



Carta al Editor

El paciente con estenosis aórtica severa hospitalizado

The Hospitalized Patient with Severe Aortic Stenosis

Frank W. Britto ^{1,a}Recibido: 22 de junio de 2025
Aceptado: 24 de julio de 2025
En línea: 31 de julio de 2025**Filiación de los autores**¹ Servicio de cardiología
clínica, Instituto Nacional
Cardiovascular – INCOR –
EsSalud, Lima, Perú.^a Cardiólogo.**Correspondencia**Frank W. Britto
Jirón Coronel Félix Zegarra 417.
Jesús María, Lima, Perú.**Email**

frank.britto@essalud.gob.pe

Financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

Ninguno.

Citar como:Britto FW. El paciente con
estenosis aórtica severa
hospitalizado. 2025;6(3):192-194.
Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc.
doi: 10.47487/apcyccv.v6i3.511.Esta obra tiene una licencia de
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional*Sr. Editor:*

Al trabajar en un centro de referencia nacional, en especial para cirugía cardíaca, lo que parece poco prevalente, en comparación con la cardiopatía isquémica, se hace prevalente y, más aun, cuando en el mundo la epidemiología cardiovascular empieza a cambiar. Es así que las enfermedades no ateroscleróticas, como las arritmias cardíacas, el tromboembolismo venoso y las valvulopatías, en especial la estenosis aórtica (EAO), se vuelven más prevalentes ^(1,2). Ante este cambio epidemiológico progresivo, se vuelve necesario contar con conductas terapéuticas definidas para enfrentar la nueva demanda.

Las Guías del American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) para el manejo de las enfermedades valvulares, desde 2014 hasta la actualidad, clasifican a la EAO en cuatro etapas ⁽³⁾:

Etapa A: en riesgo: pacientes con válvula aórtica bicúspide, esclerosis aórtica.**Etapa B:** progresiva; EAO leve a moderada.**Etapa C:** EAO severa asintomática.**C1:** con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 50\%$.**C2:** con FEVI $< 50\%$.**Etapa D:** EAO severa sintomática.**D1:** pacientes en clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) II (se refiere a la clase funcional y no solo a la disnea).**D2:** pacientes con bajo flujo, baja gradiente media (GM) y FEVI reducida (velocidad máxima [Vmax] > 4 m/s, GM < 40 mmHg, FEVI $< 50\%$).**D3:** paciente con baja GM, con FEVI normal o bajo flujo paradójico (FEVI $> 50\%$, GM < 40 y área valvular aórtica [AVA] > 1 cm²).

En el año 2017, P. Généraux *et al.* ⁽⁴⁾ presentaron una nueva clasificación, basada en el daño miocárdico generado por la EAO, dividida también en etapas y que sirvió para predecir el pronóstico al año del reemplazo de la válvula aórtica (RVAO).

Etapa 0: sin daño cardíaco.**Etapa 1:** daño en ventrículo izquierdo (hipertrofia ventricular izquierda [HVI], relación E/e' > 14 o FEVI $< 50\%$).**Etapa 2:** daño en la aurícula izquierda (AI) y/o válvula mitral (volumen de AI > 35 mL/m², insuficiencia mitral o fibrilación auricular).**Etapa 3:** daño a la vasculatura pulmonar y/o válvula tricúspide (presión sistólica de arteria pulmonar ≥ 60 mmHg o insuficiencia tricúspide).**Etapa 4:** daño al ventrículo derecho (disfunción de ventrículo derecho).

Recientemente, el propio Généraux ^(5,6) propuso una nueva categorización clínica para personas que padecen EAO severa, la cual facilita una clasificación detallada (**Figura 1**).

1. Síndrome valvular estable (etapa C [ACC/AHA] o etapa 0,1 de la clasificación del 2017). Se caracteriza porque el paciente tiene EAO severa pero está asintomático. A su vez, tiene dos grupos:

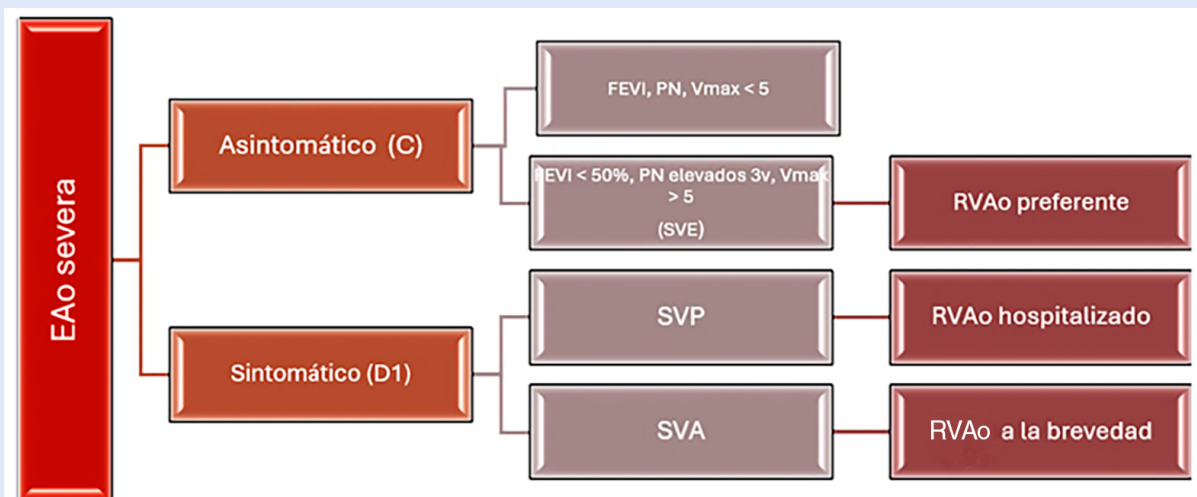


Figura 1. Clasificación completa de la estenosis aórtica severa.

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. PN: péptidos natriuréticos (BNP, NT-proBNP). Vmax: velocidad máxima en m/s. SVE: síndrome valvular estable. SVP: síndrome valvular progresivo. SVA: síndrome valvular agudo. RVAo: reemplazo valvular aórtico (TAVI o SAVI).

- El que no tiene algún marcador de riesgo (FEVI normal, Vmax, proBNP). Requiere seguimiento cercano, antes de los 6 meses. En el grupo conservador o de vigilancia del estudio EARLY TAVR⁽⁷⁾, 25% de estos sujetos presentaron síntomas: 60% progresivos y 38% síntomas avanzados (NYHA III/IV, edema agudo de pulmón, síncope, arritmia ventricular o fueron recuperados de muerte súbita).
- Asintomático pero con criterios de alto riesgo: Vmax > 5 m/seg⁽⁸⁾ y/o FEVI < 50% y/o BNP > 100 pero < 400 o NT – proBNP > 1000 pero < 1500⁽⁹⁾. En este caso, la recomendación es el reemplazo valvular aórtico (RVAo) electivo.

2. Síndrome valvular progresivo (etapa D1 [ACC/AHA] o etapa 1 de la clasificación del 2017). Son pacientes en clase funcional NYHA II, caracterizados por disnea, mareos, angina y fatiga (la disfunción diastólica produce congestión pulmonar) y edema de miembros inferiores. El tratamiento es con diuréticos y RVAo hospitalizado.

3. Síndrome valvular agudo (etapa D1 [ACC/AHA], etapas 2-4 de la clasificación del 2017). Son pacientes en NYHA III/IV, que se presentan con síncope o falla cardíaca descompensada. Además, se caracterizan por reducción de la FEVI > 10%, BNP o NT-proBNP > 3 veces el límite superior para la edad, fibrilación auricular, angina clase funcional canadiense 3-4, hipotensión arterial, *shock*, arresto cardíaco, endocarditis o que ha sido recuperado de muerte súbita.

El síncope en el paciente con EAO es causado por bloqueo AV, bajo gasto al esfuerzo, pero principalmente vasovagal,

explicado porque existen mecanorreceptores localizados en la pared ínfero-lateral endocárdica del VI, cuyos impulsos viajan por vías aferentes a la médula, resultando en la inhibición del tono simpático y la estimulación parasimpática (bradicardia e hipotensión). Estos mecanorreceptores responden al incremento de presión sistólica. La isquemia inferolateral subendocárdica también produce el mismo resultado⁽¹⁰⁾.

En el tratamiento del paciente con EAO y falla cardíaca descompensada se recomienda:⁽¹¹⁻¹⁵⁾

- Ante normotensión arterial, usar nitroprusiato con diuréticos⁽¹⁵⁾.
- En hipotensión arterial o shock cardiogénico.

1. Vasopresores/inotrópicos (evitando la frecuencia cardíaca > 100/min).
2. Manejar factores precipitantes:
 - a. Fibrilación atrial (controle ritmo y/o frecuencia).
 - b. Anemia.
 - c. Sepsis (la ausencia de bacteriemia permite el RVAo).
3. Diferir en lo posible la intubación orotraqueal por el alto riesgo de empeoramiento periintubación (caída de la presión de perfusión coronaria, empeoramiento de la isquemia o empeoramiento del *shock*).
4. Evaluar futilidad versus soporte cardíaco mecánico temporal.
5. Evaluación completa con imágenes: ecocardiografía transtorácica y transesofágica, cateterismo izquierdo y derecho (mantenga CAP) y tomografía cardíaca con protocolo TAVI.
6. RVAo a la brevedad.

Referencias bibliográficas

1. Conrad N, Rahimi K, McMurray JVV, Casadei B. The changing spectrum of cardiovascular diseases. *Lancet*. 2025;S0140-6736(25)00990-0. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00990-0.
2. S King SJ, Wangdak Yuthok TY, Bacong AM, Khandelwal A, Kazi DS, Mussolino ME, *et al*. Heart Disease Mortality in the United States, 1970 to 2022. *J Am Heart Assoc*. 2025;14(13):e038644. doi: 10.1161/JAHA.124.038644.
3. Writing Committee Members; Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, *et al*. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(4):e25-e197. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.018.
4. Génèreux P, Pibarot P, Redfors B, Mack MJ, Makkar RR, Jaber WA, *et al*. Staging classification of aortic stenosis based on the extent of cardiac damage. *Eur Heart J*. 2017;38(45):3351-3358. doi: 10.1093/eurheartj/ehx381.
5. Génèreux P, Pellikka PA, Lindman BR, Pibarot P, Garcia S, Koulogiannis KP, *et al*. Acute Valve Syndrome in Aortic Stenosis. *Struct Heart*. 2024;9(4):100377. doi: 10.1016/j.shj.2024.100377.
6. Génèreux P, Lindman BR, Pibarot P. New Classification to Describe Clinical Presentation in Aortic Stenosis: Stable, Progressive, and Acute Valve Syndrome. *Circulation*. 2025;151(23):1627-1629. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.125.074251.
7. Génèreux P, Schwartz A, Oldemeyer JB, Pibarot P, Cohen DJ, Blanke P, *et al*. Transcatheter Aortic-Valve Replacement for Asymptomatic Severe Aortic Stenosis. *N Engl J Med*. 2025;392(3):217-227. doi: 10.1056/NEJMoa2405880.
8. Rosenhek R, Zilberszac R, Schemper M, Czerny M, Mundigler G, Graf S, *et al*. Natural history of very severe aortic stenosis. *Circulation*. 2010;121(1):151-6. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.894170.
9. Nakatsuma K, Taniguchi T, Morimoto T, Shiomi H, Ando K, Kanamori N, *et al*. B-type natriuretic peptide in patients with asymptomatic severe aortic stenosis. *Heart*. 2019;105(5):384-390. doi: 10.1136/heartjnl-2018-313746.
10. Prejean SP, Camacho R, Wang B, Watts TE, Daya HA, Ahmed MI, *et al*. Review of Published Cases of Syncope and Sudden Death in Patients With Severe Aortic Stenosis Documented by Electrocardiography. *Am J Cardiol*. 2021;148:124-129. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.02.023.
11. Bernard S, Deferm S, Bertrand PB. Acute valvular emergencies. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2022;11(8):653-665. doi: 10.1093/ehjacc/zuac086.
12. Chioncel O, Adamo M, Nikolaou M, Parissis J, Mebazaa A, Yilmaz MB, *et al*. Acute heart failure and valvular heart disease: A scientific statement of the Heart Failure Association, the Association for Acute Cardiovascular Care and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2023;25(7):1025-1048. doi: 10.1002/ejhf.2918.
13. Fraccaro C, Karam N, Möllmann H, Bleiziffer S, Bonaros N, Teles RC, *et al*. Transcatheter interventions for left-sided valvular heart disease complicated by cardiogenic shock: a consensus statement from the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) in collaboration with the Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC) and the ESC Working Group on Cardiovascular Surgery. *EuroIntervention*. 2023;19(8):634-651. doi: 10.4244/EIJ-D-23-00473.
14. Miller PE, Senman BC, Gage A, Carnicelli AP, Jacobs M, Rali AS, *et al*. Acute Decompensated Valvular Disease in the Intensive Care Unit. *JACC Adv*. 2024;3(12):101402. doi: 10.1016/j.jacadv.2024.101402.
15. Lüsebrink E, Lanz H, Kellnar A, Karam N, Kapadia S, Makkar R, *et al*. Management of acute decompensated valvular heart disease. *Eur J Heart Fail*. 2025;27(4):630-649. doi: 10.1002/ejhf.3549.