

Demanda futura de procedimientos intervencionistas en cardiopatía estructural. ¿Es sensato realizar TAVI solo en centros con cirugía cardiaca? Respuesta



Future Demand for Interventional Procedures in Structural Heart Disease. Is It Wise to Perform TAVI Only in Centers With On-site Cardiac Surgery? Response

Sr. Editor:

Agradecemos la carta de Lozano et al. sobre el editorial publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹. En ella se tratan 2 aspectos diferentes, relacionados con el futuro del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

En primer lugar, se refieren al incremento que se prevé en el número de implantes, con lo que estamos totalmente de acuerdo. La elevada prevalencia de la enfermedad, los excelentes resultados obtenidos con el TAVI frente a la cirugía, el carácter menos invasivo de esta técnica, la homogeneidad y la coherencia de los resultados obtenidos en los numerosos ensayos clínicos y la sólida evidencia científica que estos han aportado hacen prever un crecimiento exponencial en el número de TAVI, y únicamente los condicionantes económicos modularán la velocidad de crecimiento.

En segundo lugar, tratan el controvertido tema de la realización del TAVI en centros sin cirugía cardiaca. Como dicen, las autoridades sanitarias de 2 comunidades autónomas de nuestro país han clausurado recientemente los programas de TAVI en los centros de esas comunidades que no ofrecen cirugía cardiaca. La razón fundamental en la que se basan para hacerlo es la recomendación contenida en la guía de tratamiento de la enfermedad valvular cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología publicada en 2012 y asumida por la Sociedad Española de Cardiología². En esa guía consta como contraindicación absoluta para realizar TAVI que no se disponga de cirugía cardiaca en el centro y se recomienda que el TAVI solo se debe hacer en centros con cirugía cardiaca, con un grado de recomendación de clase I y nivel de evidencia C.

A la luz de estas recomendaciones, ¿se puede afirmar que el problema está zanjado? Creemos que no por una serie de razones: en primer lugar, la guía se publicó en 2012, por lo que el conocimiento en que se basan es aún más antiguo. Desde entonces el conocimiento sobre la técnica, sus resultados y sus complicaciones ha aumentado significativamente. En segundo lugar, porque el nivel de evidencia de la recomendación —consenso de expertos— es el más bajo en la escala del valor de la evidencia científica y, por ello, el más susceptible de cambios. Además, puede estar influida por las características de los expertos consultados. En el caso que nos ocupa, la inmensa mayoría de los redactores de las guías, sino todos, procedían de centros con cirugía cardiaca.

¿Qué hacer, entonces? Ante áreas de conocimiento que avanzan a gran velocidad, como es el caso del TAVI, es preciso revisar las recomendaciones con la frecuencia suficiente para que estas no se queden obsoletas. En este sentido, se está llevando a cabo una revisión de la guía de tratamiento de la enfermedad valvular cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología. Hemos de esperar para ver cuáles son sus recomendaciones.

Finalmente, tal como ponen de manifiesto Lozano et al., el tratamiento de la estenosis aórtica va a ser un problema complejo en un futuro inmediato y, como casi siempre ocurre, no pueden aplicarse soluciones tan simples como «TAVI sí» o «TAVI no»

únicamente en función de si hay cirugía cardiaca en el centro o no. ¿No sería mejor analizar si hay algún tipo de paciente al que se podría tratar en centros sin cirugía? ¿No sería más adecuado requerir un número mínimo de implantes anuales en los centros que realicen TAVI, dada la relación directa entre volumen y resultados, como ocurre con otros procedimientos?³ ¿No sería tan importante o más conocer los resultados de todos y cada uno de los programas en marcha, así como sus tasas de éxito, mortalidad y complicaciones? Podría ocurrir que los resultados fueran excelentes en un centro sin cirugía en el que tienen un programa reglado con una buena selección de los pacientes y, sin embargo, las tasas de mortalidad y/o complicaciones fuesen inaceptables en un centro con cirugía cardiaca pero con un programa de TAVI deficiente.

En conclusión, estamos de acuerdo en que el número de TAVI va a sufrir a corto plazo un incremento muy acusado. También estamos de acuerdo en que la disponibilidad de cirugía cardiaca como requisito para un programa de TAVI es un concepto que se debe, al menos, reevaluar. Creemos que es mucho más importante profundizar en la categorización de los pacientes, los centros y sus programas y que debería existir, al igual que en países de nuestro entorno, un registro nacional obligatorio de todos los procedimientos de TAVI y tomar las decisiones en función de la información obtenida. Lamentablemente, no parece que este sea el camino elegido.

CONFLICTO DE INTERESES

C. Morís es proctor de CoreValve.

César Morís*, Isaac Pascual y Pablo Avanzas

Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: cmoris@uniovi.es (C. Morís).

On-line el 27 de diciembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Morís C, Pascual I, Avanzas P. Will TAVI be the standard of care in the treatment of aortic stenosis? *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1131-1134.
2. Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC), European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Vahanian A, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J.* 2012;33:2451-2496.
3. López-Sendón J, González-Juanatey JR, Pinto F, et al. Indicadores de calidad en cardiología. Principales indicadores para medir la calidad de los resultados (indicadores de resultados) y parámetros de calidad relacionados con mejores resultados en la práctica clínica (indicadores de práctica asistencial). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): Declaración de posicionamiento de consenso de SEC/SECTCV. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:976-1005.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.024>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.