

Editorial

El cuento del cirujano que fue capaz: ¿y ahora qué?

The tale of the surgeon who was able: What now?

Tomás Heredia-Cambra *

Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia, España



Bajo un prisma generalista, el papel del cirujano cardiovascular en las técnicas transcatheter para la valvulopatía aórtica (TAVI/TAVR) ha evolucionado de forma equiparable al de la propia técnica. El dispositivo médico en cuestión llegó con el objetivo inicial de dar solución a un grupo concreto de pacientes, para tratar a pacientes inoperables o con elevado riesgo quirúrgico¹. Con su uso pronto se objetivaron sus bondades y su enorme potencial, lo que impulsó a la industria a su mejora tecnológica gracias a fuertes inversiones. Cada evolución se acompañaba de mejores resultados y pronto nacieron los trabajos que permitieron ampliar el perfil de los pacientes potencialmente tratables^{2–4}. Su situación ha resultado tan favorable que muchos, entre los que me incluyo, nos llegamos a plantear si estamos en una situación en la que un candidato a implante de una bioprótesis es también un candidato a TAVI/TAVR⁵.

Nuestra participación inicial como especialidad fue necesaria para su desarrollo e imprescindible para los abordajes quirúrgicos abiertos, forzados por el calibre del material disponible. ¿Por qué? Es sencillo, aportábamos seguridad ante la catástrofe y aunábamos el conocimiento sobre la patología valvular aórtica, así como la capacidad quirúrgica para tratarla. Recuerdo que el acceso transapical (TA) todavía suponía un volumen importante y de cómo algunos autores se esforzaron en hacer cambiar la idea de que es un acceso únicamente de último recurso, pues pronto los datos publicados mostraron desventajas por el necesario sesgo derivado de ser un último recurso dada su invasividad⁶. Con el desarrollo del acceso puramente percutáneo dejamos de ser «imprescindibles». De una forma casi generalizada en nuestro país se dejó de colaborar en los implantes. El cirujano solo servía para cuando no se podía hacer algo percutáneo o el acceso vascular era complejo. Incluso en centros determinados se optó por el angiólogo y cirujano vascular en esas ocasiones, ¿sería porque al carecer de base crítica era menos molesto? Sin darnos cuenta pasamos a la siguiente fase, la de discusión eterna sobre la indicación idónea en los pacientes presentados, si es que existía el mal llamado Heart Team y que yo definiría como sesión clínica médico-quirúrgica de toda la vida. ¿Quién se quedaba el paciente? Siguiendo con la analogía, era como cuando solo los inoperables iban a TAVI/TAVR, ahora solo los no transfemoral (TF) había que valorarlos para cirugía abierta o TA. Y por fin llegó el tan ansiado descenso en el perfil de riesgo y la ampliación en el abanico de pacientes a tratar, aumentando los casos no susceptibles para acceso transfemoral por pura lógica estadística.

En este nuevo escenario, algunos grupos pasamos de hacer únicamente TA a desarrollar experiencia en lo que algunos llaman

«accesos alternativos». He de admitir que en esta fase hubo momentos donde la presión era asfixiante. Tanto desde la propia industria como desde otros colegas. Cada implante se hacía con un foco en el cogote. Cada complicación era puesta sobre la mesa y utilizada como pretexto y arma arrojada. Llegamos a tener que usar dispositivos TA con prótesis invertidas para poder tratar nuestros pacientes a través de los troncos supraórticos, simplemente porque las evasivas y las demoras en facilitar el acceso a otros dispositivos hacían inviable su uso en un enfermo que espera. Una de las formas que encontramos para soportar esta situación fue la de intentar lo que un buen amigo me describió un día como «pasar a un bajo perfil», es decir, trabajar y no levantar «sospechas», acumular experiencia y justificar con nuestros resultados en forma de tapabocas en caso de que alguien quisiera explicaciones, cosa que alguna vez ocurrió. Se intentó desacreditar nuestra vía de elección por aquella época, el acceso trans-axilar (TAX), que aún hoy sigue siendo objeto de críticas⁷ y que en tantos trabajos se ha demostrado como una vía segura sin perjuicio de la técnica⁸. Y aunque se llegó a intentar amedrentarnos bajo el lema «estáis fuera de guías», siguieron llegando pacientes que lo requerían. Necesitaban ese «acceso alternativo». Siempre me ha hecho gracia este término y lo he visto como una forma eufemística de querer decir «acceso vascular de liberación retrógrada no TF», es como un «hasta aquí» o como un «está esto y después el resto, que es muchísimo peor», pero mejor lo haces tú ya que con acceso percutáneo puro, permítirme la licencia, se «puede liar parda» y es preferible que demos una solución in situ si ocurre una complicación.

Y nuestra experiencia transvascular fue creciendo mientras algunos excépticos opinaban: «no tienen formación», «no son capaces», «no es de su especialidad», «juegan con la vida de los pacientes», etc. Unas frases que he tenido que oír, e incluso hoy hay quien las mantiene, en boca de compañeros de especialidad al comparar la cirugía valvular aórtica y el TAVI/TAVR: «no podrán...», «nunca han tocado una válvula aórtica...», «imposible que puedan abrir una válvula como una piedra...», «no serán capaces...», etc. Curioso, ¿cierto? Pues de igual forma, el cirujano que se desarrolló en accesos complejos amplió las posibilidades y decidió que podía y era capaz de usar cualquier vía para el implante TAVI/TAVR, hasta que finalmente llegó la gota que desbordó el vaso y tras las presiones oportunas y habituales se hizo un implante TF. Y crecimos, y crecemos, y hoy damos la razón (muchos) cuando algunos afirman que la vía TF es la de elección, pues es la más cómoda y fácil de usar, sobre todo en manos del que ya es el experto al que se recurre para accesos alternativos. Y creo que a nadie se le

* Corresponding author.
Correo electrónico: tomheca@hotmail.com

escapa que las compañías han apostado por la vía TF y que todas las evoluciones y mejoras han ido e irán examinadas a mejorar la experiencia y trabajo de sus usuarios, porque el resto es realmente infrecuente.

El TAVI/TAVR se inició con el tipo de paciente que no se podía o quería operar, creció hacia aquellos pacientes operables pero con matices y hoy se pretende aplicar al mismo nivel que el implante de una válvula biológica. ¿Veis las similitudes? Empezamos con la TA, crecimos hacia los implantes transaórticos, TAx y carotídeos cuando no era posible el uso TF, nos hemos hecho mayores aplicando las vías alternativas cuando era posible el acceso TF, porque nuestra experiencia lo avala, y finalmente dimos el salto al uso TF que arbitrariamente estaba siéndonos vetado.

Hoy, el cirujano cardiovascular que se ha desarrollado en el mundo TAVI/TAVR tiene toda una red de apoyo logístico que permite asegurar que es un especialista médico con la capacidad de realizar todos los accesos y en todas sus variantes, abiertas o percutáneas, de forma segura, con liberaciones exitosas y resultados óptimos. Y no nos debemos olvidar de que se trata del único especialista médico capacitado para dar una solución quirúrgica resolutoria ante un problema derivado de la propia técnica, aunque en algunos casos no sea la única opción, bien es cierto.

Nos queda una tarea pendiente. Darnos a conocer. Exponer nuestro trabajo de una forma seria y científica. Es por ello que quiero agradecer el valor que tiene la publicación del grupo liderado por el Dr. Ruyra, pues no solo nos enseña cómo trabaja un equipo de cirugía cardiovascular con cualquiera de los accesos en el TAVI/TAVR, sino que nos indica el camino para desarrollar la faceta más maltratada de nuestra especialidad: la de la producción científica.

Del otro lado de la balanza debemos ser justos y reconocer el trabajo realizado desde los equipos de cardiología intervencionista en el desarrollo de los programas TAVI/TAVR. Nuestros colegas son muy válidos y tienen una altísima capacidad para llevar a cabo los procedimientos con éxito y con resultados óptimos. Todos sabemos lo que realmente cuesta alcanzar esa situación y no es de extrañar cuando se visten con la bandera de la seguridad para con el paciente, ya que ellos la han alcanzado. Una postura muy loable si no hubiera otros intereses en juego. Todo esto es cierto, por lo que es difícil justificar que alguien se inicie en un proceso, con su curva de aprendizaje incluida sobre todo, cuando ya hay un profesional que la ha superado. Pero más cierto es que a diario se incorporan nuevos «aprendices» sin ninguna experiencia previa en la técnica TAVI/TAVR y con un único nexo común que se reivindica como suficiente: ser médico especialista en cardiología. En este caso, parece que sí sean permisibles las complicaciones asociadas a ese periodo de formación. Evidentemente, su *modus operandi* y manejo de las técnicas endovasculares les hará más fácil y corto el alcanzar los objetivos, pero no menos real es que el trabajo endovascular no es exclusivo, pues muchos centros con cirugía cardiovascular desarrollan programas de manejo vascular aórtico y vascular periférico (facetas desconocidas en la gran mayoría de unidades de intervencionismo cardiológico), por no hablar de los que conservaron los implantes de dispositivos de electroestimulación. También es de ensalzar su desarrollo de programas exclusivos de formación (solo dirigidos a cardiólogos) y que reclaman como un requisito para estar acreditado por su sociedad como apto en la realización de cardiología intervencionista. De la misma forma, esta llamada acreditación no es exigible, pues un gran número de profesionales trabajan a diario en nuestro país, y en programas TAVI/TAVR, sin haber realizado esa formación, pues la fecha de creación es relativamente reciente y no es exigida por la ley española. De todos modos tienen razón, si ya existe experiencia esta se debe transmitir, algo obligado en nuestra profesión como médicos, pero sin restricción en la selección del potencial receptor, con un mínimo de conocimientos en la patología a tratar. Y precisamente eso vamos a intentar desde nuestro grupo, con la creación de un programa formativo tipo

máster del que tengo el honor de participar, coordinando uno de sus bloques. Otra clara «necesidad» viene determinada por la obligación razonable de crecimiento, no solo por el anhelo por aumentar el conocimiento y campo de acción, sino también porque aumentar la cartera de servicios y el número de pacientes da el poder para generar logística. Esta logística requiere de nuevos profesionales y oportunidades de ofertas de empleo para los sujetos cada vez más numerosos que resultan de los programas de formación especializada. Y es que con las cosas de comer no se juega, si se nos reclama «lucha» por un plato de habichuelas pues habrá que afilar los utensilios. Recuerdo, sin embargo, a nuestros queridos compañeros inmovilistas y apoltronados en la doctrina del perro del hortelano, que somos la especialidad médica con mayor tasa de desocupación tras la finalización del programa MIR en Cirugía Cardiovascular. En definitiva, creo que tenemos muchas cosas que aprender de nuestros colegas, y no me refiero solamente a aspectos académicos o técnicos.

Pues bien, imaginad que soy un profesional y que ya he demostrado que soy capaz, me he formado y he alcanzado un nivel más que suficiente. Ahora os descubro el pastel y resulta que era un cirujano cardiovascular que agachadito y callando ha hecho sus deberes. ¿Vamos a poder dar salida a nuestros pacientes sin restricción de por dónde implantar? ¿Vamos a poder acceder a cualquier tipo de dispositivo? Y lo que me parece más importante, ¿vamos a poder trabajar conjuntamente como un único equipo? Me refiero a trabajar en salas de hemodinámica, quirófanos híbridos o donde se tercié, codo con codo, para sacar adelante a nuestros pacientes.

Existe una gran verdad y es que nadie quiere pasar por una cirugía invasiva por voluntad propia. Me atrevería a decir, nadie elegiría un implante TAVI/TAVR que pudiera ser sustituido por medidas farmacológicas, por ejemplo. Por tanto, la demanda de ser poco invasivos es un hecho incuestionable y la TAVI/TAVR es la forma menos invasiva disponible para tratar una valvulopatía aórtica. No debemos, en contrapunto, desquiciar nuestros sentidos y perder el norte, de aquí la selección sensata del paciente, la lógica de la plausibilidad biológica de los datos y lo que los sajones catalogan como «tailoring» del binomio terapia-paciente, en aras de obtener el mejor resultado posible con el menor riesgo y menor interferencia en la vida del paciente. Y todo esto pasa por unas veces hacer TAVI/TAVR, otras una sustitución valvular abierta y otras no hacer «nada». ¿No pensáis que sería mejor hacerlo con aquel que más y mejor aporte a un equipo? Yo lo tengo claro: quiero trabajar con mis cardiólogos clínicos, con mis anestelistas y reanimadores, con mis cardiólogos intervencionistas y mis electrofisiólogos, con lo mejor del Área del Corazón y las Enfermedades Cardiovasculares. Y quiero, además, ser su cirujano cardiovascular.

Antes de despedirme, pediré disculpas a cualquier persona o grupo que se pudiera sentir ofendida por el uso de alguna afirmación categórica, que bajo la mala costumbre de la generalización, no se ajuste a su realidad individual. Dentro de un rebaño siempre puede haber ovejas altas, o más bajas, o simplemente no ser ovejas. Así que pido perdón de antemano.

En definitiva, deseo volver a trabajar con mis colegas intervencionistas. Guardo buenos recuerdos del trabajo común que terminé unilateralmente en el año 2018, tras 6 años. Ambos sabemos mucho de las mismas cosas. Pero si a esto último le sumamos lo mucho que sabemos sobre cosas distintas, seguro que saldrá algo excepcional, seguro que la excelencia que tanto buscamos será más fácil de alcanzar y nuestros pacientes lo agradecerán. Deseo no desfallecer en la espera.

Bibliografía

1. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, Tuzcu EM, Webb JG, Fontana GP, Makkar RR, Brown DL, Block PC, Guyton RA, Pichard AD, Bavaria JE, Herrmann HC, Douglas PS, Petersen JL, Akin JJ, Anderson WN, Wang

- D, Pocock S, PARTNER Trial Investigators. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med*. 2010;363:1597–607.
2. Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, et al. PARTNER 2 Investigators. Transcatheter or surgical aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. *N Engl J Med*. 2016;374:1609–20.
3. Popma JJ, Deeb GM, Yakubov SJ, Mumtaz M, Gada H, O'Hair D, et al. Evolut Low Risk Trial Investigators. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding valve in low-risk patients. *N Engl J Med*. 2019;380:1706–15.
4. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2021, <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezab389>.
5. Ando T, Takagi H, Grines CL. Transfemoral, transapical and transcatheter aortic valve implantation and surgical aortic valve replacement: a meta-analysis of direct and adjusted indirect comparisons of early and mid-term deaths. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2017 Sep;25:484–92.
6. Jimenez-Quevedo P, Nombela-Franco L, MuñozGarcía E, Del Valle-Fernández R, Trillo R, de la Torre Hernández JM, et al. Early clinical outcomes after transaxillary versus transfemoral TAVI. Data from the Spanish TAVI registry. *Rev Esp Cardiol*. 2021 Oct;25. S1885-5857(21)00284-X.
7. Takagi H, Hari Y, Nakashima K, Kuno T, Ando T. ALICE (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence) Group Comparison of early and midterm outcomes after transsubclavian/axillary versus transfemoral, transapical, or transaortic transcatheter aortic valve implantation. *Heart Lung*. 2019 Nov-Dec;48:519–29.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es