifican

continuamente, lo que sugiere una probable carga creciente de AAA, especialmente con una respuesta general de salud pública relativamente deficiente^{6,7}.

Los informes epidemiológicos sobre el AAA varían según la edad, el sexo y la ubicación geográfica^{7,8}. Los informes de los programas de cribado poblacional revelan una prevalencia significativamente mayor en hombres, con tasas que oscilan entre el 1,9 % y el 18,5 % y entre el 0,1 % y el 4,2 % en mujeres⁹. La mayoría de los estudios han identificado la edad avanzada, el sexo masculino, el tabaquismo, la hipertensión arterial y los antecedentes familiares de AAA como los factores de riesgo más importantes que impulsan la carga de esta enfermedad^{10,11}. La mortalidad también varía entre países y suele estar relacionada con la respuesta prehospitalaria, la atención de urgencias, la capacidad hospitalaria y el tipo de intervención y reparación tras la rotura del AAA^{7,12,13}.

Argentina está clasificada como una economía de ingresos medianos-altos, un grupo de países que conviven con altos niveles de pobreza (que afectan a más del 50% de la población)¹⁴. Por lo tanto, buscar estrategias accesibles es indispensable en estos entornos.

En el estudio prevalencia de aneurisma de aorta abdominal mediante screening ecocardiográfico en población mayor de 50 años: registro multicéntrico argentino (SCREANRA) – Federación Argentina de Cardiología, se planteó la siguiente interrogante: debido a que es un diagnóstico incidental o que se detecta hasta que se presentan las complicaciones, ¿puede el ultrasonido identificar aneurismas en etapas tempranas y favorecer su seguimiento clínico?

Mediante estudios ecográficos cardiovasculares o abdominales realizados en múltiples centros de la República Argentina, se llevó a cabo un estudio multicéntrico, observacional, transversal y descriptivo de un programa de tamizaje (screening). En este se midieron los diámetros anteroposterior y transversal de la aorta abdominal en personas mayores de 50 años con factores de riesgo para aneurisma de aorta abdominal (AAA). Se incluyeron 2148 pacientes con una adecuada distribución por género, entre los cuales se detectaron 77 casos de AAA, lo que representa una prevalencia global del 3,58%, presentándose la mayoría en mayores de 65 años. Uno de los planteamientos más relevantes fue que la ecografía o ultrasonido, en sus distintas modalidades, suele ser costo-efectiva, repetible, segura, libre de irradiación e inocua. Sobre todo, es aplicable en distintos niveles de atención y resulta muy útil para el seguimiento y la vigilancia de los AAA.

El estudio que con mayor frecuencia permitió realizar el screening de la aorta abdominal fue el ecocardiograma Doppler color (1489 pacientes – 69.3%), dentro de las conclusiones más importantes, es que en contextos donde no existen programas nacionales de screening, la detección oportunista durante estu-

dios por imágenes representa una estrategia costo – efectiva, por lo que la evaluación de la aorta abdominal durante la ecografía transtorácica adquiere especial relevancia, sobre todo en aquellos pacientes de perfil cardiovascular similar a aquellos asociados con AAA. Por lo tanto sus resultados respaldan la incorporación de la evaluación de la aorta abdominal como complemento de los estudios ecográficos habituales, incluso en el ámbito de la atención primaria por médicos capacitados, mejorando la detección precoz del AAA mediante un método, simple y costo – efectivo, que en general todos tenemos al alcance de nuestras manos.

BIBLIOGRAFIA

1. US Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* **2019**; 322: 2211 – 2218.
2. Guirgis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, et al. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm: updated evidence reports and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* **2019**; 322: 2219 – 2238.
3. Wanhainen A, Hultgren R, Linné A, et al. Outcome of the Swedish Nationwide Abdominal Aortic Aneurysm Screening Program. *Circulation* **2016**; 134: 1141 – 1148.
4. Sandiford P, Mosquera D, Bramley D. Trends in incidence and mortality from abdominal aortic aneurysm in New Zealand. *Br J Surg* **2011**; 98: 645 – 651.
5. Benson RA, Poole R, Murray S, et al. Screening results from a large United Kingdom abdominal aortic aneurysm screening center in the context of optimizing United Kingdom National Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme protocols. *J Vasc Surg* **2016**; 63: 301 – 304.
6. Lindholt JS, Diederichsen AC, Rasmussen LM, et al. Survival, prevalence, progression and repair of abdominal aortic aneurysms: results from three randomised controlled screening trials over three decades. *Clin Epidemiol* **2020**; 12: 95 – 103.
7. Sidloff D, Stather P, Dattani N, et al. Aneurysm global epidemiology study: public health measures can further reduce abdominal aortic aneurysm mortality. *Circulation* **2014**; 129: 747 – 753.
8. Wei L, Bu X, Wang X, et al. Global Burden of Aortic Aneurysm and Attributable Risk Factors from 1990 to 2017. *Glob Heart* **2021**; 16: 35.
9. Al-Balah A, Goodall R, Saliccioli JD, et al. Mortality from abdominal aortic aneurysm: trends in European Union 15+ countries from 1990 to 2017. *Br J Surg* **2020**; 107: 1459 – 1467.
10. Kent KC, Zwolak RM, Egorova NN, et al. Analysis of risk factors for abdominal aortic aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals. *J Vasc Surg* **2010**; 52: 539 – 548.
11. Vardulaki KA, Walker NM, Day NE, et al. Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* **2000**; 87: 195 – 200.
12. Aune D, Sen A, Kobeissi E, et al. Physical activity and the risk of abdominal aortic aneurysm: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sci Rep* **2020**; 10: 22287.
13. Karthikesalingam A, Holt PJ, Vidal-Diez A, et al. Mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms: clinical lessons from a comparison of outcomes in England and the USA. *Lancet* **2014**; 383: 963 – 969.
14. World Bank Group. World Bank Group country classifications by income level (July 1, 2025 - June 30, 2026). 2026. Disponible en https://cdn.ymaws.com/waimh.org/resource/resmgr/images/congresses/2026/World_Bank_Group_country_cla.pdf Acceso 10 de Junio de 2026.