

Editorial

EL “Sorpasso”: una fecha histórica en los registros de nuestra sociedad

The “Sorpasso”: a historic date in the records of our society

Rafael García Fuster

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



En el número actual de nuestra revista publicamos un nuevo Registro de Intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCE). En él se recogen los datos correspondientes a la actividad de cirugía cardiovascular realizada en España durante el año 2019. Quiero aprovechar la ocasión para dar las gracias a todos y cada uno de los grupos participantes en el mismo y, de manera especial, a nuestro compañero el Dr. Gregorio Cuerpo-Caballero por el impecable trabajo realizado. También quiero hacer extensivo el reconocimiento a la Dra. Luz Polo y al Registro de Intervenciones en pacientes con Cardiopatía Congénita.

Sirvan estas líneas para hacer un breve comentario sobre la importancia del momento en que vivimos, a la luz de los datos reportados. Se trata del trigésimo primer año en el que se comunican los datos de nuestra actividad quirúrgica como Sociedad Científica y en el que constatamos, por primera vez, que el número de implantes valvulares aórticos aislados es inferior al documentado en el registro cardiológico.¹ Es decir, considerando la experiencia del año 2019, podemos afirmar que nos encontramos ante un hito histórico: la suma de las TAVI comunicadas por la SEC y la propia SECCE superan las prótesis aórticas implantadas en cirugía abierta convencional. Hemos querido reseñar la importancia de este hecho, presentando en portada la gráfica con la evolución anual de los procedimientos de implante protésico valvular aórtico.

Afortunadamente, considerando la información disponible, podemos subrayar dos aspectos de gran relevancia. Por una parte, la mortalidad de la cirugía valvular aórtica aislada se sitúa en el 2.5%, lo cual marca un mínimo histórico. Este dato confirma la tendencia descendente en mortalidad de los últimos años y establece la cirugía como un procedimiento de alta eficacia y seguridad. Por otro lado, hay que destacar los excelentes resultados del implante TAVI obtenidos por algunos grupos quirúrgicos de nuestro país, que han desarrollado una experiencia creciente. El principal valor que ofrecen, en contraste con algunos grupos de cardiología intervencionista, es la capacidad de implementar diferentes abordajes en una gran variedad de pacientes y hacerlo con las máximas garantías de seguridad. Estas garantías son aquellas que sólo se encuentran en un quirófano híbrido bien dotado para la cirugía cardíaca y endovascular, especialmente si se precisa de una conversión emergente

del TAVI hacia una cirugía abierta. El creciente número de pacientes que pueden ser candidatos al implante de una válvula transcáteter, algunos de ellos con accesos vasculares limitados, otros con un perfil de riesgo intermedio o incluso bajo, no sólo está exigiendo un amplio dominio de las diferentes técnicas de abordaje, sino una máxima seguridad durante el procedimiento y la capacidad logística de realizar un rescate o conversión de forma inmediata.

Con todo lo referido, en la era de las válvulas transcáteter es necesario, como mínimo, acordar unos criterios bien consensuados de selección de los pacientes susceptibles de sustitución valvular aórtica y establecer la logística más adecuada para desarrollarla.²

La creciente presión ejercida por algunos cardiólogos intervencionistas para implementar programas TAVI de forma unilateral o soslayando las funciones del Heart-Team o la controversia sobre la evidencia científica atribuida a ciertos procedimientos percutáneos en detrimento de la cirugía, no puede dejarnos impasibles o con una simple reacción de indignación. Si pensamos que las cosas deben cambiar a mejor en el escenario actual del gran desarrollo tecnológico percutáneo valvular o si, en el peor de los casos, opinamos que nuestra especialidad está experimentando un inevitable declive, nuestra respuesta sólo puede ser una: avanzar en nuestra formación y capacitación como especialistas en técnicas emergentes y estar en la vanguardia del conocimiento.

En este sentido, quisiera acabar estas líneas recordando la Editorial publicada en esta misma revista por nuestro anterior Presidente de la SECCE, el Dr Fernando Hornero: “Por qué lo llaman crisis cuando quieren decir transformación de la cirugía cardíaca”.³ En mi opinión, se merece una atenta lectura y la firme determinación de llevar a cabo todo lo que allí se recomienda.

Bibliografía

1. Ojeda S, Romaguera R, Cruz-González I, Moreno R. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990–2019). *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:927–36.
2. Tam DY, Rocha RV, Wijesundera HC, Austin PC, Dvir D, Fries SE. Surgical valve selection in the era of transcatheter aortic valve replacement in the Society of Thoracic Surgeons Database. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2019;159:416–27.
3. Hornero F. Por qué lo llaman crisis cuando quieren decir transformación de la cirugía cardíaca. *Cir Cardio*. 2020;27:227–9.