

Editorial

Un nuevo año para la cirugía cardiovascular en España[☆]

A new year for cardiovascular surgery in Spain

Rafael García Fuster

Editor Jefe. Cirugía Cardiovascular, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia, Valencia, España



Empezamos un nuevo año y en el panorama del futuro inmediato se nos plantean nuevos retos. Se trata del año de un nuevo congreso nacional, que deseamos vuelva a ser un éxito de organización y participación, volviendo al formato presencial de siempre. Por otra parte, dejamos atrás un año 2021 valorando cómo la pandemia ha influido en nuestras vidas. Han sido varios los artículos publicados al respecto y veremos qué situación nos dibuja el nuevo registro nacional de intervenciones, que será publicado próximamente en nuestra revista. También nos hemos hecho eco de las nuevas recomendaciones ofrecidas por las guías sobre el tratamiento de las valvulopatías, sin dejar de comentar algunos de los puntos más controvertidos, especialmente en el campo de los procedimientos transcáteter.

En el número actual tenemos la satisfacción de publicar una nueva experiencia de un grupo quirúrgico español en el implante TAVI. Se trata del artículo del Dr. Xavier Ruyra y colaboradores, que nos describe su experiencia inicial con el empleo de la prótesis aórtica transcáteter PorticoTM Abbott¹. La forma en que ha sido desarrollada dicha experiencia y sus resultados queda abierta a vuestra valoración crítica. De entrada, es indudable que supone un ejemplo de cómo la cirugía puede y debe abrirse camino en el campo de las válvulas transcáteter.

En este punto, tengo que agradecer la especial colaboración de los doctores Miguel Angel Gómez Vidal y Tomás Heredia, que nos muestran en sendas editoriales su punto de vista respecto al mejor desarrollo de un programa TAVI en nuestro entorno. Ellos han conseguido, por méritos propios, hacerse referentes en este campo emergente y están demostrando, con su experiencia, que el sismo provocado por la irrupción de los procedimientos transcáteter no ha impedido el desarrollo de los mismos en los quirófanos de cirugía cardíaca. Corroboran aquel argumento de que la sustitución quirúrgica de la válvula aórtica y el procedimiento TAVI no deben ser campos contrapuestos, sino un territorio híbrido donde un «especialista valvular» bien entrenado transita con fluidez. Pueden sentarse a hablar con el paciente y decirle: «Voy a hacer el procedimiento que mejor se adapte a usted porque puedo hacer ambos tipos de técnicas».

En este sentido, tengo dos preguntas dirigidas a todos vosotros. ¿Quién pensáis que debe realizar los procedimientos TAVI en nuestros hospitales: el cardiólogo intervencionista, el cirujano cardíaco o ambos? ¿En qué forma participáis como cirujanos en los procedimientos TAVI que se desarrollan actualmente en vuestro hospital? Ciertamente cada uno tendrá una respuesta muy personal al respecto, pero seguro que todos albergamos una gran curiosidad

por saber cuál es el global de respuestas ofrecido por el conjunto de cirujanos cardiovasculares en España. Una encuesta nacional sobre TAVI patrocinada por nuestra Sociedad y capitaneada por el Grupo de Trabajo TAVI y Técnicas Transcáteter Valvulares podría ofrecernos información actualizada². El anterior registro nacional de intervenciones publicado en el número 3 (mayo - junio 2021) de nuestra revista ya mostró «el sorpasso» de los procedimientos TAVI sobre la cirugía convencional de sustitución valvular aórtica^{3,4}. Previamente se publicó en Estados Unidos una encuesta de la Society of Thoracic Surgeons sobre la implicación de los cirujanos en los procedimientos transcáteter⁵. La encuesta se remitió a 2.594 cirujanos en junio de 2016 y fue completada por 487 (tasa de respuesta del 18,8%). Cuatrocientos diez cirujanos (84,2%) afirmaron que en su hospital se llevaban a cabo procedimientos TAVI. Tres cuartos de los cirujanos aseguraron que participaban en dichos procedimientos como parte de un «heart team» (77,5%; 313 de 404), que cardiólogos y cirujanos eran conjuntamente responsables de los pacientes TAVI (83,7%; 339 de 405) y que los programas TAVI eran dirigidos conjuntamente por los servicios de cardiología y cirugía cardíaca o exclusivamente por el servicio de cirugía (73,3%; 297 de 405). La mayoría de los cirujanos estaban implicados en el manejo pre, intra y postoperatorio de estos pacientes, 91,4% (370 de 405) participando en sesiones multidisciplinarias y, al menos, 50% ejecutando aspectos técnicos en 10 de las 11 categorías técnicas establecidas. El 86,6% (266 de 307) eran responsables de los cuidados postimplante. Realmente estos resultados fueron considerados como muy alentadores por muchos de los cirujanos cardíacos norteamericanos, haciendo mención especial de los comentarios positivos de Lars Svensson, Michael Mack, Vinod H. Thourani o el propio Joseph E. Bavaria.

Nuestro registro nacional de intervenciones ha mostrado, año tras año, la marcada línea ascendente de los procedimientos TAVI. Además, la migración hacia el implante de válvulas transcáteter en pacientes de bajo riesgo está cada vez más consolidada; así las recientes guías europeas sobre el tratamiento de las valvulopatías han establecido un punto de corte solo por edad, en los 75 años, para considerar la opción TAVI. Con ello, bastará confirmar una buena durabilidad de los implantes transcáteter y que los procedimientos «valve in valve» sean una opción segura y eficaz, para que dicho umbral de edad vaya disminuyendo progresivamente. ¿Dónde dejará esto a la cirugía cardíaca convencional? ¿Se trata realmente de una especialidad en riesgo? La respuesta debería ser que nuestra especialidad se encuentra, no en crisis, sino en evolución, en un paso más del proceso mínimamente invasivo que lleva desarrollándose décadas⁶. Estaríamos en un escenario similar a lo acontecido con la cirugía vascular en los últimos 10–15 años, que ha transitado desde procedimientos abiertos hacia una auténtica especialidad endovascular. Esto mismo puede ocurrir con la cirugía

[☆] Editor jefe revista Cirugía Cardiovascular.
Correo electrónico: garciafusterrafael@gmail.com

cardíaca y de ahí, la importancia de publicar la experiencia de los equipos quirúrgicos que desarrollan procedimientos transcatheter ^{7,8}. Sin duda están marcando una línea a seguir, que pasa inexorablemente por la adquisición de competencias y habilidades en el campo endovascular y que todo esto necesita ser plasmado en una formación oficial acreditada.

Cambiando de tema, en este número incluimos además un artículo procedente de Hispanoamérica sobre el recambio valvular en la edad pediátrica (Ramírez-Cedillo et al. ⁹). Quiero agradecer especialmente a la Dra. Luz Polo que ponga en perspectiva el apasionante campo de la cirugía de la enfermedad valvular en este grupo de pacientes. En su editorial recalca la importancia de la cirugía de reparación valvular y aprovecha la ocasión para anunciar la próxima publicación de un interesante monográfico sobre este tema concreto. Desde la propia revista hemos lanzado la iniciativa de elaborar números monográficos en otros campos de la cirugía cardiovascular, como la patología de la aorta y vascular periférica, la reparación valvular, el implante de válvulas transcatheter, la patología asociada al implante de dispositivos intracardíacos o el empleo de asistencias ventriculares. Todos estos monográficos están siendo elaborados por los distintos grupos de trabajo de nuestra Sociedad y, si llegan a completarse por los autores designados, serán publicados en los próximos meses.

Finalmente, quiero aprovechar esta ocasión de inicio del Nuevo Año para desearos todo lo mejor, tanto en vuestra vida personal como profesional.

Bibliografía

1. Ruyra X, Permany E, Parrilla J, Legname V, Huguet M, Panaro A, et al. Experiencia inicial con prótesis aórtica transcatheter Portico TM Abbott Una alternativa eficaz y versátil. *Cir Cardiov*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2021.11.004>.
2. Garrido JM, Cánovas S, Cuenca JJ, Barquero JM, Silva J, Arají O, et al. Abordaje integral de la valvulopatía aórtica Implante transcatheter de válvula aórtica. Posición y recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. *Cir Cardiov*. 2018;25:102–11.
3. García Fuster R. El "Sorpaso": una fecha histórica en los registros de nuestra Sociedad. *Cir Cardiov*. 2021;28:125.
4. Cuerpo G, López J, Polo L, Centalla T, Carnero M, García Fuster R, et al. Cirugía Cardiovascular en España en el año 2019 Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. *Cir Cardiov*. 2021;28:162–76.
5. Bavaria JE, Prager RL, Naunheim KS, Allen MS, Higgins RS, Thourani VH, et al. Surgeon involvement in transcatheter aortic valve replacement in the United States: a 2016 Society of Thoracic Surgeons Survey. *Ann Thorac Surg*. 2017;104:1088–94.
6. Montero L, Villagrán E, Beltrao R, Carnero M, Torres B, Maroto LC. Implante de TAVI transapical y revascularización miocárdica mínimamente invasiva. *Cir Cardiov*. 2021;28:225–8.
7. Mosquera VX, Herrera-Noreña JM, Cuenca JJ. Implante transcatheter valvular aórtico: ¿cuál es el mejor acceso alternativo? *Cir Cardiov*. 2016;23:165–6.
8. Macías D, Vignam JM, Gómez MA, Daroca T. TAVI transaxilar: la técnica paso a paso. *Cir Cardiov*. 2018;25:186–90.
9. Ramírez-Cedillo D, Medina-Andrade MA, Masini-Aguilera ID, Miranda-Ramírez LR, López-Taylor J, Peña-Juárez RA. Reemplazo valvular en la edad pediátrica: resultados a corto y largo plazo. 2021, <https://doi.org/10.1016/j.circv.2021.06.007>.